



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФГБУ «НМИЦ ТЕРАПИИ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
МИНЗДРАВА РОССИИ



УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

**Руководство для Центров общественного
здоровья и медицинской профилактики**

Москва – 2021

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
терапии и профилактической медицины»
Минздрава России

УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

**Руководство для Центров общественного здоровья
и медицинской профилактики**

Под редакцией
О. М. Драпкиной, О. О. Салагая

Авторы: Концевая А. В., Калинина А. М., Иванова Е. С.,
Дроздова Л. Ю., Гамбарян М. Г., Горный Б. Э., Карамнова Н. С.,
Куликова М. С., Летникова Л. И., Лопатина М. В., Никулин В. Н.,
Попович М. В., Раковская Ю. С., Рыбаков И. А., Семенова Н. В.,
Токарев С. А., Токарева М. В.

Москва – 2021

УДК 614
ББК 51.1
К 64

Под редакцией
О. М. Драпкиной, О. О. Салагая

Авторы:

Концевая А. В., Калинина А. М., Иванова Е. С., Дроздова Л. Ю., Гамбарян М. Г., Горный Б. Э., Карамнова Н. С., Куликова М. С., Летникова Л. И., Лопатина М. В., Никулин В. Н., Попович М. В., Раковская Ю. С., Рыбаков И. А., Семенова Н. В., Токарев С. А., Токарева М. В.

Рецензент:

проректор по научно-инновационной деятельности ФГБОУ ВО «Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, заслуженный изобретатель Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор А.В. Будневский

К 64 Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика.

Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики / Концевая А. В., Калинина А. М., Иванова Е. С., Дроздова Л. Ю., Гамбарян М. Г., Горный Б. Э., Карамнова Н. С., Куликова М. С., Летникова Л. И., Лопатина М. В., Никулин В. Н., Попович М. В., Раковская Ю. С., Рыбаков И. А., Семенова Н. В., Токарев С. А., Токарева М. В. – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. - 296 с.

ISBN 978-5-6046966-1-3

Руководство предназначено для специалистов Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, содержит описание методологических аспектов реализации функций Центров, опирающиеся на нормативно регламентированную рекомендуемую структуру, включая отделы анализа и стратегического планирования, мониторинга факторов риска, разработки, реализации и мониторинга муниципальных программ общественного здоровья, коммуникационных и общественных проектов, разработки, реализации и мониторинга корпоративных программ укрепления здоровья, организации медицинской профилактики.

Руководство представлено с целью системного выстраивания работы по укреплению общественного здоровья на региональном уровне.

Данное руководство является первым подобным документом для региональных структур, занимающихся вопросами укрепления общественного здоровья и медицинской профилактики. Руководство утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Протокол №10 от 30 ноября 2021 г.).

УДК 614
ББК 51.1
К 64

ISBN 978-5-6046966-1-3

© Коллектив авторов, 2021

Содержание

| | |
|---|-----------|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ..... | 8 |
| 1 ВВЕДЕНИЕ | 12 |
| 2 Нормативное регулирование деятельности Центров общественного здоровья и медицинской профилактики..... | 16 |
| 3 ОТДЕЛ АНАЛИЗА И СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ | |
| 3.1 Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости, предотвратимой смертности от НИЗ, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни..... | 23 |
| 3.2 Анализ смертности от НИЗ на региональном и муниципальном уровнях..... | 28 |
| 3.3 Разработка и реализация региональных программ укрепления общественного здоровья, содержащих мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни..... | 31 |
| 3.4 Разработка предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта Российской Федерации..... | 40 |
| 3.4.1 Разработка предложений, направленных на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака..... | 40 |
| 3.4.2 Разработка предложений, направленных на сокращение бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением (распитием) алкогольной продукции..... | 48 |
| 3.5 Разработка, реализация и оценка эффективности региональных программ популяризации здорового питания..... | 52 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 3.6 | Разработка, реализация и оценка эффективности мер по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего возраста | 62 |
| 3.7 | Разработка и внедрение программ по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов, в том числе среди несовершеннолетних и участие в разработке мер по улучшению выявления и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств, повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи | 71 |
| 3.8 | Организация межведомственного взаимодействия на региональном, муниципальном уровне по вопросам укрепления общественного здоровья | 90 |
| 3.8.1 | Консультативный совет по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию (предложения) | 90 |
| 3.8.2 | Примеры форматов межведомственного взаимодействия | 98 |
| 3.8.3 | Организация и проведение общественных слушаний по вопросам укрепления общественного здоровья | 103 |
| 3.8.4 | Примерные критерии оценки эффективности межведомственной работы | 103 |
| 3.9 | Подготовка ежегодного публичного доклада о состоянии общественного здоровья в субъекте Российской Федерации с размещением его в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» | 105 |
| 4 | ОТДЕЛ МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА | |
| 4.1 | Мониторинг и анализ распространенности факторов риска НИЗ на региональном и муниципальном уровне, в том числе проведение эпидемиологических исследований | 108 |
| 4.2 | Мониторинг и анализ грамотности населения по вопросам общественного здоровья | 112 |
| 4.3 | Проведение социологических исследований по вопросам общественного здоровья | 119 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 5 | ОТДЕЛ РАЗРАБОТКИ, РЕАЛИЗАЦИИ И МОНИТОРИНГА МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ | |
| 5.1 | Участие в разработке и мониторинг реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья | 130 |
| 5.2 | Выявление и тиражирование лучших муниципальных программ общественного здоровья | 137 |
| 5.3 | Подготовка предложений по созданию на региональном и муниципальном уровнях условий, обеспечивающих возможность ведения здорового образа жизни и систематических занятий физической культурой и спортом | 140 |
| 6 | ОТДЕЛ РАЗРАБОТКИ, РЕАЛИЗАЦИИ И МОНИТОРИНГА КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ | |
| 6.1 | Участие в разработке и мониторинге реализации корпоративных программ укрепления общественного здоровья | 148 |
| 6.2 | Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на повышение ответственности работодателей за здоровье работников | 154 |
| 6.3 | Разработка мер по стимулированию предпринимательства и государственно-частного партнерства по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации | 158 |
| 7 | ОТДЕЛ КОММУНИКАЦИОННЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ПРОЕКТОВ | |
| 7.1 | Разработка и проведение коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности граждан за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья, формирование культуры здоровья в различных возрастных и социальных группах | 166 |
| 7.2 | Подготовка и тиражирование информационных материалов для взрослого и детского населения по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни, а также по правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и состояниях | 182 |

| | |
|--|-----|
| 7.3. Взаимодействие со средствами массовой информации, информационными ресурсами в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по вопросам общественного здоровья..... | 193 |
| 7.4. Повышение уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (общественного здоровья)..... | 207 |
| 7.5. Организация и проведение мероприятий по повышению уровня знаний медицинских работников, сотрудников образовательных организаций, организаций культуры, организаций физической культуры и спорта, средств массовой информации, иных организаций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни..... | 210 |
| 7.6. Организация и участие в проведении массовых мероприятий, акций, круглых столов, научно-практических конференций по вопросам укрепления общественного здоровья..... | 212 |
| 7.7. Разработка и реализация программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания..... | 215 |
| 7.8. Разработка и реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей и молодежи, в субъекте Российской Федерации, повышение эффективности пропаганды и обучения навыкам ЗОЖ и профилактики НИЗ в рамках общеобразовательных программ..... | 223 |
| 8 ОТДЕЛ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ | |
| 8.1. Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику НИЗ..... | 233 |
| 8.2. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости и алкоголизме..... | 237 |
| 8.2.1. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости..... | 237 |

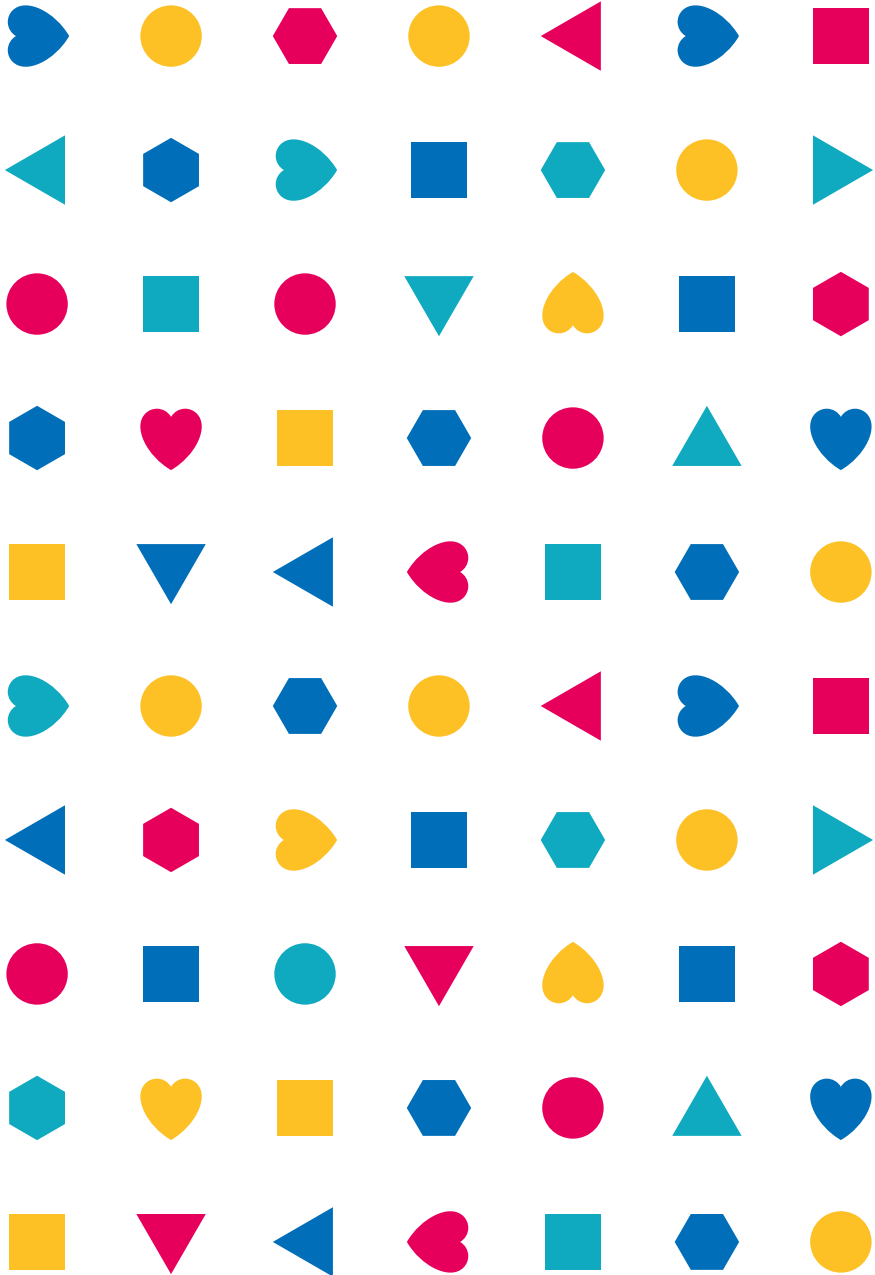
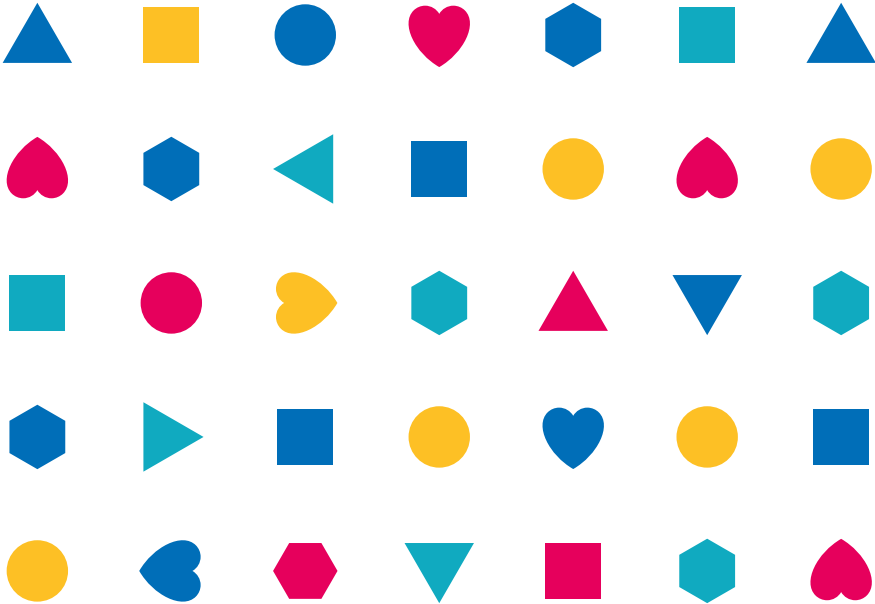
| | |
|---|------------|
| 8.2.2. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при алкоголизме..... | 248 |
| 8.3. Разработка и внедрение программ, направленных на повышение числа лиц, контролирурующих артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных..... | 251 |
| 8.4. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, расширение практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска..... | 255 |
| 8.5. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по совершенствованию диспансерного наблюдения, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий, а пациентами с неинфекционными заболеваниями, включая психические расстройства..... | 266 |
| 8.6. Анализ работы медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, организационно-методического обеспечения проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения лиц, имеющих высокий риск развития хронических неинфекционных заболеваний..... | 273 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 281 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ..... | 282 |

Список сокращений

АГ – артериальная гипертония
АД – артериальное давление
БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы
БСМЭ – бюро судебно-медицинской экспертизы
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ГЗ – грамотность в вопросах здоровья
ГЧП – государственно-частное партнерство
ДН – диспансерное наблюдение
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
ЕАЭС – Евразийского Экономического Союза
ЕМИСС – Единая межведомственная информационно-статистическая система
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ЗП – здоровое питание
КЖ – качество жизни
КК – коммуникационная кампания
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
МИАЦ – медицинский информационно-аналитический центр
Минздрав РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
МО – муниципальное(ые) образование(я)
МПУОЗ – муниципальная(ые) программа(ы) укрепления общественного здоровья
МФЦ – многофункциональных центрах
НЖ – насыщенные жиры

НИЗ – неинфекционные заболевания
НС – никотинсодержащая продукция
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни
ПАВ – психоактивные вещества
ПВ – пищевые волокна
ПМО – профилактический медицинский осмотр
РСПП – Российский союз промышленников и предпринимателей
РФ – Российская Федерация
СДЗ – социальные детерминанты здоровья
СМИ – средства массовой информации
ССЗ – сердечно-сосудистых заболеваний
ТМ – телемедицина
ТПП – Торгово-промышленная палата
ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФА – физическая активность
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава РФ
ФР – фактор(ы) риска
ЦА – целевая аудитория
ЦЗ – центр здоровья
ЦМП – центр медицинской профилактики
ЦНИИОИЗ – Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ
ЦОЗиМП – центр общественного здоровья и медицинской профилактики

Введение



Введение

Укрепление общественного здоровья – это самый эффективный и экономически целесообразный способ увеличения продолжительности качественной жизни населения. Накоплен отечественный и международный реализации подходов к укреплению общественного здоровья, который суммирован в рекомендациях Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и иных документах.

С 2019 года в Российской Федерации (РФ) реализуется Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» («Укрепление общественного здоровья») в рамках Национального проекта «Демография». Целью данного проекта является внедрение эффективных подходов, программ и мер, направленных на укрепление здоровья населения на популяционном уровне.

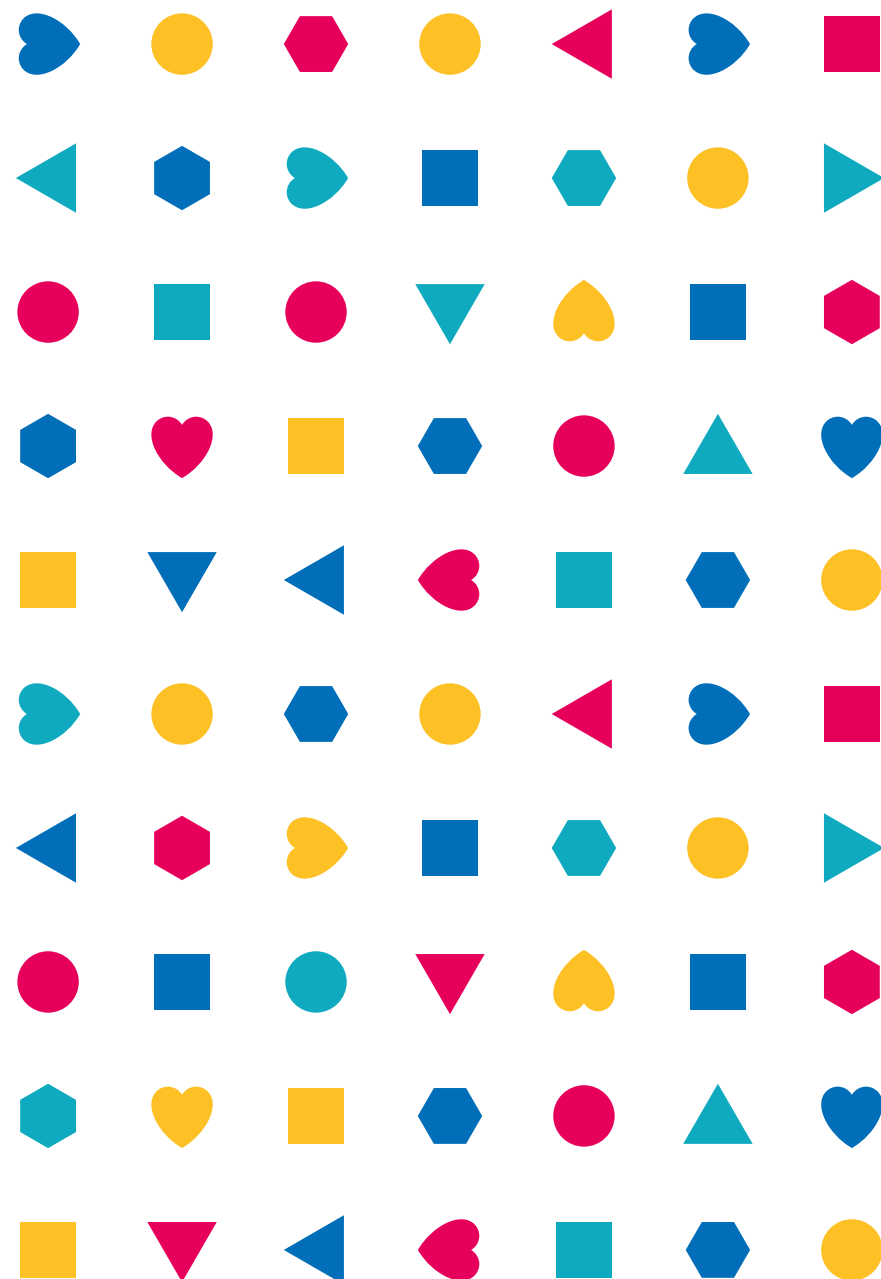
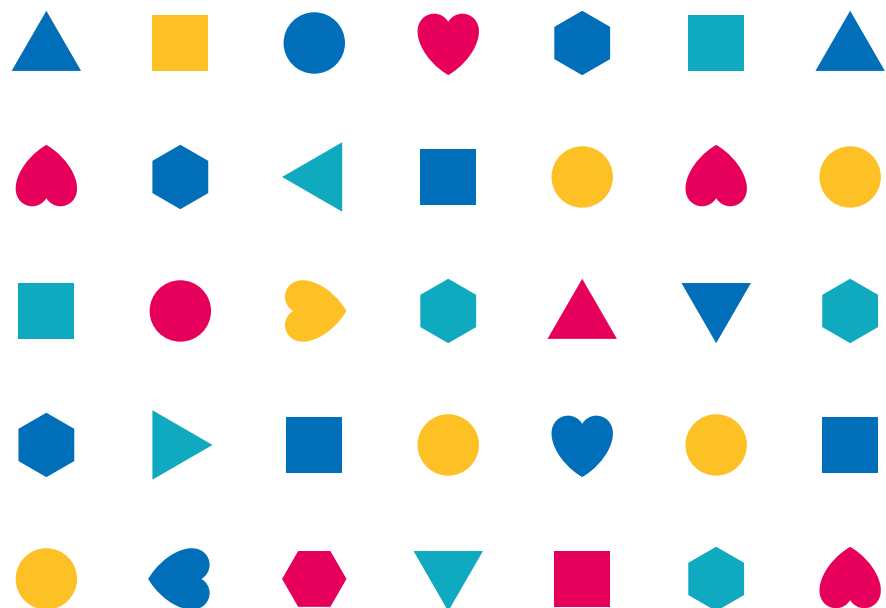
Одной из задач проекта является трансформация региональных центров медицинской профилактики в Региональные центры общественного здоровья и медицинской профилактики (ЦОЗиМП), что означает усиление направления укрепления общественного здоровья при сохранении роли методического центра по медицинской профилактике в регионе. Для этой цели были изменены функциональные обязанности и штатное расписание Региональных центров общественного здоровья и медицинской профилактики согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрава РФ) от 29 октября 2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации

и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» [1]. В течение 2020 года эта трансформация проведена в подавляющем большинстве регионов РФ. Однако в настоящий момент единственным документом, регламентирующим работу обновленного Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, является упомянутый приказ [1], чего недостаточно для эффективной работы по новым направлениям и для совершенствования реализации функций, которые осуществлялись ранее в рамках работы Центров медицинской профилактики (ЦМП).

**НАСТОЯЩЕЕ РУКОВОДСТВО ПРЕДНАЗНАЧЕНО
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЦОЗИМП, ВКЛЮЧАЕТ
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ
ФУНКЦИЙ ЦЕНТРОВ, ОПИРАЮЩИЕСЯ НА
НОРМАТИВНО РЕГЛАМЕНТИРОВАННУЮ
РЕКОМЕНДУЕМУЮ СТРУКТУРУ, ВКЛЮЧАЯ
6 КЛЮЧЕВЫХ ОТДЕЛОВ:**

- анализа и стратегического планирования;
- мониторинга факторов риска (ФР);
- разработки, реализации и мониторинга муниципальных программ общественного здоровья;
- коммуникационных и общественных проектов;
- разработки, реализации и мониторинга корпоративных программ укрепления здоровья;
- организации медицинской профилактики.

Нормативное
регулирование деятельности
Центров общественного
здоровья и медицинской
профилактики



2 Нормативное регулирование деятельности Центров общественного здоровья и медицинской профилактики

Национальный проект «Демография» в Федеральном проекте «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» определил одной из основных своих задач развитие инфраструктуры общественного здоровья, повышение обеспеченности кадрами в сфере общественного здоровья, в том числе путем внедрения модели организации и функционирования центров общественного здоровья. Для реализации этой задачи были внесены изменения в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. №529н. В перечне медицинских организаций особого типа вместо центров медицинской профилактики появляются центры общественного здоровья и медицинской профилактики (Приказ Минздрава России от 19.02.2020 №106н).

Новая структура, основные функции и рекомендуемые штатные нормативы Центра общественного здоровья и медицинской профилактики (далее – Центра) определены Приказом Минздрава России от 29 октября 2020 г. №1177н (далее – Приказ) «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».

Новая модель Центра подразумевает взятие контроля за общественным здоровьем в субъекте, путем разработки и реализации региональных, муниципальных и корпоративных программ общественного здоровья, направленных

на формирование культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, создание условий для ведения здорового образа жизни.

Центр общественного здоровья и медицинской профилактики – это основной межсекторальный координатор, инициатор, катализатор, анализатор и информатор процессов, которые способствуют укреплению общественного здоровья и профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

Правилами организации деятельности Центра (Приложение №7 Приказа) установлено, что региональный (республиканский, краевой, областной, окружной) Центр должен являться самостоятельной медицинской организацией, осуществляющей координацию и методическое сопровождение мероприятий по разработке, реализации и оценке эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, в субъекте Российской Федерации.



**В структуре Центра рекомендуется
предусматривать:**



**Отдел анализа и стратегического
планирования;**



**Отдел мониторинга
факторов риска;**



**Отдел коммуникационных
и общественных проектов;**



**Отдел организации
медицинской профилактики;**

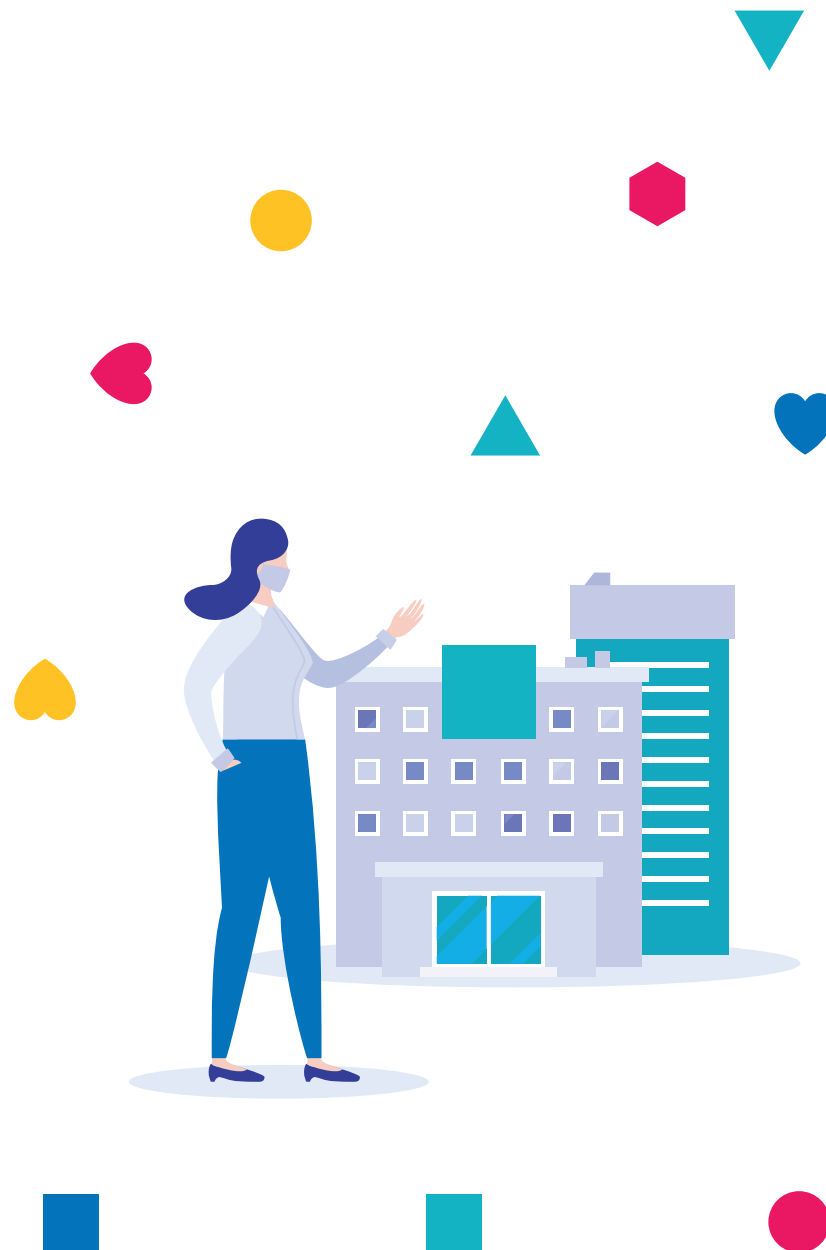


**Отдел разработки, реализации
и мониторинга муниципальных
программ общественного
здоровья;**

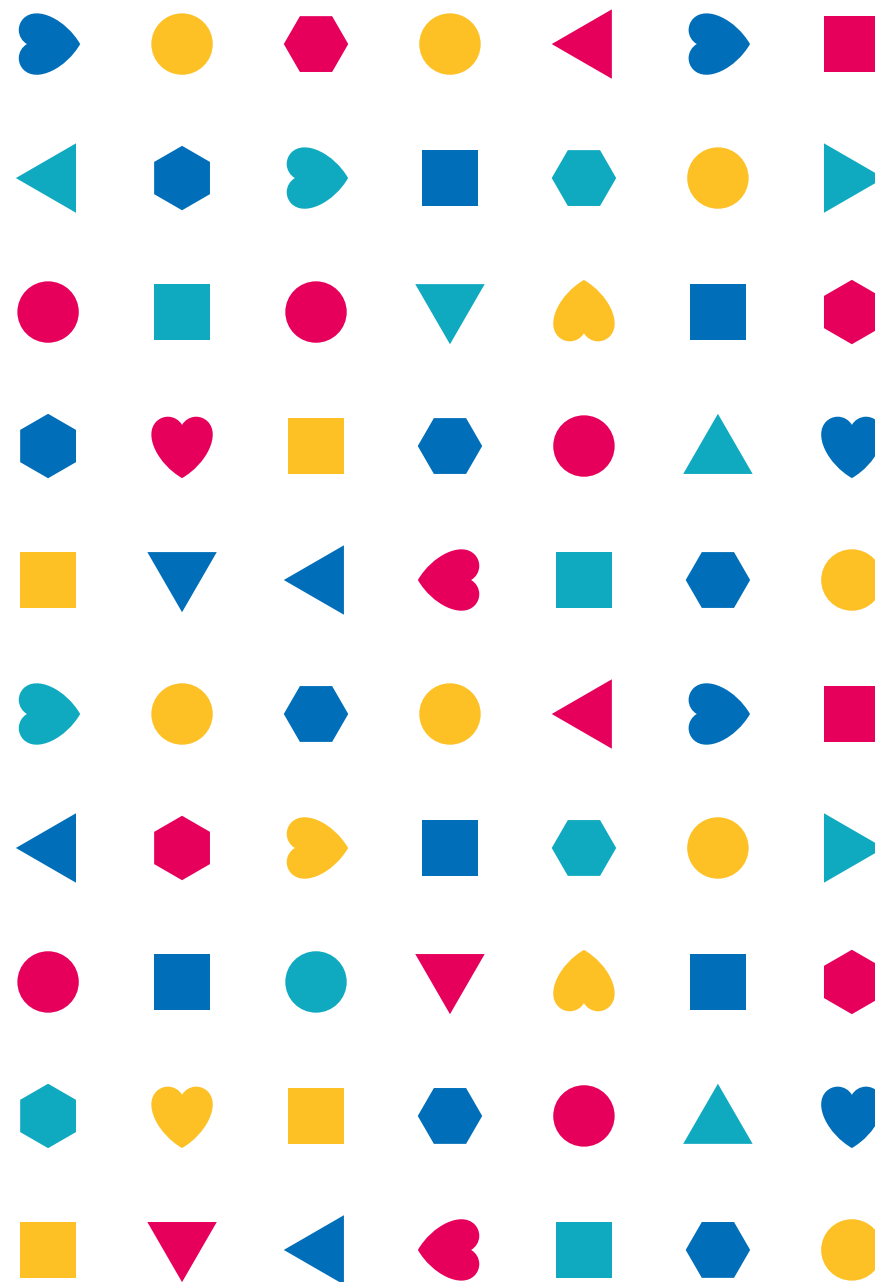
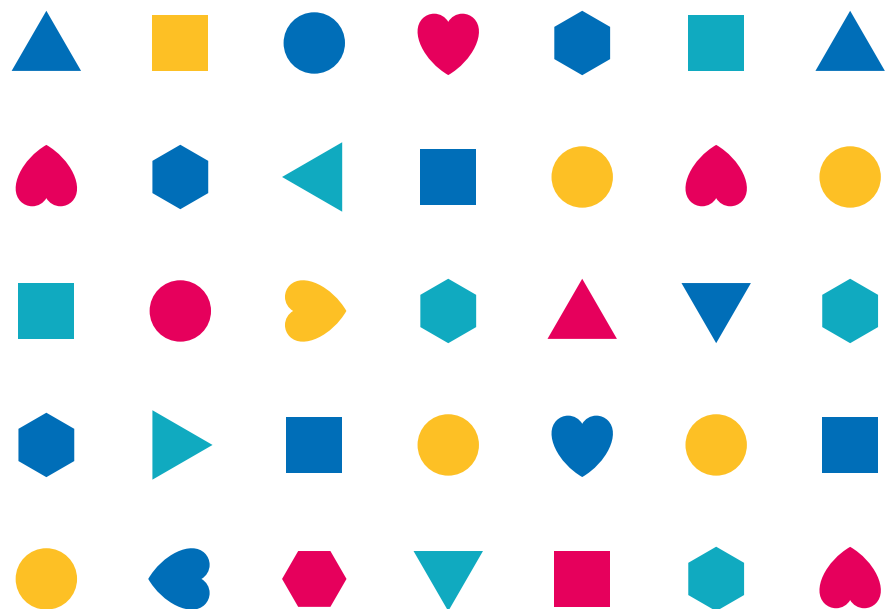


**Отдел разработки,
реализации и мониторинга
корпоративных программ
укрепления здоровья;**

На должности медицинских работников Центра назначаются лица, соответствующие Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам согласно Приказу Минздрава России от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», с изменениями и дополнениями от 15 июня 2017 г., 4 сентября 2020 г. Следует обратить внимание, что на должность «врач по медицинской профилактике» назначается работник с высшим медицинским образованием, имеющих специальность «Лечебное дело» или «Педиатрия».



Отдел анализа и стратегического планирования



3 Отдел анализа и стратегического планирования

Основные функции отдела ЦОЗиМП [1]:

- Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ), увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни (ЗОЖ).
 - Анализ смертности от НИЗ на региональном и муниципальном уровнях с оценкой географических, половозрастных и социальных факторов, включая оценку ожидаемой продолжительности жизни и по возрастных коэффициентов смертности.
 - Разработка и реализация региональных программ укрепления общественного здоровья, содержащих мероприятия по профилактике НИЗ, формированию ЗОЖ.
 - Разработка предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта Российской Федерации, направленные на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, а также сокращения бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением (распитием) алкогольной продукции.
 - Разработка, реализация и оценка эффективности региональных программ по популяризации рационального питания, ликвидации микронутриентной недостаточности, прежде всего дефицита йода, увеличению потребления овощей и фруктов, пищевых волокон, рыбы и морепродуктов, снижению избыточного потребления гражданами соли, сахара, насыщенных жиров.
- Разработка, реализация и оценка эффективности мер по профилактике хронических НИЗ у людей старшего возраста, включающих повышение физической активности (ФА) данной категории граждан, сокращения потребления (распития) ими алкогольной продукции и потребления табака, повышения информированности граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях и информирование общества по вопросам качества жизни граждан старшего поколения, ранней диагностики возраст-ассоциированных НИЗ и ФР их развития.
 - Разработка и внедрение программ по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов, в том числе среди несовершеннолетних.
 - Подготовка ежегодного публичного доклада о состоянии общественного здоровья в субъекте РФ с размещением его в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
 - Организация межведомственного взаимодействия на региональном, муниципальном уровне по вопросам укрепления общественного здоровья.

3.1 Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от НИЗ, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих ЗОЖ

Актуальность задачи. В документе ВОЗ «Здоровье-21» [2] сформулированы цели политики государств по достижению здоровья для всех в европейском регионе:

- укрепление и охрана здоровья людей на протяжении всей их жизни;
- снижение распространенности и уменьшение страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями.

Вся деятельность ЦОЗиМП находится в сфере достижения первой цели и разрабатываемые меры по улучшению показателей общественного здоровья (снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от НИЗ, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни, увеличения доли граждан, ведущих ЗОЖ и др.) должны опираться на концепцию и принципы укрепления общественного здоровья.

Концепция укрепления общественного здоровья. В соответствии с определением ВОЗ, укрепление здоровья представляет собой *«процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также улучшить его»* [2,4]. В этом процессе для достижения устойчивых результатов необходимо как межсекторальное взаимодействие, так и активное участие граждан.

Укрепление здоровья включает в себя не только информирование и обучение людей или улучшение умений и навыков отдельных лиц (специалистов разных смежных отраслей, населения, целевых групп и т.п.), но и действия, направленные на изменение социальных, экологических и экономических условий с тем, чтобы смягчить их воздействие на общественное и индивидуальное здоровье, а также условия для реализации этих действий.

Взаимосвязь между личностными характеристиками человека и его окружением оказывает значительное воздействие на здоровье. Меры по укреплению общественного здоровья и профилактике заболеваний должны формироваться с учетом биологических, социальных, психологических, поведенческих и др. аспектов жизни человека и общества, учитывать многообразные факторы, влияющие на здоровье.

Основные детерминанты здоровья могут быть сгруппированы в четыре кластера:

- Государственная политика, учитывающая интересы здоровья (социальная, экологическая, экономическая политика, законодательство, включая налоги, рекламу и др.);

- Действия на уровне местного сообщества (участие общественности, межсекторальное сотрудничество по созданию благоприятной среды на местном уровне);
- Предоставление информации, просвещение, образование, гигиеническое воспитание и обучение мерам укрепления здоровья и здоровых жизненных навыков;
- Меры системы здравоохранения по профилактике, организационные меры, совершенствование технологий и услуг, повышение профессиональных компетенций по мерам укрепления здоровья и профилактики среди медицинских специалистов первичной медико-санитарной помощи и специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения.

Новые критерии и определения. Впервые в нашей стране в индикаторы общественного здоровья официально введен показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни», что инициировано Национальным проектом «Демография». Методика расчета утверждена Росстатом в марте 2019 года [5].

В РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ), ВКЛЮЧЕНЫ ПЯТЬ ОФИЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ:

- Отсутствие курения.
- Потребление овощей и фруктов ежедневно в количестве не менее 400 г.
- Адекватная физическая активность (не менее 150 минут умеренной или 75 минут интенсивной физической нагрузки в неделю).
- Нормальное потребление соли (не выше 5 г в сутки).
- Употребление алкоголя не более 168 г чистого спирта в неделю для мужчин и не более 84 г для женщин.

Рекомендовано оценивать степени приверженности ЗОЖ:

- *высокий уровень приверженности ЗОЖ*, если все пять факторов ЗОЖ соответствуют утвержденным критериям;
- *удовлетворительный уровень приверженности ЗОЖ*, обязательно отсутствие курения (некурение) в сочетании с отсутствием одного из остальных четырех индикаторов ЗОЖ.

Принципы формирования мер по укреплению общественного здоровья должны учитывать:

Убежденность лиц, принимающих решения, в необходимости таких программ. Нередко требуется много совещаний, обмена информацией и обсуждений для того, чтобы убедить лиц, принимающих решения, в необходимости поддержать профилактические мероприятия, избавиться от стереотипа, что «здоровьем должно заниматься только здравоохранение».

- *Межсекторальное сотрудничество* в планировании и реализации программ (сочетание ресурсов). Каждый сектор должен работать самостоятельно, но ради общей цели - улучшения здоровья, т.е. каждый, занимаясь своим делом, должен активно сотрудничать, информировать своих партнеров.

Эффективные мероприятия по укреплению здоровья основаны на понимании того, как формируются поведенческие ориентации в отношении здоровья на уровне населения в целом или на уровне местного сообщества, а также на индивидуальном уровне. Общеизвестным является факт, что просто говорить людям о необходимости придерживаться определенного поведения, неэффективно, поскольку на формирование грамотности в вопросах здоровья и поведения влияет множество факторов: окружающая среда, знания, убеждения, навыки, поддержка, сети и мотивация.

- *Личностную ориентацию граждан*, их интересы, потребности и возможности. Программа должна фокусироваться на человеке/личности, а не на болезни, планирование должно удовлетворить потребности граждан. По этой причине невозможно подготовить программу в одном регионе, а затем тиражировать ее в другом. Потребности, приоритеты, возможности и ресурсы в регионах разные.
- *Участие местного сообщества* (людей, живущих в одном городском районе, одном селе, сообщество молодежи, пенсионеров и пр.). Участие местного сообщества должно вовлекаться в мероприятия по укреплению здоровья с учетом их потребности и интересов.

Опыт лучших практик показывает, что наиболее существенных результатов в снижении заболеваемости и предотвратимой смертности от НИЗ, увеличении ожидаемой продолжительности здоровой жизни и увеличении доли лиц, ведущих ЗОЖ, удается достичь мерами укрепления общественного здоровья и профилактики заболеваний, сформированными с учетом перечисленных принципов и подходов.

Оценка мероприятий является важнейшим компонентом любого вида деятельности. В настоящее время специалистами ЦНИИОИЗ разработана Методика формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], где практически по каждой функции предложены показатели деятельности. Важно отметить, что перечисленные критерии оценки данной функции ЦОЗиМП не пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как данная Методика [6] является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики. Для оценки мер по укреплению здоровья пока указана позиция о регистрации проводимых в этом направлении мероприятий и как они оцениваются в регионе. В дополнение к Методике, в целях полноценной оценки и развития на региональном уровне мер по укреплению общественного здоровья и профилактике заболеваний рекомендуется опираться

на опыт лучших практик, опубликованный в сборнике мероприятий по укреплению общественного здоровья, профилактике НИЗ и ФР [7], в котором представлена систематизированная база данных профилактических методологий в отдельных регионах России. Эти данные предоставлены Главными внештатными специалистами по медицинской профилактике субъектов РФ. Сборник может быть использован для тиражирования лучших региональных практик, направленных на формирование ЗОЖ, профилактику и контроль НИЗ, что может быть использовано другими субъектами в практической деятельности.

Сборник содержит описание мер укрепления общественного здоровья и профилактики заболеваний, направленных на повышение физической активности, профилактику нерационального питания, профилактику курения и злоупотребления алкоголем, на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ФР их развития, на профилактику онкологических заболеваний и ФР их развития, на снижение смертности от НИЗ, инвалидности. Сборник содержит также инструмент для самооценки профилактических мер программ, что позволит субъектам разрабатывать, реализовывать и оценивать региональные профилактические меры, в том числе в рамках федерального проекта «Укрепления общественного здоровья», с учетом научно-обоснованного подхода, а также проводить самооценку уже реализующихся мер и программ, корректировку, при необходимости, процесса реализации.

3.2 Анализ смертности от НИЗ на региональном и муниципальном уровнях с оценкой географических, половозрастных и социальных факторов, включая оценку ожидаемой продолжительности жизни и половозрастных коэффициентов смертности

Актуальность задачи. Снижение предотвратимой смертности, увеличение продолжительности жизни является одним из приоритетов социальной политики в России. Согласно приказу Роспотребнадзора от 20 сентября 2010 года №341 «Об утверждении методических рекомендаций по социально-гигиеническому мониторингу» [8] разработка профилактических

мероприятий, а также оценка достигнутых результатов на региональном и муниципальном уровне, невозможна без тщательного и всестороннего анализа показателей смертности населения с оценкой, географических, половозрастных и социальных факторов, включая оценку ожидаемой продолжительности жизни и половозрастных коэффициентов смертности [8]. Планирование мер, направленных на ее снижение, должно базироваться на оценке динамики показателей смертности по полу, возрасту и причинам.

Источники информации о показателях смертности населения от НИЗ

Существует несколько источников информации о показателях смертности населения от НИЗ, которые можно использовать для анализа и оценки эффективности профилактических программ. В первую очередь, это данные Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) (<https://www.fedstat.ru/>), которая содержит региональные данные о показателях смертности населения, в том числе по классам и отдельным группам причин, по основным половозрастным группам и типам поселений, а также показатели ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Анализ смертности на региональном и муниципальном уровне также можно проводить, руководствуясь методическими документами [11,12].

Другим важным источником информации о смертности населения являются сборники «Медико-демографические показатели Российской Федерации», которые находятся на сайте ЦНИИОИЗ (<https://mednet.ru/login>). Сборники содержат абсолютные, относительные и стандартизованные показатели смертности, что позволяет сравнивать регионы между собой и в динамике. Для получения доступа к материалам, требуется предварительная регистрация.

Статистика смертности от злокачественных новообразований представлена на сайте информационного ресурса ONCOLOGY.ru (<http://www.oncology.ru/>). Для получения доступа к статистическим данным, требуется предварительная регистрация.

Информация о смертности в разрезе муниципальных образований находится на сайте Росстата по адресу (<https://www.gks.ru/dbscripts/munst/>). Но эта информация ограничена только показателями общей смертности, без разбивки по полу, возрасту, причине смертности.

Если анализ показателей смертности проводится в рамках разработки и оценки региональных профилактических программ, то необходимая информация может запрашиваться напрямую в территориальных органах Росстата, где можно получить необходимые данные в разрезе муниципальных образований. Более того, детальная информация о числе умерших по 5-летним интервалам и причинам смерти, дает возможность расчета такого важного показателя как «Потерянные годы потенциальной жизни» (в англоязычной литературе – Potential Years of Life Lost, PYLL), который является одним из современных инструментов оценки потерь здоровья населения, позволяющий оценивать эти потери в экономическом аспекте.

Оценка мероприятий по реализации данной функции ЦОЗиМП, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает:

- наличие утвержденных целевых показателей для оценки на региональном и муниципальном уровне (если разработаны – перечислить);
- наличие системы мониторинга показателей (если есть – описать кратко, кто проводит, как, периодичность предоставления и т.д.).



3.3 Разработка и реализация региональных программ укрепления общественного здоровья, содержащих мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни

Актуальность задачи. Для реализации *ключевой задачи*¹ ЦОЗиМП должен *стать инициатором* разработки региональных программ, а также активным участником осуществления на уровне субъекта Российской Федерации или муниципалитета координации и методического сопровождения мероприятий по разработке, реализации и оценке эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни.

Когда речь идет об укреплении общественного здоровья и сохранении здоровья здоровых людей традиционный биомедицинский подход указывает узкий, порой не всегда эффективный путь, т.к. задачи укрепления здоровья и профилактики заболеваний выходят за пределы медицины, вплоть до таких областей как экономика, профессиональная занятость, социальная жизнь, мода и другие. Профилактические программы укрепления общественного здоровья могут быть эффективными лишь в том случае, если они:

- *охватывают все* заинтересованные сферы общества, а не только здравоохранение;
- *разрабатываются с учетом* конкретных условий и особенностей, ресурсов и местных инициатив;
- *планируются как совместные усилия* разных секторов и ведомств;

¹ Методика оценки не полностью представляет результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

- принимают во внимание при формировании мероприятий наряду с биомедицинскими, психосоциальными, поведенческими, средовыми, экономическими и др. факторы;
- строятся с учетом опыта лучших отечественных и зарубежных практик.

Согласно «Рекомендациям по созданию региональных и муниципальных программ укрепления здоровья» Минздрава России [11] принципы формирования региональных программ опираются на значимость проблем общественного здоровья в регионе, включают анализ региональных показателей общественного здоровья и факторов, его определяющих (детерминант здоровья), на основании чего для реализации планируются только научно обоснованные программные мероприятия, базируются при подготовке и реализации программ на приоритете межведомственного и межсекторального подхода, а также на вовлечение и участие в реализации мероприятий программ гражданского общества, неправительственных организаций и волонтеров, в том числе волонтеров, использования современных каналов коммуникации.

Технология разработки и формирования региональных программ, может быть охарактеризована как «процессный подход» к управлению процессами (рисунок 1), который рекомендован международной системой стандартизации и менеджмента качества (ИСО/ISO - International Organization for Standardization) или методология, известная как цикл PDCA («Plan-Do-Check-Act»), которую применительно к региональным программам можно кратко описать следующим образом:

- **планирование (plan)** - установление целей и разработка мероприятий/действий, необходимых для достижения результатов в соответствии с задачами общественного здоровья в регионе; полный процесс планирования региональных программ условно можно выделить две основные фазы: анализ ситуации (поиск, постановка проблемы) и собственно планирование (поиск решений проблемы).

- **действие (do)** – внедрение, реализация программных мероприятий/процессов;
- **контроль (check)** - проведение мониторинга, измерения процессов и результатов достижения целей;
- **воздействие/оптимизация (act)** - принятие и реализация решений и мер по постоянному улучшению показателей общественного здоровья.

Комплексный подход к формированию и реализации программ укрепления общественного здоровья



Рисунок 1. Комплексный подход к формированию и реализации программ укрепления общественного здоровья.

Для реализации указанного технологического подхода в «Рекомендациях по созданию региональных и муниципальных программ укрепления здоровья» Минздрава России [11] предложен порядок разработки и утверждения региональной программы, который включает также пошаговый процесс утверждения программ:

1 шаг - анализ ситуации.

- анализ показателей, структуры и причин смертности в регионе;
- анализ распространенности ФР развития заболеваний (желательно в динамике) по региону (потребление табака и иной никотин содержащей продукции, потребление алкоголя с вредными последствиями, низкой ФА, нерационального питания и др.);
- анализ влияния на здоровье жителей региона иных факторов (экономических, экологических, производственных, инфраструктуры, озеленения, доступности спортивных и физкультурных сооружений, иных условий для реализации мер по укреплению здоровья);
- анализ инфраструктуры системы общественного здоровья и медицинской профилактики в регионе.

2 шаг - подготовка справки о состоянии общественного здоровья. По результатам проведенного на первом этапе анализа ЦОЗиМП готовит справку о состоянии общественного здоровья в регионе, желательно с приложением карты региона и выделением муниципальных образований с разным уровнем смертности по отношению к среднерегиональному показателю, распространенности факторов риска.

3 шаг – общественное обсуждение.

Справка о состоянии общественного здоровья в регионе направляется для межсекторального, межведомственного и экспертного общественного обсуждения. По результатам

такого обсуждения определяются согласованные приоритеты и готовятся предложения органам исполнительной власти по улучшению показателей общественного здоровья и предложения по конкретным мероприятиям программы. Неотъемлемым компонентом программы является мониторинг и оценка (выбор показателей для оценки, контрольные точки, оценка процесса и результатов).

4 шаг – подготовка проекта и утверждение программы. Проект программы обсуждается и утверждается главой региона.

Координация работы по анализу и подготовке справки о состоянии общественного здоровья в регионе, а также подготовка проекта региональной программы рекомендуется осуществлять региональному ЦОЗиМП при взаимодействии с межсекторальной экспертной группой.

Руководство работой по проведению анализа состояния общественного здоровья в регионе, региональным детерминантам и подготовкой справки осуществляет орган исполнительной власти региона в сфере охраны здоровья.



Для подготовки проекта региональной программы рекомендуется создать межведомственную/межсекторальную экспертную рабочую группу с участием общественных организаций, волонтеров. Ключевые положения разработки, реализации и оценки региональных программ укрепления общественного здоровья и профилактики заболеваний (на примере ССЗ) представлены в руководстве [12] и публикациях [13].

Региональная программа укрепления общественного здоровья и профилактики заболеваний (как документ) – это систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности и мероприятий по сохранению и укреплению общественного здоровья, профилактике заболеваний, травм, несчастных случаев. Документ строится по определенной структуре и включает:

- паспорт программы, с указанием (наименования программы, цели, конечных результатов (целевых показателей по годам) задач, органов управления и реализации программы (координатора, исполнителей), объемы финансирования по годам, этапы и сроки реализации;
- общую характеристику региона (основные географические, демографические, социально-экономические характеристики, показатели заболеваемости, смертности), доступности имеющихся ресурсов для реализации мер в области общественного здоровья;
- общую характеристику системы управления здравоохранением, включая структуры общественного здоровья и медицинской профилактики;
- эпидемиологические характеристики распространенности факторов риска;
- формулировку цели программы, целевые ориентиры;
- задачи программы по годам реализации (включая задачи межсекторального взаимодействия);

- ресурсы (кадры, оснащение, финансы);
- мероприятия программы;
- мониторинг и оценку;
- исполнители программы;

Требования к отдельным структурным элементам программы

Цель программы – это конкретные конечные состояния или желаемый результат, которого стремится добиться программа.

Важно сформулировать работающую цель, для чего широко применяется технология **SMART** [14,15], позволяющая поставить цель, отвечающую следующим характеристикам: **S** (Specific) - конкретные формулировки цели; **M** (Measurable) – измеримость цели, желательно в определенных единицах; **A** (Achievable) - достижимость в существующих условиях; **R** (Relevant) – значимость и актуальность для конкретной территории (целевой группы и пр.); **T** (Time) – планируется на определенное (ограниченное время).

Применение технологии SMART позволяет на этапе планирования обобщить всю имеющуюся информацию, установить приемлемые сроки работы, определить достаточность ресурсов, предоставить всем участникам процесса ясные, точные, конкретные задачи.

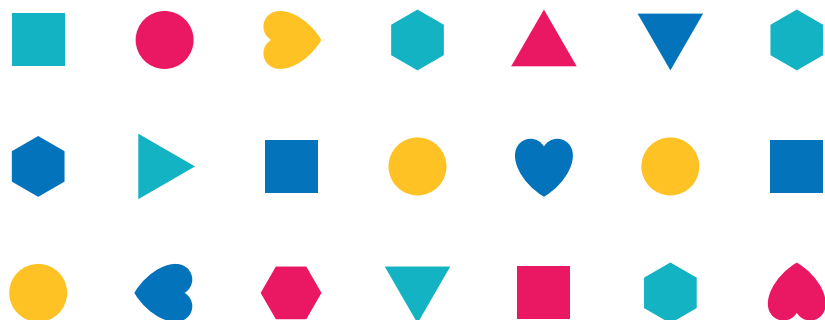
Долгосрочные цели (на срок 5 и более лет) могут быть направлены на улучшение показателей общественного здоровья (групп, населения).

Краткосрочные цели (на 2-3 года) направлены они на показатели процесса перемен (удовлетворенность, отношение, знание, навыки, умения) как в среде специалистов. Краткосрочные (промежуточные) цели служат индикатором развития программы и могут иметь конкретное количественное выражение.

Задачи региональной программы – это работа, которая в соответствии с поставленной целью должна быть выполнена для достижения цели заранее запланированным способом (методом) и в запланированные сроки.

Мероприятия реализации региональной программы должны опираться на построении партнерства между участниками программы. Любая профилактическая программа предполагает межсекторальное сотрудничество на региональном уровне, перед каждым сектором общества должны быть четко сформулированы специфические задачи, определяемые сферой влияния данного сектора и направленные на реализацию единой цели. Важную роль при построении партнерской коалиции играет руководство программой и личные качества руководителя. В состав органа управления программой желательно включать не только вертикальное административное руководство, но и представителей от различных сотрудничающих секторов.

План реализации программ должен содержать перечень конкретных мероприятий, сроков их реализации, ответственных исполнителей (участников), ожидаемых результатов и выходной продукции.



Мониторинг и оценка программы проводятся для совершенствования программ профилактики с учетом особенностей конкретных целевых групп, приоритетов, ресурсов и пр., а также для совершенствования инфраструктуры (исполнителей, интеграции, коалиции) программ профилактики и правильного распределения кадровых и финансовых ресурсов, для чего важно учитывать опыт, в том числе и на региональном уровне и лучшие практики реализации программ укрепления общественного здоровья и профилактики заболеваний [7]. Мониторинг программ необходим, чтобы обеспечить выполнение плана, оценить соответствие тактики поставленной стратегической цели, оценить процесс реализации и выявить препятствия и пути их преодоления для оперативного управления всем процессом реализации профилактической программы. Оценка результата проводится в зависимости от поставленной цели в краткосрочном или долгосрочном периоде.

Оценка мероприятий по реализации данной функции ЦОЗиМП, по разработке и реализации региональных программ укрепления общественного здоровья, содержащих мероприятия по профилактике НИЗ, формированию ЗОЖ, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает²:

- сведения о профилактических программах, в разработке и реализации которых принимает участие ЦОЗиМП с указанием численности, названия программ и основные сведения о ходе реализации, включая федеральные, региональные, муниципальные, корпоративные, международные программы;
- предложения, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП (перечислить);
- мероприятия, реализуемые на региональном уровне (перечень с учетом межведомственного взаимодействия).

² Методика оценки не полностью представляет результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

3.4. Разработка предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта Российской Федерации



3.4.1 Разработка предложений, направленных на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака

Законодательное регулирование отношений в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей (НС) продукции в России осуществляется на основе правоприменения Федерального закона от 23 февраля 2013г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» (в ред. Федерального закона от 31.07.2020 №303-ФЗ, приравнивающего к регулированию табачных изделий все НС продукты (электронные сигареты, вейпы, продукты нагревания табака) [16,17]. Закон направлен на реализацию задач и выполнение Плана мероприятий Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иных никотинсодержащих продуктов до 2035 года и дальнейшую перспективу, принятого Распоряжением Правительства от 30 апреля 2021 г. №1151-р (План мероприятий). План мероприятий обозначил пакет программных действий, направленных на реализацию новой антитабачной Концепции в РФ[18].

Отдельные положения относительно производства и оборота табачной продукции регулируются на основе действующего на территории Евразийского Экономического Союза технического регламента Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию» (ТР ТС 035/2014)»[19].

Согласно Статье 6 основного антитабачного закона – Федерального закона от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (Закон), органы государственной власти субъектов РФ имеют следующие полномочия

в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, которыми могут руководствоваться Центры общественного здоровья и медицинской профилактики:

- 1) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях субъектов РФ;
- 2) разработка и реализация мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях субъектов Российской Федерации;
- 3) координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, субъектов государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения на территориях субъектов РФ по оказанию гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;
- 4) участие в осуществлении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, на территориях субъектов РФ, а также информирование органов местного самоуправления и населения о масштабах потребления табака на территории соответствующего субъекта РФ, о реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению потребления табака;
- 5) обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления

табака, в медицинских организациях субъектов РФ в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

- б) принятие дополнительных мер, направленных на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Соответственно, Статья 7 Закона определяет аналогичные полномочия для органов местного самоуправления, что также должны быть в центре внимания ЦОЗиМП:

- 1) участие в реализации мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях муниципальных образований (МО);
- 2) обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи соответствующих полномочий в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
- 3) информирование населения о масштабах потребления табака на территории соответствующего МО, о реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению его потребления, в том числе на основании мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.

В соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 30.04.2021 №1151-р, органам исполнительной власти субъектов РФ рекомендуется принять участие в реализации Плана мероприятий.

Исполнение норм двух Федеральных законов, направленных на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего

табачного дыма и последствий потребления табака и/или иной НС продукции, обязательно на всей территории РФ. Поэтому предложения по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта РФ, направленные на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, должны касаться, в первую очередь:

- 1) совершенствования механизмов правоприменения установленных законодательных норм, обеспечения контроля и надзора за их исполнением на территории субъекта РФ и реализации мер, прописанных в Планах мероприятий;
- 2) принятия дополнительных мер, направленных на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма последствий потребления табака.

Исследования, проведенные в ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в 10 субъектах РФ, показали, что полнота правоприменения отдельных норм закона может существенно различаться между разными субъектами РФ. [20] Было также показано, что чем полнее реализуются законодательные меры, направленные на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма последствий потребления табака, тем ниже распространенность потребления табака в субъектах РФ [21].

1) Для совершенствования механизмов правоприменения законодательных норм, обеспечения контроля и надзора за их исполнением на территории субъекта РФ необходимо по инициативе и силами Министерства/департамента здравоохранения:

1. Создание координационного комитета по вопросам реализации государственной политики, направленной на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма последствий потребления табака; привлечение для работы координационного комитета экспертов по проблеме, представителей контрольно-надзорных органов, полиции, таможни и др., создание системы отчетности по контрольно-надзорной деятельности соответствующих органов;

1. Осуществление строго контроля и противодействия любым вмешательствам представителей табачной индустрии, недопущения их участия в организационных, информационно-коммуникационных, образовательных мероприятиях, участия в работе Координационного совета, и работе органов власти, предотвращение любых ситуаций превалирования коммерческих интересов табачных компаний над общественными и над общечеловеческими ценностями;
2. Проведение систематического мониторинга за исполнением норм Закона;
3. Проведение систематического мониторинга распространенности потребления табака и иных НС продуктов посредством социологических опросов на случайных выборках.

Мероприятия по реализации мер, направленных на охрану здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака в соответствии со ст. 12–20 ФЗ от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», прописаны в самом законе. Механизмы их правоприменения и ответственность за их исполнение определены Федеральным законом от 21.10.2013 №274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «О рекламе» в связи с принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В наибольшей степени предложения по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта РФ, для повышения защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, должны быть направлены на совершенствование правоприменения и реализации:

- Запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах (Статья 12);

- Ценовых и налоговых мер, направленных на сокращение спроса на табачные изделия (Статья 13): например, путем установления минимальных розничных цен на табачную продукцию, по закону не ниже 75% от максимальной розничной цены, установленной Налоговым кодексом РФ;
- Просвещения населения и информирования его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма (Статья 15), посредством определения информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака, отраженной в нормативно-правовых документах субъектов РФ, и утвержденной Министерством здравоохранения РФ;
- Запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака (Статья 16), посредством осуществления строго контроля и надзора за исполнением этой нормы закона;
- Оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака (Статья 17) – более подробно см. в разделе 8.2.1 этого руководства;
- Предотвращения незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями (Статья 18), посредством усиления контроля и надзора на пограничных пунктах и таможнях;
- Ограничения торговли табачной продукцией и табачными изделиями (Статья 19), посредством усиления контроля и надзора за исполнением правил торговли табачными продуктами, недопущения торговли с открытой выкладкой табачной и НС продукцией в пунктах продаж не только в супермаркетах и больших магазинах, но и маленьких магазинах в жилых кварталах и на рынках;
- Запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака (Статья 20), путем усиления контроля и надзора за исполнением этой статьи.

В этой связи предложения для совершенствования региональных законодательных норм по противодействию потреблению табака и защите граждан от табачного дыма должны быть направлены на выполнение задач Концепции, прописанных в Плане мероприятий, в частности на:

- разработку мероприятий, направленных на дополнительную защиту несовершеннолетних граждан от табака и иной НС продукции,
- разработку мероприятий, направленных на защиту беременных женщин от потребления табака и иной НС продукции и воздействия окружающего табачного дыма,
- разработку и внедрение корпоративных программ укрепления здоровья, включающих охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, а также иной НС продукции,
- осуществление контроля за соблюдением законодательства в сфере запрета рекламы и стимулирования продажи табака, табачных изделий или НС продукции, устройств для потребления НС продукции, кальянов, спонсорства табака или НС продукции, в том числе в информационно-телекоммуникационной сети Интернет,
- поддержку социально ориентированных общественных организаций,
- подготовку педагогических кадров,
- совершенствование медицинской профилактики потребления табака и иной НС продукции и медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и иной НС продукции.

2) Предложения по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта РФ, для повышения защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий

потребления табака, могут быть также направлены на расширение и ужесточение существующих норм Закона.

Согласно Статье 6 Федерального закона от 23 февраля 2013г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» органы государственной власти субъектов РФ вправе принять дополнительные меры, направленные на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Например, согласно Статье 12 Закона, органы государственной власти субъектов РФ вправе *устанавливать дополнительные ограничения курения табака в отдельных общественных местах и в помещениях.*



Кроме того, предложения по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта РФ, для повышения защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, могут также быть направлены на:

- Увеличение допускаемого возраста, для продажи табачной продукции до 21 года;
- Запрет демонстрации, открытой выкладки и рекламы устройств для потребления электронных НС продуктов, продуктов нагревания табака и кальянов;
- Запрет на размещение крупных вывесок / указателей на асфальте со словом «Табак» и/ или оформление витрин магазинов подобными вывесками;
- Запрет на организацию специальных мест для курения в помещениях аэропортов.



3.4.2 Разработка предложений, направленных на сокращение бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением (распитием) алкогольной продукции

Федеральный закон от 22.11.1995 №171-ФЗ (ред. от 30.04.2021) «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» – основной закон, регулирующий в нашей стране производство и оборот алкогольной продукции, в том числе ее розничную продажу [22]. В статье 16 данного закона предусмотрены дополнительные полномочия органов власти субъектов РФ, которые можно использовать в работе ЦОЗиМП, в частности, при разработке предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта РФ, направленные на сокращения бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением (распитием) алкогольной продукции.

В Статье 16 №171-ФЗ (ред. от 30.04.2021) представлены особые требования к розничной продаже алкогольной продукции,

розничной продаже алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания, а также потреблению (распитию) алкогольной продукции.

Розничная продажа алкогольной продукции и розничная продажа алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания не допускаются (п.2 ст.16):

- в местах нахождения источников повышенной опасности, определяемых *органами государственной власти субъектов РФ в порядке, установленном Правительством РФ*;
- в местах массового скопления граждан в период проведения публичных мероприятий, организуемых в соответствии с Федеральным законом от 19 июня 2004 года №54-ФЗ «О собраниях, митингах, демонстрациях, шествиях и пикетированиях», и на прилегающих к таким местам территориях, границы которых устанавливаются *органами государственной власти субъектов РФ* при согласовании проведения таких мероприятий.

Регламентировано, что розничная продажа алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания в объектах общественного питания, расположенных в многоквартирных домах и (или) на прилегающих к ним территориях, допускается только в указанных объектах общественного питания, имеющих зал обслуживания посетителей общей площадью не менее 20 квадратных метров (п.4.1 ст.16).

Субъекты РФ вправе устанавливать законом субъекта РФ дополнительные ограничения розничной продажи алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания в объектах общественного питания, расположенных в многоквартирных домах и (или) на прилегающих к ним территориях (в части увеличения размера площади зала обслуживания посетителей в объектах общественного питания), в том числе полный запрет на розничную продажу алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания в объектах общественного питания, расположенных в многоквартирных домах и (или) на прилегающих к ним территориях.

Не допускается розничная продажа алкогольной продукции с 23 часов до 8 часов по местному времени, за исключением розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой организациями, фермерскими хозяйствами, индивидуальными предпринимателями, признаваемыми сельскохозяйственными товаропроизводителями, розничной продажи пива, пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи, осуществляемой индивидуальными предпринимателями, при оказании такими организациями, фермерскими хозяйствами и индивидуальными предпринимателями услуг общественного питания, розничной продажи алкогольной продукции в случае, если указанная продукция размещена на бортах водных и воздушных судов в качестве припасов в соответствии с правом Евразийского Экономического Союза (ЕАЭС) и законодательством РФ о таможенном деле, и розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой в магазинах беспошлинной торговли (п.9. ст 16).

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе устанавливать дополнительные ограничения времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции, за исключением розничной продажи алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания, если иное не установлено настоящей статьей, в том числе полный запрет на розничную продажу алкогольной продукции, за исключением розничной продажи алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания, если иное не установлено настоящей статьей.

Кроме того, определенными полномочиями в сфере ограничения алкогольного потребления наделены органы местного самоуправления. Правительством Российской Федерации подготовлено Постановление от 23.12.2020 г. № 2220 «Об утверждении Правил определения органами местного самоуправления границ прилегающих территорий, на которых не допускается розничная продажа алкогольной продукции и розничная продажа алкогольной продукции при оказании услуг общественного питания».

Для обоснования необходимости изменения регионального законодательства потребуется анализ ситуации, который должен включать следующие статистические показатели в динамике за 3-5 лет (<https://www.fedstat.ru/>):

- Объем розничных продаж алкогольной продукции (пиво, вино, водка) в литрах на душу взрослого населения (15 лет и старше).
- Количество преступлений (из числа предварительно расследованных), совершенных в состоянии алкогольного опьянения.
- Число зарегистрированных умерших по основным классам и отдельным причинам смерти (случайные отравления алкоголем, внешние причины, транспортные травмы всех видов) в расчете на 100 тыс. населения (оперативные данные).
- Заболеваемость с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизма и алкогольного психоза на 100 тыс. населения.

Кроме того, для анализа ситуации могут быть использованы результаты диспансеризации (при должном качестве выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя), эпидемиологического мониторинга, социологических опросов.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП разработки предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты субъекта Российской Федерации, направленных на повышение защищенности граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака, а также сокращения бремени заболеваний и социальных последствий, связанных с потреблением (распитием) алкогольной продукции, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает краткое описание деятельности центра в этом направлении³.

³ Методика оценки не полностью представляет результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.



3.5 Разработка, реализация и оценка эффективности региональных программ по популяризации здорового питания, ликвидации микронутриентной недостаточности, прежде всего дефицита йода, увеличению потребления овощей и фруктов, пищевых волокон, рыбы и морепродуктов, снижению избыточного потребления гражданами соли, сахара, насыщенных жиров

Актуальность задачи. Здоровое питание (ЗП) - способствует профилактике неполноценного питания во всех его формах, предупреждает развитие и прогрессирование ХНИЗ [23,24]. В 2004 г. Ассамблея здравоохранения приняла «Глобальную стратегию ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью», призвав правительства, ВОЗ, международных партнеров, частный сектор и гражданское общество к принятию мер на глобальном, региональном и местном уровнях для содействия ЗП и физической активности (ФА) [25].

Меры государства играют ключевую роль в формировании здоровой продовольственной среды, позволяющей населению придерживаться ЗП [23,26]. К ним относятся:

1. Обеспечение согласованности региональной политики и инвестиционных планов, в области торговли, пищевой промышленности и сельского хозяйства, включая семейные фермерские хозяйства для содействия ЗП с помощью:

- создания благоприятных условий для развития городского и пригородного сельского хозяйства [26,27];
- осуществления рекомендаций ВОЗ в отношении ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков [28,29];
- установления стандартов, способствующих практике ЗП путем обеспечения наличия питательных, безопасных и доступных по стоимости пищевых продуктов в дошкольных, школьных и других общественных учреждениях и на рабочих местах [30];

- внедрения нормативных и добровольных инструментов (пример - маркировка пищевых продуктов «Светофор») [31]; экономических стимулов (субсидии на фрукты и овощи), сдерживающих факторов (налогообложение продуктов с высоким содержанием добавленного сахара) и социальных программ (денежные пособия, предоставление продуктов отдельным категориям граждан) [26,32];
- стимулирования производств на пересмотр рецептуры и снижения содержания соли и сахара в пищевой продукции; предприятий общественного питания в целях увеличения ассортимента блюд и напитков, отвечающих критериям ЗП и доступных по стоимости [33];
- формирования среды ЗП.

2. Стимулирование спроса потребителей на здоровые пищевые продукты с помощью:

- повышения осведомленности населения о ЗП;
- внедрения школьных стратегий и программ, направленных на принятие и поддержание практики ЗП среди детей [34,35];



- предоставления полной информации о содержании питательных веществ в продуктах и нанесения дополнительной маркировки на лицевую сторону упаковки, чтобы потребителю было проще понять эту информацию [31];
- расширения консультирования по вопросам ЗП на уровне первичной медико-санитарной помощи [36].

3. Поддержание грудного вскармливание, создание условий для осуществления грудного кормления детей в больницах и на предприятиях для работающих женщин [37].

4. Вовлечение государственных учреждений (школы, детские сады, дома престарелых, больницы и исправительные учреждения, предприятия общественного питания) в формирование среды ЗП [30]. Люди проводят на учебе и работе значительную часть своего времени, поэтому учреждения могут оказать значительную роль в обеспечении среды ЗП.

При разработке программы по популяризации ЗП следует учитывать особенности направлений вмешательства, поскольку в программе будут присутствовать общие подходы (пример – повышение осведомленности, адресные мотивационные мероприятия, информационные акции, введение маркировки на пищевую продукцию и др.) и специфические (пример – популяризация использования йодированной соли).

Приоритетами в формировании среды ЗП для российского населения в современных условиях являются моменты, согласующиеся с основными принципами ЗП: ограничение потребления натрия / соли и использование йодированной соли; ограничение потребления свободных сахаров; замена насыщенных жиров (НЖ) на ненасыщенные; исключение потребления промышленно производимых транс-изомеров жирных кислот; увеличение потребления продуктов из цельных злаков, зернобобовых, овощей и фруктов и, в том числе и с целью увеличения количества пищевых волокон (ПВ) в рационе; увеличения потребления рыбы и морепродуктов. Эти направления актуальны для населения всей территории нашей страны, хотя и имеют региональные особенности [28].

Практические меры профилактики дисбаланса в питании и популяризации ЗП касаются прежде всего ограничения потребления переработанной продукции, как источника формирования избыточного потребления соли, сахара и НЖ в рационе, поэтому и общими мерами политики для коррекции данных направлений питания будут: повышение осведомленности, знаний и навыков среди потребителей по данным вопросам, изменение состава (рецептуры) продуктов питания, нанесение понятной маркировки на лицевой стороне упаковки [31], ограничение маркетинга продуктов с высоким содержанием соли, сахара, НЖ и разработка продовольственных стандартов для государственных учреждений и предприятий общественного питания.

Основные акценты программ популяризации ЗП по отдельным направлениям:

Ограничение потребления натрия/соли до уровня менее 2 г натрия в день (соли 5 г/день) для взрослых [39]. Уровень потребления соли в РФ в 2 раза превышает рекомендуемый, так в 2013 г. он составил 10г/день, а в 2018г- 11,3г/день [40,41]. Высоко распространена в российской популяции и привычка «досаливания» уже приготовленного блюда непосредственно перед его употреблением (40,5%) [42]. Продуктами – источниками избыточного потребления поваренной соли является переработанная продукция: мясопродукты (в 35% случаях), хлеб и хлебобулочные изделия (27%), молочная продукция (14%), рыбпродукты (14%), овощные и фруктовые консервы, соковая продукция (в 10%) [31].

Меры политики: стимулирование предприятий общественного питания и производителей продуктов к изменению рецептуры (снижение количества соли), предприятий заготовки сырья (использование малосолевых и бессолевых способов сохранения пищевой продукции), повышение информированности населения; осуществление мониторинга уровня потребления соли населением, источников соли в рационе питания, а также уровня знаний потребителей, их отношения и моделей поведения, связанных с потреблением соли, в целях разработки обоснованной политики [43-45].

В индивидуальных рационах: ограничение потребления переработанной продукции, солений и маринадов, готовых соусов, пикантных закусок, отказ от досаливания приготовленных блюд, выбор продуктов с низким содержанием соли.

Использование йодированной соли с целью профилактики йододефицита в количестве 3-4 г в день (режим ограниченного потребления соли) способствует поступлению в организм 120-160 мг йода, что соответствует физиологической потребности организма.

Меры политики: стимулирование производителей к использованию йодированной соли в составе пищевой продукции, особенно для продуктов массового ежедневного потребления (хлеб и хлебобулочные изделия); мотивирование населения к использованию йодобогащённой соли в индивидуальном питании и приготовлении пищи; осуществления мониторинга потребления и количества продукции, производимой с использованием йодированной соли [44].



Ограничение потребления НЖ до <10% от общей потребляемой энергии, замена НЖ на ненасыщенные (источники: растительные масла, орехи, рыба). Источниками избыточного потребления насыщенных жиров является переработанная продукция (мясоколбасные и кондитерские изделия), жирные сорта мяса, блюда фаст-фуда, «уличная еда», фритюр и др. [23,24,46].

Меры политики: стимулирование производителей к использованию ненасыщенных жиров в пищевой продукции и исключению транс-изомеров жирных кислот; осуществление мониторинга уровня потребления НЖ населением, источников НЖ в рационе питания, а также уровня знаний потребителей, их отношения и моделей поведения, связанных с потреблением НЖ.

В индивидуальном питании стимулировать население снижать потребление переработанной продукции (мясоколбасных и кондитерских изделий), использовать в приготовлении пищи не животные жиры, а растительные масла, не использовать фритюр для приготовления пищи, выбирать молочные продукты с низким содержанием жира.

Ограничение потребления свободных сахаров до уровня менее 10% от общей калорийности рациона (менее 50 г/день). Существует условная рекомендация по ограничению потребления свободных сахаров до менее 5% от суточной энергоценности рациона (менее 25 г/день) [47].

Меры политики: стимулирование предприятий общественного питания и производителей продуктов к изменению рецептуры (снижение количества сахара), предприятий заготовки сырьевых продуктов (использование способов сохранения пищевой продукции без сахара), осуществление мониторинга уровня потребления свободных сахаров населением и источников их в рационе [47,48].

В индивидуальном питании стимулировать население к выбору продуктов с низким содержанием сахара или без сахара, ограничению потребления пищевых продуктов и напитков с высоким содержанием сахара, таких как кондитерские изделия,

подслащенные напитки (газированные и негазированные прохладительные напитки, фруктовые и овощные соки и напитки, воды со вкусовыми добавками, энергетические и спортивные напитки, готовый чай, готовый кофе и молочные напитки со вкусовыми добавками); замене сладких закусок на свежие фрукты и овощи.

Увеличение потребления овощей и фруктов до 400 г и более или 5-ти порций в день снижает риск развития ХНИЗ [23,24] и помогает обеспечить в рационе необходимое количество ПВ.

В программе стимулирования потребления населением фруктов и овощей необходимо применять целостные подходы к плодово-овощному сектору как неотъемлемой части продовольственной системы, принимая во внимание его положительное социально-экономическое и экологическое воздействие. К работе по повышению экономической и физической доступности овощей и фруктов и облегчению доступа к ним могут привлекаться представители различных отраслей.

Политика может влиять на все этапы производственно-сбытовых цепочек в плодовоовощном секторе и изменять модели производства и потребления. Меры политики: формирование здоровой продовольственной среды путем создания у потребителей заинтересованности в увеличении потребления свежих продуктов (кампании по повышению осведомленности, призванные изменить поведение потребителей); разработка рекомендаций по ЗП, стимулирующих включение овощей и фруктов в ежедневный рацион; использование политики государственных закупок, ориентированной на оздоровление рациона; усиление стимулов, побуждающих производителей и розничных торговцев выращивать, использовать и продавать свежие фрукты и овощи; субсидии и налоговые льготы для производителей овощей и фруктов (включая обеспечение семенами, полученными с применением устойчивых подходов) и организаций, занимающихся сбытом; создание благоприятных условий для мелких производителей и формирование равноправных и устойчивых механизмов ведения сельского хозяйства на контрактной основе, в том числе и для предприятий, занимающихся сбором, заготовкой дикоросов и продуктов леса;

содействие сохранению биоразнообразия в целях повышения питательной ценности рациона путем более широкого использования адаптированных к местным условиям сортов, местных сортов, дикорастущих культур и местных видов, пригодных для употребления в пищу; содействовать сокращению потерь пищевой продукции в цепи поставок [49].

В индивидуальном питании стимулировать увеличение потребления овощей и фруктов, использовать их в качестве перекуса и десерта, стимулировать введение в рацион новых овощных блюд, использовать способы заготовки фруктов и овощей на зимний период без сахара и соли (заморозка, сушка и др.).

Увеличение ПВ в рационе до 20 г/сут для взрослого человека и до 10–20 г/сут. для детей старше 3 лет [46] за счет стимулирования потребления продуктов, богатых ПВ (овощи, фрукты, ягоды, салатная зелень и травы, семена, орехи, крупы и изделия из цельных злаков). Меры политики схожи с вышеизложенными.

Увеличение потребления рыбы и рыбопродуктов (морепродуктов) в качестве основного блюда до 2х раз в неделю. Протективный эффект потребления рыбы и рыбопродуктов связан с наличием омега-полиненасыщенных жирных кислот в их составе и одновременно легкоусвояемого белка. Меры политики (дополнительно к вышеизложенному): стимулирование замены красного мяса на рыбу и рыбопродукты, привлечение предприятия общественного питания для формирования условия выбора блюд из рыбы (проведение рыбных дней, расширение ассортимента рыбных блюд в меню и др.), оказание содействия предприятиям, занимающимся выловом, заготовкой, хранением, транспортировкой и сбытом рыбной продукции, поддержание семейных фермерских рыбоводств.

При разработке и реализации программ популяризации ЗП по отдельным направлениям стоит выделить этапность мероприятий, что обеспечит преемственность реализации и повысит эффективность программы. Так, целесообразно начать длительную информационную кампанию по данным направлениям ЗП, привлекая внимание потребителей

к проблеме, затем как этап формирования среды для ЗП и отвечая на запрос населения предложить введение маркировки на пищевую продукцию, и только повысив интерес потребителей приступить к подходам изменения рецептуры пищевых продуктов и обеспечения потребителей продуктами с низким содержанием конкретного нутриента. Параллельно осуществляя работу над разработкой и внедрением в регионе экономических стимулов, расширяющих доступность продуктов для ЗП. Однако, этапность мероприятий может быть разной и зависеть от конкретных условий региона. С целью анализа планируемых мероприятий целесообразно ознакомиться с опытом уже реализованных аналогичных программ, чтобы максимально учесть положительные стороны и возможные отрицательные моменты. Многолетний опыт реализации программ накоплен в направлениях: ограничения потребления соли, сахара, отказа от транс-изомеров жирных кислот, использования йодированной соли в том числе и в производстве пищевой продукции и общественном питании [26,30,33,43-53].



Обязательным условием программы является оценка исходной ситуации на территории реализации вмешательства, для выделения приоритетов разрабатываемой программы и последующей ее оценки эффективности. Получить исходные данные можно по результатам эпидемиологических исследований репрезентативной выборки, проведенных с оценкой питания на данной территории [54,55], в отдельных случаях - использование официальных данных Федеральной службы государственной статистики [56]. При изучении питания в зависимости от поставленной цели могут быть использованы в мониторинге разные методы оценки [54,55,57,58].

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по популяризации здорового питания, ликвидации микронутриентной недостаточности, прежде всего дефицита йода, увеличению потребления овощей и фруктов, пищевых волокон, рыбы и морепродуктов, снижению избыточного потребления гражданами соли, сахара, насыщенных жиров, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает⁴:

- информацию о программах, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП (число, название);
- наличие мониторинга эффективности мероприятий, выполняемых в рамках реализуемых программ (какие показатели оцениваются, исполнители, кратность представления).

⁴ Методика оценки не полностью представляет результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.



3.6 Разработка, реализация и оценка эффективности мер по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего возраста, включающих повышение физической активности данной категории граждан, сокращение потребления (распития) ими алкогольной продукции и потребления табака, повышение информированности граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях и информирование по вопросам качества жизни граждан старшего поколения, ранней диагностики возрастассоциированных неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития

Актуальность задачи. Согласно ВОЗ при правильной политике общественного здоровья в стране и наличии соответствующих условий, старение населения может рассматриваться в качестве ценной новой возможности как для отдельных людей, так и для общества в целом, но при условии, что тактика общественного здравоохранения будет направлена на предоставление пожилым комплексной помощи и содействие созданию условий, ориентированных на потребности старшего поколения, а не только на лечение болезней.

По мнению экспертов ВОЗ [59] нарушения здоровья, трудоспособности, обычно ассоциируемые со старением, слабо связаны с фактическим возрастом человека. Не существует «типичного» пожилого человека. Происходящие нарушения уходят корнями в события, происходившие на протяжении всей жизни, что нередко можно было бы изменить, если следовать подходу сохранения здоровья, основанному на всем жизненном цикле.

Современное понимание здоровой старости ассоциируется не только с отсутствием болезни, это понятие значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Основываясь на этом утверждении, следует меры по профилактике хронических и возраст-ассоциированных заболеваний начинать намного раньше, что и означает реализацию принципа профилактики и укрепления здоровья на протяжении всей жизни.

Реализация мер по профилактике хронических заболеваний на протяжении всей жизни, что декларировано принципами ВОЗ по укреплению общественного здоровья, являются гарантом здоровой старости, потребность в которой нередко формируется только с возрастом.

Реализация функций и направлений деятельности ЦОЗиМП

в отношении населения старших возрастов концептуально должен а строиться на основе ключевого принцип профилактики – «профилактика на протяжении всей жизни». Переходя в возрастные категории пожилого и преклонного возраста люди начинают ощущать потребность в активной жизни и жизненном благополучии в широком смысле. Именно поэтому, профилактика заболеваний и укрепление здоровья в старших возрастах является логическим следствием сформированных на протяжении всей жизни поведенческих стереотипов и привычек. Иными словами все меры по профилактике в любом возрасте – это потенциально профилактика бремени болезней в старших возрастах.

У большинства пожилых людей регистрируются различные возраст-ассоциированные заболевания (сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет, заболевания опорно-двигательной системы, когнитивные нарушения вплоть до деменции). Гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти получил название синдром старческой астении. У пожилых, имеющих такие поведенческие факторы риска как курение, чрезмерное потребление алкоголя содержащей продукции, нерациональное питание, низкую физическую активность риск неблагоприятного течения

и исходов хронических заболеваний значительно повышается. Кроме того, пожилые люди подвержены влиянию и специфических возраст ассоциированных факторов риска, таких, как травматизм, бедность, социальная изоляция и дискриминация, нарушения психического здоровья, зрения, слуха, а также такого фактора как жестокое обращение с пожилыми людьми.

Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в России. В нашей стране 5 августа 2014 г. в целях координации деятельности государственных и общественных институтов для решения существующих проблем граждан старшего поколения проведено заседание президиума Государственного совета Российской Федерации «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста» по итогам которого Президент В.В. Путин поручил Правительству разработать и утвердить стратегию действий в интересах граждан пожилого возраста, направленную на стимулирование активного долголетия, улучшения качества жизни, использования знаний, опыта и трудового потенциала старшего поколения как важного ресурса экономического роста страны. Правительство 5 февраля 2016 года утвердило «Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 года» [60].

В Стратегии с учетом особенностей продолжительности жизни, состояния здоровья и отечественной пенсионной системы к гражданам старшего поколения условно принята следующая условная градация пожилого населения по возрастным группам:

- граждане с 60 до 64 лет - это достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность;
- граждане с 65 лет до 80 лет - это, как правило, люди менее активные, многим из которых требуется медицинская помощь и социальные услуги;
- граждане старше 80 лет - это, как правило, люди имеющие множественные проблемы со здоровьем и зачастую нуждающиеся в уходе и помощи.

Вместе с тем, согласно классификации возрастных групп ВОЗ (2012) к пожилому относится возраст - 60 – 74 года, к старческому – 75-89 лет, к долгожителям - возрасте 90 лет и старше.

Цель Стратегии – повышение продолжительности, уровня и качества жизни людей старшего поколения, которая реализуется с соблюдением основных принципов:

- недопущение дискриминации граждан старшего поколения;
- активное участие граждан старшего поколения и учет их мнения в определении приоритетов при реализации Стратегии;
- дифференцированный подход к определению форм социальной поддержки разных категорий граждан старшего поколения;
- соблюдение прав и законных интересов граждан старшего поколения во всех сферах жизнедеятельности;
- полное и эффективное вовлечение и включение в общество граждан старшего поколения;
- партнерство семьи, общества и государства в интересах граждан старшего поколения;
- обеспечение межведомственного взаимодействия при реализации Стратегии на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в интересах граждан старшего поколения.

Приоритетные направления Стратегии:

- финансовое обеспечение граждан старшего поколения и стимулированием их занятости, включает 11 направлений,
- совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения с развитием гериатрической службы, включая профессиональную подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов в этой сфере, включает 10 направлений,

- обеспечение доступа граждан старшего поколения к информационным и образовательным ресурсам, включает 10 направлений,
- формирование условий для организации досуга граждан старшего поколения, включает 5 направлений,
- развитие современных форм социального обслуживания, рынка социальных услуг, включает 4 направления,
- стимулирование производства товаров и оказанием услуг в целях удовлетворения потребностей граждан старшего поколения, включает 9 направлений,
- развитие общества с учетом интересов, потребностей и возможностей граждан старшего поколения, включает 11 направлений.



Механизмы реализации стратегических направлений:

- правовые (развитие нормативных правовых на всех уровнях, направленных на поддержку граждан старшего поколения);
- организационно-управленческие (совершенствование механизмов управления и общественного контроля, реализации межведомственного взаимодействия, включая общественные объединения, изучение и распространение опыта работы, организацию мониторинга реализации Стратегии);
- кадровые (совершенствование кадрового обеспечения предоставления услуг гражданам старшего поколения, подготовка и дополнительное профессиональное образование научных, педагогических работников, специалистов других ведомств);
- финансово-экономические (совершенствование организационно-финансовых механизмов, активное привлечение внебюджетных средств);
- научно-методические (организация научных исследований для дальнейшего совершенствования услуг пожилым гражданам, правовых, демографических, социально-экономических, геронтологических, гериатрических, педагогических и других аспектов и проблем граждан старшего поколения, разработку образовательных программ, совершенствование системы статистики, осуществление научно-исследовательских работ по модернизации пассажирского и индивидуального транспорта, оригинальных специализированных транспортных средств и пр.);
- информационные (использование современных информационных и коммуникационных технологий и ресурсов, приобщение граждан старшего поколения к средствам массовой коммуникации, привлечение государственных средств массовой информации (СМИ) к распространению позитивного опыта лучших практик участия людей старшего поколения в жизни общества и др.).

Ожидаемые результаты и конкретные целевые показатели реализации Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения приведены в таблице.

Таблица 1. Целевые показатели реализации Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года

| Наименование показателя | Значение целевого показателя (год) | | |
|---|------------------------------------|-----------|-----------|
| | 2015 | 2020 | 2025 |
| Доля граждан старшего поколения, занимающихся физической культурой и спортом, процентов | 3 | 6 | 10 |
| Обеспеченность геронтологическими койками, единиц на 10000 населения 60 лет и старше | 1,26 | 2,26 | 5 |
| Доля граждан старшего поколения, получивших социальное обслуживание, в общем числе граждан старшего поколения, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, процентов | 50 | 80 | 100 |
| Доля граждан старшего поколения, удовлетворенных качеством предоставляемых социальных услуг, в общем числе получателей социальных услуг, процентов | 50 | 70 | 90 |
| Количество нестационарных и мобильных торговых объектов, тыс. штук | 193,2 | 210 - 240 | 250 - 270 |
| Количество выпущенных автобусов, предназначенных для перевозки лиц с ограниченными возможностями, в том числе для инвалидов-колясочников, штук | 1173 | 1820 | 2370 |

Таким образом, меры профилактики заболеваний и поддержания здоровья пожилых должны опираться на индивидуальную, так и популяционную тактику действий, которые стратегически определены в вышеописанном документе.

Кроме того, индивидуальная тактика профилактики заболеваний и старческой астении в настоящее время регламентирована приказами по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам от 27.04.2021 г. № 404н [61]. В приказе определены задачи структур медицинской профилактики (кабинетов и отделений, центров здоровья) по скринингу пожилых на выявление факторов риска и признаков старческой астении, для чего разработаны специальные вопросники и анкеты, а также технологии профилактического консультирования [62]. Меры индивидуальной профилактики у пожилых могут быть более успешными при междисциплинарном взаимодействии специалистов по медицинской профилактике и лечащих врачей (участковых терапевтов, врачей общей практики, врачей специалистов), которые могут содействовать и персонифицировать рекомендуемые меры, т.к. обычно бывают более знакомы с особенностями быта и окружения прикрепленного населения, включая пожилых. В случаях осложненных заболеваний помощь пожилым оказывается социальными сотрудниками совместно с медицинскими, в том числе и на дому (медико-социальными бригадами специалистов) [63].

Как указано в Стратегии, *популяционная* профилактики заболеваний у лиц старших возрастов – это комплекс правовых, организационно-управленческих, кадровых, финансово-экономических, научно-методических, информационных направлений и мер, межсекторальное взаимодействие, формирование партнерских согласованных действий и мер на всех уровнях исполнительной власти и межведомственных мер, направленных на поддержание здорового старения старшего поколения. Задачи и меры популяционной (групповой) профилактики в целевой группе пожилого населения входят в функции региональных ЦОЗиМП, поэтому при разработке программ профилактики, применительно к целевой группе населения пожилых возрастов важно соблюдать общие принципы

и руководствоваться особенностями данной группы населения. Меры по поддержанию здоровья должны быть полезными для пожилых, учитывать риски возникновения возраст-ассоциированных заболеваний и состояний, особенности социального окружения, особенно пожилым одиноким людям, пребывающих в домах инвалидов и престарелых, включать меры укрепления психического здоровья, оздоровления питания, повышения физической активности, ограничения потребления алкоголя и табака. Важными мерами профилактики старческой астении и осложнений хронических заболеваний являются профилактические меры на уровне семьи, а также регулярность врачебного контроля и диспансерного наблюдения при имеющихся заболеваниях.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по разработке, реализации и оценке эффективности мер по профилактике хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего возраста, включающих повышение физической активности данной категории граждан, сокращения потребления (распития) ими алкогольной продукции и потребления табака, повышения информированности граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях и информирование общества по вопросам качества жизни граждан старшего поколения, ранней диагностики возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает⁵:

- информацию о программах, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП (число, название);
- наличие мониторинга эффективности мероприятий, выполняемых в рамках реализуемых программ (какие показатели оцениваются, исполнители, кратность представления).

⁵ Методика оценки не полностью представляет результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.



3.7 Разработка и внедрение программ по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов, в том числе среди несовершеннолетних и участие в разработке мер по улучшению выявления и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств, повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи

Актуальность задачи и основные принципы психопрофилактики на популяционном уровне. По данным ВОЗ, 10% населения Земли страдают психическими расстройствами, из них депрессиями – более 250 млн. человек, биполярным расстройством – более 45 млн. человек, шизофренией – около 20 млн. человек, деменциями – около 50 млн. человек. По данным официальной статистической отчетности, в России в 2020 году психиатрической службой страны наблюдалось 3 849 701 человек, среди которых 28% составили пациенты с психозами и слабоумием, 21% – с умственной отсталостью и 51% – с непсихотическими психическими расстройствами. Впервые за помощью в государственные учреждения охраны психического здоровья в 2020 г. обратилось за помощью 384 519 человек, среди которых лица с психозами и слабоумием составили 21%, с умственной отсталостью – 6%, с непсихотическими психическими расстройствами 73%.

Одна из основных мировых тенденций, выявленная в исследовании Global Burden of Disease (GBD) – увеличение продолжительности жизни людей с серьезными заболеваниями. Среди основных причин нетрудоспособности населения планеты, по данным GBD, лидируют психические и поведенческие расстройства – почти 1/4 случаев.

Во всем мире наблюдается рост тревожных и депрессивных состояний, риск возникновения которых напрямую связан с социально-психологическими факторами. Широкое распространение среди населения приобретают психосоматические заболевания, в развитии и течении которых существенная роль также принадлежит психологическим факторам, недостаточной стрессоустойчивости, длительному психоэмоциональному

напряжению. Развитие этих нарушений не только существенно снижает качество жизни, но и приводит к длительной нетрудоспособности, присоединению сопутствующих заболеваний, в том числе и зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ. По этой причине предотвращение психических и поведенческих расстройств является важным направлением в профилактике неинфекционных заболеваний среди населения Российской Федерации[60].

В принципах реализации Стратегии важное место отводится разработке и реализации мер по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов, включая разработку и реализацию комплекса мер по профилактике суицида среди несовершеннолетних. Аспекты профилактики НИЗ включают улучшение выявляемости и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств, а также повышение доступности психологической и психотерапевтической помощи. Участие в реализации этих мер входит в функциональные задачи ЦОЗиМП.

Таким образом, с учетом того, что подавляющее число непсихических психических расстройств в качестве патогенетического фактора или фактора риска развития имеет психологическую причину, как минимум 3/4 лиц, впервые обратившихся за психиатрической помощью, составляют потенциал превенции психических расстройств.

В среднем от момента появления первых неблагоприятных явлений в сфере здоровья (как соматического, так и психического), проходит 7-8 лет до формирования симптоматики, осознаваемой человеком как нарушение здоровья, требующее медицинского вмешательства, и еще 1-2 года до обращения с этими жалобами к врачу. Таким образом, потенциал среднего количества сохраненных лет здоровой жизни на 1 пациента (среднее время от появления симптомов до вмешательства) составляет 8-10 лет.

В основе предлагаемой системы психопрофилактики принцип регулярного скрининга риск-факторов (включая риски аддиктивного и аутодеструктивного поведения; пагубного потребления

алкоголя, наркотических средств и других психоактивных веществ), оценки факторов качества жизни, влияющих на психическое здоровье и условий образа жизни для выявления группы риска; оценки функциональных и адаптивных резервов организма для выявления группы лиц, нуждающихся в оказании помощи специалистов Служб охраны психического здоровья, а также проведение психогигиенических, профилактических и мероприятий по коррекции факторов риска.

Основные направления популяционной психопрофилактики:

- *Информационное* – применение информационных технологий с целью формирования и развития компетентности общества в вопросах сохранения психического здоровья, развитие толерантности к лицам с психическими расстройствами, преодоление стигматизации и аутостигматизации;
- *Образовательное* – развитие компетенций по вопросам сохранения психического здоровья в социально значимых сферах (образование, здравоохранение и др.);
- *Социально-экономическое* – создание оптимального уровня жизни населения и системы медицинской профилактики для обеспечения сохранения и укрепления психического здоровья;
- *Экологическое* – улучшение благополучия среды проживания с целью сохранения и укрепления психического здоровья и предупреждение влияния негативных факторов окружающей среды;
- *Гуманистическое* – формирование ценностей заботы о благополучии каждого члена общества, гуманизма, уважения к личности человека, вне зависимости от пола, возраста, особенностей здоровья (включая психические расстройства), вероисповедания, национальности и др.

В таблице 2 представлено содержание каждого из перечисленных направлений популяционной психопрофилактики:

Таблица 2. Основные направления организации психопрофилактической работы на популяционном уровне

| | Информационное | Образовательное | Социально-экономическое | Экологическое | Гуманистическое |
|--|--|--|---|---|---|
| Мишени | <p>Существующие в обществе представления (общественное мнение) о психическом здоровье/болезни</p> <p>Развенчивание мифов о психических заболеваниях и психиатрии в целом</p> <p>Распространенность знаний о ценности здоровья и здоровом образе жизни</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Компетентность специалистов системы образования по вопросам сохранения и укрепления психического здоровья • Компетентность медицинских сотрудников в вопросах профилактики психических расстройств • Компетентность руководителей органов исполнительной власти (муниципального и регионального уровней) | <ul style="list-style-type: none"> • Материальные и культурные условия жизни граждан • Группы риска с преобладающими состояниями, начальными этапами психических расстройств | <ul style="list-style-type: none"> • Природные и техногенные условия жизни и труда граждан • Плотность проживания и организация жизненного пространства | <ul style="list-style-type: none"> • Социально-психологическая среда формирования и развития личности • Духовные ценностные ориентиры, их преемственность между поколениями и значение для устойчивого развития общества |
| Процессы | <ul style="list-style-type: none"> • Анализ грамотности населения по вопросам психического здоровья, включая оценку информированности относительно факторов риска развития нарушений психического здоровья и мотивированности к ведению здорового образа жизни • Управление общественным мнением | <ul style="list-style-type: none"> • Анализ и корректировка образовательных программ • Дополнительная подготовка педагогических и медицинских кадров • Формирование образовательной среды, способствующей сохранению психического здоровья | <ul style="list-style-type: none"> • Выявление и анализ факторов риска и уязвимых групп населения • Управление рисками развития нарушений психического здоровья • Управление качеством жизни граждан и доступностью социальных услуг | <ul style="list-style-type: none"> • Управление изменениями корпоративной, экологической, градостроительной и архитектурной политик в части, касающейся факторов, влияющих на психическое здоровье • Управление инцидентами и участие в организации экстренной помощи в пределах компетенций | <ul style="list-style-type: none"> • Организация социальной среды, способствующей гармоничному развитию личности • Взаимодействие с государственными, общественными и религиозными организациями с целью формирования ценностных ориентиров с учетом этнокультуральных особенностей региона |
| Инструменты (методы и технологии) | <ul style="list-style-type: none"> • Популяризация ценности психического здоровья и здорового образа жизни • Психобразование, просвещение в сфере психогигиены и психопрофилактики • Толерантность и преодоление стигматизации и дискриминации лиц с психическими расстройствами | <ul style="list-style-type: none"> • Профессиональный стандарт • НМО • Социально-эмоциональное вмешательство в образовательных организациях различного уровня | <ul style="list-style-type: none"> • Социально-экономическое развитие региона • Экономическая помощь уязвимым группам населения • Мониторинг • Скрининг • Профосмотры • Диспансеризация • Взаимодействие между службами медицинской профилактики и охраны психического здоровья | <ul style="list-style-type: none"> • Системное межведомственное и межсекторальное взаимодействие региональных органов исполнительной власти • Стимулирование работодателей, направленное на сохранение и укрепление психического здоровья работников предприятий | <ul style="list-style-type: none"> • Общественный консенсус по вопросам ценностного поэтапного гармоничного развития личности с учетом этнокультуральных и психосоциальных особенностей региона • Молодежная политика и политика в области материнства и детства • Политика в области физической культуры и здорового образа жизни |
| Критерии эффективности | <ul style="list-style-type: none"> • Доля лиц, ведущих здоровый образ жизни • Информированность населения по вопросам психического здоровья • Отношение граждан к психическому здоровью • Наличие действующих программ психогигиенического просвещения • Системное проведение информационно-коммуникационных компаний | <ul style="list-style-type: none"> • Доля подготовленных педагогических и медицинских кадров • Количество образовательных программ • Охват обучением психологическим навыкам учащихся • Наличие действующих психопрофилактических программ для несовершеннолетних | <ul style="list-style-type: none"> • Охват профосмотрами и диспансеризацией, профилактическими вмешательствами • Обращаемость за медико-психологической помощью • QALY, HALE, заболеваемость психическими и психосоматическими расстройствами, ассоциированными коморбидными соматическими заболеваниями • YLD, YLL, GBD-DALY • Общественное мнение о доступности, качестве и эффективности помощи | <ul style="list-style-type: none"> • Охват трудоспособного населения корпоративными программами • Наличие действующих корпоративных психопрофилактических программ • Количество случаев и продолжительность временной нетрудоспособности • Профессионально ассоциированная заболеваемость психическими расстройствами | <ul style="list-style-type: none"> • Охват будущих родителей программами развития компетентности • Наличие действующих программ информирования молодежи по вопросам сексуального здоровья • Уровень и структура потребления алкоголя и других ПАВ • Количество завершенных суицидов и суицидальных попыток |

**Популяционная психопрофилактика.
Реализация функций ЦОЗиМП.**

Ключевые цели – снижение влияния факторов риска развития нарушений психического здоровья, управляемое снижение заболеваемости психическими расстройствами, увеличение доли лиц, ведущих осознанный ЗОЖ.

Основные задачи – мониторинг психического здоровья и анализ распространенности факторов риска; организационно-методическое взаимодействие между ЦОЗиМП и специализированными учреждениями Службы охраны психического здоровья, профильными НМИЦ в целях обеспечения разработки и проведения:

- Мер по совершенствованию диспансерного наблюдения, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий, за пациентами с психическими расстройствами;
- Коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности граждан за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья;
- Программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка;
- Разработки и внедрения программ по укреплению психического здоровья, включая профилактику суицидов, в том числе несовершеннолетних;
- Разработки мер по улучшению выявления и профилактики депрессивных, тревожных и связанных со стрессом расстройств, повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи.

Ожидаемые результаты – снижение заболеваемости и бремени психических расстройств, укрепление психического здоровья и психологического благополучия населения субъекта РФ.

Функции ЦОЗиМП в сфере психического здоровья

1. Мониторинг психического здоровья и анализ распространенности факторов риска развития нарушений психического здоровья, включая:

- *Наблюдение и анализ состояния психического здоровья населения курируемой территории и контингентов граждан во взаимодействии со специалистами службы охраны психического здоровья и смежных служб (головные лечебно-профилактические учреждения-ЛПУ по профилям психотерапия, психиатрия и психиатрия-наркология, педиатрия; региональные Медицинский информационно-аналитический центр-МИАЦ, Бюро судебно-медицинской экспертизы – БСМЭ, Бюро медико-социальной экспертизы – БМСЭ):*
 - Первичная и общая заболеваемость психическими расстройствами по обращаемости в разрезе половозрастных, географических и социальных факторов по группам психических заболеваний;
 - Заболеваемость психическими расстройствами по результатам профилактических осмотров;
 - Оценка ожидаемой продолжительности жизни и продолжительности здоровой жизни (HALE);
 - Выход на инвалидность, а также потери здоровой жизни вследствие нарушений психического здоровья (YLDs);
 - Смертность, включая повозрастные коэффициенты смертности, а также потерянные годы жизни вследствие преждевременной смертности (YLLs).
- *Проведение социо-эпидемиологических исследований:*
 - Организация скрининговых обследований: организация взаимодействия с региональными органами исполнительной власти, профильными медицинскими

- учреждениями и специалистами по определению целевых групп населения;
- Выявление и анализ факторов риска развития нарушений психического здоровья, тенденций и глобальных закономерностей распространения факторов риска и заболеваемости психическими расстройствами;
 - Выявление территорий, отдельных групп населения с высокими и низкими рисками развития нарушений психического здоровья и заболеваемости психическими расстройствами;
 - Определение взаимосвязи между заболеваемостью и факторами риска (внешней и внутренней среды), оценка значимости отдельных факторов и их комплексов в развитии психических заболеваний;
 - Прогнозирование степени риска и динамики заболеваемости психическими и психосоматическими расстройствами, а также ассоциированной коморбидной соматической заболеваемости и смертности;
 - Оценка совокупного бремени болезней, связанных с психическим здоровьем (GBD, DALY).
 - *Мониторинг психопрофилактической деятельности учреждений системы медицинской профилактики 1-2 уровней и ЛПУ:*
 - Оценка грамотности медицинского персонала по вопросам психического здоровья, включая оценку информированности относительно факторов риска развития нарушений психического здоровья;
 - Оценка объемов и качества психогигиенического образования и просвещения населения, охватываемого психопрофилактическими мероприятиями;

- Оценка объемов, качества и эффективности оказания психопрофилактических медицинских услуг и медико-психологической помощи;
- Оценка мнения пользователей относительно качества психопрофилактических медицинских услуг и медико-психологической помощи, получаемой посредством интернет-опросов, активной обратной связи, а также сопоставление с объективными данными профилактических обследований и исходов.
- Комплексный анализ объема, качества и эффективности психопрофилактической деятельности учреждений системы медицинской профилактики 1-2 уровня.
- *Оценку эффективности проводимых мероприятий по выявлению и профилактике депрессивных, тревожных и связанных со стрессом расстройств, а также доступности психологической и психотерапевтической помощи:*
 - Охват населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией;
 - Охват профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих факторов риска;
 - Охват диспансерным наблюдением для групп риска и пациентов с психическими расстройствами, включая телемедицинские консультации и дистанционное наблюдение с применением телемедицинских технологий;
 - Обращаемость за помощью из общего количества групп риска развития депрессивных, тревожных и связанных со стрессом расстройств;
 - Интегральный показатель сохраненных лет психического здоровья QALY.

- Анализ действующих региональных психопрофилактических программ в контексте состояния психического здоровья с учетом этнокультуральных особенностей популяции региона и/или условий профессиональной деятельности трудовых/образовательных коллективов:
 - Доля лиц, ведущих здоровый образ жизни;
 - Структура групп риска нарушений психического здоровья в разрезе половозрастных и социо-профессиональных факторов;
 - Количество случаев и продолжительность временной нетрудоспособности, связанной с нарушением психического здоровья, психосоматическими расстройствами и коморбидными соматическими заболеваниями;
 - Усредненный региональный профиль потребления алкогольных напитков по объему, крепости и условиям доступности (бытовые, общепит, точки быстрого обслуживания);
 - Анализ структуры потребления ПАВ по данным учтенной наркологической заболеваемости и химико-токсикологических исследований в рамках проведения профилактических осмотров;
 - Комплексная оценка качества жизни (например, ВОЗ КЖ).
 - Количество завершенных суицидов (по данным регионального БСМЭ), суицидальных попыток (по данным ЛПУ соответствующих профилей: хирургия, травматология, токсикология, термические поражения и др.) на 10 000 населения и их взаимосвязь с факторами риска развития нарушений психического здоровья;
- Анализ грамотности населения по вопросам психического здоровья, включая оценку информированности относительно факторов риска развития нарушений психического здоровья, а также оценку мотивированности населения к ведению здорового образа жизни:

- Определение отношения отдельных групп населения к обучению и восприятию психогигиенических знаний и навыков сохранения и укрепления психического здоровья;
- Отношение к собственному и общественному психическому здоровью, использованию психопрофилактических, оздоровительных и реабилитационных вмешательств;
- Оценка общественного мнения о доступности, качестве и эффективности психопрофилактических вмешательств как факторов мотивированности.



2. Разработка требований к адаптации/повышению эффективности программ с привлечением специалистов по охране психического здоровья и смежных служб и/или рекомендаций к проведению профилактических/коррекционных вмешательств по направлениям, включая:

- Психогигиеническое просвещение и обучение населения и/или категорий граждан, проведение коммуникационных кампаний (информационные материалы, промоакции, ТВ, интернет, соцсети):
 - Привлечение лидеров общественного мнения и общественных организаций, формирование местного сообщества активных граждан и ассоциаций;
 - Информирование о влиянии негативных факторов на психическое здоровье и возможностях их компенсации;
 - Формирование мотивации на укрепление и сохранение психического здоровья;
 - Повышение личной и групповой ответственности за психическое здоровье;
 - Распространение знаний и навыков, способствующих ведению здорового образа жизни;
 - Оценка (возможно, маркировка) общедоступного вещательного контента (ТВ, интернет, соцсети) для детей и подростков (по возрастной группе), оказывающего положительный эффект на развитие коммуникативных навыков и эмоциональной компетентности;
 - Информирование граждан о возраст-ассоциированных заболеваниях по вопросам качества жизни старшего поколения, ранней диагностики возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития;
 - Информирование граждан о вреде пагубного потребления алкоголя и других психоактивных веществ.

- Медико-психологическая грамотность и обучение психологическим навыкам в школах для развития социальной и эмоциональной компетентности несовершеннолетних:
 - Социально-эмоциональное обучающее вмешательство на базе школы;
 - Обучение коммуникативным навыкам, принципам управления ресурсами собственного психического и соматического здоровья;
 - Программы выявления признаков социально-психологической дезадаптации детей и подростков и своевременной медико-психологической коррекции;
 - Программы профилактики аддиктивного поведения, жестокого обращения и суицидов среди несовершеннолетних.
- Разработка требований к организации социальной среды, проведение коммуникационных кампаний (информационные материалы, промоакции, ТВ, интернет, соцсети), способствующих реализации базовых психосоциальных потребностей населения с учетом этнокультуральных особенностей региона:
 - Качество и интенсивность социальной интеграции;
 - Уважение к окружающим, справедливость, толерантность;
 - Ценность психического здоровья и собственной жизни на индивидуальном, микро- и макросоциальном уровнях;
 - Ценность и благополучие семьи;
 - Борьба со стигматизацией и предубеждением по отношению к людям с нарушением психического здоровья посредством целевых коммуникационных кампаний.

- *Корпоративные программы:*
 - Профориентация и адаптация новых сотрудников в коллективе;
 - Развитие программ наставничества на предприятиях и в образовательных организациях;
 - Коммуникативная компетентность руководителей и сотрудников трудовых коллективов;
 - Программа профилактики профессионального выгорания, противодействия стрессу и поддержания психического здоровья на рабочем месте;
 - Программа помощи сотрудникам при возврате к работе после вынужденного отсутствия;
 - Программа помощи сотрудникам, направленная на превенцию и раннюю коррекцию нарушений психического здоровья (восстановление адаптивных резервов) в период временной нетрудоспособности для профилактики презентизма.
- *Компетентность будущих родителей:*
 - Информирование беременных и рожениц по вопросам укрепления психического здоровья матери и ребенка;
 - Информирование вступающих в брак по основным принципам построения гармоничных отношений в семье, способствующих развитию психического здоровья детей;
 - Информирование молодежи по вопросам сексуального здоровья и профилактики семейно-супружеских дисгармоний.
- *Психопрофилактические программы для уязвимых и особых групп населения:*

- Определение актуальных потребностей в проведении специальных психопрофилактических программ и/или вмешательств для уязвимых и особых групп населения (этнические меньшинства, вынужденные переселенцы, пострадавшие в результате стихийных бедствий и техногенных катастроф, участники боевых действий и ветераны военных конфликтов);
- Определение объемов, сроков проведения, направленности, привлекаемых специалистов и учреждений для проведения специальных психопрофилактических программ/вмешательств.

3. Организация разработки/адаптации психопрофилактических программ с привлечением служб охраны психического здоровья и смежных служб, а также профильных Национальных медицинских исследовательских центров:

- *Определение целевых показателей* для разработки/адаптации психопрофилактических программ с учетом этнокультуральных особенностей популяции региона и/или условий профессиональной деятельности трудовых/образовательных коллективов по критериям:
 - Интегральный показатель сохраненных лет психического здоровья QALY;
 - Объем и источники ресурсов по периодам времени с учетом проектного внедрения и обеспечения организуемой операционной деятельности;
 - Расчетный срок выхода на проектные значения по охвату и эффективности психопрофилактических мероприятий.
- *Выбор и определение приоритета требований* к разработке/адаптации программ и управление распределенным реестром требований.

- Составление и утверждение проектных заданий с региональными органами исполнительной власти, руководством муниципалитета/предприятия.
- Согласование формата взаимодействия с привлекаемыми специалистами и учреждениями в зависимости от градиента целевых показателей и соответствующей сложности/масштаба изменений:
 - ФГБУ НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России;
 - ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России;
 - ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России;
 - ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России;
 - Главные внештатные специалисты по психотерапии, психиатрии и наркологии регионального Комитета по здравоохранению.
- Формирование межведомственных рабочих групп и управление проектом разработки/адаптации программ;
- Информационно-коммуникационное обеспечение, мониторинг соответствия и защита данных с распределенным доступом;
- Организация приемки продуктов разработки/адаптации межведомственной комиссией.



4. Организация пилотирования/внедрения психопрофилактических программ в учреждениях системы медицинской профилактики 1-2 уровня, а также межведомственного взаимодействия на региональном, муниципальном и корпоративном уровне по внедрению новых мер психопрофилактики и/или обеспечению проведения психопрофилактических/коррекционных вмешательств:

- Выбор пилотных регионов/муниципалитетов/предприятий (например, по критериям инновационной активности в период до 3 лет или высокой экспериментальной правовой и технологической готовности в области здравоохранения);
- Дополнительное обучение/переподготовка персонала учреждений системы медицинской профилактики 1-2 уровня, соответствующих ЛПУ и/или профильных подразделений предприятия;
- Согласование проектного плана и формирование рабочих групп с привлечением специалистов региональных органов исполнительной власти, профильных учреждений и подразделений предприятий;
- Проектное управление и/или организационно-методическое обеспечение (по согласованию с региональными органами исполнительной власти, руководством предприятия) проекта пилотирования/внедрения психопрофилактических программ;
- Координация ресурсного обеспечения проектной и организуемой операционной деятельности с учетом управленческих и бюджетных циклов источников ресурсов;
- Выявление и анализ организационных барьеров, формирование рекомендаций к изменению региональной нормативно-правовой базы по результатам пилотирования/внедрения для регуляторного обеспечения и повышения эффективности психопрофилактических мероприятий.

5. Анализ результатов пилотирования/применения и эффективности адаптированных психопрофилактических программ на предмет включения в состав лучших практик для масштабирования на другие регионы со сходными этнокультуральными и психосоциальными характеристиками.

6. Анализ рекомендаций и разработка предложений по изменению региональной/федеральной нормативно-правовой базы для регуляторного обеспечения и повышения эффективности психопрофилактических мероприятий в средне и долгосрочном периоде;

- Составление и утверждение методических рекомендаций по организации психопрофилактической работы на разных уровнях, разработка предложений для включения в профильные Клинические рекомендации;
- Формирование предложений для региональных/федеральных органов исполнительной власти по совершенствованию нормативно-правовой базы в сфере сбережения и укрепления психического здоровья.

Оценка мероприятий реализации функции ЦОЗиМП по разработке и внедрению программ по укреплению психического здоровья, включая профилактику жестокого обращения и суицидов, в том числе среди несовершеннолетних, а также функции по участию в разработке мер по улучшению выявления и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств, повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает только описание деятельности по этому вопросу⁶.

⁶ Важно отметить, критерии оценки пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика [6] является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.





3.8 Организация межведомственного взаимодействия на региональном, муниципальном уровне по вопросам укрепления общественного здоровья.

Актуальность задачи. Организация межведомственного взаимодействия по вопросам укрепления общественного здоровья на региональном, муниципальном уровнях является важнейшим обстоятельством успешности популяционной стратегии укрепления общественного здоровья. Сохранение общественного здоровья складывается из комплекса условий обитания, жизни и деятельности человека, обеспечивающих максимально длительную и активную жизнь, включающих информирование населения о преимуществах и условиях ведения ЗОЖ, о необходимости профилактики, раннего выявления и лечения хронических НИЗ и факторов риска их развития, а также создания для этого необходимых условий и обеспечение их доступности, информационных и медицинских услуг для всех слоев населения. Как известно, профилактика НИЗ осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды,

«Способность эффективно общаться между и внутри различных секторов, с политиками, государственными служащими, ключевыми общественными организациями и частным сектором имеет решающее значение»

WHO, 2014

формирование здорового образа жизни (ст. 30 Конституции РФ, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ с дополнениями).

Эти направления деятельности нормативно регламентированы как основные функции региональных ЦОЗиМП [1] и включают:

- взаимодействие с образовательными организациями, организациями физической культуры и спорта, некоммерческими организациями, включая волонтерские организации, в целях разработки и реализации региональных, муниципальных и корпоративных программ укрепления общественного здоровья;
- взаимодействие с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами, курирующими субъекты Российской Федерации по соответствующему профилю медицинской деятельности;
- привлечение к реализации проектов по укреплению общественного здоровья лидеров общественного мнения, формирование местного сообщества активных граждан, представителей сообществ, общественных объединений и иных организаций в целях укрепления общественного здоровья.



3.8.1 Консультативный Координационный совет по межведомственному взаимодействию (предложения)

В целях обеспечения взаимодействия с федеральными органами исполнительной власти и их территориальными органами, исполнительными органами государственной власти, а также комплексного решения вопросов профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ региональным ЦОЗиМП необходимо инициировать создание консультативного коллегиального совещательного органа - Координационного межведомственного совета по вопросам укрепления общественного здоровья (далее – координационный совет).

Межведомственная работа на региональном уровне.

Координационный совет, являясь консультативным коллегиальным совещательным органом, включает в состав руководителей органов исполнительной власти субъекта в сферах образования, здравоохранения, социальной политики, культуры, молодежной политики и туризма, физической культуры и спорта, агропромышленного комплекса, строительства и жилищно-коммунального хозяйства, торговли и продовольствия и других органов исполнительной власти. Обязательными членами данного органа должны выступать представители общественных организаций и волонтерских объединений. Рекомендуется включать в состав координационных советов ведущих федеральных экспертов в сфере медицинской профилактики и общественного здоровья.

Координационный совет руководствуется в своей деятельности Конституцией РФ, Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными федеральными законами, правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ, другими федеральными нормативными правовыми актами и иными нормативными правовыми актами субъекта РФ.

Документом, регламентирующим деятельность координационного совета, является Положение о деятельности, в котором прописываются задачи, функции, полномочия.

К основным задачам координационного совета относятся:

1. координация деятельности и обеспечение взаимодействия между территориальными органами федеральных органов исполнительной власти по субъекту Федерации, исполнительными органами государственной власти субъекта РФ, органами местного самоуправления в субъекте РФ, а также организациями по вопросам профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни;
2. проведение комплексного анализа аспектов образа жизни населения, влияющих на здоровье, распространенности

ФР хронических НИЗ в регионе с последующей выработкой рекомендаций по их профилактике и коррекции;

3. своевременное выявление негативных тенденций, прогнозирование риска заболеваемости и смертности от хронических НИЗ, разработка и внесение соответствующих предложений;
4. организация эффективного выполнения мероприятий, направленных на сохранение общественного здоровья, совершенствование системы мер профилактики хронических НИЗ и формирование ЗОЖ населения, формирование здоровьесберегающей среды.

Функции координационного совета для реализации задач:

1. принимает участие в разработке проектов правовых актов, связанных с решением вопросов, входящих в компетенцию координационного совета;
2. осуществляет подготовку предложений и рекомендаций, информационно-аналитических и справочных материалов по вопросам совершенствования системы сохранения общественного здоровья и мер профилактики хронических неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни населения;
3. осуществляет взаимодействие с общественными объединениями и иными организациями при решении вопросов сохранения общественного здоровья и профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни;
4. обеспечивает участие на заседаниях представителей территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, исполнительных органов государственной власти субъекта Федерации и органов местного самоуправления в регионе, представителей общественности;
5. осуществляет контроль за ходом реализации указанных мероприятий.

Для управления деятельностью координационного совета избирается председатель и заместитель, для ведения документов, назначается секретарь.

Функции/полномочия председателя координационного совета включают:

1. утверждение плана работы координационного совета;
2. определение время и место проведения и повестку заседаний координационного совета;
3. ведение заседаний координационного совета;
4. распределение поручений членам координационного совета.

Заместитель председателя координационного совета в отсутствие председателя исполняет его обязанности и поручения.

Секретарь координационного совета:

1. обеспечивает подготовку планов работы координационного совета, организует подготовку материалов к заседаниям координационного совета, а также проектов его решений;
2. информирует членов координационного совета о месте и времени проведения, повестке дня очередного заседания координационного совета, обеспечивает их необходимыми справочно-информационными материалами;
3. оформляет протоколы заседаний координационного совета и доводит решения до сведения заинтересованных лиц.

Члены координационного совета имеют право:

1. участвовать во всех мероприятиях, проводимых координационным советом;
2. вносить предложения по повестке дня заседаний;

3. участвовать в подготовке материалов к заседаниям координационного совета и разработке проектов решения;
4. запрашивать в установленном порядке и получать информацию, касающуюся вопросов, рассматриваемых на координационном совете;
5. выносить вопросы на обсуждение координационного совета;
6. вносить предложения по плану работы координационного совета;
7. принимать участие в голосовании с правом решающего голоса;
8. принимать участие в разработке проектов предложений по контролю за ходом реализации принятых решений.

Роль регионального ЦОЗиМП. Региональный ЦОЗиМП должен быть полноправным членом данного консультативного совета, инициатором и координатором основных мероприятий, флагманом, принимаемых решений, методическим и информационным помощником, что является залогом успешной и продуктивной работы координационного совета в вопросах укрепления общественного здоровья.

Кратность и формат заседаний регламентируется положением о координационном совете, зависит от основных проблем в субъекте РФ.

На заседаниях должны приниматься решения, направленные на совершенствование системы комплексных мер сохранения общественного здоровья и профилактики хронических НИЗ, формирование ЗОЖ населения.

В субъекте РФ на межведомственной основе (с участием всех ведомств, входящих в состав координационного совета) организуются: региональная информационно-коммуникационная кампания, социально-профилактические мероприятия,

направленные на сохранение общественного здоровья, мотивирование граждан к ведению ЗОЖ, повышение внимания населения к факторам риска развития НИЗ.

Межведомственная работа на муниципальном уровне должна быть организована по образцу и подобию деятельности региональных координационных советов с оформлением соответствующей процессуальной документации.

Органы местного самоуправления играют особую, непосредственную роль в сохранении общественного здоровья, формировании ЗОЖ населения на местном уровне, в связи с чем в каждом муниципальном образовании субъекта РФ должна быть организована работа *муниципальных межведомственных координационных советов* по вопросам укрепления общественного здоровья. Это позволяет реализовать принципы укрепления общественного здоровья на уровне каждого муниципалитета независимо от его масштабов, увидеть проблемы в здоровье населения конкретной территории, обустроить здоровьесберегающую среду в каждом муниципальном образовании. Эффективная реализация данных задач должна быть решена посредством разработки проектов муниципальных долгосрочных программ, направленных на снижение смертности от неинфекционных заболеваний с последующей разработкой рекомендаций по их профилактике и коррекции. Важно использовать все доступные инструменты укрепления общественного здоровья на благо долгой и здоровой жизни и не забывать о необходимости финансирования муниципальных программ в части организации (строительства, реконструкции, оборудования) здоровьесберегающей среды (парковые зоны, беговые дорожки и многое другое), что возможно только в случае рассмотрения конкретных вопросов и задач на уровне координационных советов муниципалитетов. Это позволит вносить соответствующие коррективы в бюджеты муниципалитетов, субъектов.

Специалистами регионального ЦОЗиМП в рамках своих полномочий проводится детальный анализ муниципальных

программ укрепления общественного здоровья и выносятся соответствующие предложения, которые необходимо рассматривать коллегиально, в том числе в формате заседаний координационных советов.

В современном обществе сохранение здоровья на рабочих местах является неотъемлемой частью сохранения общественного здоровья. Под методическим руководством специалистов структур общественного здоровья и медицинской профилактики проводится системная работа по сохранению здоровья. На заседаниях координационных советов муниципального и регионального уровней необходимо рассматривать вопросы внедрения корпоративных программ укрепления здоровья, обмениваться опытом, заслушивать лучшие практики, тиражировать их.

С целью обеспечения эффективной координации, коммуникации по организации межведомственной работы рекомендуется назначать региональных (муниципальных) координаторов - менеджеров общественного здоровья на местном (менеджеры здорового города) и региональном уровнях; создавать «чаты» для информационно-методической поддержки, обмена опытом и оперативности в работе по разработке и внедрению муниципальных программ укрепления здоровья, корпоративных программ.

Укреплению межведомственного взаимодействия, выявлению, стимулированию развития системы укрепления общественного здоровья способствует «здоровая» конкуренция, а именно проведение конкурсов среди муниципальных образований по внедрению муниципальных программ укрепления общественного здоровья, корпоративных программ. Эффективному обмену опытом способствуют проведение форумов, конференций, совещаний на муниципальном, региональном, окружном и федеральном уровнях. Инициатором (координатором, организатором) подобных мероприятий должны выступать региональные центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

3.8.2 Примеры форматов межведомственного взаимодействия

Примеры форматов межведомственного взаимодействия Регионального ЦОЗиМП, министерства (департамента) здравоохранения, подведомственных ему учреждений:



1. с Министерством (Департаментом) образования субъекта РФ:

- создание совместной коллегии (совет) ведомств образования и здравоохранения, решением которой определяются задачи, направленные на профилактику заболеваний и пропаганду ЗОЖ среди подрастающего поколения, повышение эффективного медицинского обеспечения в образовательных организациях, качественное психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся и воспитанников, организацию здоровьесберегающего пространства в образовательных организациях, разработка межведомственных региональных программ по здоровьесбережению детей и подростков;
- организация работы по совершенствованию проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации обучающихся и воспитанников образовательных организаций субъекта РФ;
- организация информационно-просветительской работы, гигиенического воспитания, тематических социально-профилактических акций, творческих конкурсов, спортивно-оздоровительных мероприятий, а также бесплатного профилактического обследования на специализированном оборудовании с консультацией специалистов в образовательных учреждениях, в том числе в период работы летних пришкольных площадок (лагерей);
- организация и проведение совместных научно-практических конференций для школьников и студентов, викторин, конкурсов (рисунков, стихов о ЗОЖ) среди различных возрастных категорий детей и подростков;

- организация и проведение профориентационных мероприятий для школьников с целью развития осознанного волонтерства, профессионального самоопределения, повышения престижа профессии врача, привлечения кадров в медицину;
- реализация совместных проектов по популяризации знаний среди молодежи о принципах здорового образа жизни, неприятия вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики), мерах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и факторах риска их развития, способах оказания первой помощи при развитии острых жизнеугрожающих состояний;
- реализация совместных проектов, направленных на формирование навыков профилактики и гигиены (например, о гигиене полости рта) у детей дошкольного и школьного возраста, посредством методической и консультативной помощи детям и гражданам, имеющим детей.



2. с Министерством (Департаментом) агропромышленного комплекса, торговли и продовольствия:

- организация в продуктовых магазинах полок здорового питания, на которых жители могут найти натуральные продукты, не содержащие консервантов сахара, ароматизаторов, искусственных красителей, генномодифицированных организмов и других вредных веществ;
- создание на предприятиях торговли и общественного питания «зон здорового питания»;
- открытие магазинов, торговых точек, кафе и иных объектов здорового питания;
- мониторинг качества и безопасности пищевых продуктов, а также контроль за оборотом алкогольной и спиртосодержащей продукции, табачной продукции;
- участие в составлении карт размещения торговых объектов, реализующих алкогольную, табачную продукцию;

- размещение в торговых объектах на электронных мониторах, стендах информации профилактической направленности, демонстрирующей навыки и принципы здорового питания;
- организация масштабной информационно-коммуникационной кампании в СМИ, проведение массовых социально-профилактических акций, направленных на формирование культуры здорового питания у жителей субъекта, проведение конкурсов и другое.



3. с Министерством (Департаментом) молодежной политики и туризма:

- привлечение волонтеров на социально-профилактические акции (например, «Фитнес-марафон», массовые пробежки «Бежим от серых будней!»), в ходе которых проходят флешмобы, дебаты, тренинги и обучающие семинары для молодежи по пропаганде ЗОЖ и основных принципах профилактики заболеваний;
- совместные информационно-коммуникационные мероприятия для специалистов учреждений, приуроченные к памятным медицинским датам (Всемирному дню сердца, Всемирному дню трезвости, Международному дню отказа от курения, Всемирному дню борьбы со СПИДом и др.);
- развитие волонтерского движения, в том числе с использованием формата «равный-равному».



4. с Министерством (Департаментом) внутренней политики:

- разработка и реализация межведомственного медиаплана основных мероприятий по пропаганде ЗОЖ в СМИ;
- ведение постоянных рубрик ЗОЖ в медиапространстве, региональных, муниципальных СМИ, радио-, телепередачах, газетах, журналах, сети Интернет;
- проведение масштабных региональных информационно-коммуникационных кампаний в СМИ, в том числе разработка,

подготовка, трансляции тематических видеороликов и социальной рекламы на региональных и муниципальных каналах;

- привлечение медийных лиц из числа глав, руководителей региона, муниципалитетов, предприятий, организаций к пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний, демонстрация опыта ведения ЗОЖ, отказа от вредных привычек широкой общественности посредством СМИ;
- освещение на постоянной основе ключевых мероприятий, проводимых в регионе по сохранению общественного здоровья.



5. с Министерством (Департаментом) физкультуры и спорта:

- совместное проведение региональных, муниципальных, городских марафонов здоровья, зарядок, квестов и других публичных акций;
- совместная организация и проведение мастер-классов по повышению физической активности (например, скандинавская ходьба, йога, фигурное катание, фитнес, лыжи и прочее);
- активное привлечение к реализации корпоративных программ по повышению физической активности специалистов в сфере физической культуры и спорта;
- привлечение медийных лиц, известных спортсменов к пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний, демонстрация опыта ведения ЗОЖ, активного образа жизни широкой общественности.



6. с Министерством (Департаментом) культуры:

- совместное проведение культурно-массовых мероприятий, например, проведение обследований посетителей концертных площадок;

- информирование граждан о ЗОЖ и профилактике заболеваний в клубах, музеях, библиотеках, выставках;
- привлечение специалистов культуры в реализации проектов, направленных на поддержание ЗОЖ;
- привлечение медийных лиц, известных актеров, артистов к пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний, демонстрация опыта ведения ЗОЖ, отказа от вредных привычек широкой общественности.



7. с Министерством (Департаментом) социальной защиты:

- проведение профилактической работы с гражданами пожилого возраста, малообеспеченным населением, детьми-сиротами, детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации; людьми с ограниченными возможностями здоровья;
- реализация совместных проектов (акций, профилактических обследований) с социально незащищенными категориями населения, поддержка ветеранов;
- развитие волонтерства в поддержку социально незащищенных категорий граждан.

Формат межведомственного взаимодействия в различных регионах зависит от специфики конкретной территории, а также от активности региональных ЦОЗиМП.

3.8.3 Организация и проведение общественных слушаний по вопросам укрепления общественного здоровья

Публичные слушания – это система мероприятий по учету и согласованию мнений общественности и специалистов по вопросам укрепления общественного здоровья в регионе: проектам намечаемой деятельности или проектам решений органов власти, затрагивающим вопросы здоровья, интересы и права граждан и общественности.

Цель публичных слушаний – найти согласованное решение по актуальным вопросам и условиям реализации планируемого проекта, улучшению/оптимизации принимаемого решения через учет мнений и вовлечение граждан в процесс принятия и реализации решений, повышение активности местного населения к вопросам сохранения и укрепления здоровья на территории проживания/работы/учебы и т.п.

Проведение публичных слушаний (организация системы мероприятий) состоит из нескольких этапов, включающих:

1. Информирование общественности о проведении публичных слушаний;
2. Проведение подготовительных собраний общественности в поселениях и населенных пунктах;
3. Проведение собрания публичных слушаний;
4. Сбор замечаний и предложений по обсуждаемому вопросу/проекту;
5. Оформление итоговых документов.

3.8.4 Примерные критерии оценки эффективности межведомственной работы

Примерные критерии оценки эффективности межведомственной работы, проводимой региональными ЦОЗиМП:

1. Наличие функционирующих координационных советов (региональных, муниципальных).
2. Процент исполнения решений заседаний координационных советов.
3. Участие в разработке, контроль внедрения муниципальных программ укрепления общественного здоровья.

4. Финансирование программ укрепления общественного здоровья.
5. Обустройство (оборудование) в регионе (муниципалитете) здоровьесберегающей среды и создание условий для ЗОЖ:
 - число прогулочных зон, велодорожек, беговых дорожек, лыжных трасс (в расчете на 100 тысяч населения),
 - введено в эксплуатацию доступных спортивных объектов (бассейны, спортивные комплексы, залы фитнеса и прочее) за год.
6. Доля внедряемых в муниципальных образованиях корпоративных программ укрепления здоровья работающих, от всех муниципальных учреждений, организаций и предприятий.
7. Снижение доступности алкогольной продукции для населения: количество «дней трезвости» в году, расчет числа объектов торговли алкогольной продукцией на душу населения.
8. Привлечение некоммерческих организаций, волонтерских объединений в осуществление мероприятий по укреплению общественного здоровья, реализация ими проектов по ЗОЖ, в том числе за счет финансирования в рамках различных конкурсов.
9. Эффективность информационно-коммуникационной кампании по вопросам освещения мероприятий по укреплению общественного здоровья в социальных сетях и СМИ.

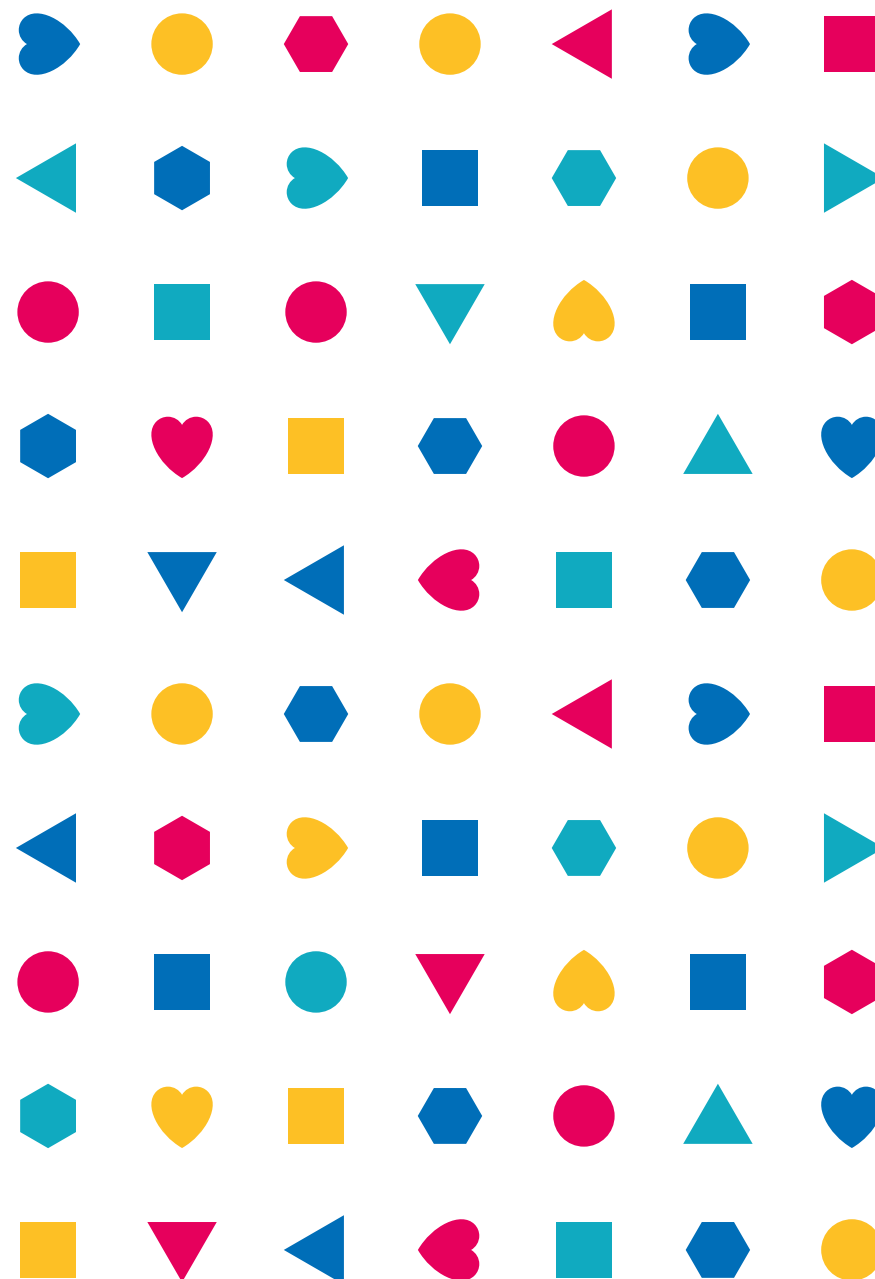
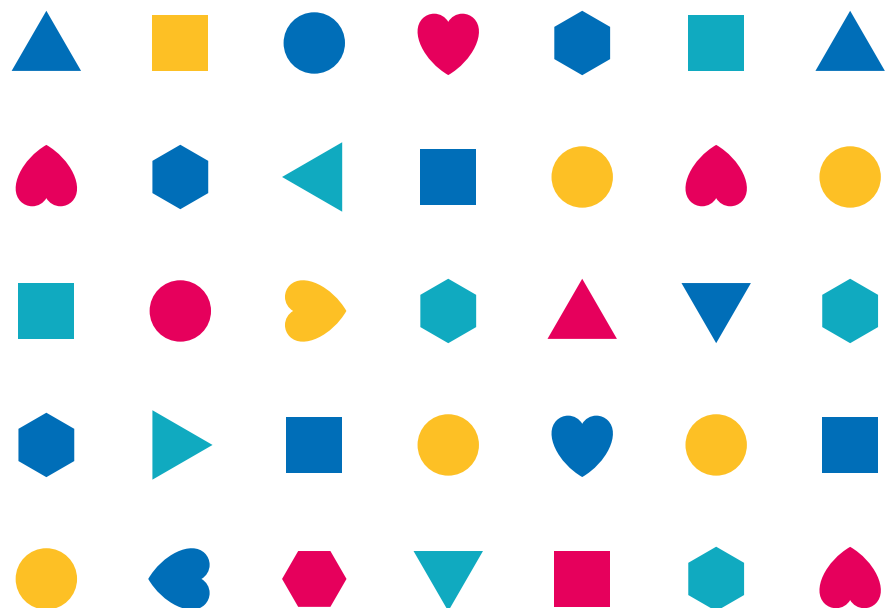
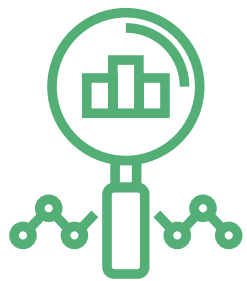
3.9 Подготовка ежегодного публичного доклада о состоянии общественного здоровья в субъекте Российской Федерации с размещением его в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Ежегодный публичный доклад о состоянии общественного здоровья в субъекте Российской Федерации – это документ, имеющий важное стратегическое значение для подведения этапных итогов по формированию региональной политики укрепления общественного здоровья и планирования мероприятий на последующий период.

Публичный доклад представляет за отчетный период характеристику основных стратегических направлений региональной политики по укреплению общественного здоровья с учетом особенностей региона, показатели здоровья населения, тенденции их динамики. Доклад включает характеристику среды, способствующей формированию здорового образа жизни в регионе, обзор реализации региональных/муниципальных программ, направленных на укрепление общественного здоровья, спектр межсекторального и межведомственного взаимодействия, обзор реализации программ укрепления здоровья детей, подростков, молодежи, пожилых, учащихся образовательных учреждениях, работающего населения.

Важно, чтобы представляемые в публичном докладе сведения и данные были в едином формате, чтобы была возможность их межрегионального сравнения, в связи с чем формат и содержание этого документа будут представлены в отдельных Методических рекомендациях.

Отдел
мониторинга
факторов
риска



4. ОТДЕЛ МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА

Основные функции отдела ЦОЗиМП [1]:

- Мониторинг и анализ распространенности ФР неинфекционных заболеваний на региональном и муниципальном уровне, в том числе проведение эпидемиологических исследований;
- Мониторинг и анализ грамотности населения по вопросам общественного здоровья, включая оценку информированности относительно риска НИЗ на региональном и муниципальном уровнях, а также оценку мотивированности населения к ведению ЗОЖ;
- Проведение социологических исследований по вопросам общественного здоровья.

4.1 Мониторинг и анализ распространенности факторов риска НИЗ на региональном и муниципальном уровне, в том числе проведение эпидемиологических исследований

Актуальность задачи. Известно, что восемь факторов риска обуславливают до 75% смертности от хронических неинфекционных заболеваний. Поэтому система укрепления общественного здоровья на региональном и муниципальном уровнях должна включать оценку распространенности, коррекцию, а также контроль ФР. Особое место в этом комплексе мер занимает система эпидемиологического мониторинга основных ФР, как механизм выделения приоритетов реализации мер укрепления общественного здоровья, так и способ контроля эффективности реализуемых мероприятий (Рисунок 2).

Приоритетом реализации мер укрепления общественного здоровья значимые на данный момент проблемы со



Рисунок 2. Цели эпидемиологического мониторинга

здоровьем населения, для решения которых целесообразно выделить ресурсы. Приоритеты определяются на основании совокупности параметров, оцениваемых в рамках эпидемиологического мониторинга: распространенности ФР или заболевания, их социальной значимости, риска развития осложнений, экономического ущерба, ассоциированного с заболеванием и факторами его риска.

Система мониторинга предполагает непрерывность сбора данных, что позволяет совершенствовать процесс принятия стратегических решений, разрабатывать программы действий в области укрепления общественного здоровья (Рисунок 3).

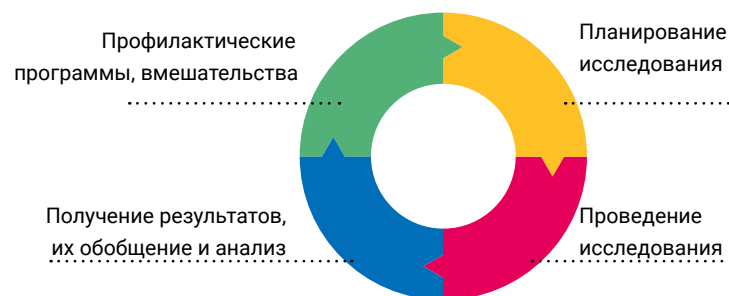


Рисунок 3. Цикл эпидемиологического мониторинга

Мониторинг факторов риска ХНИЗ на региональном уровне.

Для мониторинга факторов риска на региональном уровне могут быть использованы результаты проводимых исследований, например Росстата. Все исследования Росстата проводятся с формированием региональных выборок. Например, в рамках мониторинга доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, как индикатора эффективности Национального проекта «Демография», этот показатель определяется в каждом регионе, так как и его составляющие и публикуются на сайте Росстата. На основании этих данных можно определить – долю некурящих лиц, долю лиц с пагубным потреблением, долю лиц, потребляющих достаточное количество овощей и фруктов и др. Эти показатели будут измеряться до 2024 года. Ограничением этого исследования является только опросный метод и невозможность определить факторы риска, измеряемые объективными методами, такие как ожирение или артериальная гипертония.

Научно-исследовательские центры периодически проводят многоцентровые эпидемиологические исследования, результаты которых также могут быть использованы для целей эпидемиологического мониторинга факторов риска хронических НИЗ. Примером является многоцентровое исследование ЭССЕ-РФ, которое ранее было проведено в 13 регионах (2012 г), 4 регионах (2017 г) и в 2021 году будет реализовано в 30 регионах.

Однако оптимальным подходом является эпидемиологический мониторинг, организованный на региональном уровне, так как это позволяет обеспечить сопоставимость методических подходов и, следовательно, получаемых результатов по распространенности факторов риска в динамике, что позволит делать обоснованные выводы об эффективности реализуемых мер укрепления общественного здоровья.

Основы организации и проведения эпидемиологического мониторинга ФР хронических неинфекционных заболеваний на региональном уровне детально описаны в Методических

рекомендациях [64]. Основой является рекомендованный ВОЗ подход STEPS, т.е. последовательное ступенчатое обследование, при котором первой (минимальной) ступенью является опрос, второй – объективное обследование (измерение антропометрических показателей, артериальной давления и пульса) и лабораторные измерения (липиды и глюкоза крови, Na в моче).

На этапе подготовки к эпидемиологическому мониторингу необходимо решить ряд организационных вопросов и прежде всего определить его ресурсное обеспечение, включая кадровое, финансовое и материальное. Далее проводится тренинг участников для стандартизации процесса сбора информации. Этап непосредственного обследования включает ряд приглашение, опрос и объективное обследование участников мониторинга. Результаты мониторинга заносятся в базу данных с целью последующего анализа.

Одним из важнейших требований к проведению эпидемиологического мониторинга является наличие представительной (репрезентативной) выборки из изучаемого населения (популяции), чтобы на основе обследования выборки можно было сделать общие выводы о распространенности фактора риска среди всего населения. Примерный объем выборки региона составляет 2000 человек (из которых обследуется не менее 1600).

В некоторых регионах систематизированное изучение ФР НИЗ уже проводится. В этом случае целесообразно оценить, насколько проводимые исследования соответствуют данным рекомендациям и при необходимости провести соответствующую коррекцию осуществляемых мероприятий. Для регионов, где эта система еще не введена, первым шагом на пути ее создания должно стать проведение начального, или «базового», исследования на основе такого объема выборки, который давал бы возможность отслеживать изменения во времени. мониторинга. Необходимы регулярные повторные обследования. Их периодичность зависит от характера собираемых данных и существующей инфраструктуры. В целом повторные обследования населения в рамках эпидемиологического мониторинга целесообразно проводить 1 раз в 2-3 года (Рисунок 4).

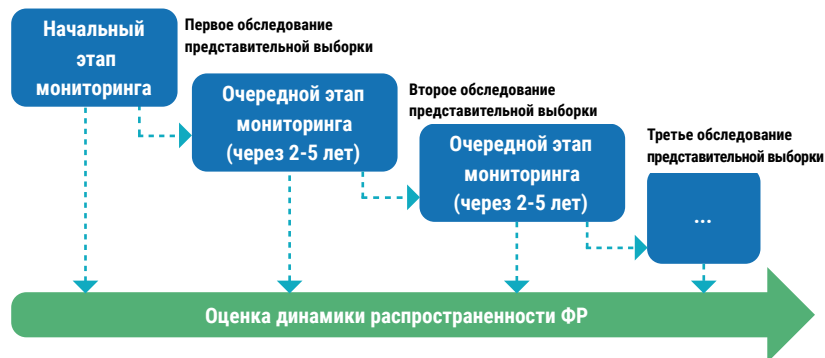


Рисунок 4. Функциональная структура эпидемиологического мониторинга

Мониторинг факторов риска ХНИЗ на муниципальном уровне

В случае крупного муниципалитета может быть применен тот же подход что и на региональном уровне. При небольшом размере муниципалитета проведение регулярного эпидемиологического мониторинга в полном объеме может быть затруднено вследствие ресурсных ограничений. В этом случае вариантом мониторинга могут быть телефонные опросы репрезентативной выборки населения (только опросная часть) или обследование в местах скопления значительной части населения (например, если в муниципалитете один крупный работодатель, на предприятии которого работает значительная часть трудоспособного населения, то обследование работников может дать объективную картину).

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по мониторингу и анализу распространенности ФР НИЗ на региональном и муниципальном уровне, в том числе проведение эпидемиологических исследований, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает⁷:

⁷ Следует отметить, критерии оценки пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика [6] является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики

- Наличие мониторинга распространенности ФР НИЗ на региональном уровне (перечень показателей, исполнителя, кратность предоставления);
- Наличие мониторинга распространенности ФР НИЗ на муниципальном уровне (перечень показателей, исполнителя, кратность предоставления);
- Долю муниципальных образований, участвующих в мониторинге (от общего числа муниципальных образований субъекта).

4.2 Мониторинг и анализ грамотности населения в вопросах здоровья

Актуальность задачи. Грамотность в вопросах здоровья (ГЗ) – это когнитивные и социальные навыки, которые определяют знания, мотивацию и способность людей получать доступ, понимать и использовать информацию для укрепления и поддержания здоровья [65].

Низкий уровень грамотности в вопросах здоровья приводит к менее здоровому выбору, более рискованному поведению в отношении здоровья, ухудшению здоровья, плохому управлению заболеваниями и большему количеству госпитализаций [66].

Грамотность в вопросах здоровья – это измеримый результат мероприятий в области просвещения и укрепления здоровья на разных уровнях.

В настоящее время самая большая база данных инструментов по измерению грамотности в вопросах здоровья существует в свободном доступе на электронном ресурсе Health Literacy Tool Shed и включает более 180 инструментов, которые позволяют измерить различные аспекты грамотности в вопросах здоровья, в разных группах населения, контекстах и в отношении разных заболеваний [66].

Данный вопросник измеряет четыре этапа обработки информации: поиск, понимание, критическая оценка и применение информации в трех сферах: профилактика и лечение заболеваний, а также укрепление здоровья, формируя матрицу общей грамотности в вопросах здоровья (таблица 3).

Таблица 3. Матрица общей грамотности в вопросах здоровья

| Общая грамотность в вопросах здоровья | | Этапы обработки информации в отношении здоровья | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--|---|--|
| | | Поиск информации | Понимание информации | Оценка информации | Использование информации |
| Сферы общей ГЗ | Лечение заболеваний | Способность найти медицинскую информацию | Способность понять медицинскую информацию | Способность оценить медицинскую информацию | Способность использовать медицинскую информацию |
| | Профилактика заболеваний | Способность найти информацию о факторах риска | Способность понять информацию о факторах риска | Способность оценить информацию о факторах риска | Способность использовать информацию о факторах риска |
| | Укрепление здоровья | Способность найти информацию по укреплению здоровья | Способность понять информацию по укреплению здоровья | Способность оценить информацию по укреплению здоровья | Способность использовать информацию по укреплению здоровья |

Инструмент позволяет изучить насколько легко или сложно респонденту удастся решать задачи по каждому из вопросов, которые затем оцениваются по четырехбалльной шкале Лайкерта: «очень легко», «легко», «сложно» и «очень сложно».

Помимо уровня ГЗ, инструмент позволяет изучать детерминанты, влияющие на уровень ГЗ (пол, возраст, образование, социально-экономический статус) и ассоциации низкого уровня грамотности в вопросах здоровья с такими факторами риска основных неинфекционных заболеваний, как недостаточная физическая активность, курение, избыточное потребление алкоголя и нерациональное питание.

Также инструмент включает показатели статуса здоровья (самооценка здоровья, хронические заболевания и ограничения, вызванные ими) и индикаторы использования медицинской помощи (вызовы скорой помощи, посещение врачей терапевтов и врачей других специальностей, количество госпитализаций).

Методы сбора данных. В качестве предпочтительного метода сбора данных рекомендуется метод личных интервью (PAPI или CAPI). При личном контакте есть возможность использовать визуальные подсказки /карточки. К недостаткам можно отнести то, что данный метод дороже и требует больше времени, чем сбор данных методом CAWI или CATI. Кроме того, респонденты могут неохотно давать честные ответы на деликатные темы. В сложившейся эпидемиологической ситуации в связи с пандемией COVID-19 методы CATI и CAWI являются единственно возможными. Размер выборки должен составлять минимум 1000 человек в каждом регионе.

ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ
CAPI - персональные интервью с использованием компьютера
CATI - телефонные интервью с использованием компьютера
CAWI - интернет-интервью с использованием компьютера
PAPI - персональные интервью на бумаге

Личные интервью. При проведении популяционного исследования отбор населения должен производиться из генеральной совокупности методом многоступенчатой случайной выборки. Необходимо стратифицировать выборку, по крайней мере, по полу, возрасту и месту проживания (город/село).

При необходимости может быть использована квотная выборка, если квоты репрезентативны для населения по вышеуказанным критериям.

Телефонные интервью. Для телефонных опросов домохозяйства отбираются также методом случайной выборки (см. описание

выше), генерируя номера телефонов с использованием процедуры случайного набора цифр. При использовании данного метода необходимо гарантировать включение в выборку пользователей как стационарных, так и мобильных телефонов.

Онлайн-интервью. В случае онлайн-опроса репрезентативная выборка населения составляется из группы интернет-пользователей. Для этого необходимо выполнить следующую пошаговую процедуру отбора респондентов:

1. Первая группа потенциальных респондентов выбирается на основе установленных критериев включения (население в возрасте 18-75 лет).
2. Предварительно отобранные потенциальные респонденты приглашаются по электронной почте для участия в опросе.
3. Для согласившихся участвовать в опросе проверяется соответствие критериям включения; те, кто соответствует критериям, могут получить доступ к анкете через персональный логин.
4. После первого этапа опроса проводится второй этап отбора потенциальных респондентов в соответствии с заранее установленными квотами (по полу, возрастным группам, месту проживания), которые были не полностью представлены.
5. Эта процедура повторяется до тех пор, пока выборка не станет репрезентативной по заранее установленным квотам.

Данный метод приемлем, если гарантируется репрезентативность выборки.

Тренинги интервьюеров и супервайзеров. В случае проведения исследования методом личных интервью, непосредственно перед проведением опроса необходимо провести очные тренинги с интервьюерами и супервайзерами с представлением методических подходов к проведению интервью и заполнению вопросника с использованием разработанных инструкций

и демонстрационных карточек. Также рекомендуется отработать процедуру интервью в формате практического занятия, где интервьюеры тренируются друг на друге при участии координатора исследования.

Популяционное исследование. Перед началом опросов рекомендуется провести информационные кампании в СМИ и социальных сетях с целью привлечения населения к участию и разъяснения важности участия в данном исследовании. Анкета должна включать информированное согласие на участие в исследовании, которое должно быть добровольным. Ответы респондентов вводятся в единую базу данных и осуществляется мониторинг проведения опроса. Готовая база данных очищается, и данные анализируются.

Мониторинг грамотности в вопросах здоровья. Этапы мониторинга и анализа грамотности в вопросах здоровья представлены схематично на рисунке 5.



Рисунок 5. Рекомендуемые шаги и процесс мониторинга грамотности населения в вопросах здоровья

- Данные могут собираться на регулярной основе, например, ежегодно, чтобы оценить ситуацию в динамике;
- Мониторинг позволяет своевременно и адаптивно отслеживать показатели грамотности в вопросах здоровья и их взаимосвязь с демографическими и социально-экономическими показателями, а также изучать источники информации, доверие, информированность, модели поведения и многое другое.
- Разработанные в НМИЦ ТПМ база данных и синтаксис для анализа данных обеспечивают быстрый анализ данных и быстрый доступ к результатам.
- Исследовательским группам, использующим предложенный инструмент, рекомендуется работать совместно для обсуждения полученных результатов и их применения в рамках мер вмешательства и принятия решений, а также ведения коммуникации с населением.
- Результаты, полученные с использованием данной методики, могут быть предоставлены средствам массовой информации как источник качественной и достоверной информации.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по мониторингу и анализу грамотности населения в вопросах здоровья, включая оценку информированности относительно риска НИЗ на региональном и муниципальном уровнях, а также оценку мотивированности населения к ведению ЗОЖ, должна включать представление данных социологических опросов, результаты диспансеризации, с указанием динамики показателей по сравнению с предыдущим периодом. В Методике [6] формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП эти сведения не отражены.

4.3 Проведение социологических исследований по вопросам общественного здоровья

Эксперты ВОЗ считают, что общественное здоровье зависит на 20% от наследственности и биологических особенностей организма, а на 80% — от социально-экологических, социально-экономических и, собственно, социальных факторов (или социальных детерминант) [68]. Последние создаются самими людьми в процессе их жизнедеятельности и являются управляемыми.

Социальные детерминанты здоровья (СДЗ) - это немедицинские факторы, которые влияют на здоровье. Это условия, в которых люди рождаются, растут, работают, живут и стареют.

Для изучения социальных детерминант, влияющих на здоровье, проводятся *социологические исследования*, в которых одни социальные явления объясняются при помощи других социальных явлений. В зависимости от характера поставленной цели и задач, различают несколько видов социологических исследований [69,70]:

По глубине анализа социальной проблемы и масштаба охвата событий различают *пробное (поисковое, разведывательное), пилотажное, описательное и аналитическое исследования*. В зависимости от того, изучается статика или динамика явления выделяют точечное или повторное исследования. По объему охвата объекта исследования типы исследования делятся на сплошные и выборочные. В зависимости от места проведения выделяют полевые и лабораторные исследования.

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Доход | Продовольственная безопасность |
| Социальная защита | Жилищные условия |
| Образование | Окружающая среда |
| Занятость | Социальная интеграция |
| Условия труда | |

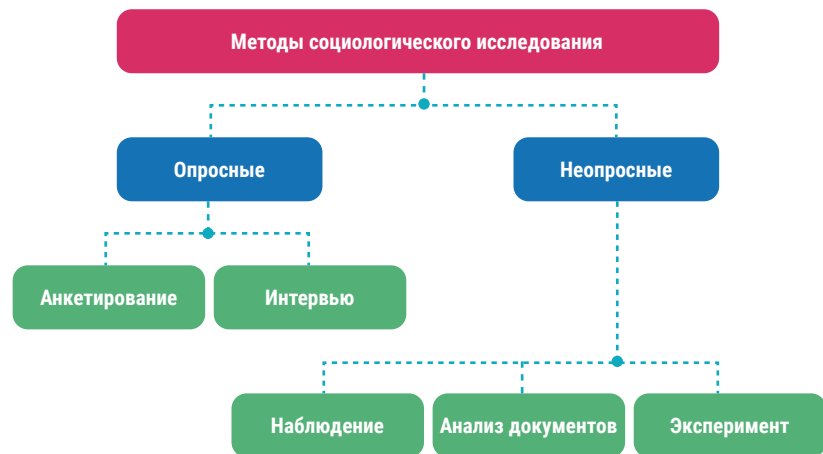


Рисунок 6. Основные методы социологического исследования

По применяемому методу сбора данных различают опрос, наблюдение, анализ документов, эксперимент (рисунок 6).

Одним из самых популярных методов проведения социологического исследования является *опросный метод*.

К опросным методам социологии относятся методы получения информации от человека в ходе живого диалога (очной беседы), в ходе которого специально подготовленный интервьюер задает вопросы с определенной целью.

Виды интервью различают по трем главным критериям — степени стандартизации вопросов, числу обсуждаемых тем и количеству опрашиваемых.

В зависимости от степени стандартизации вербального диалога выделяют два основных вида интервью: формализованное и неформализованное интервью.

По числу обсуждаемых тем виды интервью подразделяются на фокусированное, или направленное, интервью, нефокусированное (ненаправленное) интервью.

По количеству опрашиваемых - виды интервью подразделяются на индивидуальное, или личное, интервью; групповое интервью (фокус-группа и мозговая атака). Интервью может быть однократным (разовым) или многократно повторяться (через определенный промежуток времени). Во втором случае оно приобретает статус повторного или лонгитюдного исследования. Еще одним дополнительным критерием классификации выступает место проведения интервью. Выделяют следующие его разновидности: интервью по месту жительства, интервьюирование посетителей магазинов, интервью по месту работы.

По стилю ведения интервью делятся на жесткие (интервьюеру разрешается перебивать респондента, ловить его на противоречиях, задавать наводящие вопросы, чтобы «пробить» у респондента эмоционально закрытые сферы для получения правдивой информации) и мягкие (предполагают вежливое и сочувственное слушание высказываний респондента).

По времени проведения - в социологии принято различать четыре временных периода проведения интервью:

- утренний период (время до обеденного перерыва) – в это время респонденты еще не утомлены, что благоприятствует проведению интервью;
- обеденный перерыв не всегда благоприятен для интервьюирования, т.к. в это время респондент хочет отдохнуть;
- дневной период (примерно с 14 до 19-ти часов) характеризуется понижением физиологических возможностей восприятия у респондента и более высокой производственной нагрузкой в большинстве профессий;
- вечерний период (после 19-ти часов) – респондент утомлен, озабочен домашними делами.

В целом, анкетирование не должно превышать 30 минут, желательно до 30-40 вопросов. Лучше, особенно при массовых

опросах и более малом количестве вопросов, размещение анкеты на одной странице, однако это не должно быть в ущерб возможностям ее чтения и заполнения, т.к., например, мелко напечатанный текст затрудняет чтение и четкое выделение ответов; в анкетах для пожилых людей желательно использовать более крупный шрифт.

Анализ случая (Case study). В отечественной литературе нет устоявшегося термина для обозначения метода, который в английской традиции носит название case study. В общем виде «анализ случая» можно определить как углубленное выборочное исследование какой-либо проблемы на одном отдельно взятом объекте. При этом предмет исследования, его взаимосвязь с объектом изучаются с особой тщательностью. Case study – форма качественного описательного исследования, объектом которого выступает отдельный индивид или малая группа. Его предметом может выступать только реальное взаимодействие обозримого числа людей и лишь в очень специфическом контексте.

Социологи, практикующие данный метод, не стремятся к глобальным обобщениям, открытию причинно-следственных законов или к статистически репрезентативной информации. Здесь изучается одно событие или одна общность во всех подробностях. Сущность такого исследования заключается в том, чтобы, детально изучив один или несколько случаев, раскрыть содержание глубинных процессов, протекающих в обществе.

Выбор опросного метода в социологическом исследовании определяется целью исследования, особенностями проблемной ситуации, уровнем подготовки интервьюера, материальными, техническими, временными ресурсами и т.п.

Методология выборки. В социологии при изучении небольших групп лиц (например, 200-500 человек) можно применять сплошное исследование. Если же количество единиц генеральной совокупности более 500, то чаще всего социологи прибегают к выборочным методам опроса, т.е. из генеральной совокупности отбирается ограниченное число людей в качестве своеобразной модели общества, воспроизводящей структуру объекта

исследования. При составлении выборочной совокупности каждый элемент генеральной совокупности должен иметь одинаковые шансы попасть в выборку; выборка должна отвечать требованию репрезентативности.

Объем выборки определяется следующим образом: количество респондентов, включенных в выборочную совокупность, должно составлять 10% от генеральной совокупности, но не превышать 2000-2500 человек.

В качестве методов формирования выборки различают вероятностные методы выбора: простой случайный; стратифицированный; гнездовой (кластерный) случайный отбор; систематический отбор и др. К невероятностным методам относятся: квотная выборка, метод типичных представителей, метод «снежного кома», метод стихийного отбора, метод отбора на основе принципа удобства, метод на основе суждений.

Метод стихийного отбора – выборка «первого встречного», когда определенные критерии выбора не заданы. Одним из вариантов такой выборки являются онлайн опросы посетителей Интернета.



Целевая выборка – исследователь выбирает людей для опроса по собственному усмотрению, таким образом обеспечивая представительство по интересующим признакам. Чаще всего целевая выборка субъективна, что снижает её репрезентативность.

Вариантом формирования целевой выборки является метод «снежного кома», который применяется преимущественно для отбора редко встречающихся групп населения (так называемых «редких» или «труднодоступных»). Особенность метода состоит в том, что первые респонденты дают информацию о других, а те, в свою очередь, о третьих, т.е. каждый респондент указывает исследователю, где можно найти интересующих его людей и выборка с каждым шагом разрастается подобно снежному кому.

Программа социологического исследования. Социологическое исследование предполагает сбор новых фактов и их описание, интерпретацию, классификацию и обобщение. Все стадии работы социолога отражены в его главном документе – программе социологического исследования.

Программа социологического исследования включает формулировку и обоснование проблемы, указание цели, определение объекта и предмета исследования, логический анализ основных понятий, формулировку гипотез и задач исследования; определение обследуемой совокупности, характеристику используемых методов сбора информации, логическую структуру инструментария для сбора этой информации, логические схемы ее обработки и научный отчет.

Основные этапы составления программы социологического исследования представлены схематично на рисунке 7.

Этические нормы. Важным элементом при подготовке и проведении является соблюдение этических норм. В этой связи до начала исследования необходимо провести этическую экспертизу с целью проверки соблюдения этических правил и норм при подготовке и проведении исследования.

Цель – защищать права и интересы привлеченных к исследованию респондентов и самих исследователей и соблюдения прав человека. В отношении объектов исследования должны соблюдаться нормы конфиденциальности и уважения.



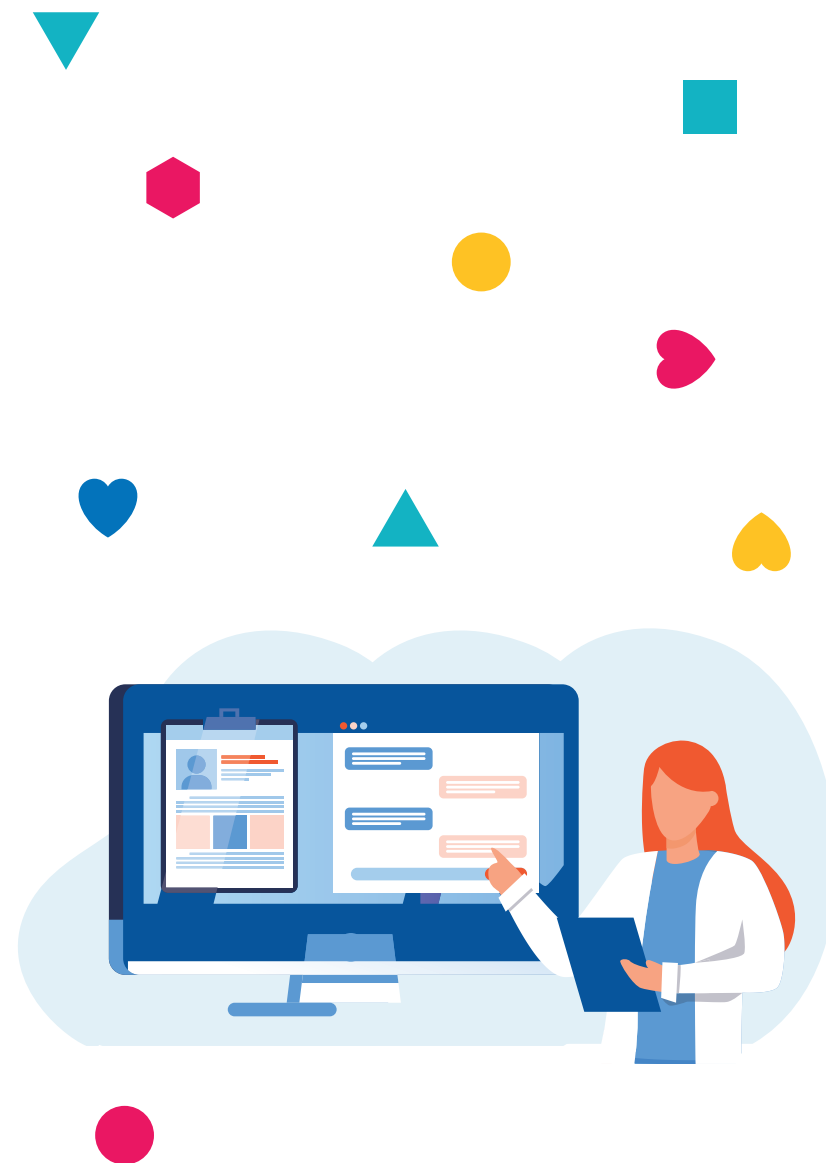
Рисунок 7. Этапы составления программы социологического исследования

Очень важно проводить исследования в области общественного здоровья с позиций социологии, учитывая социальный контекст и такие социальные детерминанты, как образование, занятость, социальный статус, окружение (семья, соседи, общество), а также онлайн среду. Такой комплексный системный подход, основанный на множестве поведенческих и социальных наук, позволяет учитывать психологию и социологию при разработке мер и вмешательств по профилактике заболеваний, укреплению здоровья населения и сокращению неравенства в отношении здоровья.

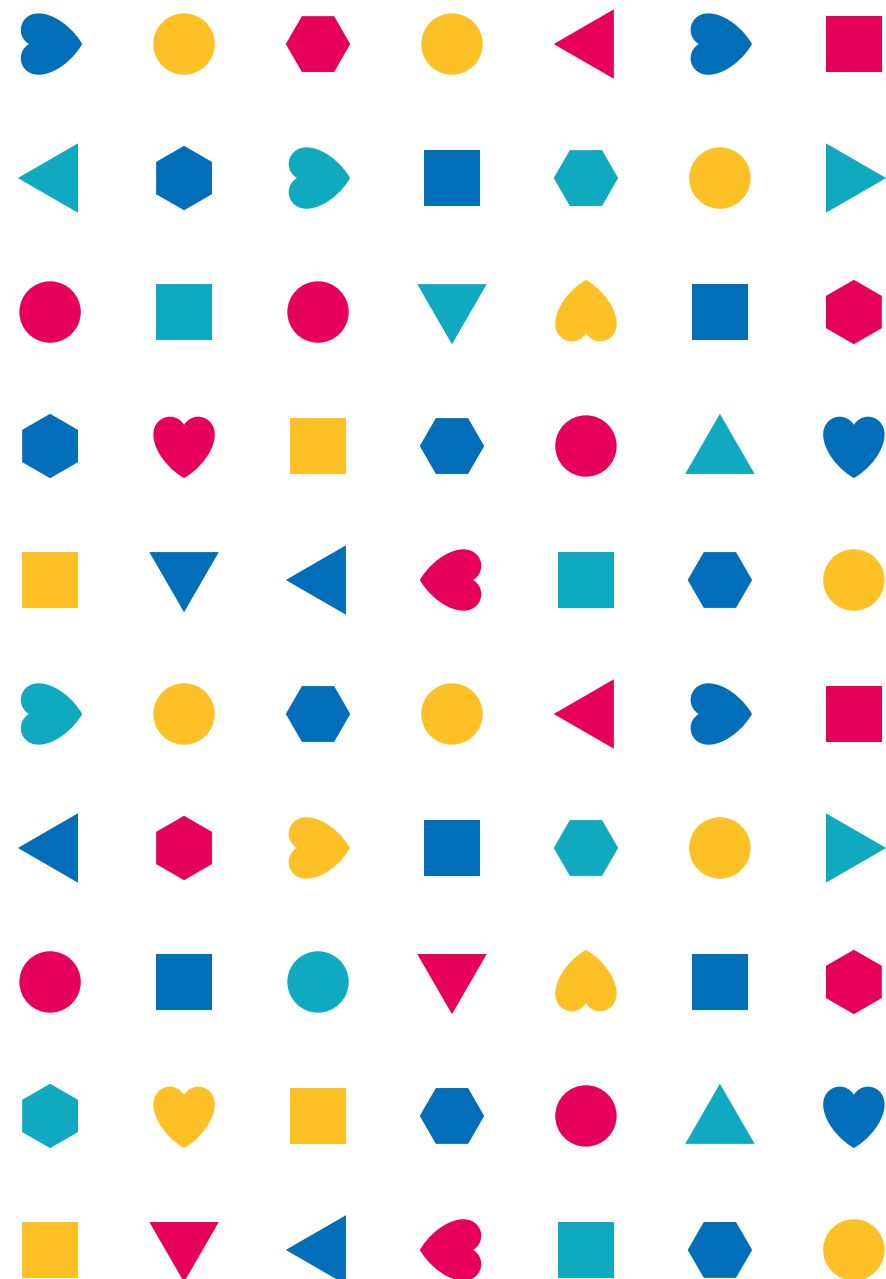
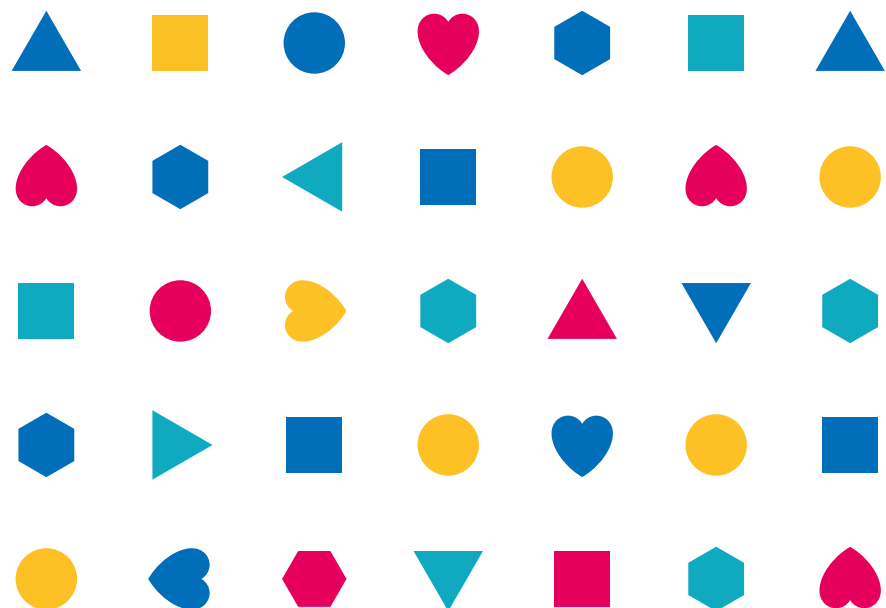
Социологические исследования позволяют понять, почему существует неравенство в отношении здоровья, и помогают детально изучить механизмы и процессы, поддерживающие это неравенство. Кроме того, социология раскрывает механизмы долгосрочных изменений, которые могут привести к изменению поведения и сокращению неравенства в отношении здоровья.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по проведению социологических исследований по вопросам общественного здоровья, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает⁸ представление численности завершенных исследований по изучению информированности населения о ФРНИЗ, о диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах, о правилах оказания первой помощи и др., количество респондентов, направление проведенных опросов (число завершенных исследований, число респондентов). Кроме того, следует указать целевые группы, отклик респондентов на опрос и перечень изученных параметров (факторов риска, отношение, знание и пр.).

⁸ Следует отметить, критерии оценки пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика [6] является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики



Отдел разработки,
реализации и мониторинга
муниципальных программ
общественного здоровья



5 ОТДЕЛ РАЗРАБОТКИ, РЕАЛИЗАЦИИ И МОНИТОРИНГА МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Основные функции отдела согласно приказу Минздрава РФ [1] изложены в настоящем разделе и включают:

- Участие в разработке и мониторинг реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья
- Выявление и тиражирование лучших муниципальных программ общественного здоровья
- Подготовка предложений по созданию на региональном и муниципальном уровнях условий, обеспечивающих возможность ведения здорового образа жизни, систематических занятий физической культурой и спортом

5.1 Участие в разработке и мониторинг реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья

Формирование ЗОЖ населения, профилактика и контроль НИЗ являются одной из важнейших межотраслевых проблем политики РФ, что нашло свое отражение в Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года». В целях достижения поставленных задач были разработаны национальные и федеральные проекты, в том числе в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» («Укрепление общественного здоровья»), одной из задач которого является разработка и реализация

региональных, муниципальных программ укрепления общественного здоровья [71].

Органы местного самоуправления обладают регулятивными и законодательными полномочиями для решения основных проблем, ведущих к повышению риска НИЗ. И они должны осуществлять эти полномочия в целях спасения, продления и качественного улучшения жизни людей. Они обязаны создавать условия, облегчающие для людей выбор здоровых альтернатив [72-74].

Многочисленный зарубежный и отечественный опыт свидетельствует о высокой эффективности мероприятий по укреплению общественного здоровья на муниципальном уровне [7,75].

Формирование здоровьесберегающей среды входит в задачи многих программ, разрабатываемых государственными структурами на всех уровнях, а также активно поддерживаются политическими партиями и некоммерческими организациями. Эффективность таких программ, в том числе и экономическая, может быть обеспечена только применением научно-обоснованных подходов к разработке, реализации, мониторингу и оценке профилактических вмешательств. Одной из важнейших составляющих научно-обоснованных подходов к разработке, реализации, мониторингу и оценке профилактических вмешательств являются изучение существующей ситуации и оценка потенциала инфраструктуры субъекта/муниципалитета, влияющих на здоровье, а также выявление факторов, способствующих и препятствующих для укрепления здоровья и ведения здорового образа жизни на уровне субъекта/муниципалитета.

С целью оказания организационно-методологической помощи специалистам ЦОЗиМП, а также работникам муниципальных образований, ответственных за социальную политику в муниципалитетах, Министерство здравоохранения совместно с ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России подготовили Рекомендации, в котором изложены основные подходы к разработке, реализации

и оценке региональных/муниципальных программ укрепления общественного здоровья [11].

Кроме этого, ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в рамках государственного задания «Разработка методологии оценки эффективности вмешательств и формирование базы данных лучших практик, направленных на профилактику и контроль неинфекционных заболеваний и формирование ЗОЖ населения РФ» разработал инструмент для проведения оценки/самооценки реализуемых программ укрепления общественного здоровья [76].



Разработка любой программы профилактики должна опираться на теорию управления программами – программный цикл [77-79]. Программный цикл – процесс разработки и управления программами, начиная с постановки проблемы, поиска путей ее решения, планирования, реализации и оценки. Программный цикл включает следующие этапы:

- *Анализ, или оценка ситуации* в регионе/муниципалитете. Процесс изучения состояния здоровья в динамике, его тенденции, распространенность факторов риска, смертность и ее основные причины, продолжительность жизни, территориальные особенности, элементы инфраструктуры, влияющие на состояние здоровья, определяются уязвимые группы населения, формулируется суть и величина проблемы;
- *Планирование, или поиск решения проблемы*, в том числе изучение опыта ее решения. На данном этапе распределяются приоритеты, устанавливаются цели и задачи программы, определяются потенциальные партнеры для решения поставленных целей и необходимые ресурсы, разрабатывается рабочий план (план действий); в плане должны быть определены:
- основные составные части программы – проекты;
- группы населения, на которые будет направлено вмешательство;

- сроки проведения программы с определением долгосрочных, среднесрочных и ближайших задач и путей их реализации;
- необходимые ресурсы (технические, кадровые, финансовые);
- ответственные исполнители каждого направления программы;
- методы оценки программы по промежуточным и конечным результатам
- *Реализация программы* – комплекс мер, обеспечивающих адекватное выполнение поставленных целей программы в соответствии с установленными сроками;
- *Мониторинг и оценка* – постоянное наблюдение за ходом реализации с целью обеспечения выполнения плана, выявления препятствий и путей их преодоления. Оценка любой программы должна учитывать процесс его реализации на основе мониторинга (слежение за процессом, явлениями и т.д.) и достижение долгосрочных результатов (эффективность результативности) на основе и показателей здоровья, и уровней факторов, влияющих на здоровье. Мониторинг и оценка являются неотъемлемыми компонентами программного цикла, и должны осуществляться на всех этапах, начиная с планирования.

Соответственно, оценка программ укрепления общественного здоровья должна основываться на этапах программного цикла и учитывать насколько процесс составления программы соответствует научно-обоснованным этапам разработки программного цикла:

- соответствует ли текущая ситуация в регионе, на момент внедрения программы, целям, на достижение которых, она направлена;
- правильно ли были выбраны проблемы здравоохранения, требующие вмешательств;

- привлечены ли в разработку и реализацию другие участники политики субъекта: некоммерческие организации, средства массовой информации и прочие сопряженные с этим процессом ведомства и структуры;
- наличие анализа ресурсов, в том числе финансирование;
- соответствие цели и задач программы выбранным приоритетам;
- наличие календарного плана реализации, с указанием ответственных исполнителей по мероприятиям, заложенным в программе;
- мероприятия программы связаны с задачами и целью программы;
- наличие базовых, промежуточных и конечных показателей по индикаторам программы, с указанием сроков их достижения;
- проведение оценки достижения промежуточных и конечных результатов, отчетная документация.

Примерный алгоритм участия специалистов Отдела в разработке и мониторинге реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья

- Формирование списка муниципальных образований (МО) субъекта.
- Формирование списка и контактов лиц, ответственных за разработку и внедрение муниципальных программ укрепления общественного здоровья (МПУОЗ) в МО.
- Создание Паспортов МО (шаблон)
- Аудит существующих МПУОЗ совместно с лицами, ответственными за разработку и внедрение МПУОЗ в МО:

**Шаблон Паспортов
Муниципальных образований**

| № | Объекты оценки | Муниципальные образования субъекта РФ | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|-----|-------|------|
| | | МО 1 | МО2 | МО... | МО n |
| | Анализ половозрастной структуры | | | | |
| | Средний доход | | | | |
| | Показатели безработицы | | | | |
| | Смертность | | | | |
| | Рождаемость | | | | |
| | Спортобъекты (число) | | | | |
| | Продуктовые рынки (число) | | | | |
| | Точки продажи табака (число) | | | | |
| | Точки продажи алкоголя (число) | | | | |
| | Бизнес (число предприятий) | | | | |
| | Муниципальные программы | | | | |

- оценка с помощью Рекомендаций МЗ РФ и ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России;
- выявление потребностей для разработки новых МПУОЗ или апгрейд существующих;
- оценка возможностей и барьеров для разработки и реализации МПУОЗ в муниципальных образованиях (МО);
- создание способностей в МО для разработки и реализации МПУОЗ (тренинги, методическое сопровождение, др.);

- Оценка инфраструктуры МО, влияющей на здоровье населения, формирование рекомендаций для изменения существующей инфраструктуры МО;
- Мапирование МО субъекта РФ по категориям (смертность, рождаемость, распространенность ФР НИЗ, числу элементов инфраструктуры и др.);
- Создание и внедрение на регулярной основе системы мониторинга реализации МПУОЗ, формирование полугодового/ежегодного отчета о реализации МПУОЗ в субъекте РФ.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по участию в разработке и мониторинг реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья, согласно Методике [6] включает⁹:

- сведения о профилактических программ, в разработке и реализации которых принимает участие ЦОЗиМП с указанием численности, названия программ и их основные характеристики, корпоративные программы,
- основные сведения о ходе реализации (оценка процесса реализации), полученные результаты, их связь с ожидаемыми результатами программ,
- мероприятия, реализуемые на муниципальном уровне (перечень, с учетом мероприятий, предложенных органами управления муниципальных образований),
- предложения, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП (перечислить).

⁹ Следует отметить, критерии оценки пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика [6] является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики

5.2 Выявление и тиражирование лучших муниципальных программ общественного здоровья

Центр общественного здоровья и медицинской профилактики – координатор процессов разработки и внедрения муниципальных программ укрепления общественного здоровья в субъекте, обеспечивает также постоянную работу по мониторингу критериев эффективности, установленных для промежуточной оценки реализуемых мероприятий программ. Для широкого обсуждения достигнутых результатов муниципальных программ ЦОЗиМП представляет анализ результативности по каждому муниципалитету, внедрившему программу на уровень регионального правительства. Муниципалитеты, достигнувшие показатели эффективности, демонстрируют основные мероприятия муниципальной программы на заседании регионального координационного межведомственного совета по вопросам укрепления общественного здоровья, возглавляемом руководителем субъекта, при участии представителей ведомств, администраций, глав муниципальных образований, главного внештатного специалиста по медицинской профилактике, представителей регионального ЦОЗиМП (рисунок 8).

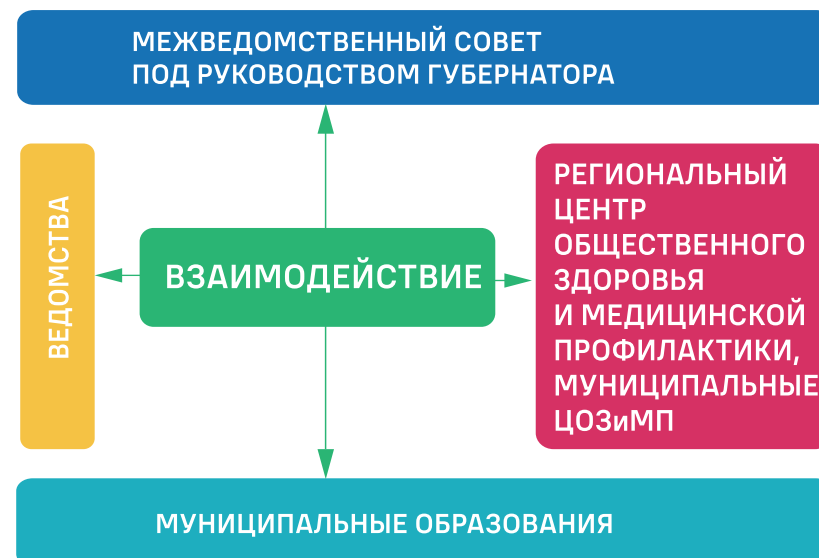


Рисунок 8. Система укрепления общественного здоровья на региональном уровне

Учитывая, что мониторинг реализации внедренных муниципальных программ укрепления общественного здоровья рекомендуется осуществлять регулярно с заданной частотой, представление положительных результатов программы, и, тем самым, выявление лучших практик могут стать системным подходом для региона.

Еще одним подходом к тиражированию наиболее эффективных мероприятий по укреплению общественного здоровья в муниципалитете может стать сборник лучших практик, готовящийся регионом ежегодно. Подготовкой такого сборника целесообразно заниматься ЦОЗиМП, с последующим опубликованием.

Наиболее эффективные решения и внедренные практики успешных муниципальных программ рекомендуется широко публиковать с возможностью получения обратной связи в социальных сетях, на интернет-сайтах, представлять в СМИ для формирования положительного имиджа муниципалитетов и получения отклика от населения.

При проведении анализа результативности муниципальных программ ЦОЗиМП рекомендуется учитывать наличие в программах мероприятий, влияющих на три основополагающих компонента: создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, а также повышение грамотности в вопросах здоровья у жителей муниципалитета (рисунок 9)

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по выявлению и тиражированию лучших муниципальных программ общественного здоровья должна включать обзор процесса реализации, результатов профилактических программ, в разработке и реализации которых принимает участие ЦОЗиМП, экспертная оценка, представление в орган управления муниципалитета, оценка, выявление лучших практик, тиражирование.

Основные компоненты муниципальных программ укрепления общественного здоровья



Рисунок 9. Основные компоненты муниципальных программ укрепления общественного здоровья

5.3 Подготовка предложений по созданию на региональном и муниципальном уровнях условий, обеспечивающих возможность ведения здорового образа жизни, систематических занятий физической культурой и спортом



Среда, обеспечивающая возможность ведения здорового образа жизни. Среда обитания человека тесно связана с его состоянием здоровья, она оказывает влияние на образ жизни, состояние психического и физического здоровья и ассоциирована с заболеваемостью и смертностью. Среда обитания включает физическое окружение, социально-культурное, политическое, экономическое. *Физическое окружение* – здания, сооружения, магазины, парки, велодорожки. *Социально-культурное окружение* – это мнение, традиции, типичное поведение определённых групп населения, которое находит отражение в социальных нормах. *Экономическое окружение* – это доступность тех или иных продуктов питания, цены на товары.

Одной из важных характеристик среды обитания являются условия для ведения ЗОЖ, включая повышение уровня физической активности, рациональное питание и ограничение потребления табака и алкоголя. Эти условия связаны со всеми перечисленными компонентами среды обитания.

Оценка среды и условий, обеспечивающих возможность ведения ЗОЖ

Уровень физической активности связан с рядом факторов среды обитания. Условиями для повышения уровня физической активности являются доступность инфраструктуры (площадки, тренажеры); наличие и близостью зеленых зон; удобные, привлекательные и безопасные пешеходные маршруты, велодорожки. С соблюдением рекомендаций по рациональному питанию ассоциирована доступность рекомендуемых компонентов питания, таких как овощи и фрукты (физическая доступность – наличие магазинов, рынков и др., и ценовая доступность), а также продуктов, не относящихся к рациону здорового питания (например, количество точек продажи фаст-фуда). Значительное количество точек по продаже алкоголя ассоциировано не только с увеличением потребления алкоголя, как среди взрослого населения, так и среди подростков, но и с вождением в нетрезвом виде и количеством дорожно-транспортных происшествий (ДТП), травм, насильственных преступлений. Большое количество магазинов по продаже табачных изделий и их доступность создает условия для увеличения частоты курения, в том числе пассивного.

Информационно-коммуникационные кампании, направленные на повышение грамотности в вопросах здоровья и приверженности к здоровому образу жизни также являются важным условием, обеспечивающим возможность ведения здорового образа жизни.

Формирование предложений по созданию условий, обеспечивающих возможность ведения здорового образа жизни должно основываться на оценке ситуации среды. На региональном уровне целесообразно анализировать данные об образе жизни и продажах алкоголя и табака, также отдельных категорий пищевых продуктов для выявления приоритетов формирования среды. Также анализируются в совокупности имеющиеся программы регионального уровня, связанные с образом жизни (спорт, образование, СМИ и др.), и оценивается нормативное регулирование, связанное с доступностью алкоголя и табака (часы продажи, места продажи, места, где

- потенциальный эффект мер (опыт других регионов если есть, расчет потенциального эффекта в отношении сохранения жизни и здоровья людей, экономического эффекта).

Эффективность ряда мер на региональном уровне можно рассчитать с помощью инструмента <https://peppm.gnicpm.ru/#> (скриншот на рисунке 10).

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП и формирование предложений на создании на региональном и муниципальном уровнях условий, обеспечивающих возможность ведения ЗОЖ и систематических занятий физической культурой и спортом, могут включать следующие направления:

- регулирование количества, плотности и размещения точек продажи алкоголя и табака через механизм лицензирования и на основе анализа текущей ситуации, описанного выше;

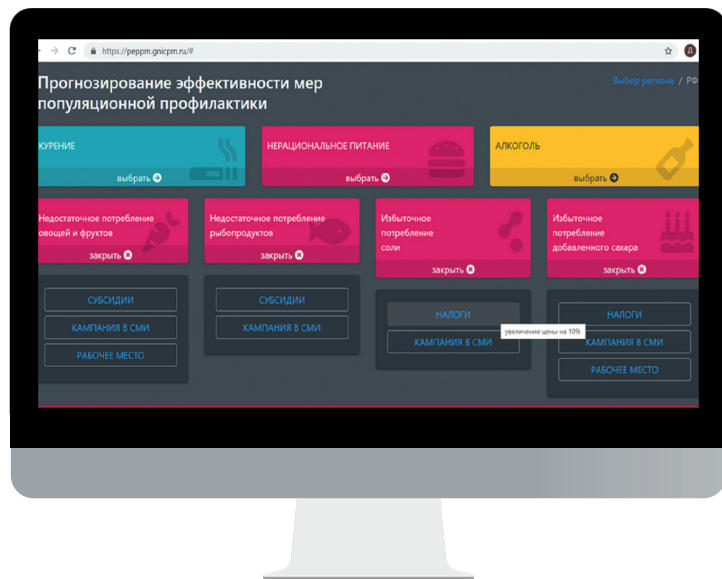


Рисунок 10. Скриншот с сайта <https://peppm.gnicpm.ru>

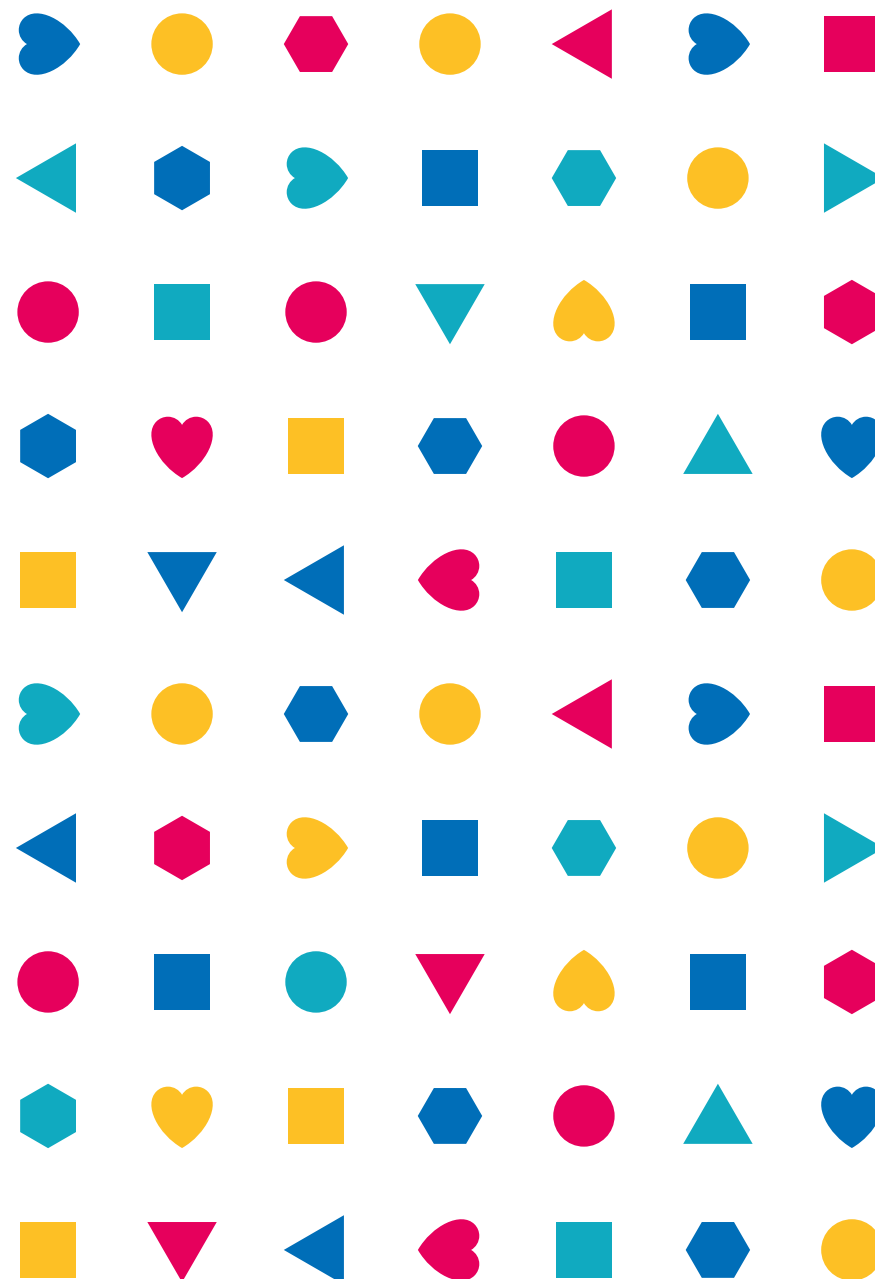
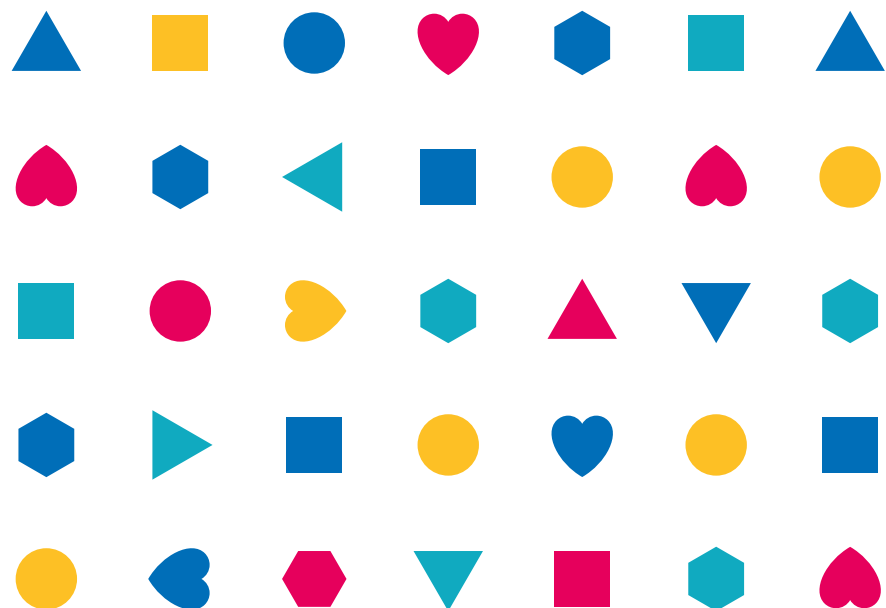
- предложения по инфраструктуре для занятий физической активности и спортом на основании анализа текущей доступности (площадки под открытым небом, залы и секции, велодорожки и фитнес-центры, секции для детей);
- предложения по повышению доступности сезонных овощей и фруктов (например, ярмарки и рынки выходного дня для местных производителей на выгодных условиях в пешей доступности);
- со-финансирование детских секций, занятий в пожилом возрасте;
- информационно-коммуникационные кампании.

Кроме того, согласно рекомендациям Методики¹⁰ формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включают предложения и мероприятия, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП с учетом межведомственного взаимодействия с указанием перечня и с учетом мероприятий, предложенных органами управления МО.



¹⁰ Следует отметить, что критерии оценки, пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики

Отдел разработки,
реализации и мониторинга
корпоративных программ
укрепления здоровья



6 ОТДЕЛ РАЗРАБОТКИ, РЕАЛИЗАЦИИ И МОНИТОРИНГА КОРПОРАТИВНЫХ ПРОГРАММ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Основные функции отдела согласно приказу Минздрава РФ [1] изложены в настоящем разделе и включают:

- Участие в разработке и мониторинг реализации корпоративных программ укрепления общественного здоровья;
- Разработку, реализацию и оценку эффективности мер, направленных на повышение ответственности работодателей за здоровье работников, через систему экономических и иных стимулов, а также рекомендаций по разработке корпоративных программ по укреплению здоровья;
- Разработку мер по стимулированию предпринимательства и государственно-частного партнерства в области формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации.

6.1 Участие в разработке и мониторинге реализации корпоративных программ укрепления общественного здоровья

Актуальность задачи. Здоровое рабочее место – это место, способствующее сохранению и укреплению здоровья работников за счет эффективного взаимодействия самих работников и менеджеров в совершенствовании охраны и укрепления здоровья, безопасности и благополучия всех работающих. Одним из основных подходов к формированию здоровых рабочих мест является реализация корпоративных программ укрепления здоровья. Создание здорового рабочего места выгодно и государству, и работодателю, и работнику.



Этапы формирования программы укрепления здоровья на рабочем месте:

При разработке программ укрепления здоровья за основу следует брать этапы, описанные в Корпоративных модельных программах «Укрепление здоровья работающих» [80].

Этап 1: Планирование программ

Подэтап 1.1: Формирование рабочей группы управления программой укрепления здоровья работников

Рабочая группа создается с целью поддержки программ укрепления здоровья работников. Рабочая группа принимает участие в планировании программы, поддержки программы на различных уровнях, коммуникации с работниками с целью вовлечения в программу укрепления здоровья, а также обсуждает вопросы финансирования программы.

Состав рабочей группы должен включать: представителей службы управления персоналом, охраны труда, внутренних коммуникаций, медицинской службы, высшего руководства организации.

Желательно вовлечение в рабочую группу: представителей профсоюза, лидеров мнений из разных структурных подразделений, представителей центров общественного здоровья и медицинской профилактики, специалистов в области укрепления здоровья на рабочем месте, амбассадоров (работников, продвигающих идеи ЗОЖ среди коллег) и др.

Рабочая группа должна собираться не реже, чем 1 раз в 6 месяцев.

Подэтап 1.2: Анализ текущей ситуации

Для формирования комплексной программы укрепления здоровья важно оценить текущее положение дел для последующего управления рисками нарушения здоровья работников.

Анализ текущей ситуации должен включать:

- анализ показателей здоровья работников по доступным источникам (данные о временной нетрудоспособности, данные периодических медицинских осмотров а и др.);
- анализ текущей инфраструктуры для здорового образа жизни (наличие спортивных зон, питание в столовых, эргономика, наличие комнат психологической разгрузки и др.);
- анализ распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (по результатам опросов, медицинских осмотров) и др.

Подэтап 1.3: Планирование программ

При планировании последующих действий стоит ориентироваться на комплексность программ (ориентация программ на профилактику сразу нескольких ФР). Для каждого фактора риска стоит сформировать ключевые показатели (например: увеличить количество работников с нормальной массой тела на 10% к показателю предыдущего года).

При формировании программ стоит использовать научно-подтвержденные методики и лучшие практики в других компаниях. Планирование стоит осуществлять минимум на 3-х летний период (данные ВОЗ свидетельствуют о том, что средний период возврата инвестиций в данные программы составляет 2,6 года).

Оперативный план программы может включать мероприятия, описанные в Модельных программах укрепления здоровья работающих.

Этап 2: Реализация плана действий

При реализации плана действий стоит учитывать важность реализации 3-х основных стратегий:

- Стратегии на повышение уровня грамотности работников в вопросах здоровья (проведение образовательных мероприятий, коммуникационных компаний и др.) не менее 1 мероприятия в год;
- Стратегии, направленные на выявление факторов риска, а также на формирование навыков по коррекции факторов риска (Дни, Недели здоровья, скрининговые программы и др.) не менее 2 мероприятий в год;
- Стратегии, направленной на создание здорового окружения (формирование инфраструктуры на рабочем месте, способствующей рациональному питанию, отказу от вредных привычек, повышению качества жизни и др.) не менее 1 мероприятия в год.

Этап 3: Мониторинг эффективности программы

Мониторинг эффективности программы включает мониторинг процесса реализации программы (охват работников, контроль бюджета) и индикаторы результата (краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные, установленные на этапе планирования).

Этап 4: Улучшение и коррекция мероприятий

В случае низкой эффективности отдельных мероприятий или низкой эффективности программы, разработчики программы вносят коррективы в план реализации профилактических мероприятий на рабочем месте с целью достижения целевых показателей.

Чек-лист оценки программы укрепления здоровья и повышения благополучия работников на рабочем месте:

- Наличие рабочей группы на предприятии
- Наличие в рабочей группе представителя центра общественного здоровья
- Наличие в рабочей группе представителя высшего руководства

- Рабочая группа провела заседания не реже чем 1 раз в 6 месяцев
- Наличие отдельного бюджета на реализацию программы
- Проведена оценка текущего состояния
- Проведен опрос на оценку факторов риска ХНИЗ
- Проведена оценка социальной инфраструктуры
- Созданы краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные цели
- Сформирована утверждённая компанией политика укрепления здоровья
- Сформирован оперативный план минимум из 4 мероприятий на локацию в год
- Реализуются мероприятия, направленные на повышения уровня грамотности о вопросах здоровья у работников не менее 1 мероприятия в год
- Реализуются мероприятия, направленные на формирование оздоровительной инфраструктуры на рабочем месте не менее 1 мероприятия в год
- Реализуются мероприятия, направленные на выявление факторов риска не менее 2 мероприятия в год
- Повторный мониторинг эффективности программы в течение 12 месяцев
- Внесены коррективы в проведение мероприятий по итогам оценки эффективности программы

(если более 13 «Да» - программа отвечает критерия комплексности и направлена на достижение поставленных целей, если

от 8 до 12 «Да» - программа частично отвечает критериям комплексности, если менее 7 – программа не отвечает критериям комплексности).

Сотрудники ЦОЗиМП могут оказывать консультативную помощь при разработке корпоративных программ путем ознакомления работодателей с имеющимися ресурсами:

Модельными корпоративными программами [80];

Инструментом «Атрия», который позволяет в он-лайн формате провести опрос представителей и работодателя и работников, в реальном времени получить результаты, которые могут быть использованы для разработки программ <https://atriya.gnicpm.ru/> [81].

При мониторинге внедрения и эффекта корпоративных программ методическое участие может включать:

- Рекомендации по индикаторам мониторинга;
- Рекомендации по использованию отдельных модулей инструмента Атрия в динамике.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по участию в разработке и мониторинг реализации корпоративных программ укрепления общественного здоровья должна включать подробное представление характеристик программ, в которых принимал участие ЦОЗиМП, а также, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], оценка включает¹¹ перечень программ и проектов (число, название) и перечень взаимодействующих организаций (в рамках указанных программ и проектов).

¹¹ Методика оценки не полностью представляет результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

6.2 Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на повышение ответственности работодателей за здоровье работников

Актуальность задачи. Аналитические данные, полученные по результатам внедрения пилотных программ укрепления здоровья свидетельствуют о существующих проблемах при реализации программ укрепления здоровья работников. Так более 60% работодателей испытывают сложности с формированием отдельного бюджета на укрепления здоровья работников, около 57% работодателей не имеют площадей для реализации программ и 25% имеют проблемы с мотивацией работников.

Основные цели внедрения программ укрепления здоровья и повышения благополучия, наиболее значимые для работодателей:

- снижение уровня отсутствия работников по причине заболеваний (снижение уровня абсентеизма);
- снижение медицинских расходов (уменьшение частоты обращаемости за медицинской помощью);
- формирование бренда работодателя, заботящегося о здоровье работников (удержание и привлечение работников);
- экономическая целесообразность (за счет повышения вовлеченности работников, повышение производительности труда и снижения уровня презентеизма).

Подходы, направленные на мотивацию работодателей, могут быть классифицированы на: *коммуникационные, имиджевые, ресурсные, финансовые*. Отдельно стоит выделить мероприятия, направленные на мотивацию работников со стороны государства.

Коммуникационные. Для повышения мотивации работодателей стоит повышать осведомленность работодателей (особенно руководящих работников) о положительном влиянии от внедрения программ укрепления здоровья и благополучия на рабочем месте:

- на повышение производительности труда
- уменьшить уровень отсутствия работников по причине болезни
- понизить уровень презентеизма (снижение производительности труда из-за проблем со здоровьем)
- повысить уровень вовлеченности и удовлетворенности работой
- повысить уровень лояльности и снизить текучесть
- снизить уровень травм
- за счет комплексного эффекта бы инвестицией, а не расходом для компании
- повышать уровень клиентского сервиса и удовлетворенность клиентов организации
- позволять привлекать новых и талантливых работников в компанию как социально ориентированный работодатель.

Данные коммуникационные компании следует проводить с привлечением бизнес сообществ (Российского союза промышленников и предпринимателей-РСПП, Деловая Россия, Опора России и др.), а также представителей бизнеса, уже внедряющих программы укрепления здоровья на своих рабочих местах.

В рамках коммуникационных компаний стоит распространять документы, направленные на построение корпоративной системы охраны здоровья, проведения профилактических программ на рабочем месте (стандартов системы ГОСТ и ISO, в частности ГОСТ Р 59240-2020 «Системы менеджмента безопасности труда и охраны здоровья», а также «Корпоративные модельные программы укрепления здоровья»).

Имиджевые. Присвоение знака «Компания для здоровья и благополучия» по итогам ежегодного конкурса работодателей

на региональном уровне. Конкурс проводится совместно с объединениями работодателей. Компании, которые получили почетный знак «Компания для здоровья и благополучия» могут получать нижеперечисленные преференции на уровне региона.

Создание совета работодателей по вопросам укрепления здоровья работников на уровне региона. Данный совет может быть создан с привлечением представителей Министерства здравоохранения, сообществ работодателей для обсуждения мероприятий, направленных на укрепление здоровья работников.

Ресурсные. Предоставление работникам организации дополнительных услуг в рамках ОМС (например: выезд врачей-специалистов на рабочие площадки, оснащение медицинских пунктов, проведении вакцинации от гриппа);

Предоставление бесплатных образовательных материалов для работников организаций для формирования лидеров здоровья в организациях;

Проведение бесплатных профилактических акций для малого и среднего бизнеса на уровне региона с привлечением представителей РСПП, ТПП, Опоры России, Деловой России и других бизнес-сообществ (например: бесплатные скрининг от центров здоровья для работников компаний и др.);

Финансовые. Снижение налога на прибыль на уровне регионов для компаний, которые проводят комплексные программы укрепления здоровья в течение года (например: получившие оценку в рамках федеральных и региональных конкурсов работодателей по оценке мероприятий в рамках охраны здоровья, укрепления здоровья работников).

Возврат средств из фондов ФСС за мероприятия, проводимые в рамках программ укрепления здоровья на рабочем месте (например, увеличение доли возврата из ФСС с 20% до 30-40%).

Отнесение финансовых инвестиций в программы укрепления здоровья, понесенные организацией, на расходы компании,

за счет внесения изменений в налоговое законодательство на уровне регионов.

Направленные на работников. Мотивация работников за участие в программах укрепления здоровья посредством получения дополнительных льгот при получении стоматологической помощи в рамках ОМС, получение скидки на санаторно-курортные программы в регионе и др.

Увеличение стоимости страхового коэффициента для работников с вредными привычками и факторами риска.

Таким образом, ключевые задачи ЦОЗиМП включают:

- Проведение мероприятий с привлечением региональных представительств РСПП, ТПП, Деловой России и Опоры России для обсуждения предложенных мер экономического стимулирования.
- Формирование рабочей группы совместно с Правительством региона по формированию стратегии по экономическому стимулированию работодателей на внедрение комплексных программ укрепления здоровья на рабочем месте.
- Реализация региональных конкурсов для работодателей.
- Методическая работа.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по разработке, реализации и оценке эффективности мер, направленных на повышение ответственности работодателей за здоровье работников, через систему экономических и иных стимулов, а также рекомендаций по разработке корпоративных программ по укреплению здоровья имеет большое значение для перспективного развития такой оценки и должна формировать тиражирование лучших практик, для чего в оценке важно давать полную характеристику мер, которые реализуются в регионе в направлении стимулирования и повышения ответственности работодателей за здоровье работников. Лучшие практики должны быть отражены в публичных докладах ЦОЗиМП.

Следует отметить, что в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], пока не полностью представлены результаты по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

6.3 Разработка мер по стимулированию предпринимательства и государственно-частного партнерства по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации

Развитие государственно-частного партнерства. Реализация проектов в области государственно-частного партнерства может включать:

- Инициирование и разработка проекта государственно-частного партнерства (далее ГЧП);
- Согласование проекта с государственными органами и частным инвесторами;
- Утверждение условий проекта и старт реализации;
- Подготовка и проведение конкурса, соответствующего всем установленным требованиям;
- Контроль за реализацией проекта.

Представители и специалисты ЦОЗиМП могут принимать участие на всех этап реализации ГЧП.

В рамках реализации государственно-частного партнерства возможно развитие профилактической инфраструктуры (открытие Центров здоровья, оздоровительных центров и др.)

Стимулирование предпринимательства. ЦОЗиМП могут привлекать для совместной реализации профилактических (корпоративных, муниципальных) программ организаций частной формы собственности и некоммерческие организации, а также отдельных специалистов отвечающим нижеприведенным критериям:

- оказывающие услуги оздоровительных методов/практик, включенных в ГОСТ Р 52024-2003 «Услуги физкультурно-оздоровительные и спортивные», ГОСТ 55321-2012 «СПА услуги: Общие требования», ГОСТ Р 55317-2012 «СПА услуги: Термины и определения»;
- использующие научно-доказанные оздоровительные методы/практики, по которым ведется обучение в порядке, предусмотренном Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 №273-ФЗ (например, психологическое консультирование, консультирование направленное на изменение образа жизни и др.).

Также для развития предпринимательской деятельности ЦОЗиМП могут рекомендовать работодателям использовать коммерческие продукты и услуги, описанные в корпоративных модельных программах «Укрепление здоровья работающих», например:

- коммерческие информационные ресурсы, направленные на обучение представителей работодателя организации и проведению программ укрепления здоровья работников;
- IT-решения, направленные на повышение уровня двигательной активности, уровня грамотности в вопросах здоровья, а также позволяющие мотивировать работников и оценивать эффективность проводимых мероприятий;
- коммерческие организации, реализующие комплексные программы, в соответствии с корпоративными модельными программами «Укрепление здоровья работающих».

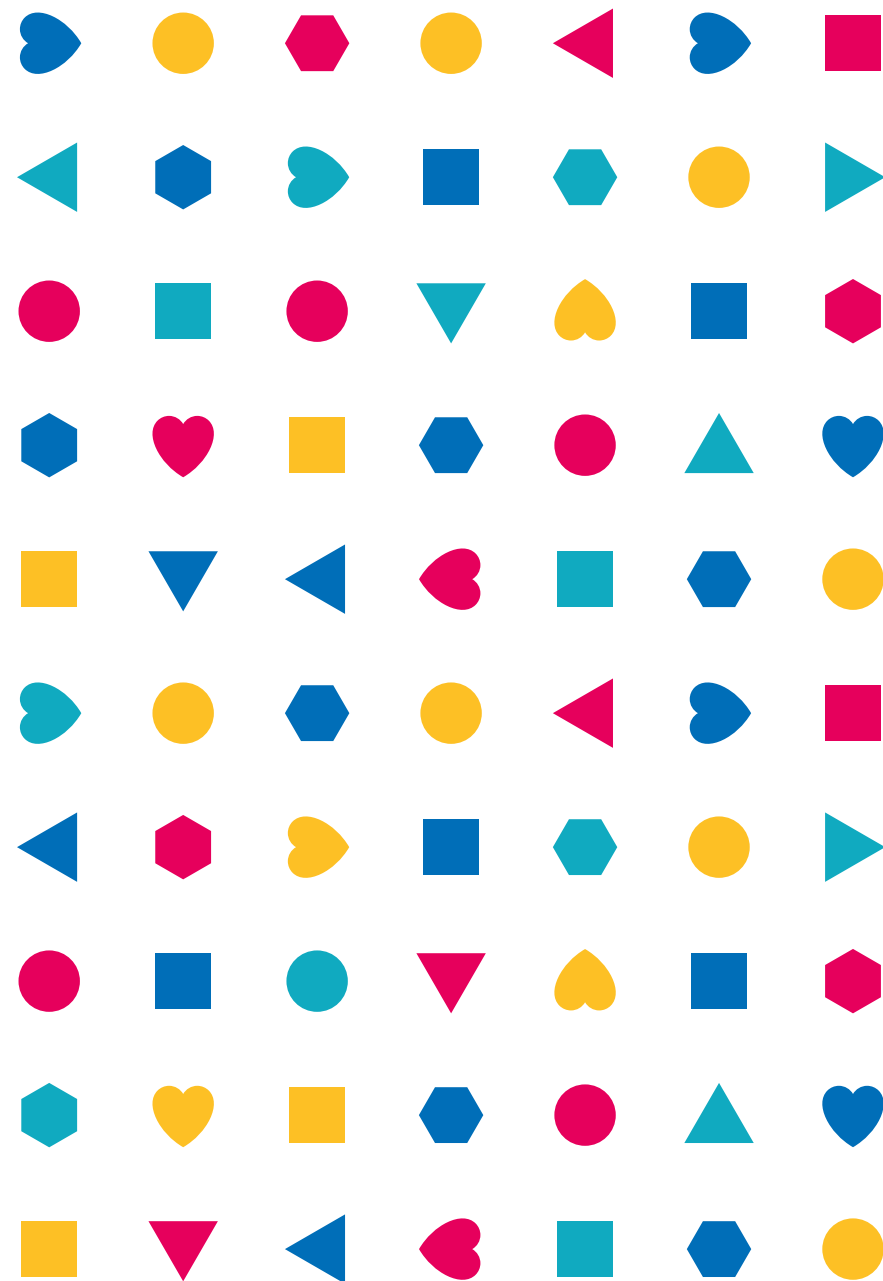
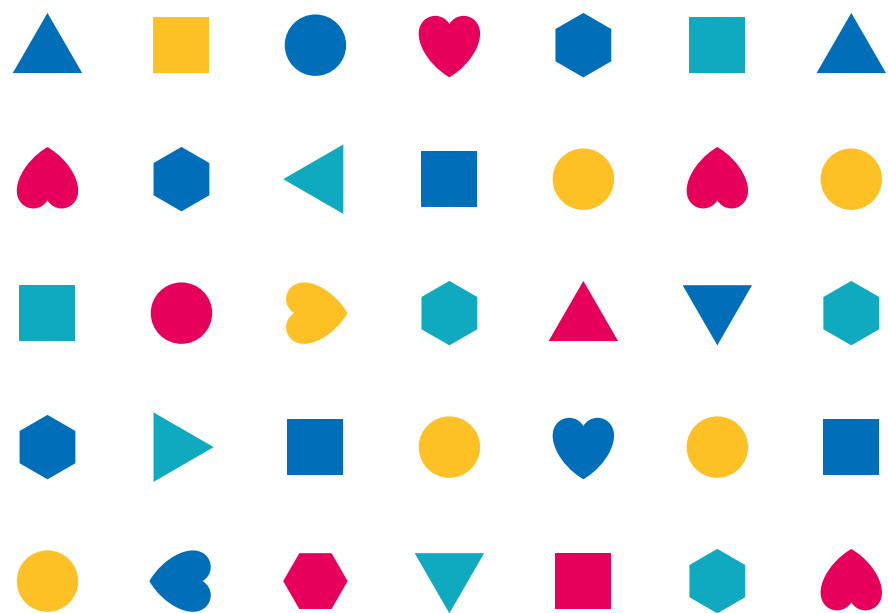
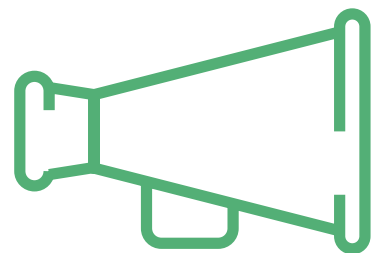
Примерные ключевые показатели, стимулирования предпринимательства в области формирования ЗОЖ и профилактики хронических неинфекционных заболеваний:

- Объем услуг профилактических, предоставляемых в рамках государственно-частного партнерства;
- Количество партнерских организаций, реализующих профилактические программы;
- Количество специалистов, реализующих услуги в рамках сотрудничества с Центрами общественного здоровья, согласно ГОСТ Р 52024–2003, имеющее образование в области психологии, оздоровительной и профилактической деятельности предусмотренное Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по стимулированию предпринимательства и государственно-частного партнерства в области формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в субъекте РФ тесно взаимосвязана с оценкой мер по развитию корпоративных профилактических программ и с реализуемыми в регионе мерами по повышению ответственности работодателей за здоровье работников. Представление и характеристика этих направлений деятельности и мероприятий в публичных докладах ЦОЗиМП. Будет способствовать перспективному развитию этих направлений в регионе. Следует отметить, что в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], пока не полностью описывает результат деятельности по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как Методика является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.



Отдел коммуникационных и общественных проектов



7. ОТДЕЛ КОММУНИКАЦИОННЫХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ПРОЕКТОВ

Основные функции отдела согласно приказу Минздрава РФ [1] изложены в настоящем разделе и включают:

- Разработку и проведение коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности граждан за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья, формирование культуры здоровья в различных возрастных и социальных группах.
- Подготовку и тиражирование информационных материалов для взрослого и детского населения по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни, а также по правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и состояниях.
- Взаимодействие со средствами массовой информации, информационными ресурсами в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по вопросам общественного здоровья.
- Повышение уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (общественного здоровья).
- Организацию и проведение мероприятий по повышению уровня знаний медицинских работников, сотрудников образовательных организаций, организаций культуры, организаций физической культуры и спорта, средств массовой информации, иных организаций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.
- Организацию и участие в проведении массовых мероприятий, акций, круглых столов, научно-практических конференций по вопросам укрепления общественного здоровья.
- Разработку и реализацию программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания.
- Разработку и реализацию мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ у детей и молодежи, в субъекте Российской Федерации, повышение эффективности пропаганды и обучения навыкам ЗОЖ и профилактики НИЗ в рамках общеобразовательных программ.
- Взаимодействие с образовательными организациями, организациями физической культуры и спорта, некоммерческими организациями, включая волонтерские организации, в целях разработки и реализации региональных, муниципальных и корпоративных программ укрепления общественного здоровья; взаимодействие с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами, курирующими субъекты Российской Федерации по соответствующему профилю медицинской деятельности.
- Привлечение к реализации проектов по укреплению общественного здоровья лидеров общественного мнения, формирование местного сообщества активных граждан, представителей сообществ, общественных объединений и иных организаций в целях укрепления общественного здоровья.
- Организацию и проведение общественных слушаний по вопросам укрепления общественного здоровья.
- Организацию межведомственного взаимодействия на региональном, муниципальном уровне по вопросам общественного здоровья.



7.1. Разработка и проведение коммуникационных кампаний, направленных на повышение ответственности граждан за свое здоровье, осознание ценности человеческой жизни и здоровья, формирование культуры здоровья в различных возрастных и социальных группах

Актуальность задачи. Коммуникационная кампания (КК) – это комплексное, целенаправленное, системное использование PR-средств, реализация коммуникационных мероприятий, объединенных общим стратегическим замыслом. Цель ее – воздействовать на мнение, а в дальнейшем – и на поведение (образ жизни) людей в рамках единой концепции популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Основная идея КК – показать, что здоровый образ жизни – это личный успех каждого человека, а здоровье – самая большая ценность. КК призвана создать комфортную информационную среду вокруг человека, которая будет способствовать ведению здорового образа жизни. Важно не только говорить, к примеру, об отказе от вредных привычек, но и показать то, что приобретает человек благодаря своему выбору в пользу здоровья.

КК должна быть заранее спланирована. Основные этапы разработки КК включает:

- Анализ текущей ситуации
- Постановка целей
- Выбор и изучение целевой аудитории
- Разработка концепции
- Выбор средств продвижения и определение бюджета
- Реализация
- Оценка эффективности

Целевая аудитория (ЦА). Говоря о разработке КК, нацеленной на повышение ответственности граждан за свое здоровье, мы имеем ввиду всех жителей страны (региона, города, поселка). Это логично, потому что здоровье важно для всех и каждого. Но широкая целевая аудитория снижает эффективность КК, так как для людей разного возраста, социального статуса, пола характерны разные интересы и убеждения, у них разные приоритетные каналы коммуникации.

Невозможно охватить сразу всех одними и теми же постами во «ВКонтакте» или передачами на телевидении. К примеру, молодежь реже смотрит ТВ, а в соцсетях ей просто неинтересны посты про профилактику сахарного диабета или тромбозов. Поэтому необходимо произвести сегментацию ЦА и в одной и той же КК использовать как разные каналы коммуникации, так и разные способы подачи информации.

Узнайте, чем живет ваша ЦА. Создайте модель «5 W», ответив на вопросы: **What** – в чем заинтересован человек, **Who** – кто он, **Why** – какова его мотивация, **When** – в какое время и при каких условиях он может увидеть ваш посыл, **Where** – где можно его найти (каналы коммуникации).

Принципы сегментации:

- Географический (населенный пункт, численность населения, климат);
- Демографический (возраст, пол, национальность, семейное положение);
- Социально-экономические характеристики (образование, уровень дохода, жилищные условия, религиозные убеждения);
- Психологический (жизненная позиция, образ жизни, ценности, интересы, кумиры).

Для получения информации о ЦА проводятся опросы потенциальной аудитории, изучение статистических данных

по региону, возможно анкетирование (в том числе с привлечением ВЦИОМ), неплохо также изучить статистику ваших сообществ в социальных сетях, посещений сайта.

Каналы коммуникации. В соответствии с типом ЦА используются разные каналы коммуникации. В 2020 году в качестве основных источников получения информации россияне отметили: 72 % – Интернет, 58% – телевидение и 40% – социальные сети и блоги. Официальные сайты (аналитические и новостные порталы) – один из ключевых способов получения информации для всех категорий граждан, включая молодежь (14-24 года) и пожилую аудиторию (старше 65 лет). Доля вовлеченности увеличивается с возрастом.

В стране сохраняется тенденция постепенного сокращения доли жителей, пользующихся телевидением. В 2020 году 88% респондентов смотрели телевизор в последние две недели. Это самый низкий показатель за последние пять лет (в 2015 году – 94%). Реже всех ТВ смотрит молодежь – 77% в возрасте 14-19 лет и 73% – в возрасте 20-24 года. Объем печатных СМИ тоже продолжил снижаться, достигнув самого низкого показателя за последние 5 лет. В 2020 году только 38 % респондентов читали печатные СМИ хотя бы один раз в две недели (57 % – в 2015 году). [83].

Таблица 4. Особенности работы с молодежной аудиторией [82]

| Характеристика | Акцент |
|---|--|
| Аудитория в основном не просчитывает долгосрочные последствия образа жизни, ориентирована на получение удовольствия от жизни «здесь и сейчас». | В коммуникации акцентировать «быстрые» преимущества ЗОЖ (отказался от алкоголя – и чувствуешь себя отлично, отказалась от сигареты – и не пахнешь табаком). |
| Вредные привычки многими воспринимаются положительно, так как свидетельство «взрослости», «крутости», самостоятельности в решениях. | Убеждать – ты взрослый и крутой не когда поддался на уговоры и выпил/закурил, а когда нашел в себе силы и смелость отказаться. |
| Повышенное внимание к противоположному полу, межличностным отношениям, в этой связи – обостренное отношение к собственной физической привлекательности. | Раскрытие тем репродуктивного здоровья и здорового питания (= нормального веса, красивой фигуры, здоровой кожи) в контексте отношений с противоположным полом. |

Таким образом, для молодой аудитории предпочтительными каналами воздействия являются информационные интернет-агентства, социальные сети, мессенджеры. Более старшая аудитория также получает информацию через телевидение, актуальна коммуникация по радио, особенно для той части ЦА, у которой есть личный автомобиль.

Средства воздействия. Мировой опыт показывает эффективность популяционных КК как способа изменения поведения в отношении здоровья. Это возможно при условии, что в рамках этих кампаний распространяются регулярные и периодически повторяющиеся сообщения, направленные на ЦА. Поэтому для успешности КК необходимо постоянно подчеркивать ее основной посыл – ценность здоровья и важность ЗОЖ для его поддержания. Донести до аудитории этот посыл можно с помощью ключевого сообщения, выраженного в лозунге, например: «Трезвость - выбор сильных», «Курить не модно - дыши свободно», «Выбирай жизнь!» и др.

Лозунг должен быть ярким, кратким, запоминающимся. Он должен постоянно находиться в информационном поле. Для соцсетей желательно придумать оригинальный хештег, который объединит все публикации и который люди смогут использовать в своих постах при участии в конкурсах, флешмобах: #тысильнее; #ясвободен; #яздоров; #янекурю; #бросайкурить; и др.

В рамках кампании *создайте различные виды рекламно-информационных материалов*: видео- и аудиоролики, наружную рекламу, информационные плакаты, баннеры, листовки, флаеры, закладки, сувенирную продукцию, разработайте хештеги, фотозоны с переносным реквизитом.

Передайте ваши печатные, аудио- и видеоматериалы в образовательные учреждения всех уровней (от детских садов до вузов), медицинские организации, госструктуры, транспортные компании (для размещения в городских автобусах, маршрутных такси, метро). Разместите информационные материалы в торговых и спортивных центрах, библиотеках, магазинах, МФЦ, банках, почтовых отделениях, аптеках, оптиках, аэропортах, на вокзалах, распространите в организациях и на предприятиях.

Разместите наружную рекламу широко - на щитах в городе, в магазинах, на остановочных комплексах, на афишах, на досках объявлений в подъездах и лифтах, на АЗС, СТО. Разместите ваш призыв к действию или полезную информацию в рамках вашей КК на чеках ожидания в многофункциональных центрах (МФЦ), на обратной стороне платежных документов ЖКХ и пр.

Привлеките специалиста по таргетированной рекламе, который настроит эффективный показ разработанных вами материалов в поисковых интернет-системах. Россияне большей частью положительно реагируют на те виды рекламы, которые не затрагивают их личного пространства. Так, респонденты достаточно лояльно относятся к наружной рекламе (11 %), поисковой рекламе (6%) и рекламе в печатных СМИ (6%). Индекс лояльности значительно ниже в отношении рекламы в соцсетях (-3%), на сайтах (-4%), при мобильной рассылке (-9%) и рассылке по электронной почте (-6%). Самым полезным видом рекламы россияне считают рекламу на телевидении (18%). Остальные виды в целом не оцениваются как полезные [83].

Таблица 5. Популярность интернет-ресурсов в России [83]

| Ресурс | Используют (%) | Возрастная группа (%) | | | |
|-------------------|----------------|-----------------------|-----------|-----------|---------------|
| | | 14-29 лет | 30-44 лет | 45-59 лет | старше 60 лет |
| YouTube | 87 | 85 | 87 | 87 | 87 |
| ВКонтакте | 85 | 93 | 87 | 79 | 73 |
| Instagram | 59 | 73 | 58 | 53 | 45 |
| Одноклассники | 55 | 34 | 55 | 66 | 72 |
| Facebook | 46 | 26 | 43 | 58 | 64 |
| Telegram | 36 | 48 | 36 | 31 | 26 |
| Новостные порталы | 33 | 20 | 33 | 42 | 36 |
| Twitter | 22 | 19 | 20 | 25 | 29 |
| Tik-Tok | 21 | 28 | 23 | 15 | 11 |
| Pinterest | 14 | 16 | 11 | 16 | 10 |

Социальные сети. КК в социальных сетях вкупе с активным взаимодействием со СМИ позволяет создать единое профилактическое медиапространство, проводить популяционную профилактику заболеваний и популяризацию здорового образа жизни.

Для повышения охватов заручитесь поддержкой СМИ в соцсетях, а также наладьте межведомственное взаимодействие. Привлеките к своей КК паблики всех возможных организаций и ведомств. Для повышения эффективности такой работы можно использовать решение регионального координационного совета по здоровому образу жизни, где будет отмечена необходимость поддерживать коммуникационные кампании, направленные на повышение ответственности граждан за свое здоровье.

У каждой соцсети есть свои особенности, поэтому уделите особое внимание их изучению. Всячески поощряйте активность пользователей в соцсетях. Чем больше активность (комментарий, лайк, репост) – тем больше ваших новостей увидит человек в своей ленте. Алгоритмы соцсетей анализируют, какие посты вызывают реакцию. Пользователь сначала видит тот материал, который был ему интересен, а не тот, который был недавно опубликован в группах, на которые он подписан. Для улучшения обратной связи проводите опросы. Интересуйтесь, какой пост на этой неделе понравился больше всего, какой формат публикаций и какие темы хотели бы видеть люди в ваших сообществах.

Определите время наибольшей активности пользователей в вашей группе и выбирайте оптимальное для них время публикации постов. В комментариях отвечайте не только на негативные высказывания, но и на позитивные – так вы повышаете лояльность аудитории и получаете обратную связь. Человеку всегда приятно, когда его комментарий увидели и оценили.

Люди верят людям. Привлеките к КК реальных людей «с соседнего двора». Многим куда важнее положительный опыт «дяди Вити», чем наставления врача. Проведите интернет-флешмоб: к примеру, расскажите истории людей, отказавшихся от вредных привычек, сопроводите их реальными фотографиями.

Пригласите всех желающих принять участие и поделиться своим опытом. Придумайте для флешмоба оригинальный хештег, пообещайте участникам призы. Запишите видео с участниками, разместите его в ленте и в сториз.

Максимально используйте UGC (User Generated Content), интегрируйте его в свою стратегию. Примерно 60% людей доверяют UGC в 10 раз больше по сравнению с контентом, созданным компаниями. Размещайте в своей ленте и сториз присланные пользователями материалы, делайте репосты со страничек, ставьте активные упоминания на их профили.

Используйте личные странички сотрудников для продвижения идей КК. Они могут делиться записями из ленты официального сообщества в своем профиле. Важно, чтобы репост не был механическим, его нужно сопровождать комментарием. Также можно попросить сотрудников поддержать флешмоб, выставить фото «здоровых» блюд, рассказать о своих спортивных выходных, записать видео с тренировки. Они могут рассказать о, например, том, как организовывали и проводили социально-профилактическую акцию, о своих впечатлениях и эмоциях. В своих постах сотрудники должны использовать упоминание вашего официального сообщества, хештег КК, ключевой посыл.

Для лучшего продвижения идей КК в аккаунты сотрудников желательно добавить информацию, которая показывала бы их работу как профессионалов. Важно, чтобы на страницах сотрудников не было неэтичного контента.

Привлеките блогеров и медийных лиц, которые поддерживают ЗОЖ. Если они донесут до своей аудитории ваш ключевой посыл – его увидит сотни тысяч людей.

Сделайте основное направление ваших публикаций в позитивном ключе. Сообщайте подписчикам о достижениях и победах, если они вписываются в рамки КК, например, расскажите о получении студентами меда за отличия ГТО, о важности профилактических осмотров, диспансеризации (например, о случаях предотвращения гипергликемической комы),

Таблица 6. Популяризация идей ЗОЖ через медийных личностей [82]

| Виды каналов | Название канала | Виды мероприятий по продвижению ЗОЖ |
|----------------|-----------------------|---|
| Личные каналы | Facebook ВКонтакте | Два-три поста в неделю о том, как сама звезда следует ЗОЖ (спорт, здоровая еда вместо фаст-фуда и пр.). |
| | | Один раз в месяц или в два месяца – прямой контакт с подписчиками на тему ЗОЖ, например опросы или ответы на вопросы. |
| | | Один раз в квартал – ЗОЖ вечеринка онлайн, звезда выполняет упражнения и ведет прямую трансляцию, в это время подписчики тоже делают упражнения и размещают фото в комментариях. |
| | Instagram | Две-четыре фотографии в неделю на тему ЗОЖ. Один раз в месяц или в два месяца – конкурс/розыгрыш среди подписчиков. Приз – автограф звезды или спортивный аксессуар. |
| | Собственный сайт | Создание специального раздела «Мой образ жизни», где звезда делится своими принципами и, если есть, опытом избавления от вредных привычек. |
| Внешние каналы | Мероприятия | Если на мероприятии есть тематическая зона, связанная с ЗОЖ, – прямая трансляция оттуда на страницу звезды, фотографии с хештегом кампании. Если на мероприятии нет тематической зоны, фото с безалкогольным напитком с хештегом кампании |
| | | Упоминание о приверженности ЗОЖ в интервью. Активная работа с изданиями и сайтами, которые пишут о ЗОЖ. |
| | | Отказ от рекламы брендов, которые не соответствуют ценностям ЗОЖ (табак, газированные напитки и пр.). |

выездах мобильных бригад в удаленные поселки. Выкладывайте скрины благодарностей пациентов. Эти материалы всегда вызывают большой отклик.

Публикуйте только достоверную, проверенную информацию. Не поленитесь перепроверить данные, особенно если вы приводите цифры. Опирайтесь статистическими источниками, научными публикациями. Одна ошибка может сказаться на имидже всей КК. Оперативно реагируйте на события, происходящие в сфере здравоохранения, давайте актуальную информацию.

Делайте ставку на видеоконтент. Записывайте в рамках вашей КК короткие видео – пользователи редко досматривают ролик, если он длиннее 30 секунд. Реальная жизнь динамична, и видео – лучший способ передать ваш ключевой посыл. Видео легко воспринимается и не требует дополнительной концентрации для понимания. Это привлекает пользователей. Сопроводите ваши ролики субтитрами – такие видео популярнее на 30%. Укажите в видеоролике каналы для связи с вами, обязательно используйте логотип.

Активно используйте формат сториз, примерно 25% пользователей просматривают только их. Создайте в «Актуальном» в Instagram специальный раздел «Мои достижения». Здесь можно хранить сториз участников ваших проектов и флешмобов.

В конце видео или «карусели» обязательно призывайте людей к действию (Call to action), чтобы пользователь не забыл записаться на диспансеризацию, вступить в чат помощи бросающим курить, поделиться вашей записью с другими и пр.

Проводите прямые эфиры по теме КК на площадках своих сообществ. Привлеките к взаимодействию региональный департамент здравоохранения, правительство региона, крупные СМИ. Заранее анонсируйте эфир в постах и стоиз, просите подписчиков сделать репост. Проведите трансляцию сразу на двух площадках одновременно – своей + СМИ, когда ваш специалист будет беседовать с корреспондентом в качестве приглашенного гостя. Ответы на комментарии участников

во время эфира значительно повышают его эффективность. После прямого эфира дайте полезные материалы по теме. Это может быть простой чек-лист или видео. Подключаться лучше с аккаунта сообщества – тогда люди, посмотревшие эфир, могут стать вашими подписчиками. Подумайте, какой бонус можно предложить слушателям, если они подпишутся на ваш аккаунт.

Помните о *связи соцсетей с событиями «офлайн»*. Людям важна практическая польза. Поэтому размещайте в сообществах приглашения на диспансеризацию, школы здоровья, мастер-классы, массовые социально-профилактические проекты, объявления о выездах мобильных бригад, проведение дней онкологической безопасности и другие мероприятия. В объявлении четко обозначьте дату, место, время. Мероприятие можно «подсветить» несколько раз: анонс – пост/трансляция с мероприятия – пост-релиз (итоги, фотоотчет, благодарности, впечатления участников).

Используйте яркий дизайн. Когда человек листает новостную ленту, у вас есть всего несколько секунд, чтобы привлечь его внимание¹².

Разработайте в рамках КК специальные рубрики, например «Важно знать», «Советы доктора», «Спрашивали – отвечаем», «Развеиваем мифы», «Три факта о..», «Цифра дня», «Цитата дня», которые будут освещать разрабатываемую вами тему под разным углом.

Используйте разные форматы постов. Желательно чередовать познавательные посты с развлекательными и вовлекающими (опрос, конкурс, викторина, розыгрыш). Главные критерии – ценность для читателя, краткость и ясность подачи материала. Форматы: «легкая» инфографика (рисунок и минимальное количество текста), статистика, «хит парад» (топ 10 полезных овощей), лайфхаки о ЗОЖ, пошаговая инструкция (как правильно бегать), полезные советы (7 причин пойти к дерматологу),

¹² Для создания графического и видеоконтента для соцсетей подойдут редакторы Canva, Crello, Supra, PicsArt, Veed, Animate, UpsalesLab, Mooovie.me, InShot, Movavi. Используйте бесплатные фото- и видеостоки: Pixabay, Free Images, Stockvault, Pexels и другие.

интересные факты, рецепты, глоссарий, чек-листы, ментальные карты, тесты, загадки и пр.

При создании **опроса**, распространите его во все возможные сообщества, с которыми вы взаимодействуете. Обязательно проанализируйте и осветите итоги. Интересный опрос могут подхватить СМИ, он может стать хорошим инфоповодом. Кроме того, результаты опроса помогут вам выявить «болевы точки аудитории». По их итогам можно разрабатывать карточки с советами, памятки, видеоматериалы.

Запланируйте в рамках КК конкурс или розыгрыш призов. Во избежание конфликтных ситуаций пропишите ясные правила конкурса (разработайте положение о конкурсе) и четко им следуйте. Победителей может определить зрительское голосование, сервисы случайного выбора, экспертная комиссия. Можно организовать челлендж по физической активности, отказу от вредных привычек, конкурс на лучшее стихотворение, лозунг, фотографию, рецепт и пр.

Если конкурс протяженный по времени, напоминайте подписчикам о нем, публикуйте поступившие рисунки, рецепты, истории. Запишите мотивирующий видеопризыв. Обязательно наградите победителей и поддерживайте с ними обратную связь. Попросите их разместить отзывы и фотографии с грамотами за участие на своей личной страничке, сделайте репост. Если награждение проходит очно – пригласите СМИ, наградите участников в торжественной обстановке.

Осваивайте новые горизонты и постоянно двигайтесь вперед. Например, заведите аккаунт в Tik-Tok. По данным Mediascore, весной 2021 года ежемесячное число активных пользователей сервиса в России достигло 20,2 млн человек. По данным отчета Deloitte «Медиапотребление в России за 2020 год», чаще всего соцсетью пользуются люди в возрасте от 14 до 29 лет (28 %) и от 30 до 44 лет (23 %).

Поэтому информацию о сохранении здоровья вполне реально донести до этой аудитории в формате коротких видео.

Вопреки распространенным убеждениям, в Tik-Tok нет особой необходимости петь, танцевать, веселить аудиторию, применять спецэффекты. Можно просто интересно рассказывать, делиться экспертным мнением. Для записи ролика не нужно сложного оборудования. Достаточно штатива, телефона, микрофона и лампы. Видео легко обработать в самом приложении. Не нужно записывать ролики ежедневно, весь цикл можно записать в один день на месяц вперед. Подберите рамках своей КК несколько важных, проблемных тем. Их можно развивать исходя из вопросов и возражений подписчиков. Они же дадут вам новые темы для коммуникации.

Мессенджеры. Первое место по уровню востребованности функций смартфона уже третий год подряд занимают мессенджеры. Самый популярный – WhatsApp, он установлен у 88% опрошенных. На втором месте Viber (62%), далее идет Telegram (50%). Наибольший прирост в использовании в 2020 году показал Telegram (+50% к 2019 году). Прослеживается тенденция увеличения количества его пользователей с каждым годом.

Индекс использования (соотношение общего числа установок и активных пользователей) для Viber составляет 55%, для Telegram – 41%. Год назад они составляли 47% и 23% соответственно [83]. Поэтому каналы в Viber или Telegram – хорошее средство продвижения идей КК.

Для того, чтобы пользователь интересовался тем, что происходит в канале, нужно соблюдать некоторые правила [84-87]. Посты должны быть лаконичны и просты, каждый пост должен быть емким и иметь понятную читателю цель. Старайтесь отразить самое главное в 100-200 словах. Используйте простые предложения. Для привлечения внимания к ключевым частям сообщения добавляйте эмодзи, используйте жирный шрифт. Между постами используйте стикеры. Начинайте ваш пост с ключевого сообщения, призыва, актуального вопроса. Пишите посты в едином стиле. Персонализируйте описание сообщества, разместите в описании ссылки на taplink или чат-бота, придумайте, какое сообщение закрепить вверху экрана. Оптимальное количество постов варьируется от нескольких раз в неделю

до 2-3 раз в день. В Viber обращайтесь внимание на лайки, они покажут, какая тема «зацепила» читателей. Время от времени проводите мониторинг мнения подписчиков при помощи опросов. Для повышения вовлеченности используйте викторины.

Социально-профилактические мероприятия. Соцсети и СМИ могут обеспечить миллионные охваты (популяционная профилактика), но нельзя сбрасывать со счетов и личное общение с ЦА «офлайн» (индивидуальная и групповая профилактика). Поэтому включайте в стратегию КК «живые» встречи с людьми. Это могут быть школы здоровья, психологические тренинги, социально-профилактические акции в местах массового посещения (в торговых центрах, на городских площадях, в МФЦ, в холлах кинотеатров, на спортивных площадках и тд.).

Проведите встречи на предприятиях, в образовательных учреждениях, в летних детских лагерях, организуйте спортивные мероприятия (мастер-классы по скандинавской ходьбе, лыжам, йоге и пр.). Совместно с общественными организациями проведите ярмарку социально-значимых проектов. Для расширения поля воздействия участвуйте в мероприятиях, организованных муниципалитетом или регионом (выставки, благотворительные акции, спортивные состязания, конференции и пр.), продвигая свою ключевую идею.

Пример приглашения для журналиста

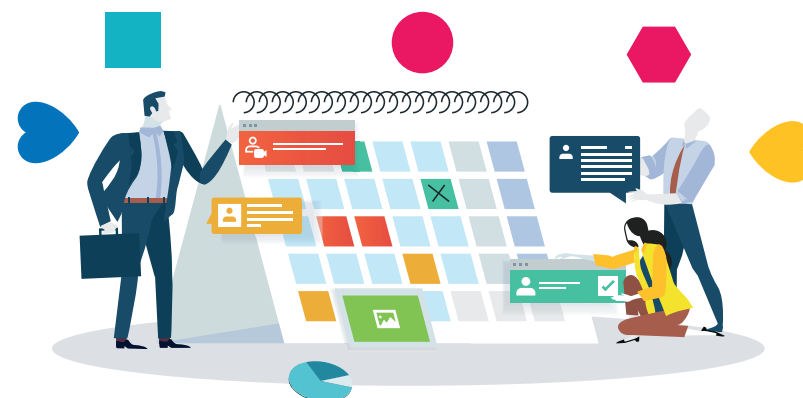
| | |
|---|--|
| Добрый день, Иван. | Не делаем рассылку, только индивидуальное письмо |
| 4 апреля наши врачи проведут первую консультацию для участников российско-японского проекта «Худеем вместе» и выдадут им оборудование. | Главное – в заголовке |
| Проект проходит в нашем регионе впервые. Итоги предыдущего этапа, проведенного в 2019 году в Москве, обнадеживают. В среднем за полгода участники похудели каждый на 6 кг, а объем их талии уменьшился на 4 см. | Описываем важность мероприятия |

Составьте точный план социально-профилактической акции, распишите сценарий вплоть до мелочей. Предварительно посетите место проведения, подумайте, где вы разместите баннеры, столы, и пр. Составьте список необходимого оборудования. Пригласите СМИ заранее. Определите спикера. Определите конкретные задачи и зону ответственности каждого сотрудника. Все заминки на массовых мероприятиях случаются из-за плохо слаженной работы команды.

Если акция массовая, на которую может прийти любой желающий, распространите рекламу в соцсетях, привлечите городские паблики, разместите рекламу в холлах и на сайтах медицинских организаций, разместите промо-ролик на городских видеоскренах, дайте анонс на телевидении, радио и пр. Используйте все возможные каналы для привлечения внимания ЦА.

Пригласите на мероприятие волонтеров, в том числе «серебряных», студентов профильных вузов и медклассы школ. Определите для них четкие задачи.

Привлеките лидеров общественного мнения из мира спорта, политики, культуры, видных общественных деятелей. Это повысит вероятность присутствия прессы на мероприятии и даст высокую цитируемость в СМИ. Одна цитата, сказанная лидером общественного мнения, может принести высокие дивиденды для всей КК. При привлечении медийных личностей обратите внимание на имидж человека, его приверженность к ЗОЖ.



Форма подачи материала – важнейший фактор эффективности информационной работы. Откажитесь от классических лекций, организуйте мероприятие интересно. Задействуйте участников: беседуйте с ними, разбирайте кейсы, ставьте проблему и вместе приходите к ее решению. Для молодежи приготовьте квесты, конкурсы, викторины, настольные игры. Подготовьте волонтеров или учеников профильных классов и используйте методику «равный обучает равного». Организуйте флешмоб, зарядку, разминку.

Используйте творческие способности аудитории. Проведите арт-занятие на песочном столе, используйте пластилин, бумагу, краски. Выберите для занятия простые и доступные каждому аппликации, открытки, рисунки. К примеру, установите на мольберте чистый лист и предложите участникам акции нарисовать свое здоровье, настроение, вредные привычки, способы избавления от них.

Обязательно используйте *яркую и понятную визуализацию*: медицинские макеты, манекены, баннеры, полиграфические материалы, презентации, видеоролики. Для привлечения внимания отлично подойдут ростовые куклы. С ними гарантирована успешная фотосессия для юных и взрослых участников. Попросите их выложить фотографии на своих личных страницах и отметить ваше сообщество и хештег КК.

Помните, что аудитория должна унести с мероприятия знания, положительные эмоции и нечто осязаемое: позаботьтесь о полезных для здоровья сувенирах. Адресный неформальный подход может сделать даже самую сложную информацию легко воспринимаемой.



Оценка эффективности коммуникационной кампании.

В настоящее время нет единого подхода к оценке эффективности КК. При подведении итогов важно оценить не только количественные показатели (например, количество проведенных мероприятий или выпущенной полиграфической продукции), но и качественные – изменения в приверженности вашей ЦА к ЗОЖ, применение полученных знаний на практике, лояльность

к вашему бренду. Это можно сделать при помощи опросов, изучения поведения фокус-групп, анализа медиаполя.

Базовые показатели должны быть заложены еще на этапе планирования, так как желательно их исследовать до и после проведения КК. Среди них часто выделяют следующие:

- количественные показатели – охват целевой аудитории; количество проведенных мероприятий; обеспечение заданного количества участников мероприятий; количество выпущенных информационных материалов и публикаций, содержащих ключевое сообщение; индекс цитируемости в СМИ; рост числа подписчиков в социальных сетях; клики и поисковые запросы; показатели трафика на сайте и в соцсетях;
- качественные показатели – тональность медиаполя, общественное мнение, узнаваемость, отзывы, вовлеченность аудитории;
- социальные показатели – изменение установок ЦА (повышение интереса к основным моментам, продвигаемым в вашей КК; практическое применение принципов ЗОЖ), лояльность к бренду.

Также для оценки эффективности можно рассматривать такие показатели, как бюджет (деятельность в пределах запланированных материальных и временных рамок), уровень спонтанной узнаваемости вашего бренда, оживление каналов обратной связи – увеличение запросов, полученных в результате КК.

При этом нужно помнить, что количество людей, взаимодействовавших с контентом, не может быть основным показателем эффективности. КК не всегда побуждает целевую аудиторию менять поведение – то есть воплощать в жизнь принципы ЗОЖ. Люди часто говорят, что хотят бросить курить или поменять пищевые привычки, но, в итоге, не делают этого.

Такой показатель, как общее количество публикаций в СМИ также не сможет отразить эффективность КК. Более усовершенствованный показатель – индекс цитируемости.

Он учитывает количество ссылок на источник информации в СМИ, влияние источника, социальную влияние СМИ: количество лайков и репостов материалов в соцсетях.

Качественные показатели медиаполя можно проанализировать при помощи сервисов «Медиалогия», «Brand Analytics», «ИнтерфаксСКАН», «Youscan», Integrum, IQBuzz.



7.2. Подготовка и тиражирование информационных материалов для взрослого и детского населения по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний, формирования здорового образа жизни, а также по правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и состояниях

Успех продвижения принципов ЗОЖ зависит не только от качественного, актуального контента и грамотной стратегии. Важнейшее условие эффективной работы – продуманный дизайн информационных материалов.

При подготовке полиграфии используйте разные форматы: памятки разных размеров (в том числе и вырубные формы), буклеты, закладки, флаеры, календари разных типов, альбомы, визитные карточки. Разработайте хештеги и таблички с профилактическими лозунгами.

Разработайте блокноты, продукцию книжного формата (на скрепке или пружине). Это может быть дневник питания, измерения артериального давления, физической нагрузки, тетрадь волонтера и пр.

Большое значение при издании полиграфической продукции имеет качественная печать. Подбирайте плотность и тип бумаги исходя из ваших целей.

При подготовке информационных материалов обратите внимание на следующие общие особенности:

- Включайте в памятку приблизительно пятую часть от общего объема информации (самые важные позиции, правила, алгоритм действий)
- Делайте упор на коротких и емких фразах. Если текста много, памятка выглядит тяжелой. Сейчас популярны буклеты с минимумом текста и лаконичной визуализацией
- Для перечисления используйте нумерованный и маркированный список
- Текст разбивайте на абзацы, заголовки должны сразу акцентировать внимание
- Пользуйтесь стандартными шрифтами, выделяйте ключевые моменты другим цветом
- Обратите особое внимание на размер шрифта. Мелкий шрифт, завитушки, курсив усложняют чтение, особенно для тех, кто имеет проблемы со зрением.
- Продумайте цветовое решение. На общее восприятие значительно влияет цвет фона. Используйте белый, бежевый, розовый, серый, бледно желтый, светло-синий.
- Старайтесь избегать темных фоновых цветов. Они создают дополнительную нагрузку на глаза и усложняют чтение.

Для оптимального подбора цветов используйте «круг Иттена». Это круговая схема из 12 цветов. Все оттенки во внешнем круге получены из трёх цветов, расположенных в центре. Он помогает подбирать гармоничные цветовые сочетания.



Вариантов сочетаний цветов по кругу Иттена очень много:

- Если провести через центр круга прямую линию, получится максимально контрастное сочетание дополнительных цветов по краю круга. Если использовать их в равных пропорциях, они могут перебивать друг друга. Такое сочетание хорошо подходит для расстановки акцентов.
- Если нужен менее сильный контраст, можно использовать сочетание из трёх цветов – контрастную триаду. В этой комбинации один из дополнительных цветов заменяется на два соседних.
- Ещё один вариант – аналоговая триада. Здесь задействованы цвета, расположенные на круге рядом. Это спокойная палитра для мягких переходов между цветами.

Популярные форматы:

Памятка-картинка (в центре – изображение, по краям – текст). Это хороший способ донести до человека важную информацию, передать сложную идею. Дайте в памятке четкие краткие рекомендации. Не перегружайте ее текстом. Используйте привлекательные изображения.

Флаер (листовка). Здесь работает принцип «один флаер – одно сообщение». Ответьте коротко на вопросы «Что происходит? Где? Когда?» Заголовок должен быть кратким и запоминающимся. В тексте ограничьтесь одним-двумя стилями написания. Используйте контрастные цвета. Не нагромождайте изображения.

Обязательно разместите на полиграфической продукции свой логотип и способы связи: телефоны, адрес, сайт, оригинальный хештег для соцсетей, qr код и пр.

Технические требования к оформлению буклета для типографии

- Для подготовки макета и печати в типографии выбирайте программы Adobe Illustrator, Adobe Photoshop, Corel Draw

- Рабочая область материала должна соответствовать точному размеру буклета
- Шрифты должны быть переведены в кривые
- Все растровые изображения должны быть с разрешением 300 dpi при масштабе 1:1 и иметь цветовую модель CMYK
- В программе Photoshop все слои должны быть слиты в один
- Размер буклета А4 в развороте 210*297мм
- Размер внутренней и внешней стороны буклета 100*100*97мм

Информационные материалы могут иметь один или несколько сгибов и складываться различными способами: гармошкой, вовнутрь краями и т.д. Количество фальцев и способ складывания значительно влияют на внешний вид продукции и ее восприятие. При разработке рекламного макета уделите этому вопросу особое внимание. Распечатайте сигнальный вариант и посмотрите, все ли вас устраивает.

Для обеспечения медицинских организаций информационно-профилактическими материалами на системной основе необходимо разработать алгоритм этой работы и утвердить его Распоряжением органа управления здравоохранения субъекта РФ. Алгоритм должен содержать несколько разделов:

1. Общие положения.

1.1 Алгоритм устанавливает правила обеспечения информационно-профилактическими материалами пациентов медицинских организаций, с целью информирования о факторах развития неинфекционных заболеваний, формирования мотивации к ведению здорового образа жизни.

1.2. Алгоритм предназначен для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь (далее – МО).

1.4. Для осуществления контроля исполнения Алгоритма обеспечения пациентов информационно-профилактическими материалами в медицинской организации руководитель МО приказом назначает ответственное лицо.

1.5. Ответственное лицо осуществляет следующие функциональные обязанности:

- Планирует потребность в информационно-профилактических материалах, согласно нормативам распространения.
- Осуществляет прием, учет поступления и контроль за размещением информационно-профилактических материалов на информационных площадках МО.
- Контролирует своевременное обновление информационно-профилактических материалов.
- Формирует архив образцов информационно-профилактических материалов (срок хранения не менее 3-х лет).
- Отчитывается по распространению информационно-профилактических материалов в медицинской организации.

2. Требования к видам, содержанию и распространению информационно-профилактических материалов в медицинской организации.

2.1. Информационно-профилактические материалы – это материалы, содержащие сведения, информацию, статистические и аналитические данные профилактического характера, ориентированные на население различных возрастных групп и социальных статусов, с целью его информирования о факторах риска развития неинфекционных заболеваний и формирования мотивации к ведению здорового образа жизни.

2.2. Информационно-профилактические материалы применяются при осуществлении комплекса следующих профилактических мероприятий:

- Гигиеническое просвещение населения;
- Оказание медицинских услуг по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний;
- Проведение диспансеризации определенных групп взрослого и детского населения;
- Проведение профилактических медицинских осмотров;
- Организация диспансерного наблюдения больных с неинфекционными заболеваниями и высоким риском их развития.
- Проведение тематических профилактических мероприятий.

2.3. В медицинской организации размещается и распространяется следующий минимальный перечень информационно-профилактических материалов:

- Печатные материалы (листовки формата А5, раскладушки формата А4, плакаты формата А1, газета (журнал) формата А4) – виды печатных материалов могут быть другими;
- Электронные материалы (видеоролики без звукового сопровождения с анимацией и инфографикой)

2.4. Содержание информационно-профилактических материалов должно отвечать следующим принципам: актуальность, информативность, наглядность, грамотность.

2.5. Тематический перечень информационно-профилактических материалов для распространения в МО ежегодно формируется Центром общественного здоровья и медицинской профилактики и утверждается органом управления здравоохранения субъекта РФ.

2.6. Распространение информационно-профилактических материалов осуществляется посредством их размещения на информационных площадках медицинской организации, а также медицинскими работниками как на территории медицинской организации, так и за её пределами в рамках проводимых профилактических акций, лекций, встреч, бесед с населением.

2.7 Для обеспечения актуальности профилактической информации с учетом сезонности, тематических приоритетов, сложившейся эпидситуации, информационно-профилактические материалы должны обновляться каждые два месяца.

3. Требования к оформлению информационных площадок для размещения информационно-профилактических материалов.

3.1. Для размещения информационно-профилактических материалов используются следующие информационные площадки (приложение 3):

- клик-рамка;
- LED телевизор;
- стойка для раздаточного материала.

3.2. Клик-рамка может отвечать следующим требованиям:

- выполнена из алюминиевого клик-профиля;
- формат А1;
- наличие защитной пленки для плаката.

3.4. Стойка для раздаточного материала может отвечать следующим требованиям:

- возможность одновременного размещения не менее 6 карманов для раздаточных материалов;

- форматы карманов: А4 (для газеты/журнала), А5 (для листовок);
- возможность одновременного размещения информационно-профилактических материалов обоих форматов.

3.5. LED телевизор может отвечать следующим минимальным требованиям:

- диагональ: не менее 42» (107 см);
- формат экрана: 16:9;
- разрешение: не менее 1920x1080;
- поддержка форматов HD (1080p, 720p);
- стереозвук;
- частота обновления: не менее 50 Гц;
- мультимедиа: поддерживаемые форматы:MP3, MPEG4, Xvid, DivX, MKV, JPEG;
- входы: AV, компонентный, RGB, HDMI, USB.

3.6. Не рекомендуется размещение информационных профилактических материалов непосредственно на стенах помещений медицинской организации при помощи скотча или других клеящих материалов.

4. Требования к размещению информационных площадок на территории медицинской организации.

4.1. Основными подразделениями медицинской организации для размещения информационных профилактических материалов являются учреждения амбулаторно-поликлинического и стационарного профиля (поликлиники для обслуживания взрослого и детского населения, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные

амбулатории, участковые больницы, женские консультации, родильные отделения, стоматологические поликлиники, стационары специализированных медицинских организаций).

4.2. Информационные площадки размещаются в первую очередь в зонах с повышенной проходимостью пациентов и кабинетах (подразделения) профилактического профиля:

- входная группа (регистратура, приемное отделение);
- зоны ожидания пациентов (коридор, холлы, фойе);
- кабинет вакцинопрофилактики;
- центр здоровья;
- кабинет/отделение медицинской профилактики.

4.3. Во входной группе необходимо разместить следующие информационные площадки:

- LED телевизор;
- 1-2 стойки для раздаточных материалов;

4.4. В зонах ожидания пациентов на каждые 100 м² площади зоны необходимо разместить не менее 1 стойки для раздаточных материалов, LED телевизор, не менее 7 клик-рамок;

4.5. Во врачебных амбулаториях необходимо разместить не менее двух клик-рамок и одной стойки для раздаточного материала, на ФАПах не менее одной клик-рамки на подразделение.

4.6. В центре здоровья, кабинете/отделении медицинской профилактики, кабинете вакцинопрофилактики необходимо разместить не менее 2-х клик-рамок.

4.7. Оснащение МО региона информационными площадками рекомендуется осуществлять согласно следующей очередности:

- В первую очередь оснащаются поликлиники с наибольшим количеством прикрепленного населения, затем остальные поликлиники, врачебные амбулатории и ФАПы.
- Приоритет отдается LED-панели во входной группе, клик-рамкам и стойкам для раздаточного материала в зонах ожидания пациентов.

Рекомендуется приобретать не менее 14 клик-рамок и не менее 2-х стоек для раздаточного материала в год.

Приобретение печатных материалов осуществляется в рамках единой закупки, которую выполняет орган управления здравоохранения субъекта РФ по заявкам медицинских организаций региона. При проведении закупки в техническом задании предусматривается, что тиражирование печатных материалов осуществляется с готовых дизайн-макетов, подготовленных Центром общественного здоровья и медицинской профилактики.

Информационные площадки

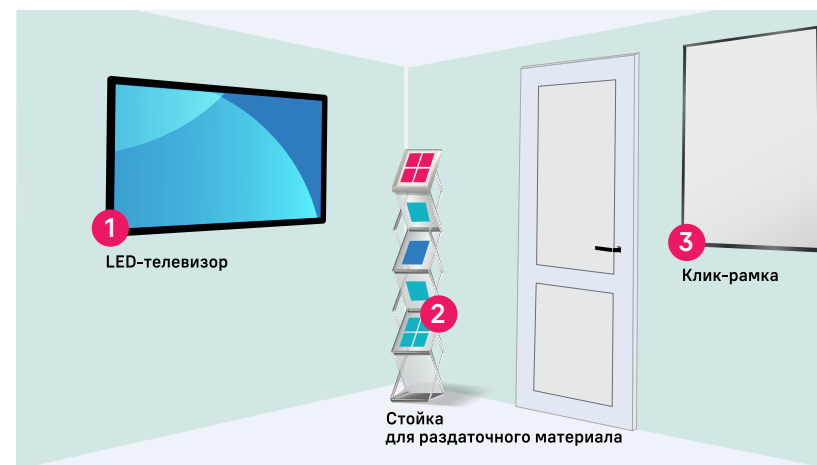


Рисунок 11. Информационные площадки в медицинских организациях

Таблица 7. Рекомендуемые объемы распространения информационно-профилактических материалов в медицинских организациях

| № | Наименование информационно-профилактического материала | Объем распространения для МО, оказывающих ПМСП | Объем распространения для специализированных МО |
|----|--|---|---|
| 1 | Региональная медико-профилактическая газета, 4 выпуска в год | 1 экз. на 13 прикрепленных жителей, в год | 1 экз. на 50 посетителей в сутки, в год |
| 2 | Профилактические плакаты (формат А1) | 14 ед. на одну МО, в год | 14 ед. на одну МО, в год |
| 3 | Профилактические листовки (формат А5,) | 1 экз. на 1 прикрепленного жителя, в год. | 1 экз. на 10 посетителей в сутки. |
| 4. | Профилактические листовки-раскладушки (формат А4) | 1 экз. на 13 прикрепленных жителей, в год | 1 экз. на 50 посетителей в сутки. |
| 5. | Профилактические брошюры (формат А5, 4 полосы) | 1 экз. на 10 пациентов с установленным, по итогам диспансеризации. Факторам риска, в год. | |
| 6. | Профилактический видеоконтент (блок 30 минут) | 4 ед. на одну МО, в год. | ед. на одну МО, в год. |

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по подготовке и тиражированию информационных материалов для взрослого и детского населения по вопросам профилактики НИЗ, формирования ЗОЖ, а также по правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и состояниях включает представление в технических отчетах о деятельности и в публичном докладе информации с описанием и образцами публикаций для разных групп населения по вопросам профилактики НИЗ, формирования ЗОЖ и в разных средствах информации ссылки на сайт ЦОЗиМП правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих состояниях с представлением этой информации и на сайте ЦОЗиМП. Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является не полной, временной на переходный

период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.



7.3. Взаимодействие со средствами массовой информации, информационными ресурсами в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по вопросам общественного здоровья

Для того, чтобы построить эффективную коммуникацию со своими целевыми аудиториями, специалистам PR необходимо взаимодействовать не только с самой целевой аудиторией, но и со СМИ. Строить долгие и продуктивные отношения нужно основываясь на принципах эффективной коммуникации: необходимо найти точки соприкосновения и формат взаимодействия, который бы вел к взаимной пользе.

Для построения эффективной работы нужно учесть следующие критерии:

- **собственность.** СМИ бывают государственными, муниципальными, частными, корпоративными. Прежде чем начать контактировать с журналистами, составьте карту СМИ. Соберите максимум информации, кому принадлежит средство массовой информации фактически и юридически и составьте картину – какие интересы отстаивает это издание, на какую аудиторию ориентируется, какова его редакционная политика.
- **территория распространения.** Она покажет, что важно для СМИ и какие темы совсем не попадают в поле зрения.
- **периодичность выхода.** Это важно для понимания сроков отправки. Если, к примеру, издание ежедневное, будет сложно убедить журналиста взять новость со словом «позавчера». Для СМИ, которые работают в режиме информационной ленты, есть свои особенности. Сложные сообщения, требующие проверки и обработки, скорее всего не опубликуют. Их заменят более простыми.

- **формат СМИ.** Он сочетает в себе редакционную политику, портрет целевой аудитории и формирует правила подбора контента для издания. Качественная пресса – издания, рассчитанные на высокообразованного читателя. Главное условие – надежность фактов, мнений и их достоверность. Массовая пресса – издания, рассчитанные на широкую аудиторию и не предъявляющие к контенту столь высоких требований. Качество материалов у таких изданий достаточно высокое, проработка тем глубокая, но в целом рассчитаны они на не очень притязательную публику. Бульварная пресса – привлекает внимание аудитории любыми способами. Понимание формата поможет определить, какую именно информацию можно отправить в издание и как ее подготовить, чтобы она вписалась в его концепцию.

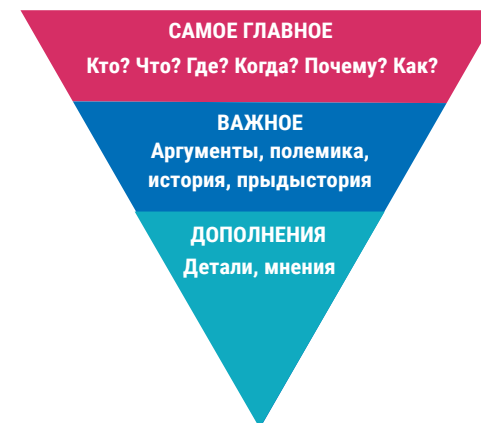
Информационный повод. Событие как основа для публикации бывает реальным или организованным. Главная задача информационного повода – стать основой для публикации.

Инфоповод должен быть значимым, он должен повлиять на жизнь людей и принятие ими важных решений. Важный критерий – широта аудитории, которой будет интересна новость. Также важна известность и значимость спикера или вашей организации.

Как писать пресс-релизы. Современный журналист живет в режиме постоянного цейтнота. В почтовый ящик ежедневно попадают десятки, если не сотни писем. Часто для принятия решения, работать с релизом или нет, журналист тратит 5-10 секунд. Если текст написан не по стандартам: суть новости непонятна сразу, много орфографических ошибок – проще отправить его в корзину. Поэтому очень важно писать пресс-релизы по правилам.

Главный принцип – «перевернутая пирамида». Он позволяет решить несколько задач: моментально привлечь к тексту внимание. Сразу донести основную мысль. Вызвать интерес.

Структура пирамиды: заголовок, лид, основной текст, справка о компании, контакты.



Заголовок – самая важная часть. Это «крючок», который должен заинтересовать журналиста. Обычно его длина составляет около 60 знаков. Поэтому нужно не только уместить новость в одно предложение, но и написать это интересно. Заголовок должен быть ясным и понятным, максимально четким. Его формула: «кто сделал что». Глаголы должны стоять в активном залоге.

Лид – первый, главный абзац текста. В нем нужно сообщить подробности. Лид не повторяет заголовок, его длина: 1-3 предложения. Для акцентирования внимания лид иногда выделяют жирным шрифтом.

Основной блок – 4-5 абзацев, каждый не более 5 строк. Здесь раскрываются подробности, приводятся цитаты, цифры, статистика.

Цитата – важный элемент пресс-релиза, который многие недооценивают. Используя этот инструмент, можно выделить ньюсмейкера, укрепить имидж руководителя и компании. В цитате уместны эмоции, она делает текст более привлекательным. Не дублируйте в цитате информацию из пресс-релиза. В виде цитаты внесите в текст важную и интересную деталь.

В нижнем этаже пирамиды располагается справка о компании (сайт, контакты пресс-службы).

Основные требования к пресс-релизу:

- Краткость (не более 1 страницы, примерно 300 слов).
- Хороший язык, стиль, грамотность.
- Специализация (ориентированность на целевую аудиторию).
- Только факты и цифры, отсутствие эмоций.
- Общественная значимость.

Чтобы написать хороший текст желательно соблюдать следующие правила:

- Пишите просто: одно предложение – одна мысль. Аналогичное правило работает и для абзаца.
- Всегда помните о цели вашего текста – зачем он читателям.
- Привлекайте внимание заголовком.
- Проверяйте текст на стилистические и грамматические ошибки.
- Объясняйте новые термины через известные.
- Уберите из релиза стоп-слова – те, которые можно удалить из текста без потери смысла (это оценочные и вводные слова, штампы, эфемизмы). Для выявления стоп-слов используйте сервис «Главред»: glvrd.ru.
- Не пишите общеизвестные факты.
- Не используйте скобки.
- Используйте активный залог, не перегружайте текст отглагольными существительными, причастиями, деепричастиями.

- Читайте текст вслух, перепишите все, на чем спотыкаетесь.
- Для динамичности и легкости восприятия используйте глаголы действия, а не глаголы, которые описывают состояние (быть, являться, иметься, располагаться).

Ошибки при работе с пресс-релизами:

- Ошибка в создании информационного повода: неактуальность (устаревшая информация), откровенная реклама, сугубо корпоративная информация, несовпадение со спецификой издания (не высылайте новости всем подряд).
- Длинные, невнятные заголовки, размытость основной мысли, сложные профессиональные термины, повествование от первого лица, изощренный слог (художественная проза), обилие штампов, грамматические и орфографические ошибки

Донесите до прессы ценность ваших новостей. Чтобы СМИ взяли новость, нужно сообщить им что-то действительно важное, новое, интересное. Ваша новость должна быть новостью, а не констатацией общеизвестных фактов, она должна иметь общественную значимость, а не быть подробным описанием проекта. Нет новости – не пишите.

Если ваша новость не выходит за рамки обыденности, сложно заставить СМИ обратить на нее внимание. Для этого попробуйте ее усилить. Придайте масштабность вашему мероприятию «самая масштабная акция», «самая необычная акция».



Новость – это не всегда новое, это еще и необычное. Если вы проводите акцию, найдите необычных участников и подключите к мероприятию. Тогда слово «самый» может быть применено к участнику акции – «Самый молодой участник акции «Здоровое сердце» десятилетний школьник Никодим придумал и нарисовал 100 памяток».

Перед отправкой прочитайте релиз еще раз и уберите дублирующие друг друга фразы и слова. Если рассылка пресс-релиза может подождать до утра, лучше сделайте ее в начале рабочего дня, а не вечером. Это повысит шансы, что ваше письмо утром прочитают первым.

Правила отправки. Отправлять материалы нужно регулярно, чтобы не дать журналистам забыть о вашем существовании, но и не настолько часто, чтобы стать навязчивым. В теме письма пишите заголовок пресс-релиза, чтобы журналист сразу понял, о чем речь в письме. Можно в теле письма прикладывать лид. Это побудит журналиста открыть ваш документ.

Отправляйте материал в формате Word, приложите к нему 1-2 фотографии, иллюстрирующих ваше мероприятие (желательно до 1 Мб). Не «подвешивайте» к новости огромные по размеру картинки. Такие письма чаще всего отправляются в спам автоматически.

Не прикладывайте ссылки на хранилища. Для журналиста выбирать и загружать фото – дополнительные затраты времени. Возможно, вместо этого он просто найдет подходящее фото в Интернете. Не давайте в теле письма ссылку на адрес, где размещена новость. Такие пресс-релизы в 99% отправляются в корзину сразу.

Мониторинг материалов проводите не только в день публикации, но через сутки, так как некоторые СМИ публикуют новости с задержкой. Время от времени актуализируйте свою базу контактов.

Связи с журналистами. Пресс-служба должна быть постоянно открыта к диалогу с представителями СМИ и оперативно реагировать на запросы журналистов. Ее специалисты должны стать для СМИ регулярным источником новостей, свежей информации, цифр, фактов.

Ведите базу ключевых изданий, внесите в нее целевые СМИ, публикующие материалы по теме здоровьесбережения. Устанавливайте и поддерживайте отношения с авторами как позитивных, так и негативных публикаций.

Возможность взять у ваших специалистов эксклюзивное интервью, поучаствовать в пресс-мероприятии должна быть предоставлена в первую очередь ключевым изданиям из вашей базы.

Общайтесь с журналистами лично, приглашайте на события. Персональное сообщение как в мессенджере, так и в электронном письме свидетельствует о вашем уважении. Если журналист побывал на мероприятии, дайте ему распечатанный релиз и продублируйте на электронную почту. Сделаете это, пока новость не потеряла своей актуальности.

Выполняйте свои обещания. Для журналиста интервью с вашими специалистами – часть работы, которая должна быть выполнена точно в срок. Соблюдение договоренностей зарекомендует вашу организацию, как надежного партнера. Хорошая слава о вас быстро разойдется по изданиям.

На запросы прессы старайтесь отвечать быстро. По крайней мере, будьте всегда на связи и укажите, сколько вам нужно времени, чтобы подготовить информацию. Закон о СМИ предусматривает возможность ответа на запрос в течение 7 дней. Но многие издания, особенно новостные, часто такой временной «форы» не имеют. Для них жизненно важно получить точную информацию как можно скорее. Не откладывайте запросы журналистов, поступили ли они по электронной почте, телефону, в личном общении в «долгий ящик». Велика вероятность, что материал выйдет в СМИ, но без комментария вашего специалиста.

Если ваша пресс-служба нацелена на результат, она в последнюю очередь будет интересоваться присланным по всем правилам запросом. Он должен сделать все возможное, чтобы упростить коммуникацию и получить на выходе хороший материал.



Как провести пресс-конференцию, брифинг:

- Заранее подготовьте место для мероприятия, позаботьтесь о бейджах, настольных табличках для спикеров, бумаге, ручках, воде и стаканах.
- Вместе с приглашением обязательно высылайте журналистам программу мероприятия, обозначьте тематики, которые вы готовы комментировать.
- Набросайте возможные вопросы от СМИ, подготовьте ответы. Всегда думайте о цели общения и не давайте прессе уводить вас за ее пределы. Определите для себя, какой реакции вы хотите от журналистов, какого резонанса от публикаций.
- Желательно, чтобы комментарию давали первые лица компании, в кризисных ситуациях их присутствие просто необходимо. Каждый спикер должен понимать «стратегическую линию» – общую задачу мероприятия. При необходимости можно прорепетировать ответы.
- У каждого спикера «на сцене» должна быть своя задача. Желательно, чтобы основных участников было не больше трех. Если они чувствуют неуверенность и ожидают вопросов, на которые не смогут ответить, пригласите в зал профильных специалистов. В ходе пресс-конференции можно дать им слово.
- Обычно спикерам, не привыкшим к диалогу с прессой, больше всего «мешают» руки. Дайте каждому из них в руки обычную ручку.
- Отвечайте спокойно. Журналисты могут обладать разной степенью компетенции по вашей теме, но их главная цель – получить информацию. Не реагируйте негативно на вопросы, которые вам кажутся глупыми и неуместными. Ищите в вопросах рациональное зерно. Говорите четко и по существу. Если вы говорите общими фразами, корреспондент будет задавать уточняющие вопросы, пока не получит нужную конкретику.
- Слушайте журналиста и отвечайте на его вопрос, а не давайте полностью заранее подготовленный ответ.
- Избегайте сложных терминов.
- Помните, что через журналистов вы говорите со своей целевой аудиторией. Будьте доброжелательны, сообщайте интересную информацию.
- Сохраняйте чувство юмора.
- Избегайте провокаторов. Избежать ответа на неудобный вопрос можно сославшись на то, что он выходит за рамки заявленной темы. Если уйти от ответа не удастся, пообещайте уточнить информацию и выслать пост-релиз после встречи.
- Не реагируйте на нелепые комментарии. Если комментарий не относится к теме беседы, скажите: «Это к нашему вопросу не относится».
- Тактично исправляйте невежественные или неточные утверждения. Можно спокойно спросить, откуда такие факты у журналиста. Если вы не хотите углубляться в подробности, просто отметьте, что его данные не верны.
- Никогда ничего не говорите при выключенных микрофонах и камерах, вашими словами могут легко воспользоваться. Иногда собеседник дает понять, что беседа окончена, например, откладывает блокнот и начинает говорить на отвлеченные темы. Будьте бдительны. Он вполне может использовать информацию, полученную в ходе неофициальной беседы.
- В присутствии на пресс-конференции репортеров из электронных СМИ будьте особенно аккуратны в формулировках. Синхрон с конференции или брифинга может войти в новостной репортаж еще до того, как закончится мероприятие. Кроме того, вы никогда не сможете угадать, какой кусок на 15-30 секунд из вашего часового общения с прессой журналист вставит в свой репортаж. Поэтому заранее заготовьте самые сильные аргументы и цитаты.

Алгоритм ответа на трудные вопросы следующий:

- Обратитесь к журналисту по имени
- Оцените вопрос (положительно – отрицательно)
- Сделайте комплимент журналисту
- Продолжите ответ по сути или оборвите общение.

Пример вашего ответа:

– *Когда вы перестали принимать наркотики?* – спрашивает журналист.

– *Это вы хорошо придумали, Иван. У вас отличная фантазия. Но я с детства веду здоровый образ жизни. У меня серебряный знак отличия ГТО и я сейчас тренируюсь, чтобы получить золотой. Так что встречаемся сегодня вечером в спортзале,* – ваш ответ.

Интервью. Если журналист обратился к вам с просьбой об интервью – не отказывайтесь. В ваших руках оказывается «микрофон» – это удачный способ рассказать о вашей деятельности, донести ключевой посыл вашей КК до целевой аудитории. В случае несогласия журналисты скорее всего обратятся к другим специалистам и получат нужные факты от них.

Если вам внезапно предложили дать интервью по телефону, не паникуйте, попросите журналиста перезвонить в удобное для вас время. Для начала попросите его обозначить издание, на которое он работает, тему интервью, сроки сдачи материала. Спокойно соберите информацию для интервью.

Если интервью не срочное, запросите у редакции вопросы и спокойно подготовьте ответы. Перед разговором уточните, сможете ли вы просмотреть материал до публикации. При отказе внимательно следите за своей речью, фактами и цифрами, которые приводите.

Нелишним будет навести справки об издании и корреспонденте. Нужно понять, кто является целевой аудиторией данного СМИ, какова направленность публикаций, стиль интерпретаций событий и фактов. Это позволит избежать появления материала в скандальных СМИ и желтой прессе.

До интервью продумайте, какое ключевое сообщение вы хотите донести до вашей аудитории. Оно должно быть коротким и понятным, вклиниться в память людей. Например, «Для диспансеризации вам положен оплачиваемый выходной». Это сообщение должно пройти красной нитью через все ваше интервью. Приведите пример из практики, иллюстрирующий тематику разговора. Расскажите, как Семену Н. при диспансеризации выявили опухоль на начальной стадии и этим спасли ему жизнь. Такие истории важны – они воздействуют на эмоции людей, оживляет сухие цифры.



Работа с фотоматериалами и персональными данными.

При предоставлении фотоматериалов в СМИ обязательно работайте в рамках статьи 152.1 ГК РФ. Когда пациент заснят крупным планом, то есть является «основным объектом использования», у него необходимо взять согласие на последующее использование изображения в медиапространстве. Если человек является «публичной персоной» или присутствует на изображении среди прочих людей в ходе публичного мероприятия, согласие не требуется.

Если журналисты хотят использовать в работе конкретный клинический случай, поясните им, что медицинские работники не могут предоставить информацию без письменного согласия пациента. Пообщайтесь с пациентом и выясните, согласен ли он предоставить сведения о состоянии своего здоровья. В случае положительного ответа, можно провести совместную беседу врача, журналиста и пациента. Присутствие врача важно потому, что в ходе разговора пациент может упустить некоторые важные вещи.

Что делать, если в СМИ появилась недостоверная информация?

Предотвратить появление недостоверной информации можно, если попросить журналистов высылать материалы на согласование. Часто такая схема работает для редакций газет и журналов. С новостными агентствами сложнее: взяв интервью по телефону, репортеры спешат выложить его в ленту и могут допустить неточности.

Если на страницах СМИ все же появилась недостоверная или неточная информация, обязательно позвоните корреспонденту и спокойно объясните, в чем проблема. Вполне вероятно, что журналист не хотел нанести урон вашей репутации, а «ляпы» произошли из-за незнания особенностей работы здравоохранения или, к примеру, статистических расчетов. Орфографические и стилистические погрешности чаще появляются в результате спешки. В любом случае – свяжитесь с изданием и попросите внести изменения. В большинстве случаев журналисты идут навстречу, ведь репутация важна для всех.

В практической работе рекомендуем познакомиться со специальными публикациями по проблеме взаимодействия со средствами массовой информации, что поможет сделать работу более эффективной и преодолеть возникающие на этом пути барьеры, некоторые из них приведены ниже:

- *Госорганы и СМИ: удастся ли побороть обоюдное недоверие?* (Андреева С.) – Специализированный журнал «Связи с общественностью в государственных структурах» – №5, 2016. – С.88-90.
- *PR-тексты. Как зацепить читателя* (Асланов Тимур). – СПб.: Питер, 2017. – 176 с.
- *Почему вы продолжаете брать взятки? или 10 подсказок, как отвечать на сложные и неудобные вопросы репортеров.* (Баландин Ф.) – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №12, 2020. – С.72-75.
- *Полезные навыки: как давать интервью.* (Гуменок Н.) – Специализированный журнал «Связи с общественностью в государственных структурах» – №5, 2016. – С.77-82.
- *Пиши, сокращай: Как создавать сильный текст* (Ильяхов Максим, Сарычева Людмила). – 3-е изд. – Альпина Паблишер, 2019. – 440 с.
- *Как написать работающий пресс-релиз.* (Колесниченко О.) – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №12, 2020. – С.21-23.
- *Попробуйте посидеть на всех стульях. Советы по организации пресс-мероприятий.* (Кравченко П.) – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №2, 2016. – С.22-25.
- *6 типичных ошибок пресс-релизов и советы по их устранению.* (Лопухова Е.) – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №1, 2016. – С.42-46.

- *Друг или враг: 5 рекомендаций пиарщикам, как общаться с журналистами* (Серкова О). – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №2, 2016. – С.89-95.
- *Как подготовиться к интервью?* (Слободянюк Д) .– Специализированный журнал «Связи с общественностью в государственных структурах» – №5, 2016. – С.36-39.
- *Эффективная пресс-служба: как завладеть вниманием журналистов.* (Шадрина Д.)– Специализированный журнал «Связи с общественностью в государственных структурах» – №5, 2016. – С.40-50.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП взаимодействия со средствами массовой информации, информационными ресурсами в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по вопросам общественного здоровья должна включать представление в технических отчетах о деятельности и в публичном докладе информации с описанием и образцами публикаций для разных групп населения по вопросам профилактики НИЗ, формирования ЗОЖ и в разных средствах информации ссылки на сайт ЦОЗиМП. Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.



7.4 Повышение уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (общественного здоровья)

Актуальность задачи ЦОЗиМП по повышению уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования ЗОЖ, профилактики и контроля НИЗ определяется необходимостью обеспечения полноты и качества (доступности, эффективности, удовлетворения потребности и др.) помощи населению по профилактике этих заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровне (в рамках деятельности учреждений здравоохранения).

В настоящее время вопросы общественного здоровья (формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля НИЗ) включены в программы профессиональной подготовки (и переподготовки) различных медицинских работников, но, прежде всего в подготовке врачей-специалистов по организации здравоохранения и общественному здоровью, которые преимущественно трудятся на руководящих должностях учреждений и структурных подразделений. Большинство практикующих врачей первичного звена, владеющих профессиональными компетенциями по основной специальности, только в рамках тематического усовершенствования (повышения квалификации) изучают вопросы формирования ЗОЖ, профилактики и контроля НИЗ. Врачи гигиенических специальностей, пройдя ординатуру или дополнительную профессиональную переподготовку, могут получить специальность «врач по гигиеническому воспитанию». В структурах медицинской профилактики работают также специалисты с высшим сестринским образованием, владеющих вопросами формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний.

Реализация мероприятий по формированию ЗОЖ, профилактике и контролю НИЗ в медицинских организациях осуществляется в структурах медицинской профилактики, центрах здоровья, что регламентировано приказом Минздрава РФ от 29 октября 2020 г. № 1177н [1].

На должности медицинских работников отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых назначаются лица, соответствующие Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам [88]. Однако, несмотря на введения должности врача по медицинской профилактике, соответствующая специальность с профессиональной подготовки специалиста по медицинской профилактике, в номенклатуре медицинских специальностей отсутствует, что является серьезным барьером для успешной реализации этими медицинскими работниками всего комплекса поставленных перед ним задач [1]. Проводимое в настоящее время тематическое усовершенствование по проблеме дает только необходимый вводный объем знаний, который должен с определенной периодичностью пополняться новыми данными. Кадровый квалификационный вопрос стоит на повестке сегодняшнего дня, что подчеркивает актуальность проблемы, т.к. в задачи ЦОЗиМП входит функция повышения уровня профессиональной подготовки специалистов структур медицинской профилактики медицинских организаций, что может быть реализовано через:

- проведение регулярных тематических семинаров, занятий, курсов, в том числе и в режиме он-лайн,
- обучения на рабочем месте,
- через участие в программах местных медицинских образовательных учреждений профессионального обучения в регионе (если такие программы реализуются).

Учитывая сказанное, в штате ЦОЗиМП должен быть квалифицированный специалист (или специалисты), владеющий навыками обучения с использованием современных средств коммуникаций и обмена профессиональной информацией.

Целевые группы медицинских специалистов, среди которых ЦОЗиМП должны проводить мероприятия по повышению уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактики и контролю инфекционных заболеваний (общественного здоровья):

- специалисты структур медицинской профилактики (отделений, кабинетов, центров здоровья);
- врачи и средний медицинский персонал (фельдшера) терапевтических специальностей медицинских организаций первичной медико-социальной помощи;
- медицинские работники других специальностей (при необходимости).

Формирование здорового образа жизни как вид деятельности – это целая система видов, способов, форм деятельности, направленных на преодоление и снижение уровней факторов риска возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных, психологических и природных условий и факторов образа жизни.

Уровни и механизмы (методы) формирования здорового образа жизни включают:

- популяционный, групповой уровень (коммуникационно-информационные методы в СМИ, просветительская работа в целевых группах);
- индивидуальный, личностный (профилактическое консультирование, гигиеническое воспитание, пропаганда здорового образа жизни и формирование ответственного отношения к своему здоровью).

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по повышению уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам формирования ЗОЖ, профилактики НИЗ, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], в настоящее время оценивается только объемными показателями, включающими¹³:

¹³ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

- Проведение занятий с медицинскими работниками по вопросам профилактики и формированию ЗОЖ у населения (число занятий, число участников), в том числе с сотрудниками отделений/кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья, другими медицинскими работниками медицинских организаций, санаторно-курортных учреждений;
- Проведение занятий по вопросам проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (число занятий, число участников);
- Разработку распорядительных и методических материалов по проблеме (количество наименований, всего).

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что важна периодическая оценка на местах уровня профессиональной компетенции практикующих медицинских работников. В разработке таких подходов принимают участие ведущие образовательные и научные учреждения профессиональной подготовки, а реализация такого контроля будет более продуктивной при тесном участии специалистов региональных ЦОЗиМП.

7.5 Организация и проведение мероприятий по повышению уровня знаний медицинских работников, сотрудников образовательных организаций, организаций культуры, организаций физической культуры и спорта, средств массовой информации, иных организаций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни

Актуальность задачи. Одной из важных функций Центра общественного здоровья и медицинской профилактики (ЦОЗ и МП) является повышение грамотности в вопросах здоровья как у населения в целом, так и у представителей организаций, непосредственно участвующих в работе по укреплению общественного здоровья и формированию здоровьесберегающей

среды, в том числе специалистов немедицинского профиля – сотрудников образовательных организаций, организаций культуры, организаций физической культуры и спорта, представителей различных ведомств, а также администраций муниципальных районов, средств массовой информации, волонтерских организаций и руководителей предприятий.

Обучение по вопросам укрепления общественного здоровья может осуществляться через проведение регулярных тематических семинаров, занятий, курсов, в том числе и в режиме он-лайн и через мероприятия, проводимые в рамках заседаний регионального координационного межведомственного совета по вопросам укрепления общественного здоровья.

Учитывая сказанное, в штате ЦОЗиМП должен быть квалифицированный специалист (или специалисты), владеющий навыками обучения с использованием современных средств коммуникаций и обмена информацией.

Темы для обучения должны включать все аспекты, связанные с детерминантами здоровья и их влиянием на здоровье (поведенческие фактора риска, факторы окружающей среды, условия труда, быта и отдыха, медико-социальные и экономические факторы), основами профилактики заболеваний, подходами к формированию здорового образа жизни, созданием здоровьесберегающей среды.





7.6. Организация и участие в проведении массовых мероприятий, акций, круглых столов, научно-практических конференций по вопросам укрепления общественного здоровья

Организация массовых мероприятий, акций, круглых столов, научно-практических конференций по вопросам укрепления общественного здоровья должна проводиться согласно плану основных мероприятий органов управления здравоохранения субъекта РФ и в рамках государственного задания Регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики.

При подготовке массового мероприятия по вопросам укрепления общественного здоровья определяются:

- Цель мероприятия.
- Целевая аудитория.
- Название мероприятия.
- Площадка для проведения мероприятия.
- Структура мероприятия.
- Оформление мероприятия (брендбук)
- Партнеры в организации и проведении мероприятия.
- Источники финансирования.
- Критерии качества и эффективности проведенного мероприятия.

Для успешной подготовки массовых мероприятий необходимо создать рабочую группу и разработать «дорожную карту», в которой необходимо отразить все организационные моменты, указать дату их исполнения и ответственных.

При подготовке мероприятия необходимо, на регулярной основе, в дистанционном или очном формате проводить рабочие совещания, на которых рассматриваются результаты исполнения «дорожной карты».

Важным аспектом в подготовке мероприятия является его позиционирование. Необходимо предусмотреть:

- анонсирование в электронных и печатных СМИ, в сети Интернет;
- подготовку оперативных информационных материалов при проведении - мероприятия, с размещением постов в социальных сетях;
- подготовку информационных материалов по итогам мероприятия.
- приглашение для участия в мероприятии лидеров общественного мнения.

Целесообразно, в рамках проведения мероприятия, заключить соглашение о партнерском взаимодействии, с электронными и печатными СМИ, блогерским сообществом.

В структуре массового мероприятия на открытой площадке или в торговом центре необходимо предусмотреть:

- Зонирование территории (центральная зона должна включать в себя техническую возможность проведения интерактивных мероприятий с использованием музыкального сопровождения).
- Визуализацию тематики отдельных зон и тематических маршрутов наглядной навигационной системой, информационными знаками.
- Работу справочной информационной службы, с возможностью размещения аудиоматериалов.

- Организационную поддержку волонтеров.
- Дежурство «скорой медицинской помощи».
- Пункты для обеспечения водой.

На рисунке 12 представлена схема информационно-профилактического мероприятия.

При подготовке круглых столов, научно-практических конференций соблюдаются все вышеперечисленные организационные принципы. Важным компонентом в проведении дискуссионных площадок является использование тематического видеоконтента, который определяет тематику обсуждения, «провоцирует» дискуссию, дает возможность увидеть и услышать комментарии авторитетных экспертов. Ключевым моментом в проведении круглых столов являются приглашенные спикеры – их известность в профессиональном сообществе, узнаваемость у широкой аудитории и тематика выступления.

Организация информационно-профилактических мероприятий



Рисунок 12. Схема информационно-профилактического мероприятия

Функции ЦОЗиМП по организации и проведению мероприятий по повышению уровня знаний медицинских работников, сотрудников образовательных организаций, организаций культуры, организаций физической культуры и спорта, средств массовой информации, иных организаций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни. Согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], в настоящее время оценивается только объемными показателями, включающими¹⁴:

- перечень программ и проектов (число, название)
- перечень взаимодействующих организаций (в рамках указанных программ и проектов).

7.7. Разработка и реализация программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания

Актуальность задачи. Правовые основы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья определены ст. 51,52,53,54,55,56,57 ФЗ от 21.11.2011 г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [89].

Разработка и реализация программ с целью укрепления здоровья матери и ребенка должна включать комплекс мер по информированию и мотивации к ведению ЗОЖ целевой аудитории, что в конечном результате формирует ответственное отношение к собственному здоровью.

¹⁴ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

Организация работы ЦОЗиМП по информированию беременных и рожениц по вопросам укрепления матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания, должна быть основана на следующих принципах [60]:

- системный подход при разработке и реализации программ
- научная обоснованность мероприятий, мониторинг эффективности программ
- непрерывность и последовательность при разработке мероприятий
- взаимодействие органов государственной власти с общественными организациями, с организациями, оказывающими медицинскую помощь беременным и роженицам, и детям раннего возраста, независимо от формы собственности
- обеспечение межведомственного и межсекторального взаимодействия на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- учет общепризнанных принципов и норм международного права.

Согласно оценкам ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), надлежащее грудное вскармливание позволяет предотвратить более 820 000 случаев смерти ежегодно в мире среди детей младше пяти лет. Основные протективные отсроченные результаты при проведении грудного вскармливания: оптимальное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, низкий риск ожирения среди детского населения, защита женщин от рисков развития рака груди и яичников, а также диабета [90].

Основой формирования программ информирования беременных и рожениц по вопросам поддержки грудного вскармливания является многолетний совместный труд специалистов ВОЗ и ЮНИСЕФ по разработке методологии информационно-пропагандистской работы. В документе [90] представлен

перечень соответствующих рекомендаций «Десять шагов на пути к успешному грудному вскармливанию» в медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь матерям и новорожденным.

Последняя актуальная версия документа, обновленная в 2018 г., состоит из двух частей: управленческие действия (они обеспечивают условия для осуществления «шагов» внутри медицинской организации) и мероприятия, реализуемые на практике (необходимые услуги и процедуры в рамках оказания медико-санитарной помощи матери и ребенку). Благополучие матери и ребенка, сохранение их здоровья может быть достигнуто только при условии комплексной реализации всех пунктов, включенных в «Десять шагов».

Медицинским организациям, оказывающим помощь роженицам и новорожденным, соблюдающим рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ, присваивается статус «больница, доброжелательная к ребенку» для привлечения общественного внимания и популяризации лучших практик поддержки детей грудного возраста. Совместная инициатива ВОЗ и ЮНИСЕФ способствует спасению жизней грудных детей и укреплению здоровья матерей.

Разработка и реализация программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания, должна проводиться по следующим критериям:

- разработка структуры с учетом национальных стандартов по вскармливанию детей первого года жизни [91] и рекомендациях ВОЗ и ЮНИСЕФ (обновленных «Десяти шагах на пути к успешному грудному вскармливанию») [90]
- возможность интеграции в другие программы по охране здоровья матерей и новорожденных, программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи
- организация обучения медицинских работников с целью формирования необходимых компетенций для эффективного

информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания посредством интеграции в учебную программу курса обучения специалистов до начала профессиональной деятельности, а также организация учебных мероприятий без отрыва от основной производственной деятельности

- привлечение лучших практик
- регулярное проведение мониторинга эффективности программ.

Планирование программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка необходимо проводить последовательно и поэтапно. Этапы подготовки программ:

1. Определение целевой аудитории:

- руководители медицинских организаций всех уровней и форм собственности, лица, принимающие административные решения
- специалисты медицинского профиля (медицинские работники со средним образованием, оказывающие медицинскую помощь беременным и кормящим женщинам и детям, акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, врачи-диетологи и др.)
- беременные и кормящие женщины, члены их семей
- представители общественных организаций, специалисты служб социальной защиты, волонтеры и пр.

2. Определение текущего уровня знаний у целевой аудитории

3. Ориентация (адаптация) информации

4. Определение каналов распространения информации

Подробно вопросы разработки и проведения тематических коммуникационных кампаний, направленных на информирование и повышение ответственности за свое здоровье, в том числе и среди беременных и рожениц, изложены в разделе 7.1.

Семьи должны получать качественную и объективную информацию по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка. Функции информирования с целью формирования навыков и мотивации по ведению ЗОЖ и профилактики неинфекционных заболеваний закреплены нормативно-правовыми актами за медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь [92,93].

Своевременная и качественная помощь беременным и роженицам может оказываться лишь в том случае, если медицинский персонал обладает достаточными знаниями, умениями и навыками для того, чтобы оказывать такую помощь. Сотрудники медицинского учреждения получать учебные материалы могут в формате дидактических лекций (в том числе с использованием электронных ресурсов), при включении практических занятий с целью получения определённого клинического опыта под контролем наставников и демонстрации должных компетенций.

Просвещение беременных и рожениц по вопросам грудного вскармливания должно включать информацию в отношении наиболее передовых практик медицинских организаций, обслуживающих матерей и новорожденных, о его важном значении грудного вскармливания и рисках, сопряженных с использованием заменителей грудного молока, о трудностях, с которыми, возможно, предстоит столкнуться при осуществлении грудного вскармливания (например, транзиторная гипогалактия и др.), и о том, как решать возникающие проблемы а также национальные рекомендации и профессиональные советы медицинских работников в отношении кормления детей грудного возраста. В число необходимых компонентов консультирования входит обучение практическим навыкам: выбор удобной позы для кормления грудью, кормление по первому требованию ребенка, умение распознавать сигналы и реакции, свидетельствующие о потребности в кормлении и т.п.

С целью информирования беременных женщин и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка возможно предоставление информации на бумажном носителе, в адаптированной форме с обеспечением принципа наглядности, а также размещение информации в сети Интернет на популярных ресурсах. При этом не следует ограничивать консультирование в процессе личного общения (индивидуальное или групповое консультирование). Эта форма консультируемого дает возможность обсуждения всех вопросов, вызывающих сомнения и опасения в вопросах сохранения здоровья матери и ребенка.

Дородовое консультирование по вопросам грудного вскармливания должно ориентироваться на индивидуальные потребности женщины и ее семьи. Проводить информирование по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка следует, по возможности, уже во время первого обращения женщины в медицинскую организацию, а также при проведении дородовых патронажей в рамках получения первичной медико-санитарной помощи.

Для информирования широкой аудитории более предпочтительным является использование каналов средств массовой информации, а также привлечение социальных сетей. Привлечение общественных организаций или работа с лидерами общественного мнения могут стать важными каналами для информационно-разъяснительной работы с лицами, принимающими административные решения. Для информирования медицинских специалистов возможно использование формата семинаров (вебинаров), тематических круглых столов при проведении профессиональных конгрессов и конференций. Регулярные презентации и выступления на совещаниях и конференциях профессиональных объединений необходимы для обеспечения постоянной поддержки со стороны работников здравоохранения.

Необходимо на уровне медицинских организаций обеспечить мониторинг показателей эффективности реализации программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания. Такими «сигнальными показателями» могут

быть раннее начало грудного вскармливания и исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни. Информация в отношении этих показателей должна вноситься в медицинские карты и анализироваться как на уровне каждой медицинской организации в отдельности, так и в общем по региону. Этот подход должен быть основой при составлении планов-графиков и определения будущих мероприятий. Дополнительными критериями могут быть данные, полученные посредством опросных обследований при выписке из родильного дома, при осуществлении послеродовых патронажей и визитов на профилактические медицинские осмотры в декретированные возрастные периоды [94].

Обеспечение своевременного и надлежащего информирования во время оказания медицинской помощи женщинам до поступления в медицинские организации, обслуживающие беременных, матерей и новорожденных, а также во время пребывания в них, способствуют сохранению и укреплению здоровья матери и ребенка.



Укрепление поддержки грудного вскармливания на уровне местного сообщества, в том числе повышение качества первичной медико-санитарной помощи имеет критически важное значение для того, чтобы гарантировать матерям возможность успешно осуществлять грудное вскармливание [90].

ЦОЗиМП обеспечивает координацию усилий между медицинскими учреждениями, общественными организациями и органами государственной власти на региональном и муниципальном уровне, а также содействует различным профилактическим практикам, направленным на сохранение и укрепление здоровья матери и ребенка.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по разработке и реализации программ информирования беременных и рожениц по вопросам укрепления здоровья матери и ребенка, включая важность грудного вскармливания, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает¹⁵ описание программ в данном направлении, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП (число, название).



¹⁵ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

7.8. Разработка и реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей и молодежи, в субъекте Российской Федерации, повышение эффективности пропаганды и обучения навыкам ЗОЖ и профилактики НИЗ в рамках общеобразовательных программ

Актуальность задачи. Основой профилактических программ в общеобразовательных учреждениях является работа по информированию и формированию мотивации к ЗОЖ, формированию моды на здоровье с детства [89].

Основными ФР, влияющими на здоровье учащихся, помимо традиционных поведенческих факторов (нерациональное питание, недостаточная физическая активность, потребление табака, алкоголя), являются также специфические школьно-обусловленные факторы риска, вызывающие развитие функциональных отклонений у обучающихся [95,96].

Формирование ЗОЖ у детей - это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, мотивирование к личной ответственности за свое здоровье, разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа у детей, борьбу с ФР развития заболеваний, просвещение и информирование детского населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально значимых заболеваний среди детского населения.

Принципы профилактики НИЗ у детей и подростков, посещающих образовательные организации [95]:

- комплексный подход с учетом состояния здоровья обучающихся, учебной нагрузки, экологических и климатогеографических условий и др.;
- персонифицированный подход с целью определения индивидуальных медицинских показаний и противопоказаний к проведению каждой конкретной профилактической технологии;

- гармоничная интеграция в жизнедеятельность детей и осуществление профилактических программ во время образовательного процесса в образовательных организациях;
- ориентация на формирование положительной мотивации к проведению профилактических мероприятий
- использование немедикаментозных средств и здоровьесберегающих технологий;
- доступность профилактических технологий широкой аудитории;
- научно обоснованное методическое сопровождение профилактических мероприятий;
- межведомственное и межсекторальное взаимодействие при осуществлении профилактических мероприятий в образовательных организациях.

Роль образовательных организаций. Организации, осуществляющие образовательную деятельность, независимо от организационно-правовых форм при реализации образовательных программ должны создавать условия для охраны здоровья обучающихся, в том числе обеспечивают: проведение санитарно-гигиенических, профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в РФ [97].

Обучение в рамках общеобразовательных программ наиболее полно и гармонично позволяет формировать навыки ЗОЖ у детей и подростков. Необходимые составляющие в процессе формирования ЗОЖ эффективно встраиваются в классно-урочную деятельность, в элементы внеурочной и внешкольной деятельности учащихся. Используются современные учебные пособия как в традиционном формате, так и в виде электронных, интерактивных технологий с обязательным обеспечением безопасности цифровой среды для здоровья обучающихся [98]. В процессе формирования ЗОЖ среди обучающихся наиболее

эффективной технологией является привлечение самих детей и подростков к формированию навыков ЗОЖ по принципу «старший-младшему», «равный – равному», волонтерские объединения могут выступать в качестве связующего звена в процессе реализации таких программ.

Учебная деятельность ведется в соответствии с действующими образовательными стандартами, общеобразовательными программами, методическими рекомендациями и включает вопросы ЗОЖ в отдельные предметы в виде тем или уроков (биологии, физической культуры, обществознания, ОБЖ), а также в формате классных часов. Кроме того, внеучебная и внешкольная работа включает занятия на факультативах, в кружках, проведение бесед, лекций, индивидуальных консультаций, просмотр тематических кино- и видеофильмов, проведение общешкольных мероприятий, организацию викторин, конкурсов рисунков, дней здоровья и т.д.

Гигиеническое воспитание родителей проводится как в формате индивидуальных бесед, так и на родительских собраниях в формате лекций и консультаций с использованием научно-популярной литературы, методических пособий, памяток для родителей.

Участие общественных организаций, волонтеров. Общественные организации и объединения, спортивные и военно-спортивные организации могут выступать в роли партнеров в реализации профилактических, прежде всего информационных программ в образовательных учреждениях. Учащихся привлекает к участию волонтерские объединения, общественные молодежные (детские) организации могут участвовать в просветительской работе в формате «равный-равному», в проведении опросов, конкурсов в среде детей и подростков.

Роль медицинских мероприятий в рамках программ повышения информированности учащихся и их родителей и обучения навыкам ЗОЖ, что является одной из задач не только повседневной работы медицинских работников образовательных учреждений, выполняющих свои обязанности в сотрудничестве

со специалистами ЦОЗиМП, но и в процессе проведения регулярных медицинских осмотров [95]. Профилактические осмотры детского населения проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и ФР их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей [92,94,99]. В поликлиниках, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, функционируют отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, в которых также осуществляется санитарно-гигиеническое просвещение детей и их родителей (законных представителей); проводится разъяснительная работа по вопросам профилактики болезней детского возраста и формирования здорового образа жизни [100].

Роль ЦОЗиМП, прежде всего, заключается в том, чтобы гармонизировать комплекс мер и создать систему мероприятий сохватом различных целевых групп - учащихся разных возрастных категорий, родителей, члены их семей, педагогические работники, медицинские специалисты и лиц, принимающих управленческие решения. Такое взаимодействие позволит обеспечить максимальный эффект от проводимых мероприятий по пропаганде и обучению навыкам ЗОЖ в образовательных учреждениях.

Ключевые аспекты работы ЦОЗиМП по пропаганде и обучению навыкам ЗОЖ и профилактики НИЗ в рамках общеобразовательных программ:

- как сохранить здоровье детей и подростков;
- влияние учебно-воспитательного процесса и режима дня;
- физическое воспитание;
- питание детей и подростков;

- здоровая среда пребывания для детей и подростков;
- основы формирования здорового образа жизни детей и подростков;
- медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение детского и подросткового населения.

Формирование ЗОЖ обучающихся требует объединения и координации усилий, как медицинских работников, так и педагогов, психологов, социальных педагогов, *координирующая роль в этом принадлежит региональным ЦОЗиМП*. В помощь решению этих задач необходимо привлекать и Центры здоровья для детей, организованные на функциональной основе в медицинских организациях ПМСП. В функции Центров здоровья для детей входит информирование родителей и детей о ФР, формирование «ответственного родительства», обучение родителей и детей гигиеническим навыкам, включающее мотивирование их к отказу от вредных привычек, мониторинг и анализ ФР заболеваний у детей.

Методологически построение работ по разработке и проведению информационных кампаний, акций, мероприятий, тематических круглых столов и др., в том числе в образовательных учреждениях, подробно изложены в разделах руководства 7.1 – 7.3. В разделе 7.2 даны подробные инструкции по составлению действенных информационных материалов, что особенно важно для подрастающего поколения, погруженного в интенсивное и разнообразное информационное поле новостей, советом и прочее.

Мероприятия ЦОЗиМП по повышению эффективности пропаганды и обучения навыкам ЗОЖ и профилактики НИЗ в рамках общеобразовательных программ включают, *например (список не исчерпывающий)*:

- анализ состояния здоровья детского (подросткового) населения (совместно с профильными специалистами) в разрезе региона (муниципалитета) с целью принятия соответствующих управленческих решений проводит;

- участие в составлении межведомственных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья детского и подросткового населения и включающих в себя формирование ЗОЖ, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания на уровне региона, муниципалитета;
- участие в разработке проектов, программ, направленных на повышение уровня знаний детей и подростков, а также их родителей по вопросам сохранения и укрепления здоровья, гигиены, оказанию первой помощи при острых жизнеугрожающих состояниях и др.;
- инициирует и принимает непосредственное участие в информационно-коммуникационных кампаниях по пропаганде ЗОЖ и профилактики НИЗ среди детей и подростков посредством каналов коммуникаций, востребованных в молодежной среде. Как было сказано в разделе 7.1, для молодой аудитории предпочтительными каналами воздействия являются информационные интернет-агентства, социальные сети, мессенджеры.

Пример формата популяционной работы среди учащихся старших классов (в молодежной среде) изложен подробнее в разделе 7.1 руководства, в таблице 4.

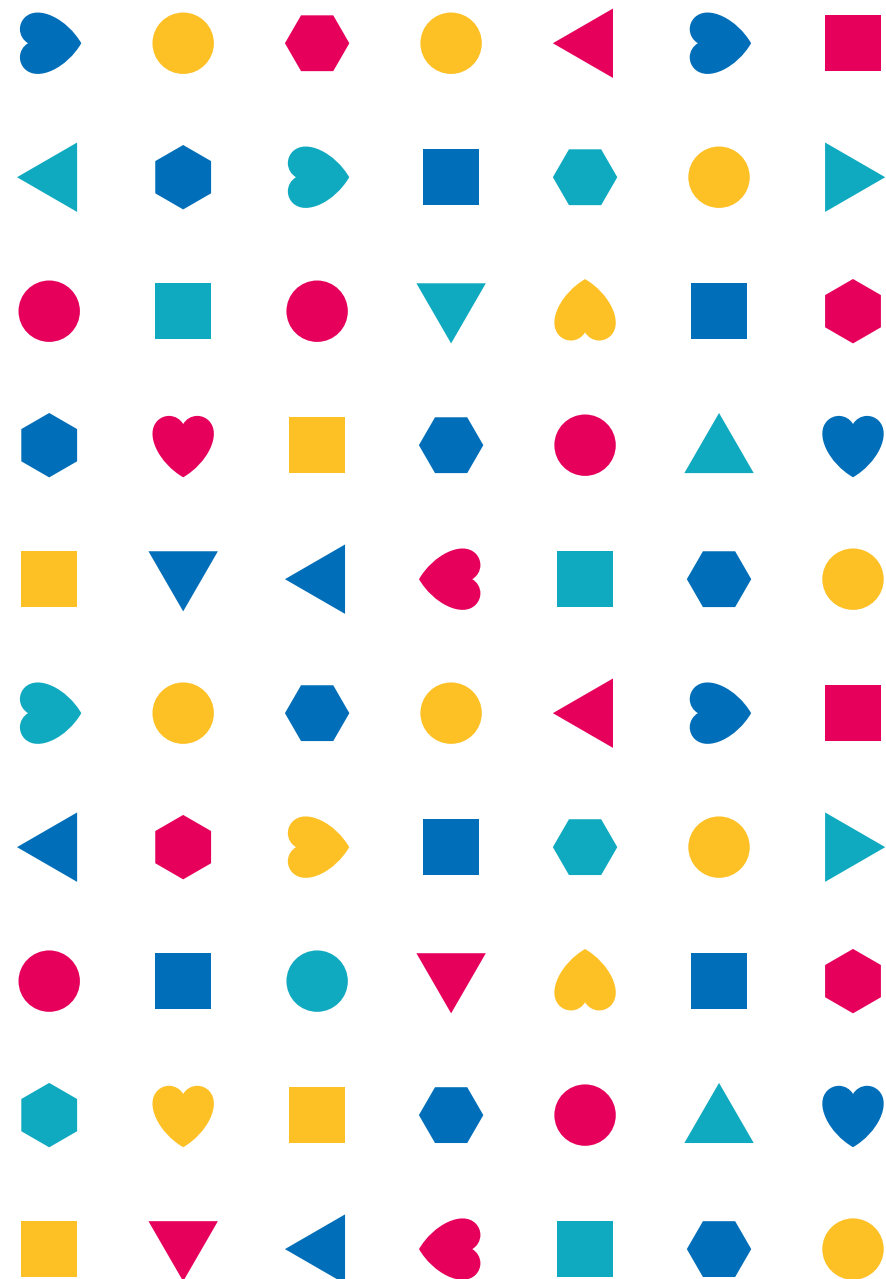
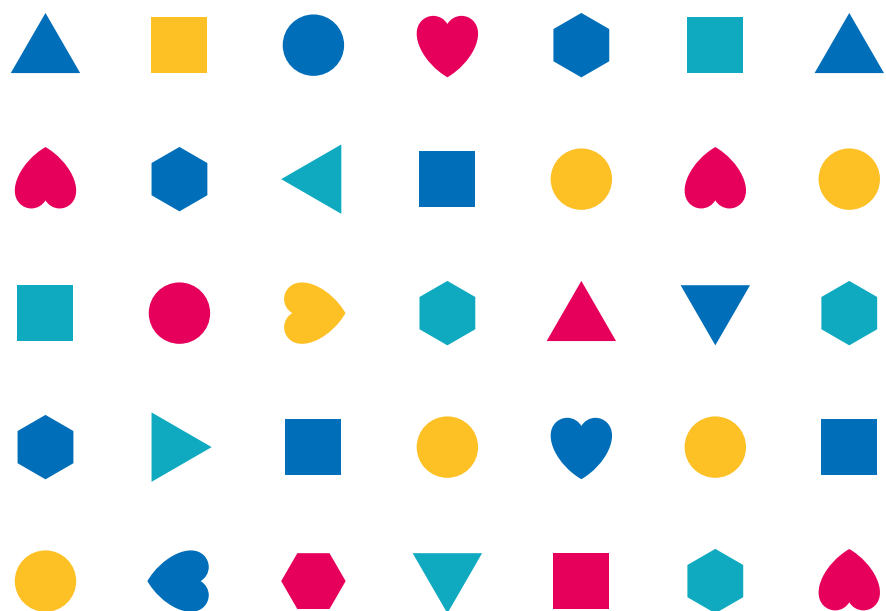
Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по разработке и реализации мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ у детей и молодежи, в субъекте Российской Федерации и в рамках общеобразовательных программ, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП и ЦМП [6], включает:

- указание на мероприятия, в которых принимал участие или организовывал ЦОЗиМП (с указанием числа, названия, числа участников и охвата) на разных уровнях – региональном, муниципальном;

- проведенные с участием ЦОЗиМП тематические (комплексные вопросы профилактики, по отдельным ФР) конференции, круглые столы, совещания, общественные слушания (число, тематика, количество участников);
- участие в организации и проведении массовых мероприятий, акций, круглых столов, научно-практических конференций по вопросам укрепления здоровья (число, тематика, количество участников).



Отдел организации медицинской профилактики



8. ОТДЕЛ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Основные функции отдела ЦОЗиМП [1]:

- Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику неинфекционных заболеваний;
- Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости и алкоголизме;
- Разработка и внедрение программ, направленных на повышение числа лиц, контролирующих артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных;
- Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, расширение практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска;
- Разработка, реализация и оценка эффективности мер по совершенствованию диспансерного наблюдения, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий, за пациентами с неинфекционными заболеваниями, включая психические расстройства;
- Анализ работы медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, организационно-методического обеспечения проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения лиц, имеющих высокий риск развития хронических неинфекционных заболеваний. Данный раздел включает также функцию по анализу результатов проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения;
- Участие в разработке мер по улучшению выявления и профилактики депрессивных, тревожных и постстрессовых расстройств, повышения доступности психологической и психотерапевтической помощи.

8.1 Разработка, реализация и оценка эффективности мер, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику НИЗ

Профилактика НИЗ в медицинских организациях ПМСП осуществляется структурами медицинской профилактики [1], которые создаются во всех медицинских организациях в зависимости от численности прикрепленного взрослого населения: 20 тыс. чел. и более - рекомендуется создание отделения медицинской профилактики для взрослых, менее 20 тыс. чел. – создание кабинета медицинской профилактики для взрослых.

Переход к новой организационной модели деятельности ЦОЗиМП потребует формирования перечня мер, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику неинфекционных заболеваний и технологии оценки их деятельности.

Актуальность задачи ЦОЗиМП. Разработка и реализация мер по профилактике неинфекционных заболеваний в структурах медицинской профилактики медицинских организаций включает со стороны ЦОЗиМП координацию, участие в организации и контроле реализации мер по:

- укреплению здоровья, профилактике заболеваний и формированию ЗОЖ среди прикрепленного населения на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях;
- раннему выявлению заболеваний и риска их развития, предупреждению заболеваний, коррекции факторов риска;
- повышению грамотности населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья;
- проведению профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в трудовых коллективах.



В задачи ЦОЗиМП по координации деятельности медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний входит:

- взаимодействие со структурами медицинской профилактики медицинских организаций (кабинетами, отделениями, центрами здоровья) по планированию, организации проведения, реализации и оценке мер и программ укрепления здоровья, профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни;
- проведение информационно-коммуникационных мероприятий повышения грамотности населения по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и ЗОЖ;
- организация и проведение обучения медицинских работников и оказание им консультативной помощи по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения;
- контроль качества и эффективности мероприятий и вмешательств в медицинских организациях по укреплению здоровья, медицинской профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;
- контроль организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в соответствии с нормативными документами;
- контроль выполнения мероприятий по профилактике заболеваний в соответствии с законодательством РФ.

С учетом новых задач и на переходный период к новой организационной модели деятельности ЦОЗиМП [1] в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России разработана Методика оценки [6] дополнительно к форме отраслевого статистического наблюдения «Сведения о деятельности центра медицинской профилактики» (ф.№70), чтобы обеспечить сопоставимость данных о деятельности этих структур и их преемственность на переходный период, а также методику формирования

сведений о деятельности ЦОЗиМП. В Методике предложен перечень показателей деятельности ЦОЗиМП, включая общую характеристику субъекта РФ с позиции профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ населения (площадь территории, численность проживающего населения (в т.ч. сельского), по полу и возрасту – дети (0-14 лет), подростки (15-17 лет), взрослые (18 лет и старше), сведения о подразделениях и кадровом обеспечении медицинской профилактики в субъекте (не входящие в ф.70), а также сведения о финансировании их профилактической деятельности.

Оценка мероприятий ЦОЗиМП по разработке, реализации и оценке эффективности мер, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, осуществляющих профилактику НИЗ, согласно Методике [6], включает¹⁶:

- меры, в разработке и реализации которых принимал участие ЦОЗиМП (с указанием перечня, количества, названия);
- мониторинг эффективности реализуемых мер (отметка о наличии или отсутствии мониторинга, указания показателей, которые оцениваются, исполнителей, кратности предоставления информации);
- обучающие мероприятия медицинскими работниками по вопросам профилактики и формированию здорового образа жизни среди населения (число занятий, число участников), в т.ч. с сотрудниками отделений/кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья, а также с сотрудниками медицинских организаций (за исключением отделений/кабинетов медицинской профилактики, ЦЗ), с сотрудниками санаторно-курортных организаций с сотрудниками других организаций;

¹⁶ Важно отметить, что перечисленные критерии оценки данной функции ЦОЗиМП не пока не полностью описывают результат деятельности ЦОЗиМП по укреплению общественного здоровья и формированию ЗОЖ, так как данная Методика [6] является временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизация центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

- проведение занятий с медицинскими работниками по вопросам диспансеризации и профилактических медицинских осмотров-ПМО (число занятий, число участников);
- разработка распорядительных и методических материалов (количество наименований, всего), в т.ч. для медицинских организаций, для образовательных организаций, для организаций культуры, для организаций физической культуры, для СМИ, для муниципальных органов власти, для членов общественных организаций, для волонтеров.

8.2. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости и алкоголизме



8.2.1. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости

Актуальность задачи. Оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака регулируется Федеральным законом «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака» [16], Согласно ст.17 ФЗ-15 лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации оказывается медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, такая медицинская помощь оказывается в медицинских организациях государственной/муниципальной/частной системы здравоохранения в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывается на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая ему может быть оказана.

С 01 сентября 2021 г. вступил в силу приказ Минздрава от 26 февраля 2021г. №140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или никотинсодержащей (НС) продукции» (далее - Порядок). [104].

Порядок устанавливает правила организации оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или НС продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или НС продукции. Порядок предусматривает организацию помощи по профилю основного заболевания в медицинских учреждениях и организацию Кабинета медицинской помощи по отказу от табака и никотина и определяет основные функции Кабинета. В медицинских организациях ПМСП с численностью обслуживаемого населения не менее 20 тыс. человек, наряду с отделениями медицинской профилактики будут функционировать Кабинеты медицинской помощи по отказу от табака и никотина.

Меры по совершенствованию помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака прописаны также в Плане мероприятий новой Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иных НС продуктов до 2035 года и дальнейшую перспективу [18] и включают:

1. Совершенствование документов статистической отчетности в сфере здравоохранения. Отражение в медицинской документации информации о потреблении пациентом табака и иной НС продукции;

2. Информирование граждан о вреде потребления табачной и НС продукции при оказании им медицинской помощи по профилю основного заболевания.

Таким образом, меры по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости – фокусируются на усовершенствовании организации и оказания медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака в рамках реализации действующих нормативно-правовых документов.

Исследования, проведенные в ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России в 10 субъектах РФ, показали, что полнота реализации законодательных мер, направленных на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, существенно различается между субъектами РФ. Показано также, что в субъектах, включенных в анализ с полной реализацией этих мер коррелирует распространенность курения и снижение госпитальной заболеваемости инфарктом миокарда, т.е. чем полнее оказание помощи – тем ниже распространенность курения и более выражено снижение уровня заболеваемости [105].

В этой связи, для разработки реализации и оценки эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости необходимо проведение органами государственной власти субъектов РФ при координацией ЦОЗиМП ряда мероприятий, включающих:

- Меры, направленные на совершенствование приверженности медицинских учреждений к реализации антитабачной политики: внедрение концепции «медицинское учреждение – свободное от табака»;
- Введение системы регистрации факта потребления табака и иной НС продукции в медицинские карты амбулаторных пациентов и истории болезни больных, находящихся на стационарном лечении;

- Внедрение унифицированных форм статистической отчетности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи при отказе от потребления табака и иной НС продукции;
- Включение отдельных услуг по оказанию медицинской помощи, направленной на преодоление потребления табака/никотина и лечение табачной зависимости, а именно: индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в тарифные соглашения ТФОМС субъектов РФ;
- Совершенствование организации медицинской помощи при потреблении табака и иной НС продукции: внедрение алгоритмов про-активного выявления, консультирования и маршрутизации пациентов, потребляющих табак на всех уровнях в учреждениях ПМСП, в том числе при диспансеризации и профилактических осмотрах;
- Организация на базе учреждений ПМСП с численностью обслуживаемого населения не менее 20 тыс. человек, кабинетов медицинской помощи по отказу от табака и никотина;
- Совершенствование организации в женских консультациях, в антенатальных, перинатальных клиниках и роддомах медицинской помощи, направленной на защиту беременных женщин от потребления табака и иной НС продукции и воздействия окружающего табачного дыма, организация в этих клиниках Кабинетов медицинской помощи по отказу от табака и никотина;
- Организация обучения персонала / подготовку кадров для работы в Кабинетах медицинской помощи по отказу от табака и никотина;
- Включение вопросов профилактики потребления табака и потребления иных НС продуктов, лечения табачной и никотиновой зависимости и последствий потребления табака и никотина в программу обучения высших и средних медицинских учебных заведений;

- Разработка и реализация информационно-коммуникационных мероприятий о вреде табака/никотина, доступных способах преодоления табачной/никотиновой зависимости, и возможностях получения медицинской помощи по отказу от потребления табака/никотина.

В таблице 8 сформулированы предложения по пакетам мер, направленных на повышение доступности медицинской помощи при табачной зависимости, возможным механизмам их реализации и инструментам оценки.



Таблица 8. Меры, направленные на повышение доступности медицинской помощи при табачной зависимости, примеры механизмов реализации и оценки

| | Меры по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости | Механизмы реализации | Индикаторы оценки/методы верификации |
|---|---|--|--|
| | Нормативно-правовые/финансовые | | |
| 1 | Меры, направленные на совершенствование приверженности медицинских учреждений к реализации антитабачной политики: внедрение концепции «медицинское учреждение – свободное от табака» | Адаптация концепции «Больницы, свободные от табака» для местных реалий, ознакомление руководителей медицинских учреждений; повышение информированности руководителей медицинских учреждений о целесообразности внедрения концепции | Доля медицинских учреждений (амбулаторных, стационарных, женских консультаций, санаториев) внедривших политику «Учреждение, свободное от табака» |
| 2 | Внедрение системы регистрации факта потребления табака и иной НС продукции в медицинские карты амбулаторных пациентов и истории болезни больных, находящихся на стационарном лечении | Введение в нормативно-правовые акты учреждения обязательным регистрацию факта потребления табака и или иных НС продуктов в медицинской документации пациента Разработка и внедрение формы регистрации потребления табака | Доля медицинских учреждений (в отношении всех медицинских учреждений территории), сделавших обязательным регистрацию факта потребления табака в медицинской документации пациента/ НПА организаций, заполненные формы регистрации потребления табака |
| 3 | Внедрение унифицированных форм статистической отчетности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи при отказе от потребления табака и иной НС продукции | Разработка единых унифицированных форм статистической отчетности (на Федеральном уровне) Внедрение форм в Медицинских учреждениях; сбор информации, осуществление контроля за их заполнением | Форма включает информацию о потреблении табачных изделий, электронных НС изделий, продуктов нагревания табака и их сочетанного потребления. |
| 4 | Включение отдельных услуг по оказанию медицинской помощи, направленной на преодоление потребления табака/никотина и лечение табачной зависимости, а именно: индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и групповое профилактическое консультирование в тарифные соглашения ТФОМС субъектов РФ | Договор с ТФОМС на уровне исполнительных властей субъектов РФ; включение отдельных услуг по лечению табачной зависимости в тарифный план; ведение учета и отчетности средств, реализуемых на оказание услуг медицинской помощи по лечению табачной зависимости | Тарифы на услуги по лечению табачной зависимости Объем расходов бюджета бюджетной системы РФ на лечение одного пациента от табачной зависимости |

| | Меры по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости | Механизмы реализации | Индикаторы оценки/методы верификации |
|---|---|--|--|
| | Организационные¹⁷ | | |
| 5 | Совершенствование организации медицинской помощи при потреблении табака и иной НС продукции: внедрение алгоритмов про-активного выявления, консультирования и маршрутизации пациентов, потребляющих табак на всех уровнях в учреждениях ПМСП, в том числе при диспансеризации и профилактических осмотрах | Внедрение системы учета и отчетности; Учет активного выявления пациентов, потребляющих табак/никотин; проведения краткого консультирования участковым фельдшером/терапевтом, ВОП/специалистом; проведения углубленного консультирования; направления в Кабинеты медицинской помощи по отказу от табака и никотина. | <ul style="list-style-type: none"> · выявленных пациентов, потребляющих табачные изделия, · выявленных пациентов, потребляющих электронные НС изделия, · выявленных пациентов, потребляющих табачные и электронные НС изделия: из числа пациентов, обратившихся в Медучреждение; · из выявленных пациентов, потребляющих табачные/ НС изделия, кому была предоставлена краткая консультация по отказу от потребления табака/никотина · из выявленных пациентов, потребляющих табачные/ НС изделия, кому было предоставлено углубленное консультирование; · из выявленных пациентов, потребляющих табачные/ НС изделия, кому было назначено медикаментозное лечение табачной зависимости · из выявленных пациентов, потребляющих табачные/ НС изделия, кто делал попытку бросить курить · из выявленных пациентов, потребляющих табачные/ НС изделия, кто отказался от курения (потребления НС продуктов) за время лечения · из выявленных пациентов, потребляющих табачные/ НС изделия, кто отказался от курения (потребления НС продуктов) и оставался некурящим в течении 12 мес |
| 6 | Организация на базе учреждений ПМСП с численностью обслуживаемого населения не менее 20 тыс. человек, Кабинетов медицинской помощи по отказу от табака и никотина | Создание Кабинетов, обеспечение помещением, комплектация кадрами, оборудованием, в соответствии с Порядком | <ul style="list-style-type: none"> · Доля медицинских учреждений, организовавших Кабинеты из общего числа медучреждений с численностью прикрепленного населения не менее 20 тыс. человек · Доля Кабинетов, 100% укомплектованных квалифицированными кадрами · Доля Кабинетов, нуждающихся в кадровом обеспечении · Доля медицинских учреждений по профилю репродуктивного здоровья (в т.ч. женских консультаций, антенатальных, перинатальных клиник), организовавших Кабинеты из общего числа медучреждений данного профиля |
| 7 | Совершенствование организации в женских консультациях, и в антенатальных, перинатальных клиниках и роддомах медицинской помощи, направленной на защиту беременных женщин от потребления табака и иной НС продукции и воздействия окружающего табачного дыма, организация в этих клиниках Кабинетов медицинской помощи по отказу от табака и никотина; | Внедрение системы учета и отчетности; Учет активного выявления женщин, потребляющих табак/никотин; проведения краткого консультирования участковым акушером/врачом женской консультации, ВОП/специалистом; проведения углубленного консультирования; направления в Кабинеты медицинской помощи по отказу от табака и никотина. | <ul style="list-style-type: none"> · выявленных женщин, потребляющих табачные изделия, · выявленных женщин, потребляющих электронные НС изделия, · выявленных женщин, потребляющих табачные и электронные НС изделия: из числа женщин, обратившихся в женскую консультацию/антенатальную или перинатальную клинику; · из выявленных женщин, потребляющих табачные/ НС изделия, кому была предоставлена краткая консультация по отказу от потребления табака/ никотина · из выявленных женщин, потребляющих табачные/ НС изделия, кому было предоставлено углубленное консультирование · из выявленных женщин, потребляющих табачные/ НС изделия, кому было назначено медикаментозное лечение табачной зависимости · из выявленных женщин, потребляющих табачные/ НС изделия, кто делал попытку бросить курить · из выявленных женщин, потребляющих табачные/ НС изделия, которые отказались от курения (потребления НС продуктов) за время лечения/наблюдения · из выявленных женщин, потребляющих табачные/ НС изделия, которые отказались от курения (потребления НС продуктов) и оставались некурящими в течении 12 мес. · из женщин, посещающих данные медучреждения, которые сделали свои дома свободными от табака |

¹⁷ Набор индикаторов предложен на выбор для оценки реализации отдельных мер.

| | Меры по повышению доступности медицинской помощи при табачной зависимости | Механизмы реализации | | Индикаторы оценки/методы верификации |
|----|--|---|--|--|
| | Образовательные | | | |
| 8 | Организация обучения персонала / подготовку кадров для работы в Кабинетах медицинской помощи по отказу от табака и никотина; | Оценка ситуации, количество специалистов/ медработников, нуждающихся в обучении, Выбор Федеральных или региональных учреждений, предоставляющих курсы последипломного образования по данному профилю; организация обучения | | <ul style="list-style-type: none"> · % обученных специалистов/ медработников из числа тех, кто нуждался в обучении · Количество часов в преподаваемых курсах · Результаты тестирования знаний (умений/навыков) в соответствии с образовательным стандартом. (см. п.9). |
| 9 | Включение вопросов профилактики потребления табака и иных НС продуктов, лечения табачной и никотиновой зависимости и последствий потребления табака и никотина в программу обучения высших и средних медицинских учебных заведений; | Разработка образовательного стандарта программ/циклов по проблеме для последипломного обучения, подготовки, ВУЗов и средних медицинских учебных заведений; интеграция в учебные программы этих заведений | | <ul style="list-style-type: none"> · Образовательный стандарт, разработанный преподавателями медицинских ВУЗов, совместно с экспертами по проблеме · Количество (%) учебных заведений, внедривших программы обучения по профилактике потребления табака и иных НС продуктов, лечения табачной и никотиновой зависимости и последствий потребления табака в учебный план |
| | Информационно-коммуникационные | | | |
| 10 | Разработка и реализация информационно-коммуникационных мероприятий о вреде табака/ никотина, доступных способах преодоления табачной/никотиновой зависимости, и возможностях получения медицинской помощи по отказу от потребления табака/ никотина. | В соответствии с утвержденным в НПА МЗ субъекта РФ информационно-коммуникационной стратегией преодоления потреблением табака, разработка и демонстрация социальной рекламы по всем каналам массовой информации, использование соцсетей и интернет, рекламирование услуг по оказанию помощи курящим и лечению табачной зависимости в информационных роликах медицинских организаций. | | <ul style="list-style-type: none"> · Доля информационных сообщений, освещающих возможности и адреса для получения услуг по лечению табачной зависимости из общего числа информационных сообщений · Доля информационных сообщений, об услугах по лечению табачной зависимости из общего числа информационных сообщений конкретных лечебных учреждений · % лиц из обратившихся в медицинские учреждения, которые видели информацию о предоставляемых услугах по лечению табачной зависимости · % потребителей табака/никотиновых продуктов, из обратившихся курильщиков в медицинские учреждения, которые видели информацию о предоставляемых услугах по лечению табачной зависимости · % потребителей табака/никотиновых продуктов, из обратившихся курильщиков медицинские учреждения, которые обратились, потому что видели информацию о предоставляемых услугах по лечению табачной зависимости |



8.2.2. Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при алкоголизме

Актуальность задачи. Основной мерой, направленной на повышение доступности медицинской помощи по профилактике алкоголизма, является организация раннего выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя и оказание им консультативной помощи.

Данная работа в настоящее время проводится в соответствии с приказами Минздрава РФ от 30.12.2015 №1034н (ред. от 30.07.2019) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» [106], и от 29.10.2020 №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» [1], а также приказа от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» [61]. Поэтому, в первую очередь, необходима реализация и оценка эффективности тех мер, которые уже проводятся в рамках диспансеризации: выявление лиц с риском пагубного потребления алкоголя в рамках первого этапа диспансеризации, их консультирование в кабинетах (отделениях) медицинской профилактики, центрах здоровья, направление, при необходимости, на лечение к специалисту-наркологу. Эти задачи являются прямой функциональной обязанностью врачей первичного звена [61] при тесном взаимодействии со специалистами регионального ЦОЗиМП, роль которых заключается в координационно-методической поддержке этой деятельности, обучении медицинских работников медицинских организаций ПМСП. Эта работа выполняется в тесном взаимодействии с кабинетами/отделениями медицинской профилактики медицинских организаций ПМСП. В сферу взаимодействия ЦОЗиМП по данной проблеме необходимо включать не только специалистов первичного звена, но и наркологической службы. Примерами такого комплексного решения могут служить, например, региональные ведомственные приказы [107, 108], в которых задачи региональных ЦОЗиМП по профилактике алкоголизма в регионе (ранее ЦМП) определены и утверждены.

Для оценки эффективности, качества и доступности медицинской помощи по профилактике алкоголизма можно рекомендовать использовать в совместной работе ЦОЗиМП с кабинетами/отделениями медицинской профилактики следующие показатели, таблица 9.

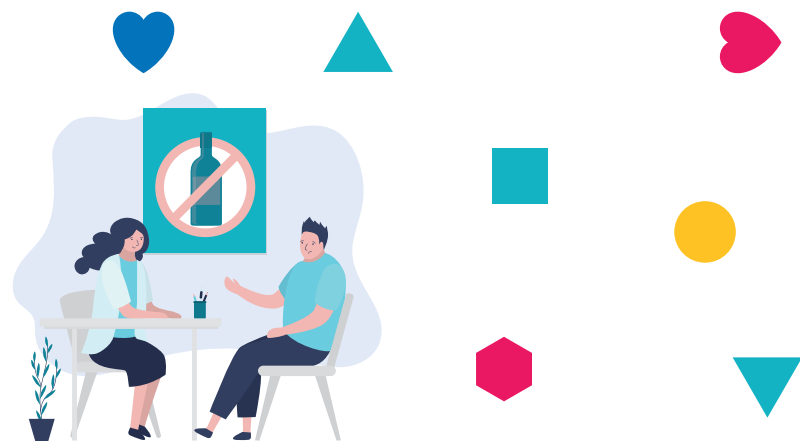
Таблица 9. Предложения по системе показателей оценки медицинской эффективности скрининга и профилактического консультирования

| № | Показатели | Алгоритм расчета |
|---|--|---|
| 1 | Охват пациентов первичным скринингом | Количество пациентов, ответивших на вопросы теста AUDIT-C *100 / Количество пациентов, прошедших диспансеризацию |
| 2 | Доля пациентов, с риском пагубного потребления алкоголя | Количество пациентов, отнесенных к группе риска *100 / Количество пациентов, ответивших на вопросы анкеты AUDIT-C |
| 3 | Доля пациентов, с риском пагубного потребления алкоголя, направленных в кабинет медицинской профилактики (КМП) | Количество пациентов, направленных в КМП *100/ Количество пациентов, отнесенных к группе риска |
| 4 | Охват пациентов целевым скринингом | Количество пациентов, ответивших на вопросы теста AUDIT *100/ Количество пациентов, направленных в КМП |
| 5 | Охват пациентов с риском пагубного потребления алкоголя профилактическим консультированием | Количество пациентов, подлежащих консультированию по результатам вторичного скрининга *100 / Количество пациентов, ответивших на вопросы теста AUDIT |
| 6 | Результативность профилактического консультирования | Количество пациентов, мотивированных на достижение цели * 100 / Количество пациентов, подлежащих консультированию по результатам вторичного скрининга |
| 7 | Качество профилактического консультирования | Количество пациентов, сохранивших приверженность достигнутой цели *100/ Количество пациентов, мотивированных на достижение цели |
| 8 | Качество консультирования пациентов с возможной алкогольной зависимостью | Количество пациентов, направленных на консультацию к наркологу*100/ Количество пациентов, получивших консультацию нарколога |

В существующих федеральных нормативных актах и методических документах пока данные показатели оценки не предусмотрены, поэтому необходимо организовать контроль качества работы медицинских организаций ПМСП по раннему выявлению лиц с риском пагубного потребления алкоголя и оказания им медицинской помощи в рамках исполнения п. 3 Протокола видеоселекторного совещания с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации от 29.06.2017 по вопросам совершенствования деятельности наркологической службы и ее взаимодействия со службой медицинской профилактики.

В перечень мероприятий необходимо включить вопросы подготовки кадров.

Оценка мероприятий ЦОЗиМП реализации функции разработке, реализации и оценке эффективности мер по повышению доступности медицинской помощи при алкоголизме, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], включает¹⁸ краткое описание деятельности в этом направлении.



¹⁸ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

8.3 Разработка и внедрение программ, направленных на повышение числа лиц, контролируемых артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных

Актуальность задачи. В Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года [103] в основные направления решения задач снижения заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличения ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни важная роль отводится мерам:

- разработки и внедрения программ, направленных на повышение числа лиц, контролируемых артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных;
- совершенствования диспансерного наблюдения (ДН), в том числе дистанционного ДН с применением информационных технологий за пациентами с неинфекционными заболеваниями.

Роль ЦОЗиМП. Одной из задач национального проекта «Здравоохранение», предусмотренной Указом Президента Российской Федерации №204 от 7 мая 2018 года «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [109], является внедрение в практику инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов.

Применение различных телемедицинских (ТМ) технологий дистанционного контроля отдельных параметров здоровья

пациентов, в первую очередь артериального давления (АД), достижения и поддержания целевых значений является важным механизмом повышения качества и доступности медицинской профилактической помощи, способствует мотивации пациентов по контролю АД [89]. К настоящему моменту в нашей стране, с учётом накопленного международного и отечественного опыта, наличия нормативной и методической базы, а также наличия доступного по цене оборудования и отработанной организационной технологии, может и должна расширяться практика дистанционного мониторинга АД у больных АД. Это позволит значимо увеличить долю гипертоников, находящихся на диспансерном наблюдении, и существенно повысить эффективность антигипертензивной терапии. В клинко-экономических исследованиях, проведённых в нашей стране, установлено, что дистанционный мониторинг АД экономически выгоден, по сравнению с обычной практикой лечения больных АД, так как затраты на его реализацию меньше ожидаемого экономического эффекта, при этом начальные затраты на применение этого метода будут компенсированы за счет предотвращения будущих неблагоприятных событий (уменьшение количества вызовов неотложной и скорой помощи, снижение числа трудовых потерь, а в дальнейшем уменьшение количества инсультов и инфарктов миокарда и в конечном итоге снижение сердечно-сосудистой смертности).

Телемедицина не является отдельным видом медицинской деятельности, а служит технологической основой ее практической реализации в реальной практике в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий [110]. Наиболее широкое внедрение ТМ-технологии получили в ДДН пациентов с артериальной гипертензией (АГ), методика которого изложена в методических рекомендациях [111]. В настоящее время приказом Минздрава РФ [109] утверждена медицинская услуга «Мониторирование показателей артериального давления с применением телемедицинских технологий» (код А02.12.002.002), включение услуги в тарифы ТФОМС содействует ее практическому внедрению [112].

Дистанционные технологии мониторинга параметров здоровья имеет большие перспективы в профилактике заболеваний [113],

по сути, являются новой формой общения врача и пациента, успех которого во многом зависит от отношения практикующих врачей и самих пациентов к дистанционному взаимодействию [114]. Формирование в обществе отношения, ориентированного на новые эффективные профилактические технологии, как медицинских работников, так и пациентов, является задачами специалистов общественного здоровья.

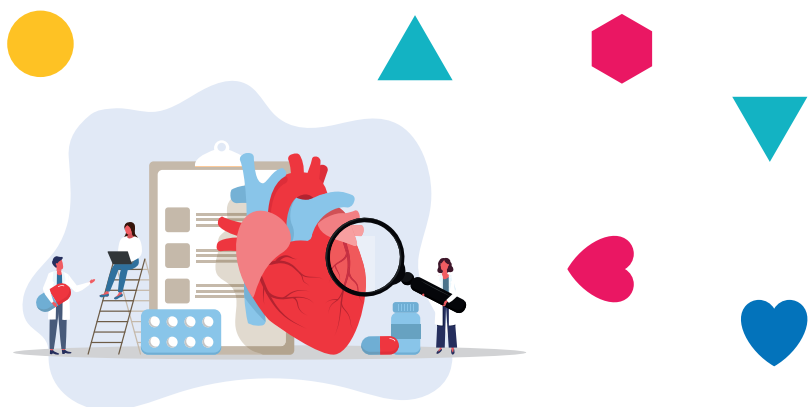
В сфере профессиональных интересов и задач специалистов по общественному здоровью ЦОЗиМП, призванных координировать профилактическую работу в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи эти направления действий включают:

- разработку и внедрение совместно с руководством медицинских организаций ПМСП программ, направленных на повышение числа лиц, контролирующего артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных;
- привлечение к реализации программ, направленных на повышение числа лиц, контролирующего артериальное давление, финансовые механизмы, включающие формирование мер частно-государственного партнерства;
- содействие широкому внедрению новых профилактических (дистанционных технологий), прежде всего, привлекая коммуникационно-информационные технологии;
- повышение профессиональной компетенции медицинских работников медицинских организаций ПМСП по совершенствованию ДН больных с АД в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, достижения и поддержания целевых уровней АД, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных.

Результаты исследований показывают, что применение дистанционного ДН экономически целесообразно [115],

позволяет существенно повысить своевременность оказания медицинской помощи пациентам с АГ, эффективно достичь и удержать целевые уровни АД, существенно снизить число гипертонических кризов, что является ключевыми факторами для предотвращения развития обострений и осложнений заболеваний, а также снижения смертности от ССЗ [113]. Принципиально меняется схема взаимодействия – не только пациент определяет, когда в случае ухудшения самочувствия или состояния надо обратиться к врачу, но и медицинский работник на основании объективных данных приборов, принимает решение о способе и срочности контакта с пациентом. Также показана эффективность применения дистанционных технологий в части повышения приверженности пациентов к регулярному контролю уровня АД, а также приверженности к проводимой антигипертензивной терапии.

Оценка деятельности ЦОЗиМП по выполнению данной функциональной задачи пока не разработана, так как эти функция является новой. В этой связи в отчетах о деятельности необходимо отражать информацию о наличии программ, направленных на повышение числа лиц, контролируемых артериальное давление в целях профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе посредством медицинских изделий с функцией дистанционной передачи данных (название программы, цели, кто участвует, охват пациентов и др. аспекты организации), в реализации или координации которых принимает участие ЦОЗиМП.



8.4 Разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, расширение практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска

Актуальность задачи. Крайне важным является разработка, реализация и оценка эффективности мер по повышению охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, расширение практики выявления факторов риска и их коррекции, а также пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска.

Направления деятельности, в том числе и ЦОЗиМП, способствующие решению задачи полноты охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами/диспансеризацией и профилактическим консультированием.

1. Межведомственное взаимодействие позволит создать необходимые условия для формирования на региональном уровне профилактической среды и обеспечения ее доступности для всех возрастных и социальных групп населения.

С целью эффективного выстраивания траектории развития общественного здоровья рекомендуется устанавливать межведомственное взаимодействие с:

- органами исполнительной власти субъекта РФ;
- местными органами исполнительной власти;
- медицинскими организациями региона;

- общественными организациями;
- образовательными организациями;
- трудовыми коллективами и др.

Такое взаимодействие как на региональном, так и муниципальном уровнях позволяет решить важные задачи:

- Установить нормативное регулирование отдельных положений касательно ведения ЗОЖ и профилактики НИЗ (например, в отношении употребления табака, распития спиртных напитков, участия в мероприятиях отдельных групп населения и т.д.);
- Сформировать единый план проведения профилактических и просветительских мероприятий на территории региона с возможностью таргетно выделять определенные возрастные и социальные группы населения;
- Проанализировать результаты ПМО и диспансеризации отдельными медицинскими организациями (качественного и количественного характера) с локальным усилением коммуникационной кампании с населением;
- Использовать административные возможности распространения социальной рекламы в регионе;
- Провести исследование о распространенности факторов риска развития НИЗ (включая отдельные муниципалитеты);
- Организовывать образовательные и иные мероприятия с медицинскими работниками, в чьи функциональные обязанности входит пропаганда ЗОЖ и выявление / коррекция факторов риска развития НИЗ;
- Проанализировать текущую ситуацию по ведению населением здорового образа жизни в регионе и на отдельных территориях;

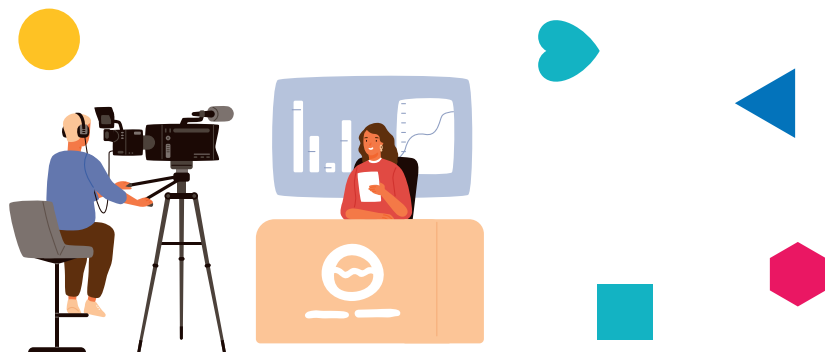
- Обеспечить проведение широкоформатной информационно-коммуникационной кампании по просвещению населения;
- Привлечь волонтеров и представителей общественных организаций с целью совместного взаимодействия с аудиторией и предоставления ей необходимой информации разными методами (в том числе путем геймификации и интерактивного взаимодействия);
- Проводить массовые мероприятия (в том числе ПМО при участии мобильных медицинских комплексов);
- Обеспечить взаимодействие с волонтерскими организациями, которое позволит повысить охват и качество планируемых мероприятий и др.

2. Взаимодействие со СМИ. Преимуществами СМИ являются скорость распространения информации и возможность ее доставки до географически удаленных территорий. Каждое СМИ обладает своими отличительными характеристиками, в том числе с точки зрения подачи информации.

- *печатные издания (пресса)* являются концентратом текстовой информации, требующей от читателя определенной степени аналитики, абстрактного мышления, работы воображения и самого по себе интеллектуального напряжения. Такие варианты передачи информации через текст также удобны благодаря возможности вернуться к ранее прочитанной информации. В связи с этим рекомендуется представлять информацию в максимально упрощенном виде для аудитории, которая потенциально не обладает необходимыми дополнительными знаниями в сфере здоровья. Текст должен быть легко читаем, иметь логическую последовательность и вывод, который является ключевым для читателя. Немаловажным является заголовок текста, который в первую очередь привлекает внимание аудитории и заставляет продолжить его изучение;
- *радио* имеет ключевое преимущество в доступности и практически безграничном распространении (в том числе

по сравнению с телевидением). Наличие живого голоса формирует более высокую степень доверия у аудитории к представленной информации. Однако в настоящее время радио, ввиду своей невысокой популярности, мало используется. При использовании данного СМИ необходимо подготовить короткий текст с основной информацией, требующейся для слушателей (например, при анонсе проводимых мероприятий сообщить цель мероприятия, возможности для участников, дату и время проведения, место). Полнота выступления и учет необходимых деталей при анонсировании мероприятия позволяет увеличить потенциальное число участников;

- **телевидение** характеризуется возможностью практически полного и достоверного формирования тематических картин, которые обеспечат аудитории максимальное погружение в освещаемый вопрос и поможет удержать внимание зрителя. Информация, предоставляемая через телевидение, носит образный и целостный характер. Трансляция идеи путем участия экспертов в телепередачах автоматически является доступной для восприятия слушателей благодаря специальной подготовке как эксперта, так и ведущего в рамках темы. При просмотре ТВ у аудитории формируется эффект личного присутствия и непосредственного участия. Однако стоит помнить, что значительную часть информации человек получают через зрение. Именно поэтому рекомендуется предусмотреть возможность наглядной демонстрации освещаемых вопросов;



- **Интернет** позволяет аккумулировать все вышеперечисленные варианты предоставления информации населению: видео, аудио-материалы, текстовый и графический форматы. Однако стоит помнить, что при создании подобных продуктов и их размещении на отдельных ресурсах основополагающим является их распространение. При разработке отдельных сайтов или аккаунтов в социальных сетях необходимо анонсировать данную информацию и через другие источники СМИ с целью увеличения числа постоянных пользователей Интернета, получающих информацию. Одним из наиболее популярных в последнее время вариантов информирования аудитории о предстоящем мероприятии является рассылка по электронным почтам.

Стоит помнить, что главная роль СМИ в распространении позитивной информации, которая будет интересна и важна населению. Это позволяет сформировать ценностные ориентиры и принципы в отношении укрепления и сохранения здоровья. Для этого важным является распространение медицинской информации позитивного направления, которая может транслироваться регулярно с учетом поло-возрастной и социальной особенностей аудитории.

Эффективность взаимодействия со СМИ напрямую зависит от грамотности предоставленной информации, ее доступности и профессионализма.

Для возможности системного использования ресурсов СМИ для достижения поставленной цели рекомендуется составить план взаимодействия, отражающий использование различных вариантов СМИ, в том числе для распространения информации об Интернет-ресурсах и аккаунтах в социальных сетях по тематическим блокам.

3. Проведение семинаров с врачами-терапевтами, врачами общей практики, врачами кабинетов/отделений медицинской профилактики, другими специалистами, участвующих в ПМО и диспансеризации, в том числе и углубленной. Организация подобных семинаров может затрагивать два ключевых вопроса:

1. Фактическая организация ПМО и диспансеризации, включая углубленную [116]: привлечение населения для прохождения исследований, качество выполняемых исследований, соответствие действий медицинского персонала нормативным документам, грамотное формирование индивидуального плана диспансеризации пациента и т.д.
2. Предоставление аналитических региональных и муниципальных данных по заболеваемости населения, распространенности факторов риска развития ХНИЗ, приверженности населения к ЗОЖ с целью коррекции проводимых осмотров и других мероприятий в рамках ПМО, диспансеризации, в том числе углубленной.

Подобные мероприятия рекомендуется проводить 1 раз в месяц на основании полученных аналитических данных. При необходимости проведение семинаров может быть организовано локально, в отдельных муниципалитетах или медицинских организациях, демонстрирующих низкие результаты профилактических мероприятий или несоответствие их результатов с эпидемиологическими данными на территории региона.

Мероприятия могут быть организованы в онлайн формате, позволяющем привлечь всех заинтересованных лиц и потенциально увеличить качество мероприятий в будущем.

Участниками мероприятий могут стать все категории медицинского персонала в зависимости от освещаемых вопросов (участников процесса ПМО и диспансеризации, включая углубленную).

4. Обучение специалистов навыкам проведения профилактического консультирования. Профилактическое консультирование является эффективной технологией профилактики НИЗ и коррекции факторов риска их развития, которое включено в программу ПМО и диспансеризации.

В ходе консультирования пациент должен быть проинформирован об основах ведения ЗОЖ, порядке действий

при возникновении жизнеугрожающих ситуаций, получить индивидуальную профилактическую консультацию в отношении своего здоровья, которая позволит повысить уровень его мотивации к ведению ЗОЖ и скорректировать выявленные патологические состояния и/или факторы риска развития НИЗ.

Данная информация, которая должна поступить к пациенту по итогам ПМО и диспансеризации является главной возможностью формирования поведенческих изменений в будущем.

В связи с этим консультирование должно базироваться на трех основных этапах: информирование, непосредственное консультирование, мотивация. По сути это правильно построенная беседа с пациентом, основанная на конкретных данных его здоровья.

Ключевая цель – бесконфликтно побудить пациента изменить свое поведение, мотивировать его на дальнейшие изменения в отношении сохранения и укрепления собственного здоровья.

Организация обучения специалистов может проводиться как по вопросам базовых принципов проведения профилактического консультирования, так и затрагивать региональные особенности (эпидемиологическую ситуацию, распространенность факторов риска развития НИЗ, опыт проведения профилактических консультирований с демонстрацией результата).

5. Оказание методической помощи в организации маршрутизации пациентов и проведения ПМО, диспансеризации, в том числе углубленной, при помощи бережливых технологий. Приступая к планированию и освещению маршрутизации, рекомендуется составить наглядную схему, демонстрирующую различные варианты и условия направления пациентов. Важным является маршрутизация не только в рамках одной медицинской организации, но и с привлечением других. Особенно значимо рассмотреть маршрутизацию пациентов, проживающих в отдельных населенных пунктах или сельских местностях в получающих ПМСП на территории фельдшерско-акушерского пункта (ФАП).

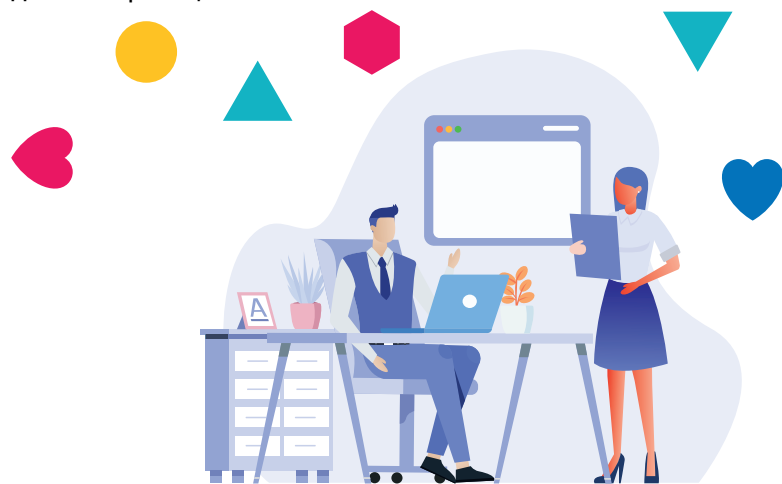
Маршрутизация пациентов регулируется на региональном уровне и на уровне медицинской организации путем издания соответствующих Приказов.

В каждой медицинской организации должна быть сформирована индивидуальная схема маршрутизации пациентов.

Данный документ рекомендуется сопровождать методической базой, позволяющей доступно и полно донести медицинскому персоналу и медицинской организации этапность и условия направления пациентов для проведения обследований и ряда консультаций специалистов.

Для удобства использования рекомендуется сформировать схему маршрутизации пациентов в рамках диспансеризации отдельно на I и II этапах. Аналогично в рамках углубленной диспансеризации.

Стоит учитывать различия лабораторно-инструментальных методов для пациентов разных половозрастных категорий (а также результаты определенных методов исследования для углубленной диспансеризации). В связи с этим будет прослеживаться различная продолжительности проведения диспансеризации.



Основные положения, на которые необходимо ориентироваться при составлении маршрутизации пациентов:

Расписание приема медицинского персонала. Не менее 90% - доля посещений по установленному времени, не менее 90 % - доля посещений по предварительной записи. Структура анализа: сведения о произведенных записях из МИС, ресурса «Электронная регистратура»; наблюдение за процессом проведения амбулаторного приема и опрос пациентов, находящихся в очереди у кабинета приема. Необходимо обеспечить выполнение ПМО и первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений.

Пересечение потоков пациентов. Не более трех пересечений потоков при проведении диспансеризации (в т.ч. углубленной), ПМО с иными потоками пациентов в поликлинике. Структура анализа: выявление пересечений потоков пациентов у кабинетов, входящих в состав исследуемого процесса одновременно (в одних и тех же условиях), с потоками пациентов иных процессов (пересечение потоков диспансеризации и ПМО не учитываются). Проводится заведующим отделением медицинской профилактики.

Организация системы навигации в медицинской организации. Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, должно занимать не более 30 секунд. Структура анализа: визуальный осмотр, движение по потоку процесса оказания медицинской помощи. Может проводиться, например, сотрудниками иной медицинской организации, пациентами, представителями общественного совета и организаций, пр.

Организация рабочего пространства для медицинского персонала. Необходимо, чтобы было реализовано 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест.

Наличие соответствующего кадрового обеспечения в медицинской организации. Выравнивание нагрузки между отдельными

сотрудниками в процессе приема в одном рабочем помещении. Колебания нагрузки между отдельными сотрудниками, осуществляющими прием в одном рабочем помещении не более 30%. В случае отсутствия врачей определенных специальностей необходимо сформировать схему маршрутизации пациентов между несколькими медицинскими организациями.

Наличие лабораторно-инструментальных возможностей проведения необходимых исследований. В случае отсутствия необходимого оборудования или реагентов необходимо сформировать схему маршрутизации пациентов между несколькими медицинскими организациями.

Производственная нагрузка на оборудование. Оценка эффективности работы оборудования. Необходимо учитывать время работы оборудования в сутки, указанное в техническом паспорте; время работы поликлиники – при отсутствии ограничения в соответствии с техническим паспортом. А также время плановых простоев – обеденные перерывы, технологические перерывы, плановое техническое обслуживание.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции необходимо формировать этапы маршрутизации с учетом санитарно-эпидемиологических норм. Разделение потоков пациентов во времени: оптимальная маршрутизация пациентов с учетом архитектуры здания; визуализация нового маршрута наглядными схемами, навигацией и предупреждающими знаками; организация при возможности отдельного входа и выхода; проведение обследований проводится в обособленных кабинетах ОМП/КМП. В пространстве: организация предварительной записи; при проведении исследований с возможным пересечением потоков пациентов выделяется определенное время по предварительной записи; исключение групповых форм профилактического консультирования.

6. Взаимодействие со специалистами по профилям кардиология, эндокринология, онкология, эндоскопия с целью соблюдения техники выполнения методов обследования пациентов. При проведении ПМО, диспансеризации, в том числе углубленной,

неотъемлемым элементом эффективности проводимых мероприятий является соблюдение техники выполнения ряда исследований, в том числе:

- цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются);
- маммография обеих молочных желез проводится в двух проекциях с обязательным двойным прочтением рентгенограмм силами двух рентгенологов с отдельными независимыми заключениями;
- исследование кала на скрытую кровь проводится иммунохимическим качественным и количественным методами.

В случае отсутствия возможности провести обследования пациентов с соблюдением соответствующих техник необходимо предусмотреть направление пациента в другую медицинскую организацию для прохождения обследований. Это также важно учесть при составлении маршрутизации.

Оценка деятельности ЦОЗиМП по выполнению данной функциональной задачи, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6]¹⁹, включает:

- перечень мер, разработанных и реализуемых при участии ЦОЗиМП;
- проведение занятий по вопросам краткого и углубленного (индивидуального) и группового профилактического консультирования (число занятий, число участников);
- критерии эффективности (целевые показатели, охват диспансеризацией/ПМО и др.).

¹⁹ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

8.5 Разработка, реализация и оценка эффективности мер по совершенствованию диспансерного наблюдения, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий, за пациентами с неинфекционными заболеваниями, включая психические расстройства

Актуальность задачи определяется необходимостью повышения эффективности профилактики и лечения пациентов с НИЗ в амбулаторной помощи, для чего необходимо повышение эффективности диспансерного наблюдения этих больных.

Диспансерное наблюдение представляет проведение с определенной периодичностью необходимых обследований лиц, имеющих НИЗ, функциональные расстройства, с целью выявления и предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики.

Задачами ДН являются:

- Сокращение числа обращений по поводу обострений НИЗ;
- Снижение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности;
- Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;
- Уменьшение числа госпитализаций в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострениями или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;
- Снижение показателей смертности населения.

Оценка и анализ результатов ДН включает:

- Полноту охвата диспансерным наблюдением больных;

- Определение доли лиц старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния, находящихся под диспансерным наблюдением;
- Определение доли лиц старше трудоспособного возраста, находящихся под диспансерным наблюдением;

Контроль установления ДН за пациентами с НИЗ

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» [117] ДН устанавливается в течение 3-х рабочих дней после: установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Согласно приказу [117] должны достигаться следующие результаты:

- охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском *не менее 70%*;
- охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, не менее 90%;
- достижение *целевых значений* показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями;
- *сокращение* числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- *снижение* числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;

- *уменьшение числа случаев* и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- *уменьшение числа госпитализаций*, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением;
- *снижение показателей смертности*, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением и др.

Необходимо проводить анализ результатов ДН за лицами, находящимися на медицинском обслуживании в медицинской организации, с целью оптимизации проведения ДН. Данный анализ в первую очередь должен проводить руководитель соответствующей медицинской организации.

В задачи ЦОЗиМП в этом направлении могут входить:

Методическая помощь в разработке маршрутизации пациентов при проведении ДН. Осуществляется с учетом аналогичных принципов в отношении маршрутизации лиц, проходящих ПМО, диспансеризацию, включая углубленную.

Анализ формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», которая составляется всеми медицинскими организациями, входящими в номенклатуру медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Отчет собирается по закрытым амбулаторным талонам, созданным в медицинской организации, дата закрытия которых входит в отчетный период, включая границы отчетного периода. Подсчет данных в строках по соответствующим заболеваниям подразумевает количество заболеваний, а не количество пациентов.

При анализе формы №12 учитываются следующие показатели:

| | | |
|--|---|---|
| Первичная заболеваемость (по обращаемости) | = | $\frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$ |
| Общая заболеваемость по обращаемости (распространенность, болезненность) | = | $\frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$ |
| Полнота охвата населения диспансерным наблюдением | = | $\frac{\text{Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 1000$ |
| Доля больных, состоящих на диспансерном учете | = | $\frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}}{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}} \times 100$ |
| Структура больных, состоящих на диспансерном учете | = | $\frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}}{\text{Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года}} \times 100$ |
| Своевременность взятия больных на диспансерный учет | = | $\frac{\text{Число больных, взятых на диспансерный учет в течение года из числа лиц с впервые установленным диагнозом}}{\text{Число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом}} \times 100$ |
| Эффективность Диспансеризации (используется также форма 131) | = | $\frac{\text{Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания с улучшением (или ухудшением, или без изменения состояния) на конец отчетного года}}{\text{Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}} \times 100$ |
| Число случаев (дней) временной нетрудоспособности (на 100 работающих, состоящих на диспансерном учете) | = | $\frac{\text{Число случаев (дней) временной нетрудоспособности у работающих, состоящих на диспансерном учете}}{\text{Общее число работающих, состоящих на диспансерном учете}} \times 100$ |
| Доля больных, состоявших на диспансерном учете, переведенных на инвалидность | = | $\frac{\text{Число больных, состоявших на диспансерном учете, переведенных на инвалидность}}{\text{Общее число больных, состоявших на диспансерном учете}} \times 100$ |

Методическая подготовка кабинетов и отделений медицинской профилактики в части проведения ДН за пациентами II группы здоровья.

II группа здоровья устанавливается лицам, не имеющим НИЗ и подозрения на них, но при наличии:

- у лиц с 65 лет – высокого риска развития болезней системы кровообращения по критерию возраста;
- у лиц с 18 до 65 лет – одного или более состояний из нижеперечисленных:
 - ожирение (ИМТ равно или более 30 кг/м²);
 - общий холестерин более 8 ммоль/л;
 - выкуривание более 20 сигарет в день;
 - наличие риска пагубного употребления алкоголя;
 - наличие риска потребления наркотических или психотропных веществ;

ИЛИ

- наличие высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска (оценка риска по шкале SCORE равно и более 5% для лиц в возрасте с 40 до 65 лет).

При подготовке методических материалов для кабинетов и отделений медицинской профилактики с целью эффективной работы с такими пациентами рекомендуется учитывать:

- создание индивидуального плана коррекции факторов риска развития НИЗ;
- обучение навыкам коррекции факторов риска развития НИЗ, в части табакокурения, ожирения, дислипидемии;

- обучение алгоритмам назначения медикаментозной терапии с целью коррекции факторов риска развития ХНИЗ в соответствии с клиническими рекомендациями;
- обучение навыкам профилактики алкогольной зависимости.

Методическая поддержка врачей в отношении коррекции факторов риска развития НИЗ и обучение врачей проведению профилактического консультирования с пациентами, стоящими на ДН. Коррекция факторов риска развития ХНИЗ является одним из ключевых элементов проведения диспансерного наблюдения позволяющего контролировать течение заболевания.

Беседа с пациентом в отношении его поведенческих привычек должно бесконфликтно побудить его изменить свой образ жизни, мотивировать на эти изменения.

При первом посещении пациента важно совместно составить план дальнейших изменений и в последующем придерживаться ему, внося при необходимости корректировки.

При обсуждении жизнеугрожающих состояниях необходимо акцентировать внимание пациента на конкретной ситуации, вероятность которой для пациента наиболее высока.

Повторные консультации должны быть преимущественно направлены на контроль индивидуального плана и коррекции факторов риска.

Несмотря на то, что профилактическое консультирование должно носить адресный характер, в ходе беседы могут быть расставлены акценты в соответствии с существующей эпидемиологической обстановкой.

В связи с этим организация методической поддержки специалистов может проводиться как по вопросам базовых принципов коррекции факторов риска развития НИЗ, так и затрагивать региональные особенности (эпидемиологическую ситуацию, распространенность факторов риска, результаты проведения диспансерного наблюдения за текущий период).

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по разработке, реализации и оценке эффективности мер совершенствования ДН, в том числе дистанционного диспансерного наблюдения с применением информационных технологий, за пациентами с неинфекционными заболеваниями, включая психические расстройства, согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6]²⁰, включает только краткое описание деятельности.



²⁰ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

8.6 Анализ работы медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, организационно-методического обеспечения проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения лиц, имеющих высокий риск развития хронических неинфекционных заболеваний

Данный раздел Руководства включает также меры по анализу результатов проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения.

Актуальность задачи определяется необходимостью тесного сотрудничества со структурами медицинской профилактики (кабинетами и отделениями) медицинских организаций ПМСП, участвующих в организации и проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. В задачи этих структур помимо практических действий по организации и выполнению мероприятий 1 этапа диспансеризации и ПМО входит анализ результатов обследований, как по объемным показателям, так и по некоторым показателям результатов.

ЦОЗиМП в этом направлении выполняет следующие задачи:

Информирование медицинского персонала кабинета и отделений медицинской профилактики о нормативно-правовом регулировании проведения ПМО, диспансеризации, в том числе углубленной, диспансерного наблюдения:

- Постановление Правительства РФ от 18.06.2021 года №927 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» [118];
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» [61];

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.07.2021 №698н «Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категорию граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» [119];
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.03.2019 №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» [117];
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.11.2020 №1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации №131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности №131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского и диспансеризации определенных групп взрослого населения» порядка ее заполнения и сроков предоставления [120].

Методическая поддержка и анализ корректности заполнения 131 формы

Заполнение отчетной формы проводится медицинскими организациями ежемесячно с нарастающим итогом, начиная с января текущего года, до 5 числа, месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляются в орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения. Уполномоченный орган ежемесячно, не позднее 10 числа, месяца, следующего за отчетным периодом, представляет информацию на портале asmms.mednet.ru.

Комплексный анализ 131 формы:

1. *Проведение анализа результатов ПМО и диспансеризации за текущий период с последующим сравнением с плановым показателем.*

$$\text{Охват населения ПМО и диспансеризацией} = \frac{\text{Прошли ПМО + ДОГВН}}{\text{Подлежат ПМО и ДОГВН}} \times 100\%$$

Показатель позволяет оценить степень достижения целевых показателей, при необходимости усилить информационную кампанию и увеличить охват населения профилактическими мероприятиями. Показатель должен стремиться к 100% к концу календарного года.

2. *Половозрастная структура лиц, прошедших ПМО и диспансеризацию: анализ доли мужчин и женщин, прошедших профилактические мероприятия, в т.ч. с учетом возрастных категорий.*

Показатель демонстрирует, на какие целевые аудитории необходимо делать акцент при организации информационной кампании с учетом выявления факторов риска развития НИЗ и самих заболеваний.

3. *Частота выявления факторов риска развития НИЗ и сравнение с данными эпидемиологических исследований на территории России и региона.*

Анализ также может проводиться с учетом половозрастной структуры и по конкретным факторам риска.

$$\text{Частота выявления ФР ХНИЗ} = \frac{\text{ФР всего}}{\text{Прошли ПМО и ДОГВН}} \times 100\%$$

4. *Анализ статистических данных по распространенности НИЗ (болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания, сахарный диабет) на 100 тыс. населения.*

Ниже представлен пример расчета на одно заболевание (болезни системы кровообращения - БСК). Аналогично могут быть рассчитаны показатели и по другим заболеваниям.

$$\text{Распространенность БСК} = \frac{\text{Число впервые в жизни выявленных БСК всего}}{\text{Прошли ПМО + ДОГВН}} \times 100 \text{ тыс.}$$

В отношении анализа злокачественных новообразований проводится дополнительная оценка частоты их выявления на 0-II стадии:

$$\text{Частота выявления ЗНО на 0-II стадии} = \frac{\text{Общее число ЗНО, выявленных на 0I и II стадиях, выявленных впервые в жизни, всего}}{\text{Общее число ЗНО впервые в жизни выявленных всего}} \times 100\%$$

Важно помнить о необходимости достижения преимущественного значения в выявлении ЗНО на 0-II стадии (т.е. описанный выше показатель должен стремиться к 100%).

5. Частота постановки на диспансерное наблюдение

Показатель выявляется отдельно для каждого заболевания и должен стремиться к 100%.

$$\text{Частота постановки на ДН по БСК} = \frac{\text{Установлено ДН по БСК впервые выявленных всего}}{\text{Число впервые в жизни выявленных БСК всего}} \times 100\%$$

При необходимости можно выявлять частоту постановки на диспансерное наблюдение по конкретному заболеванию в трудоспособном возрасте и старше трудоспособного возраста.

6. Результаты постановки групп здоровья с последующим анализом структуры

Анализ постановки групп здоровья позволяет оценить их процентное соотношение между собой в общей структуре. Для этого необходимо оценить процент каждой из групп здоровья среди лиц, которым была присвоена группа. Ниже представлен пример формулы для группы IIIa.

$$\text{Доля лиц, которым поставлена IIIa группа здоровья} = \frac{\text{Число лиц взрослого населения всего, которым поставлена IIIa}}{\text{Число лиц взрослого населения всего, которым поставлена I+II+IIIa+IIIб}} \times 100\%$$

При получении всех четырех показателей сформируется итоговое представление по структуре пациентов, прошедших профилактические мероприятия, и которым была поставлена группа здоровья.

Отдельно рекомендуется анализировать показатели относительно лиц, прошедших углубленную диспансеризацию (проводится вне анализа 131 формы).

7. Соблюдение правил установления групп здоровья.

Для определения по результатам ПМО или диспансеризации группы здоровья гражданина и группы диспансерного наблюдения используются следующие критерии:

I группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний);

II группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Граждане со II группой здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, за исключением пациентов

с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом. Гражданам со II группой здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска;

IIIа группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIб группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

По результатам дополнительного обследования группа здоровья гражданина может быть изменена. При наличии у пациента хронических неинфекционных заболеваний и одновременно других заболеваний (состояний), требующих диспансерного наблюдения, его включают в IIIа группу здоровья.

При прохождении пациентом углубленной диспансеризации постановка группы здоровья проводится по следующим критериям:

При наличии ХНИЗ у пациента, перенесшего новую коронавирусную инфекцию (вне зависимости от степени тяжести) – IIIа группа здоровья;

При отсутствии ХНИЗ, наличие у пациента, перенесшего новую коронавирусную инфекцию (вне зависимости от степени тяжести), других заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению - IIIб группа здоровья;

При отсутствии ХНИЗ, других заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, и при наличии у пациента в анамнезе новой коронавирусной инфекции средней степени тяжести и выше - IIIб группа здоровья;

При отсутствии ХНИЗ, других заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, но при наличии высокого сердечно-сосудистого риска, наличии у пациента в анамнезе новой коронавирусной инфекции легкой степени - II группа здоровья.

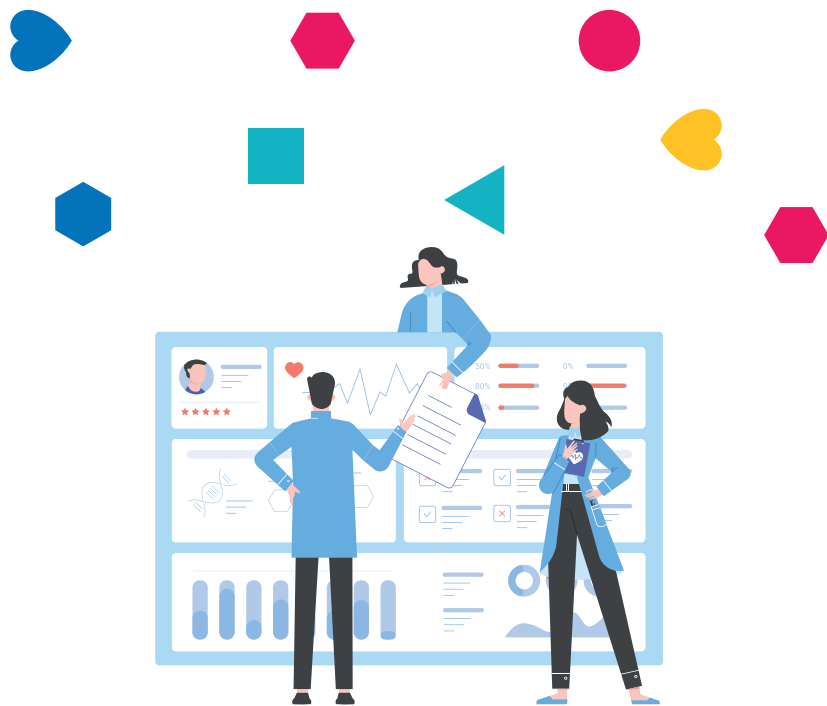
8. *Составление рейтинга медицинских организаций по плану выявления заболеваний: злокачественные новообразования, в том числе выявление на 0-II стадии, и болезни системы кровообращения.*

В настоящее время введение отдельной отраслевой формы отчетности №131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, перенесших новую коронавирусную инфекцию» не планируется.

Мониторинг проведения осуществляется на основании графиков прохождения исследований, сформированных медицинскими организациями совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды), и данных о персонифицированном учете сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным в сфере обязательного медицинского страхования лицам, формируемых и представляемых в настоящее время в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011г. №79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Предоставление данных о персонифицированном учете медицинскими организациями в территориальные фонды осуществляется по схеме информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, реализованной в субъекте Российской Федерации.

Оценка мероприятий по реализации функции ЦОЗиМП по анализу результатов проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения согласно рекомендациям Методики формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6]²¹, включает описание действий, которые осуществляет ЦОЗиМП в этом направлении.



²¹ Следует отметить, что критерии оценки качества этой деятельности не представлены в Методике формирования сведений о деятельности ЦОЗиМП [6], так как Методика является неполной, временной на переходный период, когда не во всех регионах проведена реорганизации центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

Заключение

Укрепление общественного здоровья является стратегически важным направлением развития общества, которое может обеспечить увеличение продолжительности качественной жизни граждан Российской Федерации и сохранение трудовых ресурсов в экономике. С целью системного выстраивания этой работы на региональном уровне сформированы Центры общественного здоровья и медицинской профилактики, для которых и создано данное руководство.

Все функции Центров общественного здоровья и медицинской профилактики распределены по отделам, согласно определённому нормативно штатному расписанию. При раскрытии функций использован унифицированный подход с описанием актуальности, подходов к реализации функции и оценки мероприятий.

Данное руководство является первым подобным документом для региональных структур, занимающихся вопросами укрепления здоровья и медицинской профилактики, поэтому по мере накопления данных и опыта, а также изменения нормативной базы, будет обновляться и дополняться.

Список использованных источников

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 октября 2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». (Зарегистрирован 03.12.2020 г. 61245). <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/001202012030043>
2. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Здоровье-21). ВОЗ, 1998.- 44с.
3. Общественное здравоохранение и массовые мероприятия: основные соображения. Под редакцией Endericks, T. [Public health for mass gatherings: key considerations / edited by Endericks T, et al.]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Евробюро ВОЗ, Копенгаген. 2013. – 248с. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf
5. Приказ Минэкономразвития России от 29 марта 2019 года № 181 «Об утверждении методики расчета показателя «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)». <http://docs.cntd.ru/document/554093500>
6. Методика формирования сведений о деятельности центров общественного здоровья и медицинской профилактики и центров медицинской профилактики. М.; РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, - 2020 г. – 14 стр.
7. Сборник мероприятий по укреплению общественного здоровья, профилактике неинфекционных заболеваний https://gnicpm.ru/public_health/luchshie-praktiki-subektov-rf.html
8. Приказ Роспотребнадзора от 20 сентября 2010 года № 341 «Об утверждении методических рекомендаций по социально-гигиеническому мониторингу» <http://docs.cntd.ru/document/902236566>.
9. Руководство по анализу деятельности учреждений здравоохранения муниципального уровня – М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 97с
10. Методические рекомендации по использованию показателя «потерянные годы потенциальной жизни» для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. (Красильников, И. А., Иванова, А. Е., Семенова, В. Г., Сабгайда, Т. П., Евдокушкина Г. Н.). М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ.- 2014 .
11. Рекомендации по созданию региональных и муниципальных программ.) федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» Национальный проект «Демография»). Минздрав 2019. 31с. <https://cmp.medkhv.ru/wp-content/uploads/2019/11/rekomendacii.pdf>
12. Оганов Р.Г.Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство / Оганов Р. Г., Шальнова С. А., Калинина А. М. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 216 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-1110-0.-URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411100.html>.
13. Глазунов И. С., Соловьева И. М., Усова Е. В. Организация программ профилактики неинфекционных заболеваний на уровне региона. Профилактическая медицина. 2012;15(6):11-19.
14. Россия на пути к Smart обществу: монография / под редакцией проф. Н. В. Тихомировой, проф. В. П. Тихомирова. – М: НП «Центр развития современных образовательных технологий», 2012. – 280 с.
15. Скоробогатых И. И., Мусатова Ж.Б. СМАРТ-маркетинг: технологии, инструменты, оценка эффективности // Казанский экономический вестник. – 2015. – № 5(19). – С. 92–96.
16. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 №15-ФЗ.: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142515/
17. Федеральный закон от 31.07.2020г №303-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу охраны здоровья

- граждан от последствий потребления никотинсодержащей продукции, http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_358791/
18. Распоряжение Правительства РФ от 30.04.2021 №1151-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в РФ, на период до 2035 года и дальнейшую перспективу» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_383623/.
 19. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 12.11.2014 №107 «О техническом регламенте Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию»» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_172076/.
 20. Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. Интегральная шкала оценки реализации законодательных мер по охране здоровья населения от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака в Российской Федерации, Профилактическая медицина, 6, 2020 стр.50-59.
 21. Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. Эффективность реализации антитабачных законодательных мер в отношении распространенности курения в 10 субъектах Российской Федерации с 2013 по 2018 г. Профилактическая медицина. 2021;24(2):44-51., <https://doi.org/10.17116/profmed20212402144>.
 22. Федеральный закон от 22.11.1995 №171-ФЗ (ред. от 30.04.2021) «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» <https://base.garant.ru/5181921>
 23. Official website of the World Health Organization. Healthy diet. Fact sheets. WHO, 29 April 2020. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
 24. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
 25. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004.
 26. Краткий обзор. Положение дел в области продовольственной безопасности и питания в мире – 2020. Преобразование продовольственных систем для обеспечения финансовой доступности здорового питания. ФАО, МФСР, ЮНИСЕФ, ВПП и ВОЗ. Рим, 2020, 44с. <https://doi.org/10.4060/ca9699ru>
 27. Десятилетие семейных фермерских хозяйств организации объединенных наций 2019-2028. Глобальный план действий. ФАО и ВОЗ. Рим. 2019. 74стр. ISBN 978-92-5-131501-9 <http://www.fao.org/3/ca4672ru/ca4672ru.pdf>
 28. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: WHO, 2010. 16p. ISBN 9789244500217 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44416/9789244500217_rus.pdf?sequence=4
 29. Мониторинг и ограничение ориентированного на детей и подростков цифрового маркетинга вредных для здоровья продуктов. Доклад подготовлен по итогам совещания экспертов по мониторингу цифрового маркетинга вредных для здоровья продуктов среди детей и подростков. Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Москва, 2018. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/403992/who_report_digital_landscape_rs-2.pdf
 30. Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet. WHO 2021. 74 p. ISBN 978-92-4-001834-1 (electronic version) ISBN 978-92-4-001835-8 (print version). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338525/9789240018341-eng.pdf>
 31. Методические рекомендации МР 2.3.0122-18 Цветовая индикация на маркировке пищевой продукции в целях информирования потребителей.
 32. Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. WHO, 2018. 58p https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/355973/ENP_eng.pdf
 33. WHO global sodium benchmarks for different food categories. WHO, 2021 32p. ISBN 978-92-4-002509-7 (electronic version) ISBN 978-92-4-002510-3 (print version). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025097>

34. Nutrition action in schools: a review of evidence related to the Nutrition-Friendly Schools Initiative. WHO, 2020. 184p. ISBN 978-92-4-151696-9 (electronic version) ISBN 978-92-4-001632-3 (print version) <https://www.who.int/publications/item/9789241516969>
35. Assessing the existing evidence base on school food and nutrition policies: a scoping review. WHO, 2021 92p. ISBN 978-92-4-002564-6 (electronic version) ISBN 978-92-4-002565-3 <https://www.who.int/publications/item/9789240025646>
36. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: методические рекомендации. Издание 2-е. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. с. 232. ISBN: 978-5-6043991-1-8 https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/org_prov_prof_med.pdf
37. Лучшее начало жизни. Грудное вскармливание для профилактики неинфекционных заболеваний и достижения Целей в области устойчивого развития в Европейском регионе. ВОЗ. Москва Российская Федерация. 2020. 82стр. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/447560/The-best-start-in-life-rus.pdf
38. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А. и др. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. Проф медицина, 2014; 5: 42-52.
39. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: WHO. 2012.46p. ISBN: 9789241504836 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>
40. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Выборочное наблюдение рациона питания населения 2013. http://www.gks.ru/free_doc/new_site/food1/survey0/index.html
41. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Выборочное наблюдение рациона питания населения 2018. https://gks.ru/free_doc/new_site/food18/index.html
42. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д., Тарасов В.И., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Муромцева Г.А., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Драпкина О.М. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Характер питания взрослого населения по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018;17(4):61–66 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-4-61-66>
43. SHAKE избавиться от привычки солить. Технический пакет мер по сокращению потребления соли SHAKE. ВОЗ, 2018ю 60с. ISBN 978-92-4-451134-3
44. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health. Report of a joint technical meeting convened by World Health Organization and The George Institute for Global Health in collaboration with the International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders Global Network, Australia, 2013. 36p. ISBN 9789241506694
45. Активизация мер по сокращению потребления соли в Европе. Комплект вспомогательных ресурсов для стран по снижению потребления соли в Европейском регионе ВОЗ. Всемирная Организация Здравоохранения, 2021. 60p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340029/WHO-EURO-2021-1989-41744-57141-rus.pdf>
46. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации. МР 2.3.1.2432-08. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2009. 36 с.
47. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.49p. ISBN: 9789241549028 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>
48. Incentives and disincentives for reducing sugar in manufactured foods. An exploratory supply chain analysis. A set of insights for Member States in the context of the WHO European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO, 2017. 65p. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/355972/Sugar-report_WHO_107773_updated-and-revised-Dec-2017.pdf
49. Овощи и фрукты - основа вашего рациона. Международный год овощей и фруктов, 2021, справочный документ. ФАО. Рим. 2021. 81с. ISBN 978-92-5-133803-2 <https://doi.org/10.4060/cb2395ru> <http://www.fao.org/3/cb2395ru/cb2395ru.pdf>

50. Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. WHO, 2018. 174p. ISBN 978-92-4-151487-3 <file:///C:/Users/1/Downloads/9789241514873-eng.pdf>
51. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? WHO, 2013. 124p. ISBN 9789241505529
52. REPLACE: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4. Geneva: World Health Organization; 2018
53. Глобальные основы мониторинга в области питания: оперативное руководство для отслеживания прогресса на пути достижения целей на 2025 год. ВОЗ, 2018. 82с. ISBN 978-92-4-451360-6
54. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне. Методические рекомендации. Москва, 2016. 111. DOI: 10.17116/profmed2016metod01 https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/metod_rek_epidmonitoring.pdf
55. Official website of the World Health Organization. STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS). <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>
56. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Федеральные статистические наблюдения по социально-демографическим проблемам. https://rosstat.gov.ru/itog_inspect
57. FAO. Dietary Assessment A resource guide to method selection and application in low resource settings. FAO. Rome, 2018, 172p. ISBN 978-92-5-130635-2. Accessed March 10, 2021 <http://www.fao.org/3/i9940en/i9940EN.pdf>
58. Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Швабская О.Б. Методы изучения питания: варианты использования, возможности и ограничения. Профилактическая медицина. 2021; 24(8):109-116. <https://doi.org/10.17116/profmed202124081109>
59. Всемирный Доклад о старении и здоровье ВОЗ, 2015. – 34 с. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_rus.pdf?sequence=3
60. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 года № 164-р. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71222816/>
61. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрирован 30.06.2021 № 64042). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/401314440/>
62. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. (авт. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Ипатов П.В., Егоров В.А., Иванова Е.С., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Бойцов С.А.), М. 2019. – 170 с. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72936994/>
63. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование: материалы I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (25 марта 2021 г.) / ред. А.В. Мартыненко. – М.: Либри Плюс, 2021. – 283 с. <https://www.msmsu.ru/upload/medialibrary/816/816d8b66aa7448ba7730430ac4632e9d.pdf>
64. Методические рекомендации под редакцией С.А. Бойцова. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне. (Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева, А.В. Концевая, С.А. Шальнова, А.Д. Деев, А.В. Капустина, С.Е. Евстифеева, Г.А. Муромцева. М.), 2016. – 111 с.
65. Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A. Health literacy: The solid facts. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen; 2013.
66. Health Literacy Tool Shed: Boston University <https://healthliteracy.bu.edu>
67. Лопатина М.В., Попович М.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Адаптация европейского вопросника HLS19 по измерению грамотности в вопросах здоровья для России // Экология человека. 2021;1 С.57-64.

68. ВОЗ. Социальные детерминанты здоровья ВОЗ https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
69. Яковлева Н.Ф. Социологическое исследование [Электронный ресурс]: учеб. пособие. – 2-е изд. – М.: ФЛИНТА, 2014. – 250 с.
70. Деларю В.В. Конкретные социологические исследования в медицине. Монография. Волгоград, 2005. – 97с.
71. Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/zozh>
72. Здоровье во всех стратегиях Использование возможностей, реализация стратегий. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/266310/Health-in-all-policies-Rus.pdf
73. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Ст.9, 17, 30 (пп. 2,3). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/10a686789aea5edc3a22d32f66ce3f8a0b43dcff/
74. Конституция Российской Федерации (Указ Президента от 3 июля 2020 года «Об официальном опубликовании Конституции Российской Федерации с внесенными в нее поправками» текст размещен на «Официальном интернет-портале правовой информации» (pravo.gov.ru) Ст. 41,72.
75. Зиновьева В.А., Попович М.В., Концевая А.В., Усова Е.В., Маньшина А.В., Драпкина О.М. Могут ли муниципальные программы укрепления здоровья улучшить состояние здоровья населения? Обзор зарубежных практик. Профилактическая медицина. 2021;24(5):103-110 <https://doi.org/10.17116/profmed202124051103>.
76. Инструмент для самооценки программ. <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/11/instrument-dlya-samooczenki-programm.pdf>
77. Разработка, реализация и оценка программ профилактики неинфекционных заболеваний. Методическое письмо, под редакцией академика РАМН Оганова Р.Г., профессора Хальфина Р.А. Москва - 2002г.
78. Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке/Под ред. Р.Г. Оганова, Н.В. Шестопалова. – М.,2000. –140 с.
79. Профилактика неинфекционных заболеваний в регионах и других административных единицах России. Методы и организация. Методические рекомендации. Глазунов И.С., Соловьева И.М., Усова Е.В. Брошюра (практическое пособие). Серия «Утверждено на Ученом Совете». 28 с., РИО ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России.
80. Корпоративные модельные программы «Укрепления здоровья работающих».
81. Концевая А. В., Анциферова А. А., Иванова Е. С., Драпкина О. М. Разработка пакета инструментов планирования и внедрения корпоративных программ укрепления здоровья в организационных коллективах // Экология человека. 2021. №7. С. 58–64.
82. Драпкина О.М., Концевая А. В., Лопатина М. В., Попович М. В., Салагай О. О. Национальная информационно-коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни населения: российский опыт. – Панорама общественного здравоохранения, том 5, выпуск 2-3, июнь–сентябрь 2019 г. – С. 123–329
83. Отчет «Медиапотребление в России-2020», исследовательский центр компании «Deloitte», Москва, 2020. <https://oohmag.ru/wp-content/uploads/2020/11/mediapotreblenie-v-rossii-2020.pdf>
84. Рогулина М. Как правильно писать посты и вести сообщества в мессенджерах. – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №12, 2020. – С.21-23.
85. Стриженая И. Инструкция по применению. Создаем эффективное PR событие. Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №9, 2016. – С.73-78.
86. Чернядьева Е. Несколько эффективных способов получить бесплатный пиар – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №12, 2020. – С.16-19.
87. Энс Е. 9 принципов продвижения в соцсетях. – Всероссийский специализированный журнал «Пресс Служба». – №12, 2020. – С.16-19.
88. Приказ Минздрава РФ от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований

- к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» с изменениями, внесенными приказом Минздрава РФ от 15 июня 2017 г. №328н (зарегистрирован Минюстом РФ 3 июля 2017 г., № 47273).
89. Федеральный Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» -http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
90. Руководство «Защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных – пересмотренная инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания». ВОЗ, Женева, 2018 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325234/9789244513804-rus.pdf>
91. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ (4-е издание, переработанное и дополненное). 2019 г.
92. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. №92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» <https://base.garant.ru/71925984/>
93. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 г. N 430н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. №597н «Об организации деятельности центров здоровья» <http://base.garant.ru/12177151/>
94. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/71748018/>
95. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмов П.И., Рапопорт И.К., Звездина И.В. ССБ, Александрова И.Э., Алексеева Е.А., Березина Н.О., Блинова Е.Г., Бобошко Е.И. Б, Н.А., Брико Н.И., Гололобова Т.В., Горелова Ж.Ю., Гуменюк О.И., Ефимова Н.В. Ж, и соавт Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся. 2016:614.
96. Стратегия формирования профилактики и контроля инфекционных заболеваний на период до 2025 года. 2020г. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/>
97. Федеральный Закон от 29 декабря 2012 Г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». <https://base.garant.ru/70291362/>
98. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями)
99. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 октября 2014 г №581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/70832674/>
100. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» <https://base.garant.ru/70571454/>
101. Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravohranenie/zozh>
102. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>
103. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. №8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля инфекционных заболеваний на период до 2025 года» <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/>

104. Приказ Минздрава России от 26.02.2021 №140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.03.2021 N 62756).
105. Гамбарян М. Г., Концевая А. В., Агишина Т. А., Драпкина О. М. Оценка эффективности законодательных мер по борьбе с табаком в отношении снижения госпитальной заболеваемости стенокардией и инфарктом миокарда в Российской Федерации и 10 субъектах РФ, Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20, №6.
106. Приказ МЗ РФ от 30.12.2015 № 1034н (ред. от 30.07.2019) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология»
107. Приказ Минздрава Республики Татарстан от 16 августа 2017 года №1712 «Об утверждении «Дорожной карты» по развитию взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики здравоохранения Республики Татарстан» <https://docs.cntd.ru/document/543597041>
108. Приказ министерства здравоохранения Краснодарского края от 11 августа 2017 г. №3704 «О совершенствовании взаимодействия медицинских работников первичного звена здравоохранения со специалистами наркологической службы в работе по профилактике наркологических расстройств среди пациентов с факторами риска потребления алкоголя и наркотических средств» <https://base.garant.ru/43672358/>
109. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/>
110. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» // <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71751294/>
111. Методика проведения дистанционного диспансерного наблюдения больных артериальной гипертензией с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. (Драпкина О.М., Бойцов С.А., Комков Д.С., Вальденберг А.В., Сенько С.А., Коробейникова Е.А., Шипачев К.В., Гришанова Т.Г.).М.-2016. <https://gnicpm.ru/speczialistam/library/metodicheskie-rekomendaczii-test.html>
112. Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» <https://base.garant.ru/71805302/>
113. Телемедицинские консультации в профилактике неинфекционных заболеваний: основные возможности и проблемы внедрения. (Сивакова О.В.) Профилактическая медицина. 2015 (5): 49-55 doi: 10.17116/profmed201518549-55
114. Отношение врачей первичного звена к применению телемедицинских технологий при диспансерном наблюдении больных с хроническими заболеваниями (медико-социологическое исследование). (Калинина А.М., Горный Б.Э., Дубовой И.И., Антонов К.А., Комков Д.С., Драпкина О.М.) Профилактическая медицина. 2020;23(6):Вып. 2:8–13. <https://doi.org/10.17116/profmed2020230628>
115. Экономическое обоснование применения автоматической системы дистанционного мониторинга артериального давления. (Олейников В.Э., Чижова О.В., Джазовская И.Н., Шиготарова Е.А., Саямова Л.И.) Здравоохранение Российской Федерации. 2019; 63(1): 14-21.DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2019-63-1-14-21>
116. Постановление Правительства РФ от 18 июня 2021 г. №927 О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов <http://static.government.ru/media/files/FS7aufhAev069NfdBTzAmt5YnQ4duNE5.pdf>
117. Приказу Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. №173 н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»
118. Постановление Правительства РФ от 18.06.2021 года №927 «О внесении изменений в Программу государственных

- гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»
119. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.07.2021 №698н «Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категорию граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»
 120. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.11.2020 №1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации №131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности №131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского и диспансеризации определенных групп взрослого населения» порядка ее заполнения и сроков предоставления

