



Первая европейская конференция ВОЗ по новой европейской политике здравоохранения – Здоровье-202

Иерусалим, Израиль, 28–29 ноября 2011 г.

113254

Оригинал: Английский

7 ноября 2011 г.

Новая европейская политика здравоохранения – Здоровье-2020

Проект 1

Проект 1 представляет собой пересмотренный вариант проекта политики Здоровье-2020 (проекта 0), который был представлен на 61-й сессии Регионального комитета в Баку (Азербайджан) в сентябре этого года. Его содержание во многом определили мнения и предложения стратегического и технического характера, поступившие от всех технических подразделений Европейского регионального бюро ВОЗ, и в нем отражены рекомендации, полученные Постоянным комитетом Регионального комитета и высказанные на совещании Европейского форума по политике здравоохранения для государственных должностных лиц высшего звена, а также на 61-й сессии Регионального комитета, которая прошла в Баку в сентябре 2011 г.

Этот документ все еще нуждается в дальнейшем обогащении результатами исследований и обзоров, которые были инициированы с целью формирования содержания политики Здоровье-2020, а также рекомендациями, которые будут получены в ближайшие месяцы в ходе серии консультаций с заинтересованными партнерами.

Второе совещание Европейского форума по политике здравоохранения для государственных должностных лиц высшего звена, которое состоится в Иерусалиме, Израиль – это еще одна веха в процессе выработки политики Здоровье-2020. Советы и рекомендации, которые будут получены от государств-членов, будут неоценимы для формирования новой европейской политики здравоохранения.

Содержание

	стр.
Введение	1
Раздел 1. Контекст новой политики	4
Стратегическое видение и цели политики Здоровье-2020	5
Обоснование необходимости радикальных перемен	5
Здоровье и благополучие	5
Новые факторы, способствующие здоровью: тенденции, возможности и риски.....	9
Использование накопленного опыта.....	11
Демографическая и эпидемиологическая ситуация в Европейском регионе на сегодняшний день.....	13
Детерминанты здоровья	14
Экономические аспекты здоровья и благополучия	20
Ценности.....	24
Право на здоровье и подход к охране здоровья с позиций соблюдения прав человека	25
Социальная справедливость в отношении здоровья и права человека.....	25
Конкретные ценности, воплощенные в политике Здоровье-2020	26
Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке	26
Стратегическое руководство в интересах здоровья	26
Стратегическое руководство здравоохранением	28
Разумное стратегическое руководство	28
Каверзные проблемы и системное мышление	29
Лидерство, инновации и потенциал для обеспечения здоровья и развития.....	30
Раздел 2. Стратегии, дающие реальный эффект, и ключевые действующие субъекты	31
Приоритеты общественного здравоохранения в Европейском регионе	32
Воздействие на детерминанты здоровья и сокращение неравенств в отношении здоровья.....	34
Политические, социальные и экономические детерминанты.....	34
Инвестирование в интересах здоровых людей и расширение прав и возможностей местных сообществ.....	37
Введение	37
Меры по расширению прав и возможностей местных сообществ.....	39
Поддержка лиц, осуществляющих уход за больными на неформальной основе – неформальных помощников по уходу.....	40
Здоровые матери и здоровые дети	41
Здоровые дети и здоровые подростки.....	45
Здоровые взрослые	49
Здоровье пожилых людей	52
Мигранты.....	58
Народность рома	61
Снижение системных рисков.....	65
Неинфекционные заболевания	65
Психическое здоровье	75
Травматизм и насилие	77
Инфекционные болезни	81
Создание здоровой и благоприятной среды для здоровья и благополучия	92
Физическая среда	92
Устойчивое развитие	96
Здоровье в контексте городов: сквозь призму городской жизни	97
Социальная среда: социальные детерминанты и ресурсы здоровья.....	99
Укрепление ориентированных на интересы пациента систем здравоохранения, служб общественного здравоохранения и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям.....	101

Анализ ситуации	101
Эффективные решения.....	102
Раздел 3. Осуществление задуманного.....	118
Стратегическое руководство в интересах здоровья.....	120
Институциональные механизмы содействия переменам и инновациям	120
Укрепление систем и служб здравоохранения	123
Службы общественного здравоохранения.....	124
Системы и службы медико-санитарной помощи.....	125
Голоса граждан и пациентов и расширение их прав и возможностей.....	126
Партнерства для осуществления перемен в Европейском регионе и на глобальном уровне ...	128
Целевые показатели	130
Выводы и рекомендации для действий	130
Приложение 1. Демографические и эпидемиологические тенденции в Европейском регионе ВОЗ.....	132

© Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Все права сохраняются. Данный информационный материал предназначен лишь для ограниченной аудитории. Его нельзя рецензировать, реферировать, цитировать, воспроизводить, передавать, распространять, переводить или адаптировать частично или полностью ни в какой форме или каким бы то ни было образом.

Введение

1. Впервые право на здоровье было провозглашено в 1948 г. в преамбуле Устава ВОЗ, а затем в том же году в статье 25 Всеобщей декларации прав человека. В 1976 г. вступил в силу Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, в статье 12 которого вновь было подтверждено право каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья как одно из прав человека в соответствии с международными правовыми нормами.

2. В мае 1977 г. государства-члены ВОЗ определили, что главной социальной задачей правительств и ВОЗ должно быть достижение всеми гражданами мира к 2000 г. "такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни". Затем последовало принятие в 1978 г. Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи. Вслед за этим в мае 1981 г. на Тридцать четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ утвердили эту цель в рамках глобальной стратегии "Здоровье для всех", в которой подчеркивалась необходимость достижения обществом во всех странах наивысшего возможного уровня здоровья как одного из основных прав человека, а также важность соблюдения этических принципов при выработке политики здравоохранения, при проведении научных исследований в области здравоохранения и при оказании медицинских услуг.

3. В 1998 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в принятой ею Всемирной декларации по здравоохранению объявила: "Мы, государства-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вновь подтверждаем нашу приверженность принципу, провозглашенному в ее Уставе, который гласит, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека, и, действуя таким образом, мы подтверждаем достоинство и ценность каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность всех в отношении здоровья."

4. Эти глобальные обязательства относительно соблюдения права на здоровье являются совершенно ясными и точными и связаны с благородным идеалом. Однако достижение этого идеала оказалось делом трудным. И именно в этом заключается главная задача политики Здоровье-2020. Как можно добиться здоровья и благополучия в постоянно усложняющемся мире, в котором возникает все больше неопределенности? Как можно побудить общество и правительство в странах осуществлять руководство исходя из интересов здоровья? Какие ресурсы им нужны для этого? Как можно потребовать от людей, в конечном счете ответственных за охрану здоровья населения, отчета о том, как они воспринимают и выполняют эти обязанности?

5. В Европейском регионе ВОЗ здоровье населения в целом улучшается, но не так быстро, как оно могло или должно было бы улучшаться, если принять во внимание имеющиеся знания и технологии здравоохранения. В Регионе сохраняются очаги крайне высокого уровня нездоровья и бедности, которые необходимо незамедлительно ликвидировать. Все страны сталкиваются с проблемами, порождаемыми значительными демографическими, социальными, экономическими и экологическими сдвигами, и в настоящее время сложилось новое критическое понимание социальных детерминант здоровья и механизмов, посредством которых распределение власти, ресурсов и возможностей для самоопределения внутри общества в наших странах влияет на существующие и создает новые неравенства в отношении здоровья.

6. Все эти перемены требуют пересмотра существующих механизмов стратегического руководства в интересах здоровья, политики здравоохранения, структур общественного здравоохранения и оказания медико-санитарной помощи. Поэтому пора обновить европейскую политику здравоохранения и подходить к праву человека на здоровье в контексте того, что нам известно и чего можно достичь сегодня в плане

укрепления и сохранения здоровья и оказания медико-санитарной помощи. Эти блага должны быть доступны каждому настолько, насколько это в человеческих силах. Обеспечение этих благ потребует нового, коренным образом пересмотренного руководства в интересах здоровья. Именно с учетом этих фундаментальных целей и разрабатывается политика Здоровье-2020.

Ключевые принципы действий 1-6

1. Принятие мер в отношении рисков и использование возникающих возможностей, готовность к переменам и умение их предвосхищать.
2. Интегрирование в единую систему убедительных социально-экономических аргументов, подкрепленных фактическими данными, для отстаивания интересов здоровья и благополучия людей.
3. Создание, согласование и продвижение общей системы стратегических целей и принципов как основы для совместной работы во имя здоровья.
4. Строгое следование подходу к обеспечению здоровья и благополучия, основанному на правах и ценностях.
5. Приверженность общегосударственному подходу к обеспечению здоровья и благополучия людей.
6. Выстраивание конкретных стратегий для ликвидации разрыва в отношении здоровья между странами и внутри стран.

7. Политика Здоровье-2020 представляет собой совместный проект, осуществляемый Европейским региональным бюро ВОЗ и всеми пятьюдесятью тремя европейскими государствами-членами. В этой политике сформулирована рамочная программа действий, направленных на ускорение достижения более высокого уровня здоровья и благополучия для всех, которая может быть адаптирована к различным реалиям в странах, составляющих Европейский регион. В ней указывается, как можно повышать, поддерживать и оценивать уровень здоровья и благополучия посредством таких мер, которые направлены на создание атмосферы социальной сплоченности и безопасности, установление разумного соотношения между работой и жизнью, достижение хорошего здоровья и получение хорошего образования. Она строится на положениях Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций и сформулированных в ней Целях в области развития, в которой представлено видение такого мира, где страны работают вместе как партнеры во имя улучшения жизни всех людей, особенно наиболее обездоленных.

8. Политика включает три раздела (рис. 1):

- Контекст новой политики.
- Стратегии, дающие реальный эффект, и ключевые исполнители.
- Предпосылки для полноценной реализации.

Рисунок 1. Три раздела политики Здоровье-2020

Раздел 1: Контекст новой политики					
Стратегическое видение и цели политики Здоровье-2020					
Обоснование необходимости радикальных перемен					
Ценности					
Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке					
Лидерство, инновации и потенциал для обеспечения здоровья и развития					
Раздел 2: Стратегии, дающие реальный эффект, и ключевые исполнители					
Приоритеты общественного здравоохранения в Европейском регионе					
Воздействие на детерминанты здоровья и сокращение неравенств в отношении здоровья					
Здоровые матери Здоровые дети	Здоровые дети Здоровые подростки	Здоровые взрослые	Здоровье людей пожилого возраста	Здоровье мигрантов	Здоровье народности рома
	Неинфекционные заболевания	Психическое здоровье	Травматизм и насилие	Инфекционные заболевания	
	Физическая среда	Устойчивое развитие	Условия городской среды	Социальная среда	
Укрепление ориентированных на интересы пациента систем здравоохранения, служб общественного здравоохранения и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям					
Раздел 3: Предпосылки для полноценной реализации					
Потенциал, необходимый для перемен и инноваций	Институциональные механизмы	Решения в рамках системы здравоохранения	Голоса граждан и расширение их прав и возможностей	Партнерства	Целевые показатели

Раздел 1. Контекст новой политики

ПРОЕКТ

Стратегическое видение и цели политики Здоровье-2020

В нашем представлении 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 уменьшению несправедливости в отношении здоровья на территории региона и за его пределами.

Реализация этого стратегического замысла должна строиться на достижении нескольких главных целей в области охраны здоровья и обеспечения благополучия, которые представлены во врезке 1.

Обоснование необходимости радикальных перемен

Здоровье и благополучие

Требуется новое мышление

9. Здоровье – это нечто большее, чем отсутствие болезней. Это состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Благополучие включает физический, познавательный, социальный и эмоциональный аспекты, и на него влияет все, что происходит в течение всей жизни. Ввиду структурной асимметрии между рыночными силами и социальными правами и социальной защитой населения, возникающей по мере того, как в Европейском регионе происходят изменения в структуре систем социального обеспечения населения, построенных по модели "государства всеобщего благоденствия", требуется проявлять постоянную бдительность и следить за тем, чтобы не было утрачено признание здоровья как общественного блага и важного ресурса развития человеческого потенциала.

Вставка 1. Главные цели политики Здоровье-2020

1. Работать вместе

Политика Здоровье-2020 нацелена на то, чтобы с максимальной отдачей использовать мощный объединенный потенциал государств-членов и Европейского регионального бюро ВОЗ для дальнейшего укрепления здоровья и благополучия и привлечь другие секторы и других партнеров к этой работе для усиления ее эффективности.

2. Добиваться улучшения здоровья

Продолжать увеличение числа лет здоровой жизни, повышение качества жизни людей, живущих с хроническими болезнями, сокращение несправедливости в отношении здоровья и преодоление последствий демографических сдвигов.

3. Совершенствовать стратегическое руководство в интересах охраны здоровья

Использовать важные перемены в общественной жизни в интересах охраны здоровья и укреплять здравоохранение как одну из движущих сил перемен в интересах устойчивого развития и благополучия, добиваясь того, чтобы главы правительств, депутаты парламентов и ключевые действующие лица и руководители, принимающие решения во всех секторах, осознавали свою ответственность за охрану здоровья и благополучие и за укрепление и охрану здоровья и медико-санитарную безопасность.

4. Поставить общие стратегические цели

Поддерживать на соответствующем уровне разработку в странах направлений политики и стратегий, которые служат интересам здоровья и благополучия как общей социальной цели, создавая для заинтересованных сторон и партнеров механизмы участия в достижении этой цели и ясно показывая им путь движения вперед.

5. Активизировать обмена знаниями и внедрение инноваций

Расширять базу знаний, необходимую для разработки политики здравоохранения, посредством повышения способности медицинских работников и других специалистов адаптироваться к новому подходу к общественному здравоохранению и к требованиям ориентации медико-санитарной помощи на нужды пациентов в условиях старения населения и культурного плюрализма общества; максимально использовать имеющиеся нововведения в технологии и управлении для повышения положительного эффекта и улучшения качества помощи.

6. Повысить уровень участия

Создать структуры и средства, расширяющие права людей в Европейском регионе и дающие им возможность использовать собственные ресурсы, быть активными участниками формирования политики здравоохранения через организации гражданского общества, повышать свою санитарную грамотность для того, чтобы откликаться на встающие перед ними проблемы здоровья на своем индивидуальном уровне, добиваться, чтобы в системах здравоохранения, ориентированных на нужды пациентов, их голос был слышен и чтобы они могли полноценно участвовать в жизни сообщества и семейной жизни в соответствии с тем, как они пожелают и на что имеют полное право.

10. Под ресурсами здоровья понимаются любые факторы (или ресурсы), которые способствуют повышению способности отдельных лиц, сообществ и групп населения сохранять и поддерживать свое здоровье и благополучие. При подходе к здоровью и благополучию, основанных на рациональном использовании ресурсов, в обществе, местных общинах и семьях создается возможность выявить те факторы, которые приводят к здоровью и благополучию и служат их поддержанию. При таких подходах в центре внимания находятся ресурсы, которые способствуют повышению самооценки и способностей к психофизиологической адаптации отдельных лиц и целых сообществ, и тем самым создается возможность улучшить качество жизни и увеличить ее продолжительность. При постановке во главу угла благополучия с опорой на такие концепции, как салютогенез, способность к быстрому восстановлению физических и душевных сил и социальный капитал, ставится задача создать условия, в которых все люди, живущие в Европейском регионе, могли бы процветать и жить такой жизнью, которая приносит им радость, а не просто позволяет избежать болезни. Подобные ресурсы существуют на индивидуальном и групповом уровне, а также на уровне всего местного сообщества. Ресурсы здоровья защищают человека в стрессовых ситуациях и позволяют максимально полно использовать возможности для укрепления и сохранения здоровья.

11. Все более понятной становится связь между достатком и благополучием. Хотя научные исследования по изучению социального градиента здоровья и указывают на то, что более высокий материальный достаток на индивидуальном уровне и на уровне всего общества приводит к более высокому уровню здоровья, многие исследования показывают, что достигнутое за последние 35 лет беспрецедентное экономическое процветание отнюдь не всегда приводит к улучшению самочувствия у многих людей как в индивидуальном плане, так и в плане сообщества. Объем производства материальных благ в последние десятилетия во многих странах вырос, однако уровни субъективного ощущения благополучия и счастья остались прежними, а неравенство увеличилось.

12. Исследования, посвященные изучению субъективных показателей благополучия, дали важную информацию для понимания того, как люди сами воспринимают качество своей жизни. Исследование, проведенное недавно в Соединенном Королевстве организацией "The Young Foundation", показало, что теперь население считает нематериальные социальные типы потребностей – потребность людей в общении с другими людьми и в эмоциональной поддержке – такими же важными, как и материальные потребности в жилье, транспорте или деньгах.

13. Идея о создании социального богатства и порождении социального роста, а не роста экономического, измеряемого только в показателях валового национального дохода, воплощается в международной повестке дня уже не первый год. С 1990 г. Организация Объединенных Наций регулярно проводит оценку благополучия стран с помощью индекса развития человеческого потенциала с тем, чтобы "сместить акцент в экономике развития с учета национального дохода на политику, в центре которой стоят люди." Начиная с "Доклада о развитии человека 2010 г." в индексе развития человеческого потенциала объединяются три аспекта: долгая и здоровая жизнь (показатель: ожидаемая продолжительность жизни при рождении); доступ к знаниям (показатели: среднее число лет обучения в учебном заведении и ожидаемое число лет обучения в учебном заведении) и достойный уровень жизни (показатель: валовый национальный доход на душу населения в пересчете на паритет покупательной способности).

14. Одним из возможных направлений, в котором должны быть переориентированы цели государственной политики в XXI веке, считается принятие стратегий в интересах повышения уровня благополучия. Для того, чтобы поддержать процесс разработки политики Здоровье-2020, необходимо широкое обсуждение направлений политики и стратегий на уровне Европейского региона и отдельных стран, которые нацелены на повышение благополучия и обеспечение понимания экономического роста как средства повышения потенциала и качества жизни людей, а не как самоцели.

15. Из этого вытекает широкий спектр возможностей для партнерств и совместных действий в интересах здоровья и благополучия. Ниже приводятся примеры таких шагов.

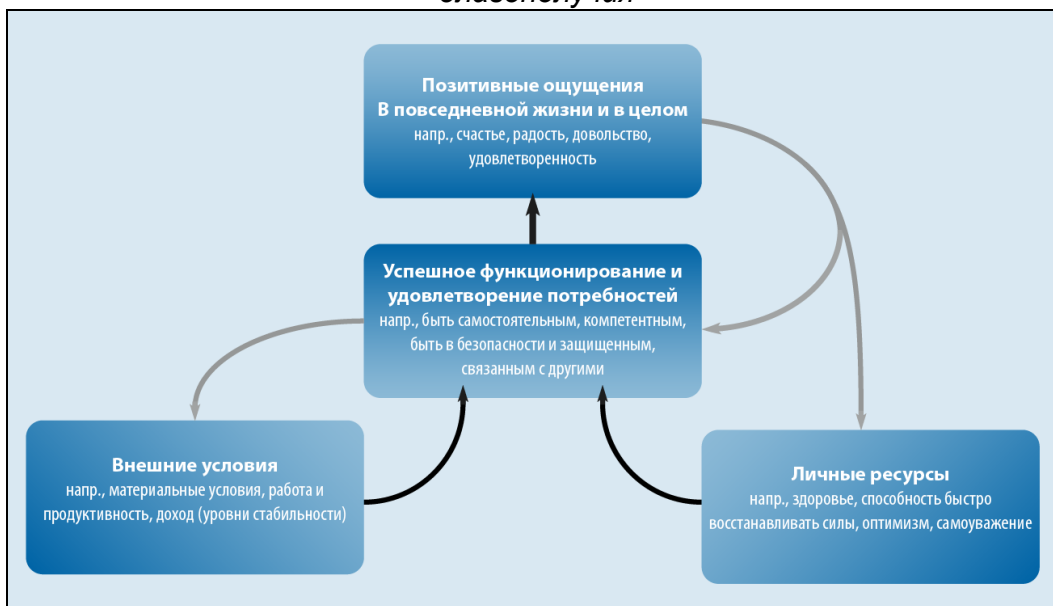
- В 2009 г. Европейская комиссия опубликовала коммюнике под названием *GDP and beyond: measuring progress in a changing world* ["ВВП и не только: оценка прогресса в меняющемся мире"], в основу которого была положена большая работа, проделанная группой партнеров, включающей Европейскую комиссию, Европейский парламент, Римский клуб, Организацию экономического сотрудничества и развития и Всемирный фонд дикой природы.
- Несколько стран (в том числе Австралия, Канада и Нидерланды) за последние десять лет разработали меры оценки благополучия на национальном уровне. В Соединенном Королевстве Управление национальной статистики начало проводить общенациональную консультацию по вопросу о новых мерах благополучия, чтобы узнать, что думают о них граждане и организации. В Германии бундестаг в январе 2011 г. учредил "Комиссию по исследованию роста, благополучия и качества жизни", которой было поручено изучить вопрос о том, как можно дополнить меры валового национального дохода экологическими, социальными и культурными критериями.
- Комиссия по измерению показателей эффективности экономики и социального прогресса, которая была учреждена президентом Франции и работой которой руководили два нобелевских лауреата – Джозеф Стиглиц и Амартья Сен, а также Жан-Поль Фитусси, в своем докладе в 2009 г. выдвинула предложения о том, как измерять благополучие в обществе. Комиссия также признала ограниченность валового национального дохода как показателя эффективности экономики и социального прогресса. В докладе рекомендуется перенести упор в экономике с простого производства товаров на более широкий показатель полного благополучия, который включал бы пользование общими благами, такими как здравоохранение, образование и безопасность. В нем содержится требование

уделять больше внимания последствиям неравенства в доходах, а также новым методам измерения экономических последствий устойчивости, и рекомендуются пути включения ценности материальных богатств, которые будут переданы следующему поколению, в современный анализ развития экономики.

- Совет Европы выдвинул концепцию "благополучие для всех", в которой подчеркивается, что благополучие не может быть достигнуто, если оно распространяется не на всех. Это концепция взаимосвязи и меры участия: "Благополучие одной части человечества недостижимо, если другая часть его находится в состоянии неблагополучия или если оно должно достигаться за счет будущих поколений, которые, таким образом, наследуют нестабильный мир, лишенный ресурсов."
- В концепции национального счета благополучия, предложенной аналитическим центром "Новый экономический фундамент", содержится взгляд на благополучие как на "динамичный процесс, который дает людям ощущение хода своей жизни через взаимодействие между их жизненными обстоятельствами, деятельностью и психологическими ресурсами, или "умственным капиталом." В этой трактовке благополучия есть два главных элемента: позитивные ощущения и успешное функционирование (рис. 2). Исходя из фактических данных, показывающих, что одна из основных потребностей человека состоит в том, чтобы ощущать свою близость к другим людям и знать, что другие люди его ценят, оцениваются личностный аспект и социальный аспект.

16. В этих новых начинаниях подчеркивается тот факт, что для того, чтобы благополучие воспринималось как одна из целей государственных стратегий, оно должно быть измеримым. Складывается единое мнение о том, что самыми важными характеристиками всеохватывающей модели измерения благополучия являются ее многомерность и сочетание субъективных и объективных критериев. Евростат подчеркивает, что в формировании политики чрезвычайно важно оперировать такой моделью благополучия, которая охватывает "все аспекты благополучия, в том числе меры конечного результата, личностные характеристики, внешние факторы "контекста" и меры того, что люди фактически "делают" с этими характеристиками и "социальными" условиями." Эти типы мер дополняют данные о здоровье, получаемые в результате исследований социальных детерминант здоровья, и позволяют глубже понять благополучие в том виде, как оно выражено в определении здоровья, данном ВОЗ.

Рисунок 2. "Новый экономический фундамент": динамическая модель благополучия



Источник: *Measuring our progress – the power of well-being*. London, New Economics Foundation, Centre for Well-being, 2011 (http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Measuring_our_Progress.pdf).

Новые факторы, способствующие здоровью: тенденции, возможности и риски

17. Во всем Европейском регионе произошли реальные улучшения в демографической ситуации и в здравоохранении. Такие факторы, как взаимозависимость, быстро улучшающиеся возможности связи и технические и медицинские инновации, создали прекрасные новые возможности для улучшения здравоохранения и медико-санитарной помощи. Технический потенциал, которым располагает здравоохранение для того, чтобы понять, предупредить, диагностировать и лечить болезнь, вырос чуть ли не в геометрической прогрессии. Резко возрос объем диагностических, терапевтических и хирургических вмешательств, равно как и медикаментозного лечения. Примерами преобразующего влияния новой информационной технологии являются электронное здравоохранение и телемедицина. На горизонте маячат нанотехнологии. Огромные возможности открываются благодаря развитию новой медицинской генетики.

18. Накоплен также значительный объем новых знаний, касающихся сложной взаимосвязи между здоровьем и развитием человеческого потенциала. Из прозябающего на периферии общества сугубо затратного сектора, в котором доминировали врачи, здравоохранение превратилось в серьезную экономическую силу, в фактор безопасности страны и в социальную цель. Сегодня сложилось широкое согласие в том, что здоровье всех групп населения имеет ключевое значение для социальной стабильности, социальной сплоченности и экономического роста и является жизненно важным ресурсом для развития человека и общества в целом.

19. Сегодня граждане и пациенты принимают намного более активное участие в стратегическом руководстве в интересах здоровья, в выработке политики и стратегий здравоохранения и развития и в строительстве и функционировании служб общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи.

20. Вместе с превращением хронических заболеваний в главную причину смертности и инвалидности во всем мире произошел фундаментальный сдвиг в системах здравоохранения и в медико-санитарной помощи и, соответственно, в роли пациентов.

Хронические заболевания по своей природе длительны, что обуславливает потребность в стратегии медико-санитарной помощи, которая отражала бы эту долгосрочность и четко определяла бы роли и обязанности людей в решении своих проблем здоровья. Хотя традиционные взаимоотношения между врачом и пациентом развиваются в условиях неравенства сил, когда медицинские работники обладают и знаниями медицины, и правом принятия решений, сейчас все больше признаются опыт и знания самих пациентов.

21. В этом контексте расширение возможностей граждан, санитарная грамотность, права пациентов и наделение граждан и пациентов более широкими полномочиями в процессах принятия решений воспринимаются как жизненно важные предпосылки для достижения целей в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний, а также целей системы здравоохранения, таких как безопасность пациентов, качество медико-санитарной помощи, прозрачность и подотчетность. Для этого требуется реализация таких стратегий здравоохранения, которые предусматривают наделение граждан и пациентов правами принятия решений, защиту их прав человека и принятие законов, запрещающих дискриминацию по причине хронического заболевания или ограниченных возможностей.

22. Такие программы охватывают обеспечение доступа к знаниям, к мерам по укреплению здоровья и профилактике заболеваний и к безопасным, ориентированным на пациента и основанным на его правах услугам, стимулирующим уважительные взаимоотношения между поставщиками и получателями медико-санитарной помощи. Также эти стратегии включают такие вопросы, как совместное принятие решений, самостоятельность, независимость и контроль над собственным здоровьем и нездоровьем и создание в местных сообществах условий, в которых люди, страдающие хроническими заболеваниями, или лица с ограниченными возможностями будут иметь доступ к структурам и ресурсам, необходимым для полной реализации своего потенциала и жизни и труда в качестве равноправного члена общества, без какой-либо дискриминации.

23. Все эти изменения благоприятно сказываются на здоровье населения и развитии здравоохранения. Тем не менее, политике в области здравоохранения в самой ее основе препятствует (с разной степенью последствий) действие сложной совокупности глобальных и региональных сил. К ним относятся: глубокие демографические изменения, сопровождающиеся снижением уровня рождаемости; повышение коэффициента иждивенчества в старости в случае непринятия мер по корректировке стратегий; расширение масштабов приватизации экономики; загрязнение окружающей среды; изменение климата; расширение несправедливости в распределении доходов и богатства и в доступе к медико-санитарной и социальной помощи; уже упоминавшиеся изменения в политике социального обеспечения; рост миграции и урбанизации; резкое увеличение потоков внутренней миграции; значительная нехватка медицинских работников во всех районах Европейского региона; меняющийся характер труда; растущая в последнее время безработица; неравномерное распределение здоровья, доходов и материальных ценностей и изменения в том, как люди ищут и находят информацию.

24. Всем странам бросают вызов силы глобализации. Мир хотя и характеризуется сложностью и нестабильностью, но дает людям такие возможности в плане охраны здоровья, каких у них раньше никогда не было за всю историю. Однако ни одна страна в одиночку не может преодолеть трудности, возникающие на пути к здоровью и благополучию, и не может без широкого сотрудничества максимально использовать потенциал инноваций. Охрана здоровья стала вопросом глобальной экономики и безопасности, о чем наглядно свидетельствуют глобально воспринимаемая угроза, исходящая от крупных вспышек инфекционных заболеваний, и новые проблемы окружающей среды. В мире, где всё взаимосвязано, страны должны действовать сообща, чтобы обеспечить здоровье своих граждан и стимулировать прогресс. Эти вопросы управления взаимозависимостью стали занимать еще более важное место в повестке дня

лиц, вырабатывающих политику на глобальном уровне, и в связи с этим появляется множество возможностей для обмена знаниями и результатами научных исследований.

25. Таковы сегодняшние реалии, но настало время перемен. Современные вызовы, перемены и события подтверждают необходимость перехода к новой парадигме стратегического руководства в интересах здоровья и к новому мышлению и структурам, способным обеспечить развитие здравоохранения и оказание необходимых услуг в этой сфере.

26. Для решения этих задач требуется по-новому определить приоритеты, требуются действия в интересах охраны здоровья со стороны других секторов во всем обществе и новые подходы к организации сектора здравоохранения. Необходимо критически переосмыслить и перестроить существующие механизмы и инструменты выработки политики и руководства здравоохранением, коммуникации и оказания медицинской помощи.

27. Слишком часто руководителям общественного здравоохранения не хватает полномочий и инструментов для того, чтобы возглавить согласованные и комплексные действия в ответ на все эти вызовы. Все насущнее становится необходимость более рационально использовать ресурсы системы здравоохранения и повышать при этом качество услуг. Наконец, важный сдвиг произошел в роли медицинских работников и граждан. У последних сегодня гораздо более высокие ожидания относительно информации и участия в принятии решений о тех услугах, которые они получают.

28. Для преодоления общих трудностей в области здравоохранения был выработан ряд новых глобальных соглашений и правовых инструментов. Эти новые формы организации действий, каковыми являются, например, Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия ООН, пересмотренные Международные медико-санитарные правила и Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, оказали глубокое влияние на региональном и страновом уровне. Несомненно, будут разработаны и приняты и другие инструменты такого рода.

29. К другим недавним событиям относится рассмотрение глобальных вопросов здравоохранения на главных внешнеполитических форумах, таких как Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, саммиты "большой восьмерки" (группы из восьми промышленно развитых стран) и Всемирная торговая организация; участие глав государств в решении проблем здравоохранения и включение вопросов охраны здоровья в повестку дня встреч лидеров делового мира, таких как Всемирный экономический форум. Все эти события указывают на то, что политический статус здоровья населения мира повысился. В 2009 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций в своей резолюции A/RES/64/108 о здоровье населения мира и внешней политике закрепила это важное изменение в подходе к здравоохранению, призвав государства-члены к тому, чтобы "при формировании внешней политики они учитывали вопросы охраны здоровья".

Использование накопленного опыта

30. В программе Здоровье-2020 подробно расписано, как нужно организовывать работу по установлению приоритетов и ускорять практические действия со стороны не только министерств здравоохранения, но и глав правительств, а также других секторов и заинтересованных сторон для достижения общих целей и конечных результатов в области охраны здоровья и благополучия. В ней используется богатый опыт, накопленный за многие годы.

31. В мае 1981 г. на Тридцать четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены приняли глобальную стратегию "Здоровье для всех" (содержавшую 12 глобальных показателей здоровья). В рамках этого глобального движения государства-члены Европейского региона ВОЗ на тридцатой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, состоявшейся в г. Фес в сентябре 1980 г.,

приняли свою первую общую политику здравоохранения – Европейскую стратегию достижения здоровья для всех. В ней говорилось о необходимости осуществить коренные изменения в проводимой в странах политике здравоохранения и содержался призыв к тому, чтобы укреплению здоровья и профилактике заболеваний придавалась очень высокая степень приоритетности; чтобы все секторы, которые влияют на здоровье, предпринимали положительные шаги по поддержанию и укреплению здоровья; чтобы еще больше подчеркивалась роль, которую могут играть граждане, семьи и сообщества в развитии здравоохранения, и чтобы эти изменения в первую очередь осуществлялись через первичное звено медико-санитарной помощи.

32. Европейская стратегия также потребовала постановки конкретных задач для Региона для обеспечения ее реализации, поэтому на своей тридцать четвертой сессии, состоявшейся в сентябре 1984 г. в Копенгагене, Региональный комитет утвердил 38 конкретных региональных задач и 65 региональных показателей для мониторинга и оценки прогресса.

33. В последние три десятилетия в Европейском регионе наблюдались бурные процессы политических и социальных перемен, однако эти подходы – "Здоровье для всех" и акцент на первичное звено медико-санитарной помощи – сохранились как основные руководящие ценности и принципы развития здравоохранения в Регионе. Политика "Здоровье для всех" на уровне стран сыграла большую и важную роль, и вот теперь она вернулась, чтобы получить широкое признание как одна из ключевых глобальных стратегий достижения справедливости в вопросах здоровья.

34. Всеобъемлющий обзор реализации политики "Здоровье для всех", проведенный по поручению Европейского регионального комитета ВОЗ в 2005 г., показал, что основные ценности этой политики были повсеместно восприняты положительно. В то же время был сделан вывод о том, что каждая страна приняла собственный подход к выработке политики здравоохранения, и хотя многие страны поставили перед собой задачи, аналогичные задачам политики "Здоровье для всех", между формулированием политики и ее реализацией сохраняется широкий разрыв.

35. Принятая в 2008 г. Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" была направлена на дальнейшее развитие здравоохранения на этом общем фундаменте, и в ней были особо выделены общие ценности солидарности, справедливости и общественного участия. В Хартии была подчеркнута важность инвестирования в системы здравоохранения, которые обеспечивают не только медико-санитарную помощь: они также призваны осуществлять меры по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения и предпринимать усилия для влияния на другие секторы таким образом, чтобы они в свои стратегии включали решение вопросов здравоохранения. В Таллиннской хартии было подчеркнуто, что министерства здравоохранения должны всемерно содействовать отражению интересов и целей охраны здоровья в политике, проводимой всеми секторами общества: это подход, получивший широкую поддержку как принцип под названием "учет интересов здоровья во всех направлениях политики".

36. Принцип учета интересов здоровья во всех направлениях политики был выработан для того, чтобы улучшение здоровья стало целью, которую разделяет все общество и которая должна быть отражена в приоритетах всех органов государственной власти на всех уровнях. Он позволяет решать сложные проблемы здравоохранения благодаря тому, что стимулирует принятие комплексных программно-стратегических мер, выходящих за рамки отдельных секторов и ведомственных сфер ответственности. Он служит примером перехода к новой системе стратегического руководства в интересах здоровья.

Демографическая и эпидемиологическая ситуация в Европейском регионе на сегодняшний день¹

Демографическая ситуация

37. В 2011 г. население во всех пятидесяти трех странах, составляющих Европейский регион, достигло почти 900 миллионов человек. Прогнозы указывают на то, что в странах Содружества Независимых Государств (СНГ)² численность населения фактически уменьшится в отличие от других стран Региона, где в целом ожидается рост населения. В настоящее время многие страны Региона характеризуются самыми низкими в мире показателями рождаемости. В среднем у каждой женщины в Европейском регионе рождается 1,4 ребенка, тогда как для поддержания постоянной численности собственного населения страны необходимо 2,1 ребенка. Самая низкая рождаемость отмечается в странах Восточной, Центральной и Южной Европы.

38. В Европейском регионе проживают примерно 73 миллиона мигрантов – это почти 8% населения. Хотя долгосрочное влияние этой категории на устойчивый рост численности и структуру населения пока еще неясны, системам здравоохранения и другим секторам необходимо уже сейчас уделить более пристальное внимание ее нынешним и будущим потребностям. Да и все население в целом стало сейчас более мобильным, чем раньше, и эта проблема мобильности создает трудности для систем здравоохранения в плане гибкости и доступности услуг. В 2010 г. в городах проживало около 70% населения Европейского региона, и ожидается, что к 2045 г. эта цифра достигнет 80%.

Эпидемиологическая ситуация в Европейском регионе

39. В целом здоровье людей в Европейском регионе улучшается, о чем свидетельствует ожидаемая продолжительность жизни при рождении, которая в 2010 г. достигла 75 лет – увеличение на 5 лет по сравнению с 1980 г. Как показывают прогнозы, к 2050 г. она возрастет почти до 81 года, т.е. будет расти такими же темпами, что и в период с 1980 по 2010 гг. Наблюдаются значительные различия между группами стран. Например, 15 стран, входивших в Европейский союз до 2004 года (ЕС-15), уже достигли уровня 2050 г., ожидаемого для всего Региона, и у них продолжительность жизни будет возрастать и дальше и к 2050 г. дойдет до 85 лет. Что же касается стран СНГ, то там достижение продолжительности жизни в 75 лет планируется только к 2050 году, т.е. тогда будет достигнут тот же уровень, который был в Европейском регионе на 40 лет раньше, а в странах ЕС-15 на 65 лет раньше. Важные и совершенно неприемлемые различия показывают и другие тенденции смертности по возрастным группам и по группам стран в Регионе. В странах Региона существуют также значительные различия в продолжительности жизни между женщинами и мужчинами – от более 13 лет в Российской Федерации до 4 лет в большинстве стран ЕС.

40. Наибольшая доля смертности и случаев преждевременной смерти в Европейском регионе обусловлена неинфекционными заболеваниями. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет почти 50% всех случаев смерти – от 35% в странах ЕС-15 до 65% в СНГ. На долю рака приходится 20% случаев смерти – 7% в странах СНГ и 30% в странах ЕС-15. 8% всех случаев смерти обусловлены травматизмом и насилием, причем в СНГ такие случаи происходят в два раза чаще, чем в странах ЕС-15 и в странах ЕС-12 (в 12 странах, вступивших в ЕС с 1 мая 2004 г.).

41. Для того чтобы разработать политику здравоохранения, данные о смертности должны быть дополнены применением такого показателя, как число утраченных лет

¹ Более подробная информация о демографических и эпидемиологических тенденциях в Европейском регионе содержится в Приложении 1.

² На момент сбора данных в состав СНГ входили Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина.

здоровой жизни (DALYs), который представляет собой инструмент оценки статуса здоровья сверх показателя смертности, поскольку в странах с высокой продолжительностью жизни особое внимание уделяется бремени заболеваемости и инвалидности. Здесь четырьмя ведущими причинами утраченных DALYs в регионе являются униполярные депрессивные расстройства, ишемическая болезнь сердца, потеря слуха у взрослых и болезнь Альцгеймера и другие типы деменции.

42. Во многих странах региона приоритетной областью остаются также новые и вновь возникающие инфекционные болезни, в том числе ВИЧ-инфекция и туберкулез (ТБ). Особую тревогу у всех стран в регионе вызывают глобальные вспышки болезней, такие как вспышка пандемического гриппа H1N1 в 2009 г., и тихие угрозы, такие как рост устойчивости к противомикробным препаратам.

Детерминанты здоровья

43. Лежащие в основе отмеченных выше различий детерминанты здоровья имеют сложный характер и связаны с факторами, действующими как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего общества. Индивидуальные различия в подверженности болезни и способности восстанавливать прежнее состояние после болезни являются в определенной степени генетически обусловленными, и более глубокое понимание этих генетических различий и их значения для профилактики и лечения в настоящее время представляет собой одну из наиболее интересных, но и трудных задач медицинской науки. Другие детерминанты сосредоточены на уровне местной общины и общества, в котором живут и работают люди. Некоторые из них являются откровенно политическими в том смысле, что война и распад общества представляют собой катастрофы, происходящие в результате политики. Другие отражают политическую детерминированность имеющихся у людей возможностей, вариантов выбора и условий жизни. Все эти детерминанты неизбежно взаимодействуют между собой.

44. Многие из детерминант поддаются действенным вмешательствам, и для тех, кого поразила болезнь, наряду с более эффективным лечением и реабилитацией жизненно важным является увеличение инвестиций в наращивание потенциала общественного здравоохранения, укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Вызывает сожаление тот факт, что во многих странах сегодня очень низок уровень инвестиций в службы общественного здравоохранения, занимающиеся укреплением здоровья и профилактикой заболеваний на популяционном уровне. Для улучшения здоровья и благополучия решающее значение имеет политическая воля на всех уровнях государственного руководства.

Социальные и экономические детерминанты

45. Картина распределения показателей здоровья и продолжительности жизни в странах Европейского региона характеризуется значительными, устойчивыми и устранимыми социальными различиями в возможностях иметь хорошее здоровье и в риске болезни и преждевременной смерти. В основе многих из этих различий лежат социальные детерминанты. Социальные неравенства в отношении здоровья в странах и между странами по-прежнему сохраняются, а в некоторых случаях и увеличиваются.

46. Эти предотвратимые различия в возможности быть здоровым, а также в риске преждевременной смерти или болезни представляют собой серьезный вызов для общественного здравоохранения. Несправедливость в отношении здоровья также является показателем равноправия и социальной справедливости в данном обществе. Там, где существует социальная несправедливость, на уровне отдельных людей, местных общин и всего общества отмечается значительное снижение социального и производительного капитала. Из этого следует, что несправедливость в отношении здоровья подрывает потенциал развития страны на местном и общегосударственном уровне, а также препятствует реализации ценностей здоровья как одного из прав человека.

47. Сегодня имеется гораздо более глубокое понимание влияния социально-экономических условий на здоровье. Совокупность переживаемых состояний здоровья и нездоровья можно разбить на категории в зависимости от социально-экономических условий, а ключевые детерминанты несправедливости в вопросах охраны здоровья кроются в ядовитой смеси несовершенных социальных стратегий и программ, низких уровней образования и несправедливых экономических систем. Вытекающая из этого несовершенства несправедливость в вопросах власти, образования, денег и ресурсов и условия, в которых рождаются, вырастают, живут, работают и старятся женщины и мужчины, представляют собой социальные детерминанты здоровья. Чем ниже социальное положение человека, тем хуже его здоровье. Опубликованный в 2008 г. доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья продемонстрировал нравственную обязанность общества принять меры в отношении этих форм несправедливости.

48. Несправедливость накапливается на протяжении всей жизни и часто передается из поколения в поколение и приводит к устойчивой нехватке потенциала здоровья и развития у семей и целых местных сообществ. Масштаб и закономерности этих социальных неравенств в данной стране являются следствием того, как политика и решения в отношении инвестиций формируют условия жизни и труда и возможности человека и как со временем эти условия могут либо усугубляться, либо улучшаться.

49. В социальных системах в результате взаимодействия между четырьмя родственными аспектами власти – социальным, политическим, экономическим и культурным – создаются иерархические системы социального расслоения по таким признакам, как пол, этническое происхождение, класс, каста, физические возможности и возраст. В свою очередь эти системы расслоения, а также присущий им неравный доступ к власти и ресурсам ведут к неодинаковой подверженности воздействию разрушительных для здоровья обстоятельств, одновременно снижая способность людей (биологическую, социальную, психическую и экономическую) защититься от таких обстоятельств, и ограничивают их доступ к услугам здравоохранения и другим услугам, которые необходимы для охраны и укрепления здоровья. Эти процессы создают несправедливость в отношении здоровья, которая в свою очередь способствует еще большему росту несправедливости с точки зрения подверженности действию неблагоприятных факторов и с точки зрения способности защититься от них и укрепляет системы социального расслоения.

50. В обладании правом и свободой участия в экономических, социальных, политических и культурных отношениях содержится изначально присущая ценность, поэтому можно ожидать, что, когда человек сталкивается с ограничением возможностей такого участия, это будет негативно сказываться на его здоровье и благополучии. Ограничение прав и возможностей участия в этих отношениях приводит и к другим лишениям – например, утрата доступа к рынку труда или же наличие доступа на невыгодных условиях ведет к снижению доходов, а это в свою очередь приводит к недостаточному питанию или ухудшению жилищных условий, что способствует нездоровью.

51. Говоря о социальных детерминантах здоровья, понимание социального отторжения, неблагоприятных условий и уязвимости как динамичных, многоплановых процессов, проявляющихся через отношения власти, дает несколько преимуществ:

- Это позволяет комплексно подходить к пониманию социальных детерминант здоровья и взаимодействий между ними.
- Появляется возможность вывести обсуждение проблемы за рамки политического дискурса, в котором социальное отторжение, неблагоприятные условия и уязвимость часто понимаются как факторы, действующие на уровне личной несостоятельности, и как эвфемизм для слова "бедность". Рассмотрение же этой проблемы в комплексе, с учетом всех взаимосвязей обеспечивает более широкое

ее видение и позволяет понять причины и следствия неравных отношений власти. При рассмотрении с такой точки зрения социальное отторжение, неблагоприятные условия и уязвимость видятся уже как процессы, в основе которых лежат неравные отношения власти и которые вызывают неравенство в многочисленных его проявлениях, в том числе (но не только) материальную бедность. Это позволяет определить схему более подходящих и эффективных действий с целью изменения ситуации.

- Необходимо в положительной форме увязывать социальное отторжение, неблагоприятные условия и уязвимость и подход к социальным детерминантам с точки зрения неотъемлемых прав людей, подчеркивая важность не только политических и гражданских, но и социальных, культурных и экономических прав.
- Все внимание в анализе следует направить на взаимодействия между отношениями и результатами на различных уровнях – индивидуальном, семейном, общинном, национальном и глобальном. Влияние процессов социального отторжения, происходящих на глобальном уровне, может быть перенесено на динамику отторжения на других уровнях и иметь непредвиденные последствия для целых регионов мира, отдельных стран, местных сообществ, семей и отдельных людей.
- Нужно показывать существование и активных, и пассивных процессов. Активные процессы являются прямым и запланированным результатом политики или дискриминационных действий, таких как, например, непредоставление группам мигрантов политических, экономических и социальных прав или преднамеренная дискриминация на основании пола, этнического происхождения или возраста. В отличие от активных, пассивные процессы возникают опосредованно – например, когда налогово-бюджетная или торговая политика приводит к экономическому спаду и, как следствие, к росту безработицы.
- Процессы социального отторжения оказывают разное влияние в разной степени на группы и общества в разное время: в первую очередь люди теряют социальные позиции, которые они ранее занимали, и лишаются права доступа к жизни общества.
- Между участием в жизни общества и социальным отторжением нет какого-либо разрыва. Такая точка зрения не отрицает существования крайних состояний в этом континууме, но помогает избежать стигматизации, присущей подходу, при котором на определенные группы людей навешивается ярлык "отверженных", "неблагополучных" и/или "уязвимых". Она признает возможность несправедливого или негативного участия в жизни общества или крайнего отторжения и позволяет лучше понять действующие при этом процессы и то, как их можно обратить вспять.
- Следует переместить акцент с пассивных жертв на возможность того, что отдельные группы и/или страны будут активно формировать процессы отторжения или сопротивляться им. В литературе, посвященной социальной отверженности, неблагоприятному положению и уязвимости, вопрос об активной деятельности остается спорным, причем основное внимание направлено на причинную роль широкого круга таких факторов и субъектов, как глобализация, деятельность многонациональных и международных организаций, таких как Всемирный банк и Международный валютный фонд, страны и их учреждения, и на убеждение о том, что некоторые группы сами исключают себя из жизни общества.
- Необходимо признавать разнообразие и отказаться от мнения, будто для включения в жизнь общества требуется соответствие доминирующим в обществе политическим, социальным, культурным и/или экономическим нормам. Рассмотрение реальности через призму всей совокупности связей и отношений

также подчеркивает значимость индивидуальности и признания как одного из аспектов процессов, порождающих различия в степени и формах отторжения и включения в социальные системы (например, кастовые системы, гендерные различия, этническая принадлежность и стигматизация болезни).

52. Несправедливость в отношении здоровья – то есть неравенство в отношении показателей здоровья, которого можно избежать, применяя разумные средства – в той или иной степени затрагивает каждого члена общества, за исключением наиболее состоятельной его части. Поэтому несправедливость в отношении здоровья – это не просто различия в состоянии здоровья между группами с более низким и более высоким уровнем доходов. Это системная зависимость между социально-экономическим положением и здоровьем, или градиент здоровья. Уменьшение градиентов здоровья требует постановки комплексной стратегической цели выравнивания шансов на хорошее здоровье всех социально-экономических групп, включая устранение неблагоприятных для здоровья факторов и сужение разрывов в отношении здоровья. Если меры по сокращению такой несправедливости будут осуществляться в масштабах всего общества, они смогут охватить всех, кого она затрагивает. Однако они позволят уменьшить несправедливость только в том случае, если их интенсивность будет соразмерна потребностям каждого человека или группы людей в обществе. В данном контексте под потребностями следует понимать те проблемы здоровья и социальные проблемы, которые можно преодолеть с помощью действий с доказанной эффективностью. Таким образом, наиболее интенсивные меры должны приниматься для удовлетворения потребностей самых обездоленных и уязвимых людей, но при этом не ограничиваться только этими категориями.

53. Также для того, чтобы уменьшить социально-экономический градиент, состояние здоровья наименее благополучных социально-экономических групп должно улучшаться более высокими темпами, чем у групп с наиболее высоким социально-экономическим статусом. Соответственно, для уменьшения социально-экономического градиента нужно направлять усилия не только на уязвимые группы. Подход с позиции градиента требует сочетания широких мер всеобщего характера с целевыми стратегиями, направленными на группы высокого риска. Подход, предполагающий принятие мер только по отношению к неблагополучным группам, не позволит изменить распределение детерминант здоровья по всему социально-экономическому спектру общества.

54. Большинство стран называют справедливость и равенство основными ценностями, которыми руководствуются лица, принимающие решения. Однако, если уделяется недостаточно внимания в положительно выраженной форме воздействию той или иной государственной политики на справедливость, а также процессам и механизмам выработки политики и принятия решений в отношении инвестиций, следствием этого часто бывают непредусмотренные воздействия на то, как в данном обществе распределяются детерминанты здоровья. Это ведет к возникновению и сохранению в данном обществе моделей социальной несправедливости. Для того, чтобы уменьшить существующее в настоящее время неравенство и не допустить возникновения неравенства в будущем, требуются более активные шаги по укреплению стратегического руководства в интересах здоровья на равных условиях.

Экологические детерминанты

55. XXI век характеризуется многими чрезвычайно важными изменениями в окружающей среде, которые требуют более широкого осмысления детерминант здоровья населения. К таким изменениям относится широкомасштабная утрата капитала природной окружающей среды, которая проявляется в изменении климата, истощении слоя стратосферного озона, загрязнении воздушной среды через его воздействия на экосистемы (например, влияние на биоразнообразие, окисление поверхностных вод и сельскохозяйственные культуры), деградации систем производства продовольствия, истощении запасов пресной воды, утрате биоразнообразия и распространении инвазивных видов. Эти изменения начинают подрывать способность биосферы поддерживать жизнь человека в долгосрочной перспективе.

56. Экологическое бремя болезни в Европейском регионе оценивается в 15-20% всех случаев смерти и в 10-20% утраченных DALYs, при этом сравнительно более высокое бремя наблюдается в восточной части Региона. Например, почти 120 миллионов человек, в основном живущие в восточной части региона, по-прежнему не имеют подключения своего дома к системе питьевого водоснабжения, а у 85 миллионов человек нет санитарных удобств надлежащего качества. В результате каждый год среди детей младше 14 лет в среднем регистрируется 170 тысяч случаев заболеваний, связанных с водой, и более 13 тысяч случаев смерти.

57. С загрязнением воздуха связано 2,5% всех случаев смерти, и это ставит его на восьмое место среди ведущих факторов риска смертности. Последние фактические данные показывают, что наибольший процент смертности, обусловленной загрязнением воздуха, связан не с заболеваниями легких, а с сердечно-сосудистыми болезнями, вызываемыми взвешенными веществами в атмосфере.

58. При использовании в методах расчета консервативных допущений получаемое расчетное количество DALYs, утраченных вследствие воздействия шума окружающей среды, составляет в государствах-членах Европейского союза и в других странах Западной Европы 61000 лет из-за ишемической болезни сердца, 45000 лет из-за когнитивных нарушений, 903000 лет из-за расстройств сна, 22000 лет из-за звона в ушах и 587000 лет из-за раздражающего действия шума. Эти результаты указывают на то, что каждый год от шума дорожного движения в западной части Европейского региона утрачивается от 1,0 до 1,6 миллиона лет здоровой жизни.

59. В странах с высоким уровнем доходов на счет профессиональных факторов относят 5% общего бремени болезни, и эти факторы вносят значительный вклад в заболевания, расстройства и нарушения сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и психического здоровья.

60. Каждый год в Европейском регионе ВОЗ на счет воздействия профессиональных и других факторов окружающей среды относят более 310000 DALYs, утраченных вследствие рака легкого (15%) и 20000 DALYs, утраченных вследствие лейкемии; экологическими причинами объясняются 42% случаев хронической обструктивной болезни легких.

61. Важнейшими причинами смертности являются также травматизм и насилие, на долю которых приходится 8% всех случаев смерти, причем в странах СНГ они являются причинами смерти в два раза чаще, чем в странах ЕС-15 и в странах ЕС-12. Факторами окружающей среды обусловлены 40% дорожно-транспортного травматизма, 71% отравлений, 31% падений, 30% суицидов, 54% утоплений и 45% других неумышленных травм.

62. Изменение климата имело и будет иметь долгосрочные последствия для окружающей среды и для взаимодействия между людьми и их окружением. Это вызовет серьезное изменение в распределении и распространении инфекционных заболеваний, особенно заболеваний, связанных с водой, пищевых токсикоинфекций и трансмиссивных заболеваний. Изменения в структуре жилищного сектора, транспорта, производства пищевых продуктов, потребления энергоносителей и экономической деятельности также окажут большое влияние на модели развития неинфекционных болезней.

63. Усилия, предпринимаемые для сокращения выбросов парниковых газов, и другие стратегии, направленные на смягчение последствий изменения климата, приносят существенные побочные выгоды для охраны здоровья. Принятые в настоящее время модели показывают, что сокращение суммарных выбросов CO₂ в странах ЕС с 3876 млн. тонн в 2000 г. до 2876 млн. тонн в 2030 г. реально привело бы к уменьшению наполовину числа лет жизни, утраченных из-за загрязнения воздуха, если в мерах по смягчению последствий выбросов CO₂ будут учитываться последствия для здоровья. Выгоды для здоровья зависят от принимаемых мер: например, рост сжигания в бытовом секторе биомассы (древесины) может привести к повышению концентрации в атмосфере

взвешенных веществ с аэродинамическим диаметром менее 2,5 мкм (PM_{2,5}), хотя с точки зрения выбросов CO₂ такой рост будет нейтральным.

Факторы образа жизни и поведения

64. Все больше внимания уделяется сейчас образу жизни и поведению отдельного человека. Большинство поддающихся профилактике заболеваний и случаев смерти в Европейском регионе приходится на группу из четырех заболеваний и их поведенческих факторов риска: сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания. Практические шаги по решению таких проблем, как курение, рацион питания, употребление алкоголя и физическая активность, по существу означают принятие мер в отношении социальных детерминант и перенос главных усилий на верхний уровень, на причины различий в образе жизни – причины причин, которые кроются в социальных и экономических условиях жизни.

65. Процессы, происходящие в обществе, влияют на подверженность воздействию вредных (равно как и благоприятных) для здоровья условий, уязвимость и способность к восстановлению физических и душевных сил. Такие подверженность и уязвимость обычно распределяются в обществе неравномерно, в зависимости от социально-экономического положения и/или иных признаков социального положения, например, этнической принадлежности. Часто подверженность воздействиям и уязвимость определяются также гендерными нормами и ценностями. На них также в значительной степени влияют ценности общества потребления, широкомасштабный маркетинг продукции, а во многих обществах и недостаточное регулирование сбыта вредных товаров. Одним из решающих факторов в создании возможностей для выбора здоровых вариантов в жизни стала санитарная грамотность населения.

Потенциал и эффективность работы систем здравоохранения

66. Наконец, мощными факторами, способствующими здоровью и благополучию и получению помощи являются доступ к системам здравоохранения и потенциал систем. Можно ожидать, что по мере дальнейшего совершенствования во всем спектре технологий укрепления здоровья, профилактики заболеваний, диагностики и лечения и реабилитации, применяемых для каждой категории заболеваний и нозологической единицы, вклад этих факторов будет возрастать. Поэтому системы здравоохранения сами по себе являются важными детерминантами здоровья, а всеобщая доступность и приемлемость по стоимости их услуг являются одной из важнейших целей в социальной сфере.

67. К сожалению, организация систем здравоохранения отстает от тех изменений, которые происходят в обществе в разных странах. Министрам и министерствам здравоохранения принадлежит ключевая роль в формировании способа функционирования систем здравоохранения и их вклада в улучшение здоровья и благополучия общества, но обычная иерархическая структура систем здравоохранения подрывает их способность оперативно реагировать на технические инновации и на требования и желание пользователей услуг участвовать в решении вопросов, связанных с оказанием этих услуг. Вследствие такого отставания продуктивность систем здравоохранения значительно ниже, чем могла бы быть. Также были ослаблены потенциал и службы общественного здравоохранения, особенно в период последнего экономического спада.

68. Эти трудности частично отражают происходящий в настоящее время быстрый упадок в социальном капитале общества (то есть социальных сетей и гражданских институтов). Этот упадок оказал негативное влияние на перспективы в отношении здоровья, предопределив дальнейшее расширение разрыва между людьми с высокими и низкими доходами.

69. Вопрос, который встает перед странами Европейского региона, заключается в том, как улучшить качество функционирования и сдержать расходы систем здравоохранения при сохранении ценностей и принципов, воплощенных в политике "Здоровье для всех" и

Таллиннской хартии. Однако появляется все больше примеров, которые показывают, что этот вопрос может быть успешно решен, если принять новые подходы. Конечно же, это включает и отношение к пациентам как к партнерам.

Экономические аспекты здоровья и благополучия

Здоровье – ключевой фактор производительности, экономического развития и роста

70. В политике Здоровье-2020 учитываются экономические и финансовые аспекты здоровья и систем здравоохранения, а также указано, как можно повышать, поддерживать и измерять уровень здоровья и благополучия посредством таких действий, которые ведут к социальной сплоченности, безопасности, хорошему здоровью и хорошему образованию. Наибольшие успехи в достижении социального прогресса и стабильности наблюдаются в тех странах, где благодаря сильным государственным службам и устойчивому государственному финансированию гарантируются доступность медицинской помощи и наличие социальных "страховочных сетей". В данном случае речь идет о подходе, принятом некоторыми странами в Регионе, при котором определяются такие стратегии обеспечения благополучия, которые выходят за пределы измерения общественного прогресса только показателями валового национального дохода, и это открывает новые возможности для реализации программ развития здравоохранения.

71. Дело в том, что некоторые страны больше не в состоянии выдержать рост расходов на медико-санитарную помощь, который может поставить эти страны и их промышленность в невыгодное положение в конкуренции с другими. Поэтому в дебатах о здравоохранении на первый план вышел вопрос о финансировании медико-санитарной помощи. Тем не менее, следует отметить, что во время недавнего экономического спада во многих странах фактором стабилизации был неуклонный рост медицинской отрасли.

72. За последние 30 лет сектор здравоохранения отошел от своего положения узкоспециализированной отрасли, ориентированной в своей деятельности и в инвестициях главным образом на оказание медико-санитарных услуг, и теперь представляет собой серьезную силу в экономике. Сегодня здравоохранение является одной из самых крупных в мире и наиболее быстро развивающихся отраслей: в большинстве стран с высоким уровнем доходов она потребляет более 10% валового внутреннего продукта и в ней сосредоточено около 10% всей рабочей силы. Она охватывает широкий круг коммерческих секторов, служб, производителей и поставщиков, деятельность которых осуществляется на самых разных уровнях – от местного до глобального. Однако объемы продукции этой отрасли намного меньше, чем позволяет ее потенциал.

73. Все важнее становится признание того, что несправедливость в вопросах охраны здоровья дорого обходится обществу. Неравномерное распределение условий, в которых здоровью людей причиняется вред, например, на работе, никоим образом не является естественным явлением. Оно ограничивает экономическое и социальное развитие и создает прямые издержки для общества в целом и для системы медицинской помощи в частности. Поэтому необходимо добиться более глубокого понимания места здоровья и благополучия в макроэкономике; здоровье все больше признается фактором, который оказывает значительное влияние как на экономические аспекты жизни общества, так и на его социальную сплоченность.

74. Эту мысль наглядно иллюстрирует опыт последнего экономического кризиса. Экономические и социальные трудности становятся испытанием на приверженность принципу солидарности. С одной стороны, кризис может приводить к подрыву основ солидарности. С другой стороны, он может вызвать рост популярности идей солидарности, поскольку все больше людей подвергаются риску безработицы, чувствуют неуверенность в завтрашнем дне и сталкиваются с проблемами со здоровьем. Как же

можно сохранить справедливость и солидарность и улучшать здоровье в условиях экономического кризиса?

75. Существует инструменты политики, которые способствуют сохранению справедливости в вопросах финансирования и пользования благами. Чем выше доля государственного финансирования, тем больше возникает возможностей для перераспределения благ и, соответственно, для укрепления солидарности. Перераспределение ресурсов в пользу бедных и уязвимых людей – это не только вопрос системы налогообложения; этого можно добиться и путем оптимизации целевого предоставления льгот. Во многих системах люди, получающие высокие доходы, выигрывают от государственного финансирования больше, чем те, у кого доходы ниже. Очевидно также, что оптимизация целевой поддержки бедных и уязвимых людей может повысить справедливость в отношении пользования благами. Более того, в условиях кризиса может усилиться политическая поддержка принципов справедливости и солидарности.

76. Доклад о состоянии здравоохранения в мире "Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью" содержит всесторонний обзор ситуации в мире с точки зрения всеобщего охвата. В документе предлагаются практические рекомендации о том, в каком направлении должна идти работа по укреплению систем финансирования медико-санитарной помощи в государствах-членах.

77. Существует три неисключительных варианта сохранения государственных расходов на здравоохранение в период экономического спада:

- Страны, накопившие определенные резервы в фондах медицинского страхования за годы экономического роста, располагают свободой маневра и могут защитить бюджет фонда страхования от серьезных сокращений государственных расходов.
- Страны, которые в "хорошие" годы имели бездефицитный бюджет и сократили государственный долг, могут увеличить дефицитное финансирование путем заимствования средств на финансовых рынках.
- Страны же, которые в период роста не смогли сделать ни того, ни другого, оказываются в период кризиса наиболее уязвимыми. Однако и они имеют варианты смягчения негативных последствий для здоровья и справедливости, сделав здравоохранение более приоритетной задачей с налогово-бюджетной точки зрения.
- Государственные расходы на здравоохранение тесно коррелируют с лежащим на населении бременем выплат из собственного кармана. Очевидно, что государственные программы могут существенно повлиять на эту ситуацию, и дело здесь не только в имеющихся ресурсах и в том, насколько богата данная страна. Важную роль здесь играют также надлежащее руководство, правильные решения и правильная политика. Это аргумент в пользу увеличения государственных расходов и оптимизации государственных программ во всех структурах государственного управления.

78. Многие пациенты не обращаются за медико-санитарной помощью или не покупают назначенные им лекарства из-за высокой стоимости, оплачиваемой из собственного кармана. Фактические данные говорят о том, что стоимость лекарственных средств – это, безусловно, самое тяжелое бремя для людей с низким уровнем доходов, тогда как люди с высоким уровнем доходов в относительном выражении тратят больше денег на другие товары и услуги, причем некоторые из них не являются товарами и услугами первой необходимости. Беднейшие 20% населения чаще других откладывают обращение за медико-санитарной помощью из-за опасения финансовой катастрофы. Из этого следует, что экономический спад привел к снижению уровня обращения за

услугами здравоохранения, несмотря на то, что потребности в медико-санитарной помощи, по-видимому, выросли.

79. Возможны следующие варианты защиты бедных и уязвимых людей:

- освобождение от платы за пользование услугами или от со-платежей;
- распространение охвата услугами на людей, долгое время остающихся без работы;
- оптимизация целевого расходования средств здравоохранения;
- оптимизация целевого предоставления социальной помощи.

80. Большое влияние на здоровье населения оказывают также расходы на социальное обеспечение. В соответствии с имеющимися фактическими данными, рост расходов на социальное обеспечение ассоциирует со снижением смертности в семь раз больше, чем при таком же росте валового внутреннего продукта. В тех странах, где расходы на социальное обеспечение были сохранены или даже увеличены в период резкого сокращения государственных расходов на здравоохранение, влияние такого сокращения на уровень бедности населения было весьма незначительным.

81. Для того чтобы не допустить разбазаривания государственных денег в системе здравоохранения из-за неэффективного руководства и плохой организации оказания услуг, очень важна установка на устранение нерациональности и низкой продуктивности в секторе здравоохранения. Сложно доказывать необходимость увеличения государственных расходов на здравоохранения, если система работает нерационально и расточительно.

82. Повышение рациональности расходов помогает смягчить негативные последствия кризисов и заручиться поддержкой для увеличения расходов в будущем со стороны населения и политиков. Сокращения бюджета тяжелым бременем ложатся на поставщиков услуг и неумолимо заставляют их оптимизировать свою деятельность. Однако есть предел тому, насколько и как скоро повышение уровня оптимизации может помочь смягчить последствия экономического спада, поэтому переход к новой, менее дорогостоящей системе оказания услуг должен быть спланирован и организован самым тщательным образом. Краткосрочные решения важны для того, чтобы обеспечить функционирование системы в условиях кризиса, но в долгосрочной перспективе такие меры поддержания равновесия не могут быть устойчивыми и поэтому их нельзя принимать в качестве прогрессивных и безопасных методов.

83. Например, отсрочка инвестиций и технического обслуживания материальной базы может временно облегчить нагрузку на бюджет, но нужно стремиться и к устойчивому повышению продуктивности и рациональности в работе за счет таких мер, как повышение энергоэффективности, перевод большего объема помощи в амбулаторные учреждения, выделение большего объема ресурсов на первичную медико-санитарную помощь и выгодные с точки зрения соотношения затрат и результатов программы общественного здравоохранения, сокращение объемов услуг, наименее выгодных с точки зрения затрат и результатов, и рационализация использования лекарственных средств.

84. Финансовую устойчивость не следует рассматривать как цель политики, которая имеет самостоятельное значение и заслуживает приложения усилий как таковая. В данном случае конечной целью является достижение финансовой устойчивости при одновременном обеспечении справедливости, финансовой защиты и охраны здоровья. Такие императивы государственной политики, как борьба за повышение конкурентоспособности, нужно воспринимать не как цели в себе, а как средства улучшения благополучия населения Европейского региона.

База экономических данных об издержках нездоровья и затратах на стратегии и вмешательства, связанные с охраной здоровья

85. Имеются убедительные аргументы в пользу принятия мер в интересах здоровья, основанных на расчете издержек, обусловленных нынешним бременем болезней, и генерирования и использования фактических данных о соотношении затрат и результатов, касающихся мер вмешательства с целью снижения этого бремени. Такие фактические данные могут лечь в основу комплексных стратегических подходов к укреплению здоровья и профилактике заболеваний, к борьбе с последствиями вредных для здоровья государственных стратегий и к устранению эффектов применения ненужной медицинской технологии или ненужного лечения и применения лекарственных препаратов.

86. В имеющихся данных есть множество пробелов (особенно в странах, не входящих в ЕС и Европейскую ассоциацию свободной торговли). Тем не менее, неинфекционные заболевания, в том числе психические расстройства и особенно депрессивные состояния и тревожные расстройства оказывают экономическое воздействие (как внешнее по отношению к системам медико-санитарной помощи, так и внутри этих систем), каждый год исчисляемое в Европейском регионе многими сотнями миллиардов евро. К этим издержкам следует добавить издержки, понесенные вследствие травматизма, которого можно было избежать. Многих таких издержек можно избежать как путем укрепления здоровья и повышения благополучия, так и посредством принятия профилактических мер в обществе, в том числе в системе медико-санитарной помощи. Можно также наладить более эффективное управление затратами в системе медико-санитарной помощи, особенно путем расширения прав и возможностей людей с хроническими заболеваниями и их участия в лечении и уходе.

87. Объем информации о соотношении затрат и эффективности осуществляемых в конкретных условиях и контекстах вмешательств, которые могут предупреждать развитие неинфекционных заболеваний и травматизм, продолжает расти. Многие исследования были посвящены классическим направлениям в общественном здравоохранении, таким как вакцинация и скрининговые вмешательства. Реже проводилась оценка более сложных вмешательств, однако было показано, что комплексы мер, включающие многие действия по профилактике хронических заболеваний, такие как программы повышения уровня физической активности, налогово-бюджетные, регуляторные и рекламные меры в отношении наркотиков, алкоголя и рациона питания, способны приводить к существенным улучшениям в состоянии здоровья и при этом характеризуются весьма благоприятным соотношением затрат и эффективности.

88. Для изучения потенциальных долговременных выгод от вмешательств для охраны здоровья и экономики все чаще проводят исследования с моделированием. Например, модели позволяют предположить, что сочетание вмешательств с целью изменения пищевого поведения в качестве одного из путей профилактики ожирения может иметь благоприятное соотношение затрат и эффективности даже в том случае, когда отдельные действия, такие как вмешательства на уровне школ, могут дать эффект в очень отдаленной перспективе. Программы, в которых люди с хроническим заболеванием привлекаются к ведению своей болезни, также дают значительный эффект в плане повышения качества жизни, улучшения здоровья, получения социальных льгот и снижения объема пользования медико-санитарными услугами.

89. Оценка воздействия на здоровье – это процесс, посредством которого можно оценить потенциальные последствия для здоровья любых стратегий, программ или проектов, многие из которых осуществляются за пределами сектора здравоохранения. Оценка воздействия на здоровье также включает в себя оценку распределения потенциальных последствий среди населения. В настоящее время Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает странам инструменты и консультации по проведению оценки воздействия на здоровье.

90. Имеющаяся база экономических данных для принятия обоснованных решений в отношении политики здравоохранения все время растет, хотя и совершенно очевидно, что в Европейском регионе есть потребность в более конкретных оценках соотношения затрат и эффективности осуществляемых действий. Нужны более качественные данные, а для того, чтобы система действительно позволяла лицам, принимающим решения, выявлять правильные и неправильные методы работы, защищать интересы пациентов и плательщиков, выбирать, каким вмешательствам в сфере здравоохранения следует отдать приоритет, устанавливать разумное соотношение между инвестициями внутри и за пределами системы здравоохранения и, наконец, доказывать необходимость вложения средств в здоровье и в системы здравоохранения, главным условием является постоянная оценка и анализ качества имеющихся фактических данных.

91. Поскольку в секторе здравоохранения связаны в один узел значительные финансовые ресурсы и много разных могущественных интересов, он также не застрахован от серьезных проявлений бесхозяйственности, злоупотребления властью и коррупции. Приступая к проведению крупных реформ, нужно не забывать о решении этих проблем. Одной из главных целей в этом смысле является установление в системе более строгой подотчетности и прозрачности.

Развитие медицинских технологий

92. Повышение затрат на медико-санитарную помощь в значительной степени подстегивается развитием технологий, особенно в тех случаях, когда использованию новых технологий благоприятствуют многочисленные организационные и профессиональные факторы. Это иллюстрируется резким ростом затрат на медико-санитарную помощь в последние годы жизни человека. В системах здравоохранения многих стран медицинская технология оказывается более важным фактором роста затрат, чем лекарства: это относится, например, к новым формам диагностической визуализации, новым методам терапевтического и хирургического лечения и возрастающим возможностям в области медицинской генетики.

93. С другой стороны, нововведения в области телемедицины, электронного здравоохранения и мобильного здравоохранения уже теперь обладают немалым потенциалом снижения затрат при одновременном повышении уровня участия и прав и возможностей пациента и модернизации систем мониторинга и ухода. Новые устройства, обеспечивающие пациента возможностью все время быть на связи, и устанавливаемые у него медицинские приборы позволяют расширить услуги по уходу на дому и дают ему возможность сохранять свою активность и участвовать в жизни общества. Инновации на основе технологии, особенно информационной, уже создали небывалые новые возможности улучшения здоровья и качества медико-санитарной помощи.

Ценности

94. Стратегии и практика охраны здоровья основываются на социальных ценностях. Во многих странах Европейского региона улучшение здоровья населения и совершенствование имеющейся для этого системы считается одной из базовых ценностей. Ценности – как явные, так и подразумеваемые – определяются и выстраиваются исходя из конкретных условий. В свою очередь они, ценности, определяют, как описываются те или иные концепции, как и какие фактические данные генерируются и как цели в области политики формулируются и переводятся в практическое русло через процесс принятия решений и реальные действия.

Право на здоровье и подход к охране здоровья с позиций соблюдения прав человека

95. Право человека на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья все шире признается ключевым принципом охраны общественного здоровья и является неотъемлемым элементом подхода к стратегическому руководству. При этом важно, что право на здоровье не означает права быть здоровым, но означает то, что правительства должны создавать такие условия, в которых каждый может быть максимально здоровым. Этими условиями могут быть обеспечение доступности услуг здравоохранения, здоровые и безопасные условия труда, адекватное жилье и полноценное питание. Граждане в свою очередь должны понимать ценность своего здоровья и активно способствовать укреплению здоровья во всем обществе.

96. В основе прав человека лежит признание их всеобщего характера – каждый человек заслуживает равного и достойного обращения – и взаимосвязанной, взаимозависимой и неразделимой природы всех прав человека. Подход к охране здоровья с позиций соблюдения прав человека – это подход к стратегическому руководству, целью которого является реализация права на здоровье и других прав, имеющих отношение к здоровью. При выработке политики здравоохранения необходимо руководствоваться нормами прав человека, включая такие принципы, как искоренение всех форм дискриминации и придание гендерным вопросам приоритетности во всех стратегиях и решениях.

97. При подходе к охране здоровья с позиций соблюдения прав человека особый акцент делается не только на цели и результаты, но и на процессы. Нормы и принципы прав человека, такие как широкое участие, равенство, отсутствие дискриминации, прозрачность и подотчетность – должны быть интегрированы во все этапы процесса выработки и реализации политики здравоохранения.

Социальная справедливость в отношении здоровья и права человека

98. Социальная справедливость в отношении здоровья – это этический принцип, тесно связанный с нормами прав человека, в котором главное внимание уделяется распределению ресурсов и другим процессам, создающим почву для тех или иных проявлений несправедливости. Иными словами, это концепция социальной справедливости. Неравенства в отношении здоровья – это систематические проявления неравноправия, которые также можно считать несправедливыми. Обеспечение социальной справедливости в отношении здоровья означает сокращение до минимума неравенств в вопросах здоровья и в основных его детерминантах. Право на здоровье дополняет концепцию социальной справедливости в отношении здоровья: оно подразумевает, что эталоном для измерения и сравнения социальной справедливости должна быть та группа населения, у которой имеются оптимальные условия для сохранения и укрепления здоровья.

99. Более того, такие принципы прав человека, как отсутствие дискриминации и равноправие, укрепляют концептуальную основу социальной справедливости в отношении здоровья, выявляя в обществе определенные группы, где неравенства в вопросах здоровья отражают недостаток социальной справедливости в отношении здоровья. В то же время большое значение имеют исследования и анализ социальной справедливости в отношении здоровья, призванные наполнить содержанием концепцию права на здоровье и служить ориентирами для осуществления обязательств государства.

Конкретные ценности, воплощенные в политике Здоровье-2020

100. Во врезке 2 представлены ценности, воплощенные в политике Здоровье-2020. В системе ценностей Европейского региона глубоко укоренились принципы социальной солидарности и всеобщего доступа к медико-санитарной помощи и общие ценности справедливости, устойчивости, права участия в принятии решений и уважения человеческого достоинства, а охрана здоровья стала одним из составных элементов демократических прав, социальной стабильности и легитимности государства. Жители Европейского региона рассчитывают на защиту от угроз здоровью и на доступ к высококачественной медико-санитарной помощи.

Вставка 2. Ценности, воплощенные в политике Здоровье-2020

Всеобщий характер права человека на здоровье и медико-санитарную помощь

Социальная справедливость

Солидарность

Устойчивость

Право участвовать в принятии решений

Уважение человеческого достоинства

Автономия

Отсутствие дискриминации

Прозрачность

Подотчетность

Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке

Стратегическое руководство в интересах здоровья

101. Существует много определений стратегического руководства. В политике Здоровье-2020 стратегическое руководство в интересах здоровья определяется как "стремление органов государственного управления (правительств) или других действующих субъектов руководить сообществами, странами или группами стран в их действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия, применяя для этого как "общегосударственный подход", так и "подход на основе участия всего общества"³

102. В данном определении здоровье и благополучие позиционируются как основные признаки того, что составляет успешно развивающееся общество и экономику в XXI веке. Они ставят стратегии и подходы на прочный фундамент таких ценностей, как права человека и справедливость. Неотъемлемое право человека на здоровье, комплексный характер контекста охраны здоровья и определяющих его факторов и многочисленные детерминанты основного бремени болезни неизбежно приводят к идее о том, что стратегическое руководство в интересах здоровья должно быть обязанностью всех

³ EUR/RC61/inf.Doc./6 Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке.

органов государственного управления. Сегодня охрана здоровья – это прежде всего сами люди и то, как они живут здоровыми и как творят свое здоровье в условиях повседневной жизни. Такой подход требует нового взгляда на то, как нужно осуществлять стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия в контексте вызовов здоровью в обществе, которое в значительной мере перестает быть индустриальным и становится обществом знаний. В этом контексте и должны реализовываться общегосударственные подходы к охране здоровья.

103. В современном обществе влияния на здоровье настолько разнообразны и настолько рассеяны по всем сферам общества, что для укрепления и улучшения здоровья требуются действия на основе нового мышления и новой парадигмы; старые линейные рационалистические модели планирования не годятся. Адаптивные стратегии должны быть достаточно устойчивыми, чтобы реагировать на сложность и быть готовыми к неопределенности. Потребность в реформировании методов работы и в применении новых форм и методов выработки и реализации политики на глобальном, региональном и местном уровне существует во всех областях политики, не только в здравоохранении. Важно учитывать, что здоровье – это не единственная сфера, требующая принятия мер и в других секторах; существуют двусторонние и многосторонние потребности в синергетической выработке и осуществлении политики.

104. В последние годы заметен процесс отхода от модели стратегического руководства, в центре которой стоит государство, к модели сотрудничества, при которой руководство является продуктом совместной деятельности широкого круга субъектов, действующих на уровне государства и на уровне общества, таких как министерства, парламенты, организации, ведомства, комиссии, коммерческие предприятия, граждане, общественные объединения, фонды и СМИ. Руководство также все больше рассредоточивается по вертикали между уровнями от местного до глобального, и все большую значимость в этом процессе приобретают действующие субъекты на региональном и местном уровне. В этом смысле эффективное многоуровневое стратегическое руководство так же важно, как и руководство, рассредоточенное по горизонтали между секторами, и с участием широкого круга заинтересованных сторон.

105. Такое стратегическое руководство в интересах здоровья рассредоточено по горизонтали. Это способствует осуществлению совместных действий в общих интересах сектора здравоохранения и других секторов. Программы в области здоровья и благополучия, взаимно усиливающие друг друга, должны подкрепляться структурами и механизмами, обеспечивающими сотрудничество.

106. Достижение такой степени взаимодействия внутри системы государственного управления, когда будут осуществляться действия на межведомственном уровне – это, несомненно, трудная задача. Одна из причин этой трудности заключается в сложности решаемых вопросов и в головоломном, поистине "каверзном" характере возникающих вызовов. Однако положение также осложняется распределением влияния и ресурсов в обществе, конфликтами интересов внутри системы государственного управления, недостатком стимулов и недостаточной приверженностью на высшем уровне.

107. Эта новая концепция стратегического руководства в интересах здоровья объединяет и расширяет существовавшие и ранее концепции межсекторальных действий, здоровой государственной политики и учета интересов здоровья в политике всех секторов в рамках более широких и взаимосвязанных концепций ответственности за охрану здоровья всего общества и всех секторов государственного управления (общегосударственной ответственности). Такие подходы акцентируют внимание не только на необходимости более эффективной координации и более полной интеграции действий государства в сфере здоровья, но также и на взаимодействии с другими субъектами за рамками государственных структур, обеспечивая тем самым общий вклад в достижение таких всеобъемлющих целей общества, как процветание, благополучие, справедливость и стабильность. Не менее важно обеспечить подотчетность за охрану здоровья и соблюдение принципа справедливости с помощью разнообразных инструментов мониторинга.

Стратегическое руководство здравоохранением

108. Новая концепция стратегического руководства в интересах здоровья охватывает стратегическое руководство самим сектором здравоохранения, что в политике Здоровье-2020 называется "стратегическим руководством здравоохранением". Кроме предоставления более традиционных услуг медико-санитарной помощи, сектор здравоохранения должен сотрудничать с другими секторами на принципах взаимной поддержки и конструктивного подхода к делу и вступать с ними в такие отношения сотрудничества, которые были бы выгодны для всех с точки зрения целей всего общества. Министры и министерства здравоохранения и организации общественного здравоохранения должны выйти за привычные рамки работы и начать выполнять новые роли в формировании стратегий, способствующих здоровью и благополучию людей.

Разумное стратегическое руководство

109. Хотя недостатки имеются в любом нормативном подходе к руководству, принципы и процессы надлежащего руководства уже рассматривались применительно к странам – например, в ходе реализации проекта Всемирного банка "Глобальные показатели стратегического руководства", в котором демонстрируются важные взаимосвязи между надлежащим стратегическим руководством и здоровьем. И стратегическое руководство в интересах здоровья, и стратегическое руководство здравоохранением основываются на системе ценностей и принципов, которые объединены концепцией "надлежащего стратегического руководства". Разумное стратегическое руководство – это набор механизмов, выбранных для достижения результатов на основании принципов надлежащего стратегического руководства.

110. Исследования указывают на необходимость комбинировать подходы к стратегическому руководству – иерархический, рассредоточенный и основанный на участии – в интересах здоровья и благополучия. Можно говорить о пяти типах разумного стратегического руководства в интересах здоровья.

111. Руководство через сотрудничество: здесь речь идет о процессах сотрудничества, добродетельном круге коммуникации, доверия, приверженности и понимания, выборе имеющихся инструментов и механизмов и необходимости прозрачности и подотчетности.

112. Руководство через вовлечение граждан: поскольку руководство становится все более рассредоточенным по всему обществу, работа напрямую с населением может повысить уровень прозрачности и подотчетности. Партнерские отношения с населением и расширение его прав и возможностей также важны для сохранения системы ценностей. Одной из ведущих сил является технология, в частности, объединенные в сети социальные СМИ, которые дают гражданам возможность изменять образ действия государственных органов и систем здравоохранения. В рамках этих сложных отношений широкое участие заинтересованных сторон, прозрачность и подотчетность становятся двигателями инноваций.

113. Руководство через сочетание регламентирования и убеждения: руководство становится более подвижным, многоуровневым, с вовлечением большего числа заинтересованных сторон и более адаптивным. Традиционные иерархические средства руководства все больше и больше дополняются другими механизмами, такими как "мягкая власть" и "мягкое право". К числу таких механизмов относятся саморегулирование, руководство через убеждение, альянсы, сети и открытые методы координации. В настоящее время ввиду возрастающего интереса к "стратегиям подталкивания" критически анализируются подходы к укреплению здоровья. Одновременно более распространенными становятся иерархические многоуровневые нормативные документы, которые охватывают уровни от глобального до местного, такие как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака; они затрагивают многие аспекты образа жизни, поведения и быта людей.

114. Руководство через независимые учреждения и экспертные органы: такие органы играют все более важную роль в предоставлении фактических данных, осуществлении контроля за соблюдением этических рамок, расширении подотчетности и укреплении демократической подотчетности в области здравоохранения, касающейся таких вопросов, как неприкосновенность личной жизни, оценка риска, контроль качества, оценка технологий здравоохранения и оценка воздействия на здоровье.

115. Руководство с помощью адаптивных стратегий, устойчивых структур и предвидения: общегосударственные подходы должны быть адаптивными и в них должны отражаться сложности причинно-следственных связей, поскольку у "каверзных" проблем не бывает простых линейных причинных связей или решений. Децентрализация принятия решений и образование самоорганизующихся или социальных сетей помогают заинтересованным сторонам оперативно и по-новому реагировать на непредвиденные события. Вмешательства должны носить повторяющийся характер и объединять в себе непрерывную учебу, собиравание знаний и обмен ими между многими заинтересованными сторонами, а также предусматривать механизмы инициирования дискуссий или автоматической корректировки политики. Крупномасштабные вмешательства в одной области могут вызвать непреднамеренные последствия в другой. Исследования подтверждают целесообразность поддержки и распространения практики, применяемой во многих сетях, при которой для решения одной и той же проблемы осуществляются разнообразные вмешательства в менее крупных масштабах на местном и общинном уровнях, способствующие обмену опытом и адаптации решений. Руководство по принципу опережения событий, поддерживаемое механизмами предвидения, в которых участвует широкий круг заинтересованных сторон, может также приводить к повышению способности общества к восстановлению нормального функционирования, поскольку при таком принципе руководства акценты в политике могут смещаться с "рисков" на решение более фундаментальных, системных проблем и могут совместно обсуждаться социальные и основанные на ценностях и науке аспекты государственной политики.

Каверзные проблемы и системное мышление

116. К "каверзным" относят такие проблемы, которые с трудом поддаются решению из-за неполноты, противоречивости и изменчивости требований. каверзными проблемами являются многие вызовы в здравоохранении XXI века. Их каузальная атрибуция сложна, т.е. трудно приписать их какой-либо одной причине и определить линейные связи между причиной и следствием. Каверзные проблемы должны рассматриваться и анализироваться как сложные открытые системы.

117. Перед лицом этих трудностей стратегии должны реализовываться как крупномасштабные эксперименты, в которых мониторинг и оценка их эффективности служат важным механизмом, дающим возможность сообществу людей, вырабатывающих политику, учиться на опыте, приобретаемом в ходе практики, и адаптировать свою политику сообразно с этим опытом. Прекрасным примером головоломной проблемы здравоохранения XXI века является ожирение. Модели риска развития ожирения сложны и многомерны. Риски существуют на местном уровне (например, отсутствуют игровые площадки или недостаточно велосипедных дорожек), на уровне страны (например, отсутствие требований в отношении маркировки пищевых продуктов) или на глобальном уровне (политика в области торговли и сельского хозяйства). Какие-либо шансы на успех будут иметь только общесистемный подход и множественные вмешательства, в которых признается сложный и головоломный характер решения проблемы ожирения.

Лидерство, инновации и потенциал для обеспечения здоровья и развития

118. В политике Здоровье-2020 провозглашается совместная ответственность общества и всех органов государственного управления за обеспечение здоровья. В XXI веке для этого требуются новые формы стратегического руководства в интересах здоровья и предъявляются колоссальные требования к лидерам и лидерству в области здравоохранения. Такое лидерство в области здравоохранения может принимать многочисленные формы, а лидерами могут выступать многие субъекты: международные организации, задающие стандарты и правила игры, главы правительств, отдающие приоритет здоровью и благополучию, министры здравоохранения, не ограничивающиеся рамками своего сектора, а обращающиеся к министрам и работникам других секторов, парламентарии, руководители коммерческих структур, стремящиеся так переориентировать свои модели бизнеса, чтобы в них учитывались вопросы охраны здоровья, организации гражданского общества, привлекающие внимание к недостаткам в профилактике заболеваний или в оказании услуг, академические институты, предоставляющие необходимые для инноваций фактические данные, и местные органы власти, принимающие вызов, который бросает им принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях. Все чаще роль лидеров в деле охраны здоровья и достижения справедливости принимают на себя и отдельные лица, такие как филантропы или влиятельные фигуры в СМИ, а проводимые ими кампании оказывают большое влияние.

119. Для выполнения роли лидера в области здравоохранения требуются новые навыки. Авторитет лидеров в области здравоохранения в будущем в значительной степени будет зависеть не от их положения в системе здравоохранения, а от способности убеждать других в огромной важности здоровья и благополучия, используя для этого свое моральное влияние на людей, а не рычаги контроля. Лидерство принимает множество форм и включает не только наличие отдельных личностей-лидеров, но и лидерство, сосредоточенное в общинах, и совместное лидерство, основанное на сотрудничестве. Все чаще группы действующих субъектов объединяют свои силы для решения ключевых проблем здравоохранения на глобальном, страновом или местном уровне. Положительным примером такого совместного лидерства служит глобальное движение против ВИЧ-инфекции. Такое же движение формируется вокруг проблемы неинфекционных заболеваний.

120. Огромное значение будет иметь лидирующая роль министров здравоохранения, чья деятельность должна быть сосредоточена на выработке и реализации национальных стратегий здравоохранения, имеющих целью укрепление здоровья, на обеспечении высококачественных и эффективных медико-санитарных услуг, выполнении основных функций общественного здравоохранения, соблюдении нормативов и достижении целевых показателей, а также на ведении эффективного и разумно организованного межсекторального сотрудничества в интересах охраны здоровья.

Раздел 2. Стратегии, дающие реальный эффект, и ключевые действующие субъекты

ПРОЕКТ

Ключевые принципы действий 7–9

7. Выявление на основе фактических данных путей, ведущих к здоровью и благополучию людей, и следование этими путями.

8. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на достижение итоговых позитивных результатов и ставящих во главу угла интересы человека – обеспечение высоких показателей эффективности и прозрачности.

9. Вложение средств в развитие потенциала общественного здравоохранения, прогресса, инноваций и лидерства.

Приоритеты общественного здравоохранения в Европейском регионе⁴

121. Несмотря на относительное общее благополучие Европы, в Европейском регионе наблюдаются поразительные проявления несправедливости в отношении здоровья. Различия в продолжительности жизни, ожидаемой при рождении, между странами Европейского региона с самыми низкими и самыми высокими показателями составляет 16 лет, причем показатели у мужчин и у женщин в этом отношении также существенно различаются. У мужчин разница между странами в продолжительности жизни, ожидаемой при рождении, составляет 20 лет, а у женщин – 12 лет. Серьезные различия в показателях продолжительности жизни могут также наблюдаться и внутри стран.

122. Наибольший вклад в смертность в Европейском регионе вносят неинфекционные заболевания, на долю которых в 2008 г. пришлось около 80% случаев смерти. Неинфекционные заболевания становятся все более приоритетной проблемой во всем мире, и на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, которое состоялось в Нью-Йорке в 2011 г., путем консенсуса была принята "Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними".

123. Из всех широких групп причин почти 50% всех случаев смерти приходится на сердечно-сосудистые заболевания, однако этот показатель колеблется от 35% в странах ЕС-15 до 65% в странах СНГ. Более полезным для выработки политики и программ общественного здравоохранения и планирования вмешательств по отсрочке наступления болезни и инвалидности является показатель преждевременной смертности (который определяется как число людей, умерших до достижения возраста 65 лет). Тенденции преждевременной смертности показывают, что ее главными причинами в Европейском регионе остаются сердечно-сосудистые заболевания: в 2008 г. показатели преждевременной смертности от них превысили 110 на 100 тысяч населения, однако в последние годы они стали снижаться.

124. Неинфекционные заболевания также доминируют в списке ведущих причин бремени болезней в Европейском регионе: главными причинами утраты DALYs являются униполярные депрессивные расстройства и ишемическая болезнь сердца. Бремя хронических и инвалидизирующих заболеваний и состояний представляет собой главную проблему для систем здравоохранения.

125. Неинфекционные заболевания влияют друг на друга: так, среди людей, страдающих сердечно-сосудистым заболеванием, раком и диабетом, непропорционально высока распространенность психических расстройств. Депрессия отрицательно влияет на

⁴ Более подробная информация о демографических и эпидемиологических тенденциях в Европейском регионе содержится в Приложении 1.

течение и исход хронических заболеваний, а наличие других расстройств, в свою очередь, ухудшает прогноз по развитию депрессии.

126. В Европейском регионе происходят сдвиги в структуре смертности и бремени болезней внутри группы неинфекционных заболеваний и относительно других групп заболеваний. За последние два-три десятилетия снизилась общая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в целом по Европейскому региону, но увеличились разрывы между странами: в странах ЕС-15 смертность за этот период уменьшилась наполовину, а в странах СНГ - возросла на 10%. Общая ситуация по смертности от рака может выглядеть относительно неизменной, но за этой неизменностью кроются такие различия, как резкое снижение показателей смерти от рака легкого среди мужчин и такой же резкий рост среди женщин.

127. Перспективы в отношении бремени этих основных заболеваний и состояний определяются соотношением трех предрасполагающих факторов: демографические изменения, включая старение населения и изменения в связи с миграцией; временные и географические изменения в модифицируемых факторах риска, связанные с урбанизацией и экономической глобализацией, и относительное снижение распространенности инфекционных заболеваний, означающее, что люди живут достаточно долго, чтобы у них могли развиваться другие заболевания, такие как рак.

128. В Европейском регионе наблюдается рост употребления табака среди женщин и девушек, особенно в восточной части региона. Потребление алкоголя растет в восточной части региона и лишь едва заметно снижается в западной части. Вызывает тревогу рост распространенности ожирения и избыточной массы тела, как среди взрослых, так и среди детей.

129. Во многих странах региона приоритетной проблемой, вызывающей обеспокоенность, остаются новые и вновь возникающие инфекционные заболевания. К таким заболеваниям относятся ВИЧ-инфекция и туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью; также возрастает угроза устойчивости к противомикробным препаратам. Следует отметить и вызывающие тревогу вспышки заболеваний потенциально глобального значения, такие как вспышка пандемического гриппа H1N1 в 2009 г. и возвращение полиомиелита в Таджикистан в 2010 г., которое поставило под угрозу статус территории, свободной от полиомиелита, сохраняющийся у региона с 2002 г.

130. 800 тысяч случаев смерти каждый год вызывает в Европейском регионе травматизм, как непреднамеренный (в результате дорожно-транспортных происшествий, отравлений, утоплений, пожаров и падений), так и умышленный (в результате межличностного насилия и насилия, обращенного против самого себя). Травмы являются главной причиной смерти среди людей в возрасте от 5 до 44 лет. Ведущими причинами травматизма являются дорожно-транспортные происшествия, отравление, межличностное насилие и насилие, обращенное против самого себя. На долю травм в регионе приходится 9% случаев смерти, но 14% бремени в показателях DALYs. Хотя, в целом, наметилась тенденция к снижению показателей смертности, обусловленной травматизмом, в период социально-экономических и политических преобразований эти показатели возросли.

Воздействие на детерминанты здоровья и сокращение неравенств в отношении здоровья

Политические, социальные и экономические детерминанты

Анализ ситуации

131. Несмотря на общий высокий уровень благосостояния в Европе, в Европейском регионе наблюдаются разительные примеры несправедливости в вопросах здоровья. По продолжительности жизни, ожидаемой при рождении, разница между странами Европейского региона ВОЗ с самой низкой и самой высокой продолжительностью жизни составляет 16 лет, причем существует также разница между мужчинами и женщинами. Различия между странами по продолжительности жизни, ожидаемой при рождении, у мужчин составляют 20 лет, а у женщин – 12 лет. Большие различия в продолжительности жизни существуют и внутри стран. Люди с более высоким социально-экономическим статусом имеют лучшее здоровье и живут дольше, чем люди с низким статусом. Особенно значительные трудности в вопросах здоровья испытывают группы, наиболее всего затронутые процессами социального отторжения, такие как рома и трудящиеся-мигранты.

132. Эти проявления несправедливости в вопросах здоровья между странами и внутри большинства стран Европейского региона не исчезают, а растут и служат основным показателем функционирования и развития общества. Существующие сегодня неприемлемые различия в состоянии здоровья и нездоровья людей между странами и внутри стран будут возрастать и дальше, если не будут приняты срочные меры по регулированию и изменению социальных детерминант здоровья. Эти меры должны быть систематическими и постоянными. Поэтому жизненно важной предпосылкой для укрепления здоровья населения является улучшение политических, социальных и экономических условий и институциональной среды. Межсекторальные стратегии не просто нужны – они жизненно необходимы. Принцип общегосударственной ответственности за охрану здоровья требует, чтобы все органы государственной власти при выработке всех направлений политики в области регулирования самым серьезным образом учитывали, какие последствия они будут иметь для здоровья.

133. Здоровье любого человека практически неотделимо от здоровья более широкого сообщества людей: когда люди живут здоровой жизнью, это позволяет обеспечить справедливость и создать здоровую социальную и физическую среду и способствует здоровому поведению. Это означает, что каждому должны быть обеспечены материальные условия для достойной жизни, доступ к образованию, возможность самому управлять своей жизнью и иметь право политического голоса и возможность участия в процессах принятия решений. Полная реализация этих прав человека имеет решающее значение для улучшения здоровья людей и уменьшения несправедливости.

Эффективные решения

134. На Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья, которая недавно состоялась в Рио-де-Жанейро (Бразилия) была принята Политическая декларация Рио-де-Жанейро о социальных детерминантах здоровья.

135. Существует несколько подходов к воздействию на детерминанты здоровья и преодолению несправедливости в вопросах здоровья. К ним относятся стратегии сплошного охвата, направленные на улучшение здоровья каждого человека, целевые вмешательства, направленные на людей, в наибольшей степени затронутых несправедливостью, и воздействие на градиент здоровья посредством вмешательств, интенсивность которых пропорциональна уровню потребности в медицинской и социальной помощи. В основе каждого из этих подходов лежит понимание принципиальной важности расширения прав и возможностей – материальных, психосоциальных и политических.

136. Для того чтобы добиться перемен, нужно нечто большее, чем декларации, даже если они совершенно искренни и делаются на основе неоспоримых фактических данных. Для преодоления социально детерминированной несправедливости в вопросах здоровья нужны полная политическая приверженность, единые и комплексные действия, сильный системный подход, эффективные системы здравоохранения с высокими характеристиками функционирования и согласованность в основных вопросах между различными стратегиями государства.

137. В докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья, опубликованном в 2008 г., утверждается, что возможности укрепления здоровья и уменьшения несправедливости в вопросах здоровья коренятся глубоко в недрах общества и что этими возможностями обязательно нужно воспользоваться, выработав для этого всеобъемлющую стратегию. Комиссия по социальным детерминантам здоровья сформулировала три главных принципа, которыми нужно руководствоваться в действиях:

- Улучшение условий повседневной жизни – условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся.
- Преодоление – на глобальном, национальном и местном уровнях – несправедливости в распределении власти, денег и ресурсов – структурообразующих факторов, которыми определяются эти условия повседневной жизни.
- Измерение масштаба проблемы, оценка действий, расширение базы знаний, подготовка кадров, обладающих квалификацией в области социальных детерминант здоровья, и повышение информированности общества о значении этих детерминант.

138. Преодоление обусловленной социальными факторами несправедливости в отношении здоровья требует устранения первопричин – неравномерного распределения власти, доходов, благ и услуг на глобальном и национальном уровнях, которое приводит к несправедливости в непосредственных, бросающихся в глаза обстоятельствах жизни людей, таких как имеющийся у них доступ к медико-санитарной помощи, к школам и образованию, их условия труда и отдыха, их дома, жилые кварталы, города и поселки, а также в их шансах на то, чтобы жить благополучной, здоровой жизнью. Основные меры, которые требуется предпринять в этой связи, четко сформулированы в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья, принятой в мае 2009 г. (вставка 3).

139. Для принятия действенных мер нужен общесистемный подход, позволяющий обеспечить согласованность политики всех структур государственного управления. Многие программы, задуманные с самыми благими намерениями укрепить здоровье и уменьшить обусловленную социальными причинами несправедливость в отношении здоровья, оканчиваются неудачей только потому, что они не строятся на таком общесистемном подходе. К числу конкретных действий, которые должны быть предприняты в этой связи, относятся обеспечение систематической целенаправленности государственных стратегий и частных инициатив и рациональная группировка финансовых, кадровых и экологических ресурсов, которая позволяет мобилизовать усилия на улучшение здоровья и благополучия и их равномерное распределение в обществе. Для того, чтобы такие действия могли быть предприняты, нужны безупречно функционирующие учреждения, способные влиять на выработку политики в секторе здравоохранения и в других стратегически важных секторах. Требуемый для этого потенциал включает специалистов по пропагандистско-информационному обеспечению, формулированию, реализации, мониторингу и оценке политики. Круг заинтересованных сторон и партнеров широк – от академических и научно-исследовательских учреждений до министерств и правительственных структур, неправительственных организаций и организаций гражданского общества.

140. Накопленный в Европейском регионе опыт показывает, что для того, чтобы инициировать, поддерживать на должном уровне и вести работу по воздействию на социальные детерминанты здоровья в качестве одного из главных направлений политики, требуется критическая масса кадровых ресурсов, правильно распределенных в системах здравоохранения и на межведомственном уровне. Эта критическая масса должна быть правильно распределена с учетом специфического контекста политики каждой страны, включать в себя достаточное число профессионально подготовленных и опытных специалистов и нести ответственность за достижение увязанных с социальными задачами целевых показателей по уменьшению несправедливости в отношении здоровья.

141. Обсуждение социальных детерминант здоровья может быть очень тесно связано с дебатами о возможностях, свободе волеизъявления и личной ответственности за собственное здоровье – например, по вопросам поведения, определяющего состояние здоровья. На практике, однако, между акцентом на результаты для здоровья и акцентом на личную ответственность особой разницы может и не быть. Если анализ высоких показателей смертности (то есть результатов для здоровья) говорит о том, что они являются следствием условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, то вряд ли можно возлагать личную ответственность за здоровье на каждого человека, если с помощью социальных мер не созданы условия, которые позволят людям контролировать свою жизнь. На практике вопрос заключается не в том, желательно ли сократить несправедливость в отношении результатов для здоровья – поскольку очевидно, что это желательно – а в том, чего можно избежать благодаря разумным и основанным на фактических данных мерам, которые способны привлечь поддержку общественности и политиков.

Вставка 3. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.14 об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья

Настоящая резолюция призывает государства-члены:

- (1) Устранять несправедливость в отношении здоровья в рамках и в пределах стран посредством политической поддержки основных принципов "сокращения разрыва в течение жизни одного поколения" в качестве национальной задачи, сообразно с обстоятельствами, и обеспечивать координацию и организацию межсекторальных действий в интересах здоровья в целях придания проблеме справедливости в отношении здоровья профилирующего характера во всех стратегиях посредством, в соответствующих случаях, использования инструментов оценки воздействия на состояние здоровья и на справедливость в отношении здоровья;
- (2) разработать и реализовать цели и стратегии улучшения здоровья населения с акцентом на несправедливость в отношении здоровья;
- (3) учитывать принцип справедливости в отношении здоровья во всех направлениях национальной политики, касающихся социальных детерминант здоровья, и рассмотреть возможность разработки и укрепления всеобщей и всеобъемлющей политики социальной защиты, включая укрепление здоровья, профилактику болезней и оказание медицинской помощи, и обеспечения наличия и доступа к товарам и услугам, необходимым для поддержания здоровья и благополучия;
- (4) обеспечивать диалог и сотрудничество между соответствующими секторами с целью включения вопросов здоровья в соответствующие направления государственной политики и укрепления межсекторальных действий;
- (5) повышать информированность государственных и частных провайдеров в области здравоохранения в отношении того, как учитывать социальные детерминанты при оказании помощи их пациентам;

- (6) содействовать улучшению условий повседневной жизни, способствующих улучшению здоровья и социального благополучия на протяжении всей жизни, посредством привлечения всех соответствующих партнеров, включая гражданское общество и частный сектор;
- (7) содействовать расширению возможностей отдельных лиц и групп, особенно тех из них, которые являются маргинализированными, и предпринять шаги по улучшению общественных условий, влияющих на их здоровье;
- (8) выработать новые или использовать существующие методы и фактические данные, соответствующие национальным условиям, с тем, чтобы воздействовать на социальные детерминанты и социальные переменные здоровья и несправедливости в отношении здоровья;
- (9) разработать, использовать и, в случае необходимости, улучшить системы медико-санитарной информации и укрепить исследовательский потенциал в целях мониторинга и количественной оценки состояния здоровья групп населения с помощью разукрупненных данных, таких как возраст, пол, этническая, расовая и кастовая принадлежность, род занятий, образование, уровень дохода и занятость, если это возможно с учетом национального законодательства и условий, с тем, чтобы выявлять несправедливость в отношении здоровья и проводить количественную оценку воздействия политики на соблюдение справедливости в отношении здоровья.

Инвестирование в интересах здоровых людей и расширение прав и возможностей местных сообществ

Введение

142. Различия в здоровье складываются на протяжении всей жизни. Принятие подхода к здоровью, охватывающего все этапы жизни, означает признание сложных взаимодействий между жизненными событиями, биологическими рисками и детерминантами здоровья. В общественном здравоохранении подход к здоровью, охватывающий все этапы жизненного пути, способствует более глубокому пониманию того, как генетические, социальные, экономические и экологические условия и вмешательства в детстве, а затем в подростковом возрасте, на протяжении репродуктивных лет и после них влияют на здоровье в последующие периоды жизни во всех поколениях. Здоровье также определяется существующими гендерными нормами, ролями и властными отношениями, которые влияют на поведение мужчин и женщин, их уязвимость перед риском, их доступ к услугам и ответные меры со стороны систем.

143. Особое значение имеет развитие на ранней стадии жизни, и это проявляется в двух аспектах. Во-первых, стремительные процессы биологического, когнитивного и социального развития в детстве порождают характерные результаты для здоровья в этот период жизни. Дети особенно уязвимы для целого ряда рисков для здоровья, но при этом и относительно свободны от многих проблем здоровья, которые свойственны взрослым и связаны со старением, или от действия различных опасных факторов окружающей среды, с которыми сталкиваются взрослые. Вероятно, большее значение с точки зрения социальных детерминант здоровья имеет тот факт, что развитие в детском возрасте закладывает основу для тех результатов для здоровья, которые будут проявляться на протяжении всей жизни человека. Это абсолютно верно с биологической точки зрения, поскольку недостатки и проблемы, развившиеся в детском возрасте, могут влиять на здоровье человека всю его жизнь. Верно это и с точки зрения психосоциального развития, поскольку у детей формируется склад ума и в сознании складываются взаимосвязи, изменить которые потом, во взрослой жизни может быть сложно.

144. Вместе с тем, детство оказывает и более опосредованное воздействие на здоровье. Многое из того, как дети развиваются и что переживают в детстве, не приводит к каким-либо результатам для здоровья в краткосрочном плане, но в более долгосрочной перспективе влияет на то, насколько здоровыми эти дети будут во взрослой жизни. Во многом детство – это время, когда определяется, каким будет человек и как он будет жить. В это время формируются социальные установки, ценности и поведение человека, дети приобретают навыки и знания, и их контакты с социальной средой начинают открывать или, наоборот, закрывать для них возможности. Все это определяет, что будет происходить с человеком в дальнейшей жизни: как у него будут складываться взаимоотношения с другими людьми, какой работой он будет заниматься и как воспринимать самого себя, а значит, все это будет влиять на состояние здоровья человека.

145. Поэтому неудивительно, что основная масса фактических данных указывает на то, что у людей, которые нормально росли и развивались в детстве, состояние здоровья лучше и на протяжении всей последующей жизни. Значение слов "нормально росли и развивались", как и само понятие детства, в этом смысле лучше всего можно определить с помощью перечня показателей, состав которого не постоянный и в некоторой степени зависит от культурных и системных условий. Точный перечень составить сложно, но в него, несомненно, должны входить приобретение определенных физических способностей и характеристик, способность поддерживать определенный круг отношений с людьми и вести себя в определенных социальных ситуациях, способность принимать полностью осознанные и взвешенные решения о собственной жизни и приобретение познавательных навыков и знаний, которые будут полезными во взрослой жизни, а также могут быть формально оценены в системе образования.

146. В определенной степени под "нормальным ростом и развитием" понимается развитие природных способностей человека. Однако рассмотрение процесса развития только как ведомого внутренними факторами было бы чересчур упрощенным подходом. Дети развиваются в различных окружающих их средах, взаимодействуя с ними. К этим средам относится семья (которая во многом является самой влиятельной из таких сред), группа сверстников, местное сообщество и окружающие детей институты общества – главным образом, школа. Если эти среды благоприятны для ребенка, то они позволяют ему развиваться и достигать хороших результатов. Но не все среды одинаково благоприятны для всех детей, а некоторые из них могут ограничивать развитие или даже извращать его. Дети могут развиваться и порой развиваются в таких направлениях, которые ограничивают их возможности в дальнейшей жизни, делают их будущую взрослую жизнь несчастливой и приводят к рискованному или нездоровому поведению.

147. Более того, та жизнь, которую будет вести ребенок впоследствии, зависит не только от того, как ребенок развивается. Условия развития ребенка могут также открывать или закрывать возможности для применения во взрослой жизни способностей, развившихся в детстве. Например, семья может не только вырастить более или менее здорового, уверенного в себе и обладающего определенными навыками и умениями молодого человека, но и направить этого человека по разным жизненным путям, помогая ему приобрести образование или получить работу или, наоборот, не имея возможности помочь. Точно так же и местные сообщества и места, в которых живут молодые люди, создают для них различные возможности или препятствия на пути во взрослую жизнь.

148. В обзоре, подготовленном под руководством профессора Мармота, приводятся неопровержимые фактические данные о том, что, если бы у всех детей было такое же начало жизни, какое типично для детей, живущих в наиболее благоприятных условиях, то общество смогло бы достичь прогресса в сокращении несправедливости в отношении здоровья, проявляющейся в течение всей жизни человека. И добродетельные, и порочные циклы точно установлены и хорошо известны и начинаются еще до рождения ребенка. Хорошее начало жизни – это мать, которая была здорова во время беременности и родила ребенка с нормальной массой тела; это теплое и чуткое отношение к ребенку в грудном возрасте, доступ к качественному уходу и медико-санитарной помощи и к

раннему образованию; это жизнь в стимулирующей развитие обстановке, которая позволяет ребенку в безопасности играть на открытом воздухе. У детей, которые получают такой позитивный старт в жизни, выше вероятность того, что они будут лучше учиться в школе, получают более высокооплачиваемую работу и будут обладать лучшим физическими и психическим здоровьем во взрослой жизни. Напротив, дети, чьи матери курили или употребляли алкоголь во время беременности, и дети, родившиеся с низкой массой тела, страдающие от непрочной связи с родителями, растущие в неблагоприятной языковой среде, часто слышащие грубые перебранки и лишенные качественной дошкольной подготовки, приходят в школу со значительным отставанием от других детей. Самые лучшие системы для семей с детьми раннего возраста предусматривают программы высококачественной медико-санитарной помощи в дородовый и послеродовый периоды, систему социальных пособий, которая строится на понимании рисков, создаваемых бедностью в раннем детстве, и поэтому обеспечивает надлежащую поддержку, удобные схемы отпусков для ухода за ребенком и высококачественное дошкольное образование и уход.

149. К сожалению, разрыв между детьми, которые на ранних этапах жизни росли в благополучных и в неблагополучных условиях, становится еще шире в школьные годы. Можно сказать, что школа практически не помогает смягчить последствия неблагоприятных условий в раннем детстве.

150. Хотя принадлежность к тому или иному социальному классу не может жестко предопределять какие-либо из упомянутых выше условий, все они тесно связаны с градиентом социальных классов.

Меры по расширению прав и возможностей местных сообществ

151. Местные сообщества играют ключевую роль в осуществлении работы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также в обеспечении полноценного включения людей, страдающих хроническими заболеваниями, и людей с ограниченными возможностями в жизнь общества. На макроуровне социальная и экономическая политика должна создавать такие условия внешней среды, при которых люди во все периоды своей жизни имели бы больше возможностей полностью реализовать свой потенциал здоровья. На микроуровне весьма действенными могут быть меры, иницируемые в конкретных условиях, в которых люди живут, любят, работают и играют – у них дома, в школе, на работе, в местах проведения досуга, в службах помощи и в домах престарелых. Важными точками первого контакта для оказания систематической поддержки людям и сообществам на протяжении всей жизни и особенно в критические периоды являются медико-санитарные и социальные службы, особенно службы первичного звена медико-санитарной помощи, которые в течение всей жизни поддерживают непосредственные контакты с семьями на дому, с рабочими и служащими в их организациях и на предприятиях и с группами местного населения.

152. Возможности человека не может расширить кто-то другой – люди сами должны расширять свои права и возможности путем приобретения новых прав и использования данных им от природы ресурсов с помощью внешних структур и жизненных обстоятельств. Местные сообщества могут поддерживать отдельных лиц и пациентов, создавая социальные сети и мобилизуя социальную поддержку, что вместе взятое укрепляет сплоченность людей и может поддерживать их в трудные периоды жизни и во время болезни и уязвимости. Местные общины должны обеспечивать отдельным лицам, группам людей и жителям микрорайонов структуры, ресурсы и возможности для создания сетей, улучшения своей организованности и укрепления потенциала вместе с другими действующими субъектами, выработки навыков лидерства и принятия на себя ответственности за свое здоровье, болезни и за свою жизнь.

153. Если местные сообщества, семьи и отдельные граждане будут лучше информированы о существующих возможностях для осуществления изменений и

получения поддержки, а также о том, что каждый человек может помочь в устранении препятствий на пути к лучшей и более здоровой жизни, это может дать больше свободы людям с проблемами здоровья, особенно с хроническими заболеваниями и с ограниченными возможностями и позволит им вносить значимый вклад в жизнь своего местного сообщества. Существуют следующие основные направления действий:

- привлечение объединений пациентов и оказывающих им помощь членов их семей, а также работающих в этой сфере НПО к оказанию помощи пациентам и предоставление им поддержки за счет государственных средств;
- создание доброжелательных поддерживающих сообществ, дающих людям возможность жить максимально самостоятельной жизнью, участвовать в жизни общества и не испытывать дискриминации;
- содействие оказанию поддержки в самостоятельном ведении болезни по месту работы больного;
- укрепление механизмов социальной поддержки по месту жительства, поощряющих участие в жизни общества и контакты с людьми, страдающими хроническими заболеваниями, и с людьми с ограниченными возможностями;
- инициирование и финансирование программ противодействия стигматизации, организуемых для всего населения, для медицинских работников и для других субъектов в обществе, которые оказывают воздействие на здоровье и его детерминанты – например, преподавателей, работников правоохранительных органов, специалистов по планировке городов, журналистов, а также в школах и ВУЗах с целью изменения негативного отношения к людям, страдающим хроническими заболеваниями, и людям с ограниченными возможностями.

Поддержка лиц, осуществляющих уход за больными на неформальной основе – неформальных помощников по уходу

154. Основная работа по оказанию ухода ложится на плечи близких и родственников больных, которые таким образом выполняют функции неформальных помощников по уходу. Оказание им помощи в выполнении этой работы, обучение, а также защита их благополучия позволяет добиться положительных результатов для здоровья самих неформальных помощников по уходу и тех, кто находится на их попечении.

155. В этой сфере предлагаются следующие шаги:

- официально признать труд неформальных помощников по уходу, предоставить им финансовую поддержку и пособия по социальному обеспечению;
- вовлекать неформальных помощников по уходу в процессы принятия решений по вопросам политики и услуг здравоохранения;
- организовывать посещения специалистами на дому и обеспечивать регулярную связь между специалистами и неформальными помощниками по уходу (включая оценку состояния здоровья неформальных помощников по уходу и безопасности их труда и предоставление технических вспомогательных средств);
- использование в подготовке профессиональных патронажных работников опыта неформальных помощников по уходу как лиц, которые в свое время сами были подопечными;
- осуществление мер по охране психического здоровья неформальных помощников по уходу – например, предоставление возможности работать по гибкому графику и неполный рабочий день, создание программ взаимной поддержки и самопомощи, обучение и предоставление инструментов для оценки потребностей самих помощников по уходу в психиатрической помощи.

Здоровые матери и здоровые дети

Анализ ситуации

Смертность, бремя болезней и тенденции

156. Жизнь матери и жизнь ее ребенка неразрывно связаны. Первейшими условиями здорового роста и развития ребенка являются безопасная беременность, нормальные роды и грудное вскармливание, однако для многих женщин беременность и роды все еще являются периодом риска. Коэффициент материнской смертности, или число зарегистрированных случаев смерти матерей на 100 тысяч живорождений в 2008 г. составил в Европейском регионе 14,1. Хотя в целом по Европейскому региону за период с 1990 по 2006 гг. этот коэффициент уменьшился почти вдвое, прогресс в этом отношении был неравномерным. Между странами и внутри стран Европейского региона сохраняется вопиющее неравенство: согласно оценкам, коэффициенты материнской смертности в странах с наиболее высокими и наиболее низкими показателями различаются в 30-40 раз. Роды могут приводить к осложнениям: во всем мире на одну женщину, которая умирает во время родов, приходится как минимум 20 женщин, перенесших травму, получивших инфекцию или инвалидность.

157. Некоторые женщины не могут позволить себе забеременеть и стать матерью, но имеющиеся в таких случаях альтернативы вызывают свои трудности. Во многих странах существует огромная неудовлетворенная потребность в безопасной и эффективной контрацепции, а уровни искусственного аборта в Европейском регионе выше, чем в любом другом регионе ВОЗ: в некоторых странах небезопасные аборты вызывают до 30% случаев материнской смерти.

158. В 2008 г. детская смертность в течение первого года жизни составляла в Европейском регионе 7,83 на 1000 живорождений, однако имеющиеся оценки позволяют утверждать, что она еще выше. С 1990 г. коэффициент детской смертности в течение первого года жизни в регионе тоже снизился более, чем на 50%, но и в этом случае между странами существуют значительные различия: страны с наиболее высокими и наиболее низкими показателями различаются в 25 раз. Например, коэффициент детской смертности в течение первого года жизни в республиках Центральной Азии и Казахстане более, чем в два раза выше, чем показатель по Европейскому региону, и более чем в четыре раза превышает показатель в странах ЕС-15. Наиболее высок риск смерти у детей в первые 28 дней жизни. 75% всех случаев смерти в неонатальный период происходят в первую неделю жизни, из них 25-45% - в первые сутки.

Основные детерминанты и факторы риска

159. Главными непосредственными причинами материнской болезненности и смертности являются кровотечение, инфекция, высокое кровяное давление, небезопасный аборт и роды при наличии механического препятствия прохождению плода. Эти причины можно предупредить и устранить простыми, сравнительно недорогими вмешательствами, но не у всех женщин в Европейском регионе ВОЗ есть доступ к помощи или услугам, в которых они нуждаются. Как показывают фактические данные, в регионе существует значительное неравенство между странами и внутри стран в доступе к квалифицированным специалистам по принятию родов, дородовому уходу, планированию семьи и другим услугам по сохранению репродуктивного здоровья, и это неравенство обусловлено социально-экономическим положением (образование и доход), этнической принадлежностью и местом проживания (город или деревня).

160. Репродуктивный и фертильный период жизни женщин оказывает колоссальное влияние на их общее состояние здоровья и благополучие. Как свидетельствуют фактические данные, на шансы матери на успешную беременность и рождение здорового ребенка большое влияние оказывают ее образовательный уровень, состояние

здоровья и питание, социально-экономическое положение и качество получаемых ею медицинских и социальных услуг.

161. Во многих странах Европейского региона снижается возраст начала половой жизни. Во многих случаях небезопасный секс ведет к заражению инфекциями, передаваемыми половым путем, и к незапланированной беременности. Женщины и мужчины планируют и заводят детей в более позднем возрасте, в результате чего повышается риск врожденных пороков развития, бесплодия, необходимости применения вспомогательных репродуктивных технологий, осложненного протекания беременности вследствие наличия хронических заболеваний и других расстройств здоровья.

162. Основными причинами смерти среди новорожденных являются недоношенность и низкая масса тела при рождении, инфекции, асфиксия, родовая травма и врожденные пороки развития. Этими причинами объясняются почти 80% случаев смерти в этой возрастной группе, а по своей природе они связаны со здоровьем матери и тем уходом, который она получает до, во время и сразу после родов. Обычно доля случаев смерти, относимая на счет недоношенности и врожденных пороков, возрастает по мере снижения неонатальной смертности, а доля случаев смерти вследствие инфекций и асфиксии уменьшается по мере улучшения помощи и ухода.

Эффективные решения

Действенные научно обоснованные меры

163. Важную роль в снижении уровней материнской смертности, смертности новорожденных и детской смертности играют такие факторы внешних условий, как здоровая окружающая среда, права и возможности женщин, уровень образования и бедность, а также помощь, оказываемая через системы здравоохранения. Хотя снижению материнской смертности способствуют как предоставляемая помощь, так и вмешательство на уровне внешних условий, материнская смертность по сравнению с детской смертностью, вероятно, в большей степени зависит от усилий систем здравоохранения и в меньшей степени – от факторов внешних условий. Там, где внешние факторы особенно неблагоприятны, даже сильные системы здравоохранения могут лишь в ограниченной степени влиять на смертность, и наоборот, там, где существуют благоприятные условия для здоровья, слабая система здравоохранения способна существенно сдерживать снижение смертности.

164. Доступ к услугам семейного планирования и безопасному прерыванию беременности снижает число незапланированных беременностей и смертность и болезненность вследствие аборта, не влияя при этом на показатель фертильности.

165. Снижению материнской и перинатальной смертности и уменьшению неравенства способствовало внедрение разработанного ВОЗ учебного курса "Эффективная перинатальная помощь и уход". Было показано, что вместе с внедрением аудита акушерских и перинатальных услуг этот курс привел к улучшению практики родовспоможения и к более здоровым родам. Снижение материнской и перинатальной смертности также стало результатом разработки и внедрения в практику национальных клинических руководств и системы направления к специалистам по перинатальной помощи. Кроме того, улучшение регистрации случаев смерти в перинатальный период послужило основой для стратегического планирования.

166. Важным аспектом ухода за детьми грудного и раннего возраста является грудное вскармливание. Оно обеспечивает более качественное питание и улучшает рост ребенка, снижает восприимчивость к наиболее распространенным болезням детского возраста и повышает сопротивляемость детского организма к этим болезням, а также снижает риск последующего развития некоторых неинфекционных заболеваний и стимулирует эмоциональную связь с лицом, осуществляющим уход за ребенком, и психосоциальное развитие ребенка.

Основные стратегии ВОЗ

167. Есть несколько основных стратегий ВОЗ, которые особенно важны для решения вышеуказанных проблем как на глобальном, так и на региональном уровне.

168. На глобальном уровне к таким стратегиям относятся:

- Глобальная стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья (2004 г.);
- Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними (2006 г.) и
- Глобальная стратегия ВОЗ по кормлению детей грудного и раннего возраста (2002 г.).

169. На уровне Европейского региона ВОЗ это следующие стратегии:

- Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (2001 г.) и
- Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков" (2005 г.).

Трудности, перспективные процессы и возможности

170. Работа ВОЗ по улучшению охраны материнства и детства увязана с деятельностью по достижению Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, которая была принята на Саммите тысячелетия ООН в 2000 г. Цель тысячелетия в области развития № 4 предусматривает снижение детской смертности, а Цель № 5 – улучшение охраны материнства. Также большое значение имеют Цели тысячелетия в области развития, напрямую со здоровьем не связанные. Так, Цель тысячелетия в области развития № 1, предполагающая ликвидацию крайней нищеты и голода, требует уделять внимание кормлению детей грудного и раннего возраста. Цель № 3 предусматривает поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин. Хотя государства-члены Европейского региона ВОЗ и достигли некоторых значительных успехов в реализации Целей тысячелетия в области развития, по отдельным направлениям движения вперед нет, и в достижении прогресса сохраняются неравенства.

171. В сентябре 2010 г. в Организации Объединенных Наций была официально провозглашена Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей. Стратегия была разработана под эгидой Генерального секретаря ООН при поддержке и содействии Партнерства по охране здоровья матерей, новорожденных и детей. Признание того, что здоровье женщин и детей является ключевой предпосылкой прогресса в достижении всех целей в области развития, позволило объединить руководителей государственных органов, международные организации, деловое сообщество, академические и научно-исследовательские учреждения, благотворительные фонды, профессиональные организации медицинских работников и гражданское общество.

172. В декабре 2010 г. в целях повышения уровня учета, надзора и подотчетности в области охраны здоровья женщин и детей ВОЗ образовала Комиссию по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей. Свой первый доклад, озаглавленный *Keeping promises, measuring results* ["Выполнение обещаний, измерение результатов"], Комиссия представила на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2011 г., преследуя при этом цель подчеркнуть необходимость совершенствования информационных систем здравоохранения в странах и проследить поступление обещанных ресурсов и расходование средств здравоохранения на нужды женщин и детей.

Сквозь призму социальной справедливости

173. Как показывают фактические данные, в странах Региона наблюдаются значительные неравенства также и в отношении доступа к высококачественной помощи

в области охраны материнства, планирования семьи и других услуг по репродуктивному здоровью в зависимости от социально-экономического положения (образования и доходов), этнической принадлежности и места проживания (город или деревня).

174. Важную роль не только в повышении шансов будущих матерей на здоровую беременность и нормальные роды, но и в содействии выживанию и развитию детей играет гендерное равенство, обеспечиваемое посредством укрепления здоровья, повышения уровня образования, большего контроля над ресурсами домашнего хозяйства и контроля над собственной фертильностью и улучшения питания.

175. Необходимо поддерживать усилия по достижению сплошного охвата услугами и программами в области сексуального и репродуктивного здоровья. Гендерная несправедливость и другие социальные детерминанты оказывают большое влияние на репродуктивные и сексуальные права и здоровье. Например, в процессе оказания услуг, связанных с репродуктивным здоровьем, может оставаться незамеченным насилие со стороны интимного партнера. Необходимо расширять права и возможности женщин и мужчин делать осознанный выбор в отношении сексуальной и репродуктивной жизни на всех этапах жизненного цикла, предоставляя им свободу самостоятельно определять свою репродуктивную жизнь.

Ключевые действующие субъекты

176. Ответственность за охрану материнства и детства несут совместно секторы здравоохранения, образования, социальной защиты, труда и занятости населения. Помимо поощрения вовлечения организаций гражданского общества или целевых групп, например, ромов и молодежи, для охраны репродуктивного здоровья требуются прочные партнерские связи с другими секторами, такими как образование и правовая система.

177. Для охраны материнства и детства и репродуктивного здоровья на международном уровне и на уровне стран ВОЗ должна работать в тесном сотрудничестве с другими партнерами, такими как Фонд ООН в области народонаселения, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Агентство США по международному развитию, европейские организации и профессиональные объединения и европейская сеть Международного фонда планируемого отцовства и материнства.

Вопросы стратегического руководства

178. Для поддержки системы охраны материнства и детства требуется широкий спектр стратегий, причем не только в секторе здравоохранения. Для обеспечения возможности выбора в отношении репродуктивной жизни, охраны беременных женщин на работе, обеспечения возможности матерям возвращаться на работу, предоставления родителям гибкого рабочего графика и отпуска по уходу за ребенком, предупреждения детской бедности, стимулирования гендерного равенства и принятия многих других мер необходимо самое широкое участие действующих субъектов из государственного и негосударственного секторов (например, работодателей).

Чего можно достичь?

179. Если бы во время беременности, при родах и в первую неделю жизни ребенка принимались общеизвестные и действенные меры, можно было бы предупредить две трети случаев смерти новорожденных. Вмешательства и подходы, помогающие спасти жизнь матерей и детей, дают положительный эффект даже там, где ресурсов совсем мало.

180. Появляется также все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что инвестирование в развитие ребенка в раннем детстве – это одна из самых действенных мер, которые страны могут предпринять для снижения постоянно растущего бремени хронических болезней.

Здоровые дети и здоровые подростки

Анализ ситуации

Смертность, бремя болезней и тенденции

181. В Европейский регион входят страны, в которых показатели детской смертности одни из самых низких в мире, а большинство детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ обладают высоким уровнем здоровья и благополучия. Однако, по некоторым параметрам в нем также наблюдаются широкие различия: в странах с самой высокой смертностью среди детей до пяти лет этот показатель в 25-30 раз выше, чем в странах с самой низкой смертностью.

182. Смертность среди детей до пяти лет в Европейском регионе составляет 9,81 на 1000 живорождений. Среди детей до 15 лет смертность снизилась во всех группах стран Европейского региона, а смертность среди детей до 5 лет в настоящее время является самой низкой среди всех регионов ВОЗ, хотя между странами региона могут быть существенные различия. Например, показатели детской смертности медленнее снижаются в странах СНГ, где у родившегося ребенка вероятность умереть до достижения возраста пяти лет в три раза выше, чем у ребенка, родившегося в какой-либо из стран ЕС.

183. К ведущим причинам смерти детей до пяти лет в Европейском регионе относятся неонатальные состояния, пневмония и диарея. Почти половина случаев смерти связана с недостаточным питанием. Риск для детей также создают опасные условия окружающей среды, ожирение и нездоровый образ жизни. Неудовлетворительные окружающие условия усугубляют социально-экономическое неравенство в городах. Там, где имеются в наличии данные, они показывают заметные различия в показателях смертности среди детей в возрасте до пяти лет между городскими и сельскими районами и между домашними хозяйствами с самыми низкими и самыми высокими доходами.

184. Немалое число случаев смерти и инвалидности среди молодежи приходится на долю суицида и несчастных случаев. Каждый день от причин, которые в значительной мере являются предотвратимыми, в Европейском регионе погибают более 300 молодых людей. Почти 10% лиц в возрасте 18 лет в Европейском регионе страдают депрессией. Ведущей причиной смерти среди молодых людей, особенно мужского пола, является травматизм; дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной смерти и увечий среди молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет.

Основные детерминанты и факторы риска

185. Основу здоровой жизни закладывает здоровое начало жизни. Особое значение для здорового физического и психического развития имеет первый год жизни. Детям и подросткам нужны безопасные и благоприятные окружающие условия: чистый воздух, безопасное жилище, питательная пища, чистая вода и здоровый образ жизни. Им также нужен доступ к услугам, оказываемым доброжелательно и сообразно с их возрастом.

186. Такие базовые предпосылки благополучия, как навыки решения проблем, эмоциональное регулирование и физическая безопасность, являются позитивными основами здоровья и развития ребенка в раннем возрасте. Выработка этих навыков и оптимизация благополучия в раннем детстве закладывает основу для сохранения благополучия на всех этапах жизненного пути.

187. У детей, родившихся в неблагоприятных домашних и семейных обстоятельствах, выше риск нарушения роста и развития. Для оптимизации здоровья и благополучия в последующей жизни требуется вкладывать ресурсы в позитивный жизненный опыт и развитие в раннем детстве. Хорошее состояние социального, эмоционального и психического здоровья помогает защитить детей от возникновения эмоциональных и поведенческих проблем, совершения актов насилия и преступлений, подростковой

беременности и злоупотребления наркотиками и алкоголем и определяет успеваемость детей в школе.

188. Многие тяжелые заболевания и виды подверженности факторам риска (такие как употребление табака и нездоровые привычки, касающиеся питания и физической активности) у взрослых берут свое начало в детском и подростковом возрасте. Например, к болезни и преждевременной смерти на последующих этапах жизни могут приводить употребление табака, расстройство психического здоровья, инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, и нездоровые привычки в отношении питания и физической активности. Распространенность избыточной массы тела среди детей младше 16 лет составляет в Европейском регионе от 10% до 20%, причем более высокая распространенность отмечается в Южной Европе. Не способствуют здоровью пищевые привычки молодых людей, в том числе потребление фруктов и овощей ниже рекомендуемых уровней и высокое потребление подслащенных напитков. Уровни физической активности в подростковом возрасте снижаются, причем более заметно – среди девочек. Распространенность курения в 13-летнем возрасте в Европейском регионе составляет 5%, а к 15-летнему возрасту повышается до 19%. Почти две трети 16-летних молодых людей в 30-дневный период, предшествующий опросу, употребляли алкоголь. Процент 15-летних, сообщивших о том, что они вступали в половую связь, в разных странах Европейского региона колеблется от 12% до 38%.

189. Обычно подростковый возраст представляет собой период хорошего состояния здоровья как у девочек, так и у мальчиков и открывает возможности для роста и развития. Тем не менее, он также может быть периодом риска, особенно в том, что касается сексуальной активности, токсикомании и несчастных случаев. Поведение, которое формируется у подростков в этом возрасте, часто определяется социальными и экономическими условиями, в которых растут подростки.

Эффективные решения

Действенные научно обоснованные меры

190. Несколько болезней детского возраста можно предупредить с помощью иммунизации и относительно простых, малозатратных мер. Разработанная ВОЗ стратегия "Интегрированное ведение болезней детского возраста" (ИБВДВ) предлагает использовать набор простых, приемлемых по стоимости и действенных вмешательств в целях комбинированного ведения основных болезней детского возраста и нарушений питания, включающий применение антибиотиков, лечение анемии, иммунизацию и стимулирование грудного вскармливания.

191. В действиях по борьбе против употребления табака и вредного потребления алкоголя особый упор должен быть сделан на защиту детей, для чего необходимы эффективные меры на популяционном уровне и соответствующая нормативно-законодательная база, например, запрет рекламы, запрет продажи несовершеннолетним, содействие в создании среды, свободной от табачного дыма, и ценовая политика. Дети уязвимы и незащищены от воздействия приемов маркетинга, но если принять меры вмешательства, можно уменьшить влияние на детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-жирных кислот, свободных сахаров или соли. Можно осуществить меры по улучшению окружающей среды, чтобы создать условия для физической активности: например, путем изменений в городском планировании и планировании распорядка дня школьников.

192. На социальное и эмоциональное благополучие детей влияют многие факторы – от индивидуального характера ребенка и его семейной среды до местной общины, в которой он живет, и общества в целом. Поэтому требуется более широкая стратегия с участием многих учреждений и ведомств, которая включала бы мероприятия на уровне школ по укреплению и защите социального и эмоционального благополучия детей, а

также программы, направленные на улучшение социального и экономического статуса детей, живущих в неблагополучных условиях.

Основные стратегии ВОЗ

193. Есть несколько основных стратегий ВОЗ, которые особенно важны для решения вышеуказанных проблем как на глобальном, так и на региональном уровне.

194. На глобальном уровне к таким стратегиям относятся:

- Глобальная стратегия ВОЗ по кормлению детей грудного и раннего возраста (2002 г.).

195. На уровне Европейского региона ВОЗ это:

- Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков" (2005 г.) и
- Европейский план действий "Окружающая среда и здоровье детей" (2004 г.).

Трудности, перспективные процессы и возможности

196. Как отмечалось в предыдущем разделе, касающемся здоровья матерей и здоровья детей, уже осуществляется работа по достижению Цели тысячелетия в области развития № 4, которая предусматривает снижение детской смертности, а также соответствующих Целей тысячелетия в области развития, напрямую со здоровьем не связанных, таких как Цель № 1 (она включает требование уделять особое внимание кормлению детей грудного и раннего возраста) и Цель № 2, предусматривающая обеспечение всеобщего начального образования. Значительные трудности возникают при мониторинге прогресса в достижении этих целей в связи со слабостью информационных систем здравоохранения, занижением сведений и различиями между официальными данными и оценками международных организаций.

197. Также в предыдущем разделе, касающемся здоровых матерей и здоровых детей, отмечалось и то, что такие инициативы, как Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей и Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей позволяют обеспечить на международном уровне самое пристальное внимание вопросам здоровья детей, а такие органы, как Комиссия по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей добиваются, чтобы правительства несли ответственность за выполнение своих обещаний по предоставлению ресурсов и расходованию средств здравоохранения на нужды женщин и детей.

Сквозь призму социальной справедливости

198. На мальчиков и девочек воздействуют не только социально-экономические условия в обществе, в котором они живут, и их этническая принадлежность, но и гендерные нормы и ценности. Они различаются по своей уязвимости и подверженности воздействию таких рисков для здоровья и состояний, как депрессивные расстройства, несчастные случаи, токсикомания, расстройства пищевого поведения, инфекции, передаваемые половым путем, насилие и самопричиненные травмы, включая суицид.

199. Во многих странах Европейского региона остается нерешенной проблема доступности качественных мер по охране здоровья, таких как школьные медицинские службы, подходы к охране здоровья детей с участием всей школы и санитарное просвещение как предмет школьной программы, включая половое воспитание. Но одних здравоохранительных мер недостаточно – школы сами должны стать социальной средой, дающей знания о том, как достичь благополучия.

200. Все эти меры должны строиться на основании неопровержимых фактических данных из всех областей медицинских исследований о том, что девочки и мальчики различаются как по биологическим признакам (половые различия), так и по выработанным в обществе и культуре гендерным нормам, ролям и отношениям

(гендерные различия). Поэтому, когда в рамках национальной политики здравоохранения будут планироваться ответные меры со стороны сектора здравоохранения и других секторов, очень важно добиться признания коренных причин различий между девочками и мальчиками в подверженности рискам для здоровья и уязвимости перед ними, чтобы эти меры были эффективны.

201. Когда воспитание ребенка проходит в удовлетворительной психологической, социальной и физической среде, вырастают люди с ощущением своей защищенности и менее чувствительные к стрессам и напряжению в дальнейшей жизни. Общество должно компенсировать то, чего детям и подросткам не хватает в окружающей их среде, в том числе в физической. Основным принципом должно быть принятие общих мер, направленных на всех детей и подростков, но с предоставлением дополнительной поддержки медико-санитарных услуг, оказываемых матерям и детям, а также дошкольным учреждениям и школам в районах с большим числом детей, живущих в неблагополучных условиях.

Ключевые действующие субъекты

202. Система образования играет фундаментальную роль в подготовке детей к жизни, вооружая их знаниями и навыками, которые нужны им для того, чтобы сполна реализовать свой потенциал здоровья. Безупречно функционирующая, не допускающая дискриминации система образования обладает колоссальными возможностями укрепления здоровья в целом и уменьшения социальной несправедливости в отношении здоровья в частности. Школам в менее привилегированных районах необходимо выделять дополнительные ресурсы для того, чтобы они могли удовлетворять повышенные потребности в специальных мерах поддержки детей из малообеспеченных и бедных семей. Цель должна состоять в том, чтобы в школьной успеваемости не было различий в зависимости от социально-экономических условий и этнической принадлежности.

Вопросы стратегического руководства

203. Секторы здравоохранения, образования, социальной защиты, труда и занятости населения несут совместную ответственность за здоровье детей и подростков. Помогать в организации совместной деятельности в этом направлении должна система подотчетности каждого сектора за здоровье и за решение вопросов, связанных со здоровьем детей и подростков: например, можно определить несколько общих для всех секторов целевых показателей и параметров, за которые они отвечают, и увязать их с финансированием. Наличие национальной информационной системы здравоохранения, содержащей четко определенные показатели, дало бы возможность проводить мониторинг тенденций в здоровье и развитии детей и молодежи в основной массе населения и в уязвимых группах. Для осуществления изменений, необходимых для того, чтобы соблюдать, защищать и реализовывать права детей и подростков на здоровье и обеспечить им доступ к высококачественным услугам здравоохранения, необходимо пересмотреть законодательно-нормативную базу и систему стратегических целей и принципов в контексте стратегии по охране здоровья детей и подростков.

Чего можно достичь?

204. Большая доля заболеваемости и смертности среди детей и подростков поддается предупреждению. С помощью малозатратных, эффективных мер можно предупредить две трети смертных случаев.

Здоровые взрослые

Анализ ситуации

Проблемы и тенденции

205. Взрослый возраст – это этап жизни, связанный с такими событиями, как поступление на работу, воспитание детей, выполнение гражданских обязанностей и уход за родителями. Многим взрослым бывает трудно добиться разумного соотношения между работой и жизнью и совмещать личные и профессиональные обязанности. Для государственной политики имеет значение, каким образом люди устанавливают оптимальное соотношение между этими требованиями. Половина жителей ЕС, опрошенных в 2008 г., заявили, что им трудно сочетать работу и семейную жизнь, причем труднее всего приходится женщинам и родителям-одиночкам. Женщины оказываются в неблагоприятном положении в отношении доступа на рынок труда и участия в нем, а мужчины – в отношении участия в семейной жизни.

206. Огромный дисбаланс по-прежнему существует между мужчинами и женщинами в распределении семейных и домашних обязанностей. Это означает, что многие женщины выбирают гибкий график работы или вообще вынуждены бросать работу, а это влияет на карьерный рост женщин, разрыв в размерах заработной платы между мужчинами и женщинами и права на пенсионное обеспечение. Проведенным в ЕС обзором было установлено, что в среднем почти в каждой стране ЕС материнство влияет на занятость женщин отрицательно, а отцовство влияет на занятость мужчин положительно. Такое влияние материнства и отцовства на уровень занятости связано с наличием услуг по уходу за детьми. Оно не только сдерживает уровень занятости женщин: полная занятость матери (или отца) с достойной оплатой труда также могла бы помочь в борьбе с риском бедности в семьях с одним родителем.

Основные детерминанты и факторы риска

207. Исторически сложившиеся социальные модели, как правило, предполагают, что обязанность мужчины главным образом состоит в выполнении оплачиваемой работы, получаемой в процессе экономической активности, а обязанность женщины – это, главным образом, неоплачиваемый труд, связанный с уходом за семьей. Во многих странах и некоторых культурах Европейского региона традиционные гендерные нормы все еще не разрешают женщине устраиваться на оплачиваемую работу и зарабатывать деньги.

208. Способность успешно совмещать частную жизнь и работу имеет значение для коэффициентов фертильности и демографического обновления. В связи со старением населения на женщин и мужчин часто ложится двойное бремя ухода за детьми и ухода за иждивенцами пожилого возраста. У супружеских пар и отдельных граждан должна быть возможность свободно и с полной ответственностью принимать решение о том, сколько, с какими интервалами и когда именно иметь детей, и у них должны быть необходимые для этого информация и средства. Сексуальное здоровье и годы репродуктивной жизни оказывают огромное воздействие на общее состояние здоровья и благополучие женщин и мужчин. Однако, во многих случаях сексуальным и репродуктивным здоровьем надлежащим образом не занимаются или не занимаются вообще, поскольку это сугубо частная сфера, которая в силу культурных воззрений может считаться чрезвычайно деликатной.

209. Многочисленные социальные перемены в Европейском регионе неодинаково сказываются на взрослых на разных этапах жизни. Важной предпосылкой для здоровья является наличие приносящей удовлетворение работы. Многие молодые люди все еще не имеют работы, для многих нормой стала нестабильность работы в молодом возрасте, что зачастую отрицательно влияет на фертильность и создание семьи. Что касается

работающих пожилых людей, для них оказалась разрушенной привычная схема выхода на пенсию, на место которой пришла нестабильность работы в конце трудовой карьеры и различные пути досрочного выхода на пенсию. Все более активное вхождение женщин в систему оплачиваемого труда по найму часто ассоциируется с нетипичными формами работы. Выраженность этих тенденций колеблется в широких пределах между странами и между социальными группами, например, различающимися между собой по человеческому или социальному капиталу или обладающими разной степенью поддержки со стороны семьи и уровнем благополучия.

210. Когда человек не в состоянии контролировать свою работу и семейную жизнь, это может вредить здоровью. Накапливающийся психосоциальный риск может повышать долговременный стресс и увеличивать вероятность преждевременной смерти. Риск могут таить в себе как должности, предъявляющие высокие требования к работникам, так и должности с низким уровнем контроля со стороны работника. Здоровью наносится ущерб, когда у людей мало возможности контролировать свою работу, применять свои умения и мало полномочий для принятия решений.

Эффективные решения

Действенные научно обоснованные меры

211. Повышение уровня благополучия взрослых в Европейском регионе требует применения разнообразных подходов. Для оптимизации благополучия можно применять инновационные подходы к социальным отношениям, которые предполагают вовлечение местных общин в процессы формирования политики. При таких подходах граждане участвуют в рассмотрении целого ряда социальных проблем и вопросов благополучия и предлагают решения, которые для них желательны и которые обогащают повседневную жизнь людей. Меры по укреплению здоровья на предприятиях и в организациях, которые направлены не только на предупреждение болезни, но и на оптимизацию благополучия работников, могут быть выгодны и работникам, и работодателям. Улучшение условий труда и наличие механизмов, позволяющих людям влиять на организацию своего труда и на меры по его рационализации, делает предприятие (организацию) более благоприятным для здоровья и повышает производительность труда работников.

212. Органам государственного управления следует прилагать все усилия к тому, чтобы не допускать безработицы, незащищенности, дискриминации и отстранения от трудовой деятельности – явлений, которые повышают риск соматических и психических расстройств. Большую проблему для справедливости в отношении здоровья представляет длительное отсутствие работы. К основным мерам, связанным с укреплением здоровья, относятся стимулирование заключения постоянных контрактов о найме на работу, адаптация физической и психосоциальной рабочей среды к потребностям отдельного работника, повышение степени индивидуального и коллективного влияния, которое имеют работники на условия своей работы, и укрепление служб гигиены труда. Поскольку пенсионный возраст будет, скорее всего, повышаться, должны также приниматься во внимание потребности стареющей рабочей силы.

213. Результаты последних исследований показывают, что политика социальной защиты в форме активных стратегий в отношении рынка труда и мер вмешательства, содействующих возвращению на работу, могут иметь здравоохранительный эффект в периоды экономического спада и роста безработицы. Тенденции смертности в ЕС в периоды рецессии за последние тридцать лет говорят о том, что, если страны будут расходовать 200 или более долларов США на человека в год на программы активизации рынка труда, направленные на улучшение перспектив получения работы и защиту имеющих работу, они смогут избежать роста числа самоубийств. Если же расходы на эти цели не превышают 70 долларов на человека в год, то число самоубийств возрастает. В странах, где на человека в год расходуется не менее 300 долларов, экономические

перемены и совокупная безработица не оказывают заметного в краткосрочной перспективе влияния на общие показатели здоровья населения.

214. Однако механизмы причинно-следственной связи или цепочки событий, вызывающие эти эффекты, до конца не изучены. Результаты небольшого числа исследований - главным образом проведенных в области профессиональной реабилитации в Скандинавии и в Институте социальных исследований штата Мичиган (Соединенные Штаты Америки) – указывают на положительное воздействие учебных программ на здоровье. Это воздействие выражается в снижении уровня психических расстройств и депрессии, улучшении субъективного благополучия, повышении способности контролировать обстоятельства и владеть инициативой, повышении мотивации и самооценки благодаря ощущению своей востребованности (когда есть значимые дела и нужно куда-то идти и встречаться с людьми), снижении стигмы безработного и улучшении поддержки.

215. Для достижения разумного соотношения между работой и жизнью можно принять целый ряд мер поддержки: предоставление отпусков по семейным обстоятельствам, улучшение системы ухода за детьми, организация рабочего времени таким образом, чтобы у людей была возможность работать по гибкому графику, отмена условий, приводящих к различиям в оплате труда между мужчинами и женщинами, согласование времени пребывания детей в школе и родителей на работе и пересмотр времени работы магазинов. Политика в области занятости населения также должна предусматривать меры, поощряющие более справедливое разделение между мужчинами и женщинами отпусков по уходу за детьми и по уходу за пожилыми людьми.

216. Медицинская помощь в области сексуального здоровья ставит перед собой цель улучшить жизнь и личные отношения, а не только предоставлять консультации и помогать в вопросах репродукции и инфекций, передаваемых половым путем.

Основные стратегии ВОЗ

217. Стратегии ВОЗ, имеющие отношение к данной проблематике, включают Глобальную стратегию в области репродуктивного здоровья (2004 г.) и Европейскую региональную стратегию ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья (2001 г.), поскольку в обеих предусматривается укрепление сексуального здоровья и содействие свободе репродуктивного выбора. Также важны резолюции, касающиеся вовлечения в жизнь общества и связи бедности и здоровья, которые были приняты на глобальном и региональном уровнях.

Трудности, перспективные процессы и возможности

218. В принятой в 2000 г. Лиссабонской стратегии Европейского союза была признана важность достижения прогресса по всем аспектам равных возможностей. Одним из основных направлений Европейской стратегии в области занятости населения является улучшение возможностей совмещать семейную и трудовую жизнь, и это направление включено также в Европейский процесс борьбы с бедностью и содействия вовлечению в жизнь общества.

Сквозь призму социальной справедливости

219. Обществу необходимо защищать материнство, отцовство и права детей. Поскольку существует гендерное разделение труда, примером которого является отведение мужчинам и женщинам определенных специфических обязанностей, одной из наиболее важных социальных сред, определяющих гендерные различия в отношении здоровья, являются предприятия и организации, где работают люди. Хотя обычно оплачиваемая работа по найму приносит пользу для здоровья как женщин, так и мужчин, работа может также быть связана с подверженностью воздействию факторов риска и опасных факторов, которые могут вызывать ухудшение здоровья. Эти опасные факторы

связаны как с физическими воздействиями (например: поднятие тяжестей, шум, присутствие химических веществ и насилие), так и с психосоциальными (например: стресс, отсутствие социальной поддержки, дискриминация и сексуальные домогательства).

220. В регионе по-прежнему остается высоким уровень безработицы среди мигрантов, ромов, инвалидов и других групп, оказавшихся в условиях социального отчуждения. Непропорционально велика степень подверженности рискам для здоровья на работе у групп населения, находящихся в экономически неблагоприятном положении.

Ключевые действующие субъекты

221. К числу основных действующих субъектов, которые должны способствовать равенству между мужчинами и женщинами и помогать достижению разумного соотношения между семейной и трудовой жизнью, относятся министерства, отвечающие за занятость населения, образование, здравоохранение и социальные вопросы, работодатели в частном и государственном секторе, партнеры по социальному обеспечению, трудящиеся и неправительственные организации.

Вопросы стратегического руководства

222. Социально-экономическое развитие общества требует сбалансированного участия мужчин и женщин на рынке труда и в семейной жизни, поскольку это сказывается на росте экономики и наличии рабочих мест, вовлечении в жизнь общества уязвимых групп населения, детской бедности и гендерном равенстве. Для этого нужно реализовывать широкомасштабные социальные стратегии в секторах образования, занятости населения, здравоохранения и социального обеспечения, чтобы дать мужчинам и женщинам реальные возможности выбора.

Чего можно достичь?

223. Стержневыми элементами политики в данной сфере являются обеспечение наличия детских дошкольных учреждений, предоставление прав на отпуска и возможности работы по гибкому графику. Различия между странами показывают, чего можно достичь при благоприятной социальной политике.

Здоровье пожилых людей

Анализ ситуации

Смертность, бремя болезней и тенденции

224. В целом увеличение продолжительности жизни как женщин, так и мужчин является крупнейшим достижением, в реализации которого важную роль играет политика здравоохранения и социальная политика. По мере увеличения продолжительности жизни все больше людей переходят возрастной рубеж 65 лет и доживают до глубокой старости, в результате чего резко возрастает число пожилых людей. Ожидается, что к 2050 году более четверти населения (27%) будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше. На каждого мужчину в возрасте 85 лет и старше приходится 2,5 женщины такого же возраста, и ожидается, что этот дисбаланс к 2050 г. увеличится.

225. Хотя женщины в Европейском регионе в среднем живут на 7,5 лет дольше, у них больше, чем у мужчин, та часть жизни, которую они проживают в состоянии нездоровья. Поскольку среди женщин также выше распространенность инвалидности, они составляют подавляющее большинство лиц преклонного возраста, которые нуждаются в постоянной медико-санитарной помощи и социальной поддержке.

226. По мере старения людей ведущими причинами болезненности, инвалидности и смертности становятся неинфекционные заболевания. Большое значение для здоровья имеет социально-экономический статус: например, болезненность на поздних стадиях жизни часто бывает выше среди людей, род занятий которых имеет более низкий статус. Большая доля общих потребностей в медико-санитарной помощи и затрат на нее приходится на последние несколько лет жизни.

227. Когда у людей имеется возможность оставаться здоровыми до старости, тяжелая болезненность часто может быть спрессована в несколько коротких месяцев перед смертью. Тем не менее, любая возможная компрессия болезненности будет, скорее всего, слишком невелика для того, чтобы компенсировать влияние роста числа пожилых людей, поэтому число пожилых людей с инвалидными состояниями также будет расти. Примерно 20% людей в возрасте 70 лет и старше и 50% людей в возрасте 85 лет и старше сообщают о том, что им трудно выполнять действия в повседневной жизни, такие как купание, одевание, пользование туалетом, а также другие действия, например, ведение хозяйства, стирка белья и прием лекарств. Повсеместно встречается ограничение мобильности, а также ослабление органов чувств. Около одной трети людей в возрасте 75-84 лет сообщают о том, что в разговоре им трудно слышать собеседника, а около одной пятой – о том, что им трудно читать газеты или книги.

228. В настоящее время многие страны Европейского региона имеют самые низкие в мире показатели фертильности и самую высокую в мире продолжительность жизни. Таким образом, обеспечение растущего числа пожилых людей и уход за ними ложится на плечи постоянно уменьшающегося числа людей трудоспособного возраста. Уход за стариками во многих странах все еще считается семейной заботой, а не обязанностью государства, а большинство лиц, осуществляющих неформальный уход – это женщины. В уровне развития и щедрости программ ухода за пожилыми людьми между странами Европейского региона наблюдаются более широкие различия, чем в других программах в рамках политики здравоохранения и социальной политики. Официальный социальный уход за пожилыми людьми чаще встречается в городах, а доступ к услугам домов престарелых и качество этих услуг в Европе варьируется в широких пределах. Могут быть ограничены уединенность и достойный уход, может быть ограничен доступ к основному комплексу медико-санитарной помощи, может проводиться неправильное лечение и могут быть неудачными меры профилактики.

Основные детерминанты и факторы риска

229. Здоровье и активность в пожилом возрасте представляют собой сумму жизненных обстоятельств и действий данного человека на всем протяжении жизни. Все, что было пережито в течение всей жизни, влияет на благополучие в старости: вечные финансовые трудности ассоциируются с худшим состоянием здоровья в конце жизни, а люди, которые всю свою взрослую жизнь состояли в браке, живут дольше, чем те, у кого сложилось иначе.

230. Пожилые люди не образуют однородной группы: с возрастом индивидуальные различия углубляются, а темпы снижения функциональности определяются не только факторами, связанными с индивидуальным поведением, но и с социальными, экономическими или экологическими факторами, изменить которые люди могут быть не в силах. Например, широко распространена возрастная дискриминация в доступе к высококачественным услугам, а неравенство в отношении условий жизни и благополучия у пожилых людей больше, чем среди населения в целом, в силу существенных различий в пенсионных доходах, накопленных средствах и семейном положении.

231. Слишком ранний выход на пенсию, переживание потери работы и душевных травм, причиненных происшедшими в жизни человека событиями, особенно на более поздних этапах жизни, ассоциируются с более низким уровнем благополучия в середине и в конце жизни. Одним из самых важных факторов, влияющих на качество жизни у

пожилых людей, является социальная поддержка, особенно социальные отношения с родственниками и друзьями. Со снижением уровня социальных контактов у пожилых людей ассоциируются такие факторы, как пол (женщины), одинокое семейное положение, недостаток материальных ресурсов (например, доступ к автомобилю) и слабое здоровье.

Эффективные решения

Действенные научно обоснованные меры

232. Основные потребности пожилых людей – быть самостоятельными, иметь право и возможность выражать свое мнение и ощущать свою принадлежность к местному сообществу. Одна из самых действенных стратегий укрепления здоровья и благополучия пожилых людей заключается в создании условий, при которых пожилые люди не чувствуют себя одинокими и изолированными от внешнего мира, и здесь ключевую роль играет поддержка со стороны семьи и людей одного с ними возраста.

233. Снижение функциональных способностей в принципе обратимо и на него можно влиять в любом возрасте посредством индивидуальных мер и мер государственной политики, таких как содействие созданию условий окружающей среды, удобных для пожилых людей.

234. Эффективные меры по содействию здоровому старению включают законодательство, социальные и экономические стратегии, предусматривающие выплату пособий малоимущим и других дополнительных пособий, политику создания благоприятной среды на транспорте и в жилых кварталах и учета этих аспектов в городском планировании, а также меры по укреплению здоровья, принимаемые в общественном здравоохранении в отношении главных факторов риска (рацион питания, физическая активность, алкоголь, курение), и скрининг с целью выявления болезней, поддающихся лечению.

235. Подход к здоровому старению, охватывающий все этапы жизни, позволяет людям влиять на то, как они стареют, благодаря принятию более здорового образа жизни на более ранних этапах и адаптации к изменениям, связанным с возрастом. Необходимо поощрять здоровый образ жизни у пожилых людей и облегчать его, например, путем предоставления возможностей для физической активности, здорового питания и прекращения курения.

236. Вакцинация – действенное средство снижения заболеваемости (и смертности) от нескольких тяжелых инфекционных заболеваний как среди детей, так и среди пожилых людей. Проведение среди пожилых людей скрининга с целью выявления поддающихся лечению болезней, таких как рак молочной железы, может приводить к снижению преждевременной смертности и заболеваемости.

237. Ключом к обеспечению устойчивости систем медико-санитарной помощи и долговременного ухода в будущем является организация правильного сочетания услуг (например, медико-санитарные и социальные услуги, технические средства и поддержка неформального ухода). Создание окружающих условий и услуг, позволяющих людям дольше сохранять свое здоровье и активность на рынке труда, станет важнейшей предпосылкой сокращения или сдерживания роста долговременной безработицы, пособий по нетрудоспособности и раннего выхода на пенсию. Сохранить самостоятельность, снизить влияние инвалидности и поддержать сети социального общения можно путем приспособления конструкции зданий, городского планирования и транспортных систем к потребностям пожилых людей и инвалидов.

238. Вопросы укрепления здоровья и благополучия пожилых людей должны занять важное место в стратегиях и инициативах, касающихся активного, достойного и здорового старения, сокращения несправедливости в отношении здоровья, выхода на пенсию и защиты прав людей с ограниченными возможностями. Основные шаги в этой сфере включают:

- обеспечение вовлечения пожилых людей в процессы выработки политики здравоохранения;
- вовлечение пожилых людей в процесс принятия решений об их лечении и уходе за ними;
- создание средств повышения санитарной грамотности и содействия самостоятельному ведению болезни, включая обучение навыкам лидерства и разработку методик обучения помощников по уходу из числа родственников;
- осуществление специальной подготовки медицинских работников с целью снижения риска развития психических заболеваний у пожилых людей с хроническими соматическими нарушениями;
- реализация мер профилактики самоубийств, специально разработанных с учетом потребностей пожилых людей;
- искоренение существующих в обществе негативных стереотипов в восприятии старости путем работы со средствами массовой информации и информационно-пропагандистской деятельности в местных сообществах и в учреждениях оказания помощи;
- реализация независимых мер контроля качества в целях мониторинга качества услуг, оказываемых в специализированных учреждениях.

239. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный процесс и не направлен ни на ускорение, ни на продление умирания. Он облегчает боль и другие вызывающие страдание симптомы и должен предлагаться по мере развития потребностей, но до того, как уже ничего нельзя будет сделать. Традиционно высококачественный уход в конце жизни предоставлялся главным образом онкологическим больным в стационарных хосписах, однако теперь такой вид ухода должен предоставляться больным с более широким спектром заболеваний, включая растущее число людей с деменцией, и должен осуществляться на дому и в домах престарелых и пансионатах в местных общинах. Паллиативный уход – это система поддержки, помогающая людям жить максимально активной жизнью до самой смерти, а родственникам этих людей – психологически адаптироваться во время болезни близкого человека и пережить боль его утраты.

Основные стратегии ВОЗ

240. В последнее время никакие специальные стратегии ВОЗ на глобальном и региональном уровнях не принимались, но есть соответствующие резолюции по данному вопросу и существует система программных целей и принципов как основа политики. В своей резолюции WHA52.7 об активном старении Всемирная ассамблея здравоохранения призвала государства-члены обеспечить своим гражданам в пожилом возрасте наивысший достижимый уровень здоровья и благополучия, а в самой последней резолюции по этой проблеме – WHA58.16 – содержался пункт о необходимости акцентировать внимание на развитии первичной медико-санитарной помощи, которая соответствует возрастным потребностям пожилых людей.

241. Кроме того, призыв к правительствам, учреждениям системы Организации Объединенных Наций и другим учреждениям и организациям включать проблемы пожилых людей в свои программы работы содержался в нескольких резолюциях Генеральной Ассамблеи ООН (58/134 и 59/150). В 2002 г. в Мадриде (Испания) состоялась Вторая всемирная ассамблея по проблемам старения, которая привела к принятию Мадридского международного плана действий по проблемам старения (2002 г.). В качестве своего вклада в эту ассамблею ВОЗ разработала документ "Активное старение: основы политики". В 2005 г. Секретариат ВОЗ представил на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о реализации Международного плана действий по проблемам старения.

Трудности, перспективные процессы и возможности

242. Хотя увеличение продолжительности жизни – это триумфальное достижение, оно может и создавать проблему. Согласно прогнозам, при сохранении нынешних тенденций в действии демографических определяющих факторов роста расходов на медико-санитарную помощь, рост общих государственных расходов, обусловленных возрастом (пенсии, медико-санитарная помощь и долговременный уход), в период с 2004 по 2050 гг. в странах ЕС-15 составит 4-5% ВВП, а в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – около 3,5%.

243. Содействие здоровому старению напрямую влияет на расходы на медико-санитарную помощь и долговременный уход. Поддержание у людей хорошего состояния здоровья и возможности не попадать в больницы и другие лечебно-профилактические учреждения может смягчить рост доли пожилых людей в общих расходах на медико-санитарную помощь. Кроме того, чем лучше у пожилых работников здоровье, тем менее склонными они могут быть к выходу из состава рабочей силы. Это позволило бы снизить расходы в связи с выплатой пенсий и медико-социальным обслуживанием, увеличить численность рабочей силы и поступления в госбюджет. Экономические последствия старения населения для расходов государственного сектора на пенсионное обеспечение и здравоохранение в ближайшие десятилетия можно существенно смягчить, если увеличение продолжительности жизни будет сопровождаться параллельным ростом пенсионного возраста.

244. Значительные возможности для повышения эффективности затрат кроются в расходовании государственных средств на стыке между медико-санитарной и социальной помощью, и эти возможности в значительной мере остаются неиспользованными, хотя появляется все больше фактических данных об экономически оправданных вмешательствах с целью избежать случаев неотложной госпитализации и длительного пребывания в больнице или о том, как можно с максимальной эффективностью использовать дистанционную помощь. Необходимо добиться более полной интеграции между медико-санитарной помощью и долговременным уходом и улучшить аспекты, связанные с человеческим достоинством и правами человека при осуществлении долговременного ухода. Необходимо повысить качество услуг путем использования механизмов оценки и обеспечения качества и новых моделей координации и интеграции ухода, таких как планы оказания помощи, предусматривающие узкоспециализированные комплексы медицинской и социальной помощи.

Сквозь призму социальной справедливости

245. Все уровни государственного управления, все заинтересованные стороны и граждане в Европейском регионе обеспокоены быстрыми темпами старения населения, изменением структуры семьи и потенциальным ухудшением условий жизни пожилых людей. В большинстве стран в этих факторах значительны различия по признаку пола. Старые женщины с низким доходом особенно нуждаются в финансовой поддержке, которая может принимать форму пособий по старости или в связи со смертью супруга и специальных мер финансового обеспечения.

246. Несправедливость в отношении состояния здоровья и благополучия накапливается на протяжении всей жизни, и для многих пожилых людей, живущих в регионе, растет риск бедности и социальной изоляции в старости. Старение является неизбежным биологическим процессом, но то, как подходят женщины и мужчины к старению и каковы его последствия обусловлено социальными факторами и поддается изменению. Социальные детерминанты здоровья, особенно в старости, включают достаток, доход и бедность, трудовую биографию, продолжение участия в жизни общества, модели зависимости и социальной уязвимости перед болезнью, инвалидностью, изоляцией и отсутствием социальной поддержки. Кроме того, широко распространена дискриминация по возрасту в доступе к высококачественным услугам,

особенно к тому спектру медицинских и социальных услуг, которые нужны пожилым людям с функциональными ограничениями.

Ключевые действующие субъекты

247. Учитывая обозначенные выше проблемы, к основным действующим субъектам относятся министерства, отвечающие за здравоохранение и социальные вопросы, занятость населения, охрану окружающей среды и образование; работодатели в частном и государственном секторе, партнеры по социальному обеспечению, неправительственные организации и представители самих пожилых людей и их неформальных помощников по уходу.

Вопросы стратегического руководства

248. Определены меры, которые могут быть приняты для содействия здоровому старению в налогово-бюджетной политике, социальном обеспечении, службах здравоохранения, на транспорте, в городском планировании, жилищно-коммунальном секторе, правосудии и образовании. Нужна более широкая основа политики, в которой учитывается взаимосвязь и взаимное влияние между программами разных секторов. Вероятно, лучше всего принимать и осуществлять подобные стратегии на местном уровне в контексте более широкой общенациональной стратегии или плана здравоохранения. Но здесь есть также и международный аспект, связанный с ростом численности мигрантов, занятых в сфере услуг по уходу, многие из которых работают в частных домашних хозяйствах без какой-либо социально-правовой защиты и официального признания.

249. В самых разных секторах можно разработать стратегии, учитывающие проблемы и нужды пожилых людей, и создать благоприятные окружающие условия, дающие пожилым людям возможность в полной мере участвовать в жизни местной общины и предупредить инвалидность. Это включает гибкий график работы и изменение условий труда, планировку городов и меры в сфере дорожного движения по созданию улиц, безопасных для ходьбы, программы специальных тренировок для поддержания или восстановления мобильности, программы непрерывного образования в течение всей жизни, предоставление слуховых и зрительных аппаратов, медицинские вмешательства с положительным соотношением затрат и результатов, такие как операции по удалению катаракты и эндопротезирование тазобедренного сустава, и программы, позволяющие пожилым людям продолжать зарабатывать себе на жизнь.

Чего можно достичь?

250. Главной предпосылкой для обеспечения здорового старения является принятие более эффективных стратегий в области борьбы с неинфекционными заболеваниями на протяжении всей жизни, а также создание в местных общинах благоприятных условий и доброжелательной атмосферы для пожилых людей и улучшение их доступа к медико-социальным услугам хорошего качества. Помощь, направленная на то, чтобы больше людей дольше сохраняли трудовую активность, и перераспределение работы в течение жизни может одновременно способствовать здоровому старению и обеспечить устойчивость стратегий в области здравоохранения и социальной защиты в долгосрочной перспективе. Растет число примеров успешной координации и интеграции помощи, в том числе, примеров преодоления ведомственного разделения между медико-санитарной и социальной помощью, и эти примеры могут помочь странам в осуществлении реформ медико-санитарной помощи, направленных на радикальное улучшение охвата услугами и социальной защиты пожилых людей, нуждающихся в уходе.

Мигранты

Анализ ситуации

Смертность, бремя болезней и тенденции

251. Сегодня в процессы миграции в Европе вовлечена неоднородная по составу группа людей: это легальные и нелегальные мигранты, жертвы торговли людьми, лица, ищущие убежища, беженцы, перемещенные лица и лица, возвращающиеся на родину. В Европейском регионе ВОЗ проживают около 75 миллионов мигрантов, что составляет 8% общей численности населения и 39% всех мигрантов в мире. Шесть из десяти стран с наибольшей численностью мигрантов-иностранцев находятся в Европейском регионе. Ожидается, что количество мигрантов в большинстве стран Центральной Европы будет возрастать. Большинство мигрантов в Европейском регионе – это молодые взрослые люди. Женщины составляют половину всех мигрантов и зачастую образуют несоразмерно большую часть уязвимых групп, таких как жертвы торговли людьми в целях сексуальной эксплуатации.

252. В отношении состояния здоровья мигрантов трудно делать какие-либо обобщения, поскольку между группами, странами и болезненными состояниями существуют значительные различия, а проблемы здоровья мигрантов первого поколения могут отличаться от проблем их потомков. Тем не менее, бремя нездоровья среди некоторых групп мигрантов часто бывает недопустимо велико.

253. В тех случаях, когда данные о смертности и продолжительности жизни имеются, они, как правило, указывают на меньшую продолжительность жизни у мигрантов, а в некоторых сообществах также наблюдаются повышенные показатели детской смертности в течение первого года жизни. В основном, болезни у мигрантов такие же, как и у остального населения, но в некоторых группах может быть более высокая распространенность нарушений здоровья, в том числе: инфекционных заболеваний, плохого питания, расстройств репродуктивного и сексуального здоровья, профессиональных заболеваний и психических расстройств. Движение людей также подразумевает и движение "новых" (или старых) типов заболеваний, а медицинские учреждения в Европейском регионе не вполне готовы к работе с ними. Все чаще разнородность населения также означает и большее различие в поведении людей по отношению к сохранению собственного здоровья и в субъективных восприятиях рисков.

254. Большинство мигрантов работают в опасных условиях, живут в плохих жилищах, подвергаются трудовой эксплуатации и не имеют адекватного доступа к медико-санитарной помощи. Показатели несчастных случаев на производстве среди трудящихся-мигрантов в Европейском регионе примерно в два раза выше, чем среди местных работников.

255. Мигранты особенно болезненно ощущают на себе наличие пробелов и недостатков в услугах здравоохранения. Они могут сталкиваться с препятствиями и трудностями в доступе к услугам из-за стигматизации, недостатка информации об услугах и отсутствия информации на других языках, помимо основных языков принявшей их страны. Для того, чтобы преодолеть эти препятствия и обеспечить равное оказание помощи каждому человеку, необходима активная работа на местах.

Основные детерминанты и факторы риска

256. Многие исходные характеристики здоровья мигрантов определяются патологиями и условиями физической и социально-экономической среды в местах происхождения мигрантов. На здоровье может повлиять переезд в процессе миграции, причем чаще всего высокому риску для здоровья подвергаются люди, находящиеся в ситуации нелегальной миграции, беженцы и перемещенные лица. После прибытия в место назначения огромное влияние на состояние здоровья оказывают бедность и социальная

отверженность, а в целом на здоровье мигрантов влияют наличие, доступность, приемлемость и качество услуг в принявшей их среде.

257. На заболеваемость инфекционными болезнями среди мигрантов могут влиять все этапы миграционного процесса. В тех регионах мира, откуда выезжают мигранты, в конце концов попадающие в Европейский регион, высока распространенность ТБ, ВИЧ-инфекции, инфекций, предупреждаемых с помощью вакцинации, и нескольких паразитарных заболеваний. Миграционный процесс также может влиять на развитие таких инфекционных болезней, как ТБ со множественной лекарственной устойчивостью, что может быть связано с тем, что мигранты до отъезда в страну назначения не завершают курса противотуберкулезного лечения, или с тем, что особенно велик приток иммигрантов из стран, где борьба с ТБ ведется безуспешно, а также с тем, что у мигрантов крайне ограничен доступ к медико-санитарной помощи в странах назначения.

258. Особой медицинской проблемой является психическое здоровье. На благополучие мигрантов может отрицательно влиять высокая распространенность злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков, состояние депрессии и тревоги, травмирующие психику события и переживания до отъезда или в пути следования в процессе миграции (например, вооруженный конфликт, голод и физическое и сексуальное насилие). После прибытия в страну назначения на мигрантов могут воздействовать многие другие факторы, повышающие их психосоциальную уязвимость и препятствующие успешной интеграции в местное общество.

Эффективные решения

Действенные научно обоснованные меры

259. В разработке программ и стратегий в области здравоохранения на региональном уровне должны отражаться основные принципы современной миграции и заимствоваться те аспекты успешных программ, которые можно воспроизвести. Для этого потребуются системы сбора данных в течение длительного времени о состоянии здоровья и социально-экономических условиях. Многие проблемы здоровья и социально-экономические трудности, связанные с миграцией, являются следствием несправедливости в глобальном масштабе, поэтому действия на местном и региональном уровне, сосредоточенные только на странах, принимающих мигрантов, будут менее эффективны, чем интегрированные программы, в которых усилия сосредоточены на факторах глобального уровня и которые направлены на смягчение факторов, действующих в странах и регионах происхождения и назначения.

260. Мигранты также сталкиваются с проблемами, обусловленными гендерной принадлежностью, в частности, с проблемами здоровья матери и новорожденного ребенка и здоровья детей более старшего возраста, а также сексуального и репродуктивного здоровья. У мигрантов как можно раньше должен быть доступ к услугам в области репродуктивного здоровья, профилактическим медицинским услугам и мероприятиям по укреплению здоровья, скринингу и консультативно-диагностической помощи, а также к услугам по наблюдению беременной женщины и родовспоможению. Особое внимание нужно уделять женщинам и девушкам, которые стали жертвами торговли людьми, поскольку многие из них подверглись насилию на гендерной почве.

Основные стратегии ВОЗ

261. В мае 2008 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA61.17, в которой призвала государства-члены включать проблемы здоровья мигрантов в региональные и национальные стратегии в области здравоохранения, организовывать и поддерживать проведение оценок и исследований и обмениваться передовым опытом, укреплять потенциал поставщиков услуг и медицинских работников, необходимый для удовлетворения потребностей мигрантов, участвовать в двухстороннем и многостороннем сотрудничестве и создать техническую сеть для

содействия научным исследованиям и укрепления потенциала для сотрудничества. Во исполнение этой резолюции Испания в период своего председательства в ЕС в марте 2010 г. приняла у себя Глобальную консультативную встречу ВОЗ/Международной организации по миграции, целью которой было получить от государств-членов, экспертов и широкого круга других заинтересованных сторон дополнительную информацию и предложения по вопросам охраны здоровья мигрантов. Одним из итогов этой консультативной встречи стало принятие практической основы, определяющей пути и методы реализации резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.

262. К другим инициативам в данном направлении относятся резолюция WHA62.14 об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья (вставка 3) и работа, проведенная во исполнение резолюции EUR/RC52/R7 о бедности и здоровье, в особенности опубликованный Европейским региональным бюро ВОЗ краткий аналитический обзор по устранению проявлений несправедливости в отношении здоровья в связи с миграцией и этнической принадлежностью.

Трудности, перспективные процессы и возможности

263. Мигранты представляют для Европейского региона ценный ресурс – они вносят вклад в экономическое развитие, компенсируют недостаток рабочей силы и уравнивают стареющее население в странах назначения. Например, благодаря денежным переводам процесс миграции способствует снижению бедности и повышению уровня социальной защиты в странах происхождения, находящихся как за пределами Европейского региона, так и на его территории. В странах ЕС-15 доля мигрантов в среднем приросте валового национального дохода в период с 2000 по 2005 гг. составила около 21%.

264. В ходе всевозможных процессов и конференций, посвященных вопросам политики, рассматривается необходимость в согласованных и непрерывающихся действиях по решению связанных с мигрантами проблем здоровья в Европейском регионе и на глобальном уровне. На состоявшейся в ноябре 2007 г. Восьмой конференции европейских министров здравоохранения, посвященной теме "Люди в движении: вызов правам человека и системам здравоохранения", был особо выделен вопрос о здоровье мигрантов. Во время этой конференции 47 государств-членов Совета Европы подписали Братиславскую декларацию о здоровье, правах человека и миграции.

265. Европейский союз и Европейский совет предпринимают и другие шаги в данной области. К ним относятся письмо Европейского совета о солидарности в охране здоровья, выводы Европейского совета о положении народа рома, проводимая ЕС работа по укреплению здоровья мигрантов и деятельность Португалии в качестве страны, председательствующей в ЕС, связанная с охраной здоровья мигрантов. Существует и более широкая система международных пактов и конвенций, которые утверждают всеобщее право человека на здоровье без какой-либо дискриминации, как, например, Международная конвенция о защите прав всех трудящихся мигрантов и членов их семей.

Сквозь призму социальной справедливости

266. Несмотря на очевидные выгоды миграции и существующие и ратифицированные международные конвенции и нормы прав человека, которые защищают права мигрантов, в том числе их право на здоровье, большинство групп мигрантов подвержены риску бедности, социальной отверженности, жестокого обращения, насилия, эксплуатации и возникновения препятствий для доступа к медицинским и социальным услугам. Особенно мало или вовсе нет доступа к медицинским и социальным услугам у мигрантов, находящихся в нелегальной ситуации, вследствие их правового статуса, отсутствия адекватного уровня социальной защиты и невозможности вписаться в программы медицинского страхования.

Ключевые действующие субъекты

267. Для реализации крупномасштабных мер требуется стратегия, охватывающая многие секторы и заинтересованные стороны и предполагающая участие всех уровней государственного управления, а также гражданского общества, местных общин, деловых кругов, профессиональных объединений, органов образования и научных организаций, средств массовой информации, глобальных форумов и международных учреждений. Необходимо противодействовать раздробленности усилий, поощряя сотрудничество между странами, научными дисциплинами и профессиями.

Вопросы стратегического руководства

268. К числу стратегий, содействующих вовлечению мигрантов в жизнь общества, относятся меры борьбы с дискриминацией, стратегии в области образования, в которых уделяется особое внимание потребностям мигрантов, стратегии в области занятости, направленные на устранение препятствий для выхода на рынок труда, стратегии в области социальной защиты, стратегии в области жилья и окружающей среды, имеющие целью улучшение условий жизни, и стратегии в области здравоохранения, направленные на обеспечение справедливого доступа к услугам.

269. Влияние стратегий, принятых в различных секторах, на социальные детерминанты здоровья можно проанализировать с помощью оценок воздействия на здоровье, ориентированных на аспекты справедливости.

Чего можно достичь?

270. Стратегии должны быть направлены на устранение несправедливости в отношении состояния здоровья мигрантов и доступности медико-санитарных услуг и качества услуг, которые им доступны.

271. Учитывая, что проблемы здоровья групп мигрантов могут возникать или усугубляться в результате их неблагоприятного социального положения, наиболее существенный эффект для здоровья, скорее всего, дадут меры, направленные на борьбу с социальной отверженностью мигрантов

Народность рома

Анализ ситуации

Смертность, бремя болезней и тенденции

272. В Европейском регионе живут около 12-15 миллионов рома⁵, из них только в странах ЕС примерно 10 миллионов. Хотя оценки общего числа рома, проживающих в какой-либо стране, колеблются в широких пределах, усредненные оценки показывают, что в некоторых странах на рома приходится значительная доля в общей численности населения. Например, в Болгарии рома составляют 10% населения, в Словакии - 9%, а в Румынии - 8%. Поскольку у рома обычно более высокие показатели рождаемости, чем у населения, составляющего большинство, эти проценты, скорее всего, будут расти.

273. Данные о смертности и другие данные статистики здравоохранения могут быть недостоверными, потому что, например, члены общин рома могут не желать раскрывать свою национальность. Тем не менее, есть данные, указывающие на то, что

⁵ В данном документе, в соответствии с текстом опубликованного Советом Европы "Глоссария по рома и кочевым народностям", общий термин "рома" относится к представителям различных сообществ, которые сами идентифицируют себя как рома, и других сообществ (таких как ашкали), которые в определенных аспектах схожи с рома, но настаивают на том, что являются отдельной этнической группой.

продолжительность жизни в общинах рома на 10-15 лет короче, чем в среднем по стране, и что в этих общинах имеют место более высокие показатели детской смертности в течение первого года жизни и поистине тревожные уровни материнской и детской смертности и заболеваемости. Например, есть сообщения о том, что в Чешской Республике, Венгрии и Словакии показатели детской смертности в течение первого года жизни среди рома в два раза выше, чем среди лиц других национальностей.

274. Сообщается также о повышенной заболеваемости среди рома по сравнению с большинством населения: в частности, среди них выше показатели по диабету 2 типа и ишемической болезни сердца и по ожирению у взрослых и по дефицитам пищевых веществ и нарушениям питания у детей. Многие женщины рома, живущие в поселках под Белградом (Сербия), недоедают (51%) и курят табак (почти все). Обследование уязвимости, проведенное Программой развития ООН (ПРООН) в Албании, Болгарии, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македония, Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности ООН 1244 (1999)), Румынии, Хорватии и Черногории, показало, что риск недостаточности питания более двух раз в месяц возникает у 50% детей рома, тогда как у детей большинства населения эта цифра составляет 6%.

Основные детерминанты и факторы риска

275. Во многих странах у рома непропорционально низок уровень доходов и, как показывают фактические данные, рома группируются среди людей с низкими доходами. Социальная отверженность, связанная с дискриминацией рома по этническому признаку, может выступать в качестве самостоятельного фактора риска бедности.

276. Хотя данных о состоянии здоровья рома недостаточно, имеющиеся сведения указывают на значительную степень несправедливости в отношении доступа к системе здравоохранения и статуса здоровья между рома и населением, составляющим большинство. Например, данные об охвате услугами по дородовому наблюдению, низкой массе тела при рождении, распространенности грудного вскармливания, курении среди матерей, пищевом статусе и охвате прививками показывают явную несправедливость между рома и населением, составляющим большинство, в том числе (в некоторых обстоятельствах) в тех случаях, когда рома сравниваются с беднейшей квинтильной группой всего населения. Государственное статистическое управление Бывшей Югославской Республики Македония и ЮНИСЕФ совместно провели "Кластерное обследование по многим показателям", которым было установлено, что лишь 78% женщин рома, у которых родились дети за два года, предшествовавших проведению обследования, проходили квалифицированное дородовое наблюдение, против 94% в квинтильной группе с самым низким уровнем доходов. Как сообщает ЮНИСЕФ, распространенность низкой массы тела при рождении среди рома в Сербии в шесть раз превышает средний уровень по стране, тогда как в квинтильной группе с самым низким уровнем доходов этот показатель превышает средний уровень по стране в три раза.

Эффективные решения

Действенные научно обоснованные меры

277. Стратегии должны быть направлены на устранение несправедливости как в отношении состояния здоровья, так и в отношении доступности медико-санитарных услуг и качества тех услуг, которыми могут пользоваться общины рома. Многие стратегии достижения справедливости не направлены специально на рома, а аналогичны тем стратегиям, которые необходимы для этнических меньшинств вообще, как, например, обучение медицинских работников навыкам работы с меньшинствами и маргинальными группами населения, вовлечение рома в планирование, реализацию и оценку эффективности программ по охране здоровья и улучшение систем медико-

санитарной информации таким образом, чтобы данные собирались и представлялись с разбивкой по этническому признаку.

Основные стратегии ВОЗ

278. Специальных стратегий ВОЗ, касающихся народности рома, нет, но прямое отношение к ним на глобальном и региональном уровнях имеют резолюции ВОЗ о вовлечении всех людей в жизнь общества и связи между бедностью и здоровьем.

Трудности, перспективные процессы и возможности

279. Выражением политической приверженности европейских правительств делу улучшения социально-экономического положения рома и обеспечения их вовлечения в жизнь общества является Десятилетие интеграции народности рома 2005–2015 гг. Эта инициатива объединяет усилия правительств, межправительственных и неправительственных организаций, а также гражданского общества народности рома и направляет их на ускорение прогресса в улучшении благополучия рома. В ней принимают участие 12 стран – Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Испания, Румыния, Сербия, Словакия, Хорватия, Черногория, Чешская Республика и в качестве наблюдателя Словения.

280. Наряду с образованием, занятостью и жильем приоритетным направлением, которому уделяется наибольшее внимание, является здравоохранение. В рамках этой инициативы правительства также обязуются принимать во внимание такие аспекты, как бедность, дискриминацию и включение гендерного вопроса в основные направления политики. Каждое участвующее в нем правительство должно выработать национальный план действий в рамках этого Десятилетия с конкретными целями и показателями в приоритетных областях. Хотя ВОЗ не является международной организацией-партнером по Десятилетию, таковыми являются другие учреждения Организации Объединенных Наций – ПРООН, ЮНИСЕФ, Программа ООН по населенным пунктам (ООН-Хабитат) и Всемирный банк. В апреле 2011 г. Европейская комиссия официально объявила о Рамочной основе ЕС для национальных стратегий интеграции народности рома на период до 2020 г. В этом документе Европейская комиссия предлагает всем странам-членам ЕС разработать и осуществить целевые стратегии, обеспеченные достаточными ресурсами, по содействию интеграции в сфере здравоохранения, жилья, образования и занятости. Будет создан надежный механизм мониторинга, предполагающий ежегодный отчет о ходе реализации стратегий.

Сквозь призму социальной справедливости

281. Несправедливость в вопросах охраны здоровья, которую испытывают рома, является социально детерминированной, в ее основе лежат многогранные процессы социального отторжения и несправедливости, происходящие в секторе здравоохранения и в других секторах, оказывающих влияние на охрану здоровья.

282. Для принятия ответных мер против этой несправедливости в вопросах охраны здоровья нужен такой подход, который:

- направлен против несправедливости во всех функциях системы здравоохранения: финансировании, предоставлении услуг, генерировании ресурсов и стратегическом лидерстве;
- вовлекает другие секторы в деятельность по достижению целей в отношении справедливости в вопросах охраны здоровья через стратегическое руководство общественным здравоохранением, предусматривающее меры воздействия на социальные детерминанты здоровья;
- основан на фундаменте прав человека и принципов учета гендерной проблематики;

- дает возможность включить вопросы охраны здоровья рома и справедливости в отношении здоровья во все направления политики и программы здравоохранения.

Ключевые действующие субъекты

283. В соответствии с Рамочной основой ЕС и Десятилетием интеграции народности рома 2005-2015 гг., приоритетными направлениями деятельности являются здравоохранение, образование и занятость.

284. Ответственность за социальную и экономическую интеграцию обездоленной народности рома в первую очередь несет каждая страна, однако ЕС начиная с 2007 г. подтверждает, что определенная роль в этом принадлежит и ему. В целом ряде заключений Европейского совета был одобрен вывод Европейской комиссии о том, что нужно еще много сделать для применения имеющейся в ЕС системы законодательных, финансовых средств и инструментов координации политики для того, чтобы способствовать вовлечению рома в жизнь общества.

Вопросы стратегического руководства

285. Органам государственного управления необходимо соблюдать и выполнять обязательства, уже принятые в соответствии с международно-правовыми документами, касающимися вовлечения всех людей в жизнь общества, связи между бедностью и здоровьем и дискриминации. Например, 12 стран, участвующих в Десятилетии интеграции народности рома 2005-2015 гг., приняли на себя обязательство разработать национальный план действий на это Десятилетие. Вопрос о правах рома и вовлечении их в жизнь общества также будет актуален и тогда, когда в ЕС пожелают вступить новые страны.

286. В сентябре 2010 г. Европейская комиссия создала специальную рабочую группу по оценке использования странами ЕС выделенных ЕС финансовых средств для содействия социальной и экономической интеграции рома. В первом докладе группы было признано, что, хотя финансирование ЕС позволяет создать значительный потенциал для поддержки вовлечения рома в жизнь общества, оно не используется надлежащим образом. Эффективность использования средств ЕС явно ограничивается недостатком знаний, опыта и кадров для их освоения, и положение усугубляется слабостью стратегий вовлечения в жизнь общества и наличием узких мест на национальном, территориальном и местном уровнях. К числу других обозначенных в докладе проблем относится отсутствие участия в этой деятельности гражданского общества и самих общин рома.

Чего можно достичь?

287. Европейская комиссия поручила провести сравнительное исследование восемнадцати стран-членов ЕС, в которых проживает значительное число рома, для изучения мер по улучшению положения народности рома. Это исследование показало, что наиболее успешными являются комплексные стратегические подходы, направленные на устранение множественных причин социальной отверженности, от которой страдают рома. Были выявлены следующие факторы успеха: реальная координация направлений политики на национальном, территориальном и местном уровне, устойчивые программы с надежно обеспеченными бюджетами на несколько лет, подлинное участие самих рома и выяснение их мнений при принятии мер по вовлечению в жизнь общества, наличие достоверных данных и оценка результатов.

Снижение системных рисков

Неинфекционные заболевания

Анализ ситуации

Смертность, бремя болезней и тенденции

288. В Европейском регионе на неинфекционные заболевания приходится наибольшая доля смертности: в 2008 г. они стали причиной около 80% случаев смерти. Среди широких групп причин практически 50% всех случаев смерти (во всех возрастах) обусловлены сердечно-сосудистыми заболеваниями, и этот показатель колеблется от 35% в странах ЕС-15 до 65% в странах СНГ. Также сердечно-сосудистые заболевания являются одной из важнейших причин преждевременной смерти в Европейском регионе: в 2008 г. этот показатель превысил 110 на 100000 населения, но недавно его уровень стал снижаться.

289. В Европейском регионе происходят сдвиги в структуре смертности и бремени болезней внутри группы неинфекционных заболеваний и относительно других групп болезней. За последние два-три десятилетия снизилась общая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в целом по Европейскому региону, но увеличились разрывы между странами: в странах ЕС-15 смертность за этот период уменьшилась наполовину, а в странах СНГ возросла на 10%. Общая ситуация по смертности от рака может выглядеть относительно неизменной, но за этой неизменностью кроются такие различия, как резкое снижение показателей смерти от рака легкого среди мужчин и такой же резкий рост среди женщин.

290. Неинфекционные заболевания занимают доминирующие позиции и в списке ведущих причин бремени болезней в Европе: главными причинами утраты DALYs в Регионе являются униполярные депрессивные расстройства и ишемическая болезнь сердца. Неинфекционные заболевания взаимосвязаны друг с другом: так, среди людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, раком и диабетом, непропорционально высока распространенность психических расстройств. Депрессия отрицательно влияет на течение и исход хронических заболеваний, а наличие других расстройств, в свою очередь, ухудшает прогноз по развитию депрессии.

291. Эти заболевания имеют серьезные экономические последствия. Например, сердечно-сосудистые заболевания обходятся экономике стран ЕС примерно в 192 миллиарда евро в год. Помимо увеличения расходов систем здравоохранения существуют и более широкие последствия. На работодателей ложится бремя невыходов на работу, снижения производительности труда и высокой ротации кадров, а работники и их семьи сталкиваются со снижением уровня доходов, необходимостью досрочного выхода на пенсию, повышением зависимости от социальных пособий и с бременем расходов на медико-санитарную помощь (как прямых, так и косвенных).

292. Перспективы в отношении бремени этих основных заболеваний и состояний определяются соотношением трех предрасполагающих факторов: демографические изменения, включая старение населения и изменения в связи с миграцией; временные и географические изменения в модифицируемых факторах риска, связанные с урбанизацией и экономической глобализацией, и относительное снижение распространенности инфекционных заболеваний, означающее, что люди живут достаточно долго, чтобы у них могли развиваться другие заболевания, такие как рак. В Европейском регионе, особенно в восточной его части, растет употребление табака среди женщин и девушек. В восточной части региона растет употребление алкоголя, тогда как в западной части оно снижается, но незначительно. Беспокойство вызывают темпы роста распространенности ожирения и избыточной массы тела как среди взрослых, так и среди детей.

293. В ближайшие два десятилетия доля людей в возрасте 80 лет и старше вырастет в ЕС почти на 50%. Увеличиваются потоки миграции в Европейский регион и внутри него. Мигранты – это обычно люди более молодого возраста, они имеют более низкий уровень доходов и более высокие потребности в услугах здравоохранения, в большей степени подвержены факторам риска неинфекционных заболеваний и ограничены в доступе к социальной защите и медико-санитарной помощи. Растет социальная несправедливость внутри стран и между ними, что имеет подтвержденные негативные последствия для здоровья и благополучия детей и подростков.

Основные детерминанты и факторы риска

294. Лежащие в основе этих различий детерминанты здоровья имеют сложную природу и включают как индивидуальные, так и общественные факторы. Индивидуальные вариации в восприимчивости и устойчивости к заболеваниям отчасти обусловлены генетическими факторами. Другие детерминанты включают социальный и экономический статус, физическое окружение, образ жизни и поведение, т.е. факторы, которые сами существуют в социальной и экономической среде и подвергаются ее мощному влиянию и, кроме того, зависят от потенциала и эффективности работы систем здравоохранения.

295. Большинство тяжелых заболеваний у взрослых развиваются в течение длительного времени. Последствия разрушающего здоровье поведения и опасных факторов окружающей среды часто проявляются только спустя значительное время после того, как человек был подвержен им, то есть обычно во взрослом или пожилом возрасте. Для многих людей и групп людей взаимодействие нескольких неблагоприятных факторов, личных привычек и жизненных обстоятельств приводит к повышению вероятности преждевременной смерти и инвалидности. На каждом переломном этапе жизни поддерживающие меры, принимаемые на макро- и микроуровне, способны улучшать здоровье и благополучие людей.

296. На подверженность воздействию вредных для здоровья условий и уязвимость и устойчивость к болезням влияют протекающие в обществе процессы. Такая подверженность воздействию вредных факторов и уязвимость распределяются в обществе неравномерно, в зависимости от социально-экономического положения и/или других признаков социального положения, таких как расовая или этническая принадлежность или пол. Сильное влияние оказывают также общество потребления, повсеместный маркетинг продуктов, а во многих странах и отсутствие регулирования сбыта вредных продуктов. Важнейшим фактором, способствующим выбору здоровых вариантов поведения, стала санитарная грамотность населения.

297. С более здоровым питанием и меньшей вероятностью курения тесно связан более высокий уровень образования. Для того, чтобы решать такие проблемы, как употребление табака, нездоровый рацион питания, вредное употребление алкоголя и недостаточная физическая активность, следует воздействовать на социальные детерминанты здоровья и сместить акцент действий на более высокий уровень, на причины этих различий в образе жизни – то есть причины причин – которые заложены в социальных и экономических условиях.

298. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что факторы риска неинфекционных заболеваний, таких как диабет и сердечные заболевания, присутствуют уже в раннем детстве и даже раньше, в утробе матери. Социально-экономический статус на раннем этапе жизни оказывает сильнейшее влияние на здоровье, в том числе и на развитие неинфекционных заболеваний в последующие периоды жизни. Здоровье и активность человека старшего возраста определяются суммой последствий условий его жизни и действий, накопленной на протяжении всей жизни. Для того, чтобы снизить издержки для отдельных людей и для всего общества, связанные с нынешним бременем неинфекционных заболеваний, необходим подход, охватывающий все этапы жизненного пути.

Эффективные решения

Детерминанты и факторы риска

299. Необходимы действия в отношении четырех распространенных факторов риска: потребление табака, вредное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность и нездоровый рацион питания. В литературе описаны вполне конкретные вмешательства, однако, поскольку на отдельных людей и группы населения одновременно воздействует много факторов риска, более эффективным может оказаться интегрированный подход, сочетающий многие вмешательства.

300. Для борьбы с употреблением табака были определены основанные на фактических данных и экономически эффективные стратегии, включая Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака и шесть стратегий MPOWER для помощи в реализации Конвенции на уровне стран: 1) мониторинг употребления табака и эффективности профилактических мер; 2) защита людей от воздействия табачного дыма; 3) предоставление помощи в отказе от курения; 4) предупреждение об опасностях, связанных с табаком; 5) обеспечение правовыми санкциями соблюдения ограничений на рекламу, стимулирование сбыта и спонсорство табака и 6) повышение налогов на табачные изделия. Вмешательства в сфере борьбы против табака являются вторым по эффективности, после иммунизации детей, способом вложения средств в улучшение здоровья. Если бы можно было реализовать только одну статью Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, то здесь наиболее действенным отдельно взятым способом снижения потребления табака и стимулирования потребителей к отказу от его потребления является повышение стоимости табачных изделий путем повышения налогов.

301. Для снижения вредного употребления алкоголя могут быть осуществлены вмешательства, способные изменить общие условия для поощрения людей к принятию решений в пользу здорового образа жизни. Такие вмешательства могут, по усмотрению стран, включать: 1) создание системы специальных внутренних налогов на алкогольную продукцию и сопутствующей системы действенных правоприменительных мер, причем сообразно с конкретной ситуацией в таких системах может учитываться содержание алкоголя в напитках; 2) регламентацию количества и расположения точек продажи спиртных напитков для распития на месте и на вынос; 3) регламентацию дней и часов розничной продажи спиртных напитков; 4) установление допустимого возраста для покупки и употребления спиртных напитков и принятие других крупномасштабных мер для создания препятствий для продажи спиртных напитков подросткам и ограничения потребления алкоголя ими; 5) введение и обеспечение соблюдения предельно допустимого содержания алкоголя в крови, с более низким пределом для профессиональных водителей транспортных средств и молодых или начинающих водителей; 6) содействие распространению пунктов проверки на трезвость и произвольному тестированию водителей на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе; 7) поддержку инициатив по проведению скрининга и кратких консультаций, направленных против вредного употребления алкоголя, в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи и в других социальных контекстах; такие инициативы должны включать раннее выявление и ведение случаев вредного употребления алкоголя среди беременных женщин и женщин детородного возраста; 8) полноценную координацию интегрированных и/или взаимосвязанных стратегий профилактики, лечения и ухода и услуг по поводу нарушений, обусловленных употреблением алкоголя, и коморбидных состояний, в том числе расстройств, обусловленных употреблением наркотиков, депрессии, суицида, ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

302. Большую пользу для здоровья приносит регулярная физическая активность, которая снижает риск большинства хронических неинфекционных заболеваний и способствует улучшению психического здоровья и общего благополучия. Участие в занятиях, связанных с физической активностью, также улучшает возможности социального общения и ощущения полноценного участия в жизни местного сообщества.

Следует особо подчеркнуть пользу физической активности от умеренной до интенсивной степени: для взрослых она должна составлять не менее 30 минут в день, а для детей и подростков – не менее 60 минут. Максимальный выигрыш для здоровья может дать вовлечение в физическую активность неактивных или почти неактивных групп. Социальная и физическая среда должна быть устроена таким образом, чтобы способствовать безопасной и беспрепятственной интеграции физической активности в повседневную жизнь людей: например, городское планирование и интегрированные транспортные системы должны поощрять ходьбу пешком и езду на велосипеде.

303. В сфере содействия здоровому рациону питания в целях профилактики неинфекционных заболеваний необходимо отдавать приоритет вмешательствам, направленным на обеспечение баланса энергии и здоровой массы тела, ограничение потребления энергии за счет общих жиров и сдвиг в структуре потребления жиров от насыщенных к ненасыщенным, а также к исключению трансжирных кислот; ограничение потребления свободного сахара, ограничение потребления соли (натрия) из всех источников и йодирование соли, повышение потребления фруктов и овощей, бобовых, цельнозерновых продуктов и орехов. В Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью говорится, что страны должны осуществлять комплекс мер, исходя из своего потенциала и эпидемиологического профиля; такой комплекс мер должен охватывать образование, коммуникацию и повышение информированности населения, программы повышения грамотности и образования для взрослых, маркетинг, рекламу, спонсорство и стимулирование сбыта, маркировку продуктов и контроль за утверждениями о пользе для здоровья и заявлениями, касающимися здоровья. Кроме того, национальные стратегии в отношении продовольствия и сельского хозяйства должны соответствовать принципам защиты и укрепления здоровья населения.

304. Помимо укрепления здоровья и профилактики заболеваний в связи с вышеупомянутыми четырьмя основными факторами риска, нужно обеспечить увязку с сексуальным здоровьем, инфекционными заболеваниями и зависимостью между окружающей средой и здоровьем, особенно в связи с профилактикой раковых заболеваний, и с медицинской генетикой. Воздействие канцерогенных веществ на работе и в окружающей среде может быть снижено посредством законодательных и правоприменительных мер. С помощью пропаганды безопасного секса и вакцинации можно предотвращать передачу вирусов, которые известны как вызывающие рак – папилломавирус человека и гепатит В.

305. Риск развития заболевания зависит от взаимодействия между человеком, его личной восприимчивостью и более широкой окружающей средой. Многие болезни, такие как диабет и астма, имеют сложную модель наследования. Возможность понять индивидуальную организацию генетического материала у людей позволяет осуществлять вмешательства для предупреждения заболевания на индивидуальной, или персональной основе. С другой стороны, растет база фактических данных о роли детерминант хронических заболеваний, связанных с окружающей средой. Например, загрязнение воздуха в помещениях и наружного воздуха повышает риск астмы и других респираторных заболеваний, а содержание в воздухе мелкодисперсных взвешенных веществ повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и рака легких, значительно снижая продолжительность жизни. Второй после курения ведущей причиной рака легких является радон. В первичной профилактике заболеваний – то есть в недопущении их возникновения – упор делается на устранение или снижение воздействия экологических факторов риска. Хорошими примерами пользы для здоровья от успешных действий, направленных на экологические детерминанты здоровья, являются снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний после запрета курения в общественных местах и снижение уровня загрязнения окружающего воздуха.

Ранняя стадия заболевания: скрининг и ранняя диагностика

306. Когда болезнь известна и существуют эффективные методы ее лечения, необходимо обеспечить как можно более раннее ее выявление и наилучшую возможную интегрированную и многопрофильную медико-санитарную помощь. Например, около трети всех случаев рака могут быть вылечены при достаточно раннем выявлении и начале лечения. Повышение осведомленности населения и медицинских работников о ранних признаках и симптомах рака может привести к выявлению болезни на более ранних стадиях (к снижению обнаруживаемой стадии развития рака) и предоставлению более эффективного и простого лечения. Если системы здравоохранения будут способны осуществлять организованные программы скрининга на популяционном уровне, то благодаря такому скринингу можно будет предотвращать случаи инвалидности и смерти и повышать качество жизни. Например, имеющиеся фактические данные подтверждают эффективность скрининга для раннего выявления рака молочной железы и рака шейки матки в странах с достаточными ресурсами для обеспечения адекватного лечения.

307. К другим процедурам скрининга с доказанной эффективностью относится скрининг отдельных людей для выявления повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний с применением метода балльной оценки общего риска на основании таких критериев, как возраст, пол, курение, диабетический статус, кровяное давление и отношение общего холестерина к липопротеинам высокой плотности. Комбинированная лекарственная терапия (аспирин, бета-блокаторы, диуретики и статины) для людей, у которых общий риск приступа ишемической болезни сердца в ближайшие десять лет превышает 5%, оказалась весьма эффективной мерой с точки зрения соотношения затрат и результатов во всех регионах ВОЗ.

Профилактика инвалидности

308. Хронические неинфекционные заболевания могут быть одной из основных причин инвалидности, например, слепоты или ампутации нижних конечностей у людей, страдающих диабетом или моторной дисфункцией после инсульта. По некоторым оценкам, нарушения опорно-двигательного аппарата являются причиной половины всех невыходов на работу и 60% постоянно утраченной трудоспособности в ЕС.

309. Такое положение дел не является неизбежным. Своевременное и эффективное лечение может вести к излечению болезни и/или уменьшать вероятность рецидива или долгосрочных последствий; благодаря реабилитации и усовершенствованным моделям ухода инвалидизирующие состояния могут превратиться в поддающиеся лечению, а соответствующие изменения в окружающих условиях дома и на работе могут помочь людям сохранить самостоятельность и экономическую активность. Например, кардиологическая реабилитация с упором на физические упражнения после инфаркта миокарда ассоциируется со значительным снижением смертности, а лечение инсульта в специализированных инсультных отделениях на 25% снижает число смертельных исходов и случаев зависимости от других в выполнении основных действий в повседневной жизни. Кроме этого, хотя распространенность и степень тяжести многих хронических состояний по мере старения людей обычно возрастает, они не являются неотъемлемым атрибутом старения: когда у людей больше возможностей оставаться здоровыми до старости, период болезни сокращается до нескольких месяцев перед смертью.

310. Неотъемлемой частью долгосрочного ухода является паллиативный уход, при котором людям оказывается поддержка с тем, чтобы обеспечить им максимально возможное качество жизни на последних стадиях болезни и мирный и безболезненный уход из жизни. Такой уход на конечной стадии жизни, который чаще всего ассоциирует с онкологическими заболеваниями, благотворно сказывается на людях с несколькими хроническими заболеваниями. Простые и относительно недорогие меры, такие как улучшение доступа к принимаемому перорально морфию для адекватного обезболивания, могут улучшить качество жизни многих людей.

Основные стратегии ВОЗ

311. Есть несколько основных стратегий ВОЗ, которые особенно важны для решения вышеуказанных проблем как на глобальном, так и на региональном уровне.

312. На глобальном уровне это следующие стратегии:

- Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака – первый международный договор, который был разработан и заключен под эгидой ВОЗ; вступила в силу 27 февраля 2005 г.;
- Глобальная стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2000 г.) и План действий по ее реализации на период 2008-2013 гг. (2008 г.);
- Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью (2004 г.);
- Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста (2002 г.) и
- Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя (2010 г.).

313. Большое значение имеют следующие хартии, принятые на министерских конференциях ВОЗ:

- Новая Бангкокская хартия по укреплению здоровья, принятая для решения быстро меняющихся проблем глобального здравоохранения (2005 г.) и
- Московская декларация Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (2011 г.).

314. На уровне Европейского региона ВОЗ существуют следующие стратегии:

- Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006 г.) и проект Плана действий по ее осуществлению, который будет представлен на шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ;
- Европейская стратегия борьбы против табака (2002 г.);
- Рамочная основа для антиалкогольной политики в Европейском регионе ВОЗ (2005 г.) и проект Европейского плана действий в отношении алкоголя на период 2012-2020 гг., который будет представлен на шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ;
- План действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007-2012 гг. (2007 г.);
- Европейский план действий "Окружающая среда и здоровье детей" (2004 г.);
- Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков" (2005 г.); и
- Европейская декларация и план действий по охране психического здоровья (2005 г.).

315. Большое значение имеют также следующие декларации и хартии, принятые на министерских конференциях ВОЗ:

- Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья (2010 г.) и
- Европейская хартия по борьбе с ожирением (2006 г.).

Трудности, перспективные процессы и возможности

316. В 2011 г. произошло несколько важных событий в области неинфекционных заболеваний. На шестьдесят первой сессии Европейского комитета в сентябре 2011 г. будут представлены планы действий в отношении неинфекционных заболеваний и алкоголя.

317. В апреле 2011 г. в Москве состоялась Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, итогом которой стало подписание Московской декларации, утвержденной затем на Всемирной

ассамблее здравоохранения в мае 2011 г. В сентябре 2011 г. состоится совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. На совещании особое внимание будет уделяться четырем основным неинфекционным заболеваниям – сердечно-сосудистым заболеваниям, раку, хроническим заболеваниям легких и диабету, и эти вопросы будут тесно связаны с вопросами развития. В апреле 2011 г. ВОЗ опубликовала новый "Доклад о глобальном положении дел в отношении неинфекционных заболеваний", который послужит точкой отсчета для определения будущих тенденций в области неинфекционных заболеваний и планирования ответных действий в странах.

Сквозь призму социальной справедливости

318. Несправедливость в отношении неинфекционных заболеваний аккумулируется на протяжении всей жизни. При планировании, разработке и осуществлении программ по борьбе с неинфекционными заболеваниями крайне важно учитывать гендерные и другие социальные детерминанты. Это позволит расширить охват и повысить эффективность программ, поскольку доступность, адекватность и приемлемость услуг здравоохранения социально детерминированы. Это также позволит снизить экономические потери, связанные со снижением производительности труда и повышением спроса на услуги систем здравоохранения и социальной защиты вследствие несправедливости. У системы здравоохранения имеется достаточно широкое поле деятельности по снижению несправедливости в отношении здоровья путем улучшения взаимодействия между программами в секторе здравоохранения и более эффективного вложения своих сил и средств в межсекторальную деятельность, направленную на создание условий для достижения более справедливых результатов для здоровья.

319. Социально-экономические детерминанты могут влиять на участие населения в программах скрининга. Анализ программ скрининга шейки матки в 57 странах мира показал, что сложнее всего в программы скрининга вовлечь женщин старшего возраста и менее обеспеченных женщин, то есть тех, кому угрожает наибольший риск развития рака шейки матки. Обзор, проведенный в 22 странах Европейского региона, показал, что в странах, где популяционные программы скрининга раковых заболеваний отсутствуют, существует большее неравенство в пользовании услугами скрининга с целью выявления раковых заболеваний в зависимости от социально-экономического положения. Эти и аналогичные исследования указывают на потенциальную пользу именно популяционных программ, а не оппортунистического скрининга, и на важность мониторинга участия в программах скрининга с учетом пола, социально-экономического статуса, этнической принадлежности и других детерминант. Помимо необходимости продумать организацию услуг здравоохранения, уменьшение несправедливости в отношении охвата скринингом требует решения вопроса о стратегиях в области коммуникации и взаимодействия с местными общинами, чтобы преодолеть возможные культурные и другие барьеры и выработать подходы, полнее отвечающие потребностям.

320. Одним из ключевых факторов риска в этиологии заболеваний в настоящее время стало отсутствие прав и возможностей, а имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что принцип расширения прав и возможностей – это не просто набор абстрактных ценностей: он приводит к конкретным улучшениям в протекании и исходе болезни. Расширение прав и возможностей, особенно прав наиболее уязвимых групп, таких как лица с тяжелыми психическими заболеваниями и лица с ограниченными возможностями, приносит ощутимую пользу на биологическом, психическом и общественном уровнях. Повышение санитарной грамотности населения и вооружение людей средствами для самостоятельного ведения заболеваний позволяет улучшать клинические исходы и качество жизни. Для оказания услуг, удовлетворяющих индивидуальным потребностям и ожиданиям пациента, при которых отношения между поставщиком медико-санитарной помощи и пациентом основаны на взаимном уважении и доверии и обеспечивается защита прав пациентов, важно привлекать членов семьи,

неформальных помощников по уходу, объединения пациентов и волонтерские организации к участию в планировании помощи и ухода.

321. Помогая людям самим принимать меры в отношении своих патологических состояний, можно добиться улучшения клинических и других исходов лечения. Вовлечение родственников, неформальных помощников по уходу и объединений пациентов и волонтеров в процесс планирования и оказания медико-санитарной помощи способствует выработке походов, более ориентированных на нужды конкретного человека. Повышение санитарной грамотности может помочь людям полноценно общаться и взаимодействовать со службами здравоохранения и другими службами и становиться активными партнерами в процессе ведения своих заболеваний.

322. Наконец, следует провести переоценку сквозь призму неравенства (то есть гендерного и социально-экономического статуса) существующих инструментов проведения обследований. Данные в отчетах и в процессе их распространения должны представляться именно в таком ракурсе – через призму неравенства.

Ключевые действующие субъекты

323. Эта область здравоохранения очень сложная, в ней действует много факторов риска и детерминант, которые лежат за пределами сектора здравоохранения. Для нее особое значение имеет сотрудничество между министерствами здравоохранения, финансов, развития, сельского хозяйства, транспорта, окружающей среды и образования. Решение самых сложных проблем здравоохранения требует установления связей и общения с заинтересованными партнерами вне государственного сектора, такими как международные организации, двусторонние комиссии, профессиональные объединения и неправительственные организации, частный сектор и академические круги. Значительная часть факторов, влияющих на неинфекционные заболевания, являются трансграничными (например, табачные изделия и пищевые продукты), и то же можно сказать и о некоторых потенциальных решениях, таких как финансовая помощь и помощь в целях развития, а также о кадровых ресурсах медико-санитарной помощи. Для поиска наднациональных решений наднациональных проблем нужно собирать форумы. Следует проводить оценку национальной политики в области развития человеческого потенциала и экономики, стратегий двусторонней и многосторонней помощи и региональных торговых соглашений (это лишь несколько примеров) на предмет их воздействия на неинфекционные заболевания.

324. Одним из главных механизмов достижения необходимых результатов являются альянсы и создание сетей. Многообещающей подвижкой за последние несколько лет стало создание сети NCDnet (Глобальной сети по неинфекционным болезням), которая представляет собой совместный проект между учреждениями Организации Объединенных Наций, межгосударственными организациями, академическими кругами, исследовательскими центрами, неправительственными организациями и деловыми кругами. В Европе был создан Европейский альянс по хроническим заболеваниям, в который вошли 10 некоммерческих научных организаций, представляющих более 100000 объединивших свои усилия медицинских работников.

325. Кроме того, для осуществления совместных действий по борьбе с неинфекционными заболеваниями появился Глобальный альянс по хроническим заболеваниям, созданный учреждениями, которые в совокупности распоряжаются около 80% всех средств, выделяемых на исследования в области общественного здравоохранения. В дополнение к этому следует доводить фактические данные исследований до лиц, вырабатывающих политику, чтобы избежать возможного непонимания или отсутствия связи между экспертами по неинфекционным заболеваниям, которые и так хорошо знают, о чем свидетельствуют данные, и лицами, которые не являются экспертами, и чье представление о проблеме может быть не столь полным. Данные, при условии их правильного анализа, интерпретации и подачи, могут быть мощным инструментом усиления стратегий.

326. Частный сектор, включая промышленность, также является важным действующим субъектом, как с точки зрения охраны здоровья своих работников, так и с точки зрения более широкого влияния в области таких специфических продуктов, как еда, напитки и фармацевтические изделия. Для взаимодействия с частным сектором есть широкое поле, но здесь возможны определенные трудности, поэтому нужна полная ясность в вопросе о возможном конфликте интересов, чтобы не давать частному сектору возможности получения конкурентного преимущества или влияния на нормы и правила.

327. Наконец, учитывая долгосрочный, а порой и пожизненный характер неинфекционных заболеваний, необходимо взаимодействие между социальными действующими субъектами, которые должны участвовать в предоставлении как медико-санитарной, так и социальной помощи и учитывать, как болезнь влияет на повседневную жизнь человека. Например, люди, страдающие хроническими заболеваниями, могут сталкиваться с дискриминацией на работе и в школе.

Вопросы стратегического руководства

328. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними требуют, в первую очередь, подходов с участием всего общества, предполагающих сотрудничество между государственным сектором, гражданским обществом и частным сектором. Более широкие детерминанты эпидемии неинфекционных заболеваний не могут контролироваться сектором здравоохранения – они лежат в таких сферах, как торговая и налогово-бюджетная политика, доступ к образованию и медико-санитарной помощи и городское планирование и обустройство. Решение проблемы требует взаимодействия с заинтересованными сторонами вне сектора государственного управления, то есть с международными структурами, двусторонними комиссиями, профессиональными ассоциациями, неправительственными организациями, частным сектором и академическими кругами. Стратегическое руководство, направленное на профилактику неинфекционных заболеваний, требует наличия механизмов, которые способствовали бы совместной работе разных секторов (и внутри одного и того же сектора) и на всех уровнях государственного управления – национальном, региональном и местном.

329. В разных секторах и на разных уровнях государственного управления можно осуществлять многие потенциально осуществимые меры. Вероятно, наиболее приоритетной и важной задачей является полномасштабная реализация во всех странах региона Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака вместе с общегосударственными мерами в областях законодательства, ценообразования, доступа к табачным изделиям и расширения перечня мест, где запрещено курение. Неотложные вмешательства, построенные на общегосударственном подходе, нужны также для контроля доступности алкоголя и снижения его потребления с помощью ценовых и других механизмов.

330. Страны Европейского региона ВОЗ уже сейчас располагают различными типами широких и узконаправленных стратегий, касающихся профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, однако слабым звеном может быть координация между ними. Для того, чтобы выработать более интегрированный подход к выработке и осуществлению стратегий, потребуется всеобъемлющая рамочная основа и механизмы практической реализации политики, такие как процесс определения общих целей и целевых показателей, единая информационная система, совместное осуществление проектов, общие сообщения для распространения в средствах массовой информации и совместная работа по планированию и установлению приоритетов.

331. Службы здравоохранения должны быть в состоянии принимать адекватные меры против современных проявлений инфекционных заболеваний. Однако традиционная модель помощи при острых эпизодических заболеваниях едва ли годится для удовлетворения долгосрочных потребностей людей с хроническими состояниями. Проблемы оказания интегрированной и скоординированной помощи часто возникают на стыке первичной и вторичной медико-санитарной помощи, медико-санитарной и

социальной помощи и лечебных услуг и услуг общественного здравоохранения, а также между профессиональными группами и специальностями. Эти проблемы могут усугубляться структурными барьерами, наличием отдельных нормативно-правовых и финансовых систем, различными культурами и различиями в системах руководства и подотчетности. Для ведения хронических состояний нужны подходы по строго определенной системе, при которых модели оказания услуг характеризовались бы сотрудничеством и взаимодействием, выходящим за рамки ведомственных разграничений, и между профессиями, поставщиками услуг и учреждениями в интересах людей, страдающих неинфекционными заболеваниями. Ключевую роль здесь играет координация помощи, и здесь невозможно обойтись без служб первичной медико-санитарной помощи. Механизмы системы здравоохранения, такие как системы оплаты, должны поощрять координацию, а не препятствовать ей, и способствовать непрерывности и преемственности помощи.

Чего можно достичь?

332. Две группы заболеваний – сердечно-сосудистые заболевания и рак – являются в Европейском регионе ВОЗ причиной почти трех четвертей всех случаев смерти, а три основные группы заболеваний – сердечно-сосудистые, рак и психические расстройства – вызывают более половины всего бремени болезней (измеряемого в единицах DALY). Значительную часть случаев преждевременной смерти можно предотвратить: по имеющимся оценкам, предотвратимы не менее 80% всех сердечных заболеваний, инсультов и диабета 2 типа и по крайней мере треть всех случаев рака. Неравенство в распределении бремени неинфекционных заболеваний в странах и между странами свидетельствует о том, что потенциал для улучшения здоровья все еще очень велик.

333. Главным приоритетом является реализация эффективных вмешательств на более справедливой основе и в необходимых масштабах и обеспечение более полной отдачи от применения имеющихся знаний с большей справедливостью. У неинфекционных заболеваний много общих факторов риска, общих коренных детерминант и общих возможностей для вмешательства, как на протяжении всего течения болезни, так и на протяжении всей жизни. Например, почти 60% бремени заболеваний в Европе приходится на семь ведущих факторов риска: употребление табака, употребление алкоголя, высокое кровяное давление, холестерин, избыточная масса тела, низкое потребление фруктов и овощей и недостаточная физическая активность. Применение интегрированного подхода, исходящего из наличия общих факторов риска, к профилактике заболеваний и ведению хронических болезней может быть полезным сразу для нескольких состояний.

334. В Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на первый план выдвигается всеобъемлющий и интегрированный подход к неинфекционным заболеваниям, в соответствии с которым основной упор делается на программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний на популяционном уровне, активную целенаправленную работу с группами и отдельными лицами, которым угрожает повышенный риск, обеспечение максимального охвата населения эффективными услугами лечения и ухода и интеграцию политики и практических действий по сокращению несправедливости в отношении здоровья.

335. Говоря о потенциальном воздействии на смертность и заболеваемость, особого внимания заслуживают следующие пять практических направлений:

- меры в налогово-бюджетной сфере и в сфере маркетинга, например, в отношении табачных изделий, пищевых продуктов и алкоголя;
- снижение потребления трансжирных кислот и насыщенных жиров;
- снижение потребления соли;
- оценка и снижение кардиометаболического риска и

- раннее выявление рака путем повышения осведомленности о ранних признаках и симптомах и проведения скрининга.

336. К этому можно добавить рассмотрение вопроса о возможности вакцинации против типов рака, предотвратимых с помощью вакцин (это касается вакцинации против гепатита В как причины рака печени и папилломавируса человека как причины рака шейки матки и других типов рака). Что касается потенциального влияния на качество жизни, следует особо отметить еще одно важное направление – паллиативный уход (то есть уход на конечной стадии жизни), особенно, эффективное купирование боли. Действенность мер по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними будет повышена благодаря синергетическим связям с деятельностью в области окружающей среды и охраны здоровья: это, например, содействие активным способам передвижения путем усовершенствования городского планирования и работа по укреплению здоровья на предприятиях и в организациях.

Психическое здоровье

Анализ ситуации

337. Психические расстройства являются второй по значимости составляющей бремени болезней (DALYs) в Европейском регионе (19%) и самой главной причиной потери трудоспособности. Старение населения ведет к повышению распространенности деменции. Распространенные психические расстройства (депрессия и невроз тревоги) каждый год поражают примерно каждого четвертого в общей популяции. При этом около 50% всех людей, страдающих психическими расстройствами, не получают никакого лечения. Главные причины, которые препятствуют обращению за помощью – это стигматизация и дискриминация.

338. Психическое здоровье является одним из главных факторов, способствующих несправедливости в отношении здоровья в Европе. Психические расстройства вызывают серьезные последствия не только для данного человека и членов его семьи, но и для конкурентоспособности экономики и благополучия общества. Нарушенное психическое здоровье – это одновременно и следствие, и причина несправедливости, бедности и социальной отверженности. Нарушение психического здоровья также является серьезным фактором риска заболеваемости и смертности от других заболеваний. Доказано, что наличие особенно депрессии сильно влияет на показатели выживаемости при сердечно-сосудистых заболеваниях и раке. Депрессивное расстройство среди женщин встречается в два раза чаще, чем среди мужчин.

339. Политика и законодательство в области охраны психического здоровья имеются практически во всех странах Европейского региона, однако потенциал и качество услуг в странах по-прежнему неодинаковы. Если одни страны полностью или частично отказались от специализированных учреждений стационарного типа, заменив их на оказание разнообразных услуг по месту жительства и на базе местных общин, то многие другие страны по-прежнему полагаются на базовые и традиционные психологические службы и расходуют на специализированные психиатрические учреждения стационарного типа до 90% средств, выделяемых на охрану психического здоровья. Инвестиции же в программы обеспечения благополучия и профилактики расстройств в детском возрасте (которые часто являются предвестниками пожизненных страданий) практически отсутствуют.

340. Наиболее оправданной с точки зрения соотношения затрат и результатов мерой вмешательства на популяционном уровне является создание рабочих мест либо в государственном секторе, либо – с помощью стимулов – в частном. Растущий интерес представляет взаимосвязь между занятостью и психическим здоровьем, поскольку службы гигиены труда могут выявлять людей, входящих в группу риска, уже на ранних стадиях. Это может также способствовать повышению уровня здоровья и

производительности труда рабочей силы и приносить вторичную пользу для семей и местных общин.

341. Для групп риска эффективными могут быть такие вмешательства на уровне общественного здравоохранения, как скрининг и информирование. Люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем, должны выявляться в первичном звене медико-санитарной помощи, а людей с тяжелыми состояниями следует направлять в специализированные службы.

Эффективные решения

342. Одна из сложных задач в области охраны психического здоровья заключается в том, чтобы поддерживать благополучие населения в период замедления экономического роста и вынужденного урезания государственных расходов. Это может приводить к росту безработицы и бедности, с которыми ассоциирует риск депрессии, в то время как бюджет служб охраны психического здоровья оказывается под угрозой сокращения.

343. Некоторые страны в ответ на угрозу для психического здоровья населения расширяют услуги по консультированию. Также растет понимание связи между долгами и депрессией, поэтому службы консультирования по вопросам задолженности по расчетам играют очень важную роль в обеспечении финансовой защищенности.

344. В соответствии с подходом к медико-санитарной помощи, основанным на соблюдении прав, услуги по охране психического здоровья должны быть безопасными и направленными на поддержку пациентов, и к каждому пациенту необходимо относиться с уважением и соблюдением его человеческого достоинства. Люди, получающие психиатрическую помощь, должны принимать участие в принятии решений, касающихся оказания им индивидуальной помощи. Специалисты служб охраны психического здоровья должны поощрять пациентов к самостоятельному принятию решений об оказании им медико-санитарной помощи и предоставлять им в помощь всю необходимую для этого информацию, а люди, пользующиеся услугами по охране психического здоровья, должны вовлекаться в планирование, предоставление, мониторинг и оценку этих услуг.

345. Наличие угрозы для психического здоровья населения дает возможность установить связи между секторами, которые зависят друг от друга, но не имеют традиции работать вместе – например, управления социальных льгот, консультанты по вопросам задолженности и службы охраны психического здоровья в местных общинах. Обеспечить оперативность и эффективность в работе невозможно без координации, и сотрудники общинных служб охраны психического здоровья вполне могли бы взять эту роль на себя.

346. ВОЗ разработала Программу действий по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP), в которой конкретно излагаются эффективные вмешательства в отношении психических расстройств. Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время работает над стратегией в области психического здоровья, в которой определены пути улучшения психического благополучия населения, предусмотрены меры по профилактике развития психических расстройств и обеспечивается справедливый доступ к качественным услугам в данной сфере. Региональное бюро также ведет работу с государствами-членами по созданию компетентных кадров в области охраны психического здоровья, способных решать эти проблемы.

Сквозь призму социальной справедливости

347. Люди, страдающие психическими расстройствами, чаще других испытывают на себе несправедливость, стигматизацию и дискриминацию как в системе здравоохранения, так и во всех сферах жизни общества. Подобные барьеры осложняют для таких групп населения, как этнические, религиозные или другие меньшинства,

мигранты, беженцы и люди с ограниченными возможностями, получение от своего сообщества надлежащей медико-санитарной помощи по поводу психических и соматических расстройств, поддержки и лечения в процессе и после оказания психиатрической помощи.

Чего можно достичь?

348. Системы психиатрической помощи расширили рамки своей традиционной деятельности, которая была сосредоточена на лечении и профилактике психических заболеваний. Политика в области охраны психического здоровья, соответствующее законодательство и стратегии реализации политики претерпевают изменения, в результате которых будут созданы структуры и ресурсы, направленные на расширение прав и возможности людей с проблемами психического здоровья, чтобы дать им возможность в полной мере реализовать свой внутренний потенциал и полноценно участвовать в общественной и семейной жизни. Достичь этого можно только путем оказания услуг и осуществления мероприятий по расширению возможностей и отдельных людей, и местных сообществ, а также по защите и пропаганде прав человека. Новая Европейская стратегия по охране психического здоровья призвана помочь государствам-членам достичь поставленных целей.

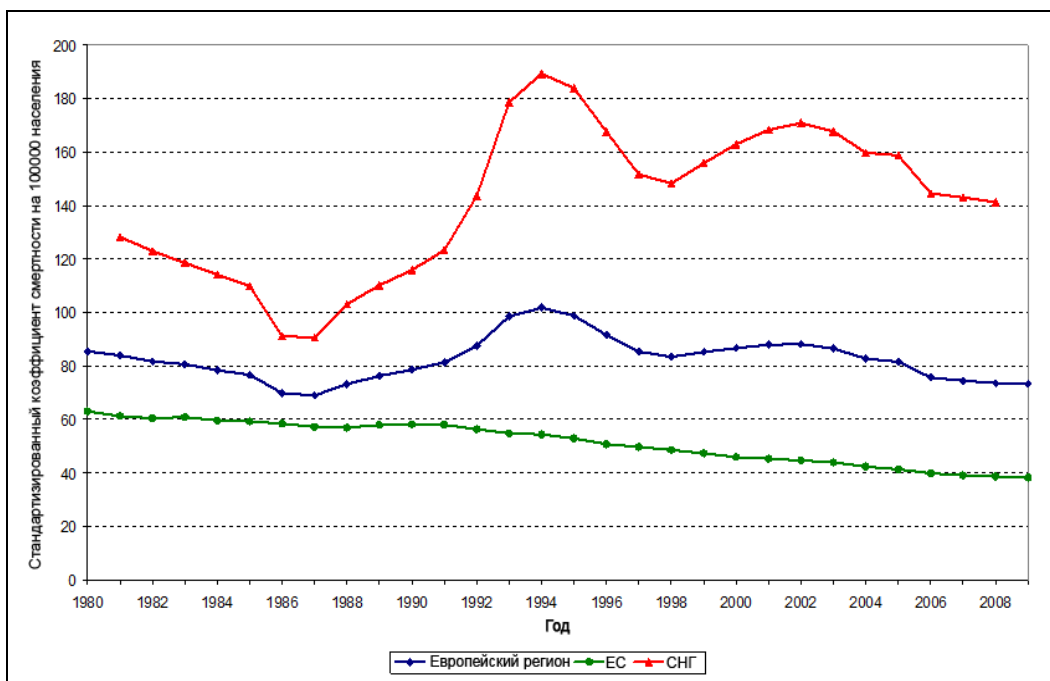
Травматизм и насилие

Анализ ситуации

349. В Европейском регионе ВОЗ травмы, как непреднамеренные (вызванные дорожно-транспортными происшествиями, отравлениями, утоплениями, пожарами и падениями), так и нанесенные умышленно (в результате межличностного насилия и насилия, направленного на себя), являются причиной 800000 случаев смерти. Это ведущая причина смерти среди людей в возрасте 5-44 лет. Наибольшая доля в бремени травматизма приходится на дорожно-транспортный травматизм, отравления, межличностное насилие и насилие, направленное на себя. Травматизмом обусловлены 9% всех случаев смерти в Европейском регионе, но в то же время травмы составляют 14% бремени заболеваний, выраженного в DALYs. Несмотря на общую тенденцию к сокращению травматизма, в период социально-экономических и политических преобразований смертность, обусловленная травматизмом, возрастает (рис. 3). Травматизм является одной из ведущих причин несправедливости в отношении здоровья в регионе: показатели смертности в странах СНГ по-прежнему в 4 раза выше, чем в ЕС, а 76% всех случаев смерти приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.

350. На национальном уровне травматизм и насилие тесно связаны с определенными социально-экономическими классами и являются одной из основных причин несправедливости в отношении здоровья. Имеются факторы риска, которые являются общими для разных типов травматизма: это злоупотребление алкоголем и наркотиками, бедность, лишения, низкий уровень образования и опасная среда проживания. Эти общие факторы влияют и на другие области болезни, такие как неинфекционные заболевания, что открывает возможности для совместных действий. Многие из этих факторов риска социально обусловлены. При выработке стратегий по профилактике необходимо предусматривать меры воздействия на коренные структурные факторы, а также меры, направленные на изменение связанного с риском поведения на индивидуальном и популяционном уровнях.

Рисунок 3. Стандартизированные коэффициенты смертности на 100000 населения от всех травм в Европейском регионе ВОЗ, ЕС и СНГ, 1980 – 2009 гг.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [в онлайн-режиме].

Эффективные решения

351. В Регионе находятся страны, которые входят в число самых безопасных стран в мире. Если бы во всех странах уровень обусловленной травматизмом смертности соответствовал наиболее низким национальным показателям, то в регионе можно было бы спасти около 500000 жизней, которые каждый год теряются из-за травм. Страны с низким уровнем травматизма вкладывали средства в обеспечение безопасности, считая это обязанностью всего общества, и добились снижения травматизма благодаря сочетанию законодательных и правоприменительных мер, инженерных решений и образования, что позволило им создать безопасные условия для жизни и предпосылки для безопасного поведения людей (например, на дорогах, дома и в местах, где проходит ночная жизнь). Такие меры требуют участия не только сектора здравоохранения, но и других секторов, и самая большая трудность в профилактике насилия и травматизма и борьбе с ними состоит в том, чтобы эти меры вошли в число первых пунктов повестки дня лиц, вырабатывающих политику, и тех, кто будет реализовывать эту политику на практике в секторе здравоохранения и в других секторах. В настоящее время рекомендуется применять подход, охватывающий все этапы жизни человека, и вмешательства на ранних этапах принесут пользу для последующих этапов и для всех поколений.

352. Объем фактических данных об эффективных стратегиях профилактики травматизма и насилия постоянно растет, подтверждается положительное соотношение затрат и результатов многих стратегий, и это свидетельствует о том, что инвестиции в безопасность приносят выгоду всему обществу. Например, каждый евро, вложенный в детские автокресла, позволяет сэкономить 32 евро, в мотошлемы – 16 евро, в устройства пожарной сигнализации – 69 евро, в программы посещения на дому с целью просвещения родителей по вопросу о насилии над детьми – 19 евро, в профилактическое консультирование специалистами-педиатрами – 10 евро, а в токсикологические центры –

7 евро. ВОЗ предложила 100 основанных на фактических данных мер вмешательства, осуществление которых позволило бы резко сократить несправедливость в отношении бремени травматизма в регионе. Сюда входят и популяционные, и индивидуальные подходы к профилактике, такие как снижение злоупотребления алкоголем, которое является одним из главных факторов риска травматизма и насилия. Эффективные с точки зрения соотношения затрат и результатов вмешательства на популяционном уровне включают нормативное регулирование, рассмотрение возможности принятия ценовой политики, регламентацию рекламы и проведение врачами на целевом уровне коротких консультаций. Стратегия ВОЗ заключается в том, чтобы вместе с государствами-членами отстаивать необходимость реализации вышеупомянутых 100 программ, опираясь в этой работе на резолюцию RC55/R9 Европейского регионального комитета о профилактике травматизма. Периодические обследования говорят о достижении существенного прогресса, хотя еще предстоит сделать намного больше.

353. К примерам конкретных сфер деятельности можно отнести Десятилетие действий ООН по безопасности дорожного движения 2011-2020 гг., старт которому был дан 11 мая 2011 г. Многие страны региона включили вопросы безопасности дорожного движения в свою национальную повестку дня. ВОЗ сотрудничает с министерствами здравоохранения и другими партнерами в их усилиях по достижению национальных целевых показателей, которые во многих странах предусматривают снижение к 2020 г. вдвое числа случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий. Для обеспечения информационно-пропагандистской поддержки мер, направленных на то, чтобы остановить цикл насилия, в нескольких странах проводятся обследования, посвященные негативным переживаниям в детском возрасте. Результаты обследований представляются при проведении национальных диалогов по вопросам политики, в процессе которых особая приоритетность придается включению мер по предупреждению ненадлежащего обращения с детьми в программы по охране здоровья и развитию детей. Ставится также цель активизировать усилия и в двух других незаслуженно забытых областях политики – в сфере профилактики насилия среди молодежи и профилактики ненадлежащего обращения с людьми пожилого возраста.

Ключевые действующие лица и партнеры

354. Профилактика травматизма и насилия требует межсекторальных действий. Системы здравоохранения должны играть лидирующую роль в координации ответных мер со стороны различных секторов и заинтересованных партнеров, чтобы вопросы профилактики стали приоритетными во всей их деятельности. В Европейском регионе существует широкий круг заинтересованных партнеров, включая Европейскую комиссию, другие учреждения ООН, такие как ЮНИСЕФ и Европейская экономическая комиссия ООН, двусторонние комиссии, благотворительные организации, профессиональные ассоциации и неправительственные организации, сотрудничающие центры ВОЗ, научные круги и частный сектор (например, транспортная индустрия). Все больше интереса к профилактике насилия и травматизма проявляют организации, действующие в сфере общественного здравоохранения, такие как Европейская ассоциация общественного здравоохранения (EUPHA) и Ассоциация школ общественного здравоохранения в Европейском регионе (ASPHER). На национальном уровне ключевыми партнерами ВОЗ являются координаторы по профилактике насилия и травматизма при министерствах здравоохранения (по крайней мере по одному в каждой стране). Они формируют и реализуют на уровне стран региональную повестку дня, а также вместе с ВОЗ осуществляют общую стратегию "Жизнь без травм в Европе" (LIVE). Для этого координаторы устанавливают партнерские взаимоотношения с другими секторами на национальном уровне.

Вопросы стратегического руководства

355. Воздействие на более широкие детерминанты травматизма и насилия, связанные с обществом и окружающей средой, требует подхода на уровне и с участием всего общества. Профилактика травматизма и насилия является многосекторальной задачей, и сектор здравоохранения нуждается в механизмах стратегического руководства, которые позволят ему взаимодействовать с другими секторами, являющимися важными партнерами в области профилактики, такими как секторы юстиции, транспорта, образования, финансов и социального обеспечения. Это требует общегосударственного подхода, чему могут способствовать резолюции Генеральной ассамблеи ООН (например, по безопасности дорожного движения и по правам ребенка). Вопросы безопасности должны занять важное место в повестках дня других секторов. Одним из примеров многосекторальных действий является Десятилетие действий ООН по безопасности дорожного движения.

Сквозь призму равенства

356. Для преодоления крайней социальной несправедливости в вопросах охраны здоровья многим странам следует выработать более справедливую и отвечающую принципам равенства социальную политику и политику в области здравоохранения. Инвестиции в программы профилактики в раннем детстве с акцентом на проблемы социально-экономических лишений на популяционном уровне (например, обеспечение всеобщего доступа детей к образованию и обучение социальным навыкам в рамках школьных программ), или в целевые программы (такие как программы выработки позитивного отношения к родительским обязанностям и программы медицинского патронажа в бедных районах) позволят смягчить проблему социальной несправедливости на ранних этапах жизни и тем самым помогут предотвратить насилие в дальнейшей жизни и разорвать цикл насилия, и укрепить справедливость в отношении здоровья. Содействие укреплению гендерной справедливости (например, принятие законов о гендерном равенстве) будет способствовать предотвращению насилия, обусловленного гендерными различиями. Реализация на популяционном уровне различных мер с помощью законодательства (таких как установление минимальной цены на алкоголь и контроль за соблюдением скоростного режима на дорогах) будет способствовать преодолению несправедливости в отношении межличностного насилия и дорожно-транспортного травматизма.

Чего можно достичь?

357. Реализация основанных на фактических данных вмешательств позволит уменьшить несправедливость в отношении бремени травматизма. Всемирной организацией здравоохранения было предложено реализовать 100 таких программ, и она осуществляет мониторинг их реализации. Задача профилактики травматизма и насилия заключается в том, чтобы способствовать реализации этих мер, а поскольку некоторые из них лежат вне сферы ответственности здравоохранения, необходимо усилить роль систем здравоохранения как стратегического лидера и организатора работы по профилактике, основанной на принципе справедливости. В число этих функций входят информационно-пропагандистская деятельность и выработка политики, профилактика и контроль, эпиднадзор, исследования и оценка, а также оказание услуг по лечению и реабилитации жертв травматизма. Организационно-кадровый потенциал, необходимый сектору здравоохранения для выполнения этих функций, может быть создан и усилен с помощью разработанного ВОЗ учебного плана TEACH VIP, который должен быть включен в качестве одной из составляющих в программы подготовки медицинских работников.

Инфекционные болезни

Анализ ситуации

358. Хотя инфекционные болезни не входят в число основных причин утраты DALY в Европейском регионе, они по-прежнему являются причиной значительного количества предотвратимых случаев заболевания и преждевременной смерти во всем регионе. Несмотря на достигнутые во многих странах великолепные успехи, например, в области борьбы против полиомиелита, кори, малярии и передачи ВИЧ от матери к ребенку, в Европейском регионе сохраняются серьезные трудности в области борьбы против ВИЧ-инфекции, туберкулеза и заболеваний, предупреждаемых с помощью вакцин. Также всеобщую обеспокоенность по поводу возможности сохранить общий прогресс, достигнутый в деле борьбы против инфекционных заболеваний в регионе, вызывает возникновение организмов, устойчивых к антибиотикам. Более того, постоянное попадание в регион через многочисленных приезжающих из других стран и через глобальную пищевую цепочку экзотических возбудителей инфекций, многие из которых обладают эпидемическим потенциалом, еще в большей степени подчеркивает важность соблюдения повышенной бдительности и приверженности непрерывной работе по профилактике и контролю инфекционных заболеваний.

359. Борьбе с инфекционными заболеваниями в Европейском регионе препятствует общая самоуспокоенность относительно риска, создаваемого инфекционными заболеваниями, что слишком часто приводит к неудовлетворительному контролю инфекций, недостаточному охвату иммунизацией и неправильному использованию антибиотиков. Такая самоуспокоенность имеет место в регионе, несмотря на:

- вызывающее тревогу появление патогенов, устойчивых к противомикробным препаратам, особенно к антибиотикам;
- неожиданное возвращение в Европейский регион ранее почти искорененных заболеваний, предупреждаемых с помощью вакцин, таких как корь, краснуха и полиомиелит;
- частые вспышки пищевых токсикоинфекций и
- возрастающую глобализацию и усиливающуюся взаимосвязанность всего мира, что в последние годы стало приводить к попаданию в Европейский регион заболеваний с эпидемическим потенциалом, таких как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) и грипп H1N1.

360. Однако одним из главных препятствий на пути эффективной борьбы с инфекционными заболеваниями, особенно среди уязвимых, мобильных, подвергающихся стигматизации или труднодоступных групп населения, остается недостаточный доступ к услугам здравоохранения во многих странах Европейского региона.

361. Неконтролируемые инфекционные заболевания в Европейском регионе также наносят существенный экономический ущерб, который во многих случаях вполне возможно предотвратить. Этот ущерб включает значительное число случаев невыхода на работу по причине предупреждаемых с помощью вакцин заболеваний, таких как сезонный грипп, а также большие убытки для туризма, торговли и транспорта, причиняемые неожиданными вспышками таких заболеваний, как менингит и легионеллез. Помимо гриппа, туберкулеза и ВИЧ, к заболеваниям, имеющим большое значение для общественного здравоохранения в Европейском регионе, относятся:

- вирусный гепатит (А, В и С);
- инфекции, связанные с медико-санитарной помощью, многие из которых вызваны организмами с лекарственной устойчивостью;
- несколько заболеваний, обладающих эпидемическим потенциалом и приводящих к вспышкам болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, такие как корь и полиомиелит;
- легионеллез;

- вспышки пищевых токсикоинфекций;
- тиф;
- зоонозы, такие как бруцеллез и сибирская язва, и
- вспышки трансмиссивных заболеваний, таких как геморрагическая лихорадка Крым-Конго, лихорадка Западного Нила или лихорадка денге.

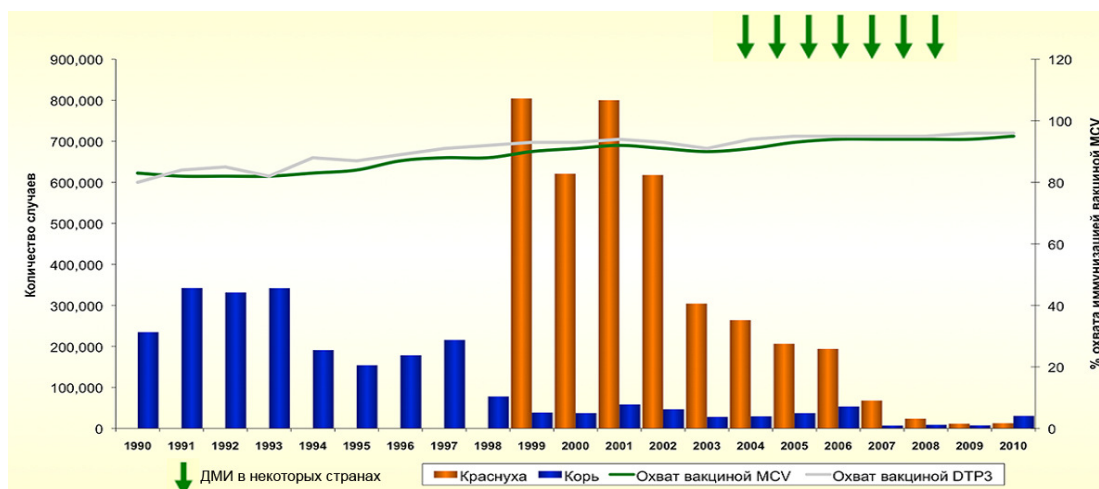
362. В Регион также постоянно завозятся инфекционные агенты, эндемичные для других регионов, например, малярия *Plasmodium falciparum* и холера.

363. Большую роль в борьбе с инфекционными заболеваниями играют активные партнерские взаимоотношения с государствами-членами и ключевыми организациями и учреждениями в Европейском регионе, такими как Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC), специализированные Сотрудничающие центры ВОЗ, крупные национальные ведомства, такие как Российская Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), международные организации, такие как ЮНИСЕФ, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО), Всемирная организация по охране здоровья животных, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), и крупные фонды, такие как Фонд Билла и Мелинды Гейтс.

Заболевания, предупреждаемые с помощью вакцин

364. Создание несколько десятилетий назад национальных программ по иммунизации привело к высокому уровню положительного восприятия иммунизации населением и к замечательным успехам в деле вакцинации: охват населения большинством вакцин превысил 90%. В последние годы, однако, наблюдается тенденция к снижению процента охвата. У людей изменилось восприятие риска: вместо опасностей болезней, угрожающих не прошедшим вакцинацию людям, большие опасения стали вызывать побочные эффекты, связанные с самими вакцинами. Усугубили такое измененное восприятие риска группы, выступающие против вакцинации. Возвращение кори, особенно в западной части Европейского региона, и полиомиелита в Центральной Азии должно быть незамедлительно воспринято как серьезный сигнал тревоги для всех стран Европейского региона, который в 2002 г. был объявлен свободным от полиомиелита и который первоначально намеревался искоренить к 2010 г. корь и краснуху (сейчас этот срок сдвинут до 2015 г.). Важными средствами охраны здоровья населения и вмешательствами, позволяющими спасти людям жизнь, остаются и другие детские вакцины, например, против свинки, ветряной оспы, столбняка, коклюша и дифтерии (рис. 4).

Рисунок 4. Заболеваемость корью и краснухой и охват иммунизацией коревой вакциной (MCV) и вакциной от дифтерии, столбняка и коклюша (DTP3) в Европейском регионе ВОЗ, 1990 – 2009 гг.



Источники: оценочные данные об охвате на региональном уровне ВОЗ/ЮНИСЕФ; Единая форма отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ и ежемесячная отчетность по кори и краснухе в систему CISID (база данных в онлайн-режиме)

365. Улучшению здоровья населения к 2020 г. будет напрямую способствовать и создание новых безопасных, действенных и доступных по стоимости вакцин. В этом контексте можно отметить внедрение эффективных и безопасных вакцин против *Haemophilus influenzae* типа В, инвазивной пневмококковой болезни, вирусного гепатита В, менингококкового менингита, ротавируса и папилломавируса человека для профилактики рака шейки матки. Последний пример демонстрирует доказанную недавно важную роль инфекционных агентов в развитии некоторых видов рака, которые наводят своеобразный мост между инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Эффективные решения

366. Несмотря на свои побочные эффекты (которые в редких случаях могут быть тяжелыми), вакцины представляют собой вмешательства, основанные на фактических данных, и в первую очередь именно они позволили резко снизить детскую смертность в Европейском регионе, особенно во второй половине XX века. Это достижение не должно быть утрачено, поэтому следует и далее развивать специальные информационно-пропагандистские кампании, такие как Европейская неделя иммунизации. Хотя в некоторых странах реализация национальных программ иммунизации и внедрение новых вакцин проходит не без трудностей, мобилизация ВОЗ и ее партнеров, таких как ЮНИСЕФ, Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), Фонд Ротари, Программа надлежущей технологии здравоохранения (РАТН) и Фонд Билла и Мелинды Гейтс, внесет значительный вклад в придание нового импульса этим основанным на фактических данных вмешательствам. Эти планы смогут материализоваться в рамках инициативы "Десятилетие вакцин 2011-2020 гг.", которая охватывает всю систему здравоохранения, а также частный сектор, включая промышленность и неправительственные организации, и общество в целом. Европейская неделя иммунизации, которая в настоящее время проводится каждый год практически во всех странах Европейского региона, позволит еще больше повысить осведомленность населения об уникальной ценности вакцин, которые, по словам Билла Гейтса, являются "самой лучшей инвестицией, какая только возможна".

Устойчивость к антимикробным средствам

367. За период с 1944 по 1972 г. продолжительность жизни в Европейском регионе увеличилась на восемь лет, и этому в большой степени способствовало применение антибиотиков. Сегодня это достижение оказывается под угрозой из-за того, что во всем мире, в том числе и в Европейском регионе, растет и вызывает все большую тревогу проблема устойчивости к противомикробным препаратам. Эти спасительные лекарства становятся неэффективными или крайне дорогими, что создает серьезные технические и финансовые проблемы для тех, кто их принимает, а также для врачей и систем здравоохранения во всем мире, особенно в странах с ограниченными ресурсами. Это относится ко многим распространенным бактериальным инфекциям, таким как инфекции мочеполовых путей и пневмония, но еще более ярко это проявляется при лечении туберкулеза, когда все чаще приходится сталкиваться с устойчивостью к антибиотикам не только первого, но и второго ряда (туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и широкой лекарственной устойчивостью).

368. Устойчивость к антибиотикам имеет высокую распространенность в 27 государствах-членах ЕС, а в нескольких странах она достигла 25% и выше. В одном только ЕС это приводит дополнительно к 25000 случаев смерти в год, а дополнительные расходы на медико-санитарную помощь и расходы общества в целом составляют не менее 1,5 миллиардов евро.

369. Более того, устойчивые к антибиотикам бактерии могут беспрепятственно пересекать границы, как это демонстрирует подробно зафиксированный в документах случай распространения бактерий, содержащих металло-бета-лактамазу из Нью-Дели-1 (NDM-1) – фермент, который делает их устойчивыми к широкому спектру антибиотиков, включая лекарства, такие как карбапенем, которые уже применяются для лечения устойчивых к антибиотикам инфекций. Эта ситуация вызывает особое беспокойство в условиях, когда на протяжении последних трех десятилетий не было создано доступных по стоимости и эффективных новых классов антибиотиков, особенно предназначенных для борьбы с грамотрицательными бактериями.

370. Механизм возникновения организмов с лекарственной устойчивостью в настоящее время хорошо изучен; его причиной является неправильное применение антибиотиков, которые применяются либо в недостаточных, либо в избыточных количествах при лечении как людей, так и сельскохозяйственных животных. Неудовлетворительные меры инфекционного контроля, особенно в больницах и клиниках, напрямую способствуют распространению организмов с лекарственной устойчивостью посредством инфекций, связанных с медико-санитарной помощью.

Эффективные решения

371. Для уменьшения числа случаев неправильного применения антибиотиков требуется незамедлительно наладить широкое и межсекторальное партнерство. Новые инициативы в области эпиднадзора совместно с такими партнерами, как Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний, позволят лучше документально фиксировать масштаб устойчивости к антибиотикам во всем Европейском регионе. Работать нужно и вместе с сектором сельского хозяйства, где антибиотики часто используются как стимуляторы роста животных, что также способствует выработке противомикробной резистентности. Общий тезис заключается не в том, что "не нужно использовать антибиотики", а в том, что "нужно использовать антибиотики правильно". Стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам в Европейском регионе ВОЗ строится на опыте вмешательств, которые при осуществлении в комплексе оказались эффективными (например, в скандинавских странах). План действий охватывает семь основных областей:

- стимулирование межсекторальной координации на уровне стран;
- укрепление системы эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам;
- укрепление системы эпиднадзора и содействие в выполнении функции стратегического лидера в области надлежащего применения противомикробных лекарственных препаратов;
- укрепление эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным препаратам и их применением в животноводстве;
- улучшение инфекционного контроля и стратегического лидерства в области устойчивости к противомикробным препаратам в условиях оказания медико-санитарной помощи;
- содействие научным исследованиям и инновациям в области новых лекарственных препаратов и технологий и
- обеспечение безопасности пациентов и повышение осведомленности об использовании противомикробных препаратов и устойчивости к ним.

372. Важно также и то, что исследования показывают, что даже простых мер инфекционного контроля, таких как мытье рук, уже достаточно для существенного снижения распространенности устойчивых к антибиотикам бактерий, таких как широко распространенная бактерия *Staphylococcus aureus*, устойчивая к метициллину (MRSA) – одна из основных нозокомиальных (или внутрибольничных) инфекций.

373. По решению директора Европейского регионального бюро ВОЗ борьба с устойчивостью к антибиотикам стала предметом отдельной программы, осуществляемой под ее руководством.

ВИЧ-инфекция

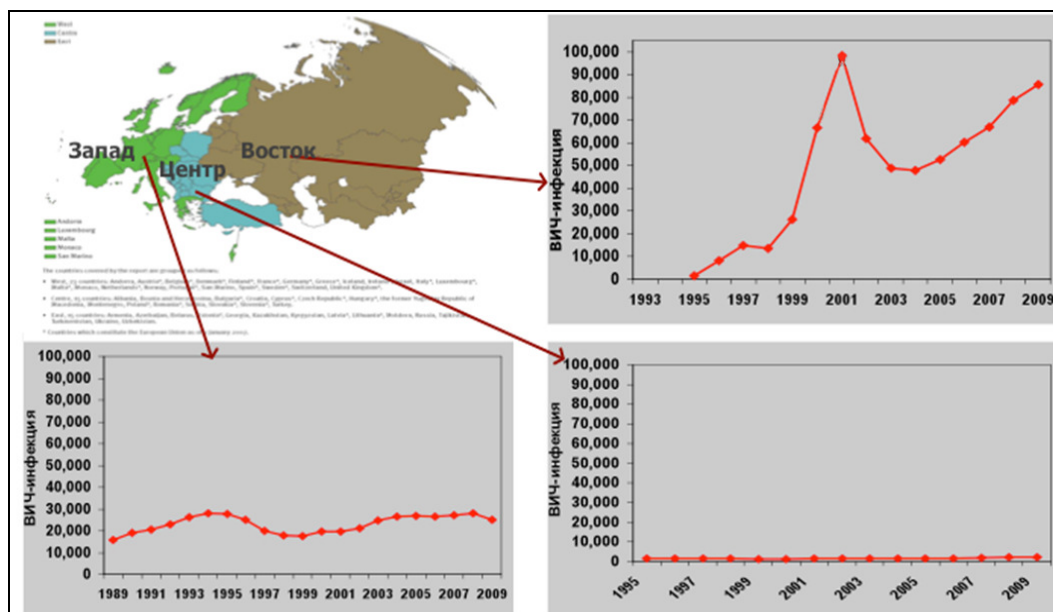
374. В Европейском регионе эпидемия ВИЧ (рис. 5) демонстрирует на удивление разные эпидемиологические модели: в западной части региона эпидемия остановлена; в центре региона она только начинается, а в восточной части по-прежнему стремительно разрастается. Хотя эпидемия в основном поражает группы риска, стабильный рост в восточной части региона числа новых выявляемых случаев с диагнозом ВИЧ-инфекция представляет собой уникальную ситуацию как для Региона, так и для всего мира.

375. Помимо этой уникальной эпидемиологической ситуации, в Восточной Европе и Центральной Азии отмечаются одни из наиболее низких в мире показателей охвата антиретровирусной терапией нуждающихся в лечении людей, живущих с ВИЧ: менее 20%.

376. В целом распространенность ВИЧ-инфекции и обусловленное ею экономическое бремя, скорее всего, возрастут в силу таких причин, как увеличение количества людей, приобретающих ВИЧ-инфекцию, увеличение продолжительности выживания благодаря антиретровирусной терапии, старение людей, живущих с ВИЧ, и увеличение риска других хронических заболеваний. В ближайшем будущем ВИЧ станет одним из наиболее дорогостоящих хронических заболеваний.

377. В Европейском регионе ВОЗ людям, живущим с ВИЧ, из-за их ВИЧ-позитивного статуса отказывали и до сих пор отказывают во въезде в некоторые страны или подвергают их депортации. Это способствует стигматизации таких людей и, как было показано, не помогает в борьбе с эпидемией, поскольку здесь основную роль играет всеобщий доступ к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке.

Рисунок 5. Количество новых выявленных случаев с диагнозом ВИЧ-инфекция по географическим районам в Европейском регионе ВОЗ, 1989-2009 гг.



Источник: HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2010.

378. Однако нужно отметить и позитивные признаки перемен: например, в странах в восточной части Европейского региона демонстрируется неплохой прогресс в интегрировании профилактики ВИЧ в услуги в области охраны материнства и здоровья новорожденных и всех детей, в результате чего 93% беременных женщин в Европейском регионе получили антиретровирусную профилактику для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Эффективные решения

379. Страны Европейского региона ВОЗ способны добиться значительных изменений в ситуации и обратить вспять эпидемию ВИЧ. В основу эффективных стратегий и вмешательств, стимулирующих принятие действенных ответных мер против эпидемии ВИЧ, кладется достаточный объем научных данных и накопленный опыт проектов и вмешательств, которые осуществлялись в Европейском регионе. Совершенно очевидно большое значение укрепления политической мобилизации и лидерства для принятия ответных мер и концентрации усилий на ключевых группах риска заражения и передачи ВИЧ. В некоторых странах потребуется радикально изменить подходы к планированию и осуществлению программ и услуг в области ВИЧ. Достижения в процессе реализации глобальных мер реагирования на эпидемию ВИЧ часто основаны на нескольких хорошо финансируемых, но разрозненных мероприятиях. Пришло время в тесном взаимодействии с государствами, ЮНЭЙДС, гражданским обществом и Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией активизировать деятельность по увязыванию и интегрированию национальных программ по ВИЧ/СПИДу с более широкими повестками дня в области здоровья и развития. Это и является целью Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012-2015 гг.

380. Можно более широко применять стратегии профилактики для борьбы с растущим бременем эпидемии ВИЧ-инфекции и других хронических заболеваний, поражающих людей, живущих с ВИЧ. Опыт показывает, что наиболее эффективные стратегии обычно

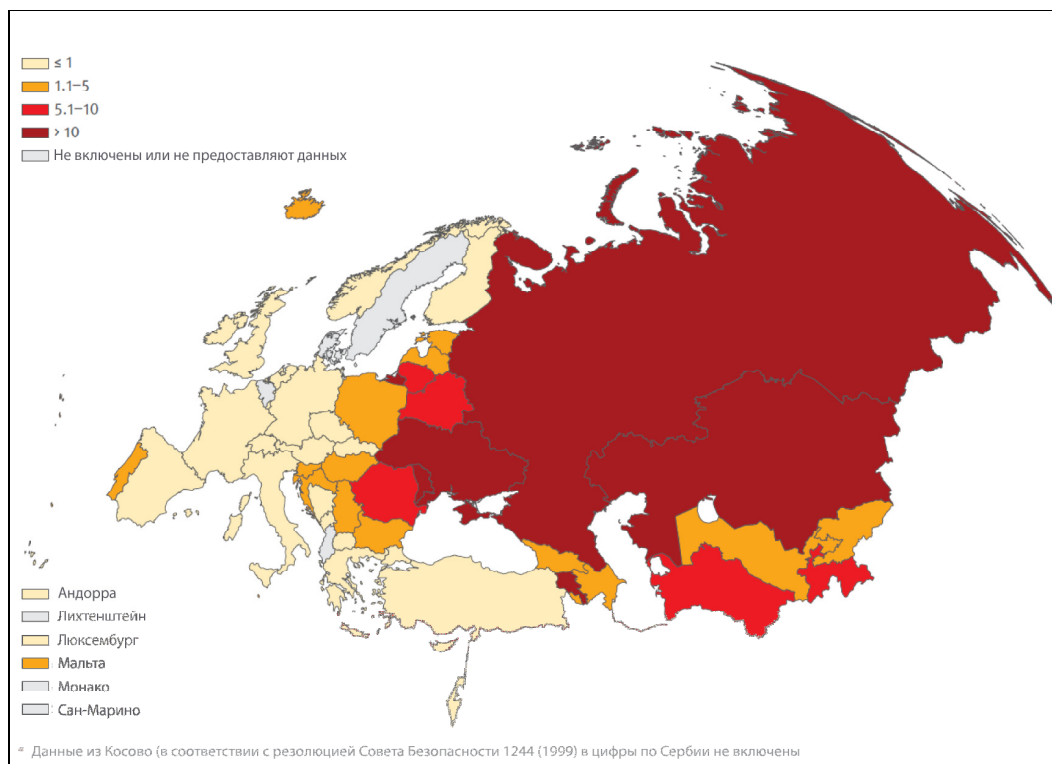
могут предлагаться объединениями людей, живущих с ВИЧ, и другими организациями гражданского общества. Следует подумать о том, каким образом наделить такие группы правом голоса в странах, где распространенность ВИЧ-инфекции растет, а лечение за этим ростом не поспевает.

Туберкулез

381. В 2009 г. в Европейском регионе было зафиксировано около 420 000 новых случаев туберкулеза (47 на 100000 населения) (рис. 6) и на счет туберкулеза было отнесено 62000 случаев смерти (7 на 100000 населения). В Европейском регионе самый высокий в мире уровень выявления болезни (79%), а подавляющее большинство случаев туберкулеза сосредоточено в восточной и центральной частях Региона, на которые приходится 87% новых случаев туберкулеза и 92% обусловленной им смертности. Также Регион характеризуется самым низким в мире показателем успешности лечения: 70% среди пациентов, которые лечатся по поводу ТБ впервые и только 44% среди тех, кто ранее уже проходил лечение. Это говорит о необычно высоком уровне резистентности туберкулеза к антибиотикам – настолько высокому, что в Европейском регионе находятся 15 стран с самым высоким в мире бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Если эта ситуация не изменится, она может привести к общей утрате действенных лекарственных препаратов для лечения туберкулеза и к возвращению в эпоху, когда антибиотиков не было.

382. Хотя туберкулез не является заболеванием, свойственным исключительно какому-либо одному социальному классу, эта болезнь часто бывает связана с плохими социально-экономическими условиями. Как и в случае с ВИЧ, в группу риска по ТБ входят потребители инъекционных наркотиков и заключенные, а также алкоголики и бездомные. Туберкулез и ВИЧ называют "смертельным тандемом", поскольку туберкулез является ведущей причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ. Это также трудно поддающаяся лечению болезнь у тех 12600 детей, которые каждый год регистрируются в регионе с диагнозом ТБ.

Рисунок 6. Смертность от туберкулеза на 100000 населения в Европейском регионе ВОЗ, 2007-2009 гг.



Source: *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/news2/news/2011/03/new-report-tuberculosis-surveillance-in-europe-2009>).

Эффективные решения

383. Необходимо сделать так, чтобы все больные туберкулезом, в том числе и лица с сочетанной ТБ и ВИЧ-инфекцией или лица с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, могли пользоваться всеобщим доступом к высококачественным услугам диагностики и лечения. Такая политика оказалась действенной во многих странах Европейского региона, но при этом необходимо, чтобы она осуществлялась во всех без исключения странах региона. Для этого потребуются установить прочные партнерские связи, в частности, с Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и осуществлять всеобъемлющий подход по всем направлениям с целью улучшения системы здравоохранения в целом. Этот принцип содержится в региональном плане действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, направленном на резкое сокращение общего бремени туберкулеза к 2015 г.

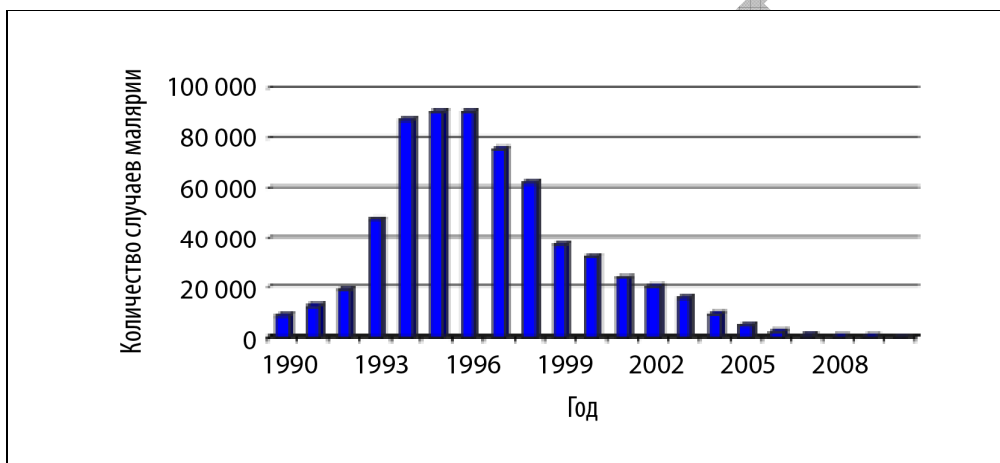
384. Учитывая тесную связь между данной болезнью и бедностью и плохими условиями жизни, усилия по ведению эффективной борьбы с туберкулезом должны включать улучшение уровня жизни и питания, и поэтому в них должны быть вовлечены и другие секторы.

385. По решению директора Европейского регионального бюро ВОЗ борьба с туберкулезом, особенно с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, стала предметом отдельной программы, осуществляемой под ее руководством.

Элиминация малярии к 2015 г.

386. Европейский регион достиг огромного прогресса в элиминации малярии (рис. 7). Эффективные вмешательства, направленные против комаров как переносчиков болезни, позволили сократить количество автохтонных (локализованных) случаев малярии с более чем 90000 случаев в 1995 г. до менее 200 в 2010 г. (причем все они были вызваны *Plasmodium vivax*). Такое замечательное достижение в значительной степени является результатом сильной политической приверженности в странах, затронутых этой болезнью. Эта приверженность в 2005 г. была подкреплена Ташкентской декларацией "Вперед от борьбы с малярией к ее элиминации", которую подписали Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция и Узбекистан.

Рисунок 7. Автохтонные случаи малярии в Европейском регионе ВОЗ



Источник: CISID (база данных в онлайн-режиме)

Эффективные решения

387. Сегодня главной целью является элиминация малярии к 2015 г. Эта цель вполне достижима, о чем свидетельствуют успехи, достигнутые в 2010 году, когда Туркменистан был объявлен страной, свободной от малярии, и сообщения об огромном прогрессе в Армении и Грузии. Однако пока элиминация не достигнута, и усилия в этом направлении не должны ослабевать. Если предположить, что малярия все же будет искоренена, следующей главной задачей станет недопущение возврата ее передачи, особенно в контексте изменения климата и наблюдаемого в последнее время в южной части Европейского региона возвращения других переносимых с комарами заболеваний, таких как лихорадка Западного Нила, лихорадка денге и чикунгунья. Необходимо развивать и укреплять партнерства с такими ключевыми организациями, как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и недавно появившаяся Европейская ассоциация по борьбе с комарами.

388. Важно отметить, что для повышения эффективности борьбы с переносчиками в Европейском регионе необходимы дальнейшие исследования в области биологии переносчиков: это позволит улучшить борьбу с малярией и другими заболеваниями, переносимыми комарами, и контроль значительных очагов других трансмиссивных паразитарных болезней, таких как, например, лейшманиоз в южной части Региона.

Грипп и другие респираторные заболевания

389. После пандемии гриппа H1N1, которая возникла в 2009 г. и стремительно распространилась по всему миру, включая и Европейский регион (к счастью, она была умеренной степени тяжести), в мире возросло понимание потенциально катастрофического ущерба, который может вызывать грипп. Тем не менее, один лишь сезонный грипп вызывает повторяющиеся волны масштабных респираторных инфекций, которые ведут к существенным прямым и косвенным социальным и экономическим издержкам. Как показывают оценки, сделанные во Франции и Германии, ежегодные издержки из-за сезонного гриппа составляют от 1 миллиона до 6 миллионов долларов США на 100 тысяч жителей.

390. Хотя в Европейском регионе хорошо налажен плановый мониторинг гриппа среди амбулаторных пациентов, эпиднадзор за тяжелыми случаями гриппа, которые приводят к госпитализации или смерти, ограничен. Нехватка данных о тяжелых случаях болезни укрепляет заблуждение о том, что грипп – это относительно легкое заболевание. Поэтому одним из основных приоритетов в регионе является создание систем эпиднадзора за тяжелыми случаями гриппа для оценки бремени болезни и обеспечения эмпирической поддержки национального процесса принятия решений относительно вакцинации.

391. Вакцинация – это безопасный и наиболее экономически эффективный способ снижения заболеваемости и смертности, связанной с гриппом. Однако показатели потребления услуг вакцинации группами высокого риска (такими как люди старшего возраста и люди с хроническим основным заболеванием) в большинстве стран региона остаются низкими. Кроме этого, низкий процент потребления услуг вакцинации среди медработников, которые находятся в прямом контакте с группами риска, представляет серьезную угрозу для их пациентов, а также влечет за собой экономические последствия из-за невыхода медперсонала на работу.

392. Ключевую роль в глобальном вирусологическом и эпидемиологическом надзоре играют национальные центры по гриппу, признанные ВОЗ.

Эффективные решения

393. Следует немедленно усилить эпиднадзор за гриппом во всем Европейском регионе, чтобы более полно фиксировать реальное бремя этой болезни для здоровья и экономики. В то же время следует значительно расширить масштаб применения вакцины против гриппа во всех странах региона, в соответствии с рекомендациями ВОЗ в отношении людей старшего возраста и других групп высокого риска.

394. Европейский план действий по гриппу предусматривает подход, состоящий из четырех компонентов, таких как:

- укрепление эпиднадзора за гриппом;
- укрепление региональных и национальных лабораторных мощностей;
- расширение доступа к сезонной вакцинации против гриппа и повышение уровня потребления услуг вакцинации;
- укрепление готовности к пандемии.

395. Хотя в некоторых странах поддерживать способность Национальных центров по гриппу для осуществления планового эпиднадзора бывает сложно, тем не менее сделать это необходимо, поскольку это единственный способ 1) своевременно выявить активность гриппа, чтобы можно было прогнозировать сезонную заболеваемость и помочь системе медико-санитарной помощи вносить свой вклад в работу глобальной сети по гриппу, которая публикует ежегодные рекомендации в отношении состава сезонной вакцины для Северного полушария, и 2) выявить новые вирусы гриппа с пандемическим потенциалом.

Тенденции в отношении инфекционных заболеваний

396. В условиях старения населения в Европейском регионе появилось больше людей с ослабленной иммунной системой, которые входят в группу риска по инфекционным заболеваниям и некоторым тяжелым осложнениям, таким как септицемия. В будущем можно ожидать появления программ плановой иммунизации для людей старшего возраста, наподобие тех, которые сейчас есть для детей. В эти плановые программы может войти вакцинирование против гриппа, пневмонии и опоясывающего герпеса, и поэтому потребуются стратегии доставки вакцин (например, на рабочие места) и мониторинга их введения.

397. Европейский регион как один из центров мировых транспортных потоков и торговли по-прежнему будет непрерывно сталкиваться с завозом в него различных инфекционных заболеваний из эндемичных стран, находящихся за его пределами, и некоторые из этих заболеваний, такие как пищевые токсикоинфекции и появляющиеся зоонозы, могут обладать эпидемическим потенциалом. Кроме того, в мире, где не прекращаются конфликты и политическая напряженность, а биотехнологии становятся все более доступными для многих людей, нельзя исключать вероятности использования инфекционных агентов для преднамеренного причинения вреда.

398. В Европейском регионе, особенно в непрерывно разрастающихся крупных городах, будет по-прежнему наблюдаться большие группы мигрантов, крупные очаги бедности и уязвимые группы населения с ограниченным доступом к медико-санитарной помощи. Среди этих групп будут сохраняться такие болезни, как корь и туберкулез, которые время от времени могут распространяться и на все население.

399. По-прежнему не вполне ясной остается ситуация в отношении последствий создания диагностических экспресс-тестов и тестов для самодиагностики, а также распространения врачебных консультаций в онлайн-режиме. Это может привести к повышению осведомленности об инфекционных заболеваниях и мерах их профилактики и контроля, но может и способствовать росту неправильного применения антибиотиков и, тем самым, возникновению организмов, устойчивых к лекарственным препаратам.

400. В целом Европейский регион ВОЗ должен прилагать неослабевающие усилия к достижению своих важных целевых показателей в области контроля и искоренения инфекционных заболеваний и не терять бдительности в отношении риска, который представляют инфекционные заболевания среди быстро стареющего населения, когда люди становятся все более чувствительными к ним. Систематический эпиднадзор, строгий инфекционный контроль, обеспечение всеобщего доступа к антибиотикам и осмотрительного их применения, реализация всеобъемлющих программ вакцинации и укрепление систем здравоохранения – все это действенные и чрезвычайно важные меры, которые должны быть приняты в регионе для того, чтобы лучше контролировать инфекционные заболевания, а затем, как хотелось бы надеяться, и добиться сдерживания их распространения.

Сквозь призму социальной справедливости

401. Хотя заразиться инфекционным заболеванием может каждый, эпидемиологические данные однозначно говорят о том, что некоторые уязвимые группы населения, которые обычно недостаточно интегрированы в общество и имеют ограниченный доступ к медико-санитарной помощи, более подвержены инфекционным заболеваниям. Например, некоторые социально изолированные группы чаще включают людей, живущих с ВИЧ; бедные и бездомные чаще болеют туберкулезом, а люди старшего возраста, как известно, больше подвержены гриппу. Вследствие действия различных социальных факторов в обществе возникает несправедливость, в результате чего образуются группы населения, которые более уязвимы перед различными инфекционными заболеваниями. Особенно уязвимы – как перед инфекционными заболеваниями, так и перед последствиями социально-экономических неравенств – дети младше пяти лет, статус здоровья которых зависит от других людей.

402. Вопросом справедливости является и доступ к вакцинам. Если доступ к вакцинам – особенно к вакцинам для детей и для ежегодной вакцинации, например, против гриппа – является платным, то люди с низким уровнем доходов вряд ли смогут получить эти вакцины. В данной области ведется сотрудничество по вопросам эпиднадзора и оценки риска со многими межправительственными и международными организациями, особенно с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний.

Создание здоровой и благоприятной среды для здоровья и благополучия

Физическая среда

403. Главными экологическими детерминантами здоровья являются старение и долголетие, урбанизация, мобильность, изменение структуры производства и потребления пищевых продуктов, использования водных ресурсов, экономической и политической активности, условий труда, изменения в землепользовании и территориальном планировании, изменения в биологическом разнообразии и эксплуатации природных ресурсов, включая энергоносители. Из этого следует, что вмешательства в области общественного здравоохранения, воздействующие на вышеупомянутые факторы посредством первичной профилактики заболеваний, существенно улучшают здоровье и благополучие человека.

404. Существующие проблемы здоровья населения или слабости систем здравоохранения могут усугубляться процессами изменения климата, быстрым появлением новых материалов и технологий на предприятиях и в организациях и растущим числом экологических чрезвычайных ситуаций, как природных, так и антропогенных, влияющих на здоровье населения. Прогрессу в снижении экологических рисков для здоровья мешает социально-экономическая несправедливость и нынешний глобальный экономический спад. Во всех странах, независимо от уровня их доходов, малообеспеченные группы подвергаются гораздо большему риску от нездоровых условий окружающей среды, чем люди, имеющие более высокие доходы.

405. Достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в отношении устойчивости окружающей среды и снижения материнской и детской смертности требует, чтобы в стратегиях в области общественного здравоохранения уделялось внимание факторам риска, связанным с окружающей средой, и для этого применялись подходы, основанные на фактических данных, в сочетании с многосекторальными стратегиями. Новые риски могут требовать от лиц, вырабатывающих политику, незамедлительного принятия решений, часто в условиях высокой научной неопределенности.

406. В основе устойчивого развития, включая его новейшую грань – "зеленую экономику" – лежат главным образом экономические аргументы и цели повышения общего уровня экономического благосостояния стран (хотя и не всегда предусматривающие сокращение несправедливости), а здоровье и благополучие человека в число главных приоритетов не входят. ВОЗ, как главная международная организация в сфере охраны здоровья населения, которая определяет здоровье очень широко – не просто как отсутствие болезни, но и как благополучие человека в качестве одного из основных прав человека – должна стремиться влиять на глобальную повестку дня и отстаивать необходимость уделять больше внимания целям в области устойчивого развития, связанным со здоровьем и благополучием. Здоровье и благополучие сами по себе являются важным общественным благом, даже если они и не приводят к непосредственной экономической выгоде и могут требовать вложений со стороны государства.

Анализ ситуации

407. Положение дел по водоснабжению, канализации и санитарии во многих частях Европейского региона остается неудовлетворительным. Как уже говорилось, в период, предшествующий Четвертой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья, ВОЗ ежегодно регистрировалось около 170000 случаев заболеваний, связанных с водой, и более 13000 случаев смерти среди детей младше 14 лет. Это серьезное бремя заболеваний обусловлено многими причинами. Системы централизованного водоснабжения часто не отвечают требованиям ВОЗ в отношении качества питьевой воды в месте потребления. Во многих случаях эти системы больше не способны доставлять воду непосредственно к дому, что ведет к снижению количества воды, которая может применяться в целях гигиены и для поддержания чистоты в целом. По оценке Совместной программы по мониторингу ВОЗ/ЮНИСЕФ (2008), почти 120 миллионов человек, в основном в восточной части региона, по-прежнему не имеют подведенного в дом питьевого водоснабжения.

408. Системы санитарии часто находятся в еще более плачевном состоянии, и часто канализация бывает не подключена к эффективным водоочистным сооружениям. Протечки канализации в местах, где отмечаются высокие потери воды в водопроводах, являются весьма распространенной причиной загрязнения водопроводной воды и, как следствие, причиной заболеваний.

409. Маломасштабные системы водоснабжения и санитарии часто характеризуются более высокими показателями нарушения требований к микробному качеству воды и безопасному отделению отходов жизнедеятельности человека. Следовательно, они часто ассоциируются с более высоким бременем заболеваний, связанных с водой. Это обусловлено множеством причин, включая отсутствие целостной процедуры управления рисками от источника воды до крана, а также недостаточную подготовку собственников и операторов и пробелы в процедурах эксплуатации и управления.

410. В связи с резко возросшим в последнее время количеством пищи, которая готовится не в домашних условиях, растущую проблему общественного здравоохранения представляют пищевые токсикоинфекции. Обеспечение безопасности по всей все более сложной пищевой цепи требует сотрудничества между сектором здравоохранения, сельским хозяйством, предприятиями по перевозке пищевых продуктов и предприятиями общественного питания, а также пищевой промышленностью. Безопасность пищевых продуктов и продовольственная безопасность во многом зависят от доступности воды, политики землепользования и наличия современных технических средств для улучшения производства, хранения, транспортировки и приготовления пищи.

411. Особо актуальной проблемой в настоящее время является изменение климата. Ученые-климатологи предсказывают, что продолжающееся накопление в тропосфере удерживающих тепло парниковых газов в ближайшие десятилетия приведет к изменению глобальных режимов температуры, осадков и климатической изменчивости. Повышение температуры на 1-3°C в ближайшие 50 лет, которое у полюсов Земли будет значительнее, чем на экваторе, будет происходить быстрее, чем любое повышение, с которым человечество когда-либо сталкивалось с тех пор, как 10 тысяч лет назад начало вести сельское хозяйство. Изменение климата будет вызывать существенные изменения в качестве и доступности водных ресурсов и влиять на многие секторы, включая продовольственный, где вода играет критически важную роль. В условиях изменения климата страны и общество должны быть готовы к постепенным изменениям в показателях здоровья, неожиданным экстремальным явлениям (таким как периоды сильной жары и вспышки инфекционных заболеваний) и дополнительному бременю болезней и возможных новых состояний. Адаптация к изменению климата и принятие мер по снижению выбросов парниковых газов требуют активного участия и поддержки со стороны различных секторов государства, экономики и гражданского общества.

412. Прогнозируется, что в центральной и южной Европе и центральной Азии возрастет водный стресс, который к 2080 г. дополнительно затронет от 16 до 44 миллионов человек. Под постоянными неблагоприятными воздействиями находится качество воды, и важно обеспечить его защиту для нужд питьевого водоснабжения, производства продовольствия и использования воды в рекреационных целях.

413. Существуют чрезвычайно серьезные проблемы состояния окружающей среды и его воздействия на здоровье: это загрязнение воздуха, шум, транспорт, охрана здоровья в городах и жилье. Можно привести следующие примеры:

- В одном только Европейском регионе воздействие взвешенных веществ, согласно расчетам, сокращает жизнь каждого человека в среднем почти на год, в основном по причине увеличения риска сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний и рака легкого.
- Загрязнение воздуха в помещениях биологическими агентами, связанными с сыростью и плесенью, повышает риск респираторных заболеваний на 50%.
- Дорожно-транспортный травматизм остается ведущей причиной смертности среди людей в возрасте 5–29 лет.

414. Эти ситуации вряд ли можно будет исправить без сотрудничества между сектором здравоохранения и учреждениями городского планирования, обрабатывающей промышленностью, автомобильной промышленностью и транспортным сектором, а также без участия организаций, проектирующих жилые здания и устанавливающих стандарты в жилищном секторе. Одним из путей решения проблемы является использование принципа учета особенностей различных социальных контекстов. В Загребской декларации 2008 г. по здоровым городам "Учет интересов здоровья и справедливости в отношении здоровья во всех местных стратегиях" руководители городов особо выделили необходимость "всестороннего учета интересов здоровья и устойчивого развития в процессе планирования, поддержания, улучшения и управления жизнью наших городов и городских кварталов и внедрения новых технологий." Это пример того, как ВОЗ смогла активизировать и усилить действия других секторов, направленные на укрепление здоровья.

Эффективные решения

415. Хотя вмешательства в области окружающей среды и охраны здоровья могут осуществляться с участием целого ряда действующих субъектов, различные элементы окружающей среды (такие как воздух, вода и шум) должны восприниматься как единое целое (то есть как единая окружающая среда). Такие секторы, как транспорт, управление водными ресурсами, санитария, энергетика, сельское хозяйство и другие, играют здесь более значительную роль в охране здоровья, нежели сектор здравоохранения. Тем не менее, проблема гигиены окружающей среды с древних времен была одной из сфер общественного здравоохранения, что позволило достичь серьезных улучшений в здоровье и долголетии человека. Проблема безопасной воды и санитарии существует с античных времен, и даже современное общественное здравоохранение ведет свое происхождение от принятия мер воздействия на условия труда и жизни, которые считались причинами нездоровья.

416. В этой сфере общественного здравоохранения межсекторальные стратегии действуют на всех уровнях, от местных общин до международной арены. Это также такая сфера, в которой сектору здравоохранения принадлежит особая роль – ускорять меры вмешательства в области общественного здравоохранения со стороны других секторов, выявлять риски и детерминанты здоровья и вести мониторинг и оценку эффективности стратегий и вмешательств.

417. Будучи частью первичной профилактики заболеваний, меры по улучшению городского планирования, созданию возможностей для повышения уровня физической активности, повышению мобильности стареющего населения или людей с ограниченными возможностями способствуют улучшению здоровья и благополучия

людей. Повышение безопасности на рабочем месте и в общественных местах и улучшение жилищных условий снижает количество травм и подверженность воздействию факторов риска для здоровья, присутствующих в окружающей среде и обусловленных жарой и холодом, а также подверженность воздействию химических веществ и шума. Инженерные решения по организации дорожного движения могут значительно повышать безопасность дорог для водителей и пешеходов, тем самым существенно сокращая число случаев смерти и травматизма на транспорте. Налогово-бюджетные меры, включая ценообразование на услуги водоснабжения и санитарии и налогообложение выбросов загрязняющих веществ (включая парниковые газы), способствует применению чистых технологий, рациональному использованию природных ресурсов и сохранению биоразнообразия.

418. ВОЗ содействует внедрению процесса всеобъемлющей оценки риска и управления риском, также называемому "планом обеспечения безопасности водоснабжения", для всех компаний водоснабжения в Европейском регионе независимо от их размера. На втором совещании Сторон протокола по проблемам воды и здоровья к Конвенции по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер 1992 г. маломасштабные системы были признаны сферой, требующей особого внимания. В настоящее время по инициативе Чешской Республики и Германии разрабатывается программа подготовки планов обеспечения безопасности водоснабжения для маломасштабных систем, обучения персонала и оценки качества водоснабжения и бремени связанных с водой заболеваний в районах, обслуживаемых этими системами. Работы на местах ведутся в восточной части Европейского региона. В сфере канализации и санитарии активную роль играет т.н. "зеркальная" программа, возглавляемая организацией "Женщины Европы за общее будущее".

419. Разработка и содействие распространению биотоплива создает более здоровую альтернативу углеродным видам топлива, которые используются для обогрева помещений, и тем самым устраняет одну из основных причин заболеваний легких.

420. В будущем, вероятно, весьма важным фактором в стратегическом руководстве в сфере окружающей среды и охраны здоровья станет деятельность организаций гражданского общества. Во многих регионах и странах официально выражаемая озабоченность по поводу окружающей среды и охраны здоровья является запоздалой реакцией на давление со стороны гражданского общества. Трудно представить себе будущее окружающей среды и охраны здоровья без активного участия гражданского общества, как в выработке политики, так и в ее осуществлении.

Европейский процесс "Окружающая среда и здоровье"

421. Страны Европейского региона начали Европейский процесс "Окружающая среда и здоровье" 20 лет назад. В 2010 г. в г. Парма (Италия) состоялась Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья. Страны приняли новое видение процесса "Окружающая среда и здоровье", ориентированное на учет интересов здоровья во всех стратегиях, и поставили перед собой положительно выраженную задачу: использовать стратегии в области окружающей среды и охраны здоровья как средство профилактики неинфекционных заболеваний путем воздействия на их экологические детерминанты. Этот шаг существенно повысил значимость Европейского процесса "Окружающая среда и здоровье".

422. Европейский процесс "Окружающая среда и здоровье" – это уникальный механизм стратегического руководства, так как в него на равных условиях вовлечены министерства, отвечающие за вопросы здравоохранения и окружающей среды. Процесс усиливает связи и синергию с целым рядом многосторонних природоохранных соглашений, а также укрепляет партнерство с другими межгосударственными организациями, такими как Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде и Европейская комиссия, а также с организациями гражданского общества.

423. Деятельность Европейского регионального бюро ВОЗ сосредоточена на программах общественного здравоохранения, направленных на снижение бремени болезней, относимых на счет воздействия природной и антропогенной окружающей среды, в которой живут и работают люди. В Европейском регионе работа ведется в таких технических сферах, как:

- воздействие таких элементов окружающей среды, как воздух, химические вещества, шум, почва, отходы, жилье, городское планирование, производственные опасные факторы, промышленное загрязнение и новые и развивающиеся технологии и материалы (например, нанотехнологии и т.д.);
- безопасность в области окружающей среды и охраны здоровья: оценка и управление рисками в области окружающей среды и охраны здоровья и антропогенные и природные экологические чрезвычайные ситуации;
- управление природными ресурсами в контексте охраны здоровья: водоснабжение и санитария, безопасность пищевых продуктов и продовольственная безопасность, энергетика и здоровье и охрана окружающей среды в интересах здоровья и благополучия человека;
- изменение климата, "зеленые" услуги здравоохранения и устойчивое развитие.

424. Точно так же, как качество окружающей среды и характер развития являются важными детерминантами здоровья, так и здоровье является важным стимулом для других аспектов развития. Здоровье человека зависит от способности общества так управлять связью между деятельностью человека и окружающей средой, чтобы обеспечить охрану и укрепление здоровья, при этом не ставя под угрозу целостность природных систем, от которых зависит окружающая среда.

Проблемы окружающей среды и охраны здоровья и сектор здравоохранения

425. Сектор здравоохранения является одним из наиболее активных потребителей энергии, одним из крупнейших нанимателей и важным источником отходов, включая биологические и радиоактивные отходы. Поэтому важной новой темой в современной повестке дня является экологическая безвредность услуг здравоохранения. Больницы и клиники могут добиться значительных выгод для здоровья и экономики, если будут осуществлять меры энергосбережения, такие как разработка медицинских устройств с низкой потребляемой мощностью, использование возобновляемой энергии, экономия воды и обеспечение ее безопасного хранения на своей территории, улучшение организации закупок, вторичная переработка отходов и потребление пищевых продуктов местного производства. Также сектор здравоохранения должен играть большую роль в смягчении последствий изменения климата, предпринимая меры по ограничению собственного воздействия на климат.

Устойчивое развитие

426. Задача устойчивого развития заключается в том, чтобы удовлетворять потребности настоящего времени, не ставя под угрозу способность будущих поколений удовлетворять свои потребности. Концепция устойчивого развития – это больше, чем просто обеспечение равновесия между потреблением природных ресурсов и сохранением целостности окружающей среды. Устойчивое развитие подразумевает смену парадигмы, переход от модели развития, основанной на несправедливости и эксплуатации ресурсов, к модели, требующей новых форм ответственности, солидарности и подотчетности не только на уровне страны, но и на глобальном уровне и в отношениях между поколениями.

427. Такой подход часто представляется в виде взаимодействия между тремя основами, или тремя кругами: экономика, общество и окружающая среда. Устойчивое развитие – это нормативная концепция, призванная вызвать существенный сдвиг в системе взглядов

на общественное развитие: она нацелена на решение исторической задачи – по-новому определить взаимодействие общества с биологическими и экологическими системами. Устойчивое развитие направлено на то, чтобы преобразовать общество и предложить новые механизмы стратегического руководства в различных секторах и сферах деятельности.

Здоровье в контексте городов: сквозь призму городской жизни

428. Условия жизни и работы в городах оказывают и положительное, и отрицательное воздействие на здоровье людей и перспективы в отношении здоровья через сложную систему типов и механизмов воздействия. Помимо этого, в городах сосредоточены группы населения с различными демографическими, экономическими и социальными характеристиками, со свойственными им особыми рисками для здоровья и уязвимостью. Рассматривая здоровье сквозь призму городской жизни, можно лучше понять неравные риски и необходимость совместных усилий по охране и укреплению здоровья населения, особенно населения, живущего в городах. В последние годы стала развиваться дисциплина городского здравоохранения, которая стала основой и парадигмой для целой сферы исследований и политики в этой области, призванной объединить целый ряд сил, от которых зависит здоровье городских жителей, и указать направление для их деятельности.

429. Жизнь в городе может влиять на здоровье человека через физическую и искусственную среду, социальную среду и доступ к услугам и помощи. Качество жилья, планировка жилых кварталов, плотность застройки и структура землепользования, доступ к зеленым зонам, наличие мест отдыха и велосипедных дорожек, качество воздуха, шумность и воздействие токсичных веществ – все это по-разному влияет на здоровье и благополучие населения. Некоторые обстоятельства жизни в городах, особенно изоляция и бедность, вносят дополнительный вклад в это неравенство и усугубляют его, способствуя непропорциональному воздействию губительных для здоровья и нежелательных для общества реакций на экономические и социальные лишения. Увеличение числа живущих в городах людей старшего возраста требует переосмысления принципов городского планирования и стандартов оказания услуг.

430. Города дают отдельным людям и семьям прекрасные возможности для успеха и могут предоставлять благоприятные для здоровья условия за счет улучшенного доступа к услугам, культурным мероприятиям и условиям для отдыха. Эти позитивные моменты привлекают людей в города. В городах живет политическая элита страны, они являются двигателями экономического процветания, в них существуют наилучшие возможности для получения доходов и сосредоточены основные богатства региона. Однако одновременно с этим они являются местами сосредоточения бедности и плохого здоровья и, следовательно, центрами социальных контрастов и несправедливости.

431. Во всех странах, за исключением очень маленьких, формальные властные структуры и полномочия сосредоточены вокруг центров государственного управления, которые могут принимать формы различных комбинаций центральных, региональных, провинциальных и местных структур. Одновременно с этим, центральные органы власти часто функционируют через децентрализованные бюро, обычно располагающиеся на провинциальном уровне.

432. Управление стационарным лечением и медико-санитарной помощью чаще всего осуществляется центральными и региональными органами власти, а первичная медико-санитарная помощь в большинстве стран децентрализована. С другой стороны, на местных органах власти часто лежит основная ответственность за ведение протекающих длительное время заболеваний и инвалидности. Местные органы власти осуществляют руководство многими услугами здравоохранения и социального обеспечения, особенно для людей старшего возраста, или сами предоставляют эти услуги. Помимо этого, местные власти часто обеспечивают людей старшего возраста жильем, например, в

рамках программ приютов, пансионатов, пансионатов двойного назначения (проживание плюс сестринская помощь), хосписов и общинных сестринских пансионатов.

433. До середины XX века функции общественного здравоохранения и охраны здоровья в контексте гигиены окружающей среды совмещались на муниципальном уровне. В центральной и восточной Европе до распада СССР в 1990 г. эти функции выполняли санитарно-эпидемиологические центры. В настоящее время наблюдается тенденция к разделению этих функций: общественным здравоохранением через службы здравоохранения обычно занимаются центральные и региональные органы власти, а вопросы окружающей среды и здоровья отошли к муниципалитетам; при этом, однако, между странами существуют определенные различия в этой области. Работники общественного здравоохранения занимаются, в основном, непосредственными физиологическими факторами риска плохого здоровья, такими как ожирение, высокое кровяное давление и подверженность инфекциям, а службы гигиены окружающей среды работают с причинами, связанными со средой проживания человека, такими как загрязнение воздуха и антисанитарные условия жизни.

434. В обязанности местных органов власти в большинстве стран Европейского региона входит обеспечение благополучия своих граждан и равного и всеобщего доступа к муниципальным ресурсам и предоставляемым возможностям. Города могут обеспечить такой доступ благодаря своему влиянию в таких сферах, как здравоохранение, социальное обеспечение, охрана и обустройство окружающей среды, образование, экономика, жилищно-коммунальное хозяйство, безопасность, транспорт и спорт. Партнерства между секторами и инициативы по расширению прав и возможностей местных общин легче осуществлять на местном уровне, при активной поддержке местных органов власти.

435. Городские власти оказывают значительное воздействие на здоровье и благополучие людей посредством различных стратегий и вмешательств, в том числе в таких сферах, как: борьба с социальной изоляцией и поддержка неблагополучных групп населения, содействие здоровой и активной жизни (например, строительство велосипедных дорожек и организация общественных мест, свободных от табачного дыма), безопасность и окружающая среда для детей и людей старшего возраста, условия труда, готовность к преодолению последствий изменения климата, воздействие опасных и нежелательных факторов, отвечающее интересам здоровья городское планирование и строительство (планирование жилых кварталов, устранение архитектурных барьеров, доступность и близость услуг) и активное участие и вовлечение граждан в соответствующие процессы.

436. Рассмотрение вопросов здоровья и благополучия сквозь призму городской жизни потребует следующих действий и шагов:

- понимать и учитывать особенности жизни и распределения социально-экономических и экологических детерминантов здоровья в городе;
- влиять на условия, которые увеличивают потенциальную подверженность и уязвимость перед инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
- воздействовать на меняющийся демографический и социальный ландшафт городов, например, на проблемы старения населения и миграции;
- включать вопросы городского здравоохранения в национальные стратегии, программы и планы здравоохранения; и
- признавать важную роль местных органов власти в продвижении интересов охраны здоровья и справедливости в отношении здоровья во всех местных стратегиях, а также важность вовлечения в эти процессы всех сфер общества.

437. В последующих версиях политики Здоровье-2020 вопросы городского здравоохранения будут рассматриваться более подробно.

Социальная среда: социальные детерминанты и ресурсы здоровья

Анализ ситуации

438. Здоровье любого человека практически неотделимо от здоровья всего общества. Принцип общегосударственной ответственности за охрану здоровья требует, чтобы при выработке всех направлений политики в области регулирования самым серьезным образом учитывалось, какие последствия они будут иметь для здоровья. Для того, чтобы добиться перемен, нужно нечто большее, чем декларации, даже если они подкрепляются неоспоримыми фактическими данными и доброй волей. Сохраняющаяся и даже часто возрастающая несправедливость в отношении здоровья, обусловленная социальными детерминантами, требует принятия единого комплекса мер и сильного системного подхода. Воздействие на социально детерминированную несправедливость в отношении здоровья требует сильной политической приверженности, высокоэффективных систем здравоохранения и согласованности политики различных государственных секторов. Выполнение этих задач требует наличия в стране безупречно функционирующих институтов, способных влиять на процесс выработки политики в секторе здравоохранения и других секторах.

439. Для этого нужны кадры, способные доказывать и отстаивать необходимость той или иной политики, формулировать и реализовывать политику и проводить мониторинг и оценку ее эффективности с участием заинтересованных партнеров – от академических и научных учреждений до министерств и государственных органов, а также неправительственных организаций и организаций гражданского общества.

440. До сих пор организованные усилия по улучшению здоровья населения и уменьшению несправедливости в отношении здоровья главным образом были направлены на устранение опасных факторов и воздействие на поведение отдельных людей. Признавая необходимость таких мер, нужно отметить, что существуют и другие возможности, такие как систематическое воздействие на государственную политику, частные инициативы и рациональная организация финансовых, кадровых и экологических ресурсов таким образом, чтобы мобилизовать все усилия на улучшение здоровья и благополучия и на обеспечение равного их распределения в обществе.

441. Накопленный в Европейском регионе ВОЗ опыт показывает, что создание здоровой и благоприятной среды и инициирование, поддержание на должном уровне и ведение работы по воздействию на социальные детерминанты здоровья в качестве одного из главных направлений политики, требует критической массы кадровых ресурсов, правильно распределенных в системах здравоохранения и на межведомственном уровне. Эта критическая масса должна быть правильно распределена с учетом специфического контекста политики каждой страны, включать в себя достаточное число профессионально подготовленных и опытных специалистов и нести ответственность за достижение увязанных с социальными задачами целевых показателей по уменьшению несправедливости в отношении здоровья.

Эффективные решения

442. Для того чтобы воздействовать на социальные детерминанты здоровья и добиваться устранения несправедливости в отношении здоровья, нужно идти дальше, не останавливаясь на применении традиционной модели оказания медико-санитарной и социальной помощи. Поэтому в дополнение к предоставлению услуг государства для устранения тех или иных недостатков или проблем в данном сообществе, необходимо также направлять усилия и на рациональное использование всех изначально имеющихся в сообществах ресурсов и средств поддержки, которые могут усилить и дополнить помощь, предлагаемую государственным сектором.

443. Многие программы, задуманные с самыми благими намерениями укрепить здоровье и уменьшить обусловленную социальными причинами несправедливость в отношении здоровья, оканчиваются неудачей только потому, что они не строятся на таком общесистемном подходе. Некоторые меры являются общими по отношению к здоровью и благополучию всех групп населения. На макроуровне направления социальной, экономической и другой политики должны создавать условия, при которых люди во все периоды своей жизни имели бы больше возможностей полностью реализовать свой потенциал здоровья. На микроуровне весьма действенными оказываются меры, иницируемые в конкретных условиях, в которых люди живут, любят, работают и играют – у них дома, в школе, на работе, в местах проведения досуга, в службах помощи и в домах престарелых. Важными точками первого контакта для оказания систематической поддержки людям и сообществам на протяжении всей жизни и особенно в критические периоды являются медико-санитарные и социальные службы, особенно службы первичного звена медико-санитарной помощи, которые в течение всей жизни поддерживают непосредственные контакты с семьями на дому, с рабочими и служащими в их организациях и на предприятиях и с группами местного населения.

444. Предпринимаются многочисленные меры по внедрению в практику принципов укрепления здоровья, в том числе подходы, основанные на учете и использовании ресурсов здоровья, в которых делается акцент на способность восстанавливать физические и душевные силы и наделение отдельных людей и сообществ реальными правами и возможностями; подходы, охватывающие все этапы жизни и предполагающие воздействие на условия окружающей среды; подходы с акцентом на инфекционные и неинфекционные заболевания, психическое здоровье и несчастные случаи; интегрированные и комплексные программы и меры по более полной адаптации служб здравоохранения к профилактике заболеваний и оказанию помощи при хронических заболеваниях и состояниях.

445. Поскольку ресурсы здоровья связаны с социальными детерминантами здоровья, они способны устранить часть препятствий на пути к снижению неравенства в отношении здоровья. Основанные на учете и использовании ресурсов подходы тесно связаны с моделями укрепления здоровья и вмешательств. В этих подходах особое значение придается укреплению защитных и благоприятствующих факторов для здоровья отдельных людей и сообществ и для этого выявляются и оцениваются навыки и умения, сильные стороны, потенциал и знания отдельных людей и социальный капитал сообществ. При таком подходе акцент делается на выявление имеющихся ресурсов, позволяющих защищать, сохранять и укреплять здоровье граждан и сообществ. В данном случае целью выработки политики является максимально рациональное использование этих ресурсов для того, чтобы надолго решить местные проблемы здоровья и обеспечить возможность более эффективного использования любой поддержки извне (путем оказания услуг по улучшению здоровья и благополучия).

446. Подходы, основанные на учете и использовании ресурсов, позволяют перейти от таких концепций и принципов к действиям на местном уровне. Цель при этом состоит в том, чтобы направить государственные инвестиции в местные общины, разумно используя их сильные стороны и ресурсы, чтобы пробудить стремление к здоровью, выработать и укрепить способность к восстановлению физических и душевных сил и реализовать имеющийся потенциал.

447. Таким образом, основанные на учете и использовании ресурсов здоровья подходы являются неотъемлемой частью укрепления здоровья и должны стать такой же неотъемлемой частью стратегий улучшения здоровья и снижения несправедливости в отношении здоровья.

Укрепление ориентированных на интересы пациента систем здравоохранения, служб общественного здравоохранения и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям

Анализ ситуации

448. Улучшение качества функционирования систем здравоохранения стало одним из важных пунктов повестки дня во многих странах Европейского региона, и для этого применяются новые подходы и множество инноваций, призванных повысить справедливость и привести к улучшению здоровья. Улучшения в деле оказания услуг общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи, генерирование более качественных основных вводимых ресурсов системы здравоохранения, таких как кадровые ресурсы и лекарственные средства, укрепление механизмов финансирования здравоохранения и совершенствование стратегического руководства – это ключевые цели политики Здоровье-2020. Данный раздел посвящен сдвигам в политике и инновациям в системах здравоохранения, которые обладают доказанными или потенциальными возможностями в ближайшие восемь лет непосредственным образом улучшить состояние здоровья и повысить справедливость в отношении здоровья.

449. На рис. 8 представлена концептуальная основа систем здравоохранения. Потенциал и коэффициент полезного действия систем здравоохранения, включая министерства здравоохранения, является важной детерминантой здоровья. Вопросы, представляющие интерес для систем здравоохранения, по своим масштабам и диапазону выходят за рамки сферы влияния служб общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи и требуют участия всех секторов общества. Укрепление систем здравоохранения и повышение эффективности и практической отдачи методов, которыми действуют эти системы, имеет жизненно важное значение и будет представлять собой все больший вклад в повышение уровня здоровья и благополучия по мере совершенствования технологий. Будет сохраняться настоятельная необходимость рациональной и разумной организации ресурсов систем здравоохранения.

450. В настоящее время во всех странах Европейского региона требуется незамедлительно и существенно укрепить потенциал и повысить эффективность функционирования служб общественного здравоохранения, которые во многих странах все еще остаются на низком уровне развития и функционируют неудовлетворительно.

451. Перед системами здравоохранения стоит задача выработать всеобъемлющие и комплексные подходы к снижению бремени болезней путем интегрирования функций укрепления здоровья, профилактики заболеваний и оказания помощи и ухода при хронических состояниях, реагирования на острые эпизоды болезней и оказания, при необходимости, услуг реабилитации и паллиативной помощи. Хотя для решения большинства из этих задач эффективные и даже оправданные с точки зрения соотношения затрат и эффективности вмешательства уже хорошо известны, сегодня многие из них не используются в достаточно широких масштабах.

Рисунок 8. Концептуальная основа систем здравоохранения



452. Более того, многие люди, страдающие хроническими заболеваниями, сталкиваются с серьезными препятствиями, мешающими им получить доступ к высококачественному лечению с непрерывным уходом. Во многих странах охват населения услугами по лечению и уходу по поводу хронических заболеваний далек от всестороннего. Например, между странами Европейского региона существуют большие различия в требованиях, касающихся распределения расходов на медико-санитарные услуги и лекарственные препараты, для людей с хроническими заболеваниями.

453. Препятствием для минимизации и устранения распространенных факторов риска, которые можно реально контролировать путем медикаментозного лечения (таких как повышенное кровяное давление и содержание холестерина в сыворотке крови) могут быть финансовые барьеры. Так, высокая стоимость лекарственных препаратов и услуг может приводить к тому, что будут упущены возможности для принятия мер профилактики. Кроме того, медицинские работники и люди, страдающие неинфекционными заболеваниями, часто неправильно используют лекарственные препараты и медицинские технологии, поэтому для принятия правильных решений нужно срочно выработать разумный подход к использованию медицинских технологий. Необходимо пересмотреть все механизмы финансирования медико-санитарной помощи, чтобы обеспечить их доступность по стоимости для потребителей услуг, особенно входящих в уязвимые группы.

454. Необходимо укрепить роль первичного звена медико-санитарной помощи в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний, особенно в оценке и контроле факторов риска и осуществлении кратких вмешательств (таких как помощь в отказе от курения и в снижении вредного употребления алкоголя). Нужно содействовать более широкому применению надлежащих инструментов для оценки и контроля риска сердечно-сосудистых заболеваний. Следует шире использовать построенные на фактических данных рекомендации и руководства и вести мониторинг исходов болезни. В первичном звене и в специализированной медико-санитарной помощи следует принять интегрированный подход к выявлению и ведению заболеваний.

455. При наличии надежной базы фактических данных следует осуществлять популяционные и организованные программы скрининга, при этом предоставляя странам с различными уровнями ресурсов рекомендации в отношении роли вакцинации и программ скрининга в профилактике рака.

456. Для укрепления моделей ведения хронических заболеваний следует более широко применять уроки из опыта расширения масштабов программ по ВИЧ, включая мобилизацию затронутых болезнью групп и общества в целом для осуществления информационно-пропагандистской деятельности и оказания услуг. Следует шире пропагандировать самостоятельное ведение заболеваний.

Эффективные решения

Охрана общественного здоровья и службы общественного здравоохранения

457. Потенциал общественного здравоохранения, его инфраструктура и службы в странах Европейского региона нуждаются в значительной поддержке и укреплении. В 2011 г. Европейский региональный комитет ВОЗ рассмотрит проект документа "Укрепление потенциала общественного здравоохранения и его служб в Европе: основа для действий". В нем будет предложено несколько конкретных изменений и инноваций в политике, которые позволят в течение последующих восьми лет повысить эффективность работы служб общественного здравоохранения.

Укрепление деятельности по осуществлению десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения

458. Для того чтобы органы здравоохранения в любой стране Европейского региона могли иметь объединяющую и руководящую основу для принятия, мониторинга и оценки стратегий и мер в области общественного здравоохранения, было предложено десять основных оперативных функций общественного здравоохранения, включая основные службы общественного здравоохранения в рамках каждой функции. Эти десять основных оперативных функций общественного здравоохранения приведены во врезке 4.

459. Одна из задач, стоящих перед Европой в деле укрепления потенциала и служб общественного здравоохранения, заключается в том, чтобы сломать традиционные барьеры между службами общественного здравоохранения и службами медико-санитарной помощи, используя для этого всесторонне проработанные информационные инструменты для организации надлежащего эпиднадзора за состоянием здоровья и осуществления целостного системного подхода. Необходимость укрепления общественного здравоохранения требует твердых обязательств со стороны государства как в отношении законодательства в области общественного здравоохранения, так и в отношении устойчивого финансирования.

460. Однако полной интеграции структур общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи будет недостаточно. На здоровье населения и оказание медико-санитарной помощи влияет деятельность многих других политических, экономических, экологических и институциональных структур. Например, для преодоления проблем, связанных со старением населения, необходимо улучшить координацию работы с социальными службами.

Вставка 4. Десять основных оперативных функций общественного здравоохранения

1. Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения.
2. Выявление (оценка, изучение и прогнозирование) проблем здравоохранения и угроз здоровью на уровне местных сообществ.
3. Охрана здоровья: оценка потребностей, разработка и обеспечение исполнения законов и нормативных документов, направленных на охрану здоровья и обеспечение безопасности.
4. Обеспечение готовности и планирование на случай чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.
5. Первичная и вторичная профилактика заболеваний.
6. Укрепление здоровья населения и санитарное просвещение.
7. Поддержка научных исследований в области здравоохранения.
8. Оценка качества и эффективности услуг здравоохранения на индивидуальном и популяционном уровнях.
9. Обеспечение наличия компетентных кадров для нужд общественного здравоохранения и оказания индивидуальной медико-санитарной помощи.
10. Инициирование, разработка и планирование политики общественного здравоохранения.

Включение общегосударственного подхода и принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях в основные направления политики

461. В общегосударственном подходе к улучшению здоровья здоровье рассматривается как цель всего общества, за достижение которой отвечает все общество и управляющее им государство. В соответствии с концепцией учета интересов здоровья во всех стратегиях, улучшение здоровья представляет собой цель всего общества, связанную со всеми структурами государственного управления и всеми секторами. Принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях позволяет решать сложные проблемы здравоохранения, так как он способствует осуществлению интегрированных ответных мер политики без каких-либо ведомственных границ между секторами и сферами ответственности и предполагает, что в процесс выработки политики всех секторов и ведомств будет включаться анализ последствий этой политики для здоровья.

Воздействие на поведение населения в отношении здоровья: многогранный подход

462. О том, насколько трудно влиять на поведение населения, чтобы заставить его вести более здоровый образ жизни, известно давно. Основным подходом здесь является применение нефинансовых механизмов, таких как доведение информации до всего населения через информационные кампании, а до групп риска – через медицинских работников. В последние годы во многих странах также пробовали применять и финансовые методы влияния. Например, группам населения с низким уровнем доходов и уязвимым группам выплачиваются социальные денежные пособия при условии, что получатели, имеющие право на такие выплаты, выполняют определенные условия, такие как посещение их детьми школы или иммунизация детей, или посещение учреждений дородовой помощи пять раз.

463. В последние годы в государственной политике возникло новое течение – подталкивать, или побуждать людей к изменению поведения. Все чаще применяются законодательные меры для того, чтобы объявить определенные типы поведения незаконными. Эффективным инструментом стал законодательный запрет курения, и хотя раньше такая мера считалась невозможной, сейчас страны применяют ее все шире. Такой подход берется на вооружение и в других областях, таких как политика в области питания.

Создание Европейской школы общественного здравоохранения

464. В Европейском регионе возникла смелая идея – интегрировать обучение в магистратуре в области общественного здравоохранения. В качестве первого шага можно принять общие критерии для видов компетентности и интегрированные учебные планы во всех существующих программах обучения для получения степени магистра общественного здравоохранения.

465. Еще более смелым предложением было бы создание Европейской школы общественного здравоохранения, которая могла бы действовать в составе сети, объединяющей существующие национальные школы общественного здравоохранения. Подобное новое учреждение могло бы стать одной из движущих сил в культурных и институциональных изменениях, которые нужны для улучшения здоровья населения и укрепления организационно-кадрового потенциала общественного здравоохранения в Европе.

Меры по улучшению мониторинга и оценки эффективности оперативных функций и служб общественного здравоохранения

466. В настоящее время знания об эффективности и соотношении между затратами и эффективностью многих стратегий в области общественного здравоохранения весьма ограничены: по данному аспекту систем здравоохранения, в отличие от аспектов финансирования и организации служб медико-санитарной помощи, оценок и

исследований политики по строгой научной методике проводилось не так много. Сейчас, когда реализуются новые подходы, а социальные детерминанты здоровья входят в число основных вопросов повестки дня в сфере реформирования системы здравоохранения и на вооружение принимаются общегосударственные подходы, крайне важно провести оценку эффективности этих новых мер по строгой методике.

Услуги медико-санитарной помощи

467. Сфера медико-санитарной помощи стала более сложной под влиянием стремительного технологического прогресса, старения населения, повышения информированности потребителей услуг и активизации трансграничных передвижений. Системы здравоохранения должны реагировать на повышение спроса на свои услуги, вызываемого этими глобальными тенденциями, оказывая всем качественные услуги медико-санитарной помощи. Тот факт, что услуги здравоохранения не всегда основываются на фактических данных, ограничивает выигрыш для здоровья от этих услуг и приводит к напрасной трате ресурсов общества. Из европейских данных (главным образом, по странам Европейского союза), неизменно можно видеть, что врачебные ошибки и неблагоприятные побочные эффекты медико-санитарной помощи происходят в 8-12% всех случаев госпитализации, а внутрибольничные инфекции поражают около 5% стационарных больных.

468. Существуют действенные меры вмешательства в целях укрепления системы предоставления медико-санитарных услуг и улучшения доступа к высококачественной помощи, основанной на фактических данных. Во врезке 5 приводится пример такого комплексного подхода к укреплению систем здравоохранения и показаны элементы подхода к усилению ответных мер против туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Укрепление программ работы на местах с населением с низким уровнем доходов и уязвимыми группами

469. Часто механизмы оказания услуг медико-санитарной помощи не в состоянии охватить население с низким уровнем доходов и уязвимые группы населения. Например, в Европейском регионе внутренние и внешние мигранты, рома, группы, проживающие в отдаленных горных районах, и потребители наркотиков сталкиваются с трудностями в доступе к предоставляемым государством услугам здравоохранения, что способствует углублению разрыва в отношении здоровья. Для того, чтобы они могли получать необходимые им услуги во всем континууме медицинской помощи, нужны новые подходы к оказанию услуг через программы работы с населением на местах. Такие программы более эффективно могли бы осуществлять организации частного сектора. Государственный сектор должен оставаться важным катализатором этого процесса и может предоставлять финансовые средства, вырабатывать благоприятную нормативно-правовую базу и вступать в партнерские отношения.

Обеспечение ориентированности услуг на пациента

470. Помощь, которая по-настоящему ориентирована на пациента, улучшает субъективное восприятие качества помощи, может повысить приверженность лечению, может снизить объем ненужной помощи и может улучшить исход лечения. Пациенты и члены их семей при принятии клинических решений становятся членами бригады медико-санитарной помощи. Кроме того, при оказании ориентированной на пациента помощи принимаются во внимание культура и традиции, личные предпочтения и ценности, семейные обстоятельства и образ жизни. Такой подход требует значительных инвестиций в просвещение пациентов и повышение их санитарной грамотности, возможно, путем более активного привлечения гражданского общества.

471. Учет опыта пациентов должен считаться важнейшим элементом в планировании услуг здравоохранения. Отношения между поставщиками и получателями медико-

санитарной помощи должны строиться на взаимном уважении и доверии, стимулировании самостоятельности, защите достоинства и участии пациента в этом процессе, а также на подотчетности служб.

472. Меры по созданию системы услуг, расширяющих права и возможности пациентов, включают:

- обеспечение предоставления пациентам качественных, доступных и приемлемых по стоимости лечения и ухода с учетом их ожиданий и потребностей;
- обеспечение участия пациентов в планировании, реализации и оценке эффективности стратегий и услуг здравоохранения;
- обучение поставщиков медико-санитарной помощи принципам и действиям, составляющим основу услуг, ориентированных на пациента и его права;
- предоставление каждому пациенту необходимой информации о вариантах лечения и о его правах;
- выявление и учет препятствий для доступа к информации, медико-санитарной помощи, реабилитации и вспомогательным устройствам для людей, страдающих хроническими заболеваниями, и людей с ограниченными возможностями.

Вставка 5. Пример укрепления системы здравоохранения: туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью

Высокоэффективные системы здравоохранения сокращают бремя туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью для населения, особенно для уязвимых групп, путем:

- осуществления строгого эпиднадзора за лекарственной устойчивостью, что позволяет вырабатывать более качественные стратегии для воздействия на коренные причины;
- обеспечения доступа к лабораторной диагностике гарантированного качества и ранней диагностики больных туберкулезом, особенно среди труднодоступных групп населения;
- предоставления хорошо подготовленных, квалифицированных и мотивированных медицинских работников, которые обеспечивают качественное лечение и уход;
- осуществления вмешательств по укреплению здоровья, соответствующих конкретной ситуации, повышения частоты раннего направления людей с подозрением на туберкулез и содействия в соблюдении требований лечения;
- обеспечения бесперебойных поставок и рационального применения высококачественных лекарственных препаратов;
- финансирования бесплатного всеобщего доступа к основанным на фактических данных режимам лечения;
- предоставления помощи, ориентированной на пациента, с сохранением преемственности между различными уровнями оказания услуг;
- контроля воздушных инфекций в учреждениях медико-санитарной помощи и местах скопления людей; и
- осуществления разумного стратегического руководства, направленного на эффективное использование ресурсов с учетом установленных приоритетов и на укрепление партнерств, в том числе с гражданским обществом.

Улучшение координации медико-санитарной помощи между поставщиками и в разные периоды времени: новые организационные и информационно-технологические решения

473. Проблема плохой координации сохраняется не только внутри системы медико-санитарной помощи, но и между системой медико-санитарной помощи и системой социального обеспечения, которая также вносит серьезный вклад в ведение хронических заболеваний, особенно у людей старшего возраста. Есть много причин плохой координации, в том числе отсутствие целостной схемы оказания услуг, различия в клинической практике врачей (как врачей общей практики, так и специалистов) и отсутствие основанных на фактических данных протоколов прохождения больного по всей непрерывной цепи ведения эпизода помощи. Это становится наиболее очевидным при ведении хронических заболеваний и подтверждается неудачными исходами, например, контроля высокого кровяного давления и диабета. В нескольких странах были опробованы инновационные реформы организационной структуры и системы оплаты, и результаты пилотных исследований говорят о наличии в данной сфере огромного потенциала для улучшений.

474. Важным фактором поддержки является применение передовых решений из области информационных технологий, которые могут обеспечить своевременный доступ к полному объему клинической информации, благодаря которой врачи и потребители услуг смогут принимать правильные решения в нужное время, избегая задержек и необходимости дублировать услуги или понапрасну оказывать ненужную помощь, что влечет за собой расходы государства, и частных лиц, и организаций.

Укрепление первичного звена медико-санитарной помощи: связь между общественным здравоохранением и службами медико-санитарной помощи и ключ к ведению хронических заболеваний

475. Первичное звено медико-санитарной помощи – это один из фундаментальных компонентов системы медицинского обслуживания, который должен функционировать в тесной связи со службами общественного здравоохранения в целях улучшения показателей здоровья. Первичное звено выделяется как один из основных каналов профилактики заболеваний и укрепления здоровья и как связующее звено для всех ветвей системы здравоохранения. Более того, первичная медико-санитарная помощь – это ключ к эффективному ведению хронических заболеваний.

476. Во многих странах в первичной медико-санитарной помощи происходят необходимые изменения, позволяющие ей соответствовать этим возрастающим требованиям, но в некоторых странах она нуждается в дополнительном содействии для того, чтобы повысить качество своего функционирования. Это содействие заключается в создании благоприятной нормативно-правовой среды, автономности в вопросах управления, улучшении финансирования, подготовке медицинских работников – специалистов общественного здравоохранения, применении принципов доказательной медицины и управления на основании фактических данных, а также в постоянном повышении качества на уровне учреждений.

Дальнейшее укрепление медико-санитарной помощи на доказательной основе в аспекте принятия клинических решений

477. Для большей части бремени болезней в Европейском регионе известны эффективные и даже экономически целесообразные вмешательства. Тем не менее, исследования показывают, что многие люди этих услуг профилактики, диагностики, лечения и реабилитации не получают. Например, проведенные в нескольких странах Европы обследования показали, что многие люди с повышенным кровяным давлением не знают о своем состоянии и не получают лечения. Более широкое внедрение в практику экономически эффективных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний и диабета, ведения беременности и родовспоможения, охраны здоровья

детей, лечения туберкулеза и психических расстройств было бы огромным вкладом в улучшение показателей здоровья населения в Европейском регионе.

Преодоление основных препятствий в генерировании высококачественных ресурсов, вводимых в системы здравоохранения

Кадровые ресурсы

478. В настоящее время в системах здравоохранения Европейского региона происходят сложные преобразования в условиях, когда страны региона сталкиваются с проблемами кадровых ресурсов, такими как:

- нехватка нужных специалистов нужной квалификации в нужном месте, особенно нехватка медсестер;
- дисбаланс профессий;
- неравномерное распределение медицинских работников – высокая концентрация в городах и дефицит в сельской местности;
- неудовлетворительные условия труда, включая равнодушное руководство и недостаточное признание в обществе;
- плохие перспективы карьерного роста, низкие зарплаты и отсутствие материальных стимулов;
- последствия миграции медицинских работников.

479. Для решения этих проблем можно применить несколько стратегий.

Укрепление стратегического руководства в области кадровых ресурсов

480. Для того чтобы в стране имелись медицинские кадры, способные оказывать полный спектр услуг от первичной до третичной медико-санитарной помощи, необходима хорошо отлаженная инфраструктура стратегического руководства. Слабое руководство является одной из главных причин недостатков в формулировании и реализации политики в области кадров здравоохранения. Такое отсутствие синергии между структурами и процессами стратегического руководства замедляет прогресс в совершенствовании политики и планирования в области кадровых ресурсов.

481. Чтобы повлиять на факторы, препятствующие адекватной выработке и реализации политики, и смягчить последствия кризиса кадровых ресурсов здравоохранения, необходимо укрепить на всех уровнях отношения между кадровыми ресурсами и руководством. Для оценки состояния кадровых ресурсов медико-санитарной помощи, выработки политики, планирования и мониторинга необходим диалог между заинтересованными сторонами, как государственными, так и негосударственными. В целях укрепления синергии между заинтересованными сторонами нужно создавать национальные механизмы координации кадровых ресурсов здравоохранения.

Изменения в системе образования в целях укрепления систем здравоохранения

482. Во многих странах образование и подготовка медицинских работников не успевают за трудностями, которые возникают перед системой здравоохранения. Системная проблема характеризуется следующими признаками:

- фрагментарные и статичные учебные планы, которые не дают выпускникам всех необходимых знаний и навыков;
- несоответствие между видами компетентности выпускников и потребностями потребителей услуг и населения в целом; и
- преимущественная ориентация на больничные услуги и узкотехническая направленность обучения без более широкого понимания контекста.

483. Для того чтобы привести образование медицинских работников в более полное соответствие с требованиями систем здравоохранения и потребностями населения в услугах здравоохранения, нужно переосмыслить и изменить систему обучения. Неотъемлемым качеством медицинских работников будущего должна стать способность совершенствовать свои знания и виды компетентности и реагировать на новые вызовы в области здравоохранения, и для того, чтобы поддерживать это важное качество, система медицинского образования должна предоставлять возможности непрерывного повышения квалификации в течение всей жизни.

484. Для того чтобы можно было эффективно улучшать состояние здоровья населения, образование, подготовка и регулирование деятельности медицинских работников должны основываться на новейших фактических данных.

Повышение эффективности и качества выполнения профессиональных функций

485. Качество выполнения медицинскими работниками своих профессиональных функций имеет огромное значение, поскольку от него напрямую зависит оказание услуг здравоохранения и, в конечном счете, здоровье населения. Повышать качество услуг следует посредством аккредитации и обеспечения соблюдения соответствующих национальных стандартов для учебных заведений и отдельных медицинских работников как в государственном, так и в частном секторе.

486. Доброжелательный и уважительный стиль управления и благоприятные условия труда способствуют раскрытию возможностей работников и расширяют их права, что в свою очередь укрепляет моральный дух и верность своему делу и, таким образом, ведет к улучшению отношений с пациентами – эти отношения становятся более уважительными и расширяют возможности последних.

487. Качество деятельности и производительность также можно повысить благодаря созданию:

- согласованно действующих многопрофильных бригад медико-санитарной помощи с эффективным управлением;
- ориентированных на выработку компетентности учебных планов с последующим повышением квалификации в процессе работы;
- благоприятных условий для ведения практики, включая справедливую оплату труда, адекватные стимулы, доступ к необходимым ресурсам и профилактику производственных рисков;
- доброжелательный и уважительный стиль управления и благоприятные условия труда.

Миграция, удержание кадров и соблюдение этических принципов при найме кадров здравоохранения

488. Для того чтобы привлекать медицинских работников в сельские и недостаточно обеспеченные медико-санитарной помощью районы и удерживать их там, нужны адекватные программы и стратегии. Для преодоления специфических трудностей, связанных с миграцией работников здравоохранения, необходимо выработать надлежащие механизмы регулирования, стратегического руководства и обеспечения информацией, соответствующие положениям Кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, принятого на Шестидесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. В Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" говорится, что "международный найм кадров здравоохранения следует осуществлять с соблюдением принципов этики и межстрановой солидарности и руководствуясь кодексом практики".

Лекарственные препараты

489. Лекарственные препараты необходимы для профилактики и лечения заболеваний, лекарства же низкого качества представляют собой угрозу для здоровья населения. На лекарственные препараты приходится также и значительная часть расходов на услуги здравоохранения – от 10-20% в странах ЕС до 40% в странах восточной части Европейского региона. В нескольких странах на востоке региона по-прежнему сохраняется проблема обеспечения постоянного доступа к качественным, безопасным и доступным по стоимости лекарственным препаратам. Эта проблема обусловлена недостаточностью выделяемых средств, слабостью систем снабжения и высоким уровнем оплаты лекарств из кармана пациента. Например, стоимость одного месяца лечения простой гипертонии может достигать до 35-дневной зарплаты, причем большая часть этой суммы выплачивается самим пациентом. Таким образом, показатели здоровья и финансовая защищенность отдельных граждан в значительной степени зависят от финансирования и регулирования поставок лекарственных препаратов.

Обеспечение высокого качества лекарственных препаратов

490. Для обеспечения качества, эффективности и безопасности лекарственных препаратов необходимо апробировать и внедрить следующие механизмы:

- страны разрабатывают и внедряют надлежащие регуляторные структуры и нормативно-правовую базу;
- обеспечивается производство, хранение, распространение и выдача лекарственных препаратов с соблюдением всех норм и правил;
- медицинские работники и потребители получают всю информацию, которая им необходима для рационального назначения и приема лекарств;
- маркетинг и реклама лекарственных препаратов осуществляются добросовестно и сбалансировано и направлены на стимулирование рационального применения лекарств; и доступу к необходимым лекарствам не препятствуют неоправданные нормативные требования.

Обеспечение доступа к лекарственным препаратам

491. Ограниченный доступ к необходимым лекарствам по доступной цене представляет собой серьезную угрозу для благополучия значительной части населения, особенно в восточной части Европейского региона. Доступ к лекарственным препаратам зависит от многих факторов, таких как выбор лекарств и их рациональное использование, системы снабжения, политика финансирования, ценовая политика, политика в отношении возмещения и сдерживания расходов и вопросы патентного права.

Поощрение рационального применения лекарственных препаратов

492. По оценкам ВОЗ, более половины всех лекарств в мире назначаются, выдаются или продаются ненадлежащим образом, а половина людей, которым назначаются лекарства, принимают их неправильно. Чрезмерное, недостаточное или ненадлежащее применение лекарственных препаратов приводит к расточительному использованию и без того ограниченных ресурсов, сохранению проблем со здоровьем или появлению побочных реакций на лекарственные средства. Рациональное применение лекарств означает, что поставлен правильный диагноз состояния, назначен и выдан наиболее подходящий для данного пациента лекарственный препарат, а также то, что лекарство является доступным для пациента и системы здравоохранения. Это также означает, что пациент полностью проинформирован о лекарстве, понимает важность назначенного режима лечения и принимает лекарство в соответствии с предписаниями.

493. Для рационального применения лекарственных препаратов требуется, прежде всего, добросовестное отношение к делу и компетентность врачей, медсестер,

фармацевтов и пациентов, а также поддержка политиков, законодателей, объединений потребителей и профессиональных ассоциаций. Для улучшения применения лекарственных препаратов имеются инновационные и эффективные стратегии, предусматривающие использование терапевтических комитетов, электронных формуляров и клинических руководств, системы отзывов о применении лекарственных препаратов, разработку политики в области информации о лекарственных препаратах и проведение оценки исходов лечения.

Регулирование стимулирования сбыта лекарственных препаратов

494. Фармацевтические компании занимаются сбытом многих продуктов и влияют на то, как врачи назначают лекарственные препараты, и на спрос и приверженность лечению со стороны потребителей лекарств. Это может приводить к нерациональному применению лекарств. Стимулирование сбыта лекарственных препаратов может косвенно влиять на врачебные инструкции.

495. Регулирование стимулирования сбыта лекарственных препаратов – это огромная и очень ответственная для Европейского региона задача, и пока что во многих странах удовлетворительного решения этой задачи найдено не было. Принимая во внимание увеличивающийся разрыв между спросом на услуги медико-санитарной помощи и ограниченными ресурсами, решению этой задачи должна быть придана высокая степень приоритетности.

Стимулирование научных инноваций для борьбы с заболеваниями, которые имеют непропорционально высокую распространенность среди людей с низким уровнем доходов, и улучшение доступа к созданным таким образом лекарственным препаратам

496. Лекарственные препараты, необходимые для спасения жизни, во многих странах Европейского региона стоят очень дорого, что способствует как уже отмечавшемуся разрыву в отношении здоровья, так и несправедливости в отношении их применения в различных странах Региона. Во многих странах реализуются стратегии в области обеспечения лекарственными препаратами и сдерживания их стоимости, которые направлены на оптимизацию справедливого доступа к лекарствам в условиях ограниченного бюджета систем здравоохранения. Высокие цены – это один из факторов, влияющих на доступ к лекарственным препаратам, и отчасти они вызваны правами интеллектуальной собственности, которые предоставляются в целях стимулирования научных инноваций.

497. Страны должны максимально использовать лекарства-дженерики, когда для этого есть возможность. Странам также необходимо стимулировать научные исследования и разработки для лечения болезней, для которых в настоящее время нет эффективных способов лечения. Дискуссии на эту тему продолжаются уже многие годы, однако необходима дальнейшая поддержка и содействие инновациям, которые позволили бы бороться с болезнями, имеющими непропорционально высокую распространенность среди людей с низким уровнем доходов: это придало бы дискуссии дополнительный аспект – видение проблемы через призму справедливости.

Укрепление механизмов финансирования здравоохранения для мобилизации ресурсов, более справедливого распределения ресурсов и повышения эффективности затрат

498. Механизмы финансирования здравоохранения непосредственно влияют на уровень солидарности и справедливости в обществе и косвенно воздействуют на показатели здоровья населения. Многие страны в Европейском регионе достигли сплошного охвата медико-санитарными услугами и обеспечили достаточный уровень финансовой защищенности и доступа к медико-санитарной помощи для всего населения. И все же, несмотря на это, для 19 миллионов человек в Регионе расходы на услуги

здравоохранения, оплачиваемые из собственного кармана, катастрофическим бременем ложатся на семейный бюджет, а более 6 миллионов человек в результате таких расходов обнищали.

499. Многие другие не получают помощи своевременно, или эта помощь не основывается на фактических данных. Это влияет на показатели здоровья, особенно здоровья малообеспеченных и уязвимых людей, что вносит большой вклад в существующий разрыв в отношении здоровья во всем Регионе.

500. Помочь в решении этих проблем может совершенствование механизмов финансирования здравоохранения, что таким образом приведет к повышению уровня справедливости и солидарности в Регионе, а также к улучшению показателей здоровья населения.

Улучшение и сохранение сплошного охвата населения медико-санитарной помощью

501. В Европейском регионе обеспечить всеобщий охват медико-санитарной помощью часто мешает недостаточная его глубина: люди, обращаясь за медико-санитарной помощью, подвергаются финансовым рискам, связанным с формальными и неформальными платежами. В то же время страны, где сплошной охват уже достигнут, сталкиваются с проблемами устойчивости и поиска путей сохранения сплошного охвата в условиях повышения спроса на медико-санитарную помощь и ограниченности ресурсов.

502. Сплошной охват может быть достигнут или сохранен с помощью одной из следующих стратегий или их сочетания: увеличение государственного финансирования здравоохранения за счет общих налогов и/или налога на фонд заработной платы; уменьшение раздробленности каналов финансирования системы здравоохранения (создание единого фонда); внедрение таких механизмов закупок, которые стимулировали бы рациональное поведение поставщиков услуг; уменьшение нерациональности в структуре систем оказания услуг и внедрение механизмов ценообразования и регулирования для сдерживания роста цен на лекарственные препараты.

503. Принятие функционального подхода к политике финансирования медико-санитарной помощи: решения, выходящие за рамки систем Бевериджа, Бисмарка и Семашко.

504. Опыт последних лет в реформировании системы финансирования медико-санитарной помощи показывает, что отход от широких классификаций систем здравоохранения или от таких ярлыков, как модели Бевериджа, Бисмарка или Семашко, расширяет пространство для инноваций и эксперимента. Например, сейчас размываются границы между системами социального страхования, финансируемыми за счет общих налогов и за счет налога на фонд заработной платы, потому что страны начинают все больше осознавать, что смешанная база поступлений наиболее всего способствует достижению устойчиво высоких уровней охвата, при этом не налагая излишнего бремени на экономику.

Влияние с помощью финансовых и нефинансовых стимулов на поведение поставщиков услуг в целях повышения их качества

505. В распоряжении заказчиков услуг медико-санитарной помощи имеются проверенные практикой финансовые инструменты, позволяющие им влиять на поведение поставщиков медико-санитарных услуг и оценивать его, а также стимулировать такое клиническое поведение, которое было бы основано на фактических данных. Эти инструменты повышают качество медико-санитарной помощи, уменьшая различия в практике ее оказания и снижая уровни неправильного использования и ошибок в оказании помощи, которые являются важным фактором, обуславливающим разрыв в отношении здоровья в странах Европейского региона и между ними. Кроме

того, можно повысить заинтересованность поставщиков услуг в улучшении здоровья населения путем оплаты за результаты, заранее определенные и измеренные с точки зрения выигрыша для здоровья. Не менее важны для стимулирования большей ориентации поставщиков на оказание медико-санитарной помощи на основе фактических данных и нефинансовые инструменты. К ним относится профессиональное признание, возможности для развития, профессиональная культура и условия труда.

Методы финансирования медико-санитарной помощи, обеспечивающие стабильный поток поступлений на протяжении всего экономического цикла

506. Уроки последнего финансового кризиса и экономического спада могут помочь лицам, вырабатывающим политику, более эффективно реагировать на будущие кризисы, имея в своем распоряжении действенные инструменты политики, и лучше подготовиться к тем временам, когда государственный бюджет может оказаться в еще более непростой ситуации. Экономические спады и их отрицательное воздействие на бюджет здравоохранения и социальной сферы полностью предотвратить, наверное, невозможно, но можно повысить устойчивость к таким потрясениям. Страны, которые накапливают резервы во времена экономического роста или, по крайней мере, сокращают дефицит бюджета и внешний долг, могут прибегать к финансированию дефицита путем займов или истощения резервов, когда дела в экономике идут плохо.

Совершенствование стратегического руководства системами здравоохранения с целью улучшения подотчетности и повышения качества функционирования

507. В постоянно усложняющихся современных окружающих условиях охрана здоровья стала делом не только министерств здравоохранения, но и широкого круга других заинтересованных сторон, включая покупателей услуг здравоохранения, профессиональные организации, учебные заведения, доноров, промышленность, группы защитников различных интересов, граждан и потребителей услуг здравоохранения. Правительства стран начинают все лучше осознавать важность участия широкой общественности в принятии решений и необходимость должным образом учитывать ценности, приоритеты и заботы общества. Разумное стратегическое руководство в интересах здоровья способствует улучшению качества функционирования систем здравоохранения, повышая их прозрачность и подотчетность. Основным инструментом разумного стратегического руководства является использование фактических данных о качестве функционирования систем здравоохранения и о результатах осуществленных мероприятий при формировании стратегий и программ.

Усиление межсекторального характера и расширение круга участников процесса планирования в области здравоохранения, в котором центральной заинтересованной стороной являются граждане и потребители услуг здравоохранения

508. Национальные планы здравоохранения разрабатываются главным образом по принципу "сверху вниз" ("нисходящие" подходы). Такой принцип может быть эффективен в условиях жесткой иерархии управления, но в условиях общегосударственного подхода, когда возникает потребность в поощрении горизонтальных связей между всеми органами государственного управления, этого становится недостаточно. Более широкое участие граждан и гражданского общества позволит в большей степени ориентировать новые национальные планы здравоохранения на граждан и потребителей услуг здравоохранения и лучше выразить в них социальные ценности.

509. Преимущественным подходом при определении структуры и содержания национальных планов здравоохранения должно быть системное мышление, поскольку характер этого процесса переориентирован на участие более широкого круга заинтересованных сторон. Такой подход позволяет убедиться в том, что выбранные на

основании социальных ценностей цели для системы здравоохранения вполне согласуются с инструментами, которые используются для укрепления систем здравоохранения в интересах достижения этих целей.

Ниже перечислены другие механизмы обеспечения более широкого межсекторального участия.

Расширение прав и возможностей министерств здравоохранения в пропаганде и отстаивании необходимости инвестиций в здоровье

510. Недостатка в фактических данных, подтверждающих, что здоровье способствует повышению социального и экономического благополучия всего общества, нет. Тем не менее, часто в процессе формирования бюджета здоровью и стратегиям, которые могут улучшить здоровье населения, намеренно или без какого-либо умысла придается низкая степень приоритетности, особенно если у лиц, вырабатывающих политику в области здравоохранения, не находится убедительных аргументов. Необходимо, наконец, расширить возможности министерств здравоохранения устанавливать приоритеты при принятии решений о распределении ресурсов, особенно в период экономического спада, чтобы защищать людей с низким уровнем доходов и уязвимых людей.

Создание эффективной регуляторной и институциональной базы, стимулирующей разнообразие партнерств

511. Реформы системы здравоохранения нового поколения требуют создания благоприятной среды, которая позволяла бы успешно развиваться партнерствам, давала бы гражданскому обществу возможность участвовать в процессе принятия решений, а люди могли бы лучше заботиться о собственном здоровье. Партнерства могут принимать самые различные формы, такие как партнерства между государственным и частным сектором, когда часть услуг приобретает у частных организаций; выделение государственного финансирования для частных некоммерческих структур, занимающихся работой с населением на местах; частные медицинские организации, в административный совет которых входят местные политические фигуры; частные медицинские организации, принадлежащие благотворительным организациям, и государственные медицинские организации, находящиеся в управлении частных организаций. Для достижения большего разнообразия таких партнерских отношений нужна более открытая и гибкая регуляторная и институциональная база, которая способствовала бы созданию партнерств.

Укрепление связи между фактическими данными и политикой

512. По-прежнему недостаточно делается для того, чтобы фактические данные могли систематически использоваться в процессе выработки и реализации политики. Для этого нужно постоянно распространять новые знания, укреплять потенциал лиц, вырабатывающих политику, и специалистов по программно-стратегическому анализу и внедрять в практику устойчивые организационные методы решения проблемы, увязывающие спрос и предложение фактических данных в систему взаимовыгодных и уважительных рабочих отношений.

513. Одним из важнейших инструментов укрепления стратегического руководства, представления вводных данных в процесс выработки политики и повышения прозрачности является оценка деятельности систем здравоохранения

Оценка качества функционирования системы здравоохранения

514. Оценка качества функционирования системы здравоохранения помогает принимать стратегические решения на основании правильного понимания проблем здравоохранения и данных об этих проблемах и их детерминантах. Она способствует налаживанию диалога между различными органами государственного управления, а также между программами, государственными органами на национальном,

территориальном и местном уровне, поставщиками медико-санитарных услуг и гражданами в целях ориентирования всех стратегий на улучшение здоровья для всех людей. Оценка дает возможность увидеть, в какой мере стратегии системы здравоохранения привели к достижению общих целей системы здравоохранения.

515. Полноценные системы оценки качества функционирования систем здравоохранения не ограничиваются перечнем показателей и целей. Они строятся на организованной совокупности количественных мер (показателей деятельности) и включают в себя аналитические инструменты. Они являются всеобъемлющими и сбалансированными по своему охвату – они оценивают всю систему здравоохранения, не ограничиваясь лишь теми или иными программами, целями или уровнями медико-санитарной помощи. Информация, полученная в результате оценки, используется для регулярных отчетов, представляемых широкой общественности или предназначенных для различных заинтересованных сторон, а также в качестве основы для принятия решений.

516. Оценка качества функционирования систем здравоохранения является одним из важнейших инструментов укрепления стратегического руководства, представления вводных данных в процесс выработки политики и повышения прозрачности

Безопасность общественного здоровья и готовность к чрезвычайным ситуациям

Анализ ситуации

517. Укрепление глобальной безопасности в области здравоохранения определено в Одиннадцатой общей программе работы ВОЗ на 2006-2015 гг. в качестве одного из приоритетов деятельности ВОЗ, и необходимость решения проблем, связанных с безопасностью в области здравоохранения в Европейском регионе, была подчеркнута Европейским региональным комитетом ВОЗ.

518. Каждый год в Европейском регионе ВОЗ происходят вспышки инфекционных заболеваний, природные катастрофы, такие как наводнения и землетрясения, или антропогенные катастрофы, такие как промышленные аварии или вооруженные конфликты. Подобные чрезвычайные ситуации всегда требуют немедленного участия сектора здравоохранения, который должен оперативно провести оценку риска для здоровья населения, незамедлительно направить международную полевую группу экспертов или даже привести в действие и возглавить кластер здравоохранения в рамках ответных мер в масштабе всей Организации объединенных наций. Пандемия гриппа H1N1 в 2009 г. стала для Европейского региона – равно как и для всего остального мира – серьезным испытанием национального и регионального потенциала реагирования на чрезвычайную ситуацию международного значения в области общественного здравоохранения. Пандемия также продемонстрировала, насколько большое значение имеет готовность к подобным ситуациям и как важны для оперативного обмена информацией и координации мер реагирования согласованные на международном уровне процедуры, такие как Международные медико-санитарные правила.

519. В 2010 г. было зарегистрировано 58 событий, которые потребовали оперативной оценки риска, из которых в одном случае в чрезвычайном порядке была создана экспертная комиссия, а в семи для поддержки государств-членов были направлены миссии экспертов. Помимо тяжких страданий людей, чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения могут причинять большой экономический ущерб. Крупнейший экономический ущерб был причинен в Европейском регионе в конце 90-х годов прошлого столетия, когда была потеряна прибыль в сумме нескольких миллиардов евро из-за губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота и появления родственного ей варианта болезни Крейтцфельда-Якоба у людей.

520. С 1990 по 2010 гг. в Европейском регионе произошло около 2000 кризисов в области здравоохранения, которые затронули 47 млн. человек, стали причиной смерти 130000 человек и причинили экономический ущерб на сумму более 250 миллиардов

долларов США (по данным Международной базы данных катастроф EM-DAT Центра исследований эпидемиологии катастроф). Эти кризисы включают такие события, как лесные пожары, аварии, землетрясения, эпидемии, периоды сильной жары, наводнения, оползни, бури и извержения вулканов.

Эффективные решения

521. Международные медико-санитарные правила (2005 г.), которые вступили в силу в 2007 г., являются основой для работы ВОЗ в сфере безопасности в области здравоохранения. Международные медико-санитарные правила служат международной нормативно-правовой базой для координации международного обмена информацией и ответных мер в отношении событий, которые могут представлять собой чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение. Государства-участники Международных медико-санитарных правил (все государства-члены Европейского региона ВОЗ плюс Ватикан) приняли на себя обязательство выполнять предусмотренные Правилами требования в отношении своих основных возможностей в области эпиднадзора и мер реагирования на заболевания.

522. Когда событие может представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, которое в соответствии с Международными медико-санитарными правилами является контактным пунктом для региона, организует оперативный международный обмен информацией и данными оценки риска. Кроме того, Оперативный центр по чрезвычайным ситуациям при Региональном бюро является региональным центром координации действий, который связан со всеми страновыми офисами ВОЗ, центрами экспертных знаний ВОЗ, сотрудничающими центрами ВОЗ, Штаб-квартирой ВОЗ в Женеве и с партнерами в регионе, такими как Европейская комиссия (Специальная рабочая группа по безопасности в области здравоохранения) и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний. Оперативный центр служит работающей круглосуточно, семь дней в неделю технической платформой для мониторинга событий, оповещения о событиях и организации ответных мер, включая оперативное управление в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения и гуманитарных кризисов.

523. Принцип кластера здравоохранения, выработанный Организацией Объединенных Наций после цунами в Юго-Восточной Азии в 2004 г., также оказался эффективным методом координации работы сектора здравоохранения при крупных чрезвычайных ситуациях. В Европейском регионе такой подход применялся несколько раз, например, в 2009 и 2010 гг. при гуманитарном кризисе на Кавказе. При таком подходе ВОЗ возглавляет Межведомственный постоянный комитет Глобального кластера здравоохранения для достижения консенсуса в отношении приоритетов в области гуманитарной помощи в сфере здравоохранения и укрепления системного потенциала для обеспечения эффективных и предсказуемых мер реагирования. На национальном уровне ВОЗ координирует работу партнеров в области здравоохранения, консолидируя оказание гуманитарной помощи и ответных мер в области общественного здравоохранения.

524. В 2011 г. в отчете Комитета по обзору в отношении функционирования Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи с пандемией гриппа А (H1N1) 2009 г. был сделан вывод о том, что "Международные медико-санитарные правила помогли сделать мир лучше подготовленным к преодолению чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения". Однако там же было сказано, что "основные национальные и местные возможности, требование об обеспечении которых содержится в Международных медико-санитарных правилах, пока обеспечены не полностью и в настоящее время не находятся на пути к своевременному осуществлению во всем мире".

525. Готовность является неотъемлемым условием успеха мер реагирования. ВОЗ предоставляет в этой сфере экспертную поддержку, в том числе в области укрепления организационно-кадрового потенциала и внедрения передовых стандартов и методов эпиднадзора за заболеваниями, эпидемиологии, лабораторных исследований,

биологической безопасности, ведения болезней и информирования о рисках. ВОЗ также обеспечивает государствам-членам доступ к региональному и глобальному потенциалу в соответствующих областях, например, к региональным референс-лабораториям или Глобальной сети оповещения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN).

526. Важнейшим условием создания согласованных национальных систем уведомления и реагирования, которые охватывали бы все угрозы в области общественного здравоохранения и, в случае событий, которые могут представлять собой чрезвычайные ситуации международного значения в области общественного здравоохранения, позволяли бы незамедлительно мобилизовать все требуемые ресурсы с учетом потребностей и возможностей всех сторон, является партнерство между секторами (такими как секторы здравоохранения, сельского хозяйства, туризма, торговли, образования и обороны). Дополнительно укрепляться будет и организованное ВОЗ партнерство для обеспечения безопасности в области здравоохранения в Европейском регионе, особенно с ключевыми организациями в восточной части региона, такими как Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Российской Федерации.

Сквозь призму социальной справедливости

527. Как показывает опыт, от самых негативных последствий чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения больше всего страдают уязвимые группы населения. В зависимости от характера кризиса, этому могут быть самые разные объяснения, но совершенно очевидна и общая закономерность: бедность всегда связана с большей уязвимостью перед бедой (даже в случае природных катастроф). Поэтому при планировании готовности к чрезвычайным ситуациями следует принимать во внимание социально-экономические детерминанты здоровья.

Раздел 3. Осуществление задуманного

ПРОЕКТ

Ключевые принципы действий 10-12

10. Содействие внедрению принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях путем обеспечения такого положения, при котором все секторы осознавали бы свою ответственность за охрану здоровья и действовали в соответствии с нею.

11. Внимательное отношение к мнениям и ожиданиям граждан и создание систем помощи и местных общин, способствующих расширению прав и возможностей граждан

12. Совместная работа во имя здоровья и благополучия населения Европейского региона, объединяющая государства-члены, международных стратегических партнеров и заинтересованные стороны в области общественного здравоохранения.

ПРОЕКТ

Стратегическое руководство в интересах здоровья

528. В настоящее время взаимодействие между государством и обществом по поводу стратегического руководства в интересах здоровья воспринимается по-новому. Здоровье превратилось в обществе в важнейший макроэкономический фактор. Здоровье и благополучие являются главными элементами того, что составляет процветающее общество и динамично развивающуюся экономику в XXI веке, и этому способствуют стратегии и подходы, построенные на фундаменте таких базовых ценностей и целей, как права человека и социальная справедливость. Таким образом, обеспечение здоровья и благополучия людей должно стать обязанностью всех сфер общества и всех секторов государственного управления.

529. Стратегическое руководство в интересах здоровья требует целого комплекса дополняющих и усиливающих друг друга стратегий, многие из которых распространяются на секторы, не занимающиеся здравоохранением, и должны быть подкреплены структурами и механизмами, способствующими сотрудничеству и создающими для этого необходимые условия. Для того, чтобы реализовать на практике принципы стратегического руководства в интересах здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья, государство должно обеспечить максимальную согласованность стратегий, инвестиционной деятельности, услуг и практических мер, осуществляемых различными секторами и заинтересованными сторонами, а также применять такие схемы совместной работы, которые позволяют увеличить потоки ресурсов для устранения нынешних типичных проявлений и масштабов неравенств в отношении здоровья; государство также должно устранить перекосы в распределении детерминант, от которых зависит возможность вести здоровую жизнь, и добиться снижения риска и смягчения последствий болезней и преждевременной смертности в масштабе всего населения страны.

530. Многие детерминанты здоровья и социальной справедливости в отношении здоровья являются общими приоритетами и для других секторов. К таким приоритетам относятся повышение качества образования, содействие вовлечению всех групп населения в жизнь общества и повышение сплоченности общества, снижение уровня бедности и повышение жизнеспособности и благополучия местных сообществ. Эти общие приоритеты служат объединяющей платформой для практических действий в разных секторах, и эти действия – при должном внимании к вопросам распределения – принесут пользу для здоровья населения и социальной справедливости в отношении здоровья.

531. Осуществление стратегического руководства в интересах здоровья требует поиска более точных способов оценки здоровья и благополучия, которые учитывали бы как объективные, так и субъективные данные и предусматривали бы их рассмотрение Сквозь призму социальной справедливости и устойчивости при выработке политики. В качестве одного из практических шагов в этом направлении можно назвать новые типы отчетности в общественном здравоохранении, в которых применяются новые методы оценки и которые позволяют стимулировать дебаты по вопросам подотчетности на уровне политики, специалистов и широкой общественности и способствуют улучшению самой подотчетности. Еще одним потенциально эффективным вариантом может быть инициирование систематической работы по постоянному сбору достоверных фактических данных о том, как различные стратегии влияют на здоровье населения и как здравоохранение влияет на другие стратегии.

Институциональные механизмы содействия переменам и инновациям

532. Суть политики Здоровье-2020 заключается в улучшении здоровья и повышении благополучия. Для того, чтобы политика Здоровье-2020 могла выполнять свое

предназначение – служить платформой для систематизации процесса взаимного обогащения стран знаниями в области политики, обмена прогрессивными методами работы и обмена экспертными знаниями и опытом, исключительно важно обеспечить сильное руководство и инновационные подходы. Также очевидно и то, что для того, чтобы поставить ответственность и подотчетность за улучшение здоровья во главу угла на всех уровнях общества, важнейшим и неизменным условием является политическая приверженность.

533. В конечном счете обязательство обеспечить здоровье и благополучие должно от имени общества и населения принять на себя государство. У государства имеются обязательства по охране здоровья населения, и оно должно играть в этой области лидирующую роль. Однако в одиночку правительства не могут делать все, что для этого нужно. Создание системы лидерства на основе сотрудничества в интересах здоровья требует новых методов работы, при которых ведется информационно-пропагандистская деятельность и создаются сети заинтересованных партнеров для их объединения и мобилизации широкой политической и культурной поддержки справедливых, устойчивых и ответственных подходов к развитию здравоохранения.

534. Для того чтобы максимально способствовать укреплению здоровья и благополучия населения, в системе государственного управления должны быть общие для всех государственных ведомств структуры и процессы, которые поддерживают принцип решения проблем на межсекторальном уровне и способствуют устранению дисбаланса в распределении властных полномочий. Политика Здоровье-2020 призвана помочь министерствам здравоохранения и организациям общественного здравоохранения установить контакты с другими действующими субъектами как в системе государственного управления, так и вне ее, чтобы сообща выработать совместные решения. Для решения этих задач требуются механизмы и процедуры стратегического управления, способные организовывать и осуществлять совместные действия и обеспечивать подотчетность за охрану здоровья как сектора здравоохранения, так и других секторов, государственных и частных действующих субъектов и граждан, чтобы таким образом выработать общую заинтересованность в улучшении здоровья населения на равных условиях.

535. Однако добиться стратегического руководства в интересах здоровья, основанного на общегосударственном подходе, может быть очень и очень непросто. Для этого требуется нечто гораздо большее, чем простой мандат. Одним из ключевых направлений является создание новых или усиление существующих инструментов и механизмов, обеспечивающих равенство высказываемых мнений и точек зрения в процессе принятия решений. Одним из ключевых факторов успешного руководства является привлечение граждан. Специфические потребности различных маргинальных, уязвимых и подвергающихся высокому риску групп населения должны быть услышаны и удовлетворены как при распределении ресурсов, так и при планировании, мониторинге и анализе стратегий, услуг и вмешательств.

536. Существуют несомненные свидетельства того, что для устранения давно сложившихся моделей социальной несправедливости в отношении здоровья нужны решения на местном уровне. Не менее важно интегрировать принципы социальной справедливости в стратегическое руководство в городах и сельской местности.

537. На всех уровнях нужен стратегический документ с описанием совокупности пережитых всем обществом состояний здоровья и нездоровья и вызывающих их причин, которым могли бы пользоваться все. Первоочередная задача – это вызвать интерес и дать информацию, благодаря чему вырабатывается понимание, приверженность и выполняется информационно-пропагандистская функция. Не менее важная задача – выдвигать на всех уровнях решительные требования о включении вопросов охраны здоровья и обеспечения социальной справедливости в основные государственные стратегии и финансовые механизмы, то есть стимулировать дебаты в парламенте, в комитетах кабинета министров, во всех органах государственной администрации и средствах массовой информации.

538. Государства вынуждены прибегать к использованию моделей партнерства и привлекать самые разные заинтересованные стороны к созданию и сохранению политической поддержки принципа социальной справедливости в отношении здоровья как общественного блага и общей цели всего общества. Для того, чтобы усилить совместную ответственность за обеспечение справедливости во всех секторах и в действиях лиц, принимающих решения, и в последствиях этих действий, потребуется соответствующая законодательно-нормативная база.

539. Еще одна цель заключается в том, чтобы создать механизмы и обеспечить ресурсы для проведения регулярных совместных оценок прогресса и анализа результатов стратегий и вмешательств, для чего необходима четкая и ясная система процедур подотчетности, охватывающая всех заинтересованных партнеров. К числу имеющихся в этом плане возможностей относятся независимые и не связанные общими интересами органы, официальные консультативные группы и вынесение документов и процессов принятия решений и их результатов на широкое обсуждение. Задача здесь заключается в том, чтобы приобрести новые знания и укрепить базу фактических данных для выработки и принятия эффективных мер политики и стратегического руководства, способных сохранить непрерывность усилий по постепенному сокращению неравенства в отношении здоровья.

540. Необходимы институциональные платформы, такие как укомплектованный сотрудниками различных ведомств отдел политики здравоохранения при канцелярии премьер-министра или объединенные комитеты или рабочие группы. Для того, чтобы поддерживать неослабевающий интерес к данному вопросу, нужен небольшой специальный организационно-методический отдел, который бы мог свободно взаимодействовать и общаться с различными сообществами и секторами, организовывать и стимулировать регулярный диалог и создавать платформы для дебатов. Должны быть созданы системы стимулирования и подотчетности, как, например, общие целевые показатели и бюджетные механизмы совместного финансирования и подотчетности. Вероятно, было бы полезным назначить в помощь министру здравоохранения другого министра, который занимался бы обеспечением и руководством процесса внедрения во всех государственных ведомствах принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях.

541. В структуре государственного управления министры и министерства здравоохранения играют огромную роль в реализации поставленных задач. Какой бы ни была конкретная форма структур стратегического руководства и кому бы ни было поручено возглавлять координацию мер по укреплению и реформированию системы здравоохранения – специальному ли управлению в составе министерства здравоохранения или другому государственному ведомству – главная ответственность за выработку, продвижение и реализацию стратегий в области здравоохранения в конечном счете почти всегда лежит на министрах и министерствах здравоохранения.

542. Институциональная основа стратегического руководства в области социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья наделяет министерства, министров здравоохранения и организации общественного здравоохранения неоспоримо законными правами выходить за обычные рамки своей деятельности и выполнять новые функции – выработать стратегии, направленные на укрепление здоровья и благополучия на равных условиях, и принимать систематические меры воздействия на определяющие здоровье и благополучие социальные факторы, применяя для этого подходы и инструменты, стимулирующие совместную деятельность и сотрудничество.

543. На министрах и министерствах здравоохранения лежит целый комплекс сложных обязанностей, связанных с вышеуказанными функциями: от выявления потребностей в медицинской помощи и услугах и выработки надлежащей политики здравоохранения и стратегий вмешательств до обеспечения ресурсами и выработки будущих схем оказания услуг, поддержания функционирования существующей инфраструктуры здравоохранения и услуг и осуществления коммуникационной и информационно-пропагандистской деятельности в интересах здоровья.

544. Министерства здравоохранения и организации общественного здравоохранения должны быть в правительстве главными инициаторами и застрельщиками решения каверзных проблем путем сочетания жестких и мягких механизмов стратегического руководства – от законодательных требований до убеждения и создания стимулов, а также мотивирования других секторов к участию в деятельности на благо здоровья. Министры и министерства здравоохранения также играют жизненно важную роль в расширении прав и возможностей и поддержке других секторов и действующих субъектов в деле распространения принципа учета интересов здоровья и благополучия во всех стратегиях.

545. К сожалению, во многих странах Региона министры и министерства здравоохранения попросту не имеют достаточного авторитета в правительстве, чтобы инициировать и поддерживать перемены, выходящие за рамки их собственных ведомственных полномочий, и реально воздействовать на другие секторы. Это, пожалуй, и не удивительно: механизмы государственного управления невероятно сложны, охрана здоровья всегда была лишь одной из целей, которые ставит перед собой общество, да и повсеместно доминирующие финансовые и бюджетные механизмы с их жесткой дисциплиной всегда имеют огромный вес, особенно во времена напряженных бюджетов.

546. Не менее важным будет и укрепление организационно-кадрового потенциала для осуществления разумного стратегического руководства. Для этого потребуются создание возможностей для проведения межсекторального обучения и подготовки кадров – в сотрудничестве со школами общественного здравоохранения, школами бизнеса и школами государственной политики – чтобы сформировать новый состав профессиональных кадров, обладающих системным мышлением и умением преодолевать проблему сложности.

Укрепление систем и служб здравоохранения

547. В настоящее время фактическое качество функционирования систем здравоохранения, которые порой бывают раздробленными, часто может не соответствовать растущим ожиданиям общества и граждан. Изменение социально-культурного и демографического ландшафта во всем Европейском регионе требует переосмысления целого ряда прежних допущений в отношении медико-санитарной и социальной помощи, широкого участия, расширения прав и возможностей, справедливости и прав человека. Это происходит в условиях роста внутренних расходов на здравоохранение. В таких условиях укрепление систем здравоохранения и стратегического руководства системами здравоохранения имеет поистине решающее значение. Министры и министерства здравоохранения и другие центральные государственные ведомства нуждаются в помощи и поддержке в деле улучшения качества функционирования систем здравоохранения и повышения их прозрачности и подотчетности.

548. Необходимо обеспечить положительное восприятие и одобрение системы программных установок и принципов охраны здоровья и общих целей здравоохранения всеми учреждениями государственного управления. Национальные планы в области здравоохранения, процессы и средства их реализации должны быть приведены в соответствие с условиями и вызовами сегодняшнего дня и охватывать весь сектор здравоохранения, как государственный, так и частный, иначе эти планы не будут актуальны для современных плюралистических, смешанных систем здравоохранения. Кроме того, подобные инструменты не должны ограничиваться рамками оказания медико-санитарной помощи, а охватывать всю широкую повестку дня общественного здравоохранения, а также меры воздействия на социальные детерминанты здоровья и предусматривать взаимодействие между сектором здравоохранения и другими секторами общества. Также очевидна важность таких инструментов для дальнейшего движения по пути возрождения первичного звена медико-санитарной помощи. Вновь особый упор

должен быть сделан на укрепление организационно-кадрового потенциала, устойчивость и подотчетность.

549. Вероятность успеха в реализации таких планов здравоохранения будет выше, если их будут разрабатывать те же люди, которые будут заниматься их осуществлением, и если они будут соответствовать потенциалу и ресурсам секторов и в них будут приниматься во внимание существующие в секторах ограничения. Эти инструменты должны указывать реалистичные способы развития организационно-кадрового потенциала и базы ресурсов путем мобилизации сил и средств государства и его партнеров. Для обеспечения долговременной устойчивости крайне важны политические и юридические обязательства. Необходима и гибкость, позволяющая адаптироваться к неожиданным поворотам событий в политической и экономической среде и сфере здравоохранения. Такие инструменты также должны обеспечивать положительное восприятие и поддержку со стороны многих заинтересованных сторон, у которых могут быть противоположные интересы.

550. Политика Здоровье-2020 предусматривает поддержку этих национальных процессов в сфере политики, требует политической приверженности на высоком уровне делу практического осуществления планов и стратегий, а также предполагает создание методических рекомендаций и инструментария для содействия осуществлению в различных условиях, контекстах и обстоятельствах.

Службы общественного здравоохранения

551. Службы общественного здравоохранения определяют содержание вырабатываемой политики, распределение ресурсов и стратегическое развития в интересах укрепления здоровья. Вместе с тем во многих странах Европейского региона ВОЗ отсутствует единое понимание того, что есть общественное здравоохранение и что такое службы общественного здравоохранения; в отношении кадрового состава и инфраструктуры общественного здравоохранения картина в Европейском регионе довольно пестрая, а способность соответствовать современным вызовам в области общественного здравоохранения во многих государствах-членах весьма ограничена. В некоторых странах развитие общественного здравоохранения сдерживается недостатком политической приверженности.

552. Одним из важнейших элементов дальнейшего развития общественного здравоохранения является более системная интеграция его принципов и служб во все сферы общества, для чего необходимо шире внедрять общегосударственный подход, включая действия на межсекторальном уровне, учет интересов здоровья во всех стратегиях и укрепление системы здравоохранения.

553. Для того чтобы общественное здравоохранение заняло центральное место в процессе улучшения здоровья, инвестиции в службы общественного здравоохранения следует рассматривать как инвестиции в здоровье и благополучие всего населения в долгосрочном плане, что является как самостоятельной ценностью, так и фактором, способствующим экономической производительности и росту благосостояния. Руководители общественного здравоохранения должны быть способны инициировать дебаты по вопросам политики на политическом, профессиональном и общественном уровнях и определять содержание этих дебатов, чтобы таким образом обосновывать и отстаивать необходимость стратегий и программ по улучшению здоровья населения. Такие дебаты будут основываться на итогах комплексной оценки потребностей населения в услугах здравоохранения и потенциала для улучшения здоровья во всех слоях общества. Это потребует анализа более широких стратегий, осуществляемых в интересах здоровья, создания инновационных сетей, объединяющих многочисленных и разных действующих субъектов, и умения действовать в качестве катализатора перемен.

554. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья являются особо важными элементами общественного здравоохранения, однако в силу сочетания таких факторов, как имевшая ранее место недостаточность инвестиций в профилактику и проведенные

недавно реформы и перемены, включая децентрализацию и приватизацию служб медико-санитарной помощи, необходимые для этого инфраструктура и службы во многих странах отсутствуют. Общая доля расходов на здравоохранение, выделяемая на программы общественного здравоохранения, по-прежнему относительно невелика. Дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи является одним из основных стратегических путей к эффективному оказанию услуг по укреплению здоровья и профилактике болезней.

555. В любой отдельно взятой стране рамочная основа для принятия мер по охране и укреплению здоровья населения неизбежно выходит далеко за пределы эффективного выполнения функции общественного здравоохранения. Она требует совместных усилий стран по решению проблем, вызванных глобализацией, влиянием глобальной экономики и вызовами, связанными с глобальными стратегиями в области коммуникаций. Общественное здравоохранение не ограничивается пределами сектора здравоохранения, а охватывает широкий круг заинтересованных сторон во всех сферах общества.

556. Многие из наиболее актуальных вызовов в сфере политики общественного здравоохранения связаны с решением таких комплексных проблем, как изменение климата, ожирение и социальная несправедливость в отношении здоровья. Ни у одной организации в отдельности не хватит возможностей для того, чтобы понять или решить эти каверзные проблемы. Часто нет единого мнения о причинах подобных проблем и о том, как лучше всего их решать. Для того чтобы понять сложность процессов, от которых зависят здоровье и болезни, и разработать необходимые комплексные вмешательства с участием всех ведомств государственного управления, нужен подход, основанный на системном мышлении и анализе.

557. Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время разрабатывает Европейский план действий по укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе, который будет представлен на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2012 г.

Системы и службы медико-санитарной помощи

558. При всех обстоятельствах необходимо укреплять системы здравоохранения, в том числе службы как общественного здравоохранения, так и медико-санитарной помощи, и обеспечивать им мощную политическую, экономическую, кадровую и идеологическую поддержку. Однако системы здравоохранения всегда будут лишь одной из многих детерминант здоровья, наряду, например, с экономическими и социальными детерминантами и окружающей средой. Дать точное количественное описание того относительного вклада, который системы здравоохранения вместе с этими другими детерминантами вносят сегодня в улучшение здоровья, достаточно сложно, однако очевидно, что важность систем здравоохранения в этой сфере будет возрастать по мере неизбежного совершенствования клинических технологий.

559. Можно прогнозировать, что технологии диагностики и лечения будут положительно влиять на результаты для здоровья, если они будут эффективными с точки зрения снижения смертности и заболеваемости и борьбы с массовыми заболеваниями, а также будут доступны для всех. Собственно говоря, подобный результат уже отмечен в случае некоторых технологий скрининга и лечения коронарной болезни сердца, хотя в точном количественном выражении отнести улучшения на счет какого-то конкретного фактора всегда сложно, если наряду с ним действуют и другие социальные и поведенческие факторы.

560. Для того чтобы достичь ожидаемых результатов в виде улучшений в состоянии здоровья, некоторые вмешательства должны осуществляться на общегосударственном уровне. Другие же вмешательства будут оставаться в рамках особой компетенции самой системы здравоохранения, и главное внимание будет уделяться достижению максимально возможного улучшения здоровья силами этого источника вмешательств.

Как уже говорилось выше, точно определить и измерить в количественном выражении каждый вклад трудно.

561. Для достижения цели улучшения здоровья и эффективного оказания услуг требуется определить оптимальную стратегию оказания услуг для вмешательств как на уровне населения, так и на индивидуальном уровне. Для того, чтобы обеспечить соответствие вмешательств конкретным условиям, государства-члены должны адаптировать и установить приоритеты во всем спектре возможных вмешательств. На уровне населения вмешательства со стороны системы здравоохранения можно определить как меры по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, диагностике и лечению и реабилитации. Потенциальное улучшение здоровья, которое может быть достигнуто благодаря сочетаниям этих возможных вмешательств, можно осмыслить и апробировать путем анализа соотношения результатов, выгод и затрат. Задача заключается в том, чтобы установить, какие конкретные программы и мероприятия и в каком соотношении смогут обеспечить максимальное улучшение здоровья. Такой подход называется программированием здравоохранения или, иногда, управлением общественным здравоохранением.

562. На индивидуальном уровне нужно помогать пациентам и поддерживать их в прохождении через лабиринт возможных вмешательств, основываясь при этом на фактических данных и их собственных клинических обстоятельствах. Это такой процесс, в котором вместе со специалистами, оказывающими клинические услуги, непосредственное и активное участие должны принимать сами пациенты. Прямое отношение к нему имеет получающее все большее распространение понятие интегрированной медицинской помощи, в соответствии с которым пациент становится главным объектом, на котором сосредоточен весь спектр вмешательств, осуществляемых в его интересах, причем эти вмешательства осуществляются комплексно и без прерываний на уровне пациента, независимо от того, какая организация или какие специалисты оказывают помощь. Также важны при этом построенные на доказательной основе клинические руководства и маршруты оказания помощи, в которых планируется желательное и фактическое прохождение пациентов по всему пути оказания медицинской помощи.

Голоса граждан и пациентов и расширение их прав и возможностей

563. Одним из главных принципов политики Здоровье-2020 является важность участия и отзывчивости со стороны пациентов. Участие и отзывчивость входят в комплекс основополагающих ценностей, на котором строятся современные системы здравоохранения, и играют решающую роль в достижении целей укрепления здоровья и таких целей системы здравоохранения, как безопасность пациента, качество помощи, прозрачность и подотчетность.

564. Расширение прав и возможностей граждан – это многомерный социальный процесс, посредством которого отдельные граждане и население добиваются более полного понимания и контроля над своей жизнью. В рамках движения за эмансипацию и повышение уровня грамотности в целом граждане все в большей степени рассматриваются как партнеры по формированию собственного здоровья. Мероприятия по санитарному просвещению и укреплению здоровья направлены на то, чтобы люди больше знали о влияниях всевозможных факторов (личных, экологических и поведенческих) на состояние своего здоровья, и чтобы показать людям пути к предупреждению нездоровья через принятие здорового образа жизни. Кроме того, как пациенты они превращаются в активных и информированных субъектов принятия решений, касающихся их лечения. Имеется все больше фактических данных, которые показывают, что медико-санитарная помощь становится более действенной тогда, когда пациенты более активно участвуют во всем процессе оказания этой помощи. Пациенты

должны находиться в самом центре процесса оказания медико-санитарной помощи и участвовать в его организации и осуществлении, прежде всего потому, что сама медико-санитарная помощь становится все более сложной и приобретает персональный характер, но также и потому, что стареющее население все больше страдает множественными и хроническими состояниями, требующими участия бригады медицинских работников разных профилей.

565. Медицинская помощь, которая действительно ориентирована на интересы и нужды пациента, улучшает субъективное восприятие качества помощи, может улучшить соблюдение больным режима лечения, уменьшить ненужный объем помощи и улучшить исход лечения. Пациенты и члены их семьи становятся членами бригады медицинской помощи, участвующими в принятии клинических решений. Кроме того, при оказании помощи, ориентированной на пациента, учитываются культурные традиции, личные предпочтения, ценности, ситуация в семье и образ жизни. Такой подход требует увеличения инвестиций в просвещение и повышение санитарной грамотности пациентов, возможно, путем поощрения участия гражданского общества.

566. В силу всех этих причин расширение прав и возможностей пациентов и медицинская помощь, ориентированная на пациента, считаются важными предпосылками для улучшения показателей здоровья, качества функционирования систем здравоохранения и удовлетворенности пациентов. Благодаря этому можно снизить показатели пользования медицинскими услугами и затраты на медико-санитарную помощь и улучшить общение между пациентом и медицинскими работниками, а также соблюдение пациентом режимов лечения. В конечном счете это приведет к увеличению продолжительности жизни, более полному контролю над болезнью, повышению самооценки, включению в жизнь общества и повышению качества жизни.

567. Более активное участие пациентов может проявляться на разных уровнях. На более коллективном уровне важно, чтобы граждане участвовали в общественных дебатах по вопросам здравоохранения и медицинской помощи. Для решения таких важных проблем, как определение прав, качество медицинских услуг, установление приоритетов в здравоохранении и этические вопросы, касающиеся жизни и смерти, необходимо услышать мнение общественности. Объединения пациентов и группы защиты их интересов все чаще приглашаются в политические и административные органы в секторе здравоохранения, чтобы официально представлять там интересы пациентов и членов их семьи. На более индивидуальном уровне предоставляется информация, которая дает людям больше возможности принимать осознанные решения в отношении своего здоровья и лечения и контролировать качество услуг. Это также включает расширение возможностей выбора поставщика помощи и предполагает открытую публикацию данных о результатах работы поставщиков помощи и доступ к личной медицинской документации. Наконец, определяются и официально утверждаются индивидуальные права пациентов, что позволяет обеспечить соблюдение таких основополагающих прав человека, как неприкосновенность частной жизни и личная неприкосновенность в специфическом контексте медико-санитарной помощи. Там, где эти права пациентов носят более превентивный – а порой и более декларативный – характер, они дополняются правовыми положениями о профессиональной юридической ответственности, компенсации и возмещении ущерба, чтобы в случае причинения пациенту вреда можно было обратиться в суд.

568. Хотя имеются разные способы расширения прав и возможностей пациентов, в этой сфере еще остается много препятствий, в том числе препятствия культурного, социального и даже медицинского характера. Более того, не все еще люди способны или желают взять на себя контроль над своим здоровьем и лечением. Пациенты часто находятся в уязвимом положении и им не хватает знаний или информации для того, чтобы принимать решения о состоянии своего здоровья. Эффект мероприятий по

укреплению здоровья может быть разным в зависимости от социальной принадлежности и уровня образования. Дополнительные меры по расширению прав и возможностей пациентов и повышению ответственности людей за свое здоровье и принимаемые решения даже могут создать риск еще большего неравенства. Кроме этого, у медицинских работников должны быть убежденность и мотивация к тому, чтобы позволять пациентам брать на себя ведущую роль в собственном лечении. В течение долгого времени многие врачи занимали отечески-покровительственную позицию по отношению к своим пациентам. В современных условиях система медицинского образования и подготовки кадров должна внушать медицинским работникам мысль о том, что нужно прекратить вести себя как хозяин, принимающий гостей-пациентов и членов их семьи, и начать вести себя как гость в жизни пациентов.

569. Наряду с этими изменениями в менталитете, лица, формирующие политику, при создании системы мер по расширению прав и возможностей пациента сталкиваются и с другими серьезными вызовами. Одна из важных проблем заключается в том, как выработать действенные информационные стратегии. Несмотря на растущий объем информации, пациенты, похоже, продолжают принимать нерациональные решения. Еще одна проблема – каким образом укрепить свободу выбора потребителя как один из путей обеспечения доверия и самостоятельности, не попав при этом в ловушку потребительской идеологии, что в свою очередь может поставить под угрозу срыва все усилия по улучшению качества медико-санитарной помощи за счет улучшения ее доказательной основы и согласованности.

Партнерства для осуществления перемен в Европейском регионе и на глобальном уровне

570. Партнерства для осуществления перемен будут иметь решающее значение и будут одной из центральных концепций в политике Здоровье-2020. Любой подход к улучшению здоровья населения, основывающийся на реагировании на множество детерминант здоровья в масштабе всего общества, должен вовлекать в эту деятельность все общество. Многие из проблем здравоохранения должны решаться с применением общегосударственных подходов, которые охватывают гражданское общество и частный сектор, а также средства массовой информации. Отчасти это может быть достигнуто посредством повышения эффективности общегосударственного и межсекторального подхода к стратегическому руководству в интересах здоровья, а отчасти – путем создания широких международных, национальных и местных сообществ, целью которых будет улучшение здоровья населения.

571. В политике Здоровье-2020 будет принят широкий и всеохватывающий взгляд на сообщество людей и организаций, защищающих интересы общественного здравоохранения в Европейском регионе. В связи с этим политика Здоровье-2020 нацелена на то, чтобы создать рамочную основу, которая позволит продвигать повестку дня здравоохранения среди широко разбросанных во всем обществе заинтересованных сторон и партнеров, образующих динамичную сеть и сотрудничающих с Европейским региональным бюро и государствами-членами ВОЗ. Партнерства в интересах здоровья будут служить цели выработки единства в сообществе общественного здравоохранения в Европейском регионе на всех уровнях. Для этого они примут общую для всего Региона политику, ориентированную на достижение конечного результата – политику Здоровье-2020. В политике Здоровье-2020 будут обозначены варианты и компромиссные решения, которые можно будет использовать при аргументации в пользу принятия таких стратегий, которые будут поддерживать идею охраны здоровья во всех секторах.

572. Руководство в интересах здоровья в современных условиях требует создания благоприятной среды, которая позволяла бы развиваться партнерствам, давала бы гражданскому обществу возможность участвовать в процессе принятия решений, а люди могли бы лучше заботиться о собственном здоровье. Партнерства могут принимать

самые различные формы, такие как партнерства между государственным и частным сектором, когда часть услуг приобретает у частных организаций; выделение государственного финансирования для частных некоммерческих организаций, занимающихся работой с населением на местах; частные организации здравоохранения, в административный совет которых входят местные политические фигуры; частные организации здравоохранения, принадлежащие благотворительным организациям; и государственные организации здравоохранения, находящиеся в управлении частных организаций. Для достижения большего разнообразия таких партнерств нужны более открытые и гибкие регуляторные и институциональные базы, которые способствовали бы созданию партнерств.

573. Хотя в политике Здоровье-2020 в положительно выраженной форме предусматривается широкое участие всех заинтересованных сторон, для улучшения состояния здоровья населения нужны объединяющие механизмы, стимулирующие полноценные партнерства. Министерствам здравоохранения и организациям общественного здравоохранения необходимо устанавливать контакты с другими действующими субъектами в системе государственного управления и за ее пределами, чтобы можно принимать эффективные совместные решения. Также нужны новые инициативы для вовлечения различных заинтересованных сторон и граждан и новые механизмы стимулирования. Заинтересованные стороны могли бы создать и внедрить в практику новые системы оценки и подотчетности за воздействия на здоровье населения.

574. Лидерство ВОЗ в этом процессе будет основываться не только на ее стремлении к техническому совершенству, на практической работе на основе фактических данных и на управлении от достигнутого, но и на ее неизменной политике оказания помощи государствам-членам в реализации этих принципов в своих системах здравоохранения. Осуществление такой политики широких консультаций и сотрудничества уже началось с создания Европейского форума по вопросам политики здравоохранения для государственных должностных лиц высокого уровня.

575. Европейский регион уже является важной ареной для деятельности международных и глобальных субъектов, действующих в области здравоохранения: помимо ВОЗ, это и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, и ЕС (незаменимый международный партнер Европейского регионального бюро ВОЗ в его борьбе за улучшение здоровья жителей Региона во всех 53 странах-членах), и целый ряд других структур, включая множество неправительственных организаций различных размеров и направлений.

576. Аналогичным образом, министерства в странах и страны в целом являются ключевыми партнерами для всех программ ВОЗ. Ведь главная уставная задача ВОЗ состоит в том, чтобы оказывать поддержку структурам, стратегиями и учреждениям в государствах-членах и тем самым улучшать не только здоровье населения, но и укреплять потенциал систем здравоохранения. Хотя в основе политики Здоровье-2020 лежат общие ценности государств-членов Европейского региона ВОЗ, она будет адаптироваться к местным и региональным реалиям: цель не в том, чтобы сделать все национальные системы здравоохранения однообразными, а в том, чтобы они однообразно лучше функционировали.

577. Наконец, важную роль играют эффективные партнерства с гражданами и местными общинами и с государственными и частными заинтересованными сторонами на нескольких уровнях: они позволяют получить более полное представление о местных детерминантах здоровья, завоевать поддержку осуществляемых мер среди простых людей и способствовать развитию местных сообществ.

Целевые показатели

578. Установление целевых показателей для здравоохранения стало уже традицией в практике общественного здравоохранения. В 1981 г. в Глобальной стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г. были установлены 12 глобальных задач в отношении здоровья. В европейской стратегии было предложено сформулировать конкретные региональные задачи для поддержки реализации глобальной стратегии, и поэтому на 34-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 1984 г. были приняты 38 задач специально для региона, а также 65 региональных показателей для мониторинга и оценки прогресса. К 2000 г. более половины государств-членов приняли целевые показатели в отношении здоровья на национальном, территориальном или муниципальном уровне или занимались их формулированием.

579. После этого интерес к установлению целевых показателей здоровья резко возрос. Однако эти показатели не являются самоцелью. Их использование должно вести к улучшению качества функционирования и подотчетности систем здравоохранения и тем самым к улучшению здоровья и благополучия по мере того, как будет осуществляться политика Здоровье-2020. Целевые показатели повышают ответственность за достижение прогресса и позволяют измерять его. Они могут быть количественными или качественными, но при этом всегда должны соответствовать принципу SMART, то есть быть конкретными, измеримыми, достижимыми, реалистичными и достигаться к определенному сроку. Каждый целевой показатель должен отражать реальный прогресс и, наверное, нужно устанавливать целевые показатели для вводимых ресурсов, процессов, итогов и конечных результатов политики Здоровье-2020.

580. Для определения целевых показателей была создана рабочая группа, состоящая из семи членов Постоянного комитета Регионального комитета, имеющих опыт в данной сфере. Поддержку группе оказывает Секретариат ВОЗ, а директор Европейского регионального бюро является ее сопредседателем. Рабочая группа предлагает определить один или два целевых показателя для каждой из следующих шести областей: стратегическое руководство в интересах здоровья, несправедливость в отношении здоровья, здоровые люди, окружающая среда (включая факторы риска и детерминанты здоровья), бремя заболеваний и качество функционирования системы здравоохранения. Группа предложит целевые показатели высокого уровня для каждой основной области и обсудит и предложит к каждому из них целевые показатели более низкого уровня, а также индикаторы.

581. Ожидается, что государства-члены обсудят и примут окончательный вариант целевых показателей на 62-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая пройдет на Мальте в 2012 г.

Выводы и рекомендации для действий

582. Для официального представления политики Здоровье-2020 в качестве общих предпосылок можно предложить следующие выводы:

- С политической точки зрения сейчас удачное время для принятия новой рамочной основы политики здравоохранения в Европейском регионе. Изменение социально-культурного и демографического ландшафта в Европейском регионе требует переосмысления широкого спектра исходных допущений относительно охраны здоровья, помощи и поддержки, широкого участия и расширения прав и возможностей граждан, справедливости и прав человека.
- Характерной чертой систем здравоохранения является неопределенность и сложность структуры, а не наличие четко разграниченных областей функциональных обязанностей. Для того, чтобы предвосхитить будущее, необходимо лучше понять риски и возможности, имеющиеся сегодня, и

составить реалистичные прогнозы в отношении того, что должно произойти.

- Растущий объем фактических данных в отношении детерминант здоровья играет большую роль, но этого не достаточно для того, чтобы изменить функционирование общества таким образом, чтобы более эффективно удовлетворялись потребности мужчин и женщин. Здоровье населения Европейского региона улучшается, но не так быстро, как следовало бы при имеющемся уровне знаний и техническом потенциале. Несправедливость в отношении здоровья растет, и это дорого обходится для всего общества как с точки зрения социальных ценностей, так и с точки зрения экономики.
- Большинство важнейших проблем общественного здравоохранения, таких как неинфекционные заболевания и несправедливость в отношении здоровья, нельзя реально решить без принятия межсекторальных мер и мер на наднациональном, национальном и местном уровнях. Действующие субъекты в области здравоохранения должны понимать и поддерживать перспективы, системы ценностей и повестки дня широкого круга национальных и международных институтов.
- Европейское региональное бюро ВОЗ обладает огромным, накопленным в течение многих лет опытом разработки и реализации всеобъемлющих подходов к развитию здравоохранения совместно с другими секторами (такими как охрана окружающей среды, транспорт, образование, юстиция и сельское хозяйство) и с другими уровнями государственного управления (города и области).

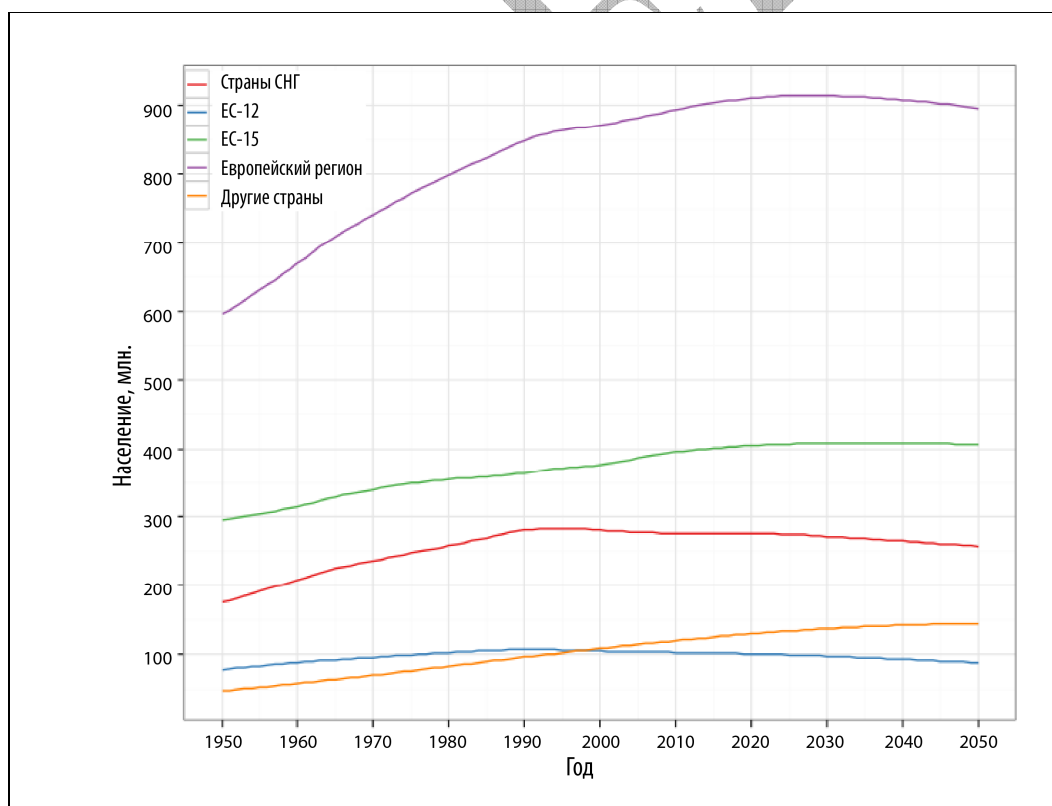
Приложение 1. Демографические и эпидемиологические тенденции в Европейском регионе ВОЗ

Демографические тенденции

В Европейском регионе ВОЗ происходят важные изменения в области демографии и эпидемиологии, от которых будут зависеть потребности в укреплении здоровья, профилактике заболеваний и медико-санитарной помощи в будущем. Однако в разных группах стран эти изменения происходят с различной интенсивностью и скоростью, в результате чего образуется настоящая мозаика из ситуаций в области охраны здоровья, требующая особых подходов.

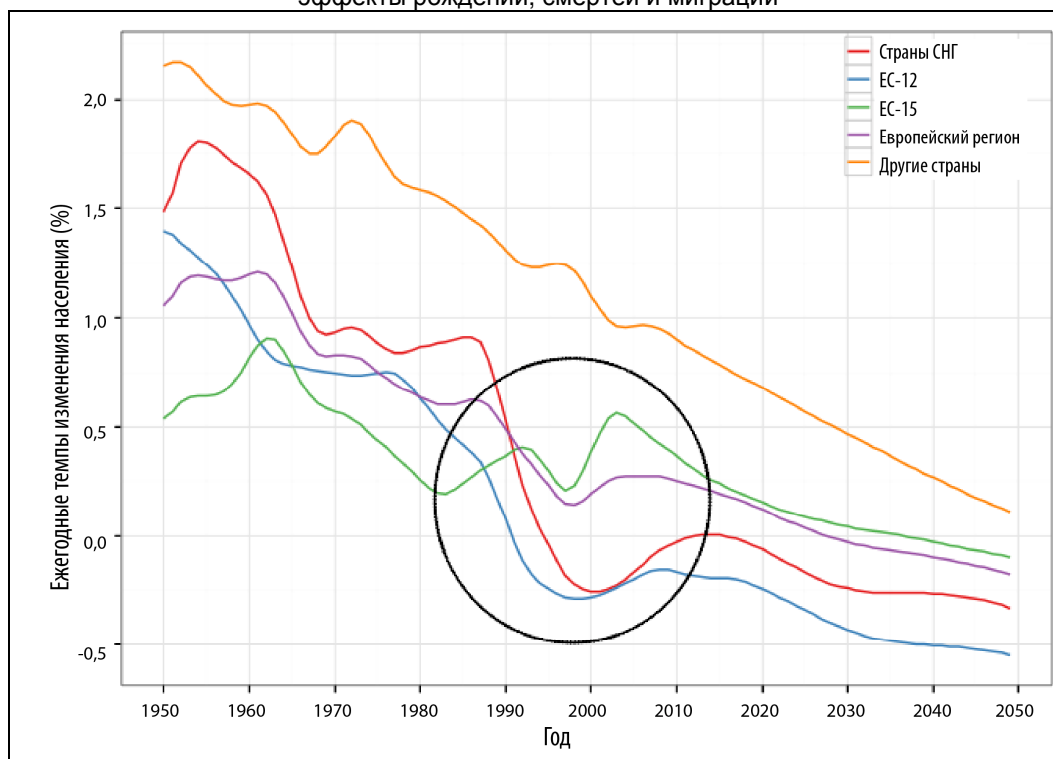
В 2010 г. население 53 стран Европейского региона составило почти 900 миллионов человек, 44% из которых живет в странах ЕС-15, а 33% – в странах СНГ (рис. 1). Начиная с 2010 г. в странах СНГ наблюдаются тенденции к сокращению населения, в отличие от прогнозируемого увеличения населения в других странах. Снижение общего коэффициента рождаемости (коэффициент фертильности ниже, чем 1,75 ребенка на каждую женщину) вкпе с относительно стабильным или медленно растущим общим коэффициентом смертности и миграцией является причиной снижения или отрицательного ежегодного прироста, что особенно хорошо заметно в странах ЕС-12 и странах СНГ в период с начала 90-х гг. прошлого века до начала 2000-х гг. (рис. 2).

Рисунок 1. Население Европейского региона ВОЗ, 1950–2050 гг.



Источник: Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г. [база данных]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2009.

Рисунок 2. Ежегодные темпы изменения численности населения: комбинированные эффекты рождений, смертей и миграции



Источник: Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г. [база данных]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2009.

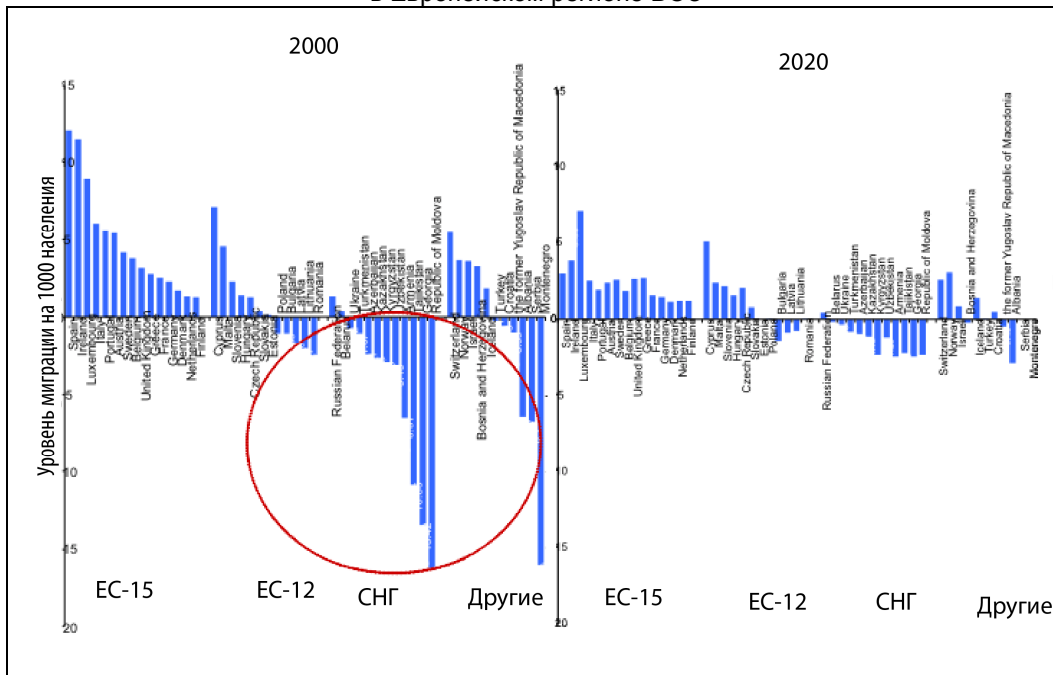
Помимо снижения уровня рождаемости, быстрое старение населения связано и с достижениями в области контроля инфекционных заболеваний на ранних этапах жизни, более поздним развитием хронических неинфекционных заболеваний и снижением преждевременной смертности благодаря улучшению условий жизни и повышению уровня медико-санитарной помощи.

Еще одним фактором, влияющим на наблюдаемые в Европе демографические изменения, является миграция, вызванная природными и техногенными катастрофами и социальной, экономической и политической нестабильностью. В Европейском регионе живет около 73 миллионов мигрантов (почти 8% общего населения региона), 52% из которых – женщины. С 2005 г. количество мигрантов увеличилось на 5 миллионов человек и составило 70% от всего роста населения за этот период.

Чистые показатели и прогнозы в отношении миграции демонстрируют огромные изменения в период между 2000 и 2020 гг., особенно для стран СНГ и группы "другие страны". Чистый показатель эмиграции в странах СНГ в 2000 г. достиг почти 16 на 1000 населения (рис. 3), тогда как в большинстве стран ЕС-15 и ЕС-12, где живет две трети всех мигрантов в Европейском регионе, наблюдается рост чистой иммиграции.

Хотя долгосрочное влияние миграции на устойчивый рост и структуру населения доподлинно неизвестны, система здравоохранения и другие секторы должны будут уделять больше внимания нынешним и будущим потребностям мигрантов, которые обычно относятся к более молодой и менее обеспеченной части населения, более подверженной болезням и ограниченной в доступе к медико-санитарной помощи.

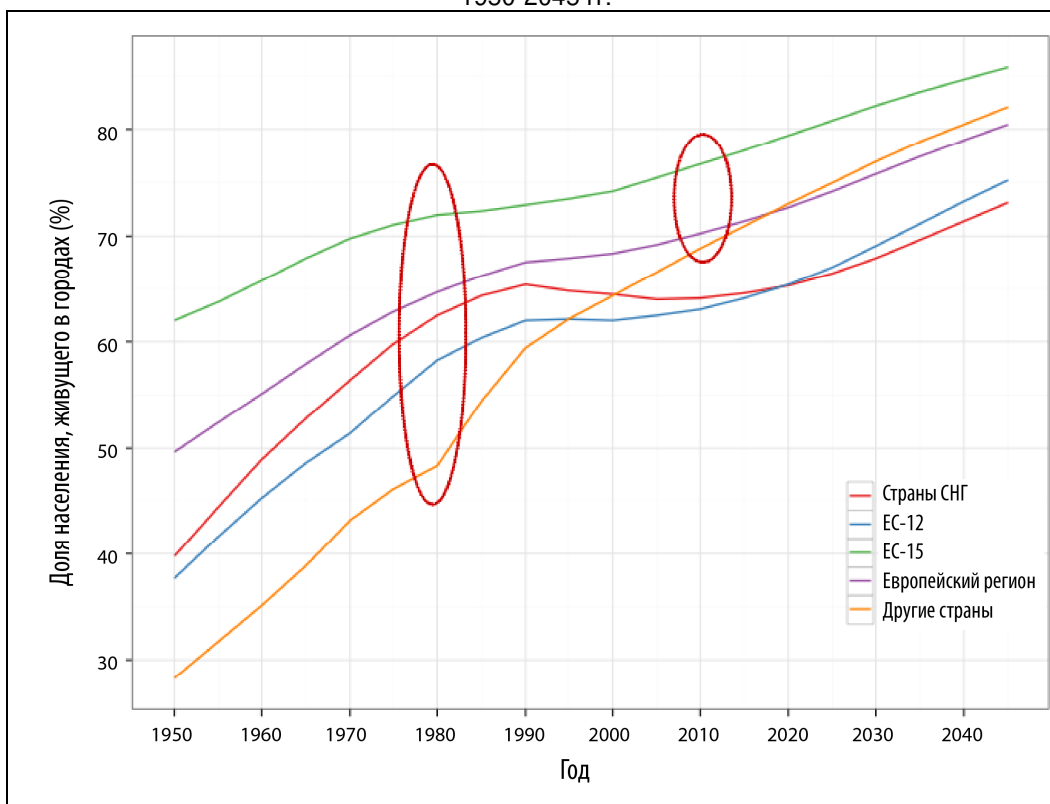
Рисунок 3. Показатели чистой миграции по странам и группам стран в Европейском регионе ВОЗ



Источник: Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г. [база данных]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2009.

С точки зрения географического распределения в 2010 г. почти 70% населения Европейского региона жил проживало в городах, и ожидается, что к 2045 г. этот показатель возрастет до 80% (рис.4).

Рисунок 4. Доля городского населения в группах стран Европейского региона ВОЗ, 1950-2045 гг.



Источник: Перспективы мировой урбанизации: редакция 2009 г. [база данных в онлайн-режиме]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2010. (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, по состоянию на 27 июля 2011 г.).

Помимо демографических изменений, население Европейского региона сталкивается с существенными эпидемиологическими изменениями, которые выражаются в том, какие группы населения затрагиваются и каков масштаб факторов, влияющих на здоровье. Эти изменения также будут определять будущие потребности в укреплении здоровья, профилактике и медико-санитарной помощи.

Эпидемиологическая ситуация

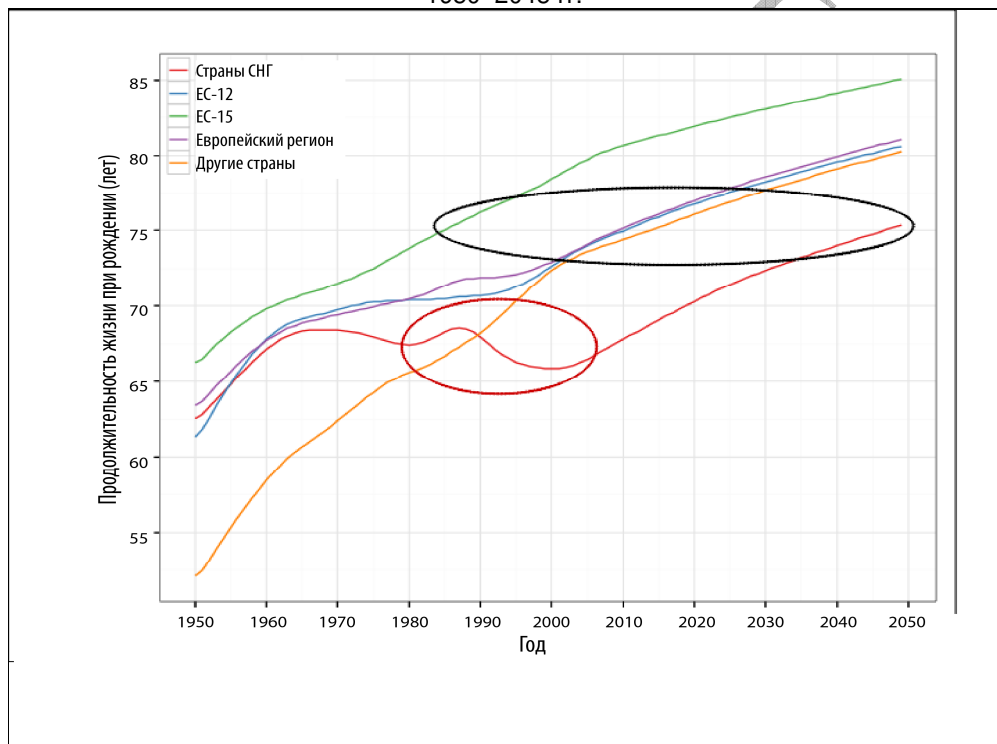
В целом, показатели здоровья населения Европейского региона улучшаются, о чем говорит ожидаемая продолжительность жизни при рождении, которая с 1980 г. увеличилась на 5 лет и в 2010 г. составила 75 лет (рис. 5). В соответствии с прогнозами, увеличиваясь такими же темпами, как с 1980 по 2010 гг., к 2050 г. она достигнет почти 81 года. Однако между странами сохраняются значительные пробелы. Например, в странах ЕС-15 уровень, ожидаемый для всего Региона к 2050 г., уже достигнут, а к 2050 г. продолжительность жизни там составит 85 лет. В то же время в странах СНГ, как ожидается, к 2050 г. продолжительность жизни будет составлять только 75 лет – это уровень, который в Европейском регионе в целом был достигнут за 40 лет до этого, а в странах ЕС-15 – за 65 лет.

Более того, с продолжительностью жизни связаны и другие важные различия между странами и полами: с 1980 по 2020 гг. продолжительность жизни женщин во Франции увеличится на 7 лет и достигнет почти 86 лет – наивысшего показателя в Европейском регионе; французские женщины будут жить на 6 лет дольше, чем мужчины. По

сравнению с этим, продолжительность жизни мужчин в Казахстане возрастет только на 1,4 года и составит к 2020 г. 61,4 года; это самый низкий показатель в Европе. Хотя абсолютная продолжительность жизни мужчин будет ниже, пропорционально продолжительность жизни мужчин в период с 1980 по 2020 гг. возрастет больше, чем продолжительность жизни женщин.

Помимо этого, продолжительность жизни можно рассмотреть более детально и далее, чтобы учесть продолжительность жизни, прожитой в состоянии неполного здоровья в результате инвалидности и болезни в различных возрастах. Хотя женщины в Европейском регионе в среднем живут на 7,5 лет дольше мужчин, средняя разница в здоровой жизни составляет лишь 5 лет, что говорит о том, что у женщин здоровая часть жизни меньше, чем у мужчин.

Рисунок 5. Продолжительность жизни в группах стран Европейского региона ВОЗ, 1950–2045 гг.

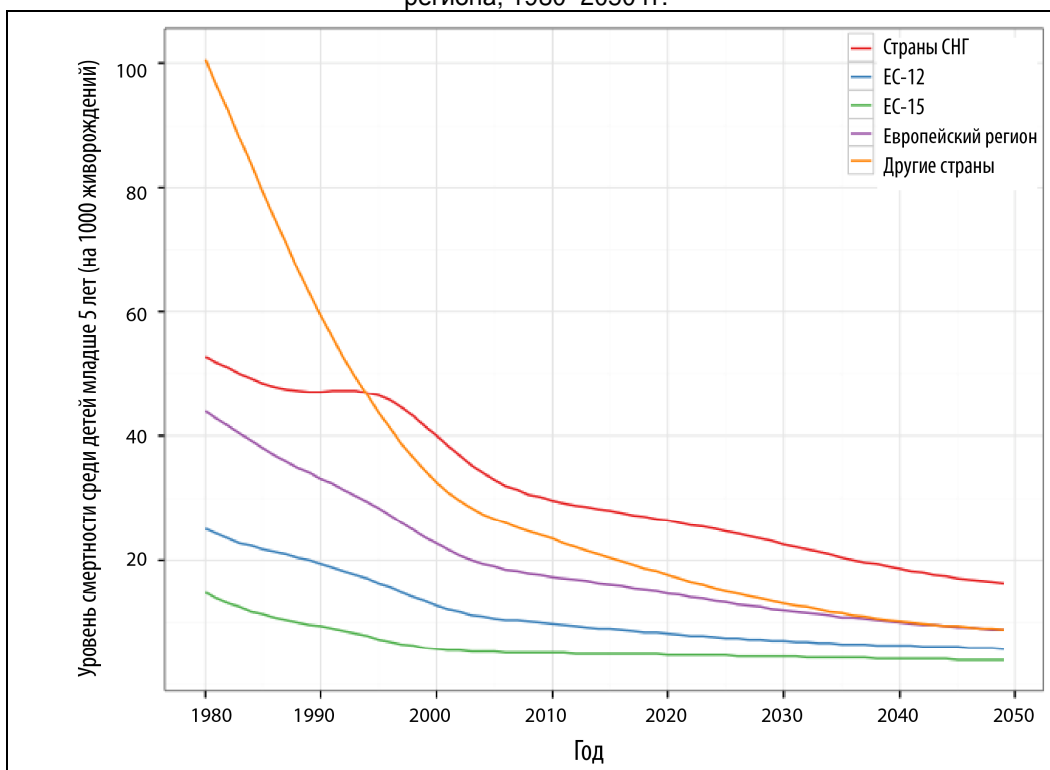


Источник: Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г. [база данных]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций.

Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2009.

В тенденциях в отношении смертности в возрастных группах и группах стран в Европейском регионе наблюдаются важные различия. Например, в 2010 г. средняя детская смертность в регионе была равна почти 18 на 1000 живорождений, то есть почти на 50% меньше, чем в 1990 г. (рис. 6).

Рисунок 6. Тенденции в отношении детской смертности в группах стран Европейского региона, 1980–2050 гг.



Источник: Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г. [база данных]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций. Департамент по экономическим и социальным вопросам, Отдел народонаселения, 2009.

В Европейском регионе наибольшая доля смертности приходится на неинфекционные заболевания – около 80% смертей в 2008 г. Из множества нозологических форм сердечнососудистые заболевания являются причиной почти 50% всех смертей (рис. 7), но этот уровень варьируется от 35% в странах ЕС-15 до 65% в странах СНГ.

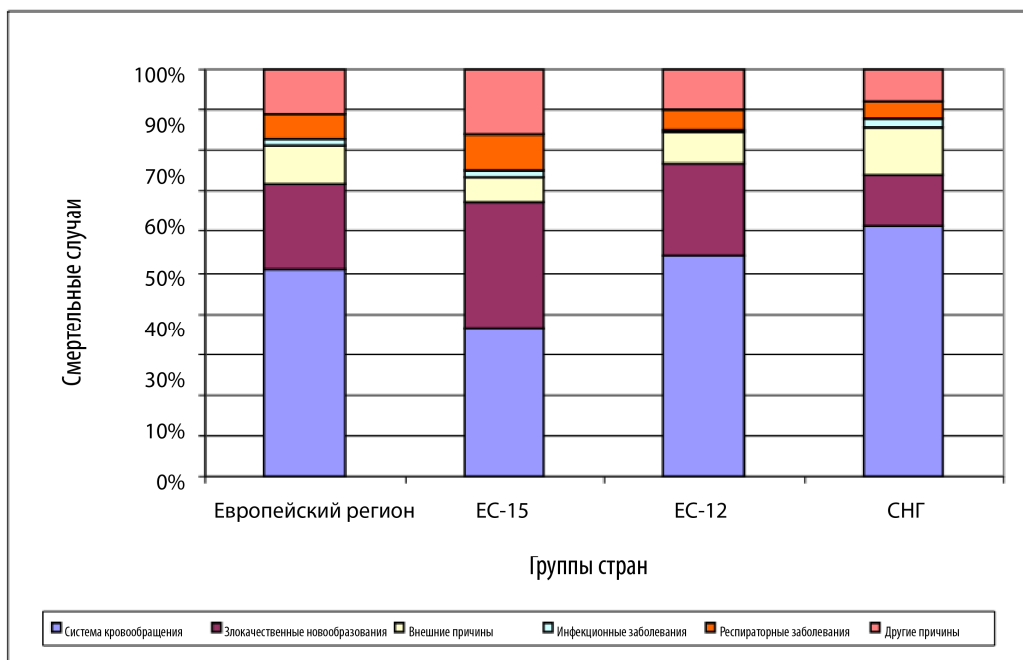
Следующей наиболее распространенной причиной смертности является рак, на который приходится 20% смертей в Регионе, от 7% в странах СНГ до 30% в странах ЕС-15.

Еще одной важной причиной смертности являются травматизм и насилие – 8% всех смертей, причем в странах СНГ на них приходится вдвое больше смертей, чем в странах ЕС-15 и ЕС-12.

Из анализа подгрупп следует, что соотношение между сердечнососудистыми заболеваниями и раком, на которые приходится почти 70% смертей, в странах ЕС-15 равно 1:1, тогда как в странах ЕС-12 оно равно 2:1, а в странах СНГ – 5:1, что также отражает стадию переходного периода в отношении старения населения, на которой находятся эти страны.

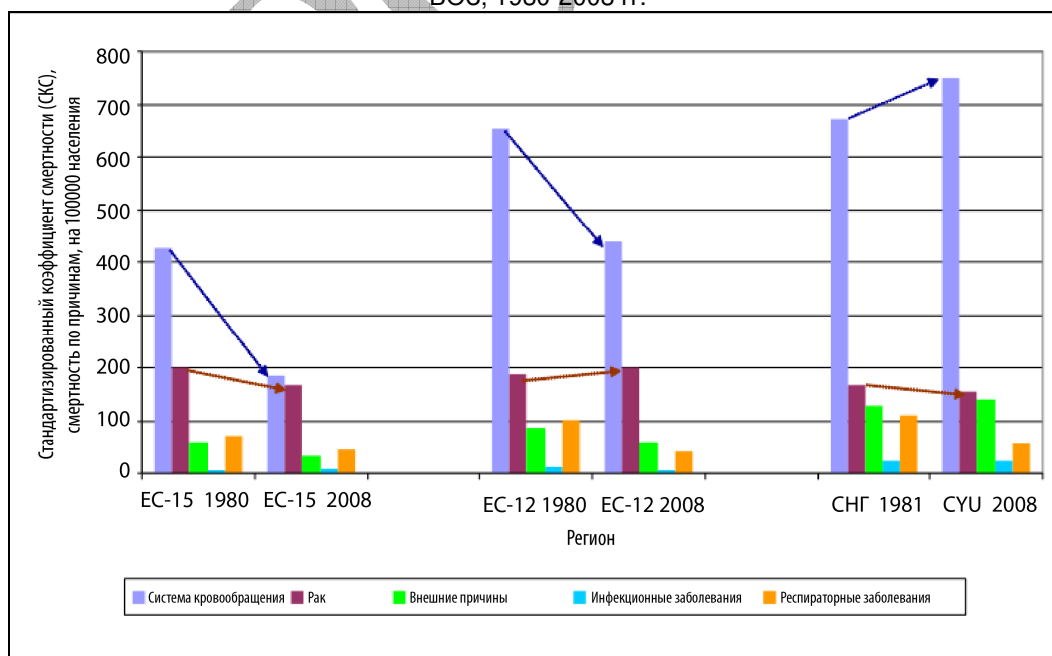
Более того, отражая изменения в структуре заболеваний в Европе, тенденции в отношении смертности также показывают, что смертность от сердечнососудистых заболеваний в странах ЕС-15 в период с 1981 по 2008 гг. снизилась более чем на 50%, а в странах ЕС-12 – на 30%, тогда как в странах СНГ в этот же период она возросла на 10% (рис. 8). В отличие от сердечнососудистых заболеваний, ситуация в отношении рака в странах ЕС и СНГ осталась практически неизменной.

Рисунок 7. Пропорциональная смертность от широких групп причин в группах стран Европейского региона ВОЗ, 2008 г.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [база данных в онлайн-режиме]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html, по состоянию на 19 августа 2011 г.).

Рисунок 8. Изменение структуры заболеваемости в группах стран Европейского региона ВОЗ, 1980-2008 гг.

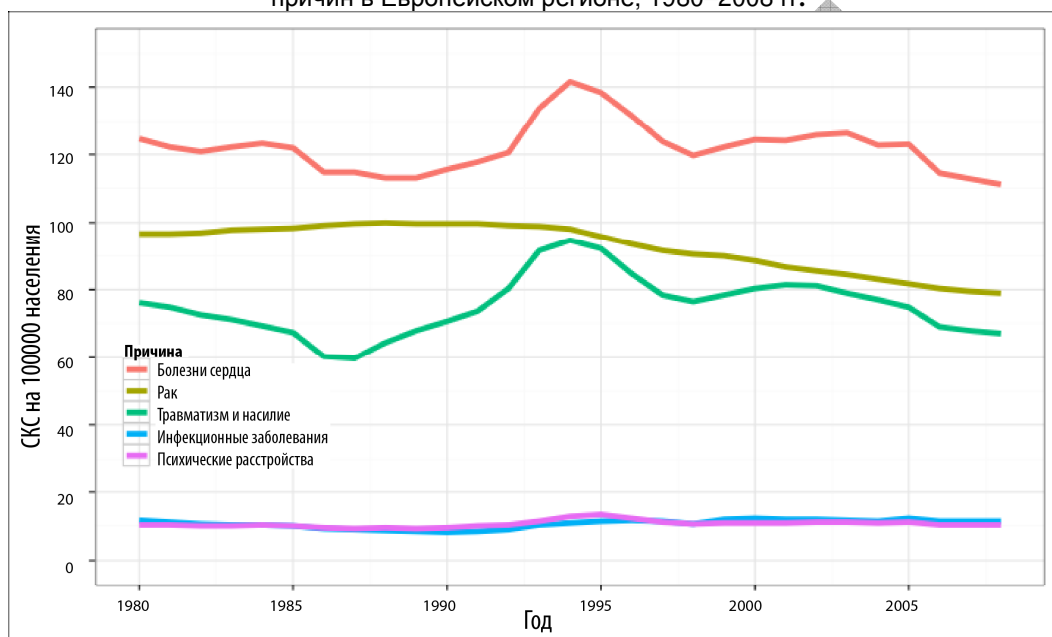


Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [база данных в онлайн-режиме]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html, по состоянию на 19 августа 2011 г.).

Учитывая, что более 70% всех смертей приходится на возраст старше 65 лет, когда процесс развития болезни длится уже несколько лет, данные о преждевременной смертности (то есть смертности среди людей младше 65 лет) более информативны для выработки политики, программ и вмешательств в области общественного здравоохранения, направленных на задержку развития заболеваний и наступления нетрудоспособности.

В этом контексте тенденции в отношении смертности таковы, что сердечнососудистые заболевания остаются важнейшей причиной преждевременных смертей в Регионе (в 2008 г. смертность от них превышала 110 на 100000 населения), но их уровень в последнее время начал снижаться (рис. 9).

Рисунок 9. Тенденции в отношении преждевременной смертности от широких групп причин в Европейском регионе, 1980–2008 гг.



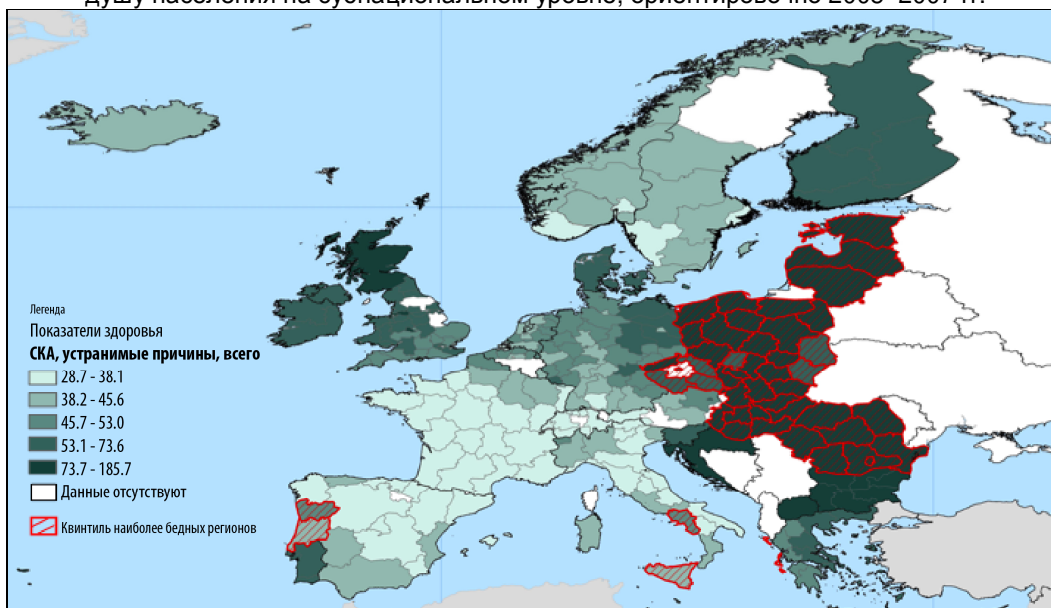
Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [база данных в онлайн-режиме]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html, по состоянию на 19 августа 2011 г.).

Концепция устранимой смертности позволяет наглядно продемонстрировать значимость неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе. Под эту концепцию подпадают преждевременные смерти, которые можно устранить благодаря различным известным вмешательствам в области общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи; это важный способ измерения бремени заболеваний для населения. Концепция также используется для определения неравенств в отношении здоровья и считается одним из показателей деятельности системы здравоохранения.

Социально-экономические факторы, такие как располагаемый доход, связаны с показателями предотвратимой смертности: чем ниже располагаемый доход, тем выше смертность. Показатели устранимой смертности в ЕС демонстрируют градиент с более высокими уровнями в восточной части региона, однако и в других районах существуют субнациональные регионы с высокими уровнями устранимой смертности (рис. 10). Наложение слоя, демонстрирующего беднейшую квинтиль (заштрихованные области), подтверждает наличие связи с более высоким уровнем предотвратимой смертности. При этом существуют и бедные регионы с относительно низкими уровнями смертности. Для

нахождения вероятных объяснений этого наблюдения требуется дополнительная информация и данные исследований

Рисунок 10. Неравенство в отношении здоровья в ЕС и соседних странах: предотвратимая смертность и наиболее низкие показатели располагаемого дохода на душу населения на субнациональном уровне, ориентировочно 2005–2007 гг.



Источник: Inequalities in Health System Performance and Their Social Determinants in Europe - Tools for Assessment and Information Sharing Project [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://data.euro.who.int/equity/>, accessed 27 July 2011).

Использование в качестве инструмента для оценки состояния здоровья, не ограничивающейся данными о смертности, показателя DALY (годы жизни, скорректированные на инвалидность) позволяет взглянуть на процесс оценки с другой стороны (вставка 1), потому что не все бремя заболеваний приходится на смертность, и здесь свою роль играют также заболеваемость и инвалидность.

Учитывая, что заболеваемость и инвалидность могут быть связаны с другими важными факторами, такими как детерминанты здоровья и вмешательства в этой области, DALY используются для оценки и сравнения масштаба и относительной значимости рисков, эффективности, экономической целесообразности (рациональности) и определения приоритетов. В новейшей версии отчета об "Исследовании глобального бремени заболеваний" от 2008 г. представлен список ведущих причин потери DALY в странах ЕС (вставка 2). В упорядоченный список, где на первых местах располагаются униполярные депрессивные расстройства и ишемическая болезнь сердца, также входит много несмертельных последствий заболеваний или заболеваний с низкой летальностью, которые, однако, могут повлечь за собой тяжелую и/или длительную нетрудоспособность; большинство из них относится к хроническим неинфекционным заболеваниям и внешним причинам (травматизм и насилие).

Вставка 1. Взгляд на состояние здоровья населения Европы сквозь другую призму: ценность использования DALY

Внимание к утрате здоровья, не только к утрате жизни (смертности)

Соответственно, DALY объединяют смертность, заболеваемость и инвалидность

DALY могут быть связаны с детерминантами и вмешательствами, позволяя оценивать риск, эффективность и экономическую целесообразность

DALY позволяют проводить прямые и последовательные на внутреннем уровне сравнения между группами заболеваний

Вставка 2. Ведущие причины потери DALY в странах ЕС, 2004 г.

Униполярные депрессивные расстройства

Ишемическая болезнь сердца

Потеря слуха, начавшаяся во взрослом возрасте

Болезнь Альцгеймера и другие типы деменции

Хроническая обструктивная болезнь легких

Цереброваскулярная болезнь

Остеоартрит

Сахарный диабет

Катаракты

Дорожно-транспортные происшествия

Рак трахеи, бронхов и легких

Отравления

Расстройства, обусловленные употреблением алкоголя

Цирроз печени

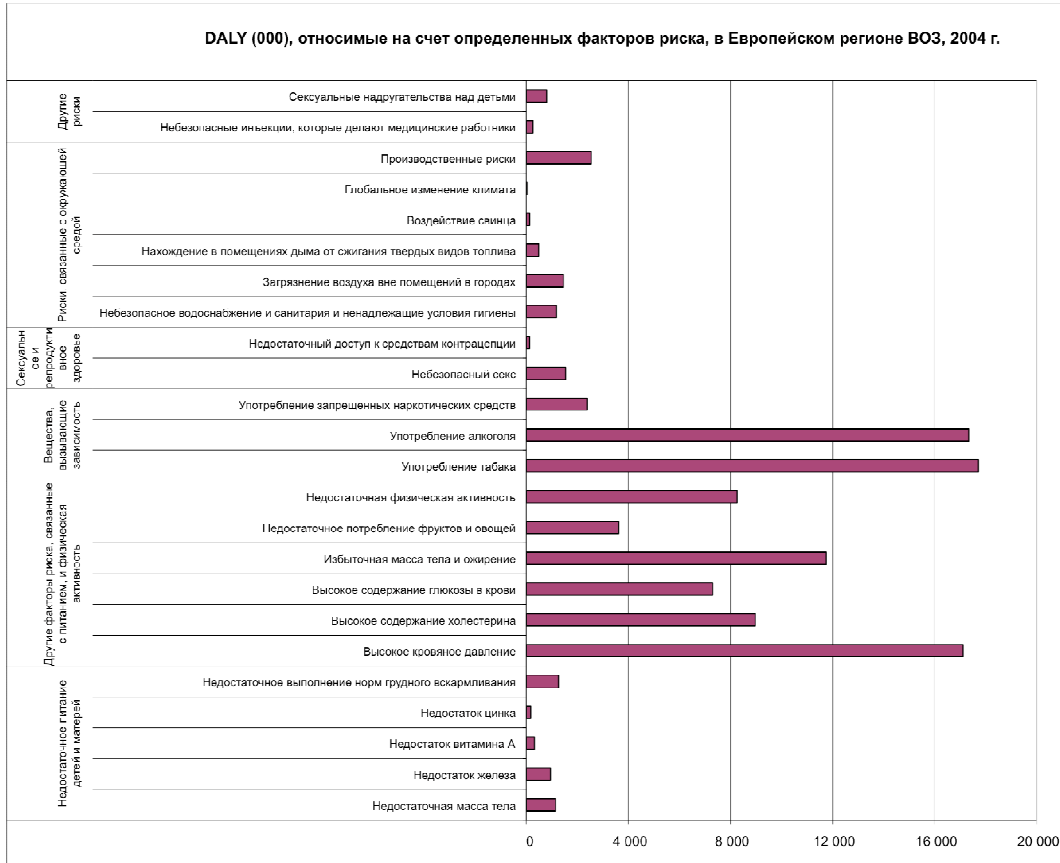
Воспалительные заболевания сердца

Травмы, причиненные самому себе

Хотя DALY постоянно пересматриваются, итоговое значение DALY увязывается с различными ведущими факторами риска, существующими в Европейском регионе (рис. 11). Это позволяет определить важнейшие сферы для вмешательств, такие как рацион питания, физическая активность и вещества, вызывающие зависимость, чтобы, в первую очередь, снизить показатели избыточной массы тела, ожирения, высокого содержания холестерина и кровяного давления, а также употребления табака и алкоголя.

Наконец, с помощью этих данных можно определить необходимые вмешательства и создать для определенного заболевания или комплекса заболеваний модель причинно-следственной связи или модель пути развития (рис. 12). На примере ишемической болезни сердца видно, как модель позволяет установить связи и выявить области или факторы, для воздействия на которые требуются меры межсекторального характера

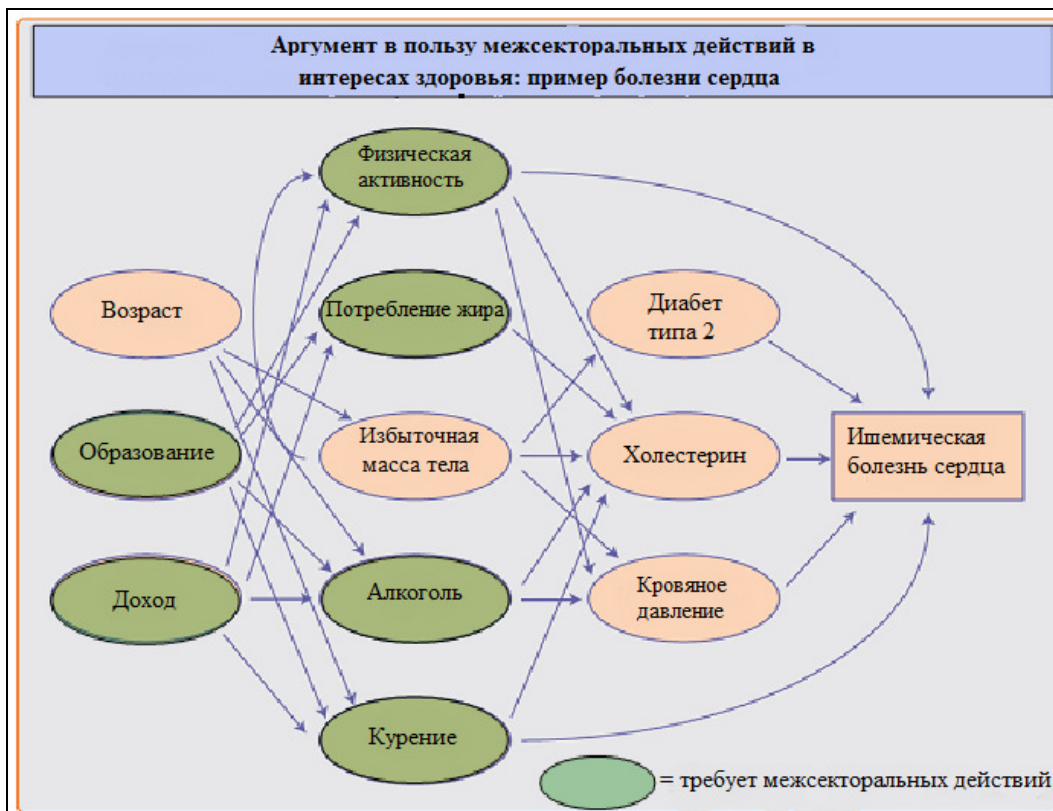
Рисунок 11. Итоговое значение DALY, потерянных вследствие ведущих факторов риска, существующих в Европейском регионе ВОЗ, 2004 г.



Источник: Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html, accessed 27 July 2011).

Рисунок 12. Межсекторальные действия в интересах здоровья: пример болезни сердца



Источник: Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html, accessed 27 July 2011).

Выводы

В качестве ключевых вопросов и проблем в области демографии и здоровья в Европе можно отметить следующее:

- Люди стали жить дольше
 - Медленный прирост населения
 - Стремительное старение населения
 - Снижение смертности на ранних стадиях жизни
- Изменение структуры бремени заболеваний
 - От сердечнососудистых заболеваний к раку
 - Новыми проблемами для здоровья становятся травматизм и психические заболевания
- Увеличение неравенства в отношении здоровья и его детерминантов
 - Существенные различия между странами и внутри стран
- Приоритеты и направление действий можно определить
 - Исходя из оценки бремени заболеваний