



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020

Копенгаген, Дания, 5–7 февраля 2013 г.





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Совместное совещание экспертов
по целевым ориентирам и
индикаторам здоровья и благополучия
для политики Здоровье-2020**

Копенгаген, Дания, 5–7 февраля 2013 г.

РЕЗЮМЕ

Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам в области здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020 было созвано Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целями были выработка рекомендаций по структурной схеме измерения показателей и по индикаторам для целевых ориентиров политики Здоровье-2020, уже установленных Региональным комитетом (в том числе в отношении благополучия), а также определение масштабов поддержки, необходимой государствам-членам для внедрения и дальнейшего совершенствования этой структурной схемы. Участники совещания рассмотрели определение благополучия, согласованное в контексте политики Здоровье-2020, изучили данные научных исследований и существующие рекомендации об инструментах и индикаторах измерения благополучия и предложили использовать показатель общей удовлетворенности жизнью в качестве основного индикатора субъективного благополучия. На совещании также были рассмотрены поступившие от группы экспертов предложения по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020, согласованы основополагающие общие принципы для индикаторов, рекомендованы целевые ориентиры в количественном выражении (там, где это приемлемо) и предложен короткий список индикаторов для обсуждения с государствами-членами и рассмотрения на сессии Регионального комитета.

Ключевые слова

QUALITY OF LIFE
PSYCHOMETRICS
HEALTH INDICATORS
HEALTH POLICY – TRENDS
EUROPE

ISBN 978 92 890 00260

Запросы в отношении публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

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

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

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

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

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод и печать этой публикации на русском языке. Перевод выполнен Издательством «Весь Мир».

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Страница</i>
Исполнительное резюме.....	1
Введение	3
Обращение директора Европейского регионального бюро.....	3
Цели и ожидаемые результаты Совещания.....	4
Информация о ходе работы по реализации политики Здоровье-2020 и других важных инициатив	4
Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия	5
Итоги предыдущего совещания группы экспертов и успехи, достигнутые после его окончания	5
Осмысление связи между здоровьем и благополучием	5
Измерение благополучия.....	7
Современное использование индикаторов благополучия.....	11
Индикаторы благополучия для политики Здоровье-2020	16
Последующие шаги	19
Разработка индикаторов для политики Здоровье-2020.....	21
Информация о проделанной работе и актуальные вопросы.....	21
Составление короткого списка индикаторов и количественное определение целевых ориентиров	22
Выводы.....	27
Литература.....	28
Приложение 1. Предлагаемые индикаторы и количественные определения целевых ориентиров.....	31
Приложение 2. Повестка дня Совместного совещания экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020	36
Приложение 3. Список участников	41

Исполнительное резюме

Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020 было созвано Европейским региональным бюро ВОЗ. В нем приняли участие три группы специалистов: группа экспертов по измерению показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия; группа экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020; и представители рабочей группы по целевым ориентирам политики Здоровье-2020 при Постоянном комитете Регионального комитета (ПКРК). Целями совещания были: обзор выполнения всех работ, рекомендованных предыдущими совещаниями групп экспертов; выработка рекомендаций по структурной схеме измерения показателей, а также по индикаторам для целевых ориентиров политики Здоровье-2020, уже установленных Региональным комитетом (в том числе в отношении благополучия); и определение масштабов поддержки, необходимой странам-членам при внедрении и дальнейшем совершенствовании этой структурной схемы. Итоговые рекомендации будут переданы на рассмотрение ПКРК в марте 2013 г., после чего в марте-апреле пройдут интернет-консультации с государствами-членами. В мае 2013 г. ПКРК примет решение по индикаторам и целевым ориентирам, которое будет представлено на рассмотрение Регионального комитета в сентябре.

Вначале эксперты сосредоточили свое внимание на измерении показателей и постановке целевых ориентиров благополучия. Они вновь рассмотрели определение благополучия, согласованное в контексте политики Здоровье-2020 (*«Благополучие существует в двух измерениях – субъективном и объективном. Оно включает в себя совокупность жизненных переживаний индивида, а также сравнение обстоятельств его жизни с социальными нормами и ценностями»*), и проанализировали двустороннюю связь между здоровьем и благополучием. Был представлен системный обзор инструментов измерения благополучия. Однако, несмотря на выявление целого ряда четких параметров, обзор показал, что в современной научной литературе по вопросам здоровья не существует единого идеального показателя благополучия. В нем были выявлены области, требующие более детального рассмотрения, в том числе гендерные различия и благополучие детей.

Были подробно обсуждены рекомендации по измерению субъективного благополучия, разработанные Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), которые получили высокую оценку специалистов и представляют чрезвычайно надежную основу для работы в этой области. Обобщение опыта использования индикаторов благополучия в международных инициативах, осуществляемых в настоящее время, показало, что выбранные предметные области благополучия в значительной степени пересекаются между собой.

Группа рассмотрела результаты анализа, проведенного в рамках проекта «Совместное исследование проблем старения в Европе» (COURAGE), в которых подчеркнута связь между здоровьем и благополучием и содержатся предложения о том, как разработчики политики могут в целом повысить благополучие за счет улучшения здоровья и функционирования (например, путем воздействия на антропогенную среду). Были представлены результаты исследования ВОЗ по проблемам глобального старения и здоровья взрослых людей (SAGE). Они тоже показали, что детерминанты общего ощущения счастья и субъективно воспринимаемого благополучия очень схожи между собой: сильная связь с состоянием здоровья, хроническими заболеваниями и инвалидностью, а также устойчивая зависимость от возраста, образования и социальных связей. Была также описана предпринятая

Европейским союзом (ЕС), работа Европейской статистической системы по измерению качества жизни и благополучия, которая опирается на подход, аналогичный другим международным инициативам, и в рамках которой в 2013 г. будет проводиться сбор данных о субъективном благополучии.

После продолжительной дискуссии эксперты договорились предложить в качестве основного индикатора субъективного благополучия показатель общей удовлетворенности жизнью. ВОЗ изучит средства получения этой информации от стран. Несмотря на проявленный интерес к эвдемонистическим (связанным с ощущением осмысленности и целесообразности жизни) и, особенно, к аффективным (связанным с чувствами или эмоциональными состояниями) аспектам благополучия, необходимо провести дополнительную работу, прежде чем можно будет рекомендовать их для включения в политику Здоровье-2020. Недостаток данных означает невозможность предложить надежные способы количественного выражения этих показателей; положение будет улучшаться по мере расширения объема поступающей информации в предстоящие годы. Был также проявлен интерес к измерению субъективного благополучия в нескольких предметных областях жизни. Выявлен ряд ресурсов, позволяющих странам-членам представлять отчетные данные о нем как о дополнительном показателе.

Было согласовано, что для оценки соответствующих объективных индикаторов благополучия требуются дополнительные время и информация (в том числе от экспертов, не присутствовавших на данном Совещании), и что при этом необходимо также учитывать общий набор индикаторов политики Здоровье-2020. Поэтому участники договорились, что после Совещания обеим экспертным группам будет предложено рассмотреть эту таблицу, так как к тому времени будут разработаны общие рекомендации, касающиеся схем измерения и возможных индикаторов, которые следует включить в политику Здоровье-2020.

Уже достигнут прогресс в ряде областей, касающихся разработки индикаторов и количественного измерения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 в целом, включая завершение ВОЗ технической работы по системе глобального мониторинга неинфекционных заболеваний (НИЗ) и завершение деятельности рабочей группы ПКРК по целевым ориентирам политики Здоровье-2020. Доступность данных по индикаторам выглядит вполне обнадеживающе, хотя определенные проблемы остаются во всем Европейском регионе.

Были рассмотрены предложения по выработке индикаторов для политики Здоровье-2020, сформулированные на Первом совещании группы экспертов. Они включают в себя 22 основных (из которых девять связаны с неравенством) и 16 дополнительных индикаторов. Эксперты согласовали всеобъемлющие общие принципы разработки индикаторов, включая необходимость: обеспечивать их сочетаемость с глобальными системами мониторинга ВОЗ; обеспечивать их внешнюю валидность; придерживаться набора регулярно сообщаемых данных, обладающих приемлемой доступностью, с целью минимизации нагрузки на государства-члены; и соблюдать существующие договоренности Регионального комитета о характере европейских целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Эксперты считают, что имеющихся в настоящее время данных недостаточно для количественного выражения всех шести целевых ориентиров, в отношении которых более уместны качественные и направляющие описания. На этой основе были предложены рекомендации по использованию (там, где это возможно) количественных целевых ориентиров, а также составлен короткий список индикаторов; эти документы будут представлены на обсуждение.

Введение

Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020 было созвано Европейским региональным бюро ВОЗ. В нем приняли участие три группы специалистов: группа экспертов по измерению показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия, группа экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020 и представители рабочей группы по целевым ориентирам политики Здоровье-2020 при ПКРК. Целями совещания были: обзор выполнения всех работ, рекомендованных предыдущими совещаниями групп экспертов; выработка рекомендаций по структурной схеме измерения показателей и индикаторам для целевых ориентиров политики Здоровье-2020, уже установленных Региональным комитетом (в том числе по благополучию); и определение масштабов поддержки, в которой будут нуждаться государства-члены при внедрении и дальнейшем совершенствовании этой структурной схемы (см. Приложение 1).

От имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ г-жи Zsuzsanna Jakab участников совещания приветствовала директор отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций д-р Claudia Stein (см. Приложения 2 и 3). На заседаниях 5–6 февраля, где рассматривалась работа группы экспертов по измерению показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия, председательствовал д-р Peter Achterberg, а на заседании 7 февраля, на котором обсуждалась работа группы экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020, – д-р Hugh Markowe (повестка дня приводится в Приложении 2). По предложению Европейского регионального бюро ВОЗ Составителями отчета были избраны г-н Nick Fahy и д-р Marieke Verschuuren. Участникам было предложено заявить о конфликтах интересов, но не было отмечено ни одного такого конфликта.

Обращение директора Европейского регионального бюро

Директор Европейского регионального бюро г-жа Zsuzsanna Jakab присутствовала на заседании 6 февраля и лично приветствовала участников. Она напомнила, что в 2012 г. при утверждении политики Здоровье-2020, содержащей шесть главных целевых ориентиров, была достигнута договоренность о том, что количественные целевые ориентиры вместе с коротким списком индикаторов будут представлены в 2013 г. на рассмотрение сессии Европейского регионального комитета. Это дополнительное решение позволило принять во внимание систему глобального мониторинга НИЗ, которая в настоящее время одобрена государствами – членами ВОЗ. Количественные целевые ориентиры и короткий список индикаторов, подготовленные на данном Совещании, будут представлены в ПКРК для обсуждения, а затем состоятся интернет-консультации с государствами-членами, после чего в сентябре эти документы будут представлены в Региональный комитет.

Директор Регионального бюро подчеркнула, что существование системы мониторинга имеет большое значение для поддержки стратегий ВОЗ, и поздравила присутствующие группы экспертов с выдающимися успехами, достигнутыми на пути к включению этой системы в политику Здоровье-2020. Г-жа Jakab отметила, что «Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г.», который скоро будет опубликован, станет отправной точкой для этой системы мониторинга, и поблагодарила всех, кто участвовал в подготовке этого доклада.

Успех ВОЗ зависит от взаимодействия с широким кругом партнеров. К числу недавних примеров успешного сотрудничества можно отнести новую инициативу в области информации по вопросам здравоохранения, совместно осуществляемую Национальным институтом общественного здоровья и окружающей среды (RIVM), Нидерланды, и Европейским региональным бюро ВОЗ, а также партнерства с ЕС, ОЭСР и др.

В заключение директор Регионального бюро поблагодарила группы экспертов за проделанную работу и выразила надежду, что все участники Совещания будут и в дальнейшем выступать в поддержку этого важного дела.

Цели и ожидаемые результаты Совещания

Основными задачами Совещания были:

- рассмотрение всех работ, проведение которых было рекомендовано предыдущими совещаниями групп экспертов (1–3);
- консультирование в отношении схемы измерения показателей и выбора индикаторов для целевых ориентиров политики Здоровье-2020, уже установленных Региональным комитетом (в том числе в области благополучия); и
- выработка рекомендаций по последующей работе, необходимой для совершенствования этой схемы.

Ключевой задачей Совещания была выработка рекомендаций о том, как наилучшим образом проконсультировать государства-члены о предложенной схеме измерения показателей. Для этого потребовалось определить масштабы поддержки, необходимой для сбора данных, их анализа и составления отчетов по этим индикаторам, а также объем мероприятий, необходимых для завершения работы над индикаторами, в том числе в области благополучия, с учетом реальных сдерживающих факторов (таких как ограничение предложений по продолжению сбора данных).

Был составлен напряженный график работы над индикаторами для политики Здоровье-2020. Первый вариант доклада (включающий в себя предлагаемую таблицу индикаторов) должен быть подготовлен к 15 февраля с тем, чтобы к 22 февраля согласовать его и представить на перевод. Консультации с ПКРК состоятся в марте, после чего в марте-апреле пройдут интернет-консультации с государствами-членами. В мае ПКРК должен принять решение по индикаторам и целевым ориентирам, которое в сентябре планируется представить на рассмотрение Регионального комитета.

Информация о ходе работы по реализации политики Здоровье-2020 и других важных инициатив

Основной акцент в основах политики Здоровье-2020 сделан на благополучии и здоровье в соответствии с определением, предложенным на Втором совещании группой экспертов по измерению показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия (2). В более общем плане политика Здоровье-2020 использует комплексный подход, воздействуя на детерминанты здоровья в масштабах всего общества и государства. Стратегия включает в себя шесть целевых ориентиров, одним из которых является повышение благополучия.

Был достигнут прогресс в осуществлении совместного проекта Регионального бюро, Европейской комиссии и ОЭСР по внедрению единой европейской интегрированной системы информации здравоохранения. С участием рабочей группы государств-членов под председательством Нидерландов и Российской Федерации были также приняты меры по разработке стратегии информации здравоохранения для Европы. RIVM и Европейское региональное бюро ВОЗ подписали письмо о намерениях с целью осуществления инициативы в области информации здравоохранения, включая совместную работу над индикаторами здоровья, создание единой платформы и сетей сбора и распространения этой информации. Участники дискуссии подчеркнули важность укрепления взаимодействия между ВОЗ и ЕС и отметили заметные успехи, достигнутые ВОЗ и Европейской комиссией в сотрудничестве в области единой системы информации здравоохранения.

Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия

Итоги предыдущего совещания группы экспертов и успехи, достигнутые после его окончания

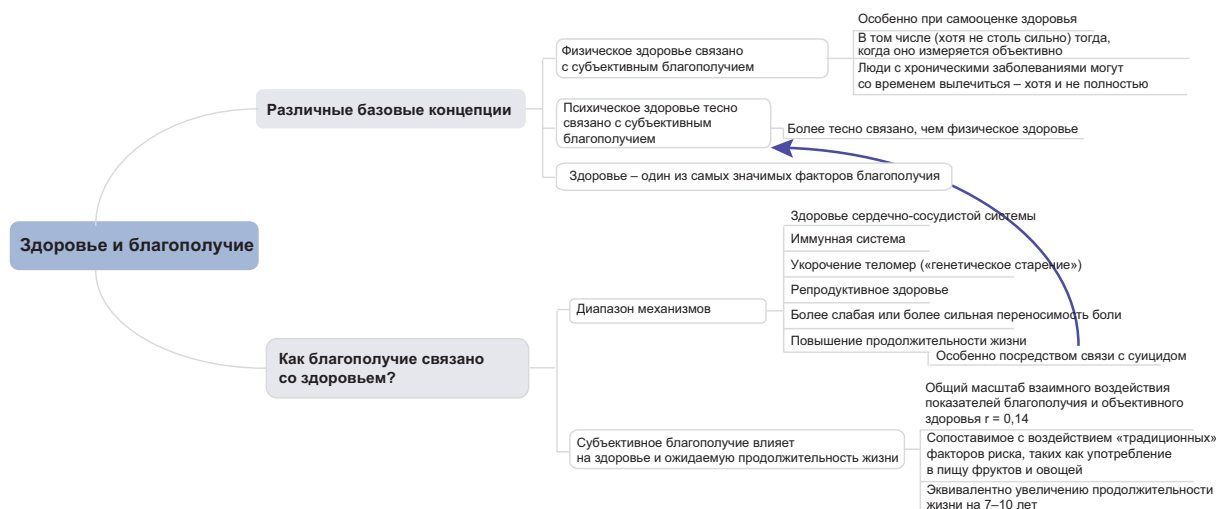
Результатом предыдущего совещания экспертной группы по измерению показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия, как отмечается в отчете об этом совещании (2), стала выработка определения благополучия (*«Благополучие существует в двух измерениях – субъективном и объективном. Оно включает в себя совокупность жизненных переживаний индивида, а также сравнение обстоятельств его жизни с социальными нормами и ценностями»*) и 13-ти принципов измерения показателей и выбора индикаторов.

Группа экспертов также подготовила «дорожную карту» действий. Из перечисленных в ней пунктов на Совместном совещании был проанализирован ход подготовки обзора литературы, рассмотрен процесс более глубокого осмысления связи между здоровьем и благополучием, а также обсуждены меры, необходимые для рассмотрения этих вопросов руководящими органами Регионального бюро ВОЗ. Не был, однако, достигнут прогресс в отношении рекомендаций по выявлению заинтересованных сторон и использованию индикаторов благополучия разработчиками политики, включая рычаги влияния министерств здравоохранения.

Осмысление связи между здоровьем и благополучием

Одним из ключевых вопросов, выявленных группой экспертов, была необходимость более глубокого осмысления связи между здоровьем и благополучием. Была проведена определенная работа, которая включала в себя просмотр литературы по этой теме и охватывала в основном разработки исследовательского центра New Economics Foundation (4), а также другие исследования. Обзор показал, что на субъективное благополучие влияет как физическое, так и психическое здоровье; в самом деле, здоровье является одним из самых сильных факторов воздействия на благополучие в целом (рис. 1).

Рис. 1. Общая схема связей между здоровьем и субъективным благополучием



Связь между физическим функционированием и субъективным благополучием не столь сильна, однако, возможно, это обусловлено именно дополнительной ценностью измерения субъективного благополучия: оно, в отличие от традиционного измерения биологических параметров, учитывает воспринимаемые виды воздействия патологических состояний (таких как ощущение боли) (5). Эта связь является двусторонней, поскольку благополучие серьезно влияет на будущее здоровье посредством целого ряда механизмов, таких как функционирование иммунной системы и реакция на стресс (6). В обзоре сделан вывод, что благополучие оказывает значительное (хотя и переменное) воздействие на здоровье, сопоставимое с воздействием других факторов (таких как здоровое питание), которые чаще становятся объектами мер вмешательства со стороны общественного здравоохранения (7).

В ходе дискуссии было обращено внимание на следующее.

- Резюме было одобрено – в частности, потому, что в нем объясняется связь между субъективным благополучием и здоровьем. В нем также показано, что учет того, что люди чувствуют и сообщают о себе (в противоположность одним лишь объективным элементам), несомненно, дает дополнительную информацию для дискуссий, связанных с разработкой и осуществлением политики.
- Была выражена заинтересованность в публикации обзора литературы. Согласовано, что его краткое изложение можно включить в отчет о данном Совещании; однако более значимый и систематический обзор потребует дополнительной работы. Таким образом, Совещание могло бы сформулировать как краткосрочные, так и долгосрочные рекомендации о дальнейших научных исследованиях и разработках, необходимых в данной области.
- Были высказаны сомнения в целесообразности использования понятий «физического» и «психического» здоровья, особенно с учетом отсутствия четкого определения «психического здоровья». Одной из альтернатив могло бы стать использование биопсихосоциальной модели, хотя такую модель трудно изложить в сжатом виде.

Измерение благополучия

Инструменты измерения благополучия: результаты систематического обзора литературы

Систематический обзор выполнялся на основе литературы, включенной в базу данных PubMed, которая призвана выявить все имеющиеся инструменты измерения благополучия и оценить их психометрические характеристики, а также возможности практического применения. В частности, в обзоре рассматривалось несколько вопросов:

- Можно ли выработать четкое определение благополучия, позволяющее интерпретировать ответы?
- Какие определения и концепции лежат в основе различных инструментов измерения?
- Как эти сложные идеи используются на практике?
- Данные о каких характеристиках включаются в отчеты?
- Насколько удачно в различных показателях решены вопросы многообразия населения (например, гендерные различия в концепциях благополучия)?

В обзоре учтены документы, зарегистрированные в базе данных PubMed за период 2007–2012 гг. На основании заранее определенных критериев включения–исключения были выявлены и просмотрены 12 201 статья; 487 полнотекстовых статей были отобраны и проанализированы. Выявлено 56 индивидуальных показателей, по которым были извлечены данные.

Ниже приводятся основные выводы.

- В большинстве исследований использованы межсекторальные модели с широким спектром конкретных процедур.
- Показатели могут быть сгруппированы в небольшое число предметных областей: показатели аффекта, индикаторы удовлетворенности жизнью (по отдельным направлениям, нескольким направлениям или разным предметным областям), шкалы психического здоровья, многомерные шкалы и шкалы духовного благополучия.
- Дифференциация результатов, полученных от мужчин и женщин, выглядит неудовлетворительно. Не учитываются социальные ожидания (то, как социальные нормы и ожидания могут исказить результат).

Обзор можно было бы продолжить, чтобы изучить инструменты измерения по другим базам данных, однако уже сейчас представляется необходимым стандартизировать оценку. Например, в ряде подходов наблюдается воздействие четкой методологической проработанности (например, точного определения времени дня, когда следует задавать вопросы, или учета воздействия ранее заданных вопросов), однако этот аспект изучен недостаточно. Кроме того, необходимо более концептуально-четко представлять себе, как именно измеряется благополучие: как результат, как фактор воздействия или как промежуточный фактор.

На этой основе было бы полезно собрать информацию о существующих показателях, провести дальнейшие исследования по вопросу об измерении благополучия, создать публичную базу данных и начать разработку нового, интегрированного инструмента.

В ходе дискуссии было обращено внимание на следующее.

- Несмотря на очень широкий спектр используемых концепций и подходов, участники Совещания выразили оптимизм в отношении возможности выработки единой точки зрения – например, той, которая выражена ОЭСР в проекте рекомендаций по измерению субъективного благополучия. Учитывая, что участникам Совещания было необходимо разработать рекомендацию для ВОЗ, в дальнейшем следовало бы усилить и усовершенствовать существующие инструменты оценки благополучия, а также их применение, в том числе по результатам упомянутого обзора.
- Поскольку идея благополучия выражается многочисленными способами при помощи этих различных показателей, было признано полезным создание базы данных об инструментах. Это позволило бы выявить составные части общего понятия благополучия и установить для них разные индикаторы. Это также дало бы возможность учесть другие полезные разработки, например, проект «Дорожная карта по исследованию психического здоровья в Европе» (ROAMER), который обсуждался на Первом совещании экспертов (1).
- По-видимому, понятие благополучия эволюционирует, так же как и относящиеся к нему инструменты измерения показателей. Были высказаны определенные сомнения в целесообразности использования некоторых выявленных конкретных компонентов, таких как концепция духовного здоровья.

Проект рекомендаций ОЭСР по измерению субъективного благополучия

Проект рекомендаций ОЭСР (8) представляет собой первую попытку разработать международные рекомендации по сбору и анализу учетных и отчетных данных о субъективном благополучии. Рекомендации состоят из четырех глав:

1. Концепция и ее валидность.
2. Методологические вопросы.
3. Рекомендуемый подход к измерению.
4. Отчетность, анализ и интерпретация данных.

В них содержится руководство по сбору данных о трех важных элементах понятия субъективного благополучия: оценке жизни, аффекте и эвдемонии, или психологическом благополучии.

В главе 2 рекомендаций дается подробное изложение методологических аспектов сбора данных о субъективном благополучии. Они включают в себя влияние формулировки задаваемого вопроса и форматов ответа, а также более общие соображения, связанные с дизайном опроса, такие как порядок задаваемых вопросов, воздействие формы проведения опроса, а также конкретного дня недели и времени года. Сопоставимость данных опирается на четко согласованный подход к измерению.

Глава 3 содержит рекомендации по надлежащей практике измерения, включая модули образцов вопросов. Учитывая разнообразные потребности пользователей и неодинаковый объем ресурсов, доступных разработчикам статистики, в рекомендациях приводятся шесть модулей вопросов (А-Е) для разных задач. Основной акцент сделан на главном модуле (А),

который содержит всего пять вопросов: один по оценке жизни, три по аффектам и один по эвдемонии. Всем национальным органам статистики предлагается применять этот главный модуль целиком. Если собрать данные по главному модулю в полном объеме не представляется возможным, то первичный показатель оценки удовлетворенности жизнью должен использоваться по минимуму. Модули В–Е более подробны и содержат экспериментальные индикаторы, сфокусированные на конкретных аспектах субъективного благополучия. Они не обязательно должны использоваться в полном объеме или безальтернативно, а, скорее, являются ресурсом для органов статистики или научных работников при составлении собственных вопросников.

В главе 4 представлены потенциальные возможности использования данных, такие как дополнение уже существующих показателей благополучия с целью содействия мониторингу общественного прогресса; создание базы для исследования детерминантов субъективного благополучия; а также поддержка планирования, разработки и оценки политических мероприятий. Например, данные могут использоваться как вспомогательный материал при проведении оценки и анализа «затраты–выгоды», особенно в тех случаях, когда речь идет о нерыночных результатах. Кроме того, разные показатели могут опираться на разные подходы к индивидуальному благополучию. Оценка общей удовлетворенности жизнью, оценка аффектов и оценка эвдемонии демонстрируют ряд различий в отношении своих детерминантов и могут иметь разное применение в практической политике. Например, индикаторы аффектов связаны с физиологией и здоровьем (как в кратковременном, так и в долгосрочном плане) и отражают влияние видов деятельности и окружающей среды.

В рекомендациях также обсуждаются две ключевые проблемы, имеющие отношение к работе ВОЗ по установлению целевых ориентиров в области благополучия. Во-первых, несмотря на то, что субъективное благополучие демонстрирует сильную и статистически значимую связь с жизненными обстоятельствами, факты свидетельствуют, что сообщаемые респондентами уровни субъективного благополучия иногда могут со временем адаптироваться как к позитивным, так и к негативным переменам в жизни. Это вызывает некоторую озабоченность, так как показатель субъективного благополучия может не отражать объективной депривации. Впрочем, адаптация к некоторым событиям жизни бывает нулевой, замедленной или неполной. Кроме того, величина и степень адаптации характеризуются индивидуальными различиями. Поэтому понимание того, кто именно адаптируется и почему, а также наличие социальных и государственных ресурсов, содействующих адаптации – в частности, при ухудшении условий жизни – являются важнейшими сферами потенциального использования данных о субъективном благополучии в практической политике.

Вторая проблема касается потенциального влияния систематической ошибки, обусловленной культурными факторами, на международную сопоставимость данных о субъективном благополучии, по крайней мере, в аспекте сравнения простых средних значений. Впрочем, изменения субъективного благополучия во времени и различия в моделях детерминантов вполне можно сравнивать между собой. Для количественной оценки уровня, на котором систематическая ошибка становится проблемой, а также для того, чтобы более точно отделить систематическую ошибку, обусловленную культурными факторами, от культурного воздействия, необходимы дальнейшие исследования. Под систематической ошибкой подразумеваются культурные различия в том, как человек сообщает о субъективном благополучии: она может возникнуть из-за лингвистических различий, разницы в применении цифр или различных форм выражения эмоций в разных культурах. В то же время под культурным

воздействием понимаются культурные различия, которые влияют на то, как человек фактически ощущает свою жизнь, и тем самым способствуют достоверной вариации параметров субъективного благополучия.

Такие проблемы, как адаптация и систематическая ошибка, обусловленная культурными факторами, указывают на необходимость сбора как объективных, так и субъективных данных с целью представления полной картины благополучия человека (или страны). При этом показатель субъективного благополучия позволяет получить ценную информацию о том, что люди думают о своей жизни и как они ее воспринимают. Эта информация является дополнением к тому, что мы можем узнать благодаря объективным индикаторам.

Проект рекомендаций предполагается опубликовать 20 марта 2013 г., в провозглашенный ООН Международный день счастья. Доработка и обсуждение рекомендаций продолжатся; будет подготовлен документ с указанием последующих этапов на период до конца 2014 г.

В ходе дискуссии было отмечено следующее:

- Проект рекомендаций был с энтузиазмом воспринят как документ, обеспечивающий очень надежную базу для проведения будущей работы в этой области и для выработки рекомендаций, которые Совещание должно предоставить ВОЗ. По мнению участников, было бы полезно разработать единый совместный документ, определяющий общую концепцию ОЭСР, ВОЗ и ЕС, которая могла бы стать основой для разделяемых всеми согласованных подходов.
- Национальные органы статистики стран ОЭСР активно участвуют в рецензировании этих рекомендаций, но это не предполагает каких-либо конкретных обязательств в отношении их внедрения.
- Предложенные в рекомендациях вопросы по возможности прошли тестирование с учетом характера научных исследований в данной области, однако ОЭСР со своей стороны выполнила ряд оценок и сформулировала некоторые выводы (в частности, касательно областей аффекта и эвдемонии).
- Показатели аффекта, предложенные в данных рекомендациях (в частности, вопросы 2–4 модуля А, в которых респондентам предлагается сообщить, насколько сильно в течение вчерашнего дня они чувствовали себя счастливыми, озабоченными или подавленными), вызвали серьезную дискуссию. Были выражены сомнения в том, имело ли смысл просить людей вспомнить продолжительность эмоциональных состояний прошедшего дня; некоторые эксперты сочли «вчерашний день» слишком коротким промежутком времени для получения значимой информации (хотя ОЭСР объяснила, что ее целью было оценить переживаемое эмоциональное состояние, а не долговременный диспозиционный аффект), в то время как, по мнению других, даже воспоминание событий вчерашнего дня (предложенное, чтобы избежать искажающего воздействия самого процесса опроса) может не принести значимой информации (хотя, по оценке специалистов ОЭСР, это не так). Были высказаны сомнения в целесообразности использования отдельных терминов: так, «счастливый», возможно, дублирует понятие удовлетворенности жизнью в целом; «озабоченный» носит скорее познавательный, чем эмоциональный характер, а «подавленный», по-видимому, означает нечто большее, чем эмоциональное состояние. Было выражено также сомнение в том, могут ли эти понятия осмысленно сочетаться в едином индикаторе аффекта (таком

как баланс между положительным и отрицательным аффектами). Кроме того, термин «счастливый» может вызвать негативную реакцию со стороны разработчиков политики. Хотя ОЭСР, предлагая данную концепцию, несомненно, опиралась на обзор литературы, выполненный ее специалистами, эта концепция не содержала в себе четко сформулированного набора предложений, учитывая существующую научную литературу (в которой, кстати, тоже нет четкости). Участники Совещания согласились, что для дальнейшего изучения этих вопросов потребуется дополнительная дискуссия, которая должна носить скорее технический характер.

Современное использование индикаторов благополучия

Применение индикаторов благополучия в международных инициативах: краткое резюме

Обзор современного применения индикаторов благополучия в разных странах и международных организациях основывается, в частности, на:

- Канадском индексе благополучия (CIW) (9)
- Измерении национального благополучия (MNW) в Соединенном Королевстве (10)
- Индексе лучшей жизни (BLI) ОЭСР (11)
- Данных Спонсорской группы Европейской комиссии по измерению прогресса, благополучия и устойчивого развития (SpG) (12).

Обзор выявил высокую степень взаимного пересечения показателей в предметных областях благополучия, используемых различными инициативами (рис. 2)

Рис. 2. Сходство между предметными областями инициатив в сфере благополучия



Примечание. Последовательность перечисления в каждой ячейке: CIW, MNW, BLI и SpG.

В отношении индикаторов, применяемых для оценки разных предметных областей, наблюдалось более широкое разнообразие, хотя по-прежнему присутствовал ряд общих элементов. Наблюдались небольшие расхождения в формулировании явно сходных между собой индикаторов.

В ходе дискуссии было отмечено следующее.

- В целом, по оценке участников Совещания, эта общность подходов свидетельствует об осуществимости намерений ВОЗ, хотя разнообразие индикаторов, лежащих в основе сходных между собой показателей, может создать трудности.
- Были также отмечены различия в подходах к представлению инициатив и связанному с ними обмену информацией, в частности, при объединении индикаторов в сводные показатели. В целом было проявлено нежелание использовать концепции, предлагающие сводные индикаторы: хотя в некоторых случаях (например, в бутанском Индексе валового национального счастья) они применяются на национальном уровне, их использование на международном уровне создает проблемы «ранжирования».

Применение индикаторов благополучия в проекте COURAGE

В рамках проекта COURAGE (13) был разработан протокол для оценки несмертельных исходов в области здоровья или связанных со здоровьем, который отражает биопсихосоциальную модель и использует Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (14). Данный проект был запущен по результатам исследования, которое показало, что существующие научные исследования по проблемам старения населения смешивают понятия «состояние здоровья», «качество жизни» и «благополучие». Он показывает объективные и основанные на доказательствах тенденции распространенности заболеваний и увязывает их с показателями качества жизни и благополучия, а также с ролью таких детерминантов здоровья, как антропогенная среда и социальные связи. Такие показатели особенно важны в контексте стареющего населения, но зачастую отсутствуют и не сопоставимы по странам.

Подход COURAGE (13) был применен к выборке из 10 800 чел. в Испании, Польше и Финляндии. Примечательное разнообразие и комплексный характер результатов указывают на необходимость применения более общих измерителей здоровья и благополучия на европейском уровне в сочетании с более подробными аналитическими данными.

Анализ COURAGE показывает, что функциональный статус является важным прогностическим фактором благополучия: улучшение функционального статуса содействует улучшению здоровья и повышает благополучие населения. Данная работа показывает, что меры, улучшающие антропогенную среду и делающие ее более благоприятной, могут повысить функциональный статус, а тем самым и благополучие. Это имеет большое значение для политики; таким образом, наука способна поддержать политические инициативы, направленные на улучшение здоровья на популяционном уровне.

Дальнейшая дискуссия показала, что политика Здоровье-2020 отражает данную концепцию и при этом применяет комплексный общегосударственный подход, увязывая политические меры, осуществляемые в других секторах (например, формирование антропогенной среды) с задачами в области благополучия.

Применение индикаторов благополучия в исследовании SAGE

Опрос SAGE (15), как было отмечено на Первом совещании группы экспертов (см.: 1), представляет собой мультистрановое исследование проблем старения и здоровья на основе выборок из шести стран (Китай, Гана, Индия, Китай, Мексика, Российская Федерация и Южная Африка) и информации из пунктов демографического наблюдения Международной сети постоянной демографической оценки населения и его здоровья в развивающихся странах (INDEPTH) по восьми государствам (Бангладеш, Вьетнам, Гана, Индия, Индонезия, Кения, Танзания и Южная Африка). Общая численность выборки составила около 90 тыс. чел. Исследование изучает состояние здоровья и влияющие на него факторы: нарушения здоровья, повседневное функционирование (самосообщенные данные о состоянии здоровья и функциональные тесты по ряду предметных областей) и субъективную оценку людьми своего состояния здоровья, качества жизни и благополучия (оцениваемого и воспринимаемого).

SAGE измеряет субъективное благополучие на основе сочетания показателей удовлетворенности жизнью (используя краткий опросник ВОЗ WHOQoL 8 – восемь вопросов об удовлетворенности разными предметными областями жизни и жизнью в целом (16)) и воспринимаемого благополучия с использованием сокращенной версии метода реконструкции прожитого дня (DRM) (см.: 1). Собранные данные позволяют проанализировать различные факторы, влияющие на изменение благополучия в течение жизни и за какой-то конкретный период. Результаты показывают, что у общего ощущения счастья и у ощущаемого благополучия очень похожие детерминанты: сильная связь с состоянием здоровья, хроническими заболеваниями и инвалидностью, а также стойкая зависимость от возраста, дохода, образования и социальных связей.

Результаты исследования SAGE указывают на полезность измерения аффективного (или воспринимаемого) элемента в дополнение к оценочному компоненту субъективного благополучия, так как, по-видимому, существует четкая связь между аффектом и хорошим или плохим здоровьем. Задача состоит в том, чтобы понять, как эта связь опосредуется: например, вынуждены ли люди с ограничениями функционирования заниматься менее приятными видами деятельности. Для понимания этой взаимосвязи необходимы дополнительные данные. Включение индикаторов субъективного благополучия, предусматривающих разделение оценочных и ощущаемых компонентов, в систему мониторинга для Европы дало бы возможность сформулировать ценные выводы.

В ходе дискуссии было отмечено следующее:

- Значение имеют как национальный, так и региональный уровни: данные Института Гэллага (17) показывают, что контекст конкретного географического региона оказывает важное влияние на благополучие. Исследование SAGE могло бы предоставить данные о неравенстве внутри стран и между странами.
- Участники Совещания также согласились, что социальные факторы очень важны, хотя меры, способные улучшить социальные связи, зависят от общегосударственного признания этой проблемы, так как она выходит за рамки полномочий министерств здравоохранения.

Измерение качества жизни и благополучия в ЕС

Европейская комиссия провела работу по оценке качества жизни и благополучия в рамках Европейской статистической системы (объединения Евростата с органами статистики стран-членов ЕС и Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ)). Описание этой работы представлено в документе Комиссии об оценке прогресса в меняющемся мире (18), где сформулированы пять ключевых мероприятий:

- дополнить ВВП (валовой внутренний продукт) средовыми и социальными индикаторами (в том числе показателями качества жизни и благополучия);
- обеспечить информационную поддержку принятия решений, приближенную к режиму реального времени;
- осуществлять более точную отчетность по вопросам распределения и неравенства;
- разработать Европейский информационный бюллетень по устойчивому развитию;
- расширить номенклатуру национальных счетов по экологическим и социальным вопросам.

SpG подготовила доклад, посвященный улучшению использования имеющихся статистических данных и повышению их качества, с целью обеспечить наиболее приемлемые индикаторы, рекомендации по которым включаются в программу статистических мероприятий Комиссии (12). Этот подход основан на сочетании принципов соответствия теоретическим положениям (в соответствии с Докладом Стиглица (19)), политической релевантности (согласно разработанной Комиссией стратегии «Европа-2020» (20)) и измеримости показателей (в соответствии с документом об оценке прогресса в меняющемся мире (18)).

SpG привлекла к работе целевую группу по вопросам качества жизни. Ее участники согласовали «восемь плюс одно» измерение качества жизни, которые включают в себя здоровье и хорошо соответствуют тем измерениям, которые обсуждались на Совместном совещании (рис. 3).

Основным инструментом этого многомерного подхода к качеству жизни является опрос, проводимый в рамках проекта «Статистика ЕС о доходах и условиях жизни» (EU-SILC) (21) в ходе которого будет создан набор микроданных для анализа. Это важнейшее социальное исследование, проводимое в странах ЕС и ЕАСТ, содержащее как перекрестные, так и лонгитюдные (за четыре года) данные и охватывающее в общей сложности свыше 130 тыс. домохозяйств и 270 тыс. индивидов. Эти сведения будут дополнены информацией из других источников, включая Европейское обследование состояния здоровья методом интервью (EHIS) (22), Обследование рабочей силы ЕС (EU LFS) (23), и Гармонизированное европейское обследование по распределению времени (HETUS) (24), и в дальнейшем доработаны. Задача состоит в том, чтобы использовать как субъективные, так и объективные данные по каждой предметной области и охватить распределительные показатели (такие как географический регион и уязвимые группы населения). Наряду с таблицей первоначальных индикаторов будут разработаны комплексные показатели. Первый набор индикаторов качества жизни должен быть опубликован Евростатом в начале 2013 г.

Рис. 3. Параметры качества жизни, выявленные целевой группой SpG



Параметр «здоровье» характеризуется, в частности, следующим образом:

- общее состояние здоровья – с помощью индикатора состояния физического/психического здоровья (EU-SILC, EHIS);
- доступ к медико-санитарной помощи – с помощью индикатора неудовлетворенных потребностей в медицинском обследовании или лечении (EU-SILC, EHIS);
- факторы (не)здорового поведения – индикатор пока не разработан.

Цель состоит в создании планового механизма отчетности по этим индикаторам, которые могут быть измерены на индивидуальном уровне. Будут также использоваться «контекстные» индикаторы (такие как ожидаемая продолжительность жизни), которые имеют значение на популяционном уровне населения. Точный вид индикатора для использования в распределительных показателях пока не определен.

Для характеристики общего ощущения жизни будут использоваться три вида вопросов:

- оценочные, когнитивные вопросы (например, вопросы об удовлетворенности жизнью);
- аффективные вопросы (в том числе о позитивном и негативном аффекте);
- вопросы об эвдемонистическом благополучии (например, о цели, значимости жизни и процветании).

Переменные величины будут взяты из существующих обследований, включая Европейское социальное исследование (научно-исследовательский консорциум, охватывающий некоторые страны ЕС) (25), Европейское исследование качества жизни (EQLS) (26) и «Евробарометр» (2010) (27). В 2013 г. будет применяться также специальный модуль EU-SILC по проблеме субъективного благополучия (28). Он будет охватывать все измерения приведенной выше структурной схемы и включать в себя инструкцию для пользователя и типовой опросник

на всех языках ЕС. Всё это было разработано совместно с другими международными инициативами, включая ОЭСР.

Наряду с развитием системы отчетности и дальнейшего сбора данных важно будет также добиться одобрения и использования этой информации разработчиками политики, что позволит обществу лучше «поспевать» за статистическими новинками. Ряд национальных инициатив в данной сфере (в Австрии, Бельгии, Германии, Италии, Нидерландах, Соединенном Королевстве и Финляндии) показывает, что к этим вопросам проявляется широкий интерес.

В ходе дискуссии было отмечено следующее:

- Что касается различия между комплексными и сводными индикаторами, то к числу комплексных Евростат относит такие индикаторы, изменение которых согласуется с изменением других индикаторов в той же сфере и которые поэтому рассматриваются как репрезентативные для данной сферы. Такие индикаторы резко отличаются от сводных индикаторов, которые созданы путем объединения нескольких различных показателей, каждый из которых имеет собственную шкалу измерения.
- По-видимому, в этой области имеется много общего в подходах между разными международными организациями. Поэтому было согласовано, что для описания этого общего подхода мог бы быть полезен совместный документ о ключевых индикаторах благополучия в Европе, составленный ЕС, ОЭСР и ВОЗ.

Индикаторы благополучия для политики Здоровье-2020

При рассмотрении итогов предыдущего совещания (см. выше) и хода осуществления его решений развернулась широкая дискуссия о том, какой подход к установлению индикаторов благополучия для политики Здоровье-2020 является наилучшим. Участники обсудили как субъективные, так и объективные измерения благополучия.

Субъективное благополучие

Обсуждение индикаторов и методов измерения субъективного благополучия охватывало следующие вопросы.

- Было достигнуто взаимопонимание по вопросу об использовании показателя общей удовлетворенности жизнью в качестве главного индикатора субъективного благополучия. По мнению участников, этот показатель можно измерить, например, с помощью вопроса А1 из основного модуля проекта рекомендаций ОЭСР (8): «Говоря в целом, насколько вы в эти дни удовлетворены жизнью вообще?»
- Пока еще мало что известно о том, какое отношение к здоровью имеет эвдемонистический аспект субъективного благополучия. В проекте рекомендаций ОЭСР (8) эта конкретная связь не исследуется. Поэтому, прежде чем предлагать этот показатель в качестве индикатора для политики Здоровье-2020, необходимо провести дополнительную работу, чтобы лучше его понять и определить, какого рода информацию дает измерение этого элемента и каково его значение для здоровья.
- Участники Совещания не смогли прийти к какому-либо выводу по проблеме положительного и отрицательного аффектов. По некоторым данным, между аффектом

и здоровьем существует взаимосвязь, и она могла бы быть источником полезной информации, в частности, для разработки и осуществления политики в области здравоохранения, так как отражает влияние внешней среды и видов деятельности. Однако в ходе дискуссии не удалось выработать общей точки зрения о том, какую концепцию измерения лучше всего использовать, или о точном определении индикатора в этой области, особенно с учетом проекта рекомендаций ОЭСР (8). Важно, с одной стороны, работать над более глубоким осмыслением связи между аффектом и здоровьем (на индивидуальном и популяционном уровнях), а с другой, продолжать технические дискуссии, которые помогли бы выработать консенсус по вопросу об эффективном измерении показателей.

- Был проявлен значительный интерес к измерению удовлетворенности жизнью по нескольким предметным областям; это могло бы дать очень важную информацию разработчикам политики и оказать поддержку применению общегосударственного подхода. Существует, однако, несколько альтернативных вариантов выбора индикаторов и методов измерения в данной сфере, в том числе семь предметных областей Индекса личного благополучия (29), несколько расширенный список оценочных вопросов по 10 предметным областям из модуля E рекомендаций ОЭСР (8), опросник WHOQoL 8 (16) и инструменты, разрабатываемые Евростатом. Несмотря на оживленную дискуссию о различиях и достоинствах подходов к индикаторам и методам их измерения, а также о предметных областях, которые они охватывают, был сделан вывод, что все они предполагают сбор данных по большому числу новых предметных областей, что, в свою очередь, породило сомнения в их практической пригодности для государств-членов. Хотя теоретически можно было бы составить краткий список важнейших предметных областей, на практике это потребует дальнейшего эмпирического анализа, чтобы оценить, какие из разнообразных предметных областей добавляют ценную информацию с точки зрения здоровья.
- Региональный комитет согласился, что в политике Здоровье-2020 целесообразно установить единый региональный целевой ориентир по показателю удовлетворенности жизнью (а не, например, национальные целевые ориентиры). Участники Совместного совещания выразили озабоченность в связи с тем, что этого будет трудно добиться, учитывая нынешнюю ситуацию с доступностью данных и пониманием тенденций и различий в сфере благополучия в государствах-членах. Обсуждались различные пути решения этих проблем, такие как ориентация на стабильные либо повышенные уровни благополучия или количественное определение уменьшения неравенства через снижение стандартного отклонения. Однако в целом стало ясно, что данных для оценки того, что считать приемлемым улучшением, попросту недостаточно, учитывая инновационный характер индикатора, значительные различия между странами Региона и технические проблемы, такие как необходимость более глубокого осмысления факторов, влияющих на сопоставимость показателей стран. Данные для этого индикатора, которые будут представлены странами в ближайшие годы, помогут взяться за решение этих вопросов. Эти данные могли бы стать основой для установления в будущем количественного целевого ориентира.
- Необходимы дальнейшие разработки для учета гендерных различий в концепциях благополучия и для принятия подхода к измерению субъективного благополучия, охватывающего все этапы жизни.

По итогам этих дискуссий участники договорились предложить в качестве основного индикатора субъективного благополучия показатель удовлетворенности жизнью, который можно измерять на базе единого, общего вопроса. Количественное определение индикатора будет производиться в соответствии с его базовым уровнем, с целью уменьшения внутри-региональных различий и стимулирования общего выравнивания показателей по верхним значениям. Страны также могут измерять удовлетворенность жизнью по нескольким предметным областям с использованием инструментов, описанных выше (индексов РWИ, модуля Е рекомендаций ОЭСР, опросника WHOQoL 8 и др.)

Оказание поддержки государствам-членам

В ходе дискуссии об оказании государствам-членам поддержки, направленной на облегчение отчетности по индикатору субъективного благополучия, был выявлен ряд ресурсов.

- Рекомендации ОЭСР об измерении субъективного благополучия (8) будут находиться в открытом доступе, и ОЭСР может оказать поддержку в их внедрении. Для Европы запланировано региональное мероприятие по обсуждению этого документа, которое может предоставить благоприятную возможность для оказания поддержки.
- Институт Гэллага ежегодно проводит опрос, охватывающий все страны Европейского региона ВОЗ (17). Институт уже работает с ОЭСР и странами – членами этой организации. Страны, не входящие в ОЭСР, тоже могут сотрудничать с ним. Участники Совещания согласились, что для ВОЗ будет полезно получить более подробную информацию о том, кто может участвовать в этой работе и какая помощь может быть предоставлена, и организовать на этой основе более содержательную дискуссию.
- Расходы на проведение опросов можно значительно снизить, если использовать альтернативные методы, например, инструменты проведения опросов через Интернет. Использование таких инструментов связано с определенными проблемами, включая возможность того, что выборка будет нерепрезентативной, и потенциальное отсутствие у части населения доступа к Интернету, однако на эти факторы может (по крайней мере, частично) делаться поправка, например, благодаря одновременному сбору демографических переменных.
- Ценным многоязычным ресурсом также является упомянутая выше инструкция Евростата, поддерживающая применение специального модуля EU-SILC 2013.

Объективное благополучие

Состоялось также подробное обсуждение объективных индикаторов благополучия. Участники согласились, что эти показатели необходимо использовать наряду с субъективными параметрами, что соответствует определению благополучия, выработанному экспертной группой (2).

На Совещании были кратко рассмотрены возможные индикаторы для различных предметных областей, причем за основу взяты общие предметные области, выявленные в обзоре индикаторов благополучия, используемых в международных инициативах (см. выше и табл. 1). После первоначального рассмотрения было согласовано, что для оценки наиболее подходящих индикаторов требуются время и дополнительная информация (в том числе от экспертов, не участвовавших в Совместном совещании). При проведении этой оценки необходимо также учитывать весь набор индикаторов политики Здоровье-2020, которые

могли бы охватить соответствующие предметные области. Поэтому было решено просить обе группы экспертов проанализировать указанную таблицу по окончании Совещания, когда будут сформулированы общие рекомендации по схемам измерения показателей и возможным индикаторам для использования в политике Здоровье-2020. Например, некоторые индикаторы, выбранные для других целевых ориентиров, могут считаться приемлемыми также и для показателя объективного благополучия. Тем не менее группы экспертов могут считать, что имеются обширные пробелы, для которых нужны дополнительные объективные индикаторы. Такие индикаторы могут быть предложены непосредственно или потребовать дальнейшей работы.

Последующие шаги

Участники Совещания договорились о следующих дальнейших шагах по измерению показателей и установлению целевых ориентиров в области благополучия.

- Рекомендовать принять индикатор субъективного благополучия («удовлетворенность жизнью») для целевого ориентира 4 политики Здоровье-2020.
- Поручить продолжить работу по вопросу о количественном выражении этого индикатора, опираясь на первичные данные, собранные государствами-членами, с целью сужения внутрирегиональных различий и выравнивания показателей по верхним значениям.
- Поручить продолжить работу по более глубокому осмыслению связи со здоровьем эвдемонистических и аффективных показателей субъективного благополучия и основных индикаторов.
- Провести дополнительный эмпирический анализ для оценки того, какая из различных предметных областей субъективного благополучия позволяет получить важную информацию в аспекте здоровья, с тем чтобы направлять предпочтения и приоритеты государств-членов при рассмотрении ими вопроса о том, следует ли проводить сбор данных по нескольким предметным областям субъективного благополучия.
- Просить обе группы экспертов оценить предложенный набор объективных индикаторов благополучия (табл. 1) и сравнить их с общими рекомендациями (Приложение 1) для выявления имеющихся индикаторов политики Здоровье-2020, приемлемых для измерения показателя благополучия, а также любых существенных пробелов, для восполнения которых требуются дополнительные индикаторы благополучия. Последние могут быть предложены непосредственно или после дополнительной работы по их оценке.

Таблица 1. Возможные индикаторы объективного благополучия, обсуждавшиеся на Совещании 6 февраля 2013 г.

Предметная сфера	Приоритет да/нет	Объективные индикаторы благополучия				
		Основные предложенные индикаторы	Приоритет да/нет	Доступность	Дополнительно предложенные индикаторы	Приоритет да/нет
Образование		Уровень образования			Коэффициент выбытия ⁱ	
Уровень жизни		Подключение к системе канализации			Охват мобильной телефонной связью, доступ к Интернету	
Личные финансы/доход		Располагаемый доход			Бедность ⁱⁱⁱ	
		ВВП на душу населения Коэффициент Джини ⁱⁱ				
Окружающая среда		Качество воздуха, PM ₁₀			Экспозиция по свинцу и другие индикаторы Европейского агентства по окружающей среде (ЕАОС)	
Досуг и культура		Подлежит определению				
		Необходимо, чтобы ВОЗ уточнила детали с Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО)				
Демократическое участие		Явка избирателей				
Труд		Уровень безработицы (долговременной и среди молодежи) ^{iv}				
Межличностные отношения		Численность лиц, проживающих вместе с партнером				
		Уровень преступности				

ⁱ Группы экспертов приняли показатель «Доля детей, достигших установленного младшего школьного возраста, не записанных в школу» (основной индикатор 3.1с). Хотя это и не самый актуальный индикатор для всех стран Региона, группа все же считает, что он является наилучшим вариантом показателя индикатора образования, учитывающая доступность данных и потенциал стимулирования действий со стороны разработчиков политики.

ⁱⁱ Группы экспертов приняли показатель «Коэффициент Джини» (основной индикатор 3.1f).

ⁱⁱⁱ Группы экспертов не смогли выбрать показатель по этой позиции, так как не удалось выявить ни одного источника данных для достаточного количества государств-членов.

^{iv} Группы экспертов приняли показатель «Уровень безработицы, с разбивкой по возрасту» (основной индикатор 3.1d).

Разработка индикаторов для политики Здоровье-2020

Информация о проделанной работе и актуальные вопросы

Группа экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020

Рекомендации Первого совещания группы экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020, состоявшегося в июне 2012 г., включали в себя ряд общих принципов, таких как необходимость строить работу на базе уже осуществляемых информационных мероприятий в сфере здоровья, обмен знаниями и опытом, расширение сбора данных о несмертельных исходах в отношении здоровья (таких как заболеваемость, самооценка состояния здоровья и инвалидность), а также расширение охвата индикаторами таких направлений, как охрана психического здоровья и поддержка здорового старения. Состоялось предварительное обсуждение индикаторов благополучия (в частности, по таким показателям, как ожирение у детей и психическое здоровье), однако используемый подход должен отражать итоги данного Совместного совещания (см. выше раздел об измерении показателей и установлении целевых ориентиров благополучия). По результатам июньского совещания Региональный комитет согласовал общие целевые ориентиры для политики Здоровье-2020; была также завершена техническая работа в области глобальной системы мониторинга в области НИЗ.

Группа экспертов также согласовала следующие принципы и критерии разработки индикаторов.

- Сбор индикаторов должен проводиться в плановом порядке, а сами индикаторы должны быть простыми и не требовать от государств-членов значительных административных расходов.
- Индикаторы должны быть устойчивыми к погрешностям и обладать валидностью в отношении оценки целевых ориентиров.
- Данные должны быть доступными в большинстве государств-членов (как входящих, так и не входящих в ЕС).
- Данные должны предусматривать возможность стратификации (по возрасту и полу, а в идеальном случае также по этнической принадлежности, социально-экономическому положению и уязвимым группам).
- Основные и дополнительные индикаторы должны быть разделены между собой.
- Окончательное число основных индикаторов должно быть сведено к минимуму (примерно к 20).

В ходе дискуссии также обсуждалось значение терминологии и четких определений, особенно применительно к потенциально неясным терминам, таким как «психическое здоровье».

Рабочая группа ПКРК по целевым ориентирам политики Здоровье-2020

Рабочая группа была удовлетворена результатами обсуждения в экспертных группах и достигнутым ими прогрессом. Участникам совместного совещания следует уделить особое внимание ряду вопросов.

- Важно учесть результаты дискуссий по глобальной системе мониторинга в области НИЗ и ее добровольным целям. Ожидается, что эта система будет официально утверждена на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г.
- Участники совместного совещания должны занять четкую позицию в отношении того, что именно понимается под «европейскими целевыми ориентирами» в контексте политики Здоровье-2020; возможно, этот вопрос необходимо будет увязать с целевым ориентиром 6 (национальные ориентиры/цели, устанавливаемые государствами-членами).
- Участники совещания должны также рассмотреть вопрос о том, как будет осуществляться отчетность и, возможно, разработать модель, демонстрирующую, как могла бы выглядеть такая отчетность и какие процедуры можно было бы использовать для того, чтобы государствам-членам стало понятно, какие обязательства они на себя возлагают.
- Было бы желательно определить, как обновленная схема измерения показателей, согласованная на основе предложений, сформулированных на данном совещании, будет включена в политику Здоровье-2020.

В ходе обсуждения было обращено внимание на следующее.

- Проект механизма мониторинга целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020 был представлен в ПКРК. Платформы для проведения отчетности включали в себя ежегодный отчет регионального директора Региональному комитету, специальную публикацию по основным индикаторам здоровья в Европейском регионе ВОЗ, Доклад о состоянии здравоохранения в Европе и интернет-ресурсы, такие как база данных «Здоровье для всех» (30), а также информационный портал по вопросам здравоохранения, открытие которого планируется провести в конце 2013 г. совместно с Национальным институтом общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM).
- Обновленный механизм измерения показателей, согласованный на основе предложений участников данного совещания, может быть включен в специальную дополнительную публикацию, посвященную политике Здоровье-2020; эта работа будет также отражена в очередном выпуске Доклада о состоянии здравоохранения в Европе.

Составление короткого списка индикаторов и количественное определение целевых ориентиров

Доступность данных для потенциальных целевых ориентиров и индикаторов

В целом картина доступности данных для расчета потенциальных индикаторов и количественного определения целевых ориентиров выглядела обнадеживающей (табл. 2), однако как в восточной, так и в западной частях Европейского региона ВОЗ данные по некоторым индикаторам отсутствовали. Например, отсутствовали новейшие данные о причинах преждевременной смертности: по странам западной части региона – Бельгии и Дании, по самым малым странам, таким как Андорра, Монако и Сан-Марино, а также по некоторым странам восточной части Региона (Албании, Таджикистану, Туркменистану, Турции и Узбекистану).

Таблица 2. Примеры наличия данных о потенциальных индикаторах политики Здоровье-2020
в базе данных «Здоровье для всех», 2009–2010 гг.

Целевой ориентир	Индикатор	Наличие	Разбивка данных
2, 3	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	42 (отсутствуют данные по Азербайджану, Албании, Андорре, Бельгии, Боснии и Герцеговине, Дании, Монако, Сан-Марино, Таджикистану, Туркменистану, Узбекистану)	По полу, возрасту (при рождении, в возрасте 1, 5 и 65 лет)
1, 3	Младенческая смертность	42 (отсутствуют данные по Азербайджану, Албании, Андорре, Бельгии, Боснии и Герцеговине, Дании, Монако, Сан-Марино, Таджикистану, Туркменистану, Узбекистану)	Альтернативный вариант: общий коэффициент смертности в возрасте до 1 года с разбивкой по полу и причинам смерти
1	Стандартизированный коэффициент смертности; заболевания, протекающие с расстройством кровообращения	42 (отсутствуют данные по Азербайджану, Албании, Андорре, Бельгии, Дании, Монако, Сан-Марино, Таджикистану, Туркменистану, Турции, Узбекистану)	По полу, возрасту (через каждые пять лет жизни), субнациональным признакам (только по 24 странам, с использованием базы данных «Здоровье для всех» и Евростата)
1	Распространенность рака	39 (отсутствуют данные по Андорре, Германии, Греции, Испании, Кипру, Монако, Португалии, Российской Федерации, Сан-Марино, Словакии, Турции, Франции, Черногории и Эстонии)	Альтернативный вариант: оценки Международного агентства по исследованию рака (IARC)
4	Распространенность психических расстройств	24 (отсутствуют данные по Австрии, Албании, Андорре, Беларуси, Боснии и Герцеговине, Германии, Греции, Исландии, Италии, Кипру, Люксембургу, Монако, Нидерландам, Норвегии, Португалии, Сан-Марино, Словении, Соединенному Королевству, Франции, Хорватии, Черногории, Швейцарии и Швеции)	
1	Потребление чистого алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше, л	44 (отсутствуют данные по Азербайджану, Албании, Беларуси, Казахстану, Кыргызстану, Португалии, Туркменистану, Украине, Узбекистану)	По видам алкоголя
1	Доля курящих в общей численности населения в возрасте 15 лет и старше	33 (отсутствуют данные по Австрии, Андорре, Болгарии, Бывшей югославской Республике Македонии, Германии, Грузии, Казахстану, Кыргызстану, Черногории, Португалии, Молдавии, Российской Федерации, Сан-Марино, Сербии, Словении, Таджикистану, Туркмени, Узбекистану, Франции, Хорватии и Черногории)	По полу
3	Процент живорождений у матерей в возрасте до 20 лет	45 (отсутствуют данные по Албании, Беларуси, Российской Федерации, Сан-Марино, Туркменистану, Турции, Франции и Черногории)	
1, 5	Процент детей, охваченных вакцинацией против кори	50 (отсутствуют данные по Италии, Черногории, Чешской Республике)	
1	Численность погибших или получивших травмы в ДТП	49 (отсутствуют данные по Андорре, Сан-Марино, Туркменистану и Черногории)	Альтернатива данным по ДТП, которые доступны с разбивкой по возрасту и полу
5	Доля расходов домохозяйств из кармана пациента в общем объеме расходов на здравоохранение	53 (имеются данные по всем странам)	
3	Индекс человеческого развития Программы развития ООН	51 (отсутствуют данные по Сан-Марино и Черногории)	

В ходе обсуждения было отмечено следующее.

- Приведенная оценка доступности основана на данных, представляемых в ВОЗ государствами-членами. По-видимому, некоторые страны обладают соответствующей статистикой, но не передают ее в ВОЗ; это может означать, что в действительности уровень доступности данных выше, чем представляется.
- Что касается доступности данных по индикаторам, то количества стран как такового недостаточно: следует, кроме того, учитывать географическую распространенность, а также наличие данных по очень большим странам, таким как Российская Федерация.
- Настоящая презентация была основана главным образом на информации из базы данных «Здоровье для всех»; возможно, существуют и другие источники, сбор данных для которых проводится в плановом порядке (например, те, что используются для расчета индикаторов в рамках глобального механизма мониторинга НИЗ).
- Некоторые индикаторы настолько важны, что участники совещания предложат их в любом случае, отметив проблему нехватки данных в качестве призыва к действиям.

Краткий обзор предложенных индикаторов

В целом, предложенный набор показателей включал в себя 22 основных индикатора, из которых девять характеризовали различные аспекты неравенства, а три дублировали друг друга. Таким образом, фактически имелось 19 основных индикаторов. Для восьми из них были определены дополнительные индикаторы, которых в общей сложности насчитывалось 16. Некоторые из них имели «субиндикаторы», значение которых следует уточнить. Среди основных индикаторов было 15 количественных и четыре качественных. Сферы заболеваемости и состояния здоровья были охвачены довольно слабо (имелся только один индикатор по заболеваемости и ни одного по состоянию здоровья). Отсутствовали также демографические показатели: участники Первого совещания исходили из того, что сбор таких данных будет проводиться государствами-членами в плановом порядке. Около трети индикаторов имели отношение к процессам, а две трети – к результатам.

В ходе обсуждения отмечалась также важность учета разброса значений индикаторов на протяжении жизни.

Обзор целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020, а также проблем, связанных с количественным выражением показателей

Участники Совместного совещания подробно проанализировали предложения по отбору и количественному выражению индикаторов для политики Здоровье-2020. Согласованы новые формулировки предложений, которые приводятся в Приложении 1.

Были согласованы некоторые общие принципы.

- Необходимо избегать противоречия с глобальными системами мониторинга ВОЗ, в частности, с глобальной системой мониторинга НИЗ.
- Должна быть обеспечена внешняя валидность набора индикаторов как такового; отдельные индикаторы тоже должны быть четко объяснимыми и понятными разработчикам политики.

- Индикаторы могут быть связаны одновременно с несколькими целевыми ориентирами (например, сфера неравенства имеет значение также и для других целевых ориентиров).
- Должно быть понятно, что именно охватывает каждый индикатор; этого можно достигнуть, например, благодаря перекрестным ссылкам на коды Международной классификации болезней (МКБ), которые ВОЗ также использует в перечне причин смерти, применяемом при расчете показателей смертности.

При рассмотрении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 обсуждение сосредоточилось на следующих вопросах.

Целевой ориентир 1 политики Здоровье-2020 («К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе»)

- Участники обсудили, допустимо ли использовать в первом основном индикаторе стандартизированные коэффициенты смертности, а не концепцию безусловной вероятности, применяемую в глобальной системе мониторинга НИЗ.
- Участники также обсудили, следует ли использовать определение преждевременной смертности, и если да, то применять ли определение, используемое в глобальной системе мониторинга НИЗ (смертность в возрасте от 30 до 70 лет).
- Развернулось обсуждение вопроса о том, включать ли широкий набор индикаторов факторов риска, взятый из глобальной системы мониторинга НИЗ, или определить более узкий набор таких индикаторов для системы измерения показателей политики Здоровье-2020 с учетом их особого значения для Европейского региона (для которого основными факторами риска, выявленными ВОЗ, являются употребление алкоголя, употребление табака, высокое артериальное давление и ожирение), а также практичности (в частности, их доступности и приемлемости для Европы – например, использование термина «употребление табака», а не «курение»). Участники повторили формулировку группы экспертов по разработке индикаторов от июня 2012 г. о том, что при отсутствии измеренных данных в достаточном количестве государств-членов приемлемой альтернативой будут самосообщаемые сведения (3).
- Согласовано, что, поскольку целевой ориентир из глобальной системы мониторинга НИЗ определен как сокращение в процентах, это должно быть отражено также и в подходе к политике Здоровье-2020.
- Участники согласились, что помимо базы данных «Здоровье для всех» могут использоваться – там, где это уместно, – также и другие источники, например, для показателей избыточного веса и ожирения среди молодежи – исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) (31), а для употребления алкоголя – Европейское обследование распространенности употребления алкоголя и других психоактивных веществ среди школьников (ESPAD) (32).

Целевой ориентир 2 политики Здоровье-2020 («Увеличить ожидаемую продолжительность жизни в Европе»)

- Участники обсудили, какой объем информации прибавится показателю ожидаемой продолжительности жизни при рождении к данным индикаторов, включенных в другие целевые ориентиры, связанные со снижением смертности.

- Состоялась дискуссия о том, в какой степени показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни» может быть приемлемым в качестве основного, а не дополнительного индикатора, учитывая его связь с благополучием. Это, однако, представляется проблематичным, так как ряд стран Европейского региона ВОЗ, не входящих в ЕС, не имеют возможности отчитываться по данному показателю.
- Участники обсудили наилучший подход к количественному определению целевых ориентиров и, в частности, вопрос о том, следует ли устанавливать количественные целевые ориентиры по субрегионам или следить за историческими трендами (например, провести международное сравнение разрыва между странами с самыми высокими и самыми низкими трендами в отношении индикаторов – например, анализ различий в продолжительности жизни); и если использовать тренды, то следовать ли новейшим трендам, обращать их вспять или опереться на какую-то другую основу.
- На встрече был обсужден вопрос о том, можно ли измерить неравенство, относящееся к тому или иному целевому ориентиру – например, к ожидаемой продолжительности жизни, – используя стандартное отклонение (например, стремиться к уменьшению разброса стандартного отклонения среднего показателя ожидаемой продолжительности жизни по Европейскому региону). Другой подход мог бы заключаться в стремлении сократить разрыв показателей ожидаемой продолжительности жизни между странами с высоким и низким уровнем доходов, хотя недостаток этого подхода состоит в необходимости введения еще одной переменной – например, ВВП. Этот недостаток можно преодолеть путем расчета уровня снижения неравенства с использованием коэффициента вариации; однако в этом индикаторе не обязательно давать точную ссылку на данный метод, поскольку страны просто будут отчитываться по показателю ожидаемой продолжительности жизни, а расчет коэффициента вариации будет производиться в Секретариате.

Целевой ориентир 3 политики Здоровье-2020 («Снизить неравенство в отношении здоровья в Европе»)

- Была выражена озабоченность в связи с тем, что степень доступности статистических данных может повлиять на настойчивость обращения к таким проблемам, как социальная исключенность.
- Участники Совещания отметили, что ссылки на «группы населения» являются нечеткими и могут отвлекать внимание от более важных проблем.
- По мнению участников, подготавливаемый ВОЗ «Европейский обзор социальных детерминант здоровья и различий по показателям здоровья» мог бы углубить понимание этих вопросов, однако этот документ еще не готов. Впрочем, судя по первым впечатлениям, есть основания полагать, что его данные фокусируются на странах ЕС, а не на Европейском регионе ВОЗ в целом. Этот вопрос требует специального рассмотрения. Участники Совещания предложили Секретариату сравнить предложения данного Совещания с выводами обзора, когда он будет опубликован, и рекомендовать внести необходимые усовершенствования с учетом предложений, представленных в ПКРК участниками Совещания.
- Прозвучал ряд вопросов о доступности данных о коэффициенте Джини. Однако было согласовано, что он останется в числе основных индикаторов.

- Учитывая общее нежелание использовать сводные индикаторы, участники пришли к выводу, что Индекс человеческого развития (33) не годится для использования в качестве индикатора (и, во всяком случае, может быть при необходимости рассчитан по другим источникам).
- Совещание согласилось, что существует значительная разница между описательными и аналитическими индикаторами, и что усилия должны быть сосредоточены на описательных индикаторах – как в практическом, так и в концептуальном смысле.
- По мнению участников, было бы полезно сравнить этот список индикаторов со списком подгрупп индикаторов, составленным Комитетом ЕС по социальной защите.

Целевой ориентир 4 политики Здоровье-2020 («Повысить уровень благополучия населения Европейского региона»)

- Участники Совещания сослались на предыдущую дискуссию (см. выше раздел об измерении показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия).

Целевой показатель 5 политики Здоровье-2020 («Всеобщий охват услугами и “право на здоровье”»)

- Термин «всеобщий охват услугами» понимается ВОЗ в том смысле, что все люди имеют равный доступ к эффективным и необходимым услугам без возложения финансового бремени. По мнению участников Совещания, было бы полезно, чтобы эти три измерения охватывались специальными индикаторами, пусть даже дополнительными.

Целевой ориентир 6 политики Здоровье-2020 («Национальные ориентиры/цели, устанавливаемые государствами-членами»)

- Участники подчеркнули важность признания различий в распределении обязанностей между государствами-членами.
- Хотя по этому целевому ориентиру (в той или иной мере, согласно определению) не предусмотрено представление данных в плановом порядке, участники Совещания отметили, что в некоторых странах, возможно, уже осуществляются политические меры или процессы, направленные на решение этих вопросов; они должны учитываться при выборе индикаторов для этого целевого ориентира, а также при их количественном выражении.
- По мнению участников, было бы полезно, чтобы государства-члены обменивались информацией с ВОЗ, а также с другими странами об осуществляемых ими мероприятиях, связанных с политикой Здоровье-2020, с целью укрепления способности ВОЗ повышать ценность этого процесса.

Выводы

На рассмотрение государств-членов были представлены формы количественного выражения целевых ориентиров (там, где это необходимо) и список индикаторов (приводятся в Приложении 1). Секретариат ВОЗ будет продвигать этот документ и предложит его сначала в ПКРК (в марте 2013), а затем для интернет-консультаций со всеми государствами – членами Европейского региона.

Секретариат поблагодарил всех, кто принял участие в проведении Совещания, за их вклад и пригласил участников Совещания содействовать активному, своевременному и конструктивному участию руководящих органов государств-членов, особенно с учетом очень напряженного и не подлежащему изменениям графика этого процесса.

Литература

1. *Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ. Первое совещание группы экспертов. Копенгаген, Дания, 8–9 февраля 2012 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (готовится к печати).
2. *Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ. Второе совещание группы экспертов. Париж, Франция, 25–26 июня 2012 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (готовится к печати).
3. *Разработка показателей для целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Первое совещание группы экспертов. Утрехт, Нидерланды, 18–19 июня 2012 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/172510/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Rus.pdf, по состоянию на 29 мая 2013 г.).
4. Stoll L, Michaelson J, Seaford C. *Well-being evidence for policy: a review*. London, New Economics Foundation, 2012 (http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Well-being_Evidence_for_Policy_final.pdf, accessed 27 February 2013).
5. Graham C, Higuera L, Lora E. Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Economics*, 2011, 20(12):1431–47.
6. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 2007, 1(1):83–136.
7. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2011, 3(1):1–43.
8. *OECD guidelines on measuring subjective well-being*. Paris, OECD Publishing, (in press).
9. Canadian Index of Well-being [web site]. Waterloo, Canadian Index of Well-being, 2012 (<https://uwaterloo.ca/canadian-index-well-being/>, accessed 28 February 2013).
10. Measuring National Well-being [web site]. Newport, Office for National Statistics, 2012 (<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/well-being/measuring-national-well-being/index.html>, accessed 28 February 2013).
11. OECD Better Life Index [web site]. Paris, OECD, 2012 (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/>, accessed 28 February 2013).

12. Measuring Progress, Well-being and Sustainable Development [web site]. Brussels, European Commission European Statistical System, 2013 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/pgp_ess/about_ess/measuring_progress, accessed 28 February 2013).
13. Collaborative Research on Ageing in Europe (COURAGE in Europe) [web site]. Milan, Neurological Institute 'Carlo Besta' IRCCS Foundation, 2012 (<http://www.courageproject.eu/>, accessed 28 February 2013).
14. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 28 February 2013).
15. WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html/>, accessed 28 February 2013).
16. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/, accessed 28 February 2013).
17. Gallup World Poll [web site]. Washington DC, Gallup, 2012 (<http://www.gallup.com/strategicconsulting/worldpoll.aspx>, accessed 29 February 2013).
18. *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament – GDP and beyond: measuring progress in a changing world*. Brussels, European Commission, 2009 (COM(2009) 433 final; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0433:EN:NOT>, accessed 28 February 2013).
19. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress [web site]. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009 (<http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>, accessed 28 February 2013).
20. *Communication from the Commission – Europe 2020: a strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Brussels, European Commission, 2010 (COM(2010) 2020 final; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>, accessed 28 February 2013).
21. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online database]. Brussels, European Commission, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc, accessed 28 February 2013).
22. European Health Interview & Health Examination Surveys Database [online database]. Brussels, European Commission, 2013 (<https://hishes.iph.fgov.be/index.php?hishes=home>, accessed 28 February 2013).
23. European Union Labour Force Survey (EU LFS) [online database]. Brussels, European Commission, 2010 (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/lfs>, accessed 28 February 2013).

24. Harmonised European Time Use Surveys [online database]. Brussels, European Commission, 2013 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-RA-08-014, accessed 28 February 2013).
25. European Social Survey [web site]. London, Centre for Comparative Social Surveys, City University, 2012 (<http://www.europeansocialsurvey.org/>, accessed 28 February 2013).
26. European Quality of Life Surveys (EQLS) [web site]. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), 2012 (<http://www.eurofound.europa.eu/surveys/eqls/index.htm>, accessed 28 February 2013).
27. Public Opinion [web site]. Brussels, European Commission, 2013 (http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm, accessed 28 February 2013).
28. *Commission Regulation (EU) No 62/2012 of 24 January 2012 implementing Regulation (EC) No. 1177/2003 of the European Parliament and of the Council concerning Community statistics on income and living conditions (EU-SILC) as regards the 2013 list of target secondary variables on well-being*. Brussels, European Commission, 2012 (OJ L 22/9; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:022:0009:0015:EN:PDF>, accessed 28 February 2013).
29. Personal Well-being Index [web site]. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life, 2012 (<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/well-being-index/>, accessed 1 March 2013).
30. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 28 February 2013).
31. HBSC: Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national survey [web site]. St Andrews, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of St Andrews, 2013 (<http://www.hbsc.org>, accessed 1 March 2013).
32. ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [web site]. Stockholm, CAN - the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2012 (<http://www.espad.org>, accessed 1 March 2013).
33. Human Development Index (HDI) [online database]. New York, United Nations Development Programme, 2013 (<http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>, accessed 1 March 2013).

Приложение 1

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА
 ЦЕЛЕВЫХ ОРИЕНТИРОВ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЕ-2020

Область/целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
Область 1 политики Здоровье-2020. Бремя болезней и факторы риска	1.1. Относительное ежегодное снижение на 1,5% общей (по четырем причинам в совокупности) преждевременной смертности до 69 лет включительно для четырех основных видов неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания), с разбивкой по полу	(1) 1.1a. Стандартизированный коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте от 30 до 69 лет включительно)	ЗДВ-MDB ^v (42)	(1) 1. Стандартизированный коэффициент смертности от всех причин с разбивкой по полу и причинам смерти	ЗДВ-MDB (42)
		«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность среди населения Европы	(1) 1.1b. Стандартизированный по возрасту уровень распространения употребления табака среди лиц в возрасте старше 15 лет	Источники, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(2) 1.1b. Распространенность ежесекундного табакокурения среди детей школьного возраста
		(3) 1.1c. Общее (учтенное и неучтенное) потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого алкоголя) в течение календарного года	Источники, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (50)	(3) 1.1c. Эпизоды пьянства среди подростков	ESPAD ^{vii} (34)

Область/целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
1.2. Достигнута устойчивая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь, краснуха), и профилактика синдрома врожденной краснухи	(4) 1.1d. Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения среди людей 18 лет и старше (определяется индексом массы тела: $> 25 \text{ кг/м}^2$ – избыточная масса тела и $> 30 \text{ кг/м}^2$ – ожирение)	Источник, используемый в рамках Глобального механизма мониторинга неизлечиваемых заболеваний (Глобальная обсерватория здравоохранения) (46)	(4) 1.1d. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей школьного возраста	Опросное исследование HBSC (38)	
1.3. Сокращение смертности от внешних причин	(5) 1.2a. Процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи (%)	ЗДВ ^{viii} (51)	(5) 1.3a. Стандартизованный коэффициент смертности в результате дорожно-транспортных происшествий	ЗДВ-MDB (36)	
	(6) 1.3a. Стандартизованный коэффициент смертности от всех внешних причин и травм с разбивкой по полу	ЗДВ-MDB (42)	(6) 1.3b. Стандартизованный коэффициент смертности от случайных отравлений	ЗДВ-MDB (42)	
	(7) 1.3c. Стандартизованный коэффициент смертности от отравлений алкоголем	ЗДВ-MDB (35)	(8) 1.3d. Стандартизованные коэффициенты смертности в результате самоубийств	ЗДВ-MDB (42)	

Область/целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
Область 2 политики Здоровье-2020. Здоровые люди, благополучие и детерминанты	2.1. Непрерывный рост средней продолжительности жизни с сохранением имеющих на сегодня темпов (= годовой уровень роста в течение 2006–2010 гг.)	(7) 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	ЗДВ (42)	(11) 2.1а. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет	ЗДВ (41)
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 2. Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	в сочетании с сокращением наблюдаемых в Европейском регионе различий в средней продолжительности жизни			(12) 2.1b. Число лет здоровой жизни в возрасте 65 лет	Евростат (31) (ЕС-27 плюс Исландия, Норвегия, Хорватия и Швейцария)
Область 2 политики Здоровье-2020. Здоровые люди, благополучие и детерминанты	3.1. Сокращение связанных с различными социальными детерминантами разрывов в показателях здоровья среди европейского населения	(8) 3.1а. Младенческая смертность на 1 тыс. живорожденных	ЗДВ (42)	(7) 3.1b. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, с разбивкой по полу	
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 3. Снизить несправедливости в Европе (ориентир в сфере социальных детерминант)					ЮНЕСКО ^{ix} (46)

Область/целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
		(10) 3.1d. Уровень безработицы, с разбивкой по возрасту	ILOSTAT ⁸ и Евростат (MOT – 38, SILC ⁹ – 30, всего – 43)		
		(11) 3.1e. Национальные и/или субнациональные меры политики и стратегии по воздействию на неравенства в отношении здоровья разработаны и задокументированы	Прямая отчетность государств-членов для включения в ежегодный доклад директора Европейского регионального бюро ВОЗ		
		(12) 3.1f. Коэффициент Джини	Всемирный банк и Евростат (22); (Всемирный банк – 22, SILC – 26, всего – 40)		
Область 2 политики Здоровье-2020. Здоровые люди, благополучие и детерминанты	Будет установлено в результате определения исходного уровня основных индикаторов благополучия с целью сокращения	(13) 4.1a. Удовлетворенность жизнью	Должен быть установлен – идет процесс обсуждения между ВОЗ и организациями, осуществляющими опросы	4.1a. Индикаторы субъективного благополучия: либо в различных сферах, либо по состоянию эвдемонии, либо по эмоциональной реакции – должны быть разработаны	Будут определены
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 4. Повысить уровень благополучия населения Европы	внутрирегиональных различий и выравнивания	4.1b. Индикаторы объективного благополучия в различных сферах; должны быть разработаны; возможно, они уже охвачены другими областями для целевых ориентиров политики Здоровье-2020	Должны иметься в легкодоступных источниках	4.1b. Индикаторы объективного благополучия в различных сферах – должны быть разработаны	Из легкодоступных источников

Область/целевой ориентир	Количественное определение	Основные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)	Дополнительные индикаторы	Источник данных (число государств-членов, по которым в этом источнике имеются данные)
Область 3 политики Здоровье-2020. Процесс, стратегическое руководство и системы здравоохранения	5.1. Продвижение к достижению всеобщего охвата (в соответствии с определением ВОЗ)* к 2020 г. * Справедливый доступ к эффективным и необходимым услугам без финансового бремени.	(14) 5.1a. Оплата услуг из личных средств домашних хозяйств как доля общих расходов на здравоохранение (5) 5.1b. Процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи	ЗДВ (53)	(13) 5.1a. Материнская смертность на 100 тыс. живорожденных	ЗДВ (49)
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 5. Всеобщий охват услугами здравоохранения и «право на здоровье»		(15) 5.1c. Расходы на здравоохранение на душу населения (как процент от ВВП)	ЗДВ (51)	(14) 5.1b. Процент завершивших лечение от общего числа получавших лечение в связи с ТБ	Глобальный доклад ВОЗ о борьбе с ТБ (46)
Область 3 политики Здоровье-2020. Процесс, стратегическое руководство и системы здравоохранения	6.1. Организация процессов для установления национальных целевых ориентиров (если уже не установлены)	(16) 6.1a. Организация процесса для установления целевых ориентиров документально оформлена	ЗДВ (53)	(15) 5.1c. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения (как процент от ВВП)	ЗДВ (53)
«Всеобъемлющий» или главный целевой ориентир 6. Национальные целевые ориентиры/цели, устанавливаемые государствами-членами		(17) 6.1b. Данные, указывающие на: (а) принятие национальной политики Здоровье-2020; (б) наличие плана реализации; (с) наличие механизма подготовки	Прямая отчетность государств-членов для включения в ежегодный отчет директора Европейского регионального бюро ВОЗ		

v Европейская база данных о смертности.

vi Опросное исследование по поведению детей школьного возраста в отношении здоровья.

vii Европейский проект: опрос школьников по проблемам алкоголя и наркотиков.

viii База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

ix Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры.

x База данных статистики труда Международной организации труда (МОТ).

xi Статистика Европейского союза по уровням дохода и жилищным условиям.

Приложение 2

ПОВЕСТКА ДНЯ СОВМЕСТНОГО СОВЕЩАНИЯ ЭКСПЕРТОВ ПО ЦЕЛЕВЫМ ОРИЕНТИРАМ И ИНДИКАТОРАМ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ДЛЯ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЕ-2020

Вторник, 5 февраля 2013 г. – Третье совещание группы экспертов по измерению показателей и постановке целевых ориентиров в области благополучия

Открытие

Приветствие Секретариата ВОЗ

Избрание Составителей отчета

Принятие повестки дня и программы

Сессия 1. Информация о ходе работы в области показателя благополучия

Краткое сообщение о достигнутом прогрессе в области политики Здоровье-2020 и других важных инициатив (Секретариат ВОЗ)

Итоги последнего совещания и успехи, достигнутые после его окончания (Nick Fahy)

Задачи и ожидаемые долгосрочные результаты Совещания (Секретариат ВОЗ)

Дискуссия

- *Согласование тематики и текущих результатов данного Совещания*
- *Определение графика представления результатов*

Сессия 2. Осмысление связей между здоровьем и благополучием

Результаты работы, проведенной по итогам июньского совещания (Nick Fahy)

Дискуссия

- *Какие концепции наиболее полезны для работы ВОЗ, особенно в свете разработки индикаторов?*

Сессия 3. Измерение благополучия: инструменты, рекомендации и индикаторы

Инструменты измерения благополучия: результаты систематического обзора литературы (Jutta Lindert)

Дискуссия

- *Какие из этих инструментов могут содействовать созданию индикаторов субъективного благополучия на популяционном уровне?*
- *Инструменты научного исследования и инструменты мониторинга: сравнительный анализ*

- *Какие инструменты были бы наиболее пригодны для специалистов ВОЗ при измерении благополучия?*

Проект рекомендаций ОЭСР по измерению субъективного благополучия (Carrie Exton)

Дискуссия

- *В какой степени показатель субъективного благополучия может быть включен в политику Здоровье-2020?*
- *Взаимосвязь между показателем субъективного благополучия и применяемым ОЭСР Индексом лучшей жизни*

Новая информация: группа экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020 (Hugh Markowe)

Дискуссия

- *В какой степени показатель субъективного благополучия может быть включен в политику Здоровье-2020?*
- *Как наилучшим образом руководить дискуссиями с участием группы экспертов по проблемам разработки индикаторов?*
- *Можно ли предложить операционную схему измерения субъективного благополучия?*

Подведение итогов и ключевые выводы для ВОЗ по первому дню (Составители отчета)

Среда, 6 февраля 2013 г. – Совместное совещание групп экспертов

Приветствие от Секретариата ВОЗ

Задачи и ожидаемые результаты дня (Секретариат ВОЗ)

Новая информация: группа экспертов по благополучию. Результаты обсуждения в рамках первого дня совещания (Peter Achterberg и Составители отчета)

Информация: экспертная группа по индикаторам – результаты обсуждения в рамках первого дня совещания и их значение для экспертной группы по индикаторам; критерии выбора индикаторов (Hugh Markowe и составители отчета)

Дискуссия

- *Вопросы, требующие уточнения*

Сессия 1. Применение индикаторов благополучия в настоящее время

Использование индикаторов благополучия в проектах COURAGE и SAGE (Matilde Leonardi и Somnath Chatterji)

Использование индикаторов благополучия в международных инициативах: краткий обзор (Coen van Gool)

Дискуссия

- *Учитывая опыт работы с инструментами и индикаторами, накопленный на сегодняшний день, какие меры необходимо принять в ходе разработки индикаторов объективного и субъективного благополучия для политики Здоровье-2020?*

Измерение качества жизни и благополучия в ЕС (Marleen De Smedt)

Дискуссия (продолжение)

- *Учитывая опыт работы с инструментами и индикаторами, накопленный на сегодняшний день, какие меры необходимо принять в ходе разработки индикаторов объективного и субъективного благополучия для политики Здоровье-2020?*
- *Критерии отбора индикаторов*
- *Учитывая опыт работы с инструментами и индикаторами, накопленный на сегодняшний день, какие индикаторы объективного и субъективного благополучия можно предложить для обсуждения с государствами-членами?*
- *В какой форме лучше всего представить их государствам-членам?*

Сессия 2. Совместная встреча экспертов: индикаторы благополучия и индикаторы политики Здоровье-2020

Обращение регионального директора г-жи Zsuzsanna Jakab

Дискуссия (продолжение)

- *Можно ли составить короткий список объективных и субъективных индикаторов?*
- *Какая поддержка необходима государствам-членам для сбора и мониторинга этих индикаторов, а также для составления отчетов по ним?*

Сессия 3. Индикаторы благополучия для политики Здоровье-2020

Дискуссия (продолжение)

- *Можно ли составить короткий список объективных и субъективных индикаторов?*
- *Какие мероприятия политики Здоровье-2020 в наибольшей степени способствуют повышению благополучия?*
- *Что означает термин «Европейский целевой ориентир» в отношении благополучия?*
- *В какой поддержке нуждаются государства-члены для подготовки отчетов по этим индикаторам?*
- *Рекомендации по последующим шагам и плану действий*

Итоги и основные выводы по второму дню (Составители отчета)

Четверг, 7 февраля 2013 г. – Второе совещание группы экспертов по разработке индикаторов для политики Здоровье-2020

Сессия 1. Сведение воедино

Цели, ожидания, итоги дня и рекомендации июньского совещания (Hugh Markowe)

Краткий обзор предыдущего дня (Составители отчета)

Новая информация от Секретариата: осуществление последующих шагов с государствами-членами (Секретариат ВОЗ)

Новая информация: рекомендации рабочей группы ПКРК по целевым ориентирам политики Здоровье-2020 (председатель, Швеция)

Дискуссия

- *Вопросы, требующие уточнения*

Сессия 2. Составление короткого списка индикаторов

Новая информация: обзор предлагаемых индикаторов из числа уже существующих (председатель и Marieke Verschuuren)

Дискуссия

- *Согласование процедуры количественного выражения индикаторов и составления их короткого списка по шести предметным областям политики Здоровье-2020*
- *Договоренность о необходимости основных и других индикаторов*
- *Что подразумевается под «Европейским целевым ориентиром»?*

Сессия 3. Определение формы количественного выражения целевых ориентиров и индикаторов

Целевые ориентиры 1 и 2

Дискуссия

- *Согласование формы количественного определения целевых ориентиров и заключительное предложение по индикаторам*

Целевые ориентиры 3 и 4

Дискуссия

- *Согласование формы количественного определения целевых ориентиров и заключительное предложение по индикаторам*

Целевые ориентиры 5 и 6

Дискуссия

- *Согласование формы количественного определения целевых ориентиров и заключительное предложение по индикаторам*

Сессия 4. Последующие шаги

Краткое изложение рекомендаций Совещания (Составители отчета)

Процедура консультаций с государствами-членами (Секретариат ВОЗ)

Дискуссия

- *Согласование последующих шагов по проведению консультаций с государствами-членами*

Закрытие Совещания

Приложение 3

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные советники

Д-р Peter Achterberg
Старший научный сотрудник
Центр прогнозирования здоровья населения
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM)
Нидерланды

Д-р Pedro Arias Bohigas
Технический советник
Заместитель директора по информации здравоохранения и инновациям
Генеральный директорат по общественному здравоохранению, качеству и инновациям
Министерство здравоохранения
Испания

Профессор José Luis Ayuso-Mateos
Председатель, Факультет психиатрии, Медицинский факультет
Автономный университет Мадрида
Испания

Д-р Jane Barrett
Руководитель социологического анализа
Группа анализа улучшения здоровья, Министерство здравоохранения
Соединенное Королевство

Профессор Robert A Cummins
Почетный заведующий кафедрой
Школа психологии, Университет Дикина
Австралия

Д-р Marleen De Smedt
Советник Генерального директора
Европейская комиссия, Евростат
Люксембург

Г-жа Carrie Exton
Младший аналитик в области политики
Отдел статистики домохозяйств и измерения прогресса
Директорат статистики ОЭСР
Франция

Г-н Nick Fahy
Директор, фирма «Nick Fahy Consulting Ltd»
Соединенное Королевство

Д-р Nils Fietje
Медицинская гуманитаристика
Фонд Wellcome Trust
Соединенное Королевство

Г-н Chris Gibbins
Статистик
Группа по анализу улучшения здоровья, Министерство здравоохранения
Соединенное Королевство

Г-н Mika Gissler
Национальный институт здоровья и благосостояния
Финляндия

Г-н маг. Robert Griebler
Фирма Gesundheit Österreich GmbH
Австрия

Г-жа Sigurlaug Hauksdóttir
Европейская комиссия, DG SANCO C2 (Информация о здоровье)
Генеральный директорат по вопросам здоровья и защиты прав потребителей
Люксембург

Д-р Cornelia Lange
Заведующая отделом, Мониторинг здоровья, проведения опросных исследований
и европейского сотрудничества
Департамент эпидемиологии и отчетности о здоровье
Институт им. Роберта Коха
Германия

Д-р Matilde Leonardi
Невролог, педиатр
Руководитель отдела неврологии, общественного здоровья и инвалидности
Директор по научной работе Центра исследования комы
Директор научно-исследовательского отделения Итальянского сотрудничающего центра
по вопросам семейства международных классификаций ВОЗ
Фонд IRCCS, Неврологический институт им. Карло Беста
Италия

Д-р Jutta Lindert
Профессор общественного здравоохранения
Людвигсбургский протестантский университет, Людвигсбург, Германия
Лейпцигский университет, Лейпциг, Германия
Гарвардская школа общественного здравоохранения, Бостон, США
Германия

Г-н Robert Manchin
Председатель и управляющий директор
Европейское отделение Института Гэллага
Бельгия

Д-р Hugh Markowe
Соединенное Королевство

Д-р Pascal Meeus
Национальный институт страхования от болезней и инвалидности
Бельгия

Д-р Bosse Pettersson
Национальный совет по здравоохранению и благополучию
Швеция

Д-р Coen H. van Gool
Центр прогнозирования здоровья населения
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM)
Нидерланды

Д-р Arpana Verma
Старший лектор и почетный консультант по вопросам общественного здравоохранения
(NHS Bury)
Директор, Программа сотрудничества
по охране здоровья в г. Манчестере (MUCH)
Институт здоровья населения
Соединенное Королевство

Д-р Marieke Verschuuren
Старший научный сотрудник
Центр прогнозирования здоровья населения
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM)
Нидерланды

Профессор Mirosław Wysocki
Директор
Национальный институт общественного здравоохранения
Польша

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Г-жа Vivian Barnekow

И. о. руководителя программы, Здоровье и развитие детей и подростков
Отдел неинфекционных болезней и укрепления здоровья

Д-р Anna Fahrion

Технический сотрудник, Отдел информации, фактических данных, научных исследований
и инноваций

Д-р Gauden Galea

Директор, Отдел неинфекционных болезней и укрепления здоровья

Д-р Valentina Hafner

Технический сотрудник, Предоставление услуг здравоохранения, Отдел систем
здравоохранения и охраны общественного здоровья

Д-р Enrique Loyola

Менеджер программы, Отдел информации, фактических данных, научных исследований
и инноваций

Д-р Ivo Rakovac

Менеджер данных, Отдел информации, фактических данных, научных исследований
и инноваций

Д-р Sylvie Stachenko

Консультант ВОЗ, Отдел неинфекционных болезней и укрепления здоровья на всех этапах
жизни

Д-р Claudia Stein

Директор, Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций

Штаб-квартира

Д-р Somnath Chatterji

Научный сотрудник, Департамент статистики здравоохранения и информатики

Д-р Ritu Sadana

Ведущий специалист, Департамент старения и жизненного цикла

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int

