



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Обзор потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европейском регионе



Резюме

Цель данного информационного документа состоит в том, чтобы представить обзор нынешнего состояния услуг общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и тем самым способствовать усилению мер по развитию услуг и потенциала общественного здравоохранения в будущем. Документ призван служить фундаментом для Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (ЕПД) и дополнять его. Содержащаяся в нем информация взята из оценок услуг общественного здравоохранения в 41 из 53 стран Европейского региона ВОЗ. В целом в Регионе из мер, предпринимаемых в сфере общественного здравоохранения, наиболее организованными и эффективными являются меры в области эпиднадзора, мониторинга, планирования действий на случай чрезвычайных ситуаций, иммунизации, гигиены окружающей среды и охраны здоровья. К менее развитым областям деятельности относятся укрепление здоровья и меры по преодолению неравенств и воздействию на более широкие детерминанты здоровья; также недостаточно налажен эпиднадзор для целей профилактики НИЗ и борьбы с ними. Менее развиты во всем Регионе и такие области, как стратегическое руководство, развитие кадровых ресурсов, финансирование и коммуникация. Такая картина особенно характерна для стран Содружества Независимых Государств (СНГ).

Данный обзор входит в серию из трех исследований, которые в настоящее время проводятся Европейским региональным бюро ВОЗ: это обзор инструментов политики и правовых документов в области общественного здравоохранения; обзор, представляющий собой "моментальный снимок", фиксирующий имеющиеся на данный момент организационные модели выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ) и предоставления услуг общественного здравоохранения, и краткий отчет об итогах оценок потенциала и услуг общественного здравоохранения, проведенных в отдельных странах. На этих исследованиях строится разработка ЕПД и они будут представлены в качестве информационных документов на Шестьдесят второй сессии Регионального комитета в 2012 г. на Мальте.

Ключевые слова

FINANCING, HEALTH
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
HEALTH SERVICES
HEALTH SYSTEMS PLANS – ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION
REVIEW LITERATURE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-21000 Copenhagen, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	стр.
Выражение благодарности.....	iii
Сокращения.....	iv
Резюме.....	1
Введение	9
Результаты оценок по отдельным ОФОЗ.....	19
Глобальные стратегические цели ВОЗ и ОФОЗ.....	19
ОФОЗ 1. Эпиднадзор за здоровьем и благополучием населения	21
ОФОЗ 2: Мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения	22
ОФОЗ 3: Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.....	25
ОФОЗ 4: Укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья.....	28
ОФОЗ 5: Профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни	34
ОФОЗ 6: <i>Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия</i>	40
ОФОЗ 7: обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения	44
ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования	50
ОФОЗ 9: Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья	54
ОФОЗ 10: Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики	56
Заключение	59
Библиография	69
Приложение 1. Охват стран оценками	76
Приложение 2. Оценки субрегионов по модели SWOT	77

Выражение благодарности

Этот отчет был подготовлен Joanna Nurse, Stephen Dorey, Mary O'Brien, Casimiro Dias, Jordan Scheer, Charmian Møller-Olsen, Maria Ruseva, Jose Martin-Moreno и Hans Kluge из Европейского регионального бюро ВОЗ.

Авторы выражают благодарность Martin McKee и Rachel Bernt из Лондонской школы тропической медицины и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; Martin von Krauss, Richard Alderslade, Christine Berresport, Matthew Jowett, Leigh Rich, Michelle Cullinane, Tobias Schlutz, Dinesh Sethi, Francesco Miti и другим коллегам из Европейского регионального бюро ВОЗ за их ценные комментарии и предложения.

Авторы также с благодарностью отмечают вклад, который внесли Charles Price, Генеральный директорат здравоохранения и защиты прав потребителей Европейской комиссии (DG SANCO), и Helmut Brand, Маастрихтский университет.

Сокращения

ASPHER	Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний (Соединенные Штаты Америки)
ДОЗ	Действия на уровне местных общин в защиту здоровья
DALY	Утраченный год здоровой жизни
ЕПД	Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения
ЕС	Европейский союз
HiAP	Учет интересов здоровья во всех стратегиях
ИППП	Инфекция, передаваемая половым путем
ИТ	Информационная технология
ММСП	Международные медико-санитарные правила
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ННГ	Новые независимые государства (республики бывшего СССР)
НПО	Неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ОФОЗ	Основная оперативная функция общественного здравоохранения
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
РКБТ	Рамочная конвенция по борьбе против табака
СЗЮВЕ	Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы
СКЗ	Сельский комитет здравоохранения
СНГ	Содружество Независимых Государств
SWOT	Сильные и слабые стороны, благоприятные возможности, угрозы
ТБ	Туберкулез

Резюме

Цель

1. Цель настоящего документа состоит в том, чтобы представить обзор нынешнего состояния услуг общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и тем самым способствовать усилению мер по развитию услуг и потенциала общественного здравоохранения в будущем. В отчете представлены исходные фактические данные и сведения, на которые можно опираться при реализации Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (ЕПД) – одной из главных опор всеобъемлющей региональной рамочной основы политики здравоохранения Здоровье–2020.

Исходные сведения

2. По мере того, как меняются человеческое общество и страны, меняются и проблемы здоровья населения. В этой связи в отношении услуг общественного здравоохранения стоит сложная задача – добиться, чтобы они были адаптированы к этим изменениям и откликались на них и отражали как нынешние, так и будущие главные угрозы и риски для здоровья населения в соответствии с разными условиями и обстоятельствами. К числу главных проблем, стоящих перед общественным здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ, относятся неравенства в отношении здоровья, экономический кризис, глобализация, миграция и урбанизация, ухудшение окружающей среды и изменение климата. Все эти факторы влияют на здоровье населения Европы, что приводит к изменениям в структуре заболеваемости во всем Регионе, а это в свою очередь ведет к возникновению чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, изменениям в факторах образа жизни и росту распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ), возникновению новых и возвращению старых инфекционных болезней.

3. Принятием резолюции EUR/RC61/R2 об укреплении потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европе (ВОЗ, 2011a) Европейский региональный комитет одобрил разработку под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ плана действий, который должен быть представлен на рассмотрение 62-й сессии Регионального комитета в сентябре 2012 г. Центральное место в этом плане будут занимать действия, имеющие стратегический характер и отражающие современную практику общественного здравоохранения (в том числе акцент как на структурные детерминанты, так и на действия отдельных людей), и он станет одной из главных опор новой европейской рамочной основы политики здравоохранения – Здоровье–2020. План предназначен для того, чтобы обеспечить укрепление услуг общественного здравоохранения настолько, чтобы они отвечали нынешним и возникающим новым вызовам общественному здоровью в Европейском регионе ВОЗ. Общая цель видится в поддержке реализации рамочной политики здравоохранения Здоровье–2020 путем стабильного укрепления здоровья и благополучия населения.

Методы

4. Информация для этих документов была получена из оценок услуг общественного здравоохранения, проведенных в 41 из 53 стран Европейского региона ВОЗ. Она включает отчеты о самооценке, полученные от 17 стран, где самооценка выполнялась с помощью специального методического инструмента, разработанного для Европейского региона (ВОЗ, 2012a). В нее также входят результаты обзора потенциала общественного здравоохранения в 27 странах Европейского союза (ЕС) – исследования, выполненного по заказу Европейской комиссии Маастрихтским университетом (Maastricht University, не опубликовано). Кроме этого, две страны также провели оценку совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Некоторые страны провели несколько видов оценки. Никаких оценок пока не проводили Азербайджан, Грузия, Исландия, Норвегия, Сан-Марино, Туркменистан, Турция и Украина. Наконец, в предлагаемый отчет были включены и другие работы ВОЗ по данной тематике, в ходе которых изучалась проводимая в настоящее время деятельность, касающаяся десяти основных

оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ), которые составляют основу ЕПД, в увязке со стратегическими целями ВОЗ на период 2008-2013 гг. (ВОЗ, 2008a).

5. В отчете в обобщенном виде представлены основные результаты оценок по каждой ОФОЗ. Эти ОФОЗ были обновлены в процессе консультаций и теперь включают новую область – информационно-пропагандистскую деятельность, коммуникацию и социальную мобилизацию (ОФОЗ 9), которая в ходе оценок в полной мере не изучалась.

Результаты оценки

6. Ниже приводятся основные результаты оценки, обобщенные по каждой из десяти ОФОЗ.

ОФОЗ 1: эпиднадзор за состоянием здоровья и благополучием населения

- В большинстве стран Европейского региона ВОЗ имеются системы эпиднадзора и регистры для контроля за инфекционными заболеваниями, опасными факторами окружающей среды и сбора основных демографических данных и показателей состояния здоровья; заметным исключением здесь являются страны Центральной Азии.
- В целом по Региону слабо налажена работа по увязыванию данных и текущему эпиднадзору за факторами риска и более широкими детерминантами НИЗ (в том числе за защитными факторами, неравенствами и факторами образа жизни).
- В последнее время отмечено появление некоторых инфекционных болезней, например, малярии и полиомиелита в странах Центральной Азии, что подчеркивает необходимость иметь хорошие системы эпиднадзора.

ОФОЗ 2: мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения

- О наличии в стране планов и структур управления в кризисных ситуациях для реагирования на чрезвычайные ситуации сообщается в большинстве самооценок потенциала и услуг общественного здравоохранения, прежде всего в странах ЕС.
- Такие планы лучше разработаны для реагирования на ожидаемые угрозы (такие как грипп), чем на неожиданные чрезвычайные ситуации (например, биотерроризм или стихийные бедствия); недавние вспышки показывают, что даже некоторым более богатым странам может быть трудно бороться с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения.

ОФОЗ 3: Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.

- Во всех странах Европейского региона ВОЗ существуют основы политики в области борьбы с инфекционными болезнями, хотя в реализации политики наблюдаются различия. Что же касается реализации политики и законодательства, касающихся проблем окружающей среды, таких как качество воды и воздуха, во многих странах эта работа организована неудовлетворительно.
- В большинстве стран имеется законодательство, регламентирующее оценку рисков в области охраны труда, безопасности пищевых продуктов и целого ряда факторов окружающей среды; однако технический потенциал для проведения оценок рисков во всем Регионе развит недостаточно.

- Эпиднадзор за устойчивостью к антимикробным средствам на территории Региона развит не везде одинаково, а во многих странах скоординированный на национальном уровне эпиднадзор просто отсутствует.

ОФОЗ 4: укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья

- В Европейском регионе ВОЗ имеются примеры весьма прогрессивных подходов к проблеме неравенства в отношении здоровья: стратегические подходы к неравенствам в отношении здоровья применяются в Соединенном Королевстве и странах Северной Европы.
- Меры по преодолению неравенств в отношении здоровья в рамках стратегий укрепления здоровья обычной практикой в Регионе не являются: об отражении в законодательстве и в процессах выработки политики вопросов включения всех людей в жизнь общества или вопросов социальной справедливости сообщает только половина стран ЕС.
- Несмотря на многие отдельные мероприятия, деятельность по укреплению здоровья в целом в Регионе в настоящее время развита слабо, особенно в отношении НИЗ и факторов риска, связанных с образом жизни.
- Для того, чтобы усилить в целом ответные меры общественного здравоохранения, необходимо наращивать организационно-кадровый потенциал, для чего требуется формирование общей стратегии, ее реализация и мониторинг, особенно в странах Центральной Азии и Восточной Европы.

ОФОЗ 5: профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни

- Первичная профилактика: в том или ином виде во всех странах имеются программы плановой иммунизации, причем в большинстве случаев они хорошо развиты и эффективны; однако в некоторых странах механизмы осуществления программ вакцинации развиты недостаточно, особенно в отношении групп меньшинств, а в некоторых странах СНГ после распада служб, существовавших в советскую эпоху, произошел рост распространенности болезней, предупреждаемых с помощью вакцин.
- Вторичная профилактика: плановый скрининг на многие наиболее распространенные формы рака существует сегодня во многих, хотя и не во всех странах; программы скрининга не всегда основываются на фактических данных, систематическая диспансеризация с целью выявления НИЗ в большинстве стран обычной практикой не стала.
- Третичная профилактика: в некоторых странах ограничивающим фактором является недостаточное наличие и неприемлемость по стоимости лечения по поводу ранней стадии онкологических заболеваний; медицинский персонал нуждается в обучении научно обоснованным методам лечения и ведения НИЗ, требует обновления оборудования.

ОФОЗ 6: обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

- В большинстве стран на уровне правительства существует четкая система подотчетности за "традиционные" функции общественного здравоохранения, такие как борьба с инфекционными болезнями и санитарно-профилактические мероприятия.
- Имеются положительные примеры инновационных межсекторальных структур, способствующих укоренению принципов учета интересов здоровья во всех стратегиях (HiAP), причем наиболее распространенными областями межсекторального сотрудничества являются гигиена окружающей среды и охрана психического здоровья.

- Во всем Регионе часто отсутствует четкое определение методов и принципов межсекторального сотрудничества и подотчетности в отношении улучшения и укрепления здоровья; многие программы по-прежнему осуществляются в рамках вертикальной структуры.

ОФОЗ 7: обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения

- В последние годы наблюдается быстрое расширение потенциала университетов, в которых можно получить образование в области общественного здравоохранения; имеются примеры (в основном в Западной Европе) строго определенных и регламентированных программ специализированного обучения в области общественного здравоохранения, а также применения принципов многопрофильности в подготовке кадров общественного здравоохранения и в организации систем непрерывного повышения квалификации и аккредитации.
- В большинстве самооценок указывается, что главным фактором, сдерживающим развитие услуг общественного здравоохранения, является численность кадров; всеобъемлющий план развития кадров общественного здравоохранения имеется лишь в небольшом числе стран.
- Всего несколько стран имеют утвержденную программу специализированной последипломной подготовки в области общественного здравоохранения, и в большинстве стран основные виды компетентности для кадров общественного здравоохранения в этой сфере не определены.
- Повсеместно сообщалось о недостаточном потенциале лидеров общественного здравоохранения. Это воспринималось как проблема политического лидерства на межсекторальном уровне и проблема самих кадров общественного здравоохранения.
- Некоторые государства отметили, что препятствием для содержания эффективной системы обучения высокоспециализированного и дорогостоящего персонала общественного здравоохранения является малая численность населения.

ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования

- Сегодня государства тратят на профилактику заболеваний в среднем 3% своих бюджетов здравоохранения. Страны ЕС в среднем тратят на профилактику заболеваний меньшую долю своих бюджетов здравоохранения (2,8%) по сравнению с новыми независимыми государствами (ННГ) бывшего СССР (3,3%) и странами Юго-Восточной Европы (3,8%). Процент от общих расходов на здравоохранение колеблется от 1% (например, в Италии и Израиле) до более 8% (например, в Румынии).
- Проблемой являются сроки планирования финансового обеспечения: во многих странах принимаются краткосрочные и даже годовые бюджеты – это не годится для стратегий профилактического здравоохранения, для планирования и реализации которых часто требуется много лет.

ОФОЗ 9: Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья

- Это направление работы не было включено в самооценки общественного здравоохранения и было добавлено в качестве одной из ОФОЗ после более широких консультаций. Поэтому по данной ОФОЗ собрано мало информации, хотя, по разрозненным сведениям, именно в этой области страны просили оказать им поддержку.

ОФОЗ 10: Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики

- Доказательная база общественного здравоохранения сегодня прочнее, чем когда-либо ранее, хотя нужны дополнительные исследования в таких областях, как воздействие на более широкие детерминанты здоровья, профилактика заболеваний и повышение уровня благополучия.
- Значительную часть собранной и обобщенной информации невозможно непосредственно воплотить в политику; в целом недостаточно налажены связи и коммуникация между наукой об общественном здравоохранении и выработкой политики на национальном уровне.

Резюме

7. Ниже обобщены основные результаты оценки по всем ОФОЗ.

- В целом по Региону наибольший географический охват и наилучшее качество имеют ОФОЗ 1–3, в том числе эпиднадзор, мониторинг, планирование действий на случай чрезвычайных ситуаций, иммунизация, гигиена окружающей среды и охрана здоровья.
- К наименее развитым ОФОЗ относится ОФОЗ 4 (укрепление здоровья, неравенства в отношении здоровья и более широкие детерминанты здоровья); также недостаточно развит эпиднадзор в целях профилактики и борьбы с НИЗ, что особенно характерно для стран СНГ.
- Также менее развиты по сравнению с другими во всем Регионе системные ОФОЗ 6, 7, 8 и 9, касающиеся стратегического руководства, развития кадров здравоохранения, финансирования и коммуникации: в целом они слабее в странах СНГ.
- Там, где больше неравенства в отношении здоровья, там обычно менее развиты услуги и потенциал общественного здравоохранения, что иллюстрирует обратный закон помощи в виде примерной линии, проходящей через весь Регион с северо-запада на юго-восток: страны Центральной Азии испытывают наибольшие неравенства в отношении здоровья и имеют наименьший потенциал для их преодоления.
- Для решения главных проблем общественного здравоохранения, стоящих перед Регионом, необходимо укрепить в первую очередь профильные ОФОЗ 1–5; кроме того, чрезвычайно важными для этого считаются стратегическое руководство и коммуникация (ОФОЗ 6 и 9).
- Все ОФОЗ были признаны в большей или меньшей степени важными для достижения стратегических целей и для категорий ВОЗ, поскольку они способствуют общему укреплению деятельности ВОЗ и иллюстрируют необходимость принятия интегрированного, горизонтального подхода к предоставлению услуг общественного здравоохранения.

Рекомендации

8. Всем странам было бы полезно принять к исполнению следующие рекомендации, поскольку в Регионе отмечаются значительные различия в качестве услуг общественного здравоохранения и в охвате ими. Однако для того, чтобы преодолеть неравенства в отношении здоровья в Регионе, эти рекомендации должны быть в первую очередь приняты странами СНГ.

9. Выполнение ОФОЗ требует интегрированного, горизонтального подхода, научной обоснованности и улучшения предоставления услуг общественного здравоохранения для достижения всеобъемлющей цели устойчивого укрепления здоровья и повышения уровня благополучия.

ОФОЗ 1: эпиднадзор за состоянием здоровья и благополучием населения

- Укреплять системы эпиднадзора, чтобы получать данные, необходимые для планирования действий по преодолению неравенств, воздействию на более широкие детерминанты здоровья и укреплению здоровья.

ОФОЗ 2: мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях

- Обеспечить модернизацию лабораторной базы и повышение профессиональной квалификации кадров для осуществления Международных медико-санитарных правил (ММСП); разработать, оценить и апробировать планы действий на случай чрезвычайных ситуаций.

ОФОЗ 3: Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.

- В целях укрепления охраны здоровья выявлять будущие опасные факторы и слабые места в предоставляемых ныне услугах и учитывать их при планировании; обеспечить исполнение действующего законодательства.

ОФОЗ 4: укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья

- Усиливать и развивать комплексные межсекторальные стратегии и услуги по укреплению здоровья, которые специально ориентированы на снижение заболеваемости НИЗ и повышение уровня благополучия, в целях преодоления неравенства и воздействия на более широкие детерминанты здоровья; наращивать потенциал в области формирования и реализации стратегии в поддержку этого процесса.

ОФОЗ 5: профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни

- Обеспечить разумное соотношение между первичной профилактикой (вакцинация и укрепление здоровья), вторичной профилактикой (скрининг и раннее выявление) и третичной профилактикой (интегрированное ведением болезни, ориентированное на нужды и интересы пациента); главным механизмом предоставления услуг по профилактике заболеваний является первичное звено медико-санитарной помощи.

ОФОЗ 6: обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

- Укрепить механизмы стратегического руководства в интересах общественного здоровья, например, создать для этого межведомственные правительственные комиссии; назначить министра общественного здравоохранения; обеспечить четкую структуру подчиненности и подотчетности; осуществлять мониторинг и управление качеством функционирования; укрепить системы, обеспечивающие прозрачность процессов принятия решений; обеспечить обмен информацией, проведение консультаций и широкое участие заинтересованных сторон.

ОФОЗ 7: обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения

- Разработать планы обеспечения общественного здравоохранения кадровыми ресурсами, предусматривающие численность и профессиональный состав необходимых работников общественного здравоохранения, обучение, разработку учебных планов, основные виды компетентности, аттестацию работников, выработку навыков лидерства, наставничество и

непрерывное повышение квалификации; медицинские работники и в целом кадры здравоохранения нуждаются в специально адаптированных для них программах обучения.

ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования

- Создать устойчивые механизмы финансирования услуг общественного здравоохранения, обеспечивающие возможность долгосрочного планирования; разработать интегрированные организационные структуры и функции общественного здравоохранения, при которых услуги являются отзывчивыми и устойчивыми и достигается вариант "тройного выигрыша": улучшается соотношение затрат и эффективности, достигается максимальное улучшение здоровья и уменьшается ущерб для окружающей среды.

ОФОЗ 9: Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья

- При проведении оценок эта область деятельности не рассматривалась, однако в ходе консультаций по вопросам ЕПД она была признана одной из важнейших для усиления мер, принимаемых в общественном здравоохранении. Необходимо продолжать усилия по поиску наиболее эффективных подходов к обучению и применению навыков и методов информационно-пропагандистской работы, коммуникации и социальной мобилизации.

ОФОЗ 10: Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики

- В Европе создана прочная доказательная база, однако необходимы дальнейшие усилия для того, чтобы будущие научные исследования и их результаты были сосредоточены на профилактике на верхнем уровне причинно-следственных связей и на укреплении здоровья, и чтобы лица, принимающие решения, и практические работники получали понятную и исчерпывающую информацию об основных идеях и выводах.

Ключевой тезис

Повысить эффективность услуг общественного здравоохранения за счет развития функций укрепления здоровья и профилактики заболеваний и их совмещения с хорошо организованными услугами по охране здоровья. К числу системных функций общественного здравоохранения, которые особенно нуждаются в дальнейшем усилении как обеспечивающие условия для деятельности по предоставлению услуг, относятся стратегическое руководство, развитие кадровых ресурсов, финансирование и коммуникация. Главное внимание в услугах общественного здравоохранения должно быть сосредоточено на том, чтобы способствовать преодолению неравенств и воздействовать на более широкие детерминанты здоровья во имя достижения всеобъемлющей стратегической цели устойчивого укрепления здоровья и повышения благополучия.

Введение

Цель

10. Цель настоящего документа состоит в том, чтобы представить обзор нынешнего состояния услуг общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и тем самым способствовать усилению мер по развитию будущих услуг и потенциала общественного здравоохранения. В отчете представлены исходные фактические данные и сведения, на которые можно опираться при реализации ЕПД – одной из главных опор всеобъемлющей региональной рамочной основы политики здравоохранения Здоровье–2020.

11. Данным обзором охвачена 41 страна из 53, входящих в Европейский регион ВОЗ. В нем в обобщенном виде приводится информация из проведенных странами самооценок и информация, взятая из отчетов Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Назначение обзора – представить более ясную картину нынешних услуг общественного здравоохранения, показать их сильные и слабые стороны и способность решать проблемы общественного здоровья сегодняшнего и завтрашнего дня.

12. Во-вторых, в обзоре демонстрируется, какую пользу может принести отдельным странам, субрегионам и всему Европейскому региону ВОЗ самооценка услуг общественного здравоохранения, которая позволяет увидеть широкий ландшафт общественного здравоохранения, охарактеризовать нынешние возможности предоставления услуг общественного здравоохранения в Регионе и выявить как потенциальные пробелы, так и примеры передовой практики, на основании чего могут приниматься решения о стратегических инвестициях в общественное здравоохранение. Наконец, в обзоре приводятся информация и фактические данные, на которые можно опираться при реализации ЕПД и политики Здоровье–2020.

13. Структура представления информации построена в соответствии с десятью ОФОЗ, описанными в общих чертах в ЕПД. Следует отметить, что разные страны использовали разные методы оценки, поэтому отчеты серьезно различаются по своему уровню детализации. Таким образом, информация, содержащая обобщенные результаты и показывающая выявленные в нынешней ситуации сильные и слабые стороны, представлена в формате краткой сводки на уровне субрегионов с целью дать обзор показателей функционирования в сопоставлении с ОФОЗ. Однако особое внимание в обзоре уделено показу положительных примеров, чтобы содействовать распространению передовой практики.

Исходные сведения

Общественное здравоохранение в Европейском регионе

14. Общественное здравоохранение определяется как "наука и искусство укрепления здоровья, профилактики болезней и продления жизни путем организованных усилий всего общества" (Acheson, 1988; ВОЗ, 2011b). Факультет общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве описывает три сферы в общественном здравоохранении: улучшение здоровья (включая образ жизни, неравенства в отношении здоровья и более широкие социальные детерминанты здоровья), охрану здоровья (включая исследования и меры борьбы с инфекционными болезнями, опасные факторы в окружающей среде и готовность к чрезвычайным ситуациям) и улучшение качества услуг (включая скрининг на доказательной основе, самостоятельное ведение пациентом своей болезни на доказательной основе, маршруты оказания интегрированной помощи, планирование услуг, экономическую эффективность, аудит и оценку) (Faculty of Public Health, 2010). Необходимо действовать во всех трех сферах, чтобы обеспечить эффективность услуг общественного здравоохранения для всех групп населения.

15. По мере того, как со временем меняются человеческое общество и страны, меняются и проблемы общественного здоровья в разных группах населения. Перед общественным здравоохранением стоит сложная задача – добиться, чтобы услуги были адаптированы к этим

изменениям и откликались на них и отражали как нынешние, так и будущие главные угрозы и риски для здоровья населения в соответствии с разными конкретными обстоятельствами. Ниже перечислены главные проблемы, стоящие перед общественным здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ (WHO, 2010a).

- **Неравенства:** в Европейском регионе расширяются неравенства как в детерминантах здоровья, так и в итоговых показателях здоровья. Это иллюстрирует приведенная ниже карта 1, на которой показана примерная структура неравенств в отношении здоровья в Регионе. Темным цветом показаны более высокие уровни неравенств, а более светлым – низкие уровни. В настоящее время разница между странами Европейского региона в ожидаемой продолжительности жизни достигает 15 лет. Расширяются также неравенства как внутри стран, так и между странами, что неизбежно оказывает влияние на здоровье.
 - **Экономический кризис:** ухудшение финансового положения повлияло на бюджеты здравоохранения и социальной помощи. Разные уровни безработицы ассоциируют с худшими итоговыми показателями здоровья.
 - **Глобализация и миграция:** эти факторы сказываются на демографической, социально-экономической и медико-санитарной ситуации в странах Европы, а также на потенциале кадров общественного здравоохранения.
 - **Ухудшение окружающей среды и изменение климата:** эти факторы уже требуют укрепления нынешних услуг общественного здравоохранения в Европе, особенно в странах с низким уровнем доходов. Они могут еще больше расширить неравенства в отношении здоровья.
16. Все эти факторы оказывают влияние на здоровье населения Европы и приводят к изменению структуры заболеваемости в Регионе, что создает новые проблемы.
- **Чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения:** по-прежнему происходят стихийные бедствия и возникают новые угрозы, в том числе серьезные угрозы для здоровья, такие как пандемический грипп, периоды аномальной жары и общественные беспорядки.
 - **Факторы, связанные с образом жизни, и НИЗ:** это одна из наиболее серьезных проблем. В Европейском регионе растет употребление табака, в частности, среди женщин и девушек и особенно в восточной части Региона. Также в восточной части растет употребление алкоголя и лишь немного оно снижается в западной части. Ниже, чем когда-либо ранее, стал уровень физической активности, что в сочетании с растущей калорийностью рационов питания приводит к тревожно резкому возрастанию распространенности ожирения и избыточной массы тела как среди взрослых, так и среди детей.

Карта 1. Неравенства в отношении ожидаемой продолжительности жизни в Европейском регионе ВОЗ



- Возникновение новых и возвращение старых инфекционных болезней – включая ВИЧ-инфекцию, туберкулез (ТБ) с множественной лекарственной устойчивостью и растущую угрозу устойчивости к антимикробным средствам – остается областью, вызывающей озабоченность во многих странах Региона. Также необходимо отметить тревожные вспышки, имеющие потенциально глобальное значение, таких заболеваний, как пандемический грипп H1N1 в 2009 г. и возвращение полиомиелита в Таджикистане в 2010 г., которое поставило под угрозу статус региона, свободного от полиомиелита, который Европейский регион имеет с 2002 г.

17. Из всех этих итоговых показателей здоровья наибольший процент смертности в Европейском регионе обусловлен в настоящее время НИЗ. Изменения в социальных и экологических детерминантах здоровья, демографической ситуации и факторах образа жизни изменили бремя болезней: сегодня 77% бремени болезней и 86% всех смертей в Регионе приходится на пять основных неинфекционных заболеваний – сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания, психические расстройства и диабет. Для рассмотрения проблемы НИЗ в 2011 г. в Нью-Йорке было проведено совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН, на котором была единодушно принята "Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними" (Организация Объединенных Наций, 2011 г.).

18. Наряду с этими вызовами и итоговыми показателями здоровья появляется целый ряд инновационных решений и благоприятных возможностей, которые могли бы помочь придать определенную форму услугам общественного здравоохранения и определить их содержание. Это информационная технология (ИТ), нанотехнология, новые концепции, такие как теория сложности и системология, а также коллективное стратегическое руководство и совместное лидерство. В частности, развивается дальше концепция благополучия, углубляется понимание детерминант благополучия, их взаимодействий с итоговыми показателями здоровья и показателей для оценки благополучия населения.

19. Общественному здравоохранению необходимо найти способ включения в свою практику этих изменяющихся концепций и инновационных подходов. Одним из стержневых принципов

является принцип "устойчивого благополучия", при котором применяется экологический подход к повышению уровня благополучия населения (Nurse et al., 2010). Его можно охарактеризовать как "науку, искусство и политику укрепления здоровья и благополучия людей и окружающей среды в целях удовлетворения потребностей сегодняшнего дня без ущерба для удовлетворения потребностей будущих поколений" (адаптировано из Acheson, 1988, и Brundtland, 1987).

20. Суть этого принципа состоит в том, что он ориентирован на поиск экономических, социальных (включая медико-санитарные) и экологических решений, благодаря которым в ситуации "тройного выигрыша" выигрывают все области (Bone and Nurse, 2010), а всеобъемлющей конечной целью является повышение уровня устойчивого благополучия. Этот подход может базироваться на следующих концепциях:

- максимальная рационализация использования ресурсов и организационной структуры;
- создание сбалансированных систем: применение теории систем для поиска решений на верхнем уровне причинно-следственных связей, уменьшения неравенств и негативных детерминант здоровья;
- создание интегрированных сетей и партнерств с целью улучшения коммуникации, сокращения дублирования в работе и создания эффектов множителя;
- стимулирование разнообразия для укрепления устойчивости к негативным внешним воздействиям и инновационных подходов.

21. Эта концепция устойчивого благополучия и системного мышления была использована в качестве основы для общей философии данного отчета: по всему тексту это иллюстрируется на целом ряде примеров.

Основа политики Здоровье–2020 и разработка ЕПД

22. Тот факт, что здоровье невозможно обеспечить одними традиционными путями медико-санитарной помощи, официально признается со времени принятия Алма-Атинской декларации (ВОЗ, 1978 г.). Это было вновь подтверждено в 80-е годы прошлого столетия, когда была принята Оттавская хартия (ВОЗ, 1986 г.), в которой было рекомендовано применять принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях (HiAP) – общегосударственный подход к охране здоровья, при котором учитывается воздействие, оказываемое на здоровье политикой всех секторов, и правительства получают рычаг воздействия на ключевые детерминанты здоровья благодаря систематическому подходу.

23. Здоровье признается одним из главнейших факторов экономического и социального развития, поэтому устойчивость здоровья населения играет ключевую роль в процветании и качестве жизни. Здоровье и высокий уровень квалификации населения имеют решающее значение для участия в рабочей силе, производительности труда и здоровья экономики, ибо люди, имеющие хорошее здоровье, трудятся более продуктивно и способны принимать более реальное участие в жизни общества. Исходя из признания этого факта, улучшение здоровья становится общей целью, которую разделяют все секторы.

24. В последние годы предпринимаются попытки учесть в международной политике здравоохранения меняющийся ландшафт общественного здравоохранения и предоставления медико-санитарных услуг. Политика "Здоровье-21" представляла собой политику Европейского региона ВОЗ, выведенную из глобального стратегического видения ВОЗ, воплощенного в политике "Здоровье для всех в XXI веке" (ВОЗ, 1998 г.), в соответствии с которым больше внимания должно уделяться улучшению первичной медико-санитарной помощи и отношению к здоровью как к одной из целей экономического развития. В обновленном варианте этой политики от 2005 г. содержался комплекс методик оценки национальных стратегий и систем здравоохранения (ВОЗ, 2005 г.). В 2008 г. дальнейшие ориентиры для укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе были определены в Галлиннской хартии (ВОЗ, 2008b).

Совсем недавно была принята Пармская декларация 2010 г. (ВОЗ, 2010b), направленная на решение основных проблем окружающей среды и охраны здоровья.

25. Общепризнанной является сохраняющаяся проблема неравенств в отношении здоровья как внутри стран Европейского региона ВОЗ, так и между ними, поэтому ее решение представляет собой один из ключевых принципов новой основы европейской политики здравоохранения Здоровье–2020 (см. вставку 1). Принятием резолюции EUR/RC61/R2 об укреплении потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европе (ВОЗ, 2011a) Европейский региональный комитет одобрил разработку под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ нового плана действий, который должен быть представлен на рассмотрение 62-й сессии Регионального комитета в сентябре 2012 г. Центральное место в этом плане будут занимать действия, имеющие стратегический характер и отражающие современную практику общественного здравоохранения (в том числе акцент как на структурные детерминанты, так и на действия отдельных людей), и он станет одной из главных опор политики Здоровье–2020.

26. Назначение плана состоит в обеспечении укрепления услуг общественного здравоохранения настолько, чтобы они отвечали нынешним и возникающим новым вызовам общественному здоровью в Европейском регионе ВОЗ. Общая цель видится в поддержке осуществления рамочной основы политики здравоохранения Здоровье–2020 путем стабильного укрепления здоровья и благополучия населения.

27. Вследствие организации, сложившейся в силу исторических и политических условий, и под влиянием местной демографической обстановки, разных национальных приоритетов и взаимоисключающих вариантов использования ресурсов в Европейском регионе ВОЗ наблюдаются большие различия в предоставлении услуг общественного здравоохранения. Недавний спад в глобальной экономике продолжает оказывать негативное влияние на бюджеты здравоохранения. Однако главные требования относительно выполнения функций общественного здравоохранения одинаковы во всех странах.

28. Признавая это, Европейское региональное бюро ВОЗ проводило работу по созданию комплекса профильных ОФОЗ (см. вставку 2) вместе со странами, чтобы таким образом поддержать деятельность на уровне отдельных стран. Эти профильные ОФОЗ могут использоваться в качестве эталона, в сравнении с которым страны могут оценивать собственную деятельность по обеспечению общественного здоровья и выявлять области, в которых необходимы улучшения, а также служить инструментом планирования и выработки политики с целью укрепления услуг и потенциала общественного здравоохранения.

Вставка 1. Здоровье–2020

Общее видение: Европейский регион ВОЗ должен быть таким регионом, где всем людям создаются возможности и предоставляется поддержка для полной реализации своего потенциала здоровья и достижения благополучия и где страны по отдельности и сообща принимают меры к сокращению неравенств в отношении здоровья как в масштабе Региона, так и за его пределами.

Общие цели: значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенства в отношении здоровья, укрепить общественное здравоохранение и обеспечить наличие устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на человека и характеризующихся высоким качеством помощи и соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости и устойчивости.

Стратегические задачи: Улучшение здоровья для всех и сокращение неравенств в отношении здоровья; совершенствование лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья.

Приоритетные области действий:

- инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;
- решение наиболее актуальных проблем Европы, касающихся НИЗ и инфекционных болезней;
- укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, и потенциала общественного здравоохранения и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям;
- создание благоприятных условий окружающей среды и устойчивых сообществ.

Источник: WHO, 2012b.

29. ОФОЗ были сформулированы на основе результатов работы, проведенной Панамериканской организацией здравоохранения (ПАОЗ), и разработанных ею в рамках инициативы "Общественное здравоохранение в Северной и Южной Америке" показателей здоровья (РАНО, 2011). Однако они отражают реалии Европы и, начиная с 2007 г., разрабатываются и апробируются при поддержке европейских стран.

Вставка 2. Десять ОФОЗ (2012 г.)

1. Эпиднадзор за здоровьем и благополучием населения.
2. Мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения.
3. Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.
4. Укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья.
5. Профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни.
6. Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия.
7. Обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения.
8. Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования.
9. Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья.
10. Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики.

Примечание: после принятия резолюции EUR/RC61/R2 об укреплении потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе (ВОЗ, 2011а) десять ОФОЗ, положенных в основу ЕПД, были пересмотрены и приняли вид, представленный выше.

30. Основные функции общественного здравоохранения можно концептуально разделить на несколько групп (например, см. рис. 1). В основу методического инструмента самооценки (ВОЗ, 2012а) была положена одна из первых версий ОФОЗ, но благодаря процессу проведения самооценки и других консультаций при разработке ЕПД стало возможным наполнить этот инструмент новым содержанием и улучшить его. ОФОЗ, используемые в настоящем отчете в качестве заголовков, – это новые ОФОЗ, отраженные в последней версии ЕПД. Наиболее заметным различием между ОФОЗ, использованными в инструменте самооценки, и нынешним перечнем, на основе которого построен данный отчет, заключается в добавлении ОФОЗ 9 (информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья).

Рис.1. Разбивка ОФОЗ на группы для предоставления услуг общественного здравоохранения



31. В Европейский регион входит много самых разных стран. В данном отчете результаты оценок и анализа часто группируются по субрегионам. К основным таким субрегионам относятся ЕС, Российская Федерация и Содружество Независимых Государств (СНГ), Партнерство "Северное измерение" и Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (СЗЮВЕ). Приведенные ниже карты дают общее представление об охвате стран каждой из этих сетей (см. карту 2). Как можно увидеть на картах, между этими субрегионами имеется довольно значительное дублирование, когда одни и те же страны входят в несколько субрегионов, но есть и страны, не входящие ни в одну из сетей, как, например, Исландия, Швейцария и Турция.

Карта 2. Географический охват некоторых европейских сетей



Методы

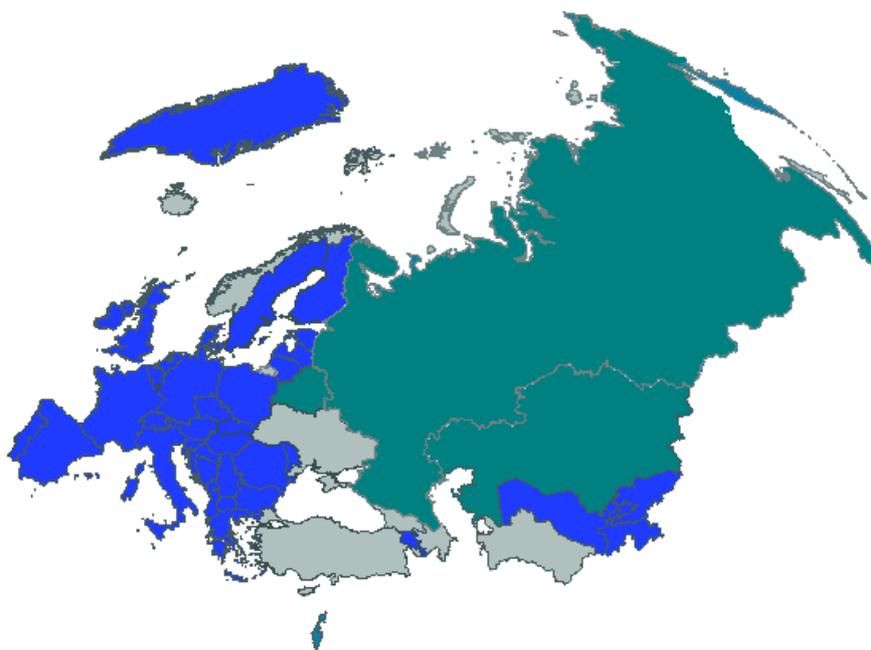
32. Информация для этих документов была взята из оценок услуг общественного здравоохранения, проведенных в 41 из 53 стран Европейского региона ВОЗ. Она включает отчеты о самооценке, полученные от 17 стран, где самооценка выполнялась с помощью специального методического инструмента, разработанного для Европейского региона (ВОЗ, 2012а). В нее также входят результаты обзора потенциала общественного здравоохранения в 27 странах Европейского союза (ЕС) – исследования, выполненного по заказу Европейской комиссии Маастрихтским университетом (Maastricht University, не опубликовано). Кроме этого, две страны также провели оценку совместно с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

33. Еще несколько стран начали проводить самооценку, которая будет завершена в следующем году: статус этих работ в странах показан в Приложении 1. Некоторые страны провели несколько видов оценки. Наконец, в настоящий отчет были включены и другие работы ВОЗ по данной тематике, в ходе которых изучались проводимые в настоящее время мероприятия, касающиеся десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ), которые составляют основу ЕПД, в увязке со стратегическими целями ВОЗ на период 2008-2013 гг. (ВОЗ, 2008а).

34. В следующем разделе подробно описываются методы, использованные для сбора данных, необходимых для подготовки настоящего отчета, из каждого из этих трех источников. На карте 3 схематично показано, какие оценки проведены в каждой стране: темно-синим цветом обозначена завершенная оценка (самооценка, оценка в рамках Маастрихтского исследования или оценка, проведенная Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения), всего в 41

стране; голубым цветом показаны четыре страны, где самооценка планируется или находится в стадии осуществления и где ранее никаких оценок не проводилось (Беларусь, Израиль, Казахстан и Российская Федерация); серый цвет показывает страны, где никакой оценки не проводилось и в данный момент не планируется (восемь стран – Азербайджан, Грузия, Исландия, Норвегия, Сан-Марино, Туркменистан, Турция и Украина – еще не начинали никакой оценки).

Карта 3. Оценки в странах Европейского региона ВОЗ



Отчеты европейских стран об оценках, проведенных с помощью разработанного для Европейского региона методического инструмента самооценки

35. Разработанный для Европейского региона инструмент самооценки (WHO, 2012a) находится в состоянии постоянного развития: уже первые отчеты стали основанием для изменений в системе и в ОФОЗ. Следует отметить, что проект ОФОЗ, который использовался в большинстве самооценок, по результатам которых составлен данный отчет, отличается от нынешних ОФОЗ, показанных выше во вставке 2. Особенно значимым, хотя и не единственным отличием является добавление ОФОЗ 9 (информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья), которой не было в перечне ОФОЗ, когда проводилось большинство оценок.

36. К моменту написания отчета инструмент самооценки использовался в 17 странах. Девять из них входят в СЗЮВЕ, а остальные восемь разбросаны по всему Европейскому региону ВОЗ. В настоящее время самооценки находятся в стадии осуществления в Израиле, Испании, Италии, Казахстане, Португалии, Российской Федерации, Словакии и Финляндии. По замыслу эти самооценки в конце концов должны провести все страны, и это даст представление об исходной ситуации, которую затем можно будет использовать для мониторинга прогресса, что и предусматривается в ЕПД.

Обзор потенциала общественного здравоохранения в ЕС

37. Это исследование, проведенное Маастрихтским университетом (отчет не опубликован) является вторым основным источником информации для настоящего отчета. Оно было проведено

отдельно от самооценок с целью анализа потенциала общественного здравоохранения во всех странах ЕС. Для того, чтобы собрать эту информацию, кафедрой международного здравоохранения Маастрихтского университета был разработан инструмент оценки потенциала общественного здравоохранения. В этом инструменте рассматриваются шесть ключевых областей:

- лидерство и стратегическое руководство;
- организационные структуры;
- финансовые ресурсы;
- кадровые ресурсы;
- партнерства;
- развитие знаний.

38. Эти области были далее разбиты на 21 подобласть. Внутри этих подобластей было 128 количественных "показателей", которые использовались для оценки разных составляющих потенциала общественного здравоохранения. Для этого показатели были ранжированы по шкале, отражающей стадию их развития – от "не разработан" [1] до "полностью реализован и успешно функционирует" [6]. Показатели также были стратифицированы по местному, территориальному и национальному уровням для отражения различий в ситуации между разными районами.

39. Оценка каждой страны проводилась научными сотрудниками Маастрихтского университета; затем результаты направлялись каждой стране для проверки и дополнений. Шесть ключевых областей, выделенных в Маастрихтском исследовании, охватывают те же области, что и системные ОФОЗ (см. рис. 1), кроме ОФОЗ 9. Исследованием были охвачены все 27 стран ЕС (см. карту 3), включая четыре страны (Болгарию, Румынию, Словению и Эстонию), которые уже провели самооценку.

Другие работы ВОЗ в этой области

40. Два основных источника, описанные выше, являются ценным ресурсом, благодаря которому была получена большая часть информации для данного отчета. Однако, ввиду естественной и весьма важной эволюции ЕПД и ОФОЗ, оценки, положенные в основу этой работы, содержали ряд недостатков. Главным образом они касались ОФОЗ 9 (информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья).

41. По этой причине, а также для того, чтобы объединить усилия всех отделов Европейского регионального бюро ВОЗ, в соответствующих случаях включались и другие источники, связанные с деятельностью ВОЗ в Европейском регионе по этой же тематике. Это также было нужно и для выработки понимания широты охвата проводимой ныне деятельности ВОЗ и ее связи с ОФОЗ, в частности, для определения областей, которые в будущем особенно будут требовать укрепления. К числу других работ, которые были использованы для подготовки отчета, относятся следующие:

- обзор проблем, стоящих перед Европейским региональным бюро ВОЗ в достижении 11 стратегических целей (ВОЗ, 2012с), с целью перекрестной проверки мероприятий, осуществляемых в этом направлении;
- обзор систем здравоохранения и финансового кризиса в ежеквартальной публикации *EuroHealth* Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения (WHO, 2012a);
- отчеты стран в серии публикаций "Системы здравоохранения: время перемен", издаваемой Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения (WHO, 2012b).

Результаты оценок по отдельным ОФОЗ

42. В данном разделе по отдельности рассматриваются 10 ОФОЗ, составляющих основу ЕПД. В каждом разделе описывается:

- цель ОФОЗ;
- описание, приведенное в ЕПД (ВОЗ, 2011b);
- основные результаты оценки, включая имеющиеся на сегодняшний день сильные стороны и области, требующие дальнейшего усиления;
- примеры передовой практики;
- деятельность, осуществляемая ВОЗ в настоящее время в связи с ОФОЗ.

Глобальные стратегические цели ВОЗ и ОФОЗ

43. В мае 2007 г. Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила Среднесрочный стратегический план на период 2008-2013 гг. и поставленные в нем 13 стратегических целей, из которых в Европейском регионе актуальны главным образом 11 целей (ВОЗ, 2008a). ЕПД будет первоначально осуществляться в контексте этих стратегических целей, и поэтому так важно определить, где могут быть области наибольшего соприкосновения между ЕПД и стратегическими целями (см. таблицу 1).

44. Важно отметить, что все области имеют по крайней мере некоторое отношение к ОФОЗ. Такое определение неизбежно носит субъективный характер и его никоим образом нельзя рассматривать как научную работу, основанную на фактических данных: это всего лишь один из способов отображения того, каким образом и где реализация ЕПД могла бы вписаться в глобальную деятельность ВОЗ.

Таблица 1. Связь между стратегическими целями ВОЗ и ОФОЗ

		ОФОЗ									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стратегическая	1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	7	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	8	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	10	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	11	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Имеет наибольшее отношение

■ Имеет отношение

■ Имеет некоторое отношение

Стратегические цели:

1. Борьба с угрозой инфекционных болезней.
2. Дальнейшие шаги: наращивание масштабов деятельности по профилактике основных инфекционных болезней и борьбе с ними.
3. НИЗ.
4. Здоровье на основных этапах жизни.
5. В чрезвычайных ситуациях и во время кризисов главное – охрана здоровья.
6. Хорошее здоровье начинается со здорового поведения.
7. Укрепление здоровья и снижение неравенств в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты здоровья.
8. Здоровая окружающая среда.
9. Безопасные и питательные пищевые продукты являются предпосылкой здоровья.
10. Системы здравоохранения и услуги общественного здравоохранения.
11. Продукция и технологии медицинского назначения.

ОФОЗ

1. Эпиднадзор за здоровьем и благополучием населения
2. Мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения
3. Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.
4. Укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья
5. Профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни
6. Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия
7. Обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения
8. Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования
9. Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья
10. Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики фактическими данными.

ОФОЗ 1. Эпиднадзор за здоровьем и благополучием населения

Цель

45. Эта функция предусматривает предоставление информации и аналитических данных для проведения оценок потребностей в услугах здравоохранения, оценок воздействия на здоровье и планирования в целях сокращения неравенств в отношении здоровья и укрепления здоровья и благополучия населения. Особенно важным представляется получение достоверной и ясной картины распределения здоровья и услуг здравоохранения среди определенного населения и факторов, которые повышают или уменьшают возможности для здоровой жизни. Для осуществления эпиднадзора и ответных мер большое значение имеет должным образом налаженная работа лабораторий общественного здравоохранения.

Описание функции

46. Оценка нынешнего состояния здоровья населения и его поведения в отношении своего здоровья требует создания и обеспечения функционирования систем эпиднадзора для контроля за частотой и распространенностью заболеваний, а также создания и использования информационных систем здравоохранения для оценки заболеваемости и показателей здоровья населения.

47. В число других элементов этой оперативной функции входят диагностика состояния здоровья в сообществах, анализ данных с целью выявления тенденций, выявление разрывов и неравенств в состоянии здоровья конкретных групп населения, выявление потребностей и планирование вмешательств в соответствии с полученными данными. При возможности данные должны быть стратифицированы по крайней мере по одному социально-экономическому критерию (такому как географическое положение, уровень дохода или образования или этническая принадлежность).

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

48. В большинстве стран Европейского региона ВОЗ имеются системы эпиднадзора и регистры инфекционных болезней, а также основные демографические данные и данные о состоянии здоровья населения (см. Пример 1). Заметным исключением здесь являются страны Центральной Азии, где в этой сфере требуются определенные доработки.

49. Системы выявления физических и химических рисков, оценки угроз для безопасности пищевых продуктов и оценки прогресса в осуществлении ММСП существуют во многих странах, однако лабораторная база для исследования угроз здоровью населения в разных странах разная.

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

50. Во многих странах улучшения требуются в таких сферах, как интеграция и анализ данных; в частности, их можно добиться путем увязывания данных о социальных и экологических детерминантах здоровья с данными о заболеваемости и смертности и другими показателями состояния здоровья. Такая увязка позволит показать, как неравенства влияют на здоровье, и определить приоритетные группы населения.

51. В целом в Регионе недостаточно развит плановый эпиднадзор за факторами риска неинфекционных заболеваний, их более широкими детерминантами (включая как защитные факторы, так и неравенства) и факторами образа жизни. О наличии достаточного потенциала для соответствующего мониторинга и отчетности сообщили только 13 стран – главным образом, в Европейском союзе.

52. Возвращение в последнее время некоторых инфекционных болезней, таких как полиомиелит и малярия в странах Центральной Азии, еще раз подтверждает необходимость укрепления эпиднадзора и иммунизации.

53. Нуждается в оценке процесс, связанный с выработкой информации и сбором и анализом данных, а также с их использованием. В странах Региона недостаточно развиты процессы установления приоритетов, выработки политики и планирования в этой области, и в целом пока недостаточно широко внедрены информационные технологии и системы.

Пример 1. Чешская Республика: пример централизованной информационной системы здравоохранения

Сбором данных для выработки политики здравоохранения и для научных исследований занимается Чешский институт информации и статистики здравоохранения. Его основной задачей является управление работой национальной информационной системы здравоохранения и ее постоянное совершенствование. Эта задача включает сбор и обработку информации о состоянии здоровья и о медико-санитарной помощи, ведение национальных регистров здравоохранения (всего в стране имеется 15 таких регистров, включая канцер-регистр и регистр госпитализированных пациентов), и обеспечение информации для научных целей; вся эта работа выполняется в соответствии с законами о защите данных. Все организации и лица, оказывающие услуги медико-санитарной помощи, обязаны ежегодно направлять в Институт отчеты с данными.

Источник: Bryndová et al., 2009.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 1

Информация здравоохранения

54. Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ регулярно составляет сборники данных статистики здравоохранения по Европейскому региону и помогает странам создавать, укреплять и оценивать интегрированные и эффективные информационные системы здравоохранения. Вместе с международными партнерами отдел занимается стандартизацией, обеспечением сопоставимости на международном уровне и высокого качества данных здравоохранения (WHO, 2011c).

Лабораторные службы

55. Региональное бюро также оказывает странам помощь в разработке национальных программ, стандартов и стратегий в отношении лабораторных служб и в укреплении потенциала лабораторий и создании сетей с четко определенной структурой (WHO, 2011d).

ОФОЗ 2: Мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения

Цель

56. Данная оперативная функция предусматривает контроль инфекционных болезней и других угроз здоровью, обеспечение информации для установления приоритетов и оценки рисков в сфере

охраны здоровья населения и планирование ответных мер при чрезвычайных ситуациях для снижения риска от этих угроз.

Описание функции

57. Данная ОФОЗ включает мониторинг, выявление и прогнозирование приоритетности биологических, химических и физических рисков для здоровья на работе и в окружающей среде; разработку методов и средств оценки экологических рисков для здоровья; выпуск доступной информации и опубликование предупреждений для населения; планирование и осуществление вмешательств, направленных на уменьшение подверженности угрозам здоровью и минимизацию рисков для здоровья.

58. Данная функция включает готовность к организации ответных мер при чрезвычайных ситуациях, включая выработку соответствующих планов действий, создание систем сбора данных и профилактики и контроля заболеваний, а также практическое применение подхода, основанного на принципах объединения усилий и сотрудничества, при участии самых разных компетентных органов в организации ответных мер.

59. В условиях глобализации болезни могут быстро и широко распространяться через международную торговлю и международные поездки людей. Кризис здравоохранения, начавшийся в одной стране, может быстро отразиться на средствах к существованию людей и экономике во многих других странах мира. Для противодействия распространению болезней были разработаны и утверждены ММСП: они предназначены для того, чтобы помочь международному сообществу предотвращать серьезные риски для общественного здоровья и принимать ответные меры в случае их возникновения.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

60. Большинство стран в ходе самооценки потенциала и услуг общественного здравоохранения указали на существование общенациональных планов и структур управления в условиях кризиса для реагирования на чрезвычайные ситуации (см. Пример 2).

61. В ЕС имеется высокий потенциал для реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения: все страны ЕС, участвовавшие в оценке, сообщили о наличии у них систем для определения потенциальных угроз, а также национальных планов действий при непредвиденных чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения. В то же время следует заметить, что подобные планы в большей степени приспособлены для реагирования на ожидаемые угрозы (такие как грипп), нежели на непредвиденные чрезвычайные ситуации (такие как биотерроризм или стихийные бедствия) (WHO, 2011d).

62. В странах существуют сети лабораторий, которые служат базой для изучения угроз здоровью; в ЕС и странах Юго-Восточной Европы существуют также региональные сети лабораторий, способные обеспечить исследование проблем в сфере общественного здравоохранения.

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

63. Во многих странах создана инфраструктура и разработан соответствующий порядок действий, однако информации об их эффективности имеется недостаточно. Некоторые из имеющихся планов представляют собой скорее процесс реагирования на последствия, а не установленный план действий. Недавние вспышки заболеваний показали, что трудности при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения могут испытывать даже некоторые более богатые страны Региона. Здесь не всегда всё зависит от обеспеченности ресурсами: иногда роль играют такие аспекты, как подготовка кадров, сбор и оценка данных.

64. Многими странами в качестве одной из главных проблем была названа нехватка финансовых ресурсов.

65. В странах Юго-Восточной Европы отмечались трудности, связанные с приватизацией лабораторий: беспокойство вызывает то, что национальные лаборатории общественного здравоохранения могут вследствие этого утратить свою ориентированность именно на решение задач общественного здравоохранения.

66. Некоторые страны, особенно страны с переходной экономикой, отмечали недостаток технического опыта и знаний в сфере управления в чрезвычайных ситуациях.

Пример 2. Потенциал системы здравоохранения Казахстана для управления в кризисных ситуациях

Казахстан подвержен воздействию широкого спектра природных опасных явлений, таких как землетрясения, наводнения, оползни и периоды экстремальных температур (как сильной жары, так и резкого похолодания), причем ожидается, что изменение климата может привести к увеличению частоты многих из них. Для принятия ответных мер в отношении этих угроз Казахстан разработал межсекторальную институциональную структуру для управления в чрезвычайных ситуациях. Правительство, центральные и местные исполнительные органы и другие организации взаимодействуют в рамках системы государственного управления, для чего создан Комитет по управлению в кризисных ситуациях, имеющий высокий статус. В него входят представители 15 министерств под руководством премьер-министра страны. Аналогичные комитеты существуют и на нижних уровнях государственного управления под председательством руководителей соответствующих областей и районов. Министерство по чрезвычайным ситуациям контролировало и координировало разработку межведомственного национального плана ответных мер в условиях чрезвычайных ситуаций, в котором определены роли и обязанности структур по управлению в кризисных ситуациях. Данный план призван укрепить потенциал Казахстана, необходимый для ответных действий в условиях опасных природных явлений.

Источник: WHO, 2012d.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 2

Чрезвычайные ситуации и кризисы в области общественного здравоохранения

67. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало комплексную систему управления в чрезвычайных ситуациях, которая действует согласованно с Глобальной сетью предупреждения о вспышках болезней и ответных действий (ВОЗ, 2012e) и обеспечивает сбор, обработку и распространение критически важной информации о вспышках заболеваний и других чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения. Региональное бюро также предоставляет помощь странам в оценке потенциала своих систем здравоохранения, необходимого для управления в условиях возможного кризиса в области здравоохранения, для чего содействует внедрению принципа готовности к любым угрозам (WHO, 2011e).

68. На 2012 г. Региональное бюро запланировало ряд мероприятий по содействию странам в осуществлении рекомендаций ММСП. Кроме этого, было определено несколько других направлений, в которых также ведется работа:

- оценка и укрепление готовности национальных систем здравоохранения к кризисам;

- помощь министерствам здравоохранения в организационном закреплении деятельности по снижению рисков и обеспечению готовности к кризисам;
- содействие разработке и осуществлению эффективных национальных программ и стратегий;
- снижение уязвимости ключевых учреждений здравоохранения;
- сбор информации о передовом опыте и обмен ею;
- разработка планов долговременных ответных мер на случай пандемии;
- подготовка к чрезвычайным ситуациям, вызванным изменением климата;
- повышение уровня знаний и умений работников.

69. Будучи ведущим учреждением, отвечающим за кластер глобального здравоохранения, Региональное бюро в тесном сотрудничестве с международными партнерами помогает местным органам власти и гражданскому обществу откликаться на потребности в медицинских услугах людей, оказавшихся под угрозой кризиса в области здравоохранения. Ведется непрерывная работа по укреплению возможностей ВОЗ и стран Европейского региона ВОЗ для оперативного реагирования на любые вероятные чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, предполагающего эффективный сбор и анализ медико-санитарной информации и координацию здравоохранительных мер.

Выход из кризиса здравоохранения

70. Региональное бюро оказывает странам помощь в деятельности по выходу из кризиса здравоохранения, в том числе помощь по восстановлению потенциала системы здравоохранения, созданию систем раннего предупреждения о вспышках инфекционных болезней и природных катастрофах и разработке основ национальной политики здравоохранения. Также Региональное бюро выполняет функции технического координатора программ общественного здравоохранения.

ОФОЗ 3: Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.

Цель

71. Эта функция имеет целью использование данных, собранных в результате эпиднадзора и мониторинга, для развития и подкрепления фактическими данными системы предоставления услуг по защите здоровья населения от инфекционных болезней и экологических рисков и опасностей.

Описание функции

72. Обеспечение безопасности окружающей среды, труда и пищевых продуктов требует проведения оценок рисков и принятия на основании этих оценок соответствующих мер. По возможности оценка рисков должна проводиться отдельно для разных социально-экономических групп, чтобы выявить социальные неравенства в отношении подверженности риску. Органы общественного здравоохранения должны осуществлять надзор за тем, как обеспечивается соблюдение нормативных положений, и держать под контролем виды деятельности, способные влиять на здоровье населения.

73. Данная функция предполагает наличие институционального потенциала для выработки механизмов законодательного регулирования и правоприменения для охраны здоровья населения и контроля за соблюдением принятых норм. Она охватывает:

- безопасность окружающей среды,
- безопасность труда,
- безопасность пищевых продуктов,
- оценку рисков, связанных с другими опасными факторами.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

74. Основы политики в отношении борьбы с инфекционными болезнями существуют во всех странах Европейского региона ВОЗ, хотя степень их практической реализации различается. В большинстве стран имеется законодательство об оценке рисков в области охраны труда, безопасности пищевых продуктов и подверженности воздействию целого ряда экологических факторов (см. Пример 3).

75. В некоторых странах СНГ были выработаны стратегии и принято законодательство для решения таких проблем окружающей среды, как качество воды и воздуха, а в некоторых странах имеются общие национальные программы по здравоохранению и охране окружающей среды.

76. В Италии благодаря программе интеграции местных ветеринарных служб в отделы по укреплению здоровья повысилась эффективность борьбы с угрозой передаваемых через животных пищевых токсикоинфекций.

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

77. Реализация политики и законодательства, направленных на решение таких проблем окружающей среды, как качество воды и воздуха, во многих странах организована неудовлетворительно.

78. Во всем Регионе недостаточно развит технический потенциал, включая персонал и оборудование, для проведения оценки рисков.

79. Действенный мониторинг внутрибольничных инфекций и эпиднадзор за устойчивостью к антимикробным средствам на территории Региона развит не везде одинаково, а во многих странах скоординированный на национальном уровне эпиднадзор просто отсутствует.

80. Пока еще не все страны Европы постоянно прибегают к оценкам воздействия на здоровье для определения потенциального влияния других секторов на здоровье населения. Обзор оценок воздействия на здоровье, проводившихся в 19 европейских странах в период с 1990 по 2005 гг., показал, что некоторые страны осуществили очень мало таких оценок, а наибольшее число оценок было проведено в Англии, Нидерландах, Уэльсе и Финляндии. Широкое применение оценки воздействия на здоровье нашли лишь в нескольких странах (Wismar et al., 2007).

Пример 3. Защита здоровья населения от влияния изменения климата в бывшей югославской Республике Македонии

"Защита здоровья от негативного влияния изменения климата" представляет собой инициативу ВОЗ и Федерального министерства окружающей среды, охраны природы и ядерной безопасности Германии с участием семи стран, задача которой заключается в укреплении потенциала систем здравоохранения для защиты здоровья населения от последствий изменения климата. Для бывшей югославской Республики Македонии одна из целей в рамках этой инициативы заключалась в разработке и осуществлении планов действий на случай периода сильной жары, в соответствии с которыми были приняты следующие меры:

- В феврале 2011 г. правительство приняло и опубликовало План действий по охране здоровья в период сильной жары.
- Разработана система раннего предупреждения о наступлении сильной жары для своевременного оповещения населения. С работой системы можно ознакомиться в онлайн-режиме на сайте <http://www.toplotnibranovi.mk>.
- Составлены и напечатаны информационные брошюры по защите здоровья в периоды сильной жары, ориентированные на население, на руководителей учреждений здравоохранения и социального обеспечения, на врачей общей практики и на медработников в целом.
- Свыше 300 человек, включая медицинских работников, специалистов по окружающей среде, журналистов и т.д. прошли обучение по вопросам влияния изменения климата, особенно периодов сильной жары, на здоровье.

Все это демонстрирует значительные меры, которые были успешно осуществлены для смягчения влияния изменения климата, оценки этого влияния и выработки логически последовательного комплекса рекомендаций.

Источник: Kendrovski and Spasenovska, 2011.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 3

Инфекционные болезни

81. Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет несколько специализированных программ, направленных на борьбу с угрозами инфекционных болезней, таких как устойчивость к антимикробным средствам, сезонный и пандемический грипп, ВИЧ/СПИД, ТБ, малярия и вирусный гепатит (WHO, 2011d).

Охрана здоровья в местах лишения свободы

82. Региональное бюро также помогает государствам-членам совершенствовать охрану здоровья в местах лишения свободы, укрепляя связь между пенитенциарным здравоохранением и системами общественного здравоохранения (WHO, 2011f).

Изменение климата

83. Программа Регионального бюро по изменению климата, экологически чистым услугам здравоохранения и устойчивому развитию призвана помочь странам лучше понять последствия изменения климата для здоровья и осуществлять положения Европейской рамочной программы действий, принятой на министерской конференции в Парме в 2010 г. (WHO, 2011g).

Оценка экологических рисков

84. Программа оценки и управления экологическими рисками для здоровья занимается разработкой методов и инструментов для оценки комплексных воздействий на здоровье различных нововведений, в том числе промышленной инфраструктуры и новых технологий (таких как нанотехнология) (WHO, 2011g).

Водоснабжение и санитария

85. Программа водоснабжения и санитарии направлена на расширение доступа к безопасной воде и санитарии, и особый акцент в ней делается на преодоление в Регионе социальных неравенств в этой сфере. Эта деятельность определяется Протоколом по проблемам воды и здоровья к Конвенции по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер 1992 г. (ЕЭК, 1999), а также предусматривает поддержку в реализации положений Барселонской конвенции о защите Средиземного моря от загрязнения (WHO, 2011g), касающихся качества воды и охраны здоровья.

Безопасность пищевых продуктов

86. Цель программы в области безопасности пищевых продуктов состоит в том, чтобы обеспечить безопасность пищевых продуктов по всему циклу от производства до потребления. Для этого странам оказывается поддержка в укреплении потенциала в области управления безопасностью пищевых продуктов, в создании механизмов и инструментов для межсекторальной системы безопасности пищевых продуктов, в мониторинге загрязнения химическими и микробиологическими опасными факторами и в эпиднадзоре за пищевыми токсикоинфекциями. Программа функционирует на основе Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2007-2012 гг. (ВОЗ, 2008с) и Глобальной стратегии ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов (WHO, 2011h).

Здоровая окружающая среда

87. Программа по окружающей среде в быту и на работе направлена на решение проблем качества воздуха, химической безопасности, информационных систем по окружающей среде и охране здоровья, жилищных условий, шума и гигиены труда (WHO, 2011g).

ОФЗ 4: Укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья

Цель

88. Данная оперативная функция предусматривает укрепление здоровья и улучшение благополучия населения путем принятия мер в отношении социальных неравенств и воздействия на социальные и экологические детерминанты здоровья более широкого плана. Это может быть

достигнуто путем создания благоприятных условий окружающей среды и укрепления потенциала местных сообществ для расширения прав и возможностей отдельных граждан и целых групп населения вести более здоровый образ жизни и заботиться о своем здоровье на протяжении всей жизни. Кроме того, объединенные многосекторальные усилия направлены на создание здоровой окружающей среды, сокращение неравенств и уменьшение факторов риска в социальных и экологических детерминантах здоровья, а также на развитие в местных сообществах ресурсов для защиты здоровья, повышающих уровень благополучия населения.

89. Меры воздействия на социальные неравенства вносят существенный вклад в улучшение здоровья и благополучия населения. Уменьшение социальных градиентов требует постановки всеобъемлющей стратегической цели: уравнивать шансы на здоровье всех социально-экономических групп, включая устранение неблагоприятных условий для здоровья и сужение разрывов в показателях здоровья. Меры по сокращению неравенств коснутся всех, кто страдает от этих неравенств, если будут приниматься повсеместно во всех слоях общества. Наибольшие усилия предпринимаются для удовлетворения потребностей самых неимущих и уязвимых категорий людей, но они не ограничиваются исключительно этими категориями.

Описание функции

90. Укрепление здоровья – это процесс, дающий людям возможность усилить контроль над своим здоровьем и его детерминантами и тем самым улучшить его. Укрепление здоровья предполагает воздействие на детерминанты как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний и включает в себя следующие мероприятия:

- содействие изменениям в образе жизни, подходах, условиях окружающей среды и социальных условиях, благоприятствующим такому общественному развитию на уровне отдельного человека и общества, которое ведет к укреплению здоровья населения и снижению социальных неравенств в отношении здоровья по всему социальному градиенту;
- адаптированные к нуждам конкретных социально-экономических групп вмешательства в области образования и социальной коммуникации, направленные на пропаганду здорового образа жизни и поведения и создание здоровых условий окружающей среды;
- переориентация услуг здравоохранения на создание таких моделей медико-санитарной помощи, которые способствовали бы укреплению здоровья и обеспечивали равный доступ к медико-санитарной помощи;
- анализ и изучение первопричин социальных неравенств в отношении здоровья, в том числе таких факторов, как социальная отверженность, низкие доходы и ограниченный доступ к услугам здравоохранения и социальным услугам;
- планирование вмешательств с целью воздействия на социально-экономические детерминанты здоровья;
- создание межсекторальных партнерств для осуществления более действенных мер по укреплению здоровья;
- оценка воздействия государственных программ и стратегий на здоровье населения;
- информирование о рисках и угрозах.

91. Средства выполнения этих задач включают проведение мероприятий по укреплению здоровья на уровне всего населения в соответствии с социальным градиентом, а также мероприятий, нацеленных на группы населения с повышенным риском отрицательных исходов для здоровья. К ним относятся действия по улучшению итоговых показателей здоровья и оказанию влияния на социальные детерминанты здоровья в таких областях, как сексуальное

здоровье, психическое здоровье, поведение в отношении собственного здоровья, связанное с инфицированием ВИЧ, борьба со злоупотреблением наркотиками, борьба против табака, борьба против вредного употребления алкоголя, физическая активность, профилактика ожирения, питание, безопасность пищевых продуктов, вредные для здоровья условия труда, профилактика травматизма и гигиена труда и окружающей среды.

92. Неравенства в отношении здоровья зарождаются в социальных условиях, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют; именно эти условия и называют "социальными детерминантами здоровья". К ним относятся всё переживаемое в первые годы жизни, образование, экономический статус, занятость и достойная работа, жилье и окружающая среда, а также эффективные системы профилактики и лечения болезней (то есть структурные факторы). Для того, чтобы создать справедливое, экономически производительное и здоровое общество, в котором нет исключенных из его жизни групп, очень важно оказывать воздействие на эти детерминанты здоровья, охватывая как уязвимые группы, так и все население в целом.

93. Функция укрепления здоровья включает воздействие на структурные факторы, от которых может зависеть здоровье населения и неравенства в отношении здоровья, во взаимодействии с другими секторами и лицами, вырабатывающими политику. Таким образом, в стратегиях сокращения социальных неравенств в отношении здоровья первоочередное внимание должно уделяться социальной, культурной и экономической среде, а также целенаправленному воздействию на индивидуальные факторы риска по отдельности.

94. Более широкая функция укрепления здоровья включает консультирование лиц, вырабатывающих политику, по вопросам рисков для здоровья, состояния здоровья и потребностей населения в услугах здравоохранения по всему социальному градиенту, а также выработку стратегий для применения в различных социальных контекстах. Также она включает воздействие на детерминанты здоровья, в частности, на социальные или социально-экономические детерминанты нездоровья (такие как бедность, безработица, социальная незащищенность и неудовлетворительные условия жизни). Наконец, укрепление здоровья охватывает и преодоление наблюдаемых неравенств в отношении здоровья среди различных групп населения и содействие учету социальной справедливости в отношении здоровья во всех государственных стратегиях и вмешательствах.

95. Границы между концепциями "укрепления здоровья" и "профилактики болезней" могут быть размытыми и спорными. При подготовке данной публикации выбор делался исходя из прагматичных соображений, и читатели могут увидеть в ней отклонения от классификации, принятой в других публикациях.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

Неравенство и социальные детерминанты здоровья

96. В Европейском регионе ВОЗ имеются примеры весьма прогрессивных подходов к проблеме неравенства в отношении здоровья (см. Пример 4). Проблема неравенства была отмечена целым рядом стран, многие из которых выражали обеспокоенность по поводу его углубления в последние годы. Были выявлены примеры стратегических подходов к решению проблемы неравенств в отношении здоровья; самыми передовыми в этой области являются Соединенное Королевство и страны Северной Европы.

Факторы, связанные с образом жизни

97. Те или иные меры по укреплению здоровья в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями осуществляются в большинстве стран Юго-Восточной Европы.

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

Неравенство и социальные детерминанты здоровья

98. Было установлено, что неравенства в отношении здоровья далеко не всегда учитываются в стратегиях укрепления здоровья: о содержащемся в законодательстве и в процессах выработки политики требования проводить ту или иную форму оценки включения всех людей в жизнь общества или социальной справедливости сообщают только половина стран ЕС

Факторы, связанные с образом жизни

99. Между странами Региона наблюдаются огромные различия в наличии и осуществлении мер по укреплению здоровья. В некоторых странах укрепление здоровья не признается достаточно важной задачей или недостаточно развито; особенно это касается стран-членов Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы и стран Центральной Азии.

100. Интегрирование тезисов по конкретным темам, касающимся укрепления здоровья, в другие области, такие как борьба со злоупотреблением алкоголем и токсикоманией, охрана психического здоровья и профилактика насилия, позволяет осуществлять более индивидуализированные подходы, более эффективные с точки зрения улучшения здоровья. В то же время многие из существующих стратегий нуждаются в обновлении, поэтому здесь необходимо наращивать организационно-кадровый потенциал одновременно с формированием, реализацией и мониторингом стратегии, особенно в странах Центральной Азии и Восточной Европы.

101. Меры по укреплению здоровья недостаточно хорошо интегрированы в другие секторы общества.

102. Во многих странах меры по укреплению здоровья осуществляются главным образом через уже существующие услуги первичного звена медико-санитарной помощи и школьных медсестер, без достаточно широкого вовлечения других секторов и сообществ.

103. В некоторых странах Региона осуществляется оценка хода реализации и результатов проектов по укреплению здоровья, но широкого распространения в Регионе эта практика не получила.

104. В большинстве стран Юго-Восточной Европы осуществляются те или иные мероприятия по укреплению здоровья в контексте борьбы с инфекционными болезнями. В частности, достаточно широко распространены меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом и программы по борьбе с алкоголем и табаком, однако меры по укреплению здоровья в контексте НИЗ в некоторых странах отсутствуют. Несмотря на существование немалого числа отдельных мероприятий, в целом укрепление здоровья как таковое в Регионе развито достаточно слабо, особенно в отношении НИЗ и факторов риска, связанных с образом жизни.

Пример 4. Работа по укреплению здоровья на уровне сообществ (РУЗС), Кыргызстан

Стратегия РУЗС представляет собой партнерство в масштабах всей страны между сельскими комитетами здравоохранения (СКЗ) и государственной системой здравоохранения. Ее цель состоит в том, чтобы дать возможность сельским общинам самостоятельно принимать меры по улучшению здоровья в своих селах, а государственной системе здравоохранения дать возможность работать в партнерстве с СКЗ в интересах укрепления здоровья населения. В настоящее время в Кыргызстане существует около 1500 СКЗ, которые охватывают 80% всех сел страны. Стратегия РУЗС является одним из элементов реформирования здравоохранения Кыргызстана.

СКЗ – это организации местных сообществ, состоящие из выборных представителей села, не являющихся медицинскими работниками, но желающих добровольно вносить свой вклад в улучшение здоровья и благополучия жителей своих сел. На районном уровне существуют федерации СКЗ, имеющие статус неправительственных организаций (НПО), а национальная ассоциация СКЗ координирует сотрудничество с Министерством здравоохранения и с донорами. В системе здравоохранения СКЗ напрямую сотрудничают с поставщиками первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, особенно с персоналом отделений по укреплению здоровья при центрах семейной медицины, которые занимаются исключительно вопросами укрепления здоровья населения. Они были созданы для содействия распространению стратегии РУЗС по всей территории страны.

Процесс РУЗС начинается с того, что жители деревни определяют свои приоритеты в отношении здоровья, после чего они при поддержке работников первичного звена медико-санитарной помощи и отделений укрепления здоровья создают СКЗ. Отделения укрепления здоровья взаимодействуют с СКЗ по двум направлениям. Во-первых, работники отделений обучают жителей созданию организационной структуры, чтобы СКЗ могли стать независимыми организациями гражданского общества и организовывать собственные инициативы по воздействию на социальные детерминанты здоровья в пределах собственных ресурсов и в сотрудничестве с местными органами самоуправления и другими структурами. Во-вторых, работники отделений укрепления здоровья обучают членов СКЗ проводить медико-санитарные акции в отношении заболеваний, определенных в качестве приоритетных. За организацию подобных кампаний отвечает Республиканский центр укрепления здоровья Министерства здравоохранения при поддержке проектов международной помощи. Примерами таких кампаний может быть раздача предприятиям розничной торговли наборов для определения содержания йода в соли при оптовых закупках, скрининг населения с целью выявления гипертензии с помощью автоматических приборов для измерения кровяного давления и школьная программа по улучшению здоровья зубов. Кампании могут быть посвящены и таким проблемам, как питание детей, гигиена, сексуальное и репродуктивное здоровье, бруцеллез и ТБ.

С момента открытия в 2001 г. программа РУЗС осуществлялась при поддержке Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству и при технической поддержке Швейцарского Красного Креста. В 2005 г. программа была включена в план реформы здравоохранения Кыргызстана, благодаря чему поддержку для ее распространения по всей стране стали оказывать и другие доноры, включая Агентство США по международному развитию, Шведское агентство по международному сотрудничеству в области развития, Служба развития Лихтенштейна, Департамент международного развития Соединенного Королевства и Всемирный банк.

Источник: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2001 г.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 4

Профилактика насилия и травматизма

105. Программа по профилактике насилия и травматизма Европейского регионального бюро ВОЗ направлена на оказание помощи странам в наращивании организационно-кадрового потенциала для национальных программ профилактики. Работа в отношении данного приоритета здравоохранения основывается на резолюции EUR/RC55/R9 о профилактике травматизма и рекомендации Совета Европейского союза по предупреждению травматизма и повышению уровня безопасности (WHO, 2011f).

106. ВОЗ и глобальная сеть экспертов по предупреждению травматизма разработали программу TEACH-VIP – комплекс учебных модулей по профилактике и борьбе с травматизмом для поддержки выработки стратегий и укрепления организационно-кадрового потенциала (WHO, 2012f).

Охрана здоровья матерей и новорожденных

107. В рамках программы Регионального бюро по охране здоровья матерей и новорожденных были разработаны комплекс учебных материалов "Эффективная перинатальная помощь" и методика "Что кроется за цифрами" для помощи странам в создании национальных стратегий и руководств по повышению качества услуг по охране материнства (WHO, 2011i). Наиболее активно эта программа осуществляется в странах, испытывающих наибольшую потребность в таких стратегиях и руководствах, прежде всего на Балканах и в странах СНГ.

Охрана здоровья подростков

108. С целью помощи странам в усилении мер по охране здоровья подростков Региональное бюро разработало систематический подход "Пять S". Также в Регионе продолжается осуществление программ в области развития в раннем детстве и межсекторальных подходов (таких как сеть "Школы за здоровье в Европе"), направленных на улучшение показателей выживания, роста и развития детей раннего возраста (WHO, 2011i).

Здоровое старение

109. Региональное бюро приняло рамочную основу для выработки политики "Активное старение", которая строится на многосекторальном подходе к охране здоровья лиц пожилого возраста (WHO, 2011i).

Борьба против табака

110. Региональное бюро успешно содействует вмешательствам в шести стратегических областях борьбы против табака в рамках комплекса мер по борьбе с табачной эпидемией MPOWER (WHO, 2011j), опираясь на положения Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (ВОЗ, 2003/2005).

Алкоголь

111. Региональное бюро в тесном сотрудничестве с Европейской комиссией работает над созданием Европейской информационной системы "Алкоголь и здоровье". В соответствии с Европейским планом действий по сокращению вредного употребления алкоголя, Региональное бюро будет оказывать странам методическую помощь в разработке или обновлении своих стратегий в этой области, предусматривающих, например, такие меры, как повышение налогов и снижение доступности алкогольных напитков (WHO, 2011j).

Запрещенные наркотики

112. Программа Регионального бюро по борьбе с незаконными наркотиками оказывает странам помощь в осуществлении действенных программ лечения наркозависимости, в том числе в форме технических рекомендаций в отношении снижения вреда и опиоидной заместительной терапии (WHO, 2011j).

Транспорт и здоровье

113. С тех пор, как в 1999 г. на Третьей министерской конференции по окружающей среде и здоровью была принята Хартия по транспорту, окружающей среде и здоровью, страны Европейского региона ВОЗ неизменно придерживаются курса на внедрение здорового и экологически устойчивого транспорта.

114. Программа по транспорту и здоровью направлена на помощь странам в формировании и осуществлении стратегий в области здоровой мобильности и в содействии здоровым и экологически устойчивым способам передвижения и опирается в этом на принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях. Она помогает странам превратить соображения охраны здоровья и окружающей среды в более важный и положительно выраженный критерий при принятии решений в сфере транспорта (WHO, 2011g).

Физическая активность

115. Региональное бюро через сеть ОФА (Европейскую сеть содействия оздоровительной физической активности) ведет работу по созданию благоприятных условий для физической активности (WHO, 2012g).

ОФОЗ 5: Профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни

Цель

Данная функция направлена на профилактику заболеваний путем принятия мер на трех уровнях профилактики – первичном, вторичном и третичном. Эти уровни охватывают широкий спектр деятельности – от улучшения общего состояния здоровья населения (первичная профилактика) до улучшения показателей лечения и выздоровления (третичная профилактика) (см. Таблицу 2).

116. Каждый из трех уровней выполняет свою важную роль, но в целом методы профилактики на верхнем уровне (первичная профилактика) обходятся дешевле, более рациональны и позволяют в большей степени снизить заболеваемость и смертность. Об укреплении здоровья (ОФОЗ 4) уже говорилось в предыдущем разделе, и эти две функции следует рассматривать как неразрывно связанные друга с другом.

117. Важно отметить различие между понятиями "доступ" и "охват услугами", поскольку это не одно и то же. Под охватом понимается процент населения, которое благодаря географическим условиям и физическим возможностям может добраться до услуг и воспользоваться ими. Доступ же означает способность и возможность пациента или населения воспользоваться необходимыми услугами здравоохранения с точки зрения характеристик оказания медицинских услуг (таких как наличие услуг, их организация и финансирование), характеристик населения (демографические характеристики, уровень дохода и поведение в сфере потребления медицинской помощи), а также с точки зрения того, насколько полно желаемая помощь удовлетворяет основные медико-санитарные потребности индивида или группы лиц. Даже если будет обеспечен полный охват населения услугами, могут существовать различные препятствия для доступа к этим услугам, связанные, например, с их стоимостью или культурной неприемлемостью. Эти факторы являются важными детерминантами, препятствующими повышению доступности услуг для меньшинств или социально изолированных групп населения, поэтому услуги необходимо специально адаптировать

к специфике таких сообществ. В силу этого системы здравоохранения должны стремиться к обеспечению не всеобщего охвата услугами, а всеобщего доступа к ним.

Таблица 2. Уровни профилактики болезней

Уровень профилактики	Определение	Мероприятия
Первичная профилактика	Повышение уровня благополучия и недопущение изначально возникновения нарушений здоровья. Обычно это включает воздействие на более широкие детерминанты и принятие мер на верхнем уровне, направленных на большинство населения.	Вакцинация Укрепление здоровья Учет интересов здоровья во всех стратегиях
Вторичная профилактика	Раннее выявление нарушений здоровья и прекращение их прогрессирования после того, как они обнаружены, то есть выявление болезни на ранней стадии путем медицинских осмотров или скрининга, а также целенаправленная работа с группами повышенного риска. Осуществление этих мер важно для сокращения неравенств в отношении здоровья.	Программы скрининга Раннее выявление заболеваний Медицинские осмотры
Третичная профилактика	Работа с лицами, у которых выявлены нарушения здоровья, направленная на содействие выздоровлению и снижение риска рецидива, с применением оправданных с точки зрения затрат методов улучшения ведения болезней.	Самостоятельное ведение болезней, ориентированное на интересы и потребности пациента Интегрированные маршруты помощи, позволяющие улучшать ведение болезней

Источник: Donaldson and Donaldson, 2000.

Описание функции

118. Профилактика заболеваний направлена как на инфекционные, так и на неинфекционные заболевания и включает конкретные действия, осуществляемые в основном на индивидуальном уровне. Этот термин иногда используют как дополнение к оперативным функциям укрепления здоровья и охраны здоровья. Хотя часто между содержанием и стратегиями этих оперативных

функций и бывает частичное совпадение, профилактика заболеваний определяется отдельно. Профилактика заболеваний в этом контексте рассматривается как действия, обычно предпринимаемые сектором здравоохранения и по его инициативе, направленные на отдельных людей и на группы населения, у которых выявлены идентифицируемые факторы риска, часто ассоциирующие с различными формами рискованного поведения.

119. Услуги первичной профилактики включают вакцинацию детей, взрослых и пожилых людей, а также вакцинацию или постэкспозиционную профилактику лиц, подвергшихся воздействию инфекции. Кроме того, мероприятия первичной профилактики включают предоставление информации о поведенческих и медицинских рисках для здоровья, а также консультирование и принятие мер по снижению этих рисков на индивидуальном уровне и на уровне сообщества; активное использование систем и методов привлечения первичного звена медико-санитарной помощи и специализированной помощи к программам профилактики заболеваний; производство и закупки вакцин для детей и взрослых; хранение в необходимых случаях запасов вакцин и производство и закупки специального питания и биологически активных добавок к пище.

120. Вторичная профилактика включает такие мероприятия, как построенные на доказательной основе программы скрининга с целью раннего выявления заболеваний; программы охраны материнства и детства, в том числе скрининг и профилактика врожденных пороков; производство и закупки лекарственных средств, таких как антибиотики; производство и закупки скрининговых тестов для раннего выявления заболеваний и создание возможностей для удовлетворения фактических или потенциальных потребностей.

121. Третичная профилактика включает реабилитацию пациентов с установленными заболеваниями с целью сведения к минимуму остаточной нетрудоспособности и осложнений и обеспечения пациенту максимально долгой комфортной жизни, благодаря чему повышается качество жизни пациента даже в том случае, если болезнь вылечить невозможно.

122. Меры по профилактике заболеваний можно осуществлять на всех уровнях медико-санитарной помощи, от первичного до третичного. Однако наиболее рациональное использование ресурсов может быть скорее всего обеспечено, если во всех возможных случаях стремиться к принятию мер профилактики на самом верхнем уровне причинно-следственных связей, а ключевым сектором системы здравоохранения в плане осуществления профилактики заболеваний является первичное звено медико-санитарной помощи, поскольку оно оказывает более дешевые и доступные услуги по раннему выявлению и ведению заболеваний. Медицинские работники также могут участвовать в выявлении таких факторов риска, как недостаточная физическая активность или неправильное питание, и давать соответствующие консультации.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

Первичная профилактика

123. В том или ином виде во всех странах имеются программы плановой иммунизации, причем в большинстве случаев они хорошо развиты и эффективны (см. Примеры 5a и 5b). В целом показатели охвата иммунизацией в странах ЕС лежат в пределах целевых ориентиров, хотя, как показывает рост заболеваемости корью в последние годы, необходимо по-прежнему проявлять бдительность.

Вторичная профилактика

124. Плановый скрининг новорожденных и скрининг на многие наиболее распространенные формы рака существует сегодня во многих странах, особенно в Европейском союзе. В некоторых странах ЕС также внедряется скрининг на аневризму аорты брюшной полости. В настоящее время более половины европейских стран располагают стратегиями или программами по сексуальному и/или репродуктивному здоровью либо в виде отдельной стратегии, либо в рамках общей политики здравоохранения или общественного здоровья.

Третичная профилактика

125. Развитые услуги третичной медико-санитарной помощи высокого качества существуют во многих странах, особенно в Западной Европе, хотя эти услуги и не всегда доступны для всех слоев общества.

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

Первичная профилактика

126. В некоторых странах механизмы осуществления программ вакцинации развиты недостаточно, кое-где отмечаются проблемы доступа к вакцинам и управления цепочкой поставок. В Регионе также необходимы дальнейшие меры по охвату программами плановой иммунизации групп меньшинств.

127. В некоторых странах СНГ после распада служб, существовавших в советскую эпоху, в начале 90-х гг. прошлого века произошел рост распространенности болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. В некоторых районах до сих пор не достигнут прежний уровень охвата.

128. Также существует необходимость обеспечить доступные и эффективные средства контрацепции и качественное консультирование для предупреждения нежелательной беременности; услуги по планированию семьи и другие услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья нужно интегрировать в первичное звено медико-санитарной помощи.

129. Особенно актуальной является необходимость улучшения программ борьбы с хламидиозом среди молодежи, а также расширения в Восточной Европе сети лабораторий для мониторинга штаммов гонореи, устойчивых к антимикробным средствам.

Вторичная профилактика

130. В большинстве стран отсутствует плановая диспансеризация с целью выявления НИЗ. Например, в некоторых странах проводятся разовые обследования сердечно-сосудистой системы, но при этом часто не налажены надлежащие процессы последующего контроля или направления к специалистам.

131. В Регионе отмечаются огромные различия в уровне доступности программ скрининга на раковые заболевания: в некоторых странах Юго-Восточной Европы и Центральной Азии подобные программы отсутствуют как таковые, в то время как в других странах осуществляется плановый скрининг на основные онкологические заболевания. В некоторых странах сдерживающим фактором является отсутствие или высокая стоимость лечения раковых заболеваний на ранних стадиях развития.

132. Плановый скрининг новорожденных проводится не во всех странах Региона, а между странами, в которых программы скрининга существуют, отмечаются различия в комплексе проводимых тестов.

133. Нужно улучшать услуги по планированию семьи, поскольку они незаменимы в охране репродуктивного и сексуального здоровья и в предотвращении нежелательных последствий для здоровья.

Третичная профилактика

134. Регистры заболеваний, инструменты для обследования факторов риска и системы эпиднадзора во многих случаях отсутствуют или не пригодны для использования по назначению, разбивка данных по полу, возрасту или социальному положению в них ограничена. Это затрудняет сравнительный анализ и проведение сравнений между странами и внутри стран по

определенным эталонным критериям и ограничивает возможности мониторинга тенденций и результатов вмешательств.

Пример 5а. Развитие потенциала программы иммунизации в Боснии и Герцеговине

В октябре 2009 г. Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) провели оценку результатов внедрения вакцин против гемофильного гриппа типа b (Hib) и ДТРа-IPV в Боснии и Герцеговине. Шесть групп экспертов по проведению оценки, состоящих из местных специалистов и консультантов Регионального бюро и CDC, посетили 24 учреждения, включая два центральных и четыре региональных/окружных института общественного здравоохранения и восемнадцать медицинских учреждений. Эксперты с помощью стандартизированных анкет опрашивали сотрудников программы по иммунизации, медицинских работников и матерей и наблюдали сеансы иммунизации. После этого группа экспертов представила Министерству здравоохранения и работникам программы по иммунизации свои отчеты с результатами оценки и рекомендациями. Рекомендации касались главным образом укрепления системы предоставления услуг в труднодоступных районах и в местах, где сотрудники программы работали неудовлетворительно. Также эксперты разработали для Министерства документ, в котором анализируются уроки и выводы из опыта работы программы и который позволит избежать в дальнейшем наиболее распространенных недостатков в планировании и реализации программы при внедрении новых вакцин.

Источник: WHO, 2009а.

Пример 5b. Варианты экономического развития и инвестиций в секторе медико-санитарной помощи: улучшение основных показателей здоровья населения Португалии

В последние годы Португалия демонстрирует значительный прогресс в охране здоровья детей: например, неуклонно сокращается показатель младенческой смертности – с 54 на 1000 в 1970 г. до 3,3 на 1000 в 2006 г. К другим крупным достижениям относится снижение на 96% материнской смертности, на 89% детской смертности и на 96% младенческой смертности. Достичь таких показателей удалось благодаря политической воле, проявившейся в улучшении социально-экономического положения населения, и созданию национальной сети центров здоровья.

Около 40% всех важных улучшений в области здравоохранения в Португалии достигнуто благодаря большому вниманию к развитию сети первичной медико-санитарной помощи. Многомерный анализ временных рядов различных показателей смертности начиная с 1960 г. показывает, что решение о развитии политики здравоохранения Португалии на принципах первичной медико-санитарной помощи и создании сети комплексных услуг первичной помощи сыграло ключевую роль в снижении материнской и детской смертности. Однако снижение перинатальной смертности было связано с развитием сети больниц.

Достижения Португалии в области охраны детства наглядно демонстрируют роль первичной медико-санитарной помощи как одного из основных инструментов интеграции услуг общественного здравоохранения в систему здравоохранения в целом. Вся деятельность систем здравоохранения, в основе которых лежит первичное звено медико-санитарной помощи, вращается вокруг оказания комплексной и интегрированной помощи и неразрывно связана с общественным здравоохранением. Для удовлетворения потребностей населения в услугах здравоохранения должен предоставляться широкий спектр услуг первичной медико-санитарной помощи, включая укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Источник: ВОЗ, 2008d.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 5

Иммунизация

135. Сотрудники программы Европейского регионального бюро ВОЗ по болезням, предупреждаемым с помощью вакцин, и иммунизации предоставляют странам помощь в вопросах политики и техническую помощь, которая позволяет им в максимальной степени обеспечить всему населению справедливый доступ к вакцинам гарантированного качества в соответствии с Глобальным видением и стратегией иммунизации (WHO, 2011d; ВОЗ, 2011k).

Первичная медико-санитарная помощь

136. При поддержке программы Европейского регионального бюро ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи десять стран Региона провели исследования организации и оказания услуг первичной медико-санитарной помощи. Региональное бюро продолжает свою работу по поддержке стран: так, например, оно предоставляет данные, позволяющие проводить международные сравнения деятельности систем здравоохранения (WHO, 2011c).

Психическое здоровье и психические расстройства

137. С 2008 г. Региональное бюро осуществляет совместно с Европейской комиссией партнерский проект в области психического здоровья, направленный на расширение прав и возможностей получателей услуг по охране психического здоровья и членов их семей (WHO, 2011 f).

Сердечно-сосудистые, онкологические и хронические респираторные заболевания и диабет

138. Европейское региональное бюро стремится помогать странам в осуществлении эпиднадзора за факторами риска и в усилении мер по раннему выявлению заболеваний. В основе программы Регионального бюро по борьбе с НИЗ лежит "Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г." (ВОЗ, 2009b) и доклад о возможностях стран в области профилактики и борьбы с НИЗ в Европейском регионе (Farrington and Stachenko, 2010).

ВИЧ/СПИД

139. Региональное бюро поддерживает подход к борьбе с эпидемией ВИЧ, основанный на использовании сил и средств всей системы здравоохранения, и с учетом этого им был разработан план действий на 2012-2015 гг. Этот план соответствует положениям Декларации Организации Объединенных Наций о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (WHO, 2011).

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)

140. Европейское региональное бюро ВОЗ проводит работу по борьбе с ИППП в тесном сотрудничестве с Международным союзом по борьбе с инфекциями, передающимися половым путем, и ЮНИСЕФ (WHO, 2011).

Туберкулез

141. Региональное бюро оказывает государствам-членам поддержку в реализации стратегии "Остановить ТБ", а также вместе с партнерами разрабатывает комплексный план действий по профилактике и борьбе с ТБ с множественной/широкой лекарственной устойчивостью в Европе (WHO, 2011).

ОФОЗ 6: Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

Цель

142. Данная функция предусматривает обеспечение надлежащего стратегического руководства услугами общественного здравоохранения посредством эффективных механизмов, процессов и институтов с четко определенными структурами подотчетности и обеспечения качества и социальной справедливости.

Описание функции

143. Выработка политики – это процесс, который определяет содержание принимаемых решений по вопросам общественного здравоохранения. Это процесс стратегического планирования, в котором участвуют все заинтересованные стороны как внутри страны, так и за ее пределами и в ходе которого определяются видение стратегической перспективы, главная задача, поддающиеся измерению цели в отношении здоровья и мероприятия по охране общественного здоровья на общенациональном, региональном и местном уровне. Кроме того, за последнее десятилетие особую важность приобрела оценка последствий международных событий, касающихся здоровья, для состояния здоровья населения страны.

144. Обеспечение качества связано с выработкой стандартов качества услуг по профилактике заболеваний и укреплению здоровья на индивидуальном и общественном уровне и проведением на основании этих стандартов оценки оказываемых услуг. Такие оценки направлены на выявление слабых мест в стратегическом руководстве и текущем управлении, обеспечении ресурсами и оказании услуг для всех слоев общества. Результаты оценки должны учитываться при выработке и осуществлении политики, в процессе управления, в организации деятельности и обеспечении ресурсами для повышения качества услуг.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

145. В большинстве стран на государственном уровне существует четкая структура подотчетности за осуществление "традиционных" функций общественного здравоохранения, таких как контроль за инфекционными болезнями и обеспечение санитарии. Чаще всего сотрудничество сектора здравоохранения с другими секторами проявляется в области охраны окружающей среды и, в меньшей степени, в области охраны психического здоровья.

146. Положительные примеры инновационных межсекторальных механизмов, способствующих реализации принципов ЗВС, существуют (см. Примеры 6a и 6b): например, в ряде стран вопросами спорта и транспорта занимаются министерства, которые отвечают за здравоохранение. В Эстонии были приняты межсекторальные стратегии по пропаганде здорового образа жизни и улучшению исходов болезни, а в Италии для улучшения контроля зоонозных заболеваний (прежде всего пищевых токсикоинфекций) была установлена тесная связь между медициной и ветеринарией.

Основные результаты оценки: сферы, нуждающиеся в дополнительном укреплении

147. Часто на общегосударственном уровне бывает недостаточно четко определена структура подотчетности за улучшение и укрепление здоровья населения. Также во всем Регионе нуждаются в оптимизации межсекторальные подходы к охране общественного здоровья, осуществляемые на общегосударственном уровне.

148. Особое беспокойство вызывают программы борьбы с ТБ и ВИЧ/СПИДом: в них отмечается отсутствие реальной горизонтальной интеграции, что является проблемой как стратегического руководства, так и организационной структуры. Особенно остро эта проблема стоит в санитарно-эпидемиологических системах бывших республик СССР.

Пример 6а. Политика Испании в области борьбы против табака

В 2011 г. Испания приняла строгое законодательство о борьбе с курением. Прежние попытки минимизировать воздействие табачного дыма на людей посредством частичных запретов, добровольных мер или программ типа "Право выбора" по разделению общественных мест на зоны для курения и зоны для некурящих, продвигаемых табачной индустрией и некоторыми организациями гостиничного бизнеса и общественного питания, не обеспечивали должной защиты от вторичного табачного дыма. Сейчас Испания стала передовым примером для стран, которые хотят стать свободными от табачного дыма.

На примере Испании видно, как комплексные подходы к запрету курения в общественных местах могут привести к практически немедленному снижению заболеваемости и смертности, вызванных воздействием вторичного табачного дыма. Всего месяц спустя после вступления в силу нового закона показатели госпитализации по поводу инфаркта миокарда сократились на 30%. Armando Peruga, руководитель программы Tobacco Free Initiative ["Инициатива по борьбе с курением"] в Испании, заявляет: "В соответствии с РКБТ ВОЗ все закрытые общественные места должны стать полностью свободными от табачного дыма, без каких-либо зон для курения или иных исключений в виде создания "клубов для курящих" в барах, ресторанах и других частных заведениях. Несмотря на прогнозы скептиков о том, что запрет отрицательно скажется на бизнесе, исследования, которые проводились в странах, принявших законы о полном запрещении табачного дыма, не выявили никаких убытков для индустрии гостиниц и общественного питания или сектора развлечений".

Источники: Fernández, 2011; Global Smokefree Partnership, 2010.

Пример 6б. Принцип ЗВС в странах Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (СЗЮВЕ)

В наше время опасности для здоровья населения, связанные с образом жизни, социально-экономическими факторами и неравенствами в отношении здоровья, угрожают всем странам. Все большую роль в борьбе с этими угрозами начинают играть услуги общественного здравоохранения, ориентированные на укрепление здоровья и профилактику болезней. За десять лет, прошедших с момента основания сети СЗЮВЕ в 2001 г., страны Юго-Восточной Европы и их системы общественного здравоохранения претерпели широкие реформы.

В 2011 г. в странах Юго-Восточной Европы было проведено совместное исследование с целью оценки услуг общественного здравоохранения, в ходе которого изучалось состояние внедрения принципа ЗВС и был выявлен ряд узких мест в применении принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях на национальном и территориальном уровне. Исследование показало отсутствие прогресса в реализации принципа ЗВС и необходимость придания этому принципу приоритетного значения, а также выявило нехватку экономических и кадровых ресурсов для развития инициатив

в этом направлении. Однако во времена кризисов могут возникать уникальные возможности для координации и интеграции родственных стратегий с целью повышения рациональности в использовании ресурсов и для осуществления перемен в интересах большей социальной справедливости в отношении здоровья.

На Третьем форуме министров здравоохранения, который прошел в г. Баня-Лука в Боснии и Герцеговине в октябре 2011 г., доклад о результатах исследования послужил убедительным аргументом в пользу того, чтобы главное внимание на форуме уделить принципу ЗВС и потенциалу для его реализации. Благодаря этому министры здравоохранения из всех десяти стран Юго-Восточной Европы и их международные партнеры подписали Баня-Лукские обязательства, в которых говорится о единодушной решимости добиваться социальной справедливости и подотчетности в отношении здоровья путем:

- принятия правительствами обязательств по обеспечению учета интересов здоровья во всех стратегиях в странах СЗЮВЕ и в Европейском регионе ВОЗ в целом;
- содействия внедрению принципа ЗВС, благодаря чему интересы здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья будут приниматься во внимание во всех решениях, касающихся политики и инвестиций, на местном и национальном уровне;
- укрепления обычно применяемых механизмов вовлечения местных сообществ, НПО и других заинтересованных сторон в качестве партнеров в поиск решений для улучшения здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья;
- укрепления потенциала для обеспечения учета интересов здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях и расширения необходимого для этого технического сотрудничества;
- поддержки и содействия в развитии интенсивных стратегических процессов на высоком уровне в различных секторах для воздействия на социальные детерминанты здоровья и внедрения принципа ЗВС во всех государствах-членах.

Источники: WHO, 2012h; CEB and WHO, 2009; WHO 2011m.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 6

Программа стратегического руководства на национальном уровне

149. В соответствии со своей стратегией по содействию надлежащего руководства здравоохранением, Региональное бюро направляет правительства стран на внедрение общесистемных, научно обоснованных подходов, укрепляет связи и партнерские отношения между заинтересованными сторонами и способствует укоренению принципов ЗВС (WHO, 2011c).

Укрепление стратегического руководства на территориальном уровне

150. В настоящее время Европейское региональное бюро ВОЗ возрождает сеть "Здоровые регионы", в которую входят различные регионы Европы. Целью работы сети является активизация воздействия на социальные детерминанты здоровья и неравенств в отношении здоровья на региональном уровне, в том числе путем обмена опытом и осуществления совместных вмешательств (WHO, 2011n).

Укрепление стратегического руководства на местном уровне

151. Проект ВОЗ "Здоровые города" направлен на то, чтобы вопросы здравоохранения находились в числе важнейших в повестке дня органов и лиц, принимающих решения в городах, и чтобы меры по укреплению здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья были включены во все местные стратегии. В 1987 г. Региональное бюро создало Европейскую сеть "Здоровые города" как инструмент доведения стратегии "Здоровье для всех" до местного уровня (WHO, 2012i). Была отмечена необходимость создать интерактивный онлайн-ресурс по вопросам здоровья в городах (WHO, 2011n).

Качество медико-санитарной помощи

152. Программа Регионального бюро по вопросам качества медико-санитарной помощи оказывает содействие странам в повышении качества услуг медико-санитарной помощи, в которых особое внимание уделяется безопасности пациентов. В настоящее время планируется проведение научных исследований по вопросу расширения роли пациентов в снижении угроз безопасности в трех приоритетных областях: переливание крови, внутрибольничные инфекции и гигиена рук и коммуникация при переводе пациентов с одного этапа помощи на другой (WHO, 2011c).

Технологии здравоохранения и лекарственные средства

153. Задачей программы "Технологии здравоохранения и лекарственные средства" является оказание странам прямой технической поддержки в укреплении регуляторных систем и улучшении доступа к лекарственным средствам. Деятельность программы направлена в первую очередь на те страны, где доступ населения к основным лекарственным средствам и медицинским приборам и устройствам ограничен (WHO, 2011o).

ОФОЗ 7: обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения

Цель

154. Данная оперативная функция направлена на то, чтобы обеспечить наличие нужных и компетентных кадров общественного здравоохранения, достаточных для удовлетворения потребностей населения, которое они призваны обслуживать.

Описание функции

155. Инвестиции в кадровые ресурсы общественного здравоохранения и забота об их развитии являются важнейшим условием для предоставления услуг общественного здравоохранения и осуществления мероприятий в этой области на должном уровне. Кадровые ресурсы представляют собой самый важный ресурс в предоставлении услуг общественного здравоохранения. Данная оперативная функция включает в себя образование, обучение, профессиональное развитие и оценку кадровых ресурсов общественного здравоохранения, что необходимо для грамотного и рационального решения приоритетных проблем общественного здравоохранения и адекватной оценки мероприятий в этой области.

156. Обучение не прекращается на уровне вуза. Необходимо постоянное повышение квалификации в процессе работы в таких областях, как экономика, биоэтика, управление кадровыми ресурсами и лидерство, чтобы внедрять услуги общественного здравоохранения и повышать их качество, а также преодолевать новые вызовы в сфере общественного здравоохранения.

157. Порядком лицензирования работников общественного здравоохранения предусматриваются требования к будущим кадрам, касающиеся соответствующего обучения и опыта в области общественного здравоохранения. Кадры общественного здравоохранения включают практических работников общественного здравоохранения, медицинских работников и других специалистов, чья деятельность может влиять на здоровье населения.

158. Кадры являются главным фактором успешного функционирования любой системы. Необходимо держать в поле зрения вопросы эффективного планирования, обучения и трудоустройства кадров общественного здравоохранения. При оценке потенциала кадров необходимо рассматривать следующие аспекты:

- Численность: сколько людей проходят подготовку в данный момент и достаточно ли их/не слишком ли их много для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах и для имеющихся вакантных должностей?
- Соответствие реальным требованиям: готовят ли людей для выполнения той работы, которая требуется? Традиционно больше людей работают в области инфекционных болезней и охраны здоровья. Это не совсем точно отражает нынешнее бремя болезней в Регионе.
- Компетентность: обеспечивает ли обучение правильный уровень подготовки? Люди должны в достаточной степени обладать навыками, необходимыми для решения тех проблем, с которыми им, вероятно, придется столкнуться.

159. Кадры общественного здравоохранения можно разделить на три большие категории.

Специалисты общественного здравоохранения

- Эта категория охватывает традиционные для общественного здравоохранения профессии: врачи и медсестры общественного здравоохранения, инспекторы по охране окружающей среды, инспекторы по безопасности пищевых продуктов и персонал по контролю инфекционных болезней. В эту группу также входят "новые" практические работники, которые работают в широкой области охраны здоровья, профилактики болезней и укрепления здоровья.

Медицинские работники

- К ним относятся медицинские работники, занятые в секторе здравоохранения, но не выполняющие выраженных в положительной форме функций общественного здравоохранения, например, медицинские работники в учреждениях первичного звена. В отношении медицинских работников задача состоит в том, чтобы обеспечить их способность предоставлять необходимые услуги по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в структуре медико-санитарной помощи.

Работники секторов, не имеющих отношения к здравоохранению

- К ним относятся работники других секторов, чья деятельность и решения оказывают воздействие на здоровье независимо от того, знают ли они сами об этом или нет. Например, это специалисты на разных уровнях государственного управления (национальном, региональном и местном), которые осуществляют стратегии и руководят программами в секторах, не связанных со здравоохранением; технические специалисты, например, по городскому планированию; должностные лица в жилищном секторе, в секторах образования, транспорта и т.д.

- В отношении этой группы задача заключается в том, чтобы они понимали, как их деятельность и решения влияют на здоровье и как выработка здоровых стратегий может способствовать достижению стратегических целей в их секторах.

160. Образование в области общественного здравоохранения может принимать разные формы. Однако для того, чтобы установить методику сравнения организации образования в разных странах, можно выделить ряд широких категорий (см. вставку 3).

Вставка 3. Образование и обучение

Академическое образование включает:

- степень бакалавра;
- степень магистра (общественного здравоохранения, социальной медицины, эпидемиологии или иных родственных наук);
- степень доктора философии (PhD) в аналогичных областях.

Образование работающих кадров включает:

- специализированное обучение в области общественного здравоохранения – это обычно, но не всегда касается выпускников медицинских учебных заведений;
- систему выработки основных видов компетентности для специалистов общественного здравоохранения, которая может касаться всех уровней образования.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

161. В последние годы наблюдается быстрый рост потенциала учебных заведений, в которых можно получить университетское образование в области общественного здравоохранения. Во многих странах имеются университеты, в которых ведется обучение по разделам общественного здравоохранения на нескольких академических уровнях (на уровне бакалавра, магистратуры и докторантуры). Особенно быстро такой рост происходит в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии, однако такая же картина наблюдается во всем Регионе.

162. В Регионе имеются примеры строго определенных и регламентированных программ специализированного обучения в области общественного здравоохранения. Необходимо сполна использовать их потенциал и найти правильную стратегию использования этого опыта, чтобы помочь его внедрению в практику.

163. Существуют сети, объединяющие школы общественного здравоохранения и специализированные программы обучения, число которых постоянно растет. Наиболее заметной среди них является Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе (ASPHER) (см. вставку 4).

Вставка 4. Основные виды компетентности, разработанные ASPHER

В 2011 г. ASPHER разработала перечень из семи основных видов компетентности для специалистов общественного здравоохранения:

- методика общественного здравоохранения;
- здоровье населения и его социальные и экономические детерминанты;

- здоровье населения и его материальные – физические, радиационные, химические и биологические – экологические детерминанты;
- политика, экономика, теория организации здравоохранения и управление здравоохранением;
- укрепление здоровья: санитарное просвещение, охрана здоровья и профилактика заболеваний;
- этика.

Источник: Birt and Foldspang, 2011.

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

164. Всеобъемлющий план кадрового обеспечения общественного здравоохранения имеется в немногих странах, и в большинстве стран традиционно общественное здравоохранение планировалось без учета потребностей населения. В результате численность подготовленных кадров часто оказывается недостаточной для решения основных проблем общественного здравоохранения в конкретных обстоятельствах. Отчасти трудность здесь заключается в определении понятия "специалист общественного здравоохранения". В большинстве случаев страны не определяют для кадров общественного здравоохранения основные виды компетентности, касающиеся общественного здравоохранения.

165. Бывает трудно удостовериться в точности информации об общей численности кадров общественного здравоохранения, поскольку во многих странах четко определенная категория работников общественного здравоохранения не установлена. В большинстве проведенных самооценок указывается на численность кадров как на главный фактор, ограничивающий предоставление услуг общественного здравоохранения.

166. Вопросам подготовки специалистов общественного здравоохранения уделяется несоразмерно больше внимания, чем действующим штатным нормативам, в результате чего часто количество подготовленных специалистов плохо согласуется с возможностями их трудоустройства. Нужна дополнительная информация, чтобы осуществлять полноценное стратегическое планирование.

167. Лишь в очень немногих странах имеется строго определенная специализированная программа последипломного обучения в области общественного здравоохранения, и это обучение ограничивается специалистами с медицинским образованием, за исключением Соединенного Королевства (см. Пример 7). Обычно (но не всегда) такие строго определенные программы имеются в странах Западной Европы. Однако и некоторые наиболее крупные и богатые европейские страны в настоящее время не имеют конкретно определенных специализированных программ обучения в области общественного здравоохранения, а полагаются на курс академического образования и экзамены на получение ученой степени. В странах с более развитыми системами общественного здравоохранения часто применяют подход, в большей степени ориентированный на многопрофильную подготовку своих кадров общественного здравоохранения, и там существуют системы постоянного повышения квалификации и аккредитации.

168. Одной из проблем, связанных с кадрами общественного здравоохранения, является их географическое распределение: обычно они концентрируются в городах в ущерб потребностям сельских районов. Это может стать проблемой при решении задачи преодоления неравенств в отношении здоровья.

169. Повсеместно отмечался недостаточный потенциал лидеров в общественном здравоохранении. Это воспринималось как проблема политического руководства, как внешнего по

отношению к сфере общественного здравоохранения, так и внутри самих кадров общественного здравоохранения. В странах редко имеется специально назначенное должностное лицо, отвечающее за общественное здравоохранение, как, например, главный санитарный врач, а в некоторых, хотя и не во всех, странах, где такая должность имеется, она является зависимой от политического руководства.

170. Некоторые государства отметили, что препятствием для содержания эффективной системы обучения высокоспециализированного и дорогостоящего персонала общественного здравоохранения является малая численность населения. Одним из решений этой проблемы могли бы стать региональные подходы (например, в балтийских государствах или странах Юго-Восточной Европы).

171. Во многих странах довольно высок средний возраст кадров общественного здравоохранения, что вызывает обеспокоенность по поводу устойчивости кадров в ближайшей перспективе.

172. В большинстве стран статус специалистов общественного здравоохранения в целом низок. По некоторым разрозненным сведениям, низкий статус общественного здравоохранения по сравнению с другими медицинскими специальностями и эквивалентными профессиями является следствием низкой заработной платы, организационных структур, отсутствия четко определенных путей карьерного роста и отсутствия сильного руководства. Однако так дело обстоит не во всех странах.

Пример 7. Развитие кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве

Уставная цель Факультета общественного здравоохранения Соединенного Королевства состоит в том, чтобы "содействовать для общественной пользы повышению уровня знаний в области общественного здравоохранения и развивать общественное здравоохранение с целью поддержания наивысшего возможного уровня профессиональной компетентности и практики."

Факультет осуществляет надзор за качеством подготовки и повышения квалификации консультантов по вопросам общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве и поддерживает высокий профессиональный уровень в данной дисциплине. Он объединяет широкий круг работников общественного здравоохранения самого различного профиля и постоянно расширяет число своих членов, распространяя свою практику проведения экзаменов на всех, кто на профессиональной основе работает в общественном здравоохранении.

Высшее специальное образование в Соединенном Королевстве вооружает обучаемых всем тем, что необходимо для работы в качестве консультантов общественного здравоохранения. Обучение строится на выработке знаний и навыков, необходимых для того, чтобы:

- давать количественную и качественную оценку состояния здоровья населения и его потребностей в услугах здравоохранения;
- критически оценивать фактические данные, касающиеся эффективности вмешательств в области здравоохранения и медико-санитарной помощи;

- оказывать влияние на выработку политики и стратегий и оценивать воздействие стратегий на здоровье населения;
- быть лидерами в группах и для отдельных работников, выстраивать союзы, повышать потенциал и возможности кадров, работать в партнерстве с другими практикующими специалистами и учреждениями и эффективно использовать средства массовой информации для улучшения здоровья и благополучия;
- оказывать влияние на образ жизни и социально-экономическую, физическую и культурную среду и тем самым способствовать укреплению здоровья населения;
- защищать здоровье населения от инфекционных болезней и опасных факторов окружающей среды;
- обеспечивать закупки услуг специалистов, поддерживать передовые методы организации лечебной работы, обеспечивающие повышение качества помощи и безопасности пациентов, содействовать социальной справедливости в оказании услуг и участвовать в установлении приоритетов в сфере услуг медико-санитарной и социальной помощи;
- собирать, вырабатывать, синтезировать, оценивать, анализировать, интерпретировать и распространять медико-санитарную информацию;
- вести преподавательскую и научную работы в области общественного здравоохранения.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 7

Техническая помощь, в том числе укрепление кадрового потенциала и обмен знаниями

173. Европейское региональное бюро ВОЗ совместно со странами ведет работу по созданию и поддержанию критической массы кадровых ресурсов в странах и помогает странам в обмене опытом, полученным в ходе осуществления конкретных вмешательств на национальном и территориальном уровне. Главные усилия в работе Регионального бюро направлены в данный момент на медицинских работников; нужно продолжать работу по укреплению кадров специалистов общественного здравоохранения (WHO, 2011n).

Кадры здравоохранения

174. Программа "Кадры здравоохранения" осуществляется с целью оказания странам помощи в решении проблем, связанных с кадрами здравоохранения, в таких ключевых областях, как расширение доказательной базы для принятия решений по кадровым вопросам, укрепление потенциала стратегического руководства и планирования кадровых ресурсов, повышение качества работы медицинских кадров и решение вопросов миграции, удержания и найма медицинского персонала с соблюдением этических принципов. В 2010 г. на Шестидесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения (ВОЗ, 2010с). Данный Кодекс является единственным документом глобального уровня, который служит основой для международного сотрудничества в вопросах найма работников здравоохранения и содержит важные рекомендации для стран относительно принятых на международном уровне этических норм и принципов, касающихся миграции кадров здравоохранения (WHO, 2011n).

ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования

Цель

175. Данная оперативная функция имеет целью обеспечить устойчивость организационных структур и финансовых механизмов, которые своими рациональными, эффективными и отзывчивыми действиями дают возможность осуществлять услуги общественного здравоохранения и тем самым добиваться максимальных улучшений в состоянии здоровья населения и минимизировать ущерб для окружающей среды.

Описание функции

176. Обеспечение устойчивости организационных структур и финансирования означает создание системы рациональных и интегрированных услуг, минимально воздействующих на окружающую среду и позволяющих максимально повысить показатели здоровья, а также обеспеченных в достаточном объеме финансовыми средствами, чтобы планировать на долгосрочную перспективу и таким образом гарантировать охрану и укрепление здоровья населения сегодня и в будущем.

177. Финансирование связано с мобилизацией, накоплением и распределением ресурсов для покрытия потребностей населения в услугах здравоохранения на индивидуальном и коллективном уровнях. Всеобъемлющее государственное финансирование должно быть нормой в отношении услуг, оказываемых на популяционной основе и имеющих подтвержденное положительное соотношение затрат и эффективности, а также индивидуальных услуг, широкие положительные эффекты которых не ограничиваются только лицом, получившим данную услугу. Механизмы финансирования здравоохранения, используемые общественным здравоохранением, должны создавать правильные финансовые стимулы для поставщиков, чтобы они оперативно предоставляли рациональные услуги и обеспечивали доступ к этим услугам для всех людей. Одновременно с этим нужно создавать разумные стимулы для индивидов, чтобы обеспечить уровни потребления услуг общественного здравоохранения в соответствии с реальными потребностями (см. Примеры 8a и 8b).

178. Страны Европейского региона ВОЗ применяют множество подходов к организационным структурам, и в каждой стране эти подходы разные. Однако для получения широкой картины представляется полезным разделить типы поставщиков услуг на несколько категорий. Полезный подход предлагает Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), которая выделяет три основных категории (Docteur and Oxley, 2003). Все эти принципы финансирования сектора здравоохранения пригодны и для финансирования услуг общественного здравоохранения.

179. Первый из них – "государственно-интегрированная модель", в которой финансирование оказания медико-санитарных услуг сочетается с использованием в качестве поставщиков услуг стационаров, входящих в государственный сектор. Персонал обычно получает фиксированный оклад и чаще всего состоит из служащих государственного сектора. При такой системе всеобщий охват услугами здравоохранения достигается гораздо легче. Поскольку система контролируется одним государственным бюджетом, легче сдерживать суммарные издержки. Однако в этой системе слабее стимулы к повышению производительности, улучшению оперативности в работе или поддержанию качества услуг и отзывчивости к нуждам пациентов.

180. Второй принцип – "государственно-контрактная модель", при которой государственные уполномоченные заключают контракты на оказание услуг с частными поставщиками медико-санитарной помощи. Во многих государственно-контрактных системах частные больницы и клиники работают на некоммерческой основе. Принято считать, что такие системы более отзывчивы к нуждам пациентов, чем государственно-интегрированные модели, но им не удается

столь же успешно сдерживать расходы на медико-санитарную помощь и они требуют дополнительного регламентирования и контроля со стороны государственных органов.

181. Третий принцип – "модель частного страхования/частного поставщика", при которой частное страхование сочетается с привлечением частных поставщиков услуг, часто на коммерческой основе. Страхование может быть обязательным или добровольным, и в последнем случае для наименее обеспеченных людей может быть недоступна приемлемая для них страховка. Методы оплаты традиционно основаны на выполняемых мероприятиях, и для таких систем характерна более высокая степень свободы выбора и отзывчивости к нуждам пациентов. Однако возможностей ограничения издержек в этих системах может быть мало.

182. Важную роль в общественном здравоохранении в Регионе играют также многие другие организации, включая частные компании и НПО. Кроме того, в некоторых странах важная роль принадлежит профессиональным ассоциациям, профсоюзам и ассоциациям пациентов, как, например, ассоциации врачей в Германии и Нидерландах (Allin et al., 2004).

183. Иногда как непозволительно дорогая может быть отменена функция профилактики заболеваний, которая во времена строгой экономии на всем считается роскошью, тем более что расходы на нее нужно оплачивать сегодня, а выгоды будут получены только когда-нибудь в будущем. Тем не менее, имеются фактические данные, подтверждающие экономическую целесообразность профилактики в краткосрочной и более отдаленной перспективе.

184. Самой эффективной стратегией борьбы против табака с точки зрения соотношения затрат и результатов является повышение налогов. В странах Восточной Европы и Центральной Азии повышение цены на 10% может привести к уменьшению числа случаев преждевременной смерти на 1,8 млн. при затратах от 3 до 78 долларов США в расчете на каждый год здоровой жизни, утраченный вследствие преждевременной смертности (DALY). Повышение налога на алкоголь в Англии принесло, согласно оценкам, выгоду в сумме почти 600 млн. евро в виде снижения затрат на здравоохранение и социальное обеспечение, а также снижения потерь в рабочей силе и производительности труда, при том, что на реализацию этой меры потребовалось менее 0,10 евро в расчете на душу населения. Экономия для службы здравоохранения от снижения числа случаев госпитализации оценивалась в первый год в сумме 65 млн. евро.

185. В таких странах, как Российская Федерация, расходы на комплексный пакет профилактических мер по борьбе с ожирением и по снижению уровня холестерина в крови составляют, по имеющимся оценкам, не более 4 долларов США на душу населения в год. Принимаемые меры будут направлены на улучшение питания и повышение уровня физической активности, а также на ограничение потребления табака и алкоголя и предупреждение повышенного кровяного давления (McDaid et al., 2012).

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

Организационные структуры

186. Примером того, как были усилены организационные структуры общественного здравоохранения в Регионе, является СЗЮВЕ – форум должностных лиц высокого уровня, представляющих министерства здравоохранения девяти стран Юго-Восточной Европы. Эта крупная международная сеть была создана в 2001 г. как региональная инициатива по укреплению мира. За прошедшие десять лет она сыграла активную роль в содействии развитию в этом субрегионе в таких областях, как психическое здоровье, инфекционные болезни, безопасность пищевых продуктов и питание, безопасность крови, борьба против табака, информационные системы, охрана здоровья матерей и новорожденных, услуги общественного здравоохранения и системы здравоохранения (WHO, 2012h). Проводимые в настоящее время реформы механизмов финансирования в странах СЗЮВЕ открывают новые возможности для улучшения его устойчивости и качества.

Финансирование

187. Соотношение расходов на профилактику и на лечебную помощь в общих расходах на здравоохранение служит показателем относительной приоритетности, придаваемой общественному здравоохранению в каждом государстве. Между странами наблюдаются широкие различия в доле расходов на общественное здравоохранение в общем бюджете здравоохранения: от менее 1% в таких странах, как Италия и Израиль, до более 8%, например, в Румынии (OECD, 2009; Eurostat, 2009). В среднем в странах ЕС на профилактику тратится меньшая доля бюджетов здравоохранения (2,8%), чем в странах ННГ (3,3%) и Юго-Восточной Европы (3,8%).

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

Организационные структуры

188. В странах Европы не проводится всеобъемлющей, горизонтальной оценки состояния услуг общественного здравоохранения, которая могла бы облегчить выработку политики, распределение ресурсов и принятие стратегий проведения реформ в полном соответствии с реальной ситуацией, чтобы улучшить функционирование структур и предоставление услуг общественного здравоохранения. В одном из справочно-аналитических документов, составленных в качестве дополнения к ЕПД, содержится обзор институциональных моделей выполнения ОФОЗ в Европе и частично рассматривается этот вопрос.

Финансирование

189. В нынешней глобальной ситуации финансирование является особенно сложной проблемой. Часто инициативы в области укрепления здоровья воспринимаются как менее обязательные, "мягкие" функции, которые в период финансовых трудностей можно урезать. В Регионе мало стран, которые надежно оградили от сокращения свои бюджеты общественного здравоохранения.

190. Кроме того, часто бывает непросто оценить бюджеты, выделяемые на общественное здравоохранение или профилактические услуги, так как трудно определить, что относится к мероприятиям в области общественного здравоохранения. Так, деньги, потраченные на программы, не связанные с общественным здравоохранением, например, на создание объектов гражданской инфраструктуры, не будут фигурировать в бюджетах общественного здравоохранения, но они могут оказать огромное воздействие на более широкие детерминанты здоровья. Такие расходы в принципе могут приводить либо к улучшению, либо к ухудшению показателей здоровья, в зависимости от того, о каких проектах идет речь.

191. Проблемой являются сроки планирования финансового обеспечения: во многих странах бюджеты принимаются на непродолжительные сроки или даже только на один год. Такие бюджеты не годятся для финансирования профилактических стратегий здравоохранения, для планирования и реализации которых часто требуется много лет.

192. Экономические последствия НИЗ могут исчисляться многими миллиардами евро в год. В то же время многих издержек можно избежать, если вкладывать средства в мероприятия по укреплению здоровья и профилактику заболеваний, однако сегодня правительства расходуют на профилактику в среднем лишь 3% своих бюджетов здравоохранения (McDaid et al., 2012).

Пример 8а. Швеция: долгосрочная приверженность делу общественного здравоохранения

По международным меркам Швеция имеет давнюю традицию проведения в жизнь того, что теперь называют политикой общественного здравоохранения. Широкое разнообразие мер, осуществленных за последние 250 лет, оказало положительное влияние как на здоровье людей, так и на их ожидаемую продолжительность жизни, хотя достигнутые успехи нельзя относить только на счет мер общественного здравоохранения.

Национальная политика в области общественного здравоохранения была принята в Швеции в 2003 г. В ней говорится, что органы государственного управления должны руководствоваться одиннадцатью целевыми направлениями политики, которые охватывают наиболее важные детерминанты здоровья шведов. В 2008 г. политика была обновлена: стержень политики 2003 г. остался неизменным, но были добавлены более значительные элементы индивидуального выбора и ответственности. Особое внимание в обновленной политике общественного здравоохранения уделяется детям, подросткам и пожилым людям, при этом упор сделан на инициативы, направленные на укрепление и поддержку роли родителей в воспитании детей, усиление мер предупреждения суицида, пропаганду здоровых пищевых привычек и физической активности и снижение вредного употребления алкоголя и потребления табака.

Источник: Glenngård et al., 2005.

Пример 8b. Финансовые стимулы для врачей общей практики в Эстонии

Для врачей общей практики в Эстонии установлены специальные надбавки, стимулирующие предоставление профилактических услуг, включая консультирование пациентов по вопросам медицинских и поведенческих рисков. С 2006 г. профилактические осмотры были увязаны с системой премирования врачей общей практики, которая предусматривает критерии охвата этой услугой определенных возрастных групп (например, людей в возрасте 40-60 лет). Пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний врачи общей практики могут направлять на специальную консультацию в уездные кардиологические кабинеты. Система премирования также предусматривает проведение регулярного мониторинга (медицинские анализы) и принятие мер в отношении больных НИЗ, такими как гипертензия и диабет 2 типа.

Профилактические услуги финансируются непосредственно Эстонским фондом медицинского страхования. За разработку клинических руководств для улучшения качества медико-санитарной помощи отвечают ассоциации врачей, а Эстонский фонд медицинского страхования каждый год предоставляет поддержку этой деятельности. В клинические руководства входят аспекты профилактики заболеваний и укрепления здоровья: например, в них содержатся рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и зубных болезней у детей и подростков, мониторингу беременности, скринингу на рак молочной железы и шейки матки, медико-санитарной помощи в школах.

Источник: Koppel et al., 2008.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 8

Финансирование систем здравоохранения

193. Программа "Финансирование систем здравоохранения", базирующаяся в Барселонском офисе ВОЗ по системам здравоохранения, организована с целью оказания странам помощи в улучшении финансовых аспектов их систем здравоохранения. Это особенно важно в условиях финансового кризиса, который показал всю хрупкость механизмов финансирования здравоохранения во многих странах (WHO, 2011c).

ОФОЗ 9: Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья

Цель

194. Данная функция направлена на то, чтобы поддерживать лидеров и вести активную информационно-пропагандистскую работу в интересах улучшения здоровья, повышения уровня участия местных сообществ и расширения их прав и возможностей в этом процессе, используя для этого современные стили и методы коммуникации.

Описание функции

195. Коммуникация по вопросам общественного здравоохранения служит цели повышения санитарной грамотности и статуса здоровья отдельных граждан и всего населения. Это искусство и способ информирования граждан, учреждений, не входящих в сектор здравоохранения, и широкой общественности о важных проблемах и детерминантах здоровья, а также влияния на эти аудитории и создания у них необходимой мотивации к действиям. Коммуникация также должна повышать возможности получения, понимания и использования информации в целях снижения риска, предупреждения болезни, укрепления здоровья, нахождения нужных услуг здравоохранения и пользования ими, аргументированной защиты стратегий здравоохранения и повышения уровня благополучия, улучшения качества жизни и здоровья граждан в местных сообществах.

196. Коммуникация по вопросам здравоохранения охватывает несколько областей, в том числе такие, как медицинская журналистика, развлечения, образование, межличностная коммуникация, информационно-пропагандистская работа СМИ, организационная коммуникация, распространение информации о рисках и кризисах, социальная коммуникация и социальный маркетинг. Она может принимать самые разные формы – от массовой, мультимедийной и интерактивной коммуникации (включая использование мобильной связи и Интернета) до традиционной и учитывающей культурную специфику, и использовать разные каналы распространения информации, такие как межличностное общение, средства массовой, внутриучрежденческой и узкогрупповой коммуникации, радио, телевидение, газеты, блоги, электронные доски объявлений, подкастинг, обмен видеозаписями в сети Интернет, обмен сообщениями по мобильному телефону и онлайн-форумы.

197. Коммуникация по вопросам здравоохранения открывает для общественности возможность противодействовать продвижению на рынок опасной продукции и пропаганде опасного образа жизни (например, потребления табака). Она представляет собой процесс двухстороннего обмена, который требует умения слушать, собирать сведения и узнавать, как люди воспринимают и сами выстраивают информацию о здоровье, чтобы затем передавать информацию в более доступных и убедительных форматах. Коммуникация по вопросам общественного здравоохранения – это еще и обеспечение гласности, чтобы общественность могла знать, что говорится и делается от ее имени.

Основные результаты оценки

198. Это направление работы не было включено в самооценки общественного здравоохранения; оно было добавлено в качестве одной из ОФОЗ после более широких консультаций. Поэтому в этом разделе по данной ОФОЗ нет информации для анализа. Приведенные ниже примеры 9a и 9b включены для того, чтобы проиллюстрировать некоторые из мероприятий, которые проводит ВОЗ в рамках содействия ведению информационно-пропагандистской деятельности, коммуникации и социальной мобилизации. По некоторым разрозненным сведениям, именно в этой области страны просили оказать им помощь.

199. Это относительно неразвита область услуг общественного здравоохранения. Нужно продолжать работу по выработке стратегического пути дальнейшего развития этой важной и потенциально весьма могущественной сферы деятельности.

Пример 9а. Десятилетие действий по обеспечению безопасности дорожного движения

11 мая 2011 г. более чем в ста странах стартовало Десятилетие действий по обеспечению безопасности дорожного движения 2011-2020 гг., имеющее перед собой одну цель: к 2020 г. предотвратить во всем мире пять миллионов случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий. В Европейском регионе церемонии по случаю начала Десятилетия прошли в 37 странах; в трех из них (Соединенное Королевство, Словения и Российская Федерация) в церемониях участвовали главы государств. Многие страны предприняли шаги по повышению безопасности на дорогах, для чего, помимо ряда других конкретных действий, составили национальные планы работы в рамках Десятилетия (например, Албания и Чешская Республика), либо приняли новые законы (как Франция и Албания), либо усилили меры принуждения к исполнению действующего законодательства (как Российская Федерация).

Принятая недавно резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций о повышении безопасности дорожного движения во всем мире придала новый импульс Десятилетию действий, призвав страны проводить мероприятия по обеспечению дорожной безопасности в каждом из пяти основных направлений Глобального плана на Десятилетие действий. Большая работа проводится также на уровне местных общин, которая включает проведение кампаний социального маркетинга, усиление правоприменительных мер и мобилизацию местных сообществ (Сербия, Чешская Республика и Италия). Глобальные действия привели к проведению мероприятий как на национальном, так и на местном уровне.

Источники: United Nations Road Safety Collaboration, 2011; WHO, 2011p; United Nations, 2012; WHO, 2012q.

Пример 9б. "Три П": Программа позитивного подхода к воспитанию детей в Шотландии с целью снижения распространенности жестокого обращения с детьми и насилия в молодежной среде

Все то негативное, с чем сталкиваются люди в детском возрасте, и все неблагоприятные обстоятельства в детстве – это факторы риска развития многих негативных форм поведения и образа жизни и неблагоприятных исходов для здоровья в подростковом возрасте и во взрослой жизни. "Три П" – Программа позитивного подхода к воспитанию детей – представляет собой многоуровневую программу вмешательств на популяционном уровне в сфере выполнения родительских обязанностей, которая осуществляется в целях повышения уровня знаний, навыков и уверенности в себе у родителей, а также в целях снижения распространенности психических, эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков. Ожидается, что, если в результате "Трех П" будет снижено примерно на 10% число случаев жестокого обращения с детьми и невыполнения родительских обязанностей в отношении ребенка, расходы на реализацию этой программы в одной местной общине окупятся всего за один год.

Программа состоит из разных уровней вмешательств, которые включают предоставление родителям доступа к информации о воспитании ребенка, использование СМИ для повышения осведомленности в сообществе о ресурсах для воспитания детей, учебные сеансы с видеозаписями, показывающими конкретные стратегии воспитания детей родителям ребенка с

незначительными проблемами поведения, активное обучение навыкам и помощь в преодолении конфликтов в отношениях и депрессии у родителей. Эффективность программы "Три П" подтверждена в нескольких странах во всем мире, в том числе в Европе, где эта программа была успешно реализована в Швейцарии и Германии. Еще одним примером эффективности является ее внедрение в Глазго (Шотландия), где она в настоящее время осуществляется как ответная мера в связи с обеспокоенностью по поводу высокого уровня насилия в молодежной среде и несколькими нашумевшими случаями убийства молодых людей. С момента начала программы в 2010 г. в ней приняли участие более 5000 родителей, пожелавших улучшить свои навыки воспитания детей; тысячи других родителей посетили веб-сайт программы, чтобы больше узнать о ней, и было обучено свыше 500 человек для практического проведения мероприятий в рамках этой программы. В настоящее время проводится оценка программы, и есть надежда, что она, как и в других странах, приведет к снижению числа случаев жестокого обращения с детьми, лишения родительских прав и госпитализации детей по поводу травм, причиненных в результате жестокого обращения, а в конечном счете к снижению уровня насилия в молодежной среде.

Источники: Sanders, 1999; Nowak and Heinrichs, 2008; Sanders, 2008; Foster et al., 2008; Bodenmann et al., 2008; Triple P Communications, 2012; Prinz et al., 2009.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 9

Расширение прав и возможностей пациентов

200. Европейское региональное бюро ВОЗ помогает странам добиваться того, чтобы в центре всей работы по ведению болезни находился пациент с его интересами и нуждами, и с этой целью внедрять и укреплять принцип расширения прав и возможностей пациентов в политике, стратегиях и программах (WHO, 2011f). Права и возможности пациентов и их расширение составляют неотъемлемый элемент разработанной Региональным бюро Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (ВОЗ, 2006 г.).

ОФОЗ 10: Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики

Цель

201. Цель этой основной функции состоит в том, чтобы результаты научных исследований обобщались и подавались лицам, вырабатывающим политику, и практическим работникам в понятных для них формулировках и чтобы благодаря этому совершенствовалась научно обоснованная политика и практика.

Описание функции

202. Научные исследования являются фундаментом, на котором осуществляются разработка политики и предоставление услуг. Данная оперативная функция включает:

- научные исследования, проводимые с целью расширения базы знаний, на которую опирается процесс выработки научно обоснованной политики на всех уровнях;
- разработку новых методов исследования, инновационных технологий и организационно-технических решений в области общественного здравоохранения;

- установление партнерских отношений с научно-исследовательскими центрами и академическими учреждениями для своевременного проведения исследований, которые позволяют обосновывать решения, принимаемые на всех уровнях в области общественного здравоохранения.

203. Постоянная выработка новых знаний и укрепление доказательной базы – это одна из ключевых функций всеобъемлющей системы услуг общественного здравоохранения. Эта доказательная база никогда не была столь обширна, как сегодня, и поэтому тем более важно, чтобы по мере ее дальнейшего расширения главные направления научных исследований в области здравоохранения отражали бремя болезней и те проблемы, касающиеся здоровья и благополучия, с которыми сталкивается население европейских стран.

204. По мере расширения доказательной базы каждый год сокращается разрыв между тем, что известно, и тем, что нужно знать. Следует поощрять сокращение этого разрыва, однако новые знания никому не будут нужны, если они не будут воплощаться в практические дела. В этом и состоит сегодня главная задача и направление главных усилий.

205. Реальное применение результатов научных исследований лицами, формирующими политику, зависит от многих факторов, в том числе от наличия, пригодности к использованию и достоверности медико-санитарной информации. На этот процесс влияют и другие факторы, такие как мнения, действующие в стране сети, политические соображения и финансовые ограничения. Для решения этой проблемы, видимо, понадобится нечто большее, чем просто рациональное распределение ресурсов. Здесь нужно будет подумать о необходимости новых подходов к выработке знаний и о поиске новых путей в дополнение к нынешнему линейному мышлению относительно внедрения результатов исследований в политику.

Основные результаты оценки: имеющиеся сильные стороны

206. Доказательная база общественного здравоохранения сегодня как никогда прочна. Фактические данные в одних областях (например, относящиеся к решениям в сфере медицины и медико-санитарной помощи) представляются более бесспорными, чем в других (например, в области воздействия на более широкие детерминанты здоровья, профилактики болезни и повышения уровня благополучия).

Основные результаты оценки: области, требующие дальнейшего усиления

207. Во всем Европейском регионе научные исследования, связанные со здравоохранением, сосредоточены больше на решении проблем лечения, а не проблем профилактики. Определенную роль в этом играет аспект развития кадровых ресурсов, и при поиске решений на него нужно будет обратить внимание.

208. Значительную часть собираемой и обрабатываемой информации нельзя напрямую воплотить в политике. Например, не во всех странах Европы имеются медико-санитарные данные, получаемые из собираемой в плановом порядке статистики или из эпидемиологических исследований. Там, где они имеются, они часто бывают разрозненными, нередко касаются в основном смертности или имеются в наличии лишь частично. В исследованиях по изучению отдельных заболеваний может допускаться преувеличение обусловленной ими смертности. В значительной мере это является отражением коморбидности, когда свой вклад в летальный исход вносят несколько сосуществующих патологий и каждая претендует на то, чтобы быть причиной смерти. Все эти факторы влияют на качество информации, имеющейся в распоряжении исследователей.

209. Связи и общение между наукой об общественном здравоохранении и выработкой политики на уровне страны, как правило, налажены недостаточно. Однако примеры доброго сотрудничества и совместного стратегического планирования все же имеются, и в них, возможно, удастся найти решения этой проблемы (см. Пример 10).

Пример 10. Кокрановское сотрудничество

Кокрановское сотрудничество было учреждено в 1993 г., и благодаря ему была создана современная база данных, состоящая из систематических обзоров всех сколько-нибудь значительных рандомизированных контролируемых испытаний, связанных с медико-санитарной помощью. Стратегическая цель систематических обзоров видится в том, чтобы решения, принимаемые во всем мире относительно медико-санитарной помощи, подкреплялись высококачественными и своевременными данными научных исследований, а практическая задача заключается в том, чтобы обзоры играли ключевую роль в выработке и распространении фактических данных во всех областях здравоохранения.

Участники Кокрановского сотрудничества выполняют и обновляют систематические обзоры, которые помогают ответить на вопрос относительно медико-санитарной помощи: "Что дает положительный эффект?". Они обеспечивают специалистов в области медико-санитарной помощи легко доступной информацией и на основе обобщения новейших научных фактов могут давать практическим работникам современные рекомендации.

Систематические обзоры, в которых рассматриваются вопросы, задаваемые организаторами медицинской помощи, лицами, вырабатывающими политику, и широким сообществом специалистов общественного здравоохранения (например, как адаптировать имеющиеся обзоры таким образом, чтобы легко находить в них информацию, важную для принятия решений, или как облегчить поиск фактических данных), в будущем приобретут еще большее значение. В результате все большее распространение получают информационные ресурсы, базирующиеся на практике на доказательной основе, и их использование следует поощрять на всех уровнях.

Источники: The Cochrane Collaboration, 2012; Lavis et al., 2006.

Деятельность ВОЗ, связанная с ОФОЗ 10

Организация сбора и распространения данных и знаний

210. Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Регионального бюро создает инструментарий и выступает с инициативами по укреплению потенциала, необходимого для воплощения научных данных в политике, занимается вопросами организации выработки и распространения знаний и предоставляет консультации по вопросам электронного здравоохранения и инноваций. Отдел также разрабатывает всеобъемлющую стратегию в отношении информации здравоохранения для Европы, создает совместно с Европейской комиссией общерегиональную интегрированную информационную систему здравоохранения, проводит полный обзор и модернизацию всех существующих в Региональном бюро баз данных по вопросам здравоохранения и создает стратегию в отношении организации сбора и распространения знаний для Европы (WHO, 2011c).

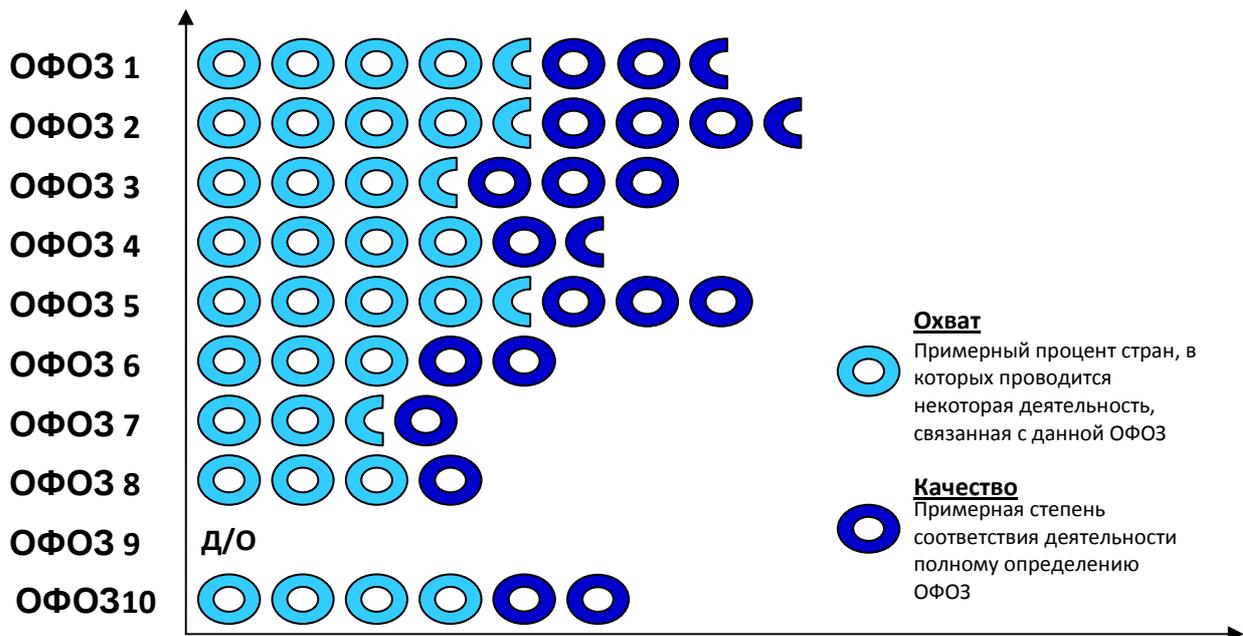
Заключение

211. В данном разделе кратко излагаются основные результаты оценки и важнейшие рекомендации в отношении дальнейших действий по обеспечению реализации ЕПД.

212. В целом во всем Регионе работа по выполнению профильных ОФОЗ (1–5), охватывающих борьбу с инфекционными болезнями, планирование на случай чрезвычайных ситуаций и охрану здоровья, поставлена достаточно хорошо, а вот эпиднадзор за детерминантами здоровья и НИЗ организован относительно слабо. В результате оценки было установлено, что страны в меньшей степени подготовлены к борьбе с обширными эпидемиями НИЗ и особенно к преодолению неравенств и воздействию на более широкие детерминанты здоровья, которые влияют на заболеваемость НИЗ и другие итоговые показатели здоровья.

213. На основании результатов обзора были получены общие оценки примерного процента стран, в которых проводятся некоторые мероприятия, связанные с каждой ОФОЗ, или охвата этими мероприятиями, а также качества услуг, соответствующих полному описанию ОФОЗ, во всех странах. В целом оценка географического охвата была выше, чем оценка качества предоставляемых услуг (см. рис. 2).

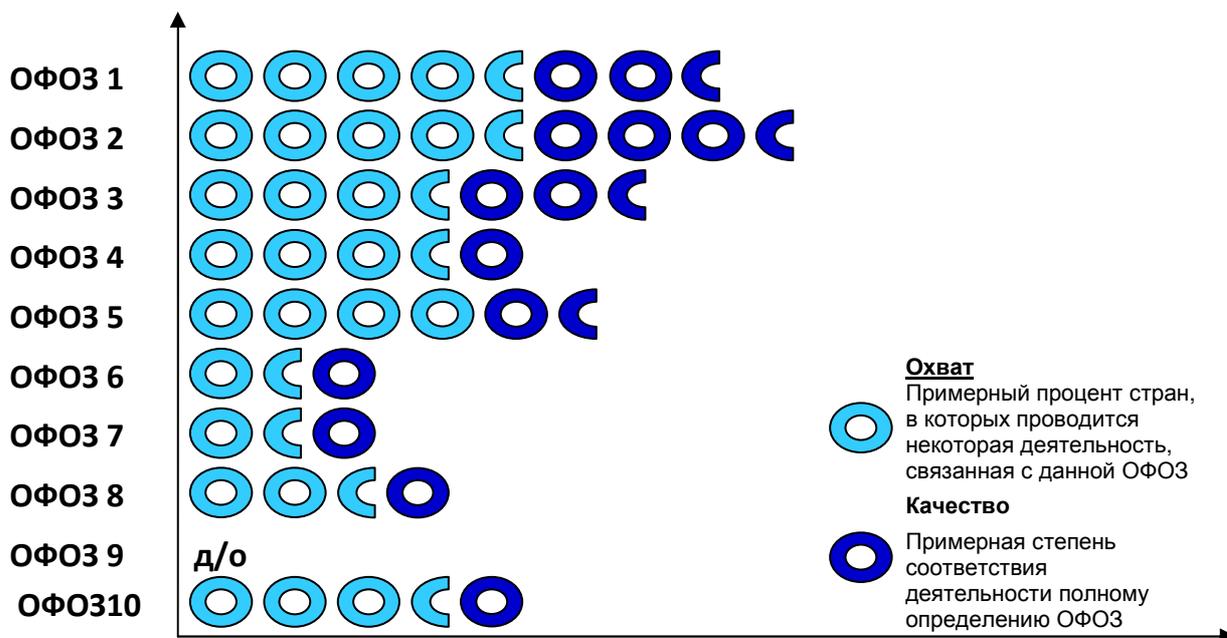
Рис. 2. Оценка охвата и качества ОФОЗ в Европейском регионе ВОЗ



214. Из всех профильных ОФОЗ относительно хорошо поставлена в Регионе работа по выполнению ОФОЗ 1-3 и 5, тогда как работа по выполнению ОФОЗ 4, связанной с укреплением здоровья и преодолением неравенств, налажена слабее. Системные же ОФОЗ в целом в Регионе развиты меньше, особенно ОФОЗ 7 и 8, касающиеся кадровых ресурсов и финансирования. Информационно-пропагандистская деятельность и коммуникация в ходе данной оценки не рассматривались, однако, судя по некоторым сведениям, считается, что они налажены слабо, и страны высказали просьбу помочь им в этих областях. Потенциал научных исследований (ОФОЗ 10) в Европейском регионе относительно велик, в университетах Региона издавна имеются прекрасные факультеты и кафедры общественного здравоохранения. Однако масштабы обучения необходимо расширить, чтобы обеспечить численность кадров общественного здравоохранения, достаточную для удовлетворения потребностей сегодняшнего дня и решения проблем в будущем.

215. Страны СНГ сильны в области традиционных услуг, в основном относящихся к ОФОЗ 1-3, связанных с функциями эпиднадзора и мониторинга инфекционных болезней и экологических угроз для здоровья, иммунизации и охраны здоровья. Однако в странах СНГ (особенно в Центральной Азии) не столь хорошо развиты профильные функции по борьбе с НИЗ и воздействию на широкие детерминанты здоровья (ОФОЗ 4 и 5) и в целом менее развиты по сравнению с ЕС, особенно со странами Западной и Северной Европы, системные функции (ОФОЗ 6–10) (см. рис. 3).

Рис.3. Оценка охвата и качества ОФОЗ в странах СНГ

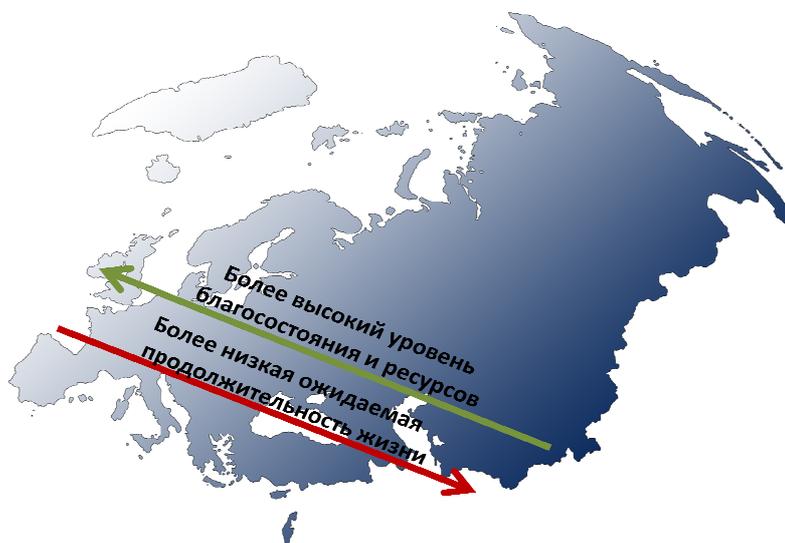


216. Дополнительная информация о сильных и слабых сторонах, благоприятных возможностях и угрозах (модель анализа SWOT) в субрегионах ЕС, СЗЮВЕ и СНГ приведена в обобщенном виде в приложении 2.

217. В целом, хотя между странами в каждом субрегионе и существуют значительные различия, общая закономерность состоит в том, что страны ЕС, особенно в Западной и Северной Европе, имеют более развитые услуги и потенциал общественного здравоохранения.

218. Это утверждение наглядно иллюстрируется на карте 4: темным цветом показаны страны с более низким уровнем развития услуг и потенциала, а более светлым цветом – страны, где услуги и потенциал развиты лучше. Наиболее темный оттенок в дальней юго-восточной части Региона показывает, что здесь, особенно в Центральной Азии, услуги и потенциал общественного здравоохранения можно в целом считать менее развитыми, чем во многих других районах Европы. По сравнению с картой 1, иллюстрирующей неравенства в ожидаемой продолжительности жизни, здесь иллюстрируется обратный закон помощи, согласно которому там, где больше потребности, там меньше услуг (Tudor Hart, 1971).

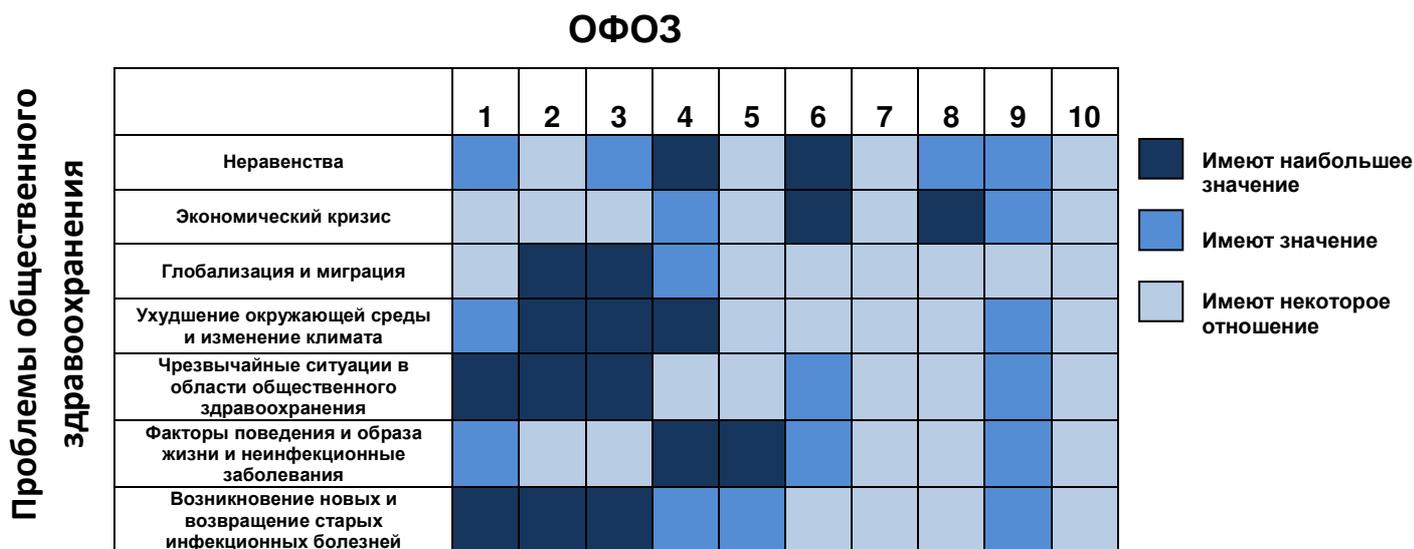
Карта 4. Примерный географический градиент высокого и низкого уровня развития услуг и потенциала общественного здравоохранения в Европейском регионе



219. При планировании областей, требующих укрепления во всех ОФОЗ как на уровне Региона, так и на уровне отдельных стран, необходимо принимать во внимание описанные в разделе "Введение" проблемы общественного здравоохранения, стоящие перед Европой. Для облегчения этого процесса в таблице 3 приводится оценка относительной важности каждой ОФОЗ для решения этих проблем. Следует отметить, что такая оценка носит чисто субъективный характер и не отражает результатов какого-либо процесса, проведенного по определенной системе – она предназначена лишь в качестве полезной информации, на которую можно ориентироваться при реализации ЕПД.

220. Как можно видеть, профильные ОФОЗ (1-5) имеют наибольшее значение для решения всех отмеченных проблем, кроме проблем, вызванных экономическим кризисом, для решения которых критически важным условием являются эффективное стратегическое руководство и более стабильный метод финансирования (ОФОЗ 6 и 8). Для решения проблемы растущих неравенств в отношении здоровья также потребуются эффективные механизмы стратегического руководства (ОФОЗ 6). ОФОЗ 2 и 3 являются самыми важными для более традиционных ролей общественного здравоохранения по защите здоровья населения от чрезвычайных ситуаций и инфекционных болезней. Для снижения же растущего бремени НИЗ, обусловленных изменениями в образе жизни и поведении людей (а также экологическими факторами), напротив, наиболее эффективны меры в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний, что является сферой ОФОЗ 4 и 5. ОФОЗ 9 – информационно-пропагандистская деятельность и коммуникация – была признана важной для решения большинства проблем общественного здравоохранения, что указывает на необходимость ее включения в состав основных оперативных функций. Хотя ОФОЗ 7 и ОФОЗ 10 (развитие кадровых ресурсов и научные исследования) и не выделены как имеющие большое значение, они, тем не менее, важны для поддержки и укрепления общей деятельности по оказанию услуг общественного здравоохранения.

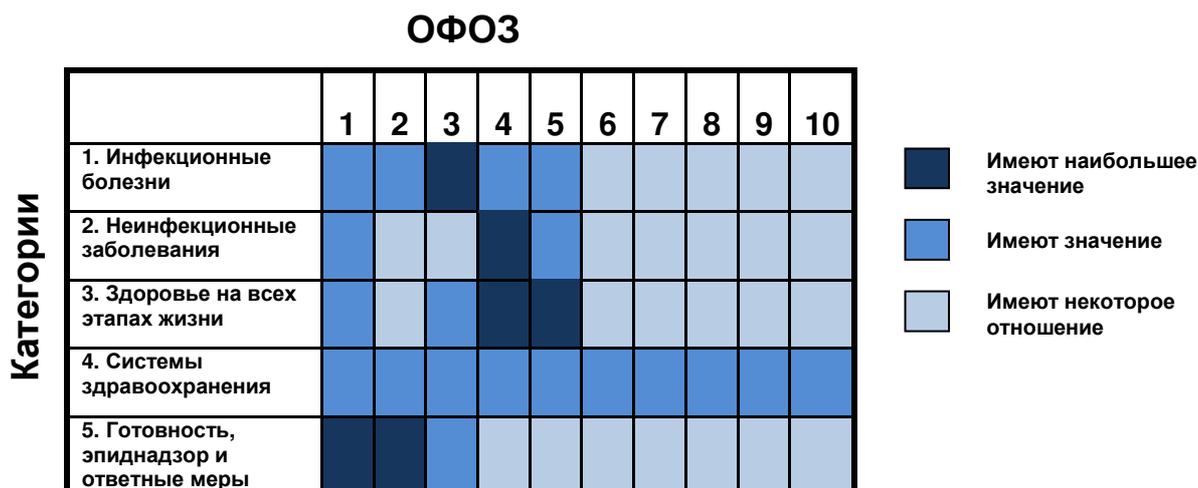
Таблица 3. Оценка важности ОФОЗ в зависимости от главных проблем общественного здравоохранения в Европе



221. Необходимо принять во внимание подходы, которые помогут Региону решать будущие проблемы, такие как изменение климата и истощение ресурсов. Одним из таких подходов является устойчивое развитие, которое было определено в 1987 г. Всемирной комиссией Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию как "развитие, которое позволяет удовлетворять потребности нынешнего поколения без ущерба для возможности будущих поколений удовлетворять свои потребности" (Brundtland, 1987). В широком плане эту концепцию можно разделить на три составляющие, частично повторяющие друг друга: экологическое, социальное (в которое входит охрана здоровья) и экономическое развитие. Поиск решений, которые удовлетворяли бы требованиям каждой из этих трех составляющих, можно рассматривать как решение с тройным выигрышем, при котором вмешательства или организации обеспечивают оптимальное соотношение затрат и результатов, максимальное улучшение здоровья и наименьший ущерб для окружающей среды. Именно в области наложения этих составляющих друг на друга и находится устойчивое здоровье и благополучие.

222. В будущем ВОЗ перейдет от 11 стратегических целей (перечисленных в таблице 1) к пяти основным категориям. Степень важности каждой из ОФОЗ для этих категорий также оценивается и отмечается в таблице 4. Знаменательно, что все категории имеют по крайней мере некоторое отношение к ОФОЗ, но наибольшее отношение они имеют к профильным ОФОЗ (1-5). Однако и системные ОФОЗ (6-10) тоже очень важны, поскольку способствуют укреплению услуг общего, системного характера. Категория "системы здравоохранения" включает услуги общественного здравоохранения и поэтому отмечена как важная во всех ОФОЗ.

Таблица 4. Взаимосвязь между категориями ВОЗ и основными оперативными функциями общественного здравоохранения



Рекомендации

223. В данном разделе приведены основные рекомендации по осуществлению ЕПД, основанные на результатах описанной в документе оценки.

224. Поскольку в Регионе были отмечены значительные различия в отношении качества услуг общественного здравоохранения и охвата населения ими, от выполнения приведенных ниже рекомендаций выиграли бы все страны. Однако для того, чтобы устранить в Регионе неравенства в отношении здоровья, эти рекомендации особенно необходимо выполнить в странах СНГ и других государствах-членах, где идет процесс адаптации услуг общественного здравоохранения к новым запросам и требованиям XXI века.

ОФОЗ 1: эпиднадзор за состоянием здоровья и благополучием населения

- Укреплять системы эпиднадзора, чтобы получать данные, необходимые для планирования действий по преодолению неравенств, воздействию на более широкие детерминанты здоровья и укреплению здоровья.
- Усовершенствовать и обновить регистры заболеваний и инструменты обследования факторов риска, чтобы улучшить качество эпиднадзора за факторами образа жизни и за социальными и экологическими детерминантами заболеваний.
- Увязывать данные об итоговых показателях здоровья с социально-экономическим положением и принадлежностью к группам меньшинств, таким как народность рома. Благодаря этому будут оцениваться неравенства в отношении здоровья, что позволит улучшить планирование ответных мер с целью снижения социальной несправедливости в отношении здоровья.
- Системы выявления угроз здоровью и контроля за ходом осуществления ММСП во многих государствах имеются, однако необходимо устранить различия в возможностях лабораторной базы. Укрепить системы эпиднадзора в части обнаружения возвращения забытых тропических болезней, таких как малярия.
- Повысить уровень квалификации специалистов по анализу данных эпиднадзора, которые используются в качестве основы для подготовки и проведения оценок потребностей и определения приоритетов в планировании.

ОФОЗ 2: мониторинг и принятие ответных мер против угроз здоровью и при чрезвычайных ситуациях

- Обеспечить модернизацию лабораторной базы и повышение квалификации кадров для осуществления ММСП; разработать, оценить и апробировать планы действий на случай чрезвычайных ситуаций.
- Обеспечить в каждой стране наличие надежных систем уведомления и процессов принятия адекватных мер борьбы со вспышками болезней и ответных мер по устранению последствий чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в целях охраны здоровья населения и осуществления ММСП.
- Модернизировать системы и лаборатории мониторинга общественного здоровья; в дополнение к этому желательно расширить сотрудничество между лабораториями на уровне субрегионов.
- Для дальнейшего улучшения планов и процессов полезно после вспышки или чрезвычайной ситуации проводить разбор и оценку действий; усилить планы действий на случай чрезвычайных ситуаций путем проведения штабных и имитационных учений.

ОФОЗ 3: Охрана здоровья, включая охрану окружающей среды, охрану труда, безопасность пищевых продуктов и т.д.

- В целях укрепления охраны здоровья выявлять будущие опасные факторы и слабые места в предоставляемых ныне услугах и учитывать их при планировании; обеспечить исполнение действующего законодательства.

- При том, что услуги по охране здоровья в целом в Регионе развиты хорошо, необходимо провести модернизацию соответствующих услуг (в том числе используемых систем информационных технологий) и позаботиться об обеспечении их в достаточной степени подготовленными кадрами и надежными механизмами отчетности и стратегического руководства.
- Использовать данные и информацию, полученные в результате выполнения ОФОЗ 1 и 2, для организации и проведения оценок риска и подготовить дополнительное количество сотрудников для проведения оценок, включая оценки воздействия на здоровье; использовать данные научных исследований (ОФОЗ 10) для составления научно обоснованных планов.
- Принимать меры по улучшению итоговых показателей здоровья, для чего создать системы обмена информацией о том, как экологические детерминанты здоровья влияют на ОФОЗ 4, и осуществить комплексные меры в этом направлении.
- В некоторых странах для решения проблем окружающей среды, таких как качество воды и воздуха, необходимо организовать процессы, ведущие к усилению мер по реализации политики и обеспечению исполнения законов на местном уровне.
- Укрепить услуги по охране здоровья, направленные на минимизацию существующих и новых рисков и вызовов для общественного здоровья, таких как изменение климата, появляющиеся новые инфекции, устойчивость к антимикробным препаратам и внутрибольничные инфекции.

ОФОЗ 4: укрепление здоровья, в том числе меры воздействия на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья

- Усиливать и развивать комплексные межсекторальные стратегии и услуги по укреплению здоровья, ориентированные на преодоление неравенств и воздействие на более широкие детерминанты здоровья, с особым акцентом на снижение заболеваемости НИЗ и повышение уровня благополучия; укрепить потенциал, необходимый для формирования и реализации стратегии с целью поддержки этого процесса.
- Использовать информацию и данные, полученные при выполнении ОФОЗ 1-3 и 10, для организации и осуществления процессов оценок и планирования, включая выяснение того, какие группы населения сталкиваются с наибольшими уровнями неравенства в отношении здоровья, связанного с социально-экономическими и экологическими детерминантами; улучшить оснащенность информационной технологией и подготовку сотрудников в целях укрепления научно обоснованной политики и планирования.
- Во многих частях Региона, особенно в странах СНГ, необходимо обновить политику и стратегии и отразить в них приоритеты стран; выявить главные социальные и экологические детерминанты здоровья, включая неравенства, факторы риска и защитные факторы, и разработать межсекторальные меры по укреплению здоровья и повышению уровня благополучия.
- Добиваться того, чтобы услуги по укреплению здоровья были нацелены на маргинальные группы, особенно испытывающие проявление неравенств в отношении здоровья, такие как молодежь и пожилые люди, мигранты, народность рома, люди с ограниченными возможностями, лесбиянки, геи, трансгендерные лица и бисексуалы, лица с нарушениями психического здоровья, бездомные и работники секс-индустрии.
- Меры по укреплению здоровья будут в большей степени ориентированы на человека, если они будут осуществляться в комплексе и будут направлены одновременно на многие факторы риска; их эффект может быть усилен, если они будут осуществляться медицинскими работниками в первичном звене медико-санитарной помощи, стационарах и других лечебных учреждениях.
- Установить разумное соотношение между правовыми мерами и мерами политики в методах укрепления здоровья, особенно направленных на снижение повышенной распространенности НИЗ в Европейском регионе; например, для этого необходимо

обеспечить выполнение всех статей РКБТ ВОЗ, а также ратификацию рамочной конвенции оставшимися семью странами Региона.

- Создать сети неформального общения между странами с участием ученых и лиц, вырабатывающих политику, чтобы можно было обмениваться примерами инновационной и передовой практики укрепления здоровья – например, сети, в которых в комплексе рассматриваются многие проблемы и неравенства, или сети, содействующие развитию ресурсов и потенциала местных сообществ или расширению прав и возможностей сообществ.

ОФОЗ 5: профилактика заболеваний, в том числе раннее выявление болезни

- Обеспечить разумное соотношение между первичной профилактикой (вакцинация и укрепление здоровья), вторичной профилактикой (скрининг и раннее выявление болезни) и третичной профилактикой (интегрированное ведение болезни, ориентированное на нужды и интересы пациента). Одной из главных платформ для укрепления системы предоставления услуг первичной, вторичной и третичной профилактики с учетом принципа рациональности и ориентированности на интересы пациента является первичное звено медико-санитарной помощи; специалисты первичного звена, как никто другой, имеют возможности консультировать пациентов по вопросам укрепления здоровья и давать направления на получение услуг по воздействию на более широкие детерминанты здоровья.
- Улучшить первичную профилактику: например, улучшить доступ к вакцинам и организацию цепочки поставок, особенно в странах СНГ; выделение групп меньшинств в качестве особых целевых групп в программах плановой иммунизации будет способствовать снижению неравенств в отношении здоровья.
- Укрепить вторичную профилактику, например, систему медицинских осмотров и программы скрининга; в планировании должны учитываться новейшие данные об эффективности, потребности в обновлении оборудования и необходимость повышения квалификации сотрудников. Это особенно необходимо в странах Юго-Восточной Европы и Центральной Азии.
- Укрепить третичную профилактику, например, применять научно обоснованные маршруты интегрированной помощи для ведения основных НИЗ и внедрять самостоятельное ведение болезни в целях улучшения клинических исходов и итоговых показателей здоровья.

ОФОЗ 6: Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

- Укрепить механизмы стратегического руководства в интересах общественного здоровья, например, путем создания межведомственных правительственных комиссий, назначения министра общественного здравоохранения, установления четкой структуры подчиненности и подотчетности, осуществления мониторинга и управления качеством функционирования, укрепления систем обеспечения прозрачности в принятии решений и организации обмена информацией, широких консультаций и участия заинтересованных сторон.
- Укрепить механизмы стратегического руководства, в том числе усилить подотчетность в первую очередь за улучшение состояния здоровья и укрепление здоровья; хорошую возможность обмениваться между собой передовыми методами работы дают странам различные сети.
- Улучшить методы стратегического руководства, направленные на повышение действенности принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях и мер, принимаемых на межсекторальном уровне, например, путем создания межведомственных комиссий на уровне правительства, постановки целевых ориентиров, использования механизмов подотчетности и подчиненности и внедрения позитивных стимулов.

ОФОЗ 7: обеспечение достаточных и компетентных кадров общественного здравоохранения

- Разработать планы обеспечения общественного здравоохранения кадровыми ресурсами, в которых предусмотрены численность и профессиональный состав необходимых работников общественного здравоохранения, мероприятия по подготовке кадров, разработка учебных планов, основные виды компетентности, вопросы аккредитации, выработка лидерских навыков, наставничество и непрерывное повышение квалификации; медицинским работникам и в целом кадрам здравоохранения нужны специально адаптированные для них программы обучения.
- Разработать общенациональные планы обеспечения общественного здравоохранения кадровыми ресурсами, в которых были бы подробно определены численность, профессиональные категории, возраст и размещение кадров, а также содержались бы оценки того, что требуется для решения нынешних и будущих проблем общественного здравоохранения.
- Разработать программы обучения, специально предназначенные для медицинских работников и в целом для работников общественного здравоохранения, и включить их в учебные планы додипломного и последипломного образования и повышения квалификации.
- Разработать программы обучения для специалистов общественного здравоохранения; эти программы должны предусматривать выработку основных видов компетентности, аккредитацию и непрерывное повышение квалификации для поддержания умений и навыков на должном уровне и решения новых задач. Для стран с относительно небольшой численностью населения, таких как страны Центральной Азии, Балтии и Юго-Восточной Европы, решением проблемы нехватки кадровых ресурсов могли бы стать региональные подходы, направленные на поддержку эффективной системы подготовки высокоспециализированных и дорогостоящих специалистов общественного здравоохранения.
- Укреплять сети, объединяющие растущее число школ общественного здравоохранения и программы специальной подготовки, которые помогают повысить уровень и качество обучения во всем Регионе.
- Укреплять навыки лидеров общественного здравоохранения с помощью программ обучения старших должностных лиц и непрерывного повышения квалификации и наставничества; поощрять страны к тому, чтобы они назначали независимых в политическом отношении должностных лиц, ответственных за охрану здоровья населения (например, главных санитарных врачей), и в целях повышения значимости и статуса общественного здравоохранения вводили пост министра общественного здравоохранения.

ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования

- Создать устойчивые механизмы финансирования услуг общественного здравоохранения для обеспечения возможности долгосрочного планирования; разработать интегрированные организационные структуры и функции общественного здравоохранения, обеспечивающие отзывчивость и устойчивость услуг; применяя принцип "тройного выигрыша", добиться улучшения соотношения затрат и эффективности, максимального улучшения показателей здоровья и минимизации ущерба для окружающей среды.
- Создать устойчивые механизмы финансирования, обеспечивающие предоставление услуг общественного здравоохранения, чтобы дать возможность осуществлять долгосрочное и стратегическое планирование мероприятий по решению проблем общественного здравоохранения и повысить организационную стабильность, при которой возможны удержание и профессиональное развитие специалистов общественного здравоохранения.
- Направлять на укрепление здоровья и профилактику заболеваний большую долю бюджетов здравоохранения по сравнению с лечебными услугами и тем самым способствовать сдерживанию растущих затрат на медико-санитарную помощь и улучшению итоговых показателей здоровья.

- Улучшить интеграцию организационных структур, оказывающих услуги по охране здоровья, профилактике заболеваний и укреплению здоровья, например, путем усиления роли первичного звена медико-санитарной помощи в этих трех областях общественного здравоохранения, чтобы сделать эти услуги более рациональными, эффективными и отзывчивыми.
- Применяя принципы устойчивости к планированию организационных структур общественного здравоохранения, находить варианты "тройного выигрыша", которые являются эффективными с точки зрения соотношения затрат и результатов, обеспечивают максимальное улучшение здоровья и минимизируют ущерб для окружающей среды.

ОФОЗ 9: Информационно-пропагандистская деятельность, коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья

- Данная область не рассматривалась при проведении оценок, однако в процессе консультаций по вопросам ЕПД было признано, что это одна из ключевых областей для усиления мер, принимаемых в общественном здравоохранении. Необходимо продолжать усилия по разработке наиболее эффективных подходов к обучению навыкам и методам информационно-пропагандистской работы, коммуникации и социальной мобилизации и их практическому применению.

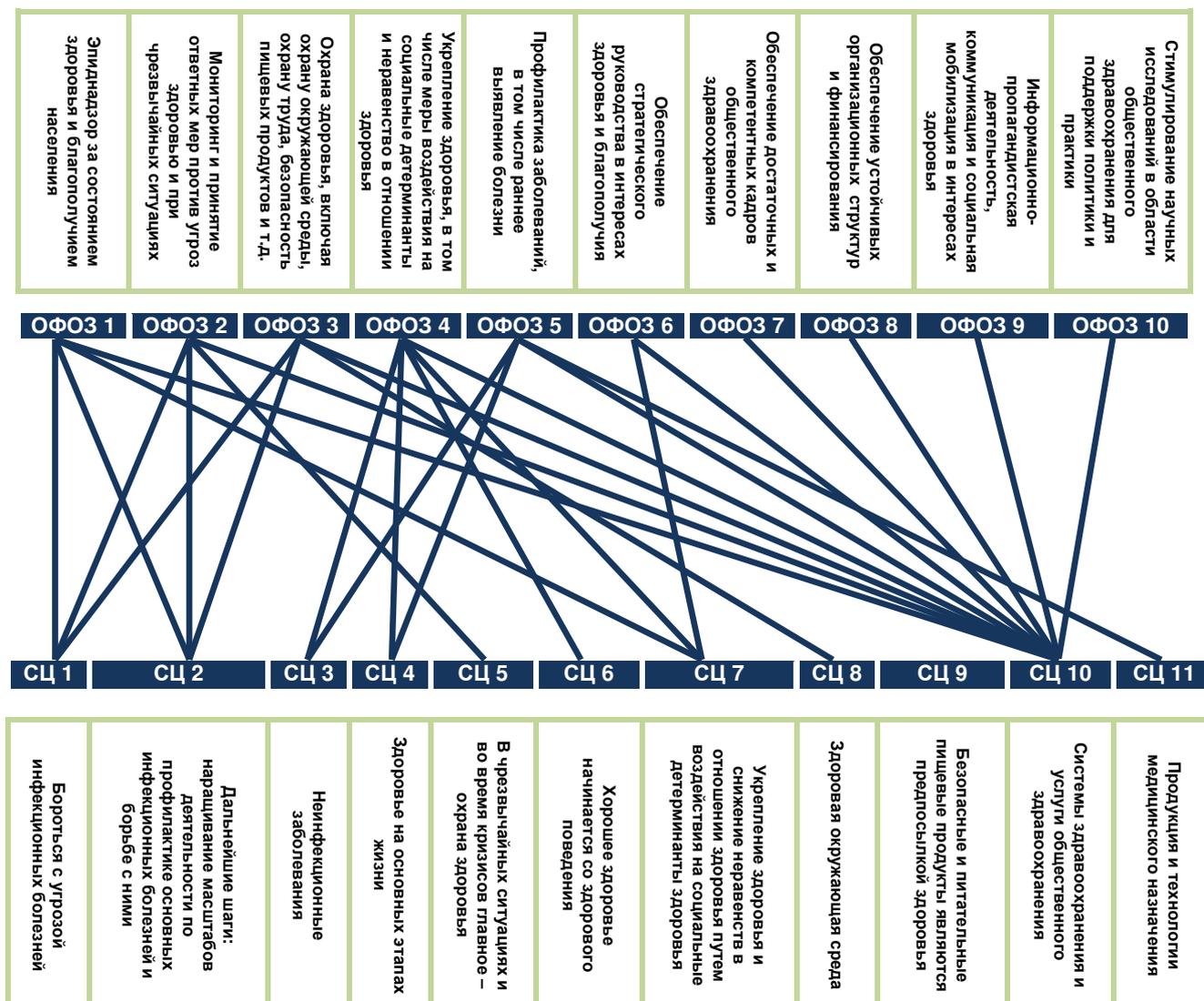
ОФОЗ 10: Стимулирование научных исследований в области общественного здравоохранения для поддержки политики и практики

- В Европе создана прочная доказательная база, однако необходимы дополнительные усилия для того, чтобы будущие научные исследования и их результаты были сосредоточены на профилактике на верхнем уровне причинно-следственных связей и на укреплении здоровья, а лица, принимающие решения, и практические работники получали понятную и всеобъемлющую информацию об основных идеях и выводах.
- Основная часть финансирования научных исследований направляется на лечебные методы охраны здоровья; необходимо выделять больше средств на оценку комплексных многократных вмешательств по укреплению здоровья и первичной профилактике, а также на изучение путей преодоления неравенств и воздействия на более широкие детерминанты здоровья.
- Выявить потребности лиц, вырабатывающих политику, в информации и обучении, чтобы развивать и расширять практику установления приоритетов и формирования политики на основе фактических данных.
- Готовить доступные и удобочитаемые резюме результатов научных исследований для лиц, формирующих политику, и практических работников и с этой целью применять методы системологии для выработки комплексных решений проблем общественного здравоохранения на уровне их истоков, а также разумные методы коммуникации для правильного представления результатов.
- Создавать сети, объединяющие представителей науки, политики и практики, проводить совещания и семинары с целью выяснения требований, предъявляемых к научным исследованиям и информации как лицами, формирующими политику, так и практическими работниками, и согласно с этим адаптировать содержание публикаций о результатах исследований.

225. Выполнение основных оперативных функций общественного здравоохранения, требующее применения комплексного, горизонтального подхода, создает основу для предоставления услуг общественного здравоохранения и улучшает формы и методы их предоставления для достижения всеобъемлющей стратегической цели – устойчивого укрепления здоровья и повышения уровня благополучия. На рис. 4 показана важность и актуальность работы, которая предусматривается стратегическими целями ВОЗ: здесь иллюстрируется, как для укрепления потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европе с помощью ОФОЗ должен применяться комплексный, горизонтальный подход, а не разрабатываться вертикальные программы, связанные с каждой ОФОЗ. У каждой страны есть свои исторически сложившиеся сильные стороны, на основе

которых она может развиваться дальше, и каждая страна создает организации и сети, которые максимально умножают синергизм между соответствующими ОФОЗ, чтобы улучшить в целом предоставление услуг общественного здравоохранения.

Рис. 4. Множественные связи между стратегическими целями ВОЗ и основными оперативными функциями общественного здравоохранения



226. Европейское региональное бюро ВОЗ в целом и, в частности, его программа "Услуги общественного здравоохранения" будут оказывать поддержку в реализации ЕПД. В рамках этой программы разрабатываются инструментарий и методические руководства, помогающие странам в их усилиях по дальнейшей рационализации, укреплению и модернизации услуг общественного здравоохранения на основе ЕПД путем выполнения десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения. Европейский региональный комитет ВОЗ своей резолюцией EUR/RC60/R5 одобрил курс на укрепление потенциала и услуг общественного здравоохранения, включая профилактику, и проведение всестороннего и детального обзора эффективности инструментов общественного здравоохранения, которые в настоящее время имеются в качестве средств решения ключевых проблем общественного здравоохранения и осуществления политики здравоохранения в Европе (ВОЗ, 2010d).

Библиография

Acheson D (1988). *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, HMSO.

Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W (2004). *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98413/E84884.pdf, accessed 4 July 2012).

Birt C, Foldspang A (2011). *European core competences for public health professionals (ECCPHP)*. Brussels, ASPHER.

Bodenmann G, Cina A, Ledermann T, Sanders MR (2008). The efficacy of the Triple P – Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4):411–27.

Bone A, Nurse J (2010). Health co-benefits of climate change action: how tackling climate change is a “win win win”. *Chemical Hazards and Poisons Report*, 16:47–51. London, Health Protection Agency.

Brundtland GH (1987). *Report of the World Commission on Environment and Development: our common future*. Oxford, Oxford University Press.

Bryndová L, Pavloková K, Roubal T, Rokosová M, Gaskins M (2009). Czech Republic: health system review. *Health Systems in Transition*, 11(1): 1–122 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf, accessed 20 July 2012).

CEB, WHO (2009). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/125206/e94398.pdf, accessed 23 July 2012).

Docteur E, Oxley H (2003). *Health-care systems: lessons from the reform experience*. Paris, OECD.

Donaldson LJ, Donaldson RJ (2000). *Essential public health*, 2nd ed. Newbury, Petroc Press.

European Observatory on Health Systems and Policies (2012a). *Eurohealth*, 18(1):1–44 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf, accessed 20 July 2012).

European Observatory on Health Systems and Policies (2012b). Health Systems in Transition (HiT) series [web site]. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series>, accessed 20 July 2012).

Eurostat (2009). Healthcare expenditure by function, 2009 (% of current health expenditure) [online data set]. Luxembourg, Eurostat ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_function,_2009_\(%25_of_current_health_expenditure\).png&filetimestamp=20111114093358](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_function,_2009_(%25_of_current_health_expenditure).png&filetimestamp=20111114093358), accessed 25 July 2012).

Faculty of Public Health (2010). The UK’s Faculty of Public Health: working to improve the public’s health [web site]. London, FPH (<http://www.fph.org.uk>, accessed 19 July 2012).

Farrington JL, Stachenko S (2010). *Country capacity for noncommunicable disease prevention and control in the WHO European Region: preliminary report*. Copenhagen, WHO Regional Office for

Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/122976/E94316.pdf, accessed 23 July 2012).

Fernández, E (2011). Spain: beyond the 'Spanish model' to a total ban. *Tobacco Control*, 20(1):6–7 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/1/4.full>, accessed 23 July 2012).

Foster EM, Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ (2008). The costs of a public health infrastructure for delivering parenting and family support. *Children and Youth Services Review*, 30:493–501.

Global Smokefree Partnership (2010). *National and international experts call on Spanish Parliament to make all enclosed spaces 100% smoke-free* [press release]. Geneva, Framework Convention Alliance (http://www.fctc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=408:experts-urge-100-smoke-free-spain&catid=46:secondhand-smoke&Itemid=207, accessed 23 July 2012).

Glenngård A, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V (2005). *Health systems in transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96409/E88669.pdf, accessed 25 July 2012).

Kendrovski V, Spasenovska M (2011). *Heat-health action plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, supported by the German Federal Ministry for the Environment, Nature Conservation and Nuclear Safety (http://www.toplotnibranovi.mk/en/downloads/Brosura_1_ENG.pdf, accessed 20 July 2012).

Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J, van Ginneken E (2008). Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(1): 1–230 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf, accessed 4 July 2012).

Lavis JN, Davies HTO, Gruen RL, Walshe K, Farquhar CM (2006). Working within and beyond the Cochrane Collaboration to make systematic reviews more useful to healthcare managers and policy makers. *Healthcare Policy*, 1(2):21–33.

Maastricht University (unpublished). *Reviewing public health capacity in the EU – final report*. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. (2012). *The economic case for public health action* (forthcoming). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, in collaboration with the OECD; Maidenhead, Open University Press.

Nowak C, Heinrichs N (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P – Positive Parenting Program using hierarchical linear modelling: effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3): 114–144.

Nurse J, Basher D, Bone A, Bird W (2010). An ecological approach to promoting population mental health and well-being: a response to the challenge of climate change. *Perspectives in Public Health*, 130(1):27–33.

OECD (2009). Health expenditure and financing: % total expenditure on health [online data set]. Paris, OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, accessed 25 July 2012).

PAHO (2011). What are the EPHF? [web site]. Washington, PAHO (<http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/EPHF.htm>, accessed 20 July 2012).

Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR (2009). Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1):1–12.

Sanders MR (1999). Triple P – Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2):71–90.

Sanders MR (2008). Triple P – Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4):506–517.

The Cochrane Collaboration (2012). Our principles [web site]. Oxford, The Cochrane Collaboration (<http://www.cochrane.org/about-us/our-principles>, accessed 25 July 2012).

Triple P Communications (2012). Triple P, for every parent [web site]. Glasgow, Triple P (<http://www.glasgow.triplep-staypositive.net>, accessed 25 July 2012).

Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696):405–412.

United Nations Road Safety Collaboration (2011). One year on, global commitment to the Decade of Action for Road Safety 2011–2020 intensifies [web site]. Geneva, United Nations Road Safety Collaboration (http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/ru/, accessed 25 July 2012).

WHO (2009a). Vaccines and immunization: country work [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/country-work>, accessed 23 July 2012).

WHO (2010a). *Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/119539/RC60_edoc13.pdf, accessed 14 July 2012).

WHO (2011c). *Health systems and public health services: WHO strategic objective 10*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/140667/CorpBrochure_healthsystems.pdf, accessed 20 July 2012).

WHO (2011d). *Managing the threat of communicable diseases: WHO strategic objective 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/140673/CorpBrochure_communicable_diseases.pdf, accessed 20 July 2012).

WHO (2011e). *In emergencies and crises, health comes first: WHO strategic objective 5*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/140670/CorpBrochure_emergencies_crises.pdf, accessed 20 July 2012).

WHO (2011f). *Noncommunicable diseases: WHO strategic objective 3*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/140672/CorpBrochure_noncommunicable_diseases.pdf, accessed 20 July 2012).

WHO (2011g). *Healthy environments for healthy people: WHO strategic objective 8*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/141911/Brochure_healthy_environments.pdf, accessed 20 July 2012).

WHO (2011h). *Safe and nutritious food is a prerequisite for health: WHO strategic objective 9*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/140661/CorpBrochure_Nutritious_food.pdf, accessed 20 July 2012).

WHO (2011i). *Health at key stages of life – the life-course approach to public health: WHO strategic objective 4*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/140671/CorpBrochure_lifecourse_approach.pdf, accessed 23 July 2012).

WHO (2011j). *Good health starts with healthy behaviour: WHO strategic objective 6*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/140666/CorpBrochure_Good_health.pdf, accessed 23 July 2012).

WHO (2011i). *The way forward – scaling up action to prevent and control major communicable diseases: WHO strategic objective 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/142022/Brochure_communicable_diseases.pdf, accessed 23 July 2012).

WHO (2011n). *Promoting health and reducing health inequities by addressing the social determinants of health: WHO strategic objective 7*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/141226/Brochure_promoting_health.pdf, accessed 23 July 2012).

WHO (2011o). *Medical products and technologies: WHO strategic objective 11*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/140668/CorpBrochure_Med_products.pdf, accessed 23 July 2012).

WHO (2011m). *The Banja Luka Pledge*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf, accessed 23 July 2012).

WHO (2011p). Decade of Action for Road Safety 2011–2020 launched in Russian Federation [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/russian-federation/sections/news/2011/05/decade-of-action-for-road-safety-2011-2020-launched-in-russian-federation>, accessed 25 July 2012).

WHO (2012d). *Capacity of the health system in Kazakhstan for crisis management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/capacity-of-the-health-system-in-kazakhstan-for-crisis-management.-2010>, accessed 9 August 2012).

WHO (2012a). Self-assessment tool for the evaluation of public health services [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/self-assessment-tool-for-the-evaluation-of-public-health-services>, accessed 11 July 2012).

WHO (2012b). Highlights of the work of WHO/Europe. *Meeting of the EU Chief Medical Officers, Copenhagen, 12–13 April 2012*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162634/Presentation-Highlights-of-the-work-of-WHO-Europe,-Meeting-of-EU-Chief-Medical-Officers.pdf, accessed 19 July 2012).

WHO (2012f). Violence and injury prevention: TEACH-VIP [web site]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/, accessed 23 July 2012).

WHO (2012g). HEPA Europe (European network for the promotion of health-enhancing physical activity) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>, accessed 23 July 2012).

WHO (2012h). South-eastern Europe Health Network (SEEHN) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/south-eastern-europe-health-network-seehn>, accessed 23 July 2012).

WHO (2012i). WHO European Healthy Cities Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>, accessed 23 July 2012).

Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Health Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf, accessed 20 July 2012).

ВОЗ (1978). *Алма-Атинская декларация, 1978 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (1986). *Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (1998). *Здоровье21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (Серия "Здоровье для всех", № 5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2003/2005). *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2005). *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf, по состоянию на 9 августа 2012).

ВОЗ (2006). *Курс на оздоровление: Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/76528/E89306R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2008). *Среднесрочный стратегический план на 2008-2013 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_7-ru.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2008b). *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2008с). *План действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007-2012 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74406/E91153R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2008d). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо.* Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2009b). *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.: здоровье и системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2010b). *Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2010c). *Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-ru.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2010d). *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC60/R5 "Решение ключевых задач охраны общественного здоровья и политики здравоохранения в Европе: путь вперед к цели улучшения здоровья жителей Европейского региона ВОЗ"*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/122269/RC60_rRes5.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2011a). *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC61/R2 "Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий"*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/150626/RC61_Res_r02.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2011b). *Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148987/FINAL-Strengthening-public-health-capacities-and-services-Russian.pdf, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2011k). Концепция и стратегии глобальной иммунизации [вебсайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/immunization/ru/>, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2011q). Безопасность дорожного движения спасает жизни людей и экономит средства [вебсайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/road-safety-saves-lives-and-money>, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2012c). Технические программы в Европейском регионе [вебсайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/technical-programmes-in-the-european-region>, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

ВОЗ (2012e). Глобальная сеть предупреждения о вспышках болезней и ответных действий [вебсайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/ru/index.html>, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

Европейская экономическая комиссия (1999). *Протокол по проблемам воды и здоровья*. Женева, Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций (<http://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/env/documents/2000/wat/mp.wat.2000.1.r.pdf>, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (2001). О действиях сообществ по вопросам здоровья в Кыргызстане [вебсайт]. Бишкек, Министерство здравоохранения Кыргызской

Республики (http://www.cah.kg/ru/about_community_action_for_health/overview, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

Организация Объединенных Наций (2011). Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/diseases_politdecl.shtml, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

Организация Объединенных Наций (2012). *Резолюция Генеральной Ассамблеи "Повышение безопасности дорожного движения во всем мире" (A/66/L.43)*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций (<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/roadsafe/docs/A-66-L43r.pdf>, по состоянию на 9 августа 2012 г.).

Приложение 1. Охват стран оценками

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

Сокращения

СО: отчеты о самооценке

МИ: Маастрихтское исследование

Обс.: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Черный цвет: проведена оценка в определенной форме (с использованием инструмента для самооценки, в рамках исследования в масштабе ЕС или совместно с Европейской обсерваторией): всего в 41 стране.

Серый цвет: оценка с использованием инструмента самооценки находится на стадии проведения или планируется. В этой группе в четырех странах никаких оценок ранее не проводилось: это Беларусь, Израиль, Казахстан и Российская Федерация. Дополнительные оценки с использованием инструмента самооценки проводятся в Испании, Португалии, Словакии и Финляндии: в этих четырех странах до этого уже проводились оценки в масштабе ЕС.

На данный момент никаких оценок не осуществляется и не планируется в восьми странах: Азербайджан, Грузия, Исландия, Норвегия, Сан-Марино, Туркменистан, Турция и Украина.

Приложение 2. Оценки субрегионов по модели SWOT

Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> • Сформировавшиеся институты здравоохранения и нормативно-правовая база для общественного здравоохранения • Межсекторальные механизмы для осуществления программ в области общественного здравоохранения • Четкий и определенный в законодательном порядке комплекс услуг общественного здравоохранения • Налаженные системы эпиднадзора за здоровьем населения • Потенциал для научных исследований в сфере эпидемиологии • Благоприятствующая международная структура с большим количеством хартий и соглашений в области общественного здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточная межсекторальная интеграция политики: в частности, не хватает межсекторальных оценок результатов политики, стратегий и программ • Социальные детерминанты здоровья недостаточно интегрированы в стратегиях • Нехватка/отсутствие данных, дезагрегированных по социально-экономическим группам • Слабый потенциал для мониторинга осуществления политики • Недостаточное количество/отсутствие оценок качества услуг медико-санитарной помощи: требуется разработка стандартов для оценки • Не проводится мониторинг деятельности частных поставщиков услуг
<ul style="list-style-type: none"> • Возможности 	<ul style="list-style-type: none"> • Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Возможность для децентрализации принятия решений, в том числе для организации подотчетности за услуги на местном уровне • Координация деятельности компетентных учреждений, ведомств и министерств в сфере услуг общественного здравоохранения • Организация процессов оценки эффективности и мониторинга экономической целесообразности программ и мероприятий по охране общественного здоровья • Можно использовать и расширять существующие примеры передовой практики межсекторального сотрудничества; может быть налажено многосекторальное сотрудничество в отношении более широких детерминант здоровья • Повестка дня общественного здравоохранения в ЕС и гармонизация нормативной базы; ЕС активно продвигает перемены в данной сфере, ценную возможность представляет вступление в ЕС • Аккредитация лабораторных ресурсов для выявления и преодоления пробелов: возможность для регионального сотрудничества 	<ul style="list-style-type: none"> • Чрезмерная децентрализация может повлечь за собой опасность углубления различий в состоянии здоровья и оказании услуг между регионами страны • Приватизация, проводимая без продуманной стратегии, может усугубить проблемы с распределением ресурсов • Нехватка межсекторальных механизмов ставит под угрозу экономическую эффективность общественного здравоохранения • Бедность – одна из коренных угроз для здоровья населения и эффективности системы здравоохранения • Любой отход от процесса вступления в ЕС повлияет на стратегию или на другие факторы, такие как экономический рост и, как следствие, на финансирование • Неэффективность механизма поддержания должного уровня кадровых ресурсов общественного здравоохранения • Низкий уровень заработной платы специалистов общественного здравоохранения может препятствовать найму работников и привести к острой нехватке кадров в некоторых районах

Источник: СЕВ, WHO (2009). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/125206/e94398.pdf, accessed 23 July 2012).

ЕС

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> • Существуют официальные национальные стратегии здравоохранения, предусматривающие межсекторальный подход к вопросам охраны здоровья • Широкая сеть партнерств в области общественного здравоохранения • Потенциал для ведения научных исследований в государствах-членах считается относительно высоким • Существуют информационные системы здравоохранения • Хорошие возможности для обучения и образования в области общественного здравоохранения; постоянно растет количество выпускников университетов с научной степенью в сфере общественного здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Нехватка правовых механизмов, помогающих создавать партнерства • Слабые возможности общественного здравоохранения на местном уровне для удовлетворения потребностей населения • Слабые связи между секторами, а также недостаточный учет различий между группами населения и меньшинствами • Трудности в поиске ресурсов для общественного здравоохранения вследствие наличия большого количества разобщенных фондов • Нехватка финансовых ресурсов для общественного здравоохранения вследствие серьезного перекоса в сторону лечебных медико-санитарных услуг • Недостаточно развиты структура видов компетентности работников общественного здравоохранения и пути карьерного роста, мало четких планов развития кадровых ресурсов общественного здравоохранения • Недостаточно мер принимается для реального содействия развитию научно-исследовательского потенциала, необходимого для поддержки процесса выработки политики
Возможности	Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Контекст ЕС дает немалые возможности для улучшения услуг общественного здравоохранения, в том числе путем повышения стандартов их качества • Гармонизация со стандартами ЕС и согласование учебных планов по подготовке работников общественного здравоохранения с нормами ЕС • Поддержка ЕС по различным каналам, включая создание систем мониторинга, содействие обмену передовым опытом, координация деятельности между государствами-членами и поддержка мероприятий на уровне стран • Возможности для расширения сферы применения информационных технологий и интеграции информационных систем, которые позволяют повысить качество услуг и оперативную эффективность 	<ul style="list-style-type: none"> • В условиях финансового кризиса сокращаются расходы на кадровые ресурсы и бюджеты учреждений общественного здравоохранения • Организации общественного здравоохранения пытаются сохранить объем функций и деятельности в условиях постоянно увеличивающегося дефицита кадровых ресурсов • Под угрозой оказываются нынешние инфраструктуры на уровне отдельных стран и региона в целом. Это может привести к значительным потерям обученных и опытных кадров из-за отсутствия для них стимулов и возможностей для карьерного роста • Нехватка прикладных научных исследований в области общественного здравоохранения мешает процессам стратегического планирования и выработки политики

Источник: Maastricht University (не опубликовано). *Reviewing public health capacity in the EU – final report.*

СНГ

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> • Основными обязанностями систем общественного здравоохранения остаются безопасность пищевых продуктов и воды, санитарно-гигиенические меры и контроль, нормативы по гигиене окружающей среды, гигиена труда и контроль других факторов риска для здоровья населения • Профилактика инфекционных болезней, в частности, путем вакцинации • Начало развиваться межсекторальное сотрудничество с участием министерств образования, культуры и спорта, государственных ведомств по охране окружающей среды, НПО и СМИ, хотя усилия в этом направлении по-прежнему ограничены. 	<ul style="list-style-type: none"> • Охрана здоровья по-прежнему осуществляется в основном методами "устранения ущерба и наказания виновных", тогда как превентивный подход к угрозам для здоровья зачастую отсутствует • Не проводится оценка эффективности программ общественного здравоохранения • Учреждения и проекты по профилактике ВИЧ/СПИДа имеют свою вертикальную структуру, и это создает риск того, что они не будут в достаточной степени интегрированы в существующие системы здравоохранения • По-прежнему недостаточно развита профилактика НИЗ • Программы скрининга на предмет НИЗ не основываются на достоверных фактических данных или испытывают недостаток квалифицированных кадров • В целом отсутствие эффективного сотрудничества с другими секторами
Возможности	Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Возможности для укрепления функций санэпидслужб по охране здоровья в рамках реформ здравоохранения и в соответствии с общей тенденцией применения таких инструментов, как оценка риска и передовые методы управления и коммуникации, а не только выполнение функций инспекции и контроля • Масштабное сотрудничество и совместные проекты направлены на активное включение интересов здоровья в программы других секторов и на более широкое вовлечение граждан в процессы выработки политики и принятия решений в отношении здоровья • Будущие проблемы лежат в области укрепления здоровья и профилактики НИЗ, и здесь открываются немалые возможности для укрепления общественного здравоохранения и связей с первичным звеном медико-санитарной помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Нехватка средств, глобальный экономический кризис и вероятность сокращения международной помощи являются потенциальными угрозами для успешного проведения реформ общественного здравоохранения, особенно в части профилактики заболеваний и укрепления здоровья • Политическая приверженность является непременным условием и главной движущей силой расширения услуг общественного здравоохранения на сферу профилактики заболеваний и укрепления здоровья, и ее отсутствие является серьезной угрозой для осуществления таких мер

Источник: Maier C, Martin-Moreno JM (2011). Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states. *Health Policy*, 102(1):18–25.