



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе

2015

Целевые ориентиры
и более широкая перспектива –
новые рубежи в работе
с фактическими данными

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением почти 900 млн человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья.

Доклад о состоянии
здравоохранения в Европе

2015

Целевые ориентиры
и более широкая перспектива –
новые рубежи в работе
с фактическими данными



WHO Library Cataloguing in Publication Data

The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence.

1. DELIVERY OF HEALTH CARE – EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS. 2. HEALTH POLICY. 3. HEALTH STATUS INDICATORS.
4. PUBLIC HEALTH – TRENDS. 5. MORTALITY – STATISTICS. 6. REGIONAL HEALTH PLANNING. I. World Health Organization.

(NLM classification: WA 900)

ISBN 978 92 890 4430 1

eISBN 978 92 890 4432 5

ISBN 978 92 890 4430 1

Запросы относительно 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 сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 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.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015

Целевые ориентиры
и более широкая перспектива –
новые рубежи в работе
с фактическими данными

Содержание

Благодарности	vi
Сокращения	viii
Предисловие.....	xii
Основные положения	xv

01

Обзор	1
Задачи и целевая аудитория	1
Механизм мониторинга политики Здоровье-2020	2
Прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020	4
Благополучие и его культурные контексты	5
Новые рубежи в работе с информацией здравоохранения и фактическими данными	6

02

Прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020	9
Ключевые положения	9
Введение	10
Целевой ориентир 1. сократить преждевременную смертность в Европе	11
Целевой ориентир 2: повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	31
Целевой ориентир 3: сократить несправедливости в Европе	35
Целевой ориентир 4: повысить уровень благополучия европейского населения	42
Целевой ориентир 5: всеобщий охват услугами здравоохранения и право на здоровье	49
Целевой ориентир 6: национальные целевые ориентиры / цели, установленные государствами-членами	54

03

Благополучие и его культурные контексты	61
Ключевые положения.....	61
Введение	62
Обзор проведенной работы	66
Мониторинг субъективного благополучия: некоторые проблемы	68
Культурные контексты измерения субъективного благополучия	73
Взгляд ВОЗ на проблему культурных контекстов здоровья (ККЗ)	76

04

Новые рубежи в работе с информацией здравоохранения и фактическими данными.....	85
Ключевые положения.....	85
Введение.....	86
Мониторинг индикаторов смертности и факторов риска в политике Здоровье-2020.....	89
Мониторинг несправедливостей в отношении здоровья.....	91
Мониторинг благополучия	93
Отслеживание более широкого полезного эффекта и успеха в проведении политики Здоровье-2020.....	94
Мониторинг за пределами политики Здоровье-2020.....	97
Работа по созданию единой европейской системы информации здравоохранения.....	102
Новые подходы к информации и фактическим данным в области здравоохранения	103
Потребность в международном сотрудничестве.....	105

Библиография	115
---------------------------	------------

Приложение 1. Справочная техническая информация по данным и индикаторам, используемым в настоящем докладе	137
--	------------

Благодарности

«Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.» написан под общим руководством Claudia Stein (директора отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ). Основные авторы: сотрудники Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ Marieke Verschuuren (главный редактор, медицинский эпидемиолог), Nils Fietje (научный сотрудник), Fern Greenwell (и.о. руководителя Группы мониторинга и анализа информации здравоохранения), Thara Raj (консультант) и Claudia Stein.

Методическое руководство и технический вклад принадлежит членам редакционного комитета Европейского регионального бюро ВОЗ: Gunta Lazdane (Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни), Srdan Matic (Отдел инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды), Piroska Östlin (Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия) и Govin Permanand (Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья).

Другие специалисты, внесшие вклад в подготовку доклада: Sarah Atkinson (Даремский университет, Дарем, Соединенное Королевство); Mohan J. Dutta (Национальный университет Сингапура, Сингапур); Dóra Guðrún Guðmundsdóttir (Директорат здравоохранения, Рейкьявик, Исландия); Mona Neurgren (Национальный совет по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, Стокгольм, Швеция); Henk Hilderink (Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), Билтховен, Нидерланды); Pamela Rendi-Wagner (Министерство здравоохранения, Вена, Австрия); Tara Womersley (независимый консультант, Абердин, Соединенное Королевство); Галина Евдокушкина, Алла Иванова, Виктория Семенова и Елена Землянова (Сотрудничающий центр ВОЗ по статистике и анализу данных здравоохранения, Москва, Российская Федерация); а также Sara Barragan Montes, Joao Breda, Matteo Dembech, Andrey

Egorov, Clayton Hamilton, Manfred Huber, Tanja Kuchenmüller, Enrique Loyola, Frederiek Mantingh, Marco Martuzzi, Kristina Mauer-Stender, Mark Muscat, Natela Nadareishvili, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Dinesh Sethi, Santino Severoni, Abigail Shefer, Karyn Tate, Sarah Thomson и Martin Willi Weber (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Члены Консультативного комитета Европейского регионально-го бюро ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения и Группы экспертов по культурным контекстам здоровья выступали в качестве независимых рецензентов и предоставили конструктивные замечания и предложения.

Сокращения

ВВП	валовой внутренний продукт
ЕИИЗ	Европейская инициатива в области информации здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ИМТ	индекс массы тела
ККЗ	культурные контексты здоровья
МКБ-10	Международная классификация болезней, десятый пересмотр
НИЗ	неинфекционные заболевания
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПОУ	прямая оплата услуг
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РКС	Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита
СКС	стандартизированный коэффициент смертности
СНГ	Содружество Независимых Государств
СФДЗ	Сеть фактических данных по вопросам здоровья
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
CARINFONET	Сеть информации здравоохранения республик Центральной Азии
COSI	Инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (Childhood Obesity Surveillance Initiative)

EVIPNet	Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (обследование) (Health Behaviour in School-aged Children)
ILOSTAT	Департамент статистики Международной организации труда
POSE	имитационное учение по действиям в ответ на вспышку полиомиелита
RIVM	Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (Нидерланды)

Сокращенные обозначения стран, используемые в некоторых иллюстрациях и таблицах

ALB	Албания
AND	Андорра
ARM	Армения
AUT	Австрия
AZE	Азербайджан
BIH	Босния и Герцеговина
BLR	Беларусь
BEL	Бельгия
BEL (Fl)	Бельгия (фламандская часть)
BEL (Fr)	Бельгия (французская часть)
BUL	Болгария
CRO	Хорватия
CYP	Кипр
CZH	Чешская Республика
DEN	Дания
DEU	Германия
ENG	Англия

EST	Эстония
FIN	Финляндия
FRA	Франция
GEO	Грузия
GRE	Греция
HUN	Венгрия
ICE	Исландия
IRE	Ирландия
ISR	Израиль
ITA	Италия
KAZ	Казахстан
KGZ	Кыргызстан
LTU	Литва
LUX	Люксембург
LVA	Латвия
MAT	Мальта
MDA	Республика Молдова
MKD	Бывшая югославская Республика Македония
MNE	Черногория
MON	Монако
NET	Нидерланды
NOR	Норвегия
POL	Польша
POR	Португалия
ROM	Румыния
RUS	Российская Федерация
SCT	Шотландия
SMR	Сан-Марино
SPA	Испания
SRB	Сербия
SVK	Словакия
SVN	Словения
SWE	Швеция
SWI	Швейцария

TJK	Таджикистан
TKM	Туркменистан
TUR	Турция
UKR	Украина
UNK	Соединенное Королевство
UZB	Узбекистан
WLS	Уэльс



Предисловие: двигаясь по пути достижения целей политики Здоровье-2020 и охватывая новые формы фактических данных

Я рада представить читателям «Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.», в котором охарактеризован прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 и который послужит ценным информационным ресурсом для 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ. В докладе описана динамика индикаторов политики Здоровье-2020 и уроки из опыта конкретных стран, которые предприняли эффективные меры в области общественного здравоохранения, направленные на улучшение здоровья и повышение уровня благосостояния своих жителей. В нем также рассмотрены вызовы в сфере общественного здоровья, которые возникли в последние годы. Для того чтобы эффективно ответить на них, прежде всего нужны новые формы фактических данных. Доклад содержит обзор проводимой инновационной работы по совершенствованию методов измерения и интерпретации показателей здоровья и благополучия.

«Доклад о состоянии здравоохранения в Европе» является флагманской публикацией Европейского регионального бюро ВОЗ и выпускается раз в три года. В докладе за 2012 г. были приведены исходные показатели по состоянию на 2010 г. для мониторинга прогресса в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Доклад за 2015 г. освещает прогресс, достигнутый за истекший с того времени период. Целевые ориентиры охватывают такие задачи, как снижение преждевременной смертности, увеличение средней продолжительности жизни, сокращение масштабов социальных несправедливостей, повышение уровня благополучия, обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также постановка в странах соответствующих национальных целей. Оценка имеющихся данных по всем шести вышеперечисленным целевым ориентирам демонстрирует как положительные сдвиги, так и те области общественного здравоохранения, где необходимо активизировать действия в Регионе.

В «Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.» освещены проблемы в области измерения и отчетности о прогрессе в реализации политики Здоровье-2020, в частности в отношении оценки уровня благополучия. Европейское региональное бюро ВОЗ в тесном сотрудничестве с другими учреждениями и государствами-членами приступило к решению таких проблем. В докладе представлены обновленные результаты этой деятельности, а также предложения по использованию новых источников качественных фактических данных для описания и мониторинга благополучия применительно к политике Здоровье-2020. Для формирования достоверных представлений о здоровье и благополучии в европейском контексте недостаточно иметь лишь факты и цифры. В докладе проводится мысль о том, что для полноценного отражения реальной жизни людей в контексте здоровья и благополучия необходимы новые формы фактических сведений.

В публикации уделено значительное внимание принятому государствами-членами механизму мониторинга хода осуществления политики Здоровье-2020. Коллектив Европейского регионального бюро ВОЗ проводит работу совместно со странами, направленную на развитие их потенциала для мониторинга прогресса в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Однако для всестороннего отслеживания показателей здоровья населения недостаточно индикаторов, разработанных в механизме мониторинга политики Здоровье-2020, поскольку этот механизм не охватывает некоторые важные области общественного здравоохранения. Более того, мониторинг общественного здоровья не сводится к анализу данных и индикаторов; не менее важная задача – обеспечить, чтобы информация здравоохранения эффективно использовалась в процессе разработки и проведения политики. В докладе высвечены ключевые возможности и трудности, относящиеся к процессам приведения поступающей информации и фактических данных в сфере здравоохранения в соответствие к требованиям XXI века.

В «Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.» прежде всего освещен прогресс на региональном уровне. Однако я убеждена в том, что доклад также станет полезным источником информации для руководителей в странах, помогая им определить области, которые нуждаются в дальнейшей оцен-

ке и принятии решений в области национальной политики. Публикация должна представить интерес для всех специалистов в области общественного здравоохранения, академических институтов, неправительственных организаций и других групп, стремящихся внести свой вклад в достижение целей политики Здоровье-2020 и в улучшение показателей здоровья и благополучия в Европейском регионе.

Для эффективного и устойчивого решения задач информации здравоохранения, стоящих перед Регионом, требуется широкое международное сотрудничество. Решающее значение имеют гармонизация, кооперация и обмен знаниями, опытом и примерами оптимальной практики. Поэтому я надеюсь, что эта книга воодушевит государства-члены и другие заинтересованные стороны к тому, чтобы присоединиться к Европейской инициативе в области информации здравоохранения, проекту сотрудничества между Европейским региональным бюро ВОЗ, европейскими учреждениями и государствами-членами, направленному на улучшение информации, которая является основой политики. Только на основе объединения усилий можно добиться плодотворного прогресса в научных исследованиях и разработках по проблемам информации здравоохранения в нашем Регионе.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Основные положения

Прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020

В течение всего лишь нескольких лет развития политики Здоровье-2020 все большее число стран осуществляют действия, направленные на принятие и внедрение ее принципов и подходов в целях улучшения здоровья и повышения уровня благополучия своих граждан.

Европейский регион планомерно движется к достижению целевого ориентира политики Здоровье-2020 по сокращению преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета. Достигнутый прогресс по большей части обусловлен улучшением ситуации в странах Региона с наиболее высокими исходными значениями преждевременной смертности.

Серьезными проблемами общественного здоровья в Регионе остаются употребление алкоголя и табака, а также избыточная масса тела и ожирение. В Европе регистрируются самые высокие в мире уровни употребления алкоголя и табака, и оценочные данные ВОЗ за период с 2010 по 2014 г. демонстрируют рост распространенности избыточной массы тела и ожирения почти во всех странах.

Несмотря на достигнутый в Регионе высокий общий охват вакцинацией против кори, среди населения сохраняются пробелы иммунитета, что приводит к продолжающейся эндемической передаче инфекции и периодическим вспышкам в масштабах отдельных стран.

Сократился разброс между зарегистрированными в Регионе самыми высокими и самыми низкими значениями индикаторов политики Здоровье-2020, относящихся к социальным детерминантам здоровья, таких как младенческая смертность, средняя продолжительность жизни, охват детей начальным школьным обучением и уровень безработицы. Предварительные данные свидетельствуют о том, что эта позитивная тенденция продол-

жается и после 2010 г., несмотря на то что абсолютные различия между странами остаются значительными.

Прямая оплата гражданами услуг здравоохранения, измеряемая ее долей в общих расходах на здравоохранение, на региональном уровне с 2010 г. не изменилась и составляет 24%. В 2010 г. лишь в 12 из 53 стран Региона эта доля была ниже 15%-ного порога, имеющего решающее значение для предупреждения катастрофических расходов на охрану здоровья.

Благополучие и его культурные контексты

Одобрив политику Здоровье-2020, государства-члены дали Европейскому региональному бюро ВОЗ мандат на комплексную оценку и предоставление сведений о благополучии европейского населения.

Благополучие – это объединяющая концепция, которая актуальна для многих секторов государственного управления. Разработка вопросов благополучия дает важную возможность для принятия общегосударственного подхода к улучшению здоровья европейского населения.

Растущий объем фактических данных показывает следующее:

- благополучие можно надежным образом измерять на местном и национальном уровнях;
- измеряемые показатели демонстрируют определенные аспекты, не охватываемые другими методами оценки;
- разработка политики, которая учитывает вопросы благополучия, может способствовать более эффективной реализации программ и услуг в области здравоохранения.

Состояние благополучия воспринимается на субъективном, индивидуальном уровне. Однако его также можно охарактеризовать с использованием ряда объективных популяционных показателей, таких как образование, доход и жилищные условия. Учет всего комплекса сложных аспектов субъективного благополучия требует применения многопрофильного, комплексного научно-исследовательского подхода с позиций здоровья. Это требует более устойчивого и последовательного

использования различных типов качественных параметров для улучшения количественных данных, поступающих в рамках опросов по показателям благополучия.

Актуальной задачей остается сравнение данных субъективного благополучия между группами с весьма различными культурными особенностями. Поскольку культурные контексты оказывают существенное влияние на благополучие, их значимость для благополучия и здоровья в общем плане нуждается в более систематическом исследовании.

Для передачи информации по вопросам благополучия необходим коллективный подход, на основе более полного учета мнений местных сообществ. Вертикальные (в направлении сверху вниз) схемы передачи информации, по всей вероятности, не позволяют отразить широкое разнообразие культурных контекстов, в которых существуют здоровье и благополучие.

В январе 2015 г. ВОЗ приступила к составлению обзора культурных контекстов здравоохранения, который направлен на синтез фактических данных относительно влияния культуры на благополучие и здоровье в более широком плане. Одна из долгосрочных задач Организации – создание более детального набора инструментов и методик для измерения и передачи данных по благополучию.

Новые рубежи в работе с информацией здравоохранения и фактическими данными

Некоторые из основных проблем, касающиеся сбора данных, используемых для мониторинга политики Здоровье-2020, относятся к качеству данных, регулярности их сбора и своевременности подачи отчетности. Улучшения в практике оформления свидетельств и кодирования смогут значительно повысить качество данных по причинам смерти. Соблюдение всеми государствами-членами рекомендуемого уровня детализации отчетности для ВОЗ поможет повысить полезность и сопоставимость индикаторов, рассчитанных на основе этих данных.

В ВОЗ и многих странах произошла смена парадигмы в области общественного здравоохранения: переход основных

акцентов с проблем смертности и заболеваемости на задачи улучшения здоровья и повышения уровня благополучия. Для того чтобы информация здравоохранения полноценно отражала этот переход, следует уделять больше внимания субъективным и качественным данным, таким как степень удовлетворенности жизнью.

Для улучшения отчетности по вопросам здоровья и благополучия в масштабе Европейского региона необходимо использовать также нетрадиционные источники информации здравоохранения. Так, полезными источниками сведений о благополучии могут быть исторические записи и антропологические наблюдения. Нетрадиционные источники данных, такие как онлайн-социальные сети, учетные сведения мобильной телефонной связи и электронные данные медицинской регистрации, могут добавить новый аналитический материал к традиционной статистике здравоохранения.

Следует, путем выхода за пределы привычных индикаторов, оптимизировать мониторинг политики Здоровье-2020 и расширить его спектр, включив такие характеристики, как устойчивость местных сообществ к неблагоприятным внешним воздействиям, расширение прав и возможностей граждан и осознание социальной сопричастности.

Для решения современных задач информации здравоохранения эффективным и устойчивым образом необходимо широкое международное сотрудничество. Страны должны выдвигать на первый план вопросы международных научных исследований и разработок в данной области.

Европейская инициатива в области информации здравоохранения – это действующая под эгидой ВОЗ сеть заинтересованных сторон, включая государства-члены, поставившая перед собой задачу улучшения здоровья людей в Регионе путем совершенствования информации, на базе которой вырабатывается политика. Эта сеть поддерживает развитие единой европейской информационной системы здравоохранения в соответствии с положениями совместной декларации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейской комиссией в 2010 г.

01

A photograph of a forest floor covered in fallen yellow and orange leaves, with sunlight streaming through the trees in the background. The scene is bathed in warm, golden light, creating a serene and autumnal atmosphere. The sun is positioned in the upper left, casting long, soft shadows and creating a lens flare effect. The trees are tall and thin, their trunks forming a vertical grid that frames the scene. The ground is a thick carpet of fallen leaves, with some leaves in the foreground showing more detail, including their veins and colors ranging from bright yellow to deep red.

Обзор

В настоящем обзоре представлены цели «Доклада о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.», охарактеризована его целевая аудитория, изложена информация о системе мониторинга политики Здоровье-2020 (ключевая тема доклада), а также дан краткий очерк содержания основных глав.

Задачи и целевая аудитория

«Доклад о состоянии здравоохранения в Европе» выходит в свет раз в три года в качестве флагманской публикации Европейского регионального бюро ВОЗ. Основные цели доклада 2015 года следующие:

- осветить прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020;
- обозначить новые рубежи в работе с информацией здравоохранения и фактическими данными на предстоящие годы, для того чтобы оптимизировать мониторинг показателей здоровья в рамках политики Здоровье-2020 и на последующий период, включая измерение субъективного благополучия.

Поскольку основное внимание уделяется прогрессу в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020, основной аудиторией для настоящего доклада являются руководители, определяющие политику. Тем не менее, поскольку в докладе так-

же рассмотрена эпидемиологическая ситуация в Европейском регионе и анализируются потребности и инновации в сфере информации здравоохранения, доклад представит интерес и для других пользователей, в частности для специалистов общественного здравоохранения, сотрудников академических учреждений, медийных групп, неправительственных организаций и ассоциаций пациентов и медицинских работников. Наряду с полным докладом издана краткая публикация, содержащая его основные положения (1).

Механизм мониторинга политики Здоровье-2020

Политика Здоровье-2020 была принята в качестве новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия в 2012 г. на шестьдесят второй сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ голосами всех 53 государств-членов Региона. Эта политика поддерживает действия всего государства и общества, направленные на то, чтобы значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить несправедливости в отношении здоровья, укрепить общественное здравоохранение и обеспечить наличие систем здравоохранения, ориентированных на человека, характеризующихся высоким качеством помощи и соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости и устойчивости. Политика включает четыре приоритетных направления:

- инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан;
- снижение бремени основных неинфекционных и инфекционных заболеваний в Европе;
- укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения и потенциала общественного здравоохранения, включая потенциал обеспечения готовности и принятия ответных мер при чрезвычайных ситуациях;
- создание поддерживающей среды и повышение «прочности» местных сообществ (2).

Для отслеживания полезного эффекта от реализации политики Здоровье-2020 в тесном сотрудничестве с государствами-членами был разработан специальный механизм мониторинга; он был

одобрен в 2013 г. на 63-й сессии Регионального комитета. Механизм мониторинга представлен областями, целевыми ориентирами, количественными характеристиками и ключевыми индикаторами (см. табл. 1.1) (3). Основные индикаторы применяются для мониторинга процесса реализации политики Здоровье-2020 на региональном уровне; наряду с ними имеются дополнительные индикаторы – для использования при составлении национальных целевых ориентиров и всестороннего мониторинга прогресса на национальном уровне. В общей сложности механизм включает 37 индикаторов: 19 основных (некоторые из них применяются в отношении более чем одного целевого ориентира) и 18 дополнительных. Индикаторы

Таблица 1.1. Обзор механизма мониторинга политики Здоровье-2020

Область	Целевые ориентиры	Количественные характеристики	Основные индикаторы
Бремя болезней и факторы риска	Сократить преждевременную смертность в Европе	Снижение преждевременной смертности от НИЗ	Преждевременная смертность, употребление табака и алкоголя, избыточная масса тела и ожирение
		Элиминация болезней, предупреждаемых с помощью вакцин	Охват вакцинацией от кори, краснухи и полиомиелита
		Сокращение смертности от внешних причин	Коэффициент смертности от внешних причин
Здоровые люди, благополучие и детерминанты	Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе	Рост средней продолжительности жизни	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении
	Сократить несправедливости в Европе	Сокращение разрывов в показателях здоровья, связанных с социальными детерминантами	Коэффициент младенческой смертности; средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении; доля детей, не посещающих начальную школу; уровень безработицы; наличие (суб)национальной политики, направленной на устранение несправедливостей в отношении здоровья, коэффициент Джини (распределение доходов)
	Повысить уровень благополучия европейского населения	Будут установлены	Удовлетворенность жизнью; социальная поддержка; доля населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами; коэффициент Джини (распределение дохода); уровень безработицы; доля детей, не посещающих начальную школу
Процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения	Всеобщий охват и право на здоровье	Движение в направлении достижения всеобщего охвата	Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения, охват вакцинацией против кори/краснухи и полиомиелита, общие расходы на здравоохранение
	Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами	Организация процессов для установления национальных целевых ориентиров	Создание механизмов для установления целевых ориентиров, наличие национальных стратегий, составленных с учетом положений политики Здоровье-2020

политики Здоровье-2020 были разработаны силами двух специальных экспертных групп, в состав которых входили представители от стран. Более подробная информация о механизме мониторинга политики Здоровье-2020 и его разработке представлена в приложении 1.

Прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020

В главе 2 приведены результаты оценки прогресса в отношении целевых ориентиров, включенных в механизм мониторинга политики Здоровье-2020, с использованием исходных значений по состоянию на 2010 год, установленный по решению стран в качестве отправной точки. В главе описаны региональные тенденции и межстрановые различия по основным индикаторам политики Здоровье-2020. В некоторых случаях, для того чтобы дать более всестороннюю картину, приведены также дополнительные индикаторы. Эпидемиологическая информация проиллюстрирована показательными примерами успешной практики из опыта стран и обзором прогресса политики в масштабе Региона.

Один из принципов, использованный для разработки механизма мониторинга политики Здоровье-2020, – прагматическое решение, направленное на то, чтобы обеспечить его краткость и предупредить дублирование – исключить те целевые ориентиры и индикаторы, которые уже являются частью существующих стратегических рамок ВОЗ или других согласованных направлений политики. Исключениями из этого правила стали первая количественная характеристика целевого ориентира политики Здоровье-2020 по сокращению преждевременной смертности и сопряженные основные индикаторы, которые одновременно являются компонентами глобальной системы ВОЗ по мониторингу неинфекционных заболеваний (НИЗ) (4). С учетом важности данной группы проблем для Европейского региона эти показатели рассматривались как ключевые для механизма политики Здоровье-2020: было решено их сохранить, но привести в соответствие с глобальной системой. Поскольку существующие в других системах целевые ориентиры и индикаторы не были продублированы, механизм мониторинга

политики Здоровье-2020 не охватывает все области общественного здравоохранения, актуальные для Европейского региона и являющиеся сферой деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ; некоторые из них отслеживаются в рамках других стратегических систем. Таким образом, в главе 2 не охвачен полный спектр вопросов общественного здоровья. Глава сосредоточена на тех областях и темах, которые относятся к механизму мониторинга политики Здоровье-2020, и тех, мониторинг которых не проводится в рамках других стратегических систем, таких как Европейский план действий по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2012–2015 гг. и Пармская декларация по охране окружающей среды и здоровья (5, 6).

Благополучие и его культурные контексты

Политика Здоровье-2020 охватывает три основные области (см. табл. 1.1), одна из которых включает аспекты благополучия. В «Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г.» в качестве фундаментальных положений были намечены первоначальные индикаторы для мониторинга благополучия в контексте политики Здоровье-2020, и такие индикаторы в настоящее время протестированы и применяются. В главе 3 представлены уже полученные данные и вопросы, которые предстоит решать в ходе разработки этой новой области общественного здравоохранения.

Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые странами и международными организациями, индикаторы для измерения и мониторинга благополучия все еще находятся на стадии разработки. Стало ясно, однако, что количественная оценка и меры мониторинга благополучия сопряжены с собственными конкретными трудностями, поскольку в этих оценках используются не только объективные, но и субъективные параметры. Работа с субъективными показателями сопряжена с особыми сложностями. Она поднимает вопросы о полноте охвата и практической реализуемости инструментов количественной оценки среди различных групп населения и о влиянии систематической ошибки в связи с особенностями культуры (культурной погрешности). Это, в свою очередь,


поднимает вопросы интерпретации и сопоставимости субъективных показателей. В главе 3 эти вопросы рассматриваются подробно, с особым вниманием к тому, как культура влияет на оценки благополучия, и с освещением имеющихся в данной области разработок.

Новые рубежи в работе с информацией здравоохранения и фактическими данными

В главе 4 рассмотрены потребности в дальнейшем развитии информации здравоохранения и фактических данных в целях совершенствования мониторинга хода реализации политики Здоровье-2020 и оценки ее конечного полезного эффекта. В ней суммированы задачи и возможности, отмеченные в главах 2–3; они также рассмотрены в более широком контексте с анализом потребностей в информации и фактических данных за пределами политики Здоровье-2020 и в привязке к текущей деятельности и перспективным процессам в Регионе. Рассмотрены вопросы, связанные с уже налаженными, традиционными процессами сбора данных и показателей наряду с будущими потребностями в информации и фактических данных.

02





Прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020

Ключевые положения

В течение всего лишь нескольких лет проведения политики Здоровье-2020 все большее число стран принимают на вооружение и внедряют ее принципы и подходы в целях улучшения здоровья и повышения уровня благополучия своих граждан.

Европейский регион планомерно движется к достижению целевого ориентира политики Здоровье-2020 по сокращению преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета. Достигнутый прогресс по большей части обусловлен улучшением ситуации в странах Региона с наиболее высокими исходными значениями преждевременной смертности.

Серьезными проблемами общественного здоровья в Регионе остаются употребление алкоголя и табака, а также избыточная масса тела и ожирение. В Европе регистрируются самые высокие в мире уровни употребления алкоголя и табака, и оценочные данные ВОЗ за период с 2010 по 2014 г. демонстрируют рост распространенности избыточной массы тела и ожирения почти во всех странах.

Несмотря на высокий общий охват вакцинацией против кори в Регионе, среди населения сохраняются пробелы иммунитета,

что приводит к продолжающейся эндемической передаче инфекции и периодическим вспышкам в масштабах страны.

Сократился разброс между зарегистрированными в Регионе самыми высокими и самыми низкими значениями индикаторов политики Здоровье-2020, относящихся к социальным детерминантам здоровья, таких как младенческая смертность, средняя продолжительность жизни, охват детей начальным школьным обучением и уровень безработицы. Предварительные данные свидетельствуют о том, что эта позитивная тенденция продолжается и после 2010 г., несмотря на то что абсолютные различия между странами остаются значительными.

Прямая оплата гражданами услуг здравоохранения, измеряемая ее долей в общих расходах на здравоохранение, на региональном уровне с 2010 г. не изменилась и составляет 24%. В 2010 г. лишь в 12 из 53 стран Региона эта доля была ниже 15%-ного порога, имеющего решающее значение для предупреждения катастрофических расходов на охрану здоровья.

Введение

В настоящей главе охарактеризован прогресс в ходе достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 на региональном уровне от отправной точки 2010 г. Структура главы соответствует механизму мониторинга политики Здоровье-2020 (3), в котором определены целевые ориентиры, количественные характеристики этих ориентиров и основные индикаторы по каждой из трех основных областей политики Здоровье-2020: бремя болезней и факторы риска; здоровые люди, благополучие и детерминанты; процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения (см. табл. 1.1). Механизм также включает дополнительные индикаторы: странам рекомендуется использовать их для более детального мониторинга на национальном уровне, однако они не применяются для отслеживания прогресса в масштабе Региона. В настоящей главе изложен региональный прогресс в ходе достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 по основным индикаторам. Однако в некоторых случаях приведены и дополнительные индикаторы для более всесторонней характеристики общей картины.

Как указано в главе 1, в разделе о прогрессе в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020, в механизм мониторинга политики Здоровье-2020 не включены те целевые ориентиры и индикаторы, которые уже составляют часть стратегических систем ВОЗ или других организаций (за одним исключением). Поэтому настоящая глава не содержит всестороннего обзора всех областей общественного здоровья, актуальных для Европейского региона; она посвящена исключительно тем областям и темам, которые охвачены механизмом мониторинга.

В главе использованы индикаторы преимущественно из источников ВОЗ. Данные позволяют получить «моментальный снимок» ситуации на момент написания доклада; базы данных ВОЗ регулярно обновляются, поэтому некоторые представленные усредненные, а также максимальные и минимальные значения по Региону будут изменяться, по мере того как страны продолжают предоставлять сведения ВОЗ. Кроме того, охват данными на региональном уровне по ряду основных индикаторов политики Здоровье-2020 за первые несколько лет после отправной точки 2010 г. является неполным, что создает препятствия для формулирования выводов о прогрессе в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Более детальные сведения об индикаторах, использованных источниках данных и их наличии приведены в приложении 1.

Целевой ориентир 1: сократить преждевременную смертность в Европе

Данный целевой ориентир политики Здоровье-2020 имеет три количественные характеристики, относящиеся к преждевременной смертности: от основных НИЗ, от болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, и от внешних причин. По каждой из количественных характеристик представлены резюме прогресса и полные описания соответствующих индикаторов.

Краткий обзор прогресса: преждевременная смертность от НИЗ

Первая количественная характеристика – среднее ежегодное сокращение на 1,5% в период до 2020 г. совокупных значений преждевременной смертности от четырех основных НИЗ. К этой характеристике привязаны следующие основные индикаторы:

- суммарный коэффициент преждевременной смертности (людей в возрасте от 30 и не старше 70 лет) от четырех основных НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, рак, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания);
- распространенность употребления табака в настоящее время среди населения в возрасте 18 лет и старше;
- общее потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше;
- распространенность избыточной массы тела и ожирения среди лиц в возрасте 18 лет и старше.

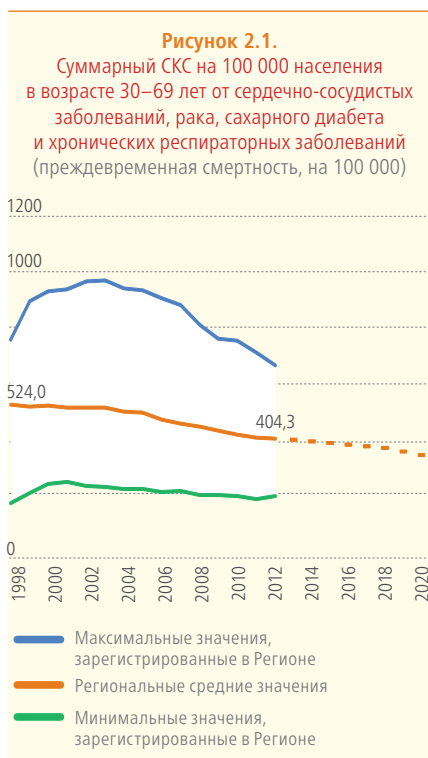
Среднегодовые темпы сокращения преждевременной смертности от четырех основных НИЗ в течение первых трех лет наблюдений (2010–2012 гг.) составили 2,0%. Из этого следует вывод, что Регион планомерно движется к достижению поставленной цели. Число стран Региона, по которым имеются данные за 2011 и 2012 гг., является, однако, субоптимальным (соответственно 35 и 28 из 53). Это означает, что темпы сокращения в период после 2010 г. следует рассматривать в качестве предварительной оценки.

Употребление алкоголя и табака, а также избыточная масса тела и ожирение входят в число основных проблем общественного здоровья в Европейском регионе. На момент написания доклада из стран еще не поступили данные, позволяющие оценить динамику этих факторов риска на региональном уровне после 2010 г. Тем не менее за период 2005–2010 гг. общий уровень потребления алкоголя в Регионе сократился на 10%, и ожидается, что эта тенденция сохранилась на ряд последующих лет. По оценкам ВОЗ, за период с 2010 по 2012 г. распространенность употребления табака сократилась почти во всех странах, из которых поступили данные, но большинство из них отстает от планового прогресса в достижении глобальной цели по борьбе с НИЗ – 30%-ного сокращения уровня употребления

табака к 2025 г. (4). Вызывает тревогу тот факт, что, по оценкам ВОЗ, во всех странах Региона, предоставивших данные (общим числом 51), за период с 2010 по 2014 г. выросла распространенность избыточной массы тела и ожирения.

Европа планомерно сокращает преждевременную смертность

Средние стандартизированные коэффициенты преждевременной смертности (СКС) от четырех основных НИЗ за период с 1998 по 2012 г. снизились в масштабе Региона с 524 до 404 случаев смерти на 100 000 населения, что составило среднее ежегодное сокращение на 1,8% (см. рис. 2.1). Темпы сокращения за этот период повысились от 0,8% в 1998–2005 гг. до 2,6% в период 2006–2012 гг. Для того чтобы достичь целевой ориентир, который предусматривает среднее ежегодное сокращение на 1,5% с исходного уровня 2010 г. до 2020 г., преждевременную смертность необходимо снизить с 420 до 361 на 100 000 населения (показано пунктирной линией на рис. 2.1). Среднегодовые темпы сокращения за период 2010–2012 гг. составляют 2,0%; это свидетельствует о том, что Регион планомерно движется к достижению целевого ориентира политики Здоровье-2020. Поскольку данные за 2011 и 2012 гг. имеются только, соответственно, от 35 и 28 стран Региона, эти показатели следует рассматривать в качестве предварительной оценки, и они потребуют дополнительного анализа после получения данных от остальных стран.



Примечания. Использованные коды Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): сердечно-сосудистые заболевания – I00–I99, рак – C00–C97, сахарный диабет – E10–E14, хронические респираторные заболевания – J40–J47. Пунктирная линия представляет собой тенденцию 1,5%-ного ежегодного снижения преждевременной смертности на период до 2020 г. в соответствии с целевым ориентиром политики Здоровье-2020, рассчитанную с использованием формулы средних ежегодных темпов роста: $СКС_{\text{временной интервал 2}} = СКС_{\text{временной интервал 1}} \times (1+i)^n$, где i – темпы роста со значением $-1,5\%$ и n – число лет.

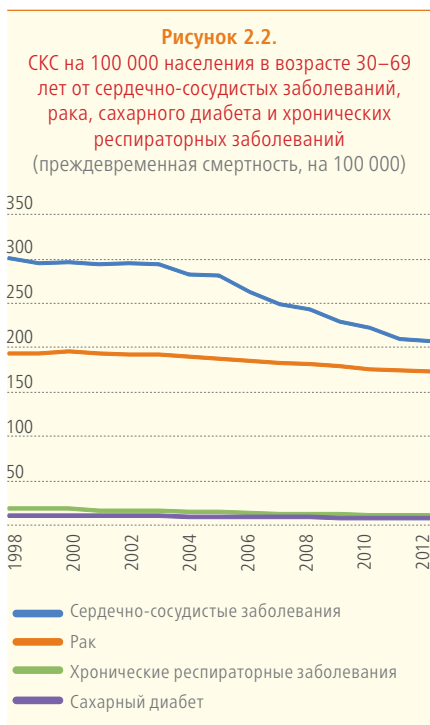
Источник: Европейская детализированная база данных о смертности (7).

На рисунке 2.1 видно, что темпы сокращения преждевременной смертности от четырех основных НИЗ за период с середины 2000-х годов были гораздо выше в странах, сообщавших о наиболее высоких значениях СКС по сравнению со странами, где этот показатель находился на минимальном уровне и оставался практически неизменным в течение всего периода 2000-х годов. Таким образом, прогресс в сокращении региональных средних показателей обусловлен почти исключительно улучшением ситуации в странах, которые начинали свой путь с наивысших уровней преждевременной смертности. Однако к интерпретации динамики максимальных и минимальных СКС следует относиться с осторожностью, поскольку они отражают самые высокие и самые низкие значения, зарегистрированные в Регионе в конкретном году, и необязательно

относятся каждый раз к одним и тем же странам. В некоторых случаях они могут отражать пробелы или задержку в подаче национальной отчетности, особенно в последние годы.

Сердечно-сосудистые заболевания и рак – ведущие причины преждевременной смертности

Индикаторы политики Здоровье-2020 по преждевременной смертности включают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, сахарного диабета и хронических респираторных заболеваний. Именно эти НИЗ главным образом являются причиной смерти среди людей в возрасте от 30 до 69 лет, и они же в значительной степени являются предотвратимыми. Отдельный анализ относительного вклада каждой из этих причин помогает понять общую тенденцию преждевременной смертности (см. рис. 2.2).



Примечание: использованные коды МКБ-10: сердечно-сосудистые заболевания – I00–I99, рак – C00–C97, сахарный диабет – E10–E14, хронические респираторные заболевания – J40–J47.

Источник: Европейская детализированная база данных о смертности (7).

Сердечно-сосудистые заболевания включают все болезни сердца и системы кровообращения, такие как ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, врожденные пороки сердца и инсульт. В 2010 г. ведущее место в структуре причин смертности в Регионе занимали ишемическая болезнь сердца и инсульты (8). Сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлено свыше половины преждевременной смертности от четырех основных НИЗ. Таким образом, отмеченное с середины 2000-х годов ускоренное сокращение смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, также обусловило нисходящую тенденцию общей преждевременной смертности в масштабе всего Региона. Это сокращение, возможно, является результатом совершенствования мер профилактики, в частности поскольку люди ведут более здоровый образ жизни, а также улучшения экстренной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда и инсультом.

Несмотря на то что уровень смертности от рака с середины 2000-х годов постепенно снижается, доля преждевременной смертности от этой причины выросла, поскольку смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижается более высокими темпами. В 1998 г. на долю онкологических заболеваний приходилось чуть более одной трети (37%) преждевременной смертности, но этот показатель устойчиво рос, достигнув в 2012 г. 43%.

Хронические респираторные заболевания и сахарный диабет составляют наименьшую долю преждевременной смертности (в общей сложности около 6%). Вклад этих двух видов патологии в преждевременную смертность с течением времени не меняется (см. рис. 2.2).

Страны отстают в достижении глобальной цели по борьбе с НИЗ, несмотря на сокращение употребления табака

За период с 2010 по 2012 г. распространенность употребления табака среди взрослых снизилась в 39 странах из 41, для которых имеются оценочные данные ВОЗ; средний уровень сокращения¹ составил 1,8% (9). Дополнительный анализ, проведенный ВОЗ, однако, показывает, что лишь 11 странам Региона, вероятно, удастся достичь к 2025 г. предусмотренной в глобальной системе мониторинга НИЗ цели сокращения на 30% (4): в большинстве стран темпы сокращения этого показателя недостаточны (10).

В 2012 г. Европейский регион имел самый высокий региональный средний уровень употребления табака, составляющий 30%, несмотря на то что наблюдается большой разброс значений этого показателя между странами. В Регионе также был отмечен наивысший региональный средний уровень употребления табака среди женщин. Самый высокий и самый низкий национальные уровни курения составили 59 и 19% среди мужчин и 36 и 1% среди женщин (см. рис. 2.3). Следует отметить, что эти данные являются оценочными, рассчитанными специалистами ВОЗ для Глобального доклада о ситуации по НИЗ за 2014 г. (9). На период написания настоящего документа не имелось последних данных из стран, которые позволили бы оценить процессы за период после отправной точки 2010 г. для политики Здоровье-2020. Данные по тенденциям имелись только за период с 2000 по 2008 г. (11). Эти данные показывают четкую тенденцию к снижению, а расчетные данные за 2010 и 2012 гг. позволяют предполагать, что эта тенденция сохраняется. В течение последних десятилетий тенденция к снижению употребления табака внесла вклад в сокращение преждевременной смертности и увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни, особенно среди мужчин (12).

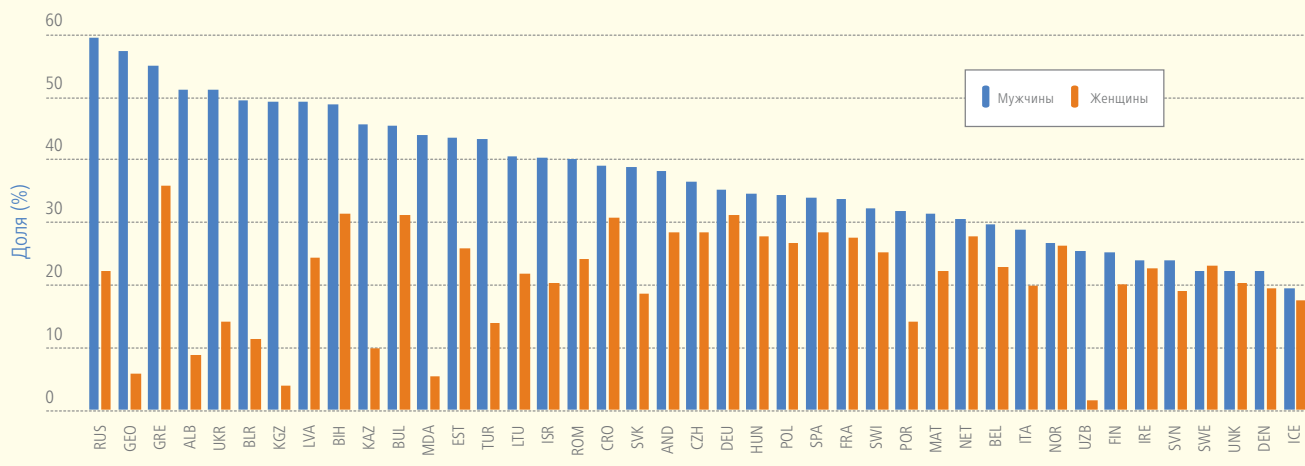
¹ Среднее невзвешенное сокращение, рассчитанное без учета численности населения стран.

Высокая распространенность употребления табака в Европейском регионе ВОЗ является причиной того, что отмечаемая в Регионе доля смертности, обусловленной табаком, – одна из наиболее высоких в мире. Анализ, проведенный ВОЗ в 2012 г. (на основе данных 2004 г.), показал, что 26% этой смертности приходится на лиц старше 30 лет. При этом аналогичные значения для Африканского региона и Региона Восточного Средиземноморья составляют соответственно 3 и 7%; глобальный усредненный показатель – 12%. Почти каждая пятая преждевременная смерть в Европейском регионе среди населения в возрасте от 30 до 44 лет и каждая третья – среди жителей в возрасте от 45 до 49 лет обусловлена употреблением табака. Что касается НИЗ, употреблением табака обусловлено 85% смертельных исходов от рака трахеи, бронхов и легких и 16% смертей, вызванных ишемической болезнью сердца. Среди инфекционных болезней сюда же относятся 26% смертности от туберкулеза и 24% всей смертности от инфекций нижних дыхательных путей (13).

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, которая вступила в силу в феврале 2005 г., – это первое глобальное соглашение в области общественного здравоохранения, направ-

Рисунок 2.3.

Оценочные значения стандартизированной по возрасту распространенности употребления любых табачных изделий среди взрослых, 2012 г.



Примечание: ВОЗ использует стандартные методы расчета оценочных данных, чтобы в максимальной степени обеспечить возможность межстрановых сопоставлений. Эти данные могут отличаться от официальной статистики государств-членов.

Источник: Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 г. (9).

ленное на борьбу против медико-санитарных, социальных, экологических и экономических последствий употребления табака и воздействия табачного дыма (14). Имеются убедительные свидетельства в пользу эффективности действий по различным направлениям политики (15, 16). Так, например, опубликованные научные данные свидетельствуют о том, что спустя всего несколько месяцев после введения в силу законов о запрете на курение уровни госпитализации по поводу инфаркта миокарда могут сократиться на 20–40% (17).

В Европейском регионе регистрируются самые высокие уровни потребления алкоголя и связанного с ним вреда

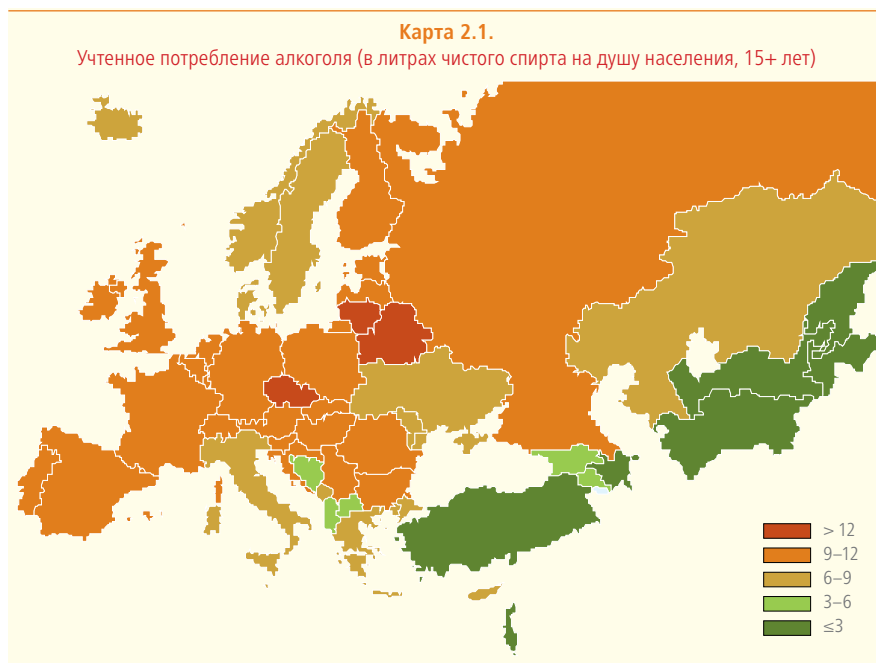
Уровень потребления алкоголя в Европейском регионе – самый высокий в мире. Это приводит к более значительной распространенности случаев алкогольной зависимости и алкогольных расстройств по сравнению с другими регионами ВОЗ (см. табл. 2.1). Вместе с тем уровни потребления алкоголя варьируются в значительных пределах среди европейских стран; разброс составляет от 0,32 до 14,37 литра на душу населения в год (см. карту 2.1). В уровнях вредного употребления алкоголя среди населения в возрасте 15 лет и старше также наблюдаются широкие различия между странами: в 2010 г. разброс в масштабе Региона составлял от 0,4% до 8,3% (18). К сожалению, не имеется

Регионы ВОЗ	Среднедушевое потребление алкоголя (из расчета чистого спирта) среди взрослого населения (15 лет и старше)	Распространенность алкогольной зависимости (%)	Распространенность алкогольных расстройств (%)
Африка	6,0	1,4	3,3
Страны Америки	8,4	3,4	6,0
Восточное Средиземноморье	0,7	0,2	0,3
Европа	10,9	4,0	7,5
Юго-Восточная Азия	3,5	1,7	2,2
Западная часть Тихого океана	6,8	2,3	4,6
Во всем мире	6,2	2,9	4,1

Источник: Глобальная информационная система по вопросам алкоголя и здоровья (18).

региональных данных по динамике показателей потребления алкоголя за период после 2010 г., однако с 2005 по 2010 г. общий уровень потребления алкоголя в Европейском регионе снизился на 10%, и предполагается, что эта тенденция продолжилась и в течение ряда последующих лет (19).

Европа занимает передовые позиции в деятельности по снижению вреда от алкоголя: Европейский регион первым одобрил План действий по алкоголю в 1992 г., а в 2011 г. государства-члены утвердили Европейский план по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. Этот план включает широкий спектр научно обоснованных вариантов политики, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя (20) (см. вставку 2.1). Значительный объем фактических данных демонстрирует эффективность и экономическую рентабельность применяемых стратегий, таких как регулирование цен на алкогольную продукцию, ограничение ее доступности и борьба с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (21, 22).



Примечание: сведения за последний год с наличием данных, 2009–2012 гг.

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

Распространенность избыточной массы тела и ожирения находится на тревожно высоком уровне и продолжает расти

В 2014 г. распространенность избыточной массы тела (когда индекс массы тела (ИМТ) равен 25 или выше) в 51 стране Европейского региона составляла от 44,9 до 66,9%, в то время как распространенность ожирения (ИМТ – 30 и выше) варьировалась от 13,6 до 29,5% (см. рис. 2.4). Оценочные значения на 2010 г. были рассчитаны специалистами ВОЗ для Глобального доклада о ситуации с НИЗ за 2014 г. (9). Распространенность в 51 стране, для которой можно было рассчитать оценочные значения, в 2014 г. была выше, чем в 2010 г. На региональном уровне новых, регулярно сообщаемых данных из стран по избыточной массе тела и ожирению не имеется.

Вставка 2.1.

Алкоголь и здоровье в Европейском регионе

Исходные сведения

В Регионе в период после 1990 г. наблюдается общая тенденция к снижению потребления алкоголя – основного фактора риска преждевременной смертности, однако в Европе все еще отмечается самый высокий уровень данного показателя среди всех регионов ВОЗ.

Предпринимаемые стратегические действия

В 2011 г. государства-члены приняли Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. В рамках данного плана в 2012 г. совместными усилиями Европейской комиссии и ВОЗ был проведен обзор состояния политики во всех государствах-членах Европейского союза (ЕС), странах, вступающих в ЕС, и странах-кандидатах на вступление, а также в Норвегии и Швейцарии (в общей сложности 35 стран). Респондентам задавали вопрос, были ли те или иные области политики в течение предшествующих пяти лет укреплены, ослаблены или остались неизменными. Приведенные ниже результаты отражают ответы, полученные из всех включенных в опрос стран,

за исключением пяти стран-кандидатов на вступление в ЕС.

Результаты

Наиболее позитивная динамика была отмечена по таким показателям, как повышение уровня осведомленности (23 из 30 стран), меры против вождения в нетрезвом виде (22 страны), а также мониторинг и научные исследования по проблемам алкоголя (21 страна). Важно отметить, что две трети стран сообщили об усилении контроля за доступностью алкоголя – одной из наиболее эффективных мер, рекомендуемых ВОЗ в целях сокращения уровня вредного употребления алкоголя. К 2012 г. в 23 странах имела национальная политика по проблемам алкоголя, и из семи стран, где такой политики не было, в шести проводилась ее разработка. В странах с наличием национальной политики отмечалось, что она носит многоотраслевой характер: наиболее часто были представлены такие сектора, как здравоохранение, социальные вопросы, транспорт / дорожная безопасность, образование, охрана правопорядка, уголовное правосудие и финансы/налогообложение. Все страны,

кроме одной, сообщили о том, что в предшествующие три года провели в той или иной форме мероприятия по повышению осведомленности на национальном уровне. Эти мероприятия освещали такие темы, как вождение в нетрезвом виде (24 страны), алкоголь и молодежь (21 страна), алкоголь и здоровье (19 стран).

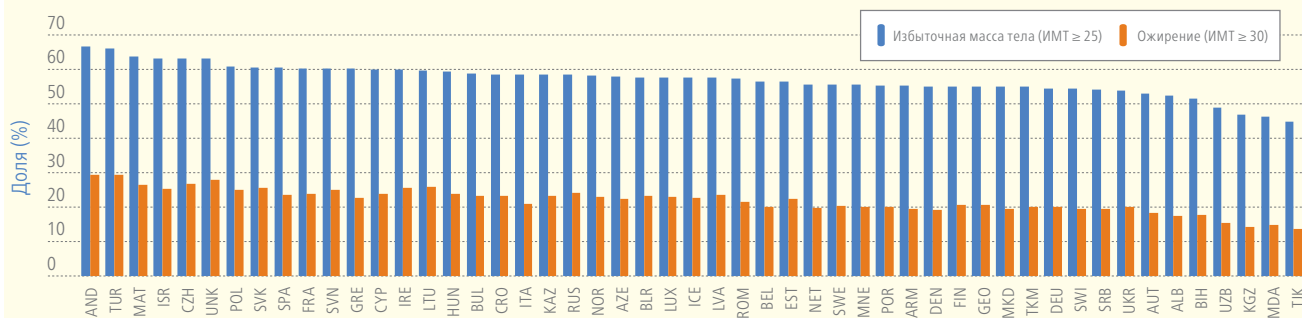
В 2011 г. две страны запретили продажу алкоголя по скидочным ценам (ниже себестоимости), в двух были запрещены скидки на объем покупки (например, продажа двух изделий по цене одного), и пять сообщили об установлении дополнительного налога на отдельные продукты, такие как слабоалкогольные напитки и другие готовые коктейли. В 2012 г. в одной из стран был принят закон об установлении минимальной цены на единицу алкоголя, то есть запрет на продажу определенного количества чистого алкоголя по цене ниже установленной. Тенденция снижения потребления алкоголя в Регионе воодушевляет. Интенсификация национальной политики поддержит дальше данную динамику и в конечном счете позволит сократить преждевременную смертность, обусловленную употреблением алкоголя (23).

На глобальном уровне распространенность избыточной массы тела и ожирения наиболее высока в Регионе стран Америки (избыточная масса тела – 61%, ожирение – 27% среди лиц обоего пола) и в Европейском регионе (избыточная масса тела – 58,6%, ожирение – 23%). Самые низкие показатели отмечаются в Регионе Юго-Восточной Азии (избыточная масса тела – 22%, ожирение – 5%). В Европейском регионе, а также в регионах Восточного Средиземноморья и стран Америки свыше 50% женщин обладают избыточной массой тела, и примерно половина из них также страдает ожирением (соответственно 25, 24 и 30%). В Европейском регионе избыточная масса тела более свойственна мужчинам, а женщины чаще страдают от ожирения (9, 24).

Проблема ожирения – это один из наиболее серьезных вызовов для общественного здравоохранения в XXI веке. Распространенность ожирения за период с 1980 г. во многих странах Европейского региона утроилась. Помимо различных функциональных ограничений жизнедеятельности и психологических проблем избыточная масса тела резко повышает индивидуальный риск развития ряда НИЗ, включая сердечно-сосудистые заболевания, рак и сахарный диабет (25). Ряд программ Европейского регионального бюро ВОЗ направлен на преодоление эпидемии ожирения в Регионе, в том числе это программы, сосредоточенные не только на повышении физической активности и на вопросах питания, но также на

Рисунок 2.4.

Стандартизированная по возрасту распространенность ожирения среди лиц в возрасте 18 лет и старше, оценочные значения, 2014 г.



Примечание: ВОЗ использует стандартные методы расчета оценочных данных, чтобы в максимальной степени обеспечить возможность межстрановых сопоставлений. Эти данные могут отличаться от официальной статистики государств-членов.

Источник: Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 г. (9).

социально-экономических детерминантах, борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, раком и на охране здоровья детей и подростков.

Европейский регион – первый, в котором разработана специальная стратегия по вопросам физической активности. В Венской декларации по питанию и НИЗ (26) наряду с Европейским планом действия в области питания на 2015–2020 гг. (27) государства-члены призвали к созданию стратегии, направленной на стимулирование физической активности среди всех групп населения в целях повышения уровня благополучия с использованием принципа участия всего общества, а также в целях преодоления бремени ожирения и НИЗ. Недавно опубликованные расчетные данные ВОЗ за 2010 г. подтверждают необходимость такой политики, показывая, что около 20% мужчин и 25% женщин в Европейском регионе недостаточно физически активны (9). Стратегию планируется рассмотреть на шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая состоится в сентябре 2015 г.

ВОЗ также поддерживает стратегические действия путем сбора и систематизации информации об эффективности вмешательств, направленных на борьбу с избыточной массой тела и ожирением, например в публикациях Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ) (28). Сведения, представленные в настоящем разделе, свидетельствуют о том, что меры борьбы с избыточной массой тела и ожирением в Регионе обладают значительным полезным потенциалом в плане улучшения здоровья и сокращения преждевременной смертности.

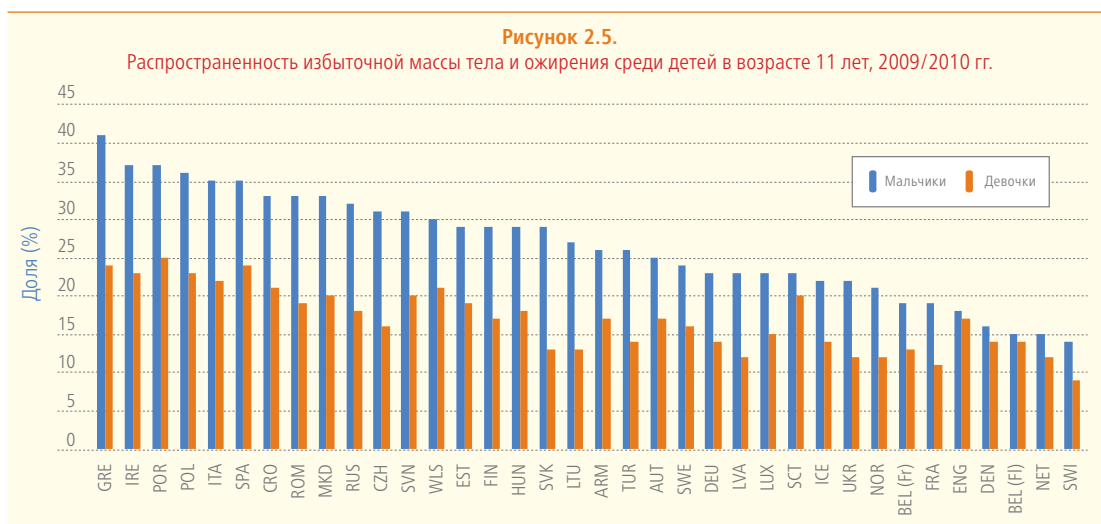
По результатам международного исследования, у 23% детей в возрасте 11 лет имеется избыточная масса тела

Дополнительным индикатором для соответствующего целевого ориентира политики Здоровье-2020 является распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков. Согласно данным опубликованного в 2012 г. доклада по результатам Опросного исследования поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC), в котором участвуют 36 европейских стран и субнациональных регионов, а также Соединенные Штаты Америки и Канада (29), от 11 до 33% 11-летних детей обладали избыточной массой тела или

страдали от ожирения. Средний показатель распространенности избыточной массы тела и ожирения среди 11-летних детей составлял 23%, среди детей в возрасте 13 лет – 19% и среди 15-летних подростков – 16%. Во всех участвующих европейских странах и регионах мальчикам были свойственны более высокие уровни ожирения, чем девочкам, и разница нередко была существенной (29) (см. рис. 2.5).

Исследование HBSC сосредоточено главным образом на подростках. Для мониторинга динамики избыточной массы тела среди детей младшего школьного возраста Европейское региональное бюро ВОЗ ввело в действие Европейскую инициативу по надзору за ожирением в детском возрасте (COSI) (см. вставку 2.2).

Так же как и в отношении взрослых, два основных фактора риска избыточной массы тела и ожирения среди подростков – это нездоровое питание и дефицит физической активности. Исследование HBSC показало, что в 2009/2010 гг. доля подростков, которые завтракали каждый учебный день и ежедневно потребляли фрукты, уменьшалась с возрастом, в то время как потребление безалкогольных напитков с возрастом повышалось (33). Доля 11-летних детей, ежедневно занятых в той или



Примечание: наличие избыточной массы тела и ожирения определяется на основе публикуемых ВОЗ справочных таблиц роста для детей школьного возраста и подростков в возрасте от 5 до 19 лет. Результаты отражают доли респондентов со значениями ИМТ, превышающими одно стандартное отклонение от средних значений ИМТ по справочным таблицам ВОЗ для соответствующего возраста.

Источник: Currie et al. (29).

Вставка 2.2. COSI

Инициатива COSI была введена в действие в 2007 г. для мониторинга динамики избыточной массы тела среди детей младшего школьного возраста. На основе антропометрических данных, полученных во втором раунде COSI (2009/2010 гг.), был предпринят анализ динамики ИМТ и избыточной массы тела среди детей в девяти странах (включая межстрановые сопоставления) в период с учебного года 2007/2008 до учебного года 2009/2010. Используя измерения веса и роста в сквозных репрезентативных на национальном уровне выборках детей в возрасте от 6 до 9 лет, исследователи получили значения ИМТ, антропометрического Z-показателя и распространенности избыточной массы тела. Система Z-показателей выражает антропометрические величины числом стандартных отклонений (Z-числом) выше или ниже справочных средних или медианных значений (30). Были оценены статистически значимые различия между раундами. По этим данным, распространенность избыточной массы тела (включая ожирение) варьируется от 18 до 57% у мальчиков и от 18 до 50% у девочек, а распространенность ожирения – от 6 до 31% у мальчиков и от 5 до 21% у девочек. Максимальная распространенность избыточной массы тела была отмечена в странах Южной Европы. В различных странах были выявлены статистически значимые абсолютные различия между раундами по средним значениям ИМТ (разброс от -0,4 до +0,3) и Z-числам для показателя «ИМТ-возраст» (разброс от -0,21 до +0,14). Наиболее значительное сокращение Z-числа для показателя «ИМТ-возраст» было обнаружено в странах с более высокими абсолютными значениями ИМТ и наиболее значительный рост – в странах с более низкими исходными значениями ИМТ (31, 32).

иной форме физической активности от умеренного до интенсивного уровня в течение по крайней мере одного часа варьировалась от 10 до 43% для мальчиков и от 7 до 31% для девочек. Уровни физической активности для 13- и 15-летних респондентов были еще более низкими (29).

Эти цифры свидетельствуют о том, что стимулирование физической активности среди детей и подростков – это важное направление стратегических действий в целях снижения повышенной массы тела и ожирения. По данным недавнего опроса, проведенного Европейским региональным бюро ВОЗ, свыше 90% стран ввели требования по минимальному уровню занятий физкультурой в школах и в отношении необходимого оснащения для детских садов и школ, имеющих спортивные залы. Однако лишь 20% стран сообщили о наличии директивных документов, предусматривающих обязательное устройство велосипедных дорожек, ведущих к школам, и лишь 35% сообщили о принятии мер, содействующих тому, чтобы дети ходили в школу пешком. Эти результаты подчеркивают трудности в развитии межсекторальных стратегий, которые требуют интеграции образования с городским планированием и политикой в области транспорта для создания более благоприятной и безопасной среды для физической активности детей во всех средовых условиях ежедневной жизни (34).

Краткий обзор прогресса: болезни, предупреждаемые с помощью вакцин

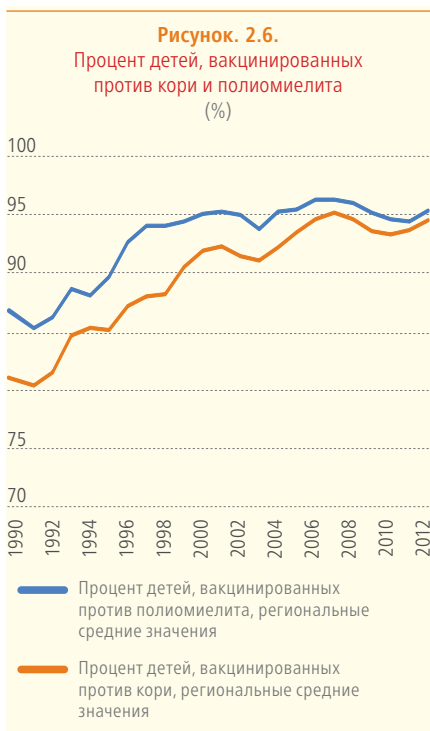
Вторая количественная характеристика для 1-го целевого ориентира политики Здоровье-2020 – это устойчивая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин; ключевым индикатором является процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи. Поскольку в настоящее время детей обычно вакцинируют против кори, эпидемического паротита и краснухи с помощью одной комбинированной вакцины, настоящая глава посвящена только вакцинации против кори и полиомиелита.

Средний охват вакцинацией против кори в Европейском регионе повысился с 93,4% в 2010 г. (отправная точка политики Здоровье-2020) до 93,7% в 2011 г. и 94,6% в 2012 г. Несмотря на то

что общие показатели охвата устойчиво растут, в ряде стран продолжается эндемическая передача инфекции, и некоторые из них перенесли вспышки в масштабе всей страны. Поэтому требуются дополнительные действия для достижения целевого ориентира по элиминации кори, в частности направленные на заполнение пробелов в иммунитете среди населения путем повышения охвата вакцинацией на субнациональных уровнях, второй дозой и применительно к особым группам населения.

Средний охват вакцинацией против полиомиелита в Регионе в 2010 г. составлял 94,7%, в 2011 г. – 94,4% и в 2012 г. – 95,4%. Требуется постоянная бдительность, поскольку вспышки полиомиелита в других регионах ВОЗ и субоптимальный охват иммунизацией на некоторых территориях Европейского региона все еще представляют угрозу.

Несмотря на повышение общего охвата вакцинацией, число случаев кори растет



Примечание: показан процент детей, вакцинированных против кори (1 доза) к моменту достижения двухлетнего возраста, и процент младенцев, вакцинированных против полиомиелита (3 дозы) к моменту достижения возраста 1 года в данном календарном году.

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

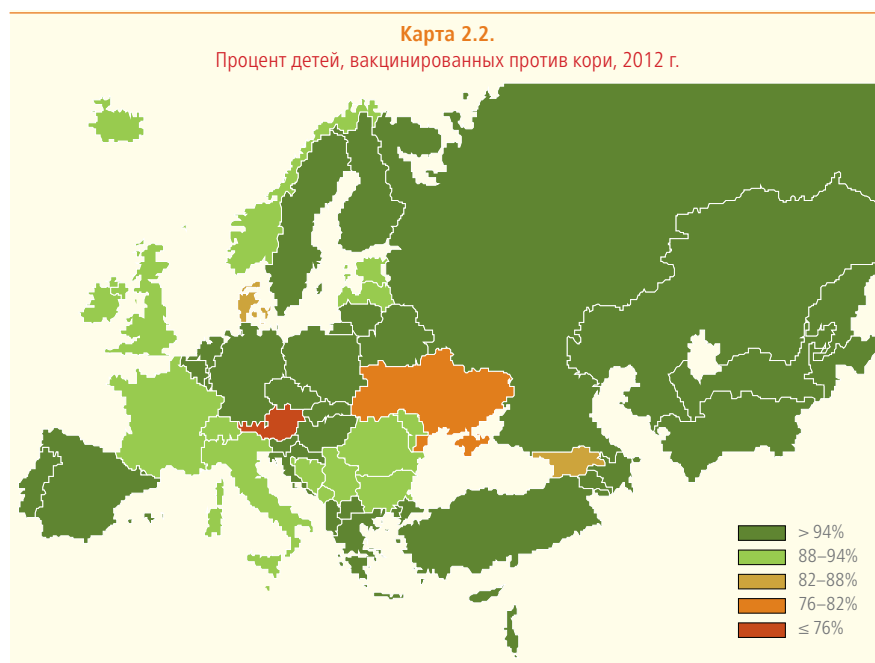
Охват вакцинацией против кори устойчиво вырос в Европейском регионе от 81% в 1990 г. до примерно 95% в 2012 г. (см. рис. 2.6 и карту 2.2). Этот показатель вырос от 93,4% в 2010 г. до 93,7% в 2011 г. и 94,6% в 2012 г. Однако по сравнению с низким уровнем заболеваемости в 2007–2009 гг. заболеваемость корью резко выросла. В 2013 г. свыше половины стран Региона сообщили о случаях кори, общее число которых составило 31 685. В девяти странах, как на западе, так и на востоке Региона, зарегистрировано свыше 1000 случаев в каждой.

Охват первой дозой вакцины против кори и краснухи на национальном уровне в масштабе всего Региона в целом высокий, однако во многих странах недопустимо низки значения субнационального охвата, а также охвата второй дозой вакцины. Преобладающая часть вспышек возникает среди общего населения, однако иногда они развиваются среди особых групп, например в сообществах, которые отказываются от вакцинации детей по религиозным мотивам. В 2013 г. свыше трети случаев в масштабе Региона были среди лиц в возрасте 20 лет и старше. Это говорит о том, что взрослые, которые не были иммунизированы в ходе реализации первых программ вакцинации против кори, теперь во многих странах составляют группы, восприимчивые к инфекции (35). Европейский план действий по вак-

цинам на 2015–2020 гг. – это региональная версия Глобального плана действий по вакцинам, разработанная для удовлетворения конкретных потребностей и решения задач, связанных с иммунизацией в Регионе (36).

Продолжающаяся передача полиомиелита за пределами Европы требует постоянной бдительности

Общий охват вакцинацией против полиомиелита в Регионе вырос с 87% в 1990 г. до 94,7% в 2010 г., 94,4% в 2011 г. и 95,4% в 2012 г. (см. рис. 2.6). В июне 2013 г. Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) оценила риск продолжающейся передачи после завоза полиовируса в каждую из 53 стран Региона. Было показано, что 18 стран подвержены риску в средней степени и 4 – высокому риску. В одной стране было выявлено присутствие дикого полиовируса в пробах из окружающей среды и его передача. Механизмы эпиднадзора были усилены; в 2014 г. после шестимесячного отсутствия случаев передачи инфекции РКС заключила, что передача дикого полиовируса в этой стране прекращена. Эти процессы, а также вспышки полиомиелита, имевшие место



Примечание: показан процент детей, вакцинированных против кори (1 доза) к моменту достижения двухлетнего возраста.
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

в 2013 г. на ранее свободных от полиомиелита территориях в других регионах, служат серьезным напоминанием о необходимости поддерживать постоянную бдительность, чтобы сохранить статус Европейского региона как свободного от полиомиелита (35). Тренировки на учебных сценариях вспышки полиомиелита (POSE) могут быть полезным механизмом для повышения уровня готовности на случай реальной вспышки (см. вставку 2.3).

Краткий обзор прогресса: внешние причины смерти

Третий количественный показатель для 1-го целевого ориентира политики Здоровье-2020 – это сокращение смертности от

Вставка 2.3.

Обеспечение готовности на случай вспышки полиомиелита в Европейском регионе

Исходные сведения

За период с начала действия Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита достигнут значительный прогресс (37). Однако дикий полиовирус сохраняет свою эндемичность в трех странах (Афганистан, Нигерия и Пакистан), и завозные вспышки по-прежнему возникают на территориях, свободных от полиомиелита, последняя наблюдалась в Сирийской Арабской Республике. Поэтому в мировом масштабе на территориях, свободных от полиомиелита, необходимо поддерживать бдительность. Европейский регион, который в 2002 г. получил статус региона, свободного от полиомиелита, перенес завозную вспышку в 2010 г. Несмотря на то что в странах Региона риск передачи полиовируса после завоза невысок, РКС отметила, что национальные планы действий в ответ на завоз вируса во многих странах неполные или отсутствуют, и рекомендовала проводить практическую проверку этих планов для обеспечения надлежащей готовности на случай возможных вспышек.

Предпринимаемые стратегические действия

Для того чтобы выполнить эту рекомендацию, была проведена серия

учений POSE для анализа потенциала координации и планирования в странах в ответ на выявление вспышки полиовирусной инфекции. Учения проводились в Регионе в период 2012–2013 гг. с участием представителей таких стран, как Азербайджан, Армения, Босния и Герцеговина, Грузия, Сербия, Соединенное Королевство, Украина и Черногория. В рамках учения участникам предлагалось проанализировать и обновить свои планы национальных ответных действий для улучшения процессов и механизмов выявления завоза полиовируса и повышения уровня готовности. POSE были направлены на такие элементы планов реагирования, как координация, коммуникация и сотрудничество на национальном и международном уровнях. В ходе учений участники выявляли сильные и слабые стороны своих планов, что помогало совершенствовать ответные действия.

Результаты

POSE продемонстрировали, что страны-участники в целом поддерживают готовность к потенциальному появлению полиовируса, однако ее уровень нуждается в повышении. Были проанализированы сильные и слабые позиции для каждой страны и предоставлена

полезная информация для устранения недостатков. Отчеты стран, представленные в РКС в 2013 и 2014 гг., показали, что за период после проведения первоначальных POSE было многое сделано. Так, например, педиатры и эпидемиологи составили общие стратегии вакцинации традиционно малоохваченных групп населения, включая подготовку посредников в составе этих групп, систематическую инвентаризацию поселений и разработку просветительных материалов на местных диалектах и языках. Также созданы механизмы непрерывного повышения квалификации для всех медицинских работников.

POSE помогли странам-участникам обмениваться сведениями о планах готовности и позволили лучше понять и развить сотрудничество между странами и международными организациями. Опыт и извлеченные уроки можно применять по отношению к другим болезням, предупреждаемым с помощью вакцин; этот опыт был одобрен на уровне РКС для распространения на другие страны и субнациональные регионы (38).

внешних причин. Основной индикатор – СКС от всех внешних причин и травм (коды МКБ-10: V01–V99, W00–W99, X00–X99 и Y00–Y98).

Уровень смертности от всех внешних причин и травм в Регионе снижается с 2002 г. В 2010 г. (отправная точка для политики Здоровье-2020) этот показатель составлял 60,9 на 100 000 населения, в 2011 г. – 60,2 на 100 000. Однако средние региональные показатели за 2011 г. основаны на данных из ограниченного числа стран и, таким образом, нуждаются в повторной оценке, когда большинство стран предоставят в ВОЗ данные о смертности.

Смертность от внешних причин и травм снижается с 2002 г.

Уровень смертности от всех внешних причин и травм в Регионе в период с начала 2000-х годов демонстрировал устойчивое снижение. Однако в последние годы это снижение, по-видимому, практически остановилось. В 2010 г. показатель составлял 60,9 смертей на 100 000 населения, а в 2011 г. – 60,2 на 100 000. Средние региональные показатели за 2011 г. основаны на данных из ограниченного числа стран (см. табл. А.2 в приложении 1) и, таким образом, нуждаются в повторной оценке, когда большинство стран предоставят в ВОЗ данные о смертности.

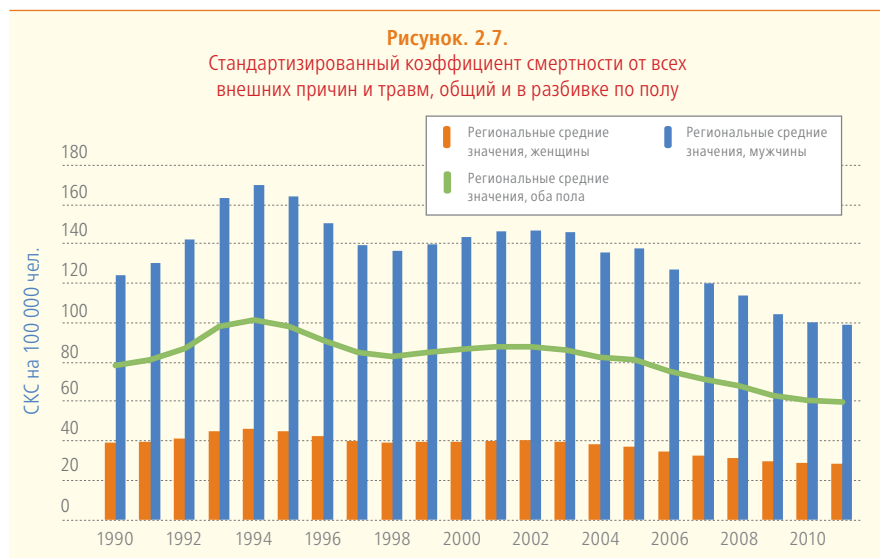
В последние годы уровни смертности от внешних причин и травм снизились среди мужчин, что сократило разрыв между коэффициентами смертности у мужчин и женщин до 72,6 в 2010 г. и 71,9 в 2011 г. Несмотря на эту позитивную динамику, разрыв между показателями у мужчин и женщин в абсолютных цифрах остается значительным (см. рис. 2.7).

Среди жертв дорожно-транспортных несчастных случаев 75% составляют мужчины

Дополнительный индикатор для этой количественной характеристики целевого ориентира политики Здоровье-2020 представляет собой разбивку общих показателей смертности по причинам, включая среди прочих дорожные несчастные случаи с участием автотранспорта и самоубийства. Данные показывают, что по конкретным внешним причинам смерти уровни смертности устойчиво выше для мужчин, чем для женщин (см. табл. 2.2). Среди лиц, погибших в Регионе в результате

дорожных несчастных случаев с участием автотранспорта, 75% составляют мужчины, и более половины из них (54%) – в возрасте от 15 до 44 лет (39). Несмотря на то что среди пожилых людей дорожно-транспортные травмы относительно реже являются причиной смертельных исходов, эта группа является особо уязвимой. С возрастом постепенно снижается как способность справляться с рискованными дорожно-транспортными ситуациями, так и физиологический потенциал организма для преодоления последствий травмы (40).

В 2010 г. число смертей от дорожно-транспортного травматизма составило 92 500, на 25% меньше, чем в 2007 г. В течение этого периода число зарегистрированных транспортных средств выросло на 6%; это свидетельствует о том, что меры обеспечения дорожной безопасности приводят к смягчению негативных эффектов, несмотря на повышение уровня риска (39). Предупреждение травматизма является актуальным вопросом на повестке дня многих государств. В 2013 г. исследование, проведенное силами ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, показало, что в Европе имеются многочисленные научно обоснованные стратегии по повышению уровня дорожной безопасности, однако степень их осу-



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

Таблица 2.2.
СКС от внешних причин смерти на 100 000 населения, в разбивке по полу

Локализация	Дорожные несчастные случаи с участием автотранспорта		Случайные падения		Случайные отравления		Случайные отравления алкоголем		Самоубийства и намеренные самоповреждения		Убийства и нападения	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Региональные средние значения	4,3	14,4	3,1	7,5	3,0	11,0	0,9	3,9	4,8	21,3	1,8	5,6
Австрия	2,7	7,9	3,9	8,9	0,1	0,3	0,0	0,0	6,0	20,6	0,4	0,6
Армения	2,1	11,9	0,1	1,2	0,2	0,6	0,0	0,1	1,2	4,4	0,8	2,7
Беларусь	–	–	3,8	19,1	2,7	16,1	–	–	8,5	46,9	3,7	8,0
Бельгия	3,4	11,5	6,8	9,7	1,3	2,5	0,1	0,4	9,2	24,9	0,7	1,4
Болгария	2,7	7,7	1,2	4,5	0,6	1,7	0,2	0,5	3,1	14,6	0,7	1,7
Босния и Герцеговина	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Бывшая югославская Республика Македония	3,1	9,5	3,3	4,1	0,5	1,4	0,0	0,2	3,1	8,3	1,2	3,0
Венгрия	3,2	10,1	8,2	15,6	0,6	1,7	0,1	0,3	8,2	34,5	1,0	1,7
Германия	1,8	5,7	4,7	7,4	0,3	1,0	0,1	0,2	4,8	14,8	0,5	0,5
Греция	4,2	17,1	1,4	4,2	0,7	3,7	0,0	0,0	1,3	6,2	0,5	2,5
Грузия	0,6	2,5	0,1	0,3	0,3	0,7	0,0	0,3	0,6	4,5	0,2	0,5
Дания	1,5	5,1	4,4	6,6	1,9	6,1	0,2	0,2	4,7	14,6	0,4	1,1
Израиль	2,5	7,4	0,9	2,2	0,0	0,1	0,0	0,0	2,4	9,5	1,0	3,5
Ирландия	2,1	6,0	3,9	5,5	3,5	8,7	1,6	2,7	4,5	17,3	0,2	1,4
Исландия	0,7	6,3	5,4	6,5	1,3	2,0	0,0	0,0	4,6	18,2	0,0	0,6
Испания	1,7	7,0	1,9	3,6	0,6	2,0	0,1	0,1	2,6	9,1	0,4	1,0
Италия	2,5	10,8	1,8	4,0	0,3	1,0	0,0	0,1	2,2	8,9	0,4	1,1
Казахстан	–	–	1,7	5,7	7,3	26,1	–	–	7,6	40,8	3,6	16,2
Кипр	2,8	15,3	1,9	3,7	0,4	2,9	0,0	0,0	1,0	6,0	1,4	1,0
Кыргызстан	9,1	27,8	0,8	4,4	4,4	22,6	2,6	15,5	4,0	17,2	3,0	12,7
Латвия	4,0	12,7	2,6	12,9	2,9	14,0	1,9	9,5	5,0	36,6	2,8	9,5
Литва	3,7	15,7	3,1	14,2	5,9	26,9	3,4	15,5	9,1	51,4	2,7	7,5
Люксембург	3,5	7,3	4,1	10,2	3,0	3,5	1,5	1,4	5,9	13,1	0,0	0,9
Мальта	2,2	6,5	3,0	7,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	9,2	1,0	0,0
Нидерланды	1,7	4,7	5,3	7,1	0,4	1,2	0,1	0,1	5,6	12,7	0,6	1,1
Норвегия	1,4	4,4	4,0	7,3	3,5	8,7	0,3	1,1	5,6	14,1	0,3	0,8
Польша	3,9	15,6	4,9	11,7	1,0	5,6	0,6	4,6	3,4	26,7	0,6	1,4
Португалия	3,5	12,9	1,2	3,0	0,1	0,3	0,0	0,1	3,3	13,0	0,5	1,3
Республика Молдова	5,9	18,3	2,0	7,8	4,4	14,3	2,2	8,2	5,4	26,9	3,5	7,8
Российская Федерация	–	–	2,8	10,6	9,3	38,7	–	–	6,6	39,5	5,6	20,5
Румыния	4,8	16,4	2,1	10,0	2,4	7,2	0,8	3,8	3,7	20,8	1,3	3,1
Сербия	2,7	10,1	1,5	4,2	0,3	0,9	0,1	0,2	6,1	22,3	0,9	2,2
Словакия	3,3	11,1	3,4	12,5	1,0	3,5	0,7	2,7	3,0	19,4	0,9	1,3
Словения	2,4	10,7	11,5	22,8	1,3	4,5	0,4	1,8	6,1	29,3	0,4	0,4
Соединенное Королевство	1,5	4,8	3,4	5,4	1,8	4,3	0,5	0,9	2,9	10,1	0,2	0,4
Турция	3,0	10,4	4,6	6,6	0,3	0,5	0,0	0,1	0,8	2,5	0,5	2,0
Украина	–	–	1,8	8,5	5,0	23,6	–	–	5,7	32,5	2,4	7,3
Финляндия	2,2	7,0	7,9	19,5	5,6	19,5	2,5	10,4	7,0	25,0	1,3	2,4
Франция	2,4	9,5	3,7	6,8	1,5	3,0	0,2	0,8	7,4	22,9	0,4	0,8
Хорватия	2,3	15,5	11,7	17,8	1,5	3,8	0,2	0,7	6,1	25,3	0,6	1,7
Черногория	4,4	10,1	0,3	4,5	0,0	0,3	0,0	0,0	8,5	25,5	1,1	3,1
Чешская Республика	2,7	9,0	3,1	7,3	2,3	4,9	1,1	2,9	4,3	23,9	0,7	0,9
Швейцария	1,4	5,2	8,1	12,2	1,1	3,1	0,2	0,5	6,2	16,5	0,5	0,5
Швеция	1,2	3,8	3,2	6,6	1,9	6,2	0,4	1,8	5,9	16,4	0,6	1,4
Эстония	3,0	11,9	2,4	8,8	6,7	33,6	3,8	15,5	4,5	26,7	1,6	7,9

Примечание: сведения за последний год с наличием данных, 2009–2012 гг.; региональные средние значения за 2011 г. Не включены страны с отсутствием данных за указанный период.
Источник: Европейская база данных по смертности (41).

ществления в значительной степени варьируется. Там, где такие стратегии были успешно внедрены, они, по-видимому, привели к заметному сокращению смертности от дорожно-транспортного травматизма (42) (см. вставку 2.4). И действительно, отмечаются существенные межстрановые различия в показателях смертности от дорожно-транспортных несчастных случаев (см. табл. 2.2); это свидетельствует о том, что во многих странах еще имеются широкие возможности для улучшения.

Несмотря на тенденцию к снижению, серьезной проблемой здравоохранения остаются самоубийства

Смертность от самоубийств и самоповреждений демонстрирует в Регионе убывающую тенденцию: уровни смертности

Вставка 2.4.

Сокращение дорожно-транспортного травматизма в Российской Федерации

Исходные сведения

Динамика показателей смертности от дорожно-транспортных несчастных случаев в Российской Федерации демонстрирует смешанную картину, с наличием в различные периоды тенденций как роста, так и сокращения. Тем не менее сравнение с другими частями Европейского региона показывало растущий разрыв, что требовало принятия мер.

Предпринятые стратегические действия

В целях сокращения смертности в связи с дорожно-транспортными несчастными случаями была осуществлена федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах». Ее ключевые компоненты включали:

- повышение стандартов подготовки водителей;
- модернизацию дорожной инфраструктуры;
- внедрение механизмов, повышающих уровень соблюдения правил дорожного движения;
- усиление контроля за принятием правовых мер в случае нарушений;
- сокращение интервала времени между возникновением инцидента

и прибытием экстренных служб на место происшествия;

- повышение скорости и координации оказания медицинской помощи пострадавшим.

Результаты

За период с 2005 г., когда программа была введена в действие, по 2013 г. уровни смертности среди мужчин и женщин снизились в среднем соответственно на 26,2 и 29,4%, что свидетельствует о положительном эффекте. Тенденции к снижению смертности наблюдались во всех возрастных группах. Среди граждан в возрасте от 20 до 39 лет сокращение смертности составило 20,8% для мужчин и 22,2% для женщин. Среди лиц в возрасте 60 лет и старше сокращение было еще более выраженным: 35,5% для мужчин и 39,9% для женщин.

Частыми жертвами ДТП являются пешеходы, и поэтому программа также позволила получить значительный позитивный эффект в отношении смертности в данной категории. Благодаря сокращению смертности на 45,7% среди мужчин и 45,2% среди женщин смертельный травматизм среди пешеходов, как доля всей смертности, связанной с транспортом, снизился с 40,1 до 29,5%

среди мужчин и от 49,2 до 38,2% среди женщин. Поскольку пешеходы – это часто пожилые люди, можно сделать вывод о том, что программа оказала даже большее влияние на смертность в этой возрастной группе.

Имел место резкий субнациональный разброс в показателях смертности в результате различных уровней развития инфраструктуры и интенсивности транспортных потоков в различных регионах (областях). В 2013 г. разброс смертности по регионам был 14-кратным среди мужчин (от 5,8 до 82,2 на 100 000 населения) и 30-кратным среди женщин (от 0,9 до 30,3 на 100 000). За период с 2005 по 2013 г. смертность от дорожно-транспортных несчастных случаев сократилась в 69 из 82 регионов.

Однако после 2010 г. изначально высокие темпы сокращения начали снижаться. В течение 2010–2013 гг. смертность снизилась только на 1,1% среди женщин, а среди мужчин она повысилась на 3,1%. Для того чтобы обеспечить устойчивость позитивных изменений, достигнутых в Российской Федерации, была одобрена аналогичная программа на 2013–2020 гг.

снизились с 19,8 на 100 000 населения в 1994 г. до 12,6 в 2010 и 2011 гг. (11). Однако эта проблема сохраняет свою актуальность: в Европейском регионе находятся 6 из 20 стран мира с наиболее высокой частотой самоубийств. Особенно высокому риску подвержены молодые люди: в странах с высоким уровнем дохода среди причин смерти лиц в возрасте от 15 до 29 лет самоубийства составляют 17,6%. В этой возрастной группе как в Европе, так и на глобальном уровне самоубийство является второй по значению причиной смерти после дорожно-транспортных несчастных случаев (43). Пожилые люди также подвержены высокому риску, при этом общая частота самоубийств в Европейском регионе выше, чем в остальных регионах, что свидетельствует о необходимости принимать активные меры по предупреждению самоубийств в этой возрастной группе (44, 45). Показатели смертности от самоубийств и намеренных самоповреждений для всех возрастов широко варьируются между странами. Наивысший в Регионе уровень данного показателя среди мужчин достиг вызывающего тревогу значения 51,4 на 100 000 населения (см. табл. 2.2). В опубликованном в 2014 г. докладе ВОЗ даны практические рекомендации по стратегическим действиям, которые правительства могут осуществлять с учетом своих ресурсов и уже проводимых мероприятий по предупреждению самоубийств. В частности, существуют научно обоснованные малозатратные вмешательства, которые эффективны даже в условиях ограниченных ресурсов (46).

Целевой ориентир 2: повысить среднюю продолжительность жизни в Европе

Краткий обзор прогресса

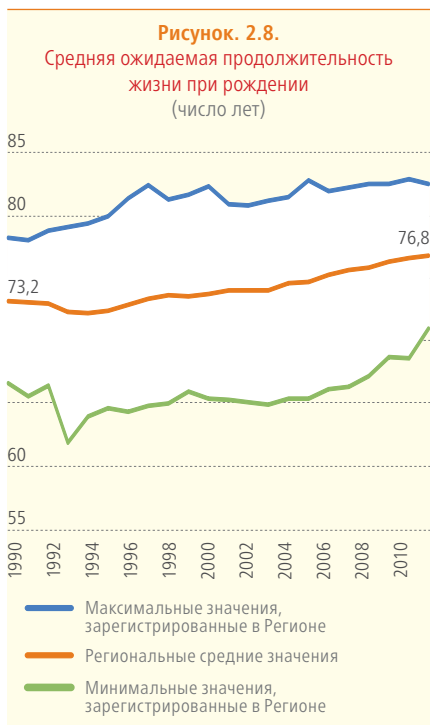
Количественная характеристика для данного целевого ориентира политики Здоровье-2020 – непрерывный рост средней ожидаемой продолжительности жизни с сохранением современных темпов (среднегодовой уровень роста за период 2006–2010 гг.) в сочетании с сокращением наблюдаемых в Европейском регионе различий по показателю ожидаемой продолжительности жизни. Основной индикатор: ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

За время наблюдений с 1990 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Регионе повышается. На момент написания доклада не имелось достаточной информации, для того чтобы можно было провести оценку темпов роста ожидаемой продолжительности жизни на региональном уровне за период с 2010 г. – исходной точки для политики Здоровье-2020. Различия между странами Региона и между мужчинами и женщинами со временем сокращаются. Эта позитивная тенденция, по-видимому, продолжалась и в период 2010–2011 гг., несмотря на то что ограниченное наличие данных не позволяет сделать полноценные выводы. Вместе с тем сохраняется существенный разрыв.

Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни при рождении между странами все еще превышает 10 лет

Целевой ориентир политики Здоровье-2020 предусматривает непрерывный рост ожидаемой продолжительности жизни с ежегодными темпами, которые наблюдались в 2006–2010 гг. Среднее ежегодное увеличение за этот период составляло 0,26 года, что указывало на ускоренный прогресс по сравнению с предыдущим периодом (1990–2005 гг.), когда эти темпы составляли только 0,09 года. В 2010 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Европейском регионе составляла 76,6 лет, в 2011 г. – 76,8 лет (см. рис. 2.8). На момент написания доклада не имелось возможностей для надежного подсчета регионального среднего показателя за 2012 г., поскольку данные за этот период поступили лишь от незначительного числа стран. Этот показатель будет представлен в публикуемом Региональным бюро своде основных показателей здоровья за 2015 г. Оценка более долгосрочных тенденций показывает, что в 1993 г. средняя продолжительность жизни в Регионе резко снизилась. Это было связано с социально-экономическим кризисом, последовавшим за распадом СССР (47).

Разброс между самыми высокими и самыми низкими значениями средней продолжительности жизни за период с начала 1990-х годов составил в среднем 16 лет. Однако в 2009 и 2010 гг. он сократился примерно до 14 лет, в 2011 г. снизился до 11 лет.

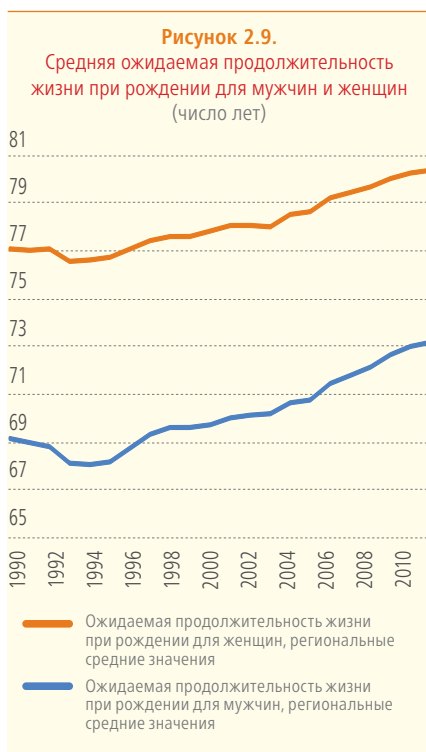


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

Этот разрыв значительно меньше, чем был в предыдущие годы, но поскольку на момент написания доклада только 25 стран предоставили сведения по средней ожидаемой продолжительности жизни за 2011 г., эти данные следует интерпретировать с осторожностью: минимальные и максимальные значения будут обновлены, когда остальные страны предоставят свои данные в ВОЗ.

За период с 1990 г. региональные средние показатели продолжительности жизни для мужчин и женщин демонстрируют аналогичную динамику роста (см. рис. 2.9). Оценка различий в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами за период с 1990 г. показывает, что женщины в среднем живут на 8 лет дольше, чем мужчины. Наибольшая разница, составляющая около 8,5 лет, наблюдалась в 1994 и 1995 гг. Это, вероятно, объясняется влиянием кризиса, последовавшего за распадом СССР (48). За период с 2002 г. этот разрыв сократился до 7–8 лет, в основном в результате значительного роста средней продолжительности жизни мужчин в странах СНГ.

Сокращение различий в средней продолжительности жизни в Регионе между странами и между мужчинами и женщинами является позитивным признаком; тем не менее сохраняющиеся различия по-прежнему велики.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

В некоторых странах средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении выше средних показателей, а в возрасте 65 лет – ниже

Дополнительный индикатор для этой количественной характеристики целевого ориентира политики Здоровье-2020 – ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 1 года, 15, 45 и 65 лет. В настоящем подразделе рассматриваются вопросы ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в возрасте 65 лет. В одних странах и для мужчин, и для женщин средняя продолжительность жизни выше регионального уровня при рождении, но ниже в возрасте 65 лет. В других – ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин при рождении и в возрасте 65 лет ниже региональных средних значений, а в третьих этот показатель ниже только для одного пола (см. табл. 2.3). Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет на региональном уровне показы-

вает положительную динамику, увеличившись от 15,7 лет в 1993 г. до 18,0 в 2011 г. (11).

В исследовании, проведенном в 2014 г., анализировались причины роста средней продолжительности предстоящей жизни в возрасте 60 лет, в первую очередь в странах с высоким уровнем дохода; был сделан вывод, что эти улучшения в основном явились результатом сокращения употребления табака (для мужчин) и снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (как для мужчин, так и для женщин). Различные временные характеристики тенденций в привычках к курению

Таблица 2.3.
Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни для мужчин и женщин при рождении и в возрасте 65 лет

Страны	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении		Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет		Страны	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении		Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Региональные средние значения	73,1	80,3	15,9	19,6	Люксембург	79,2	83,9	18,2	21,7
Австрия	78,4	84,0	18,2	21,8	Мальта	78,8	83,1	17,8	21,1
Азербайджан	71,3	76,3	14,5	16,3	Нидерланды	79,5	83,2	18,2	21,3
Албания	73,7	78,9	14,9	17,8	Норвегия	79,7	83,6	18,5	21,2
Андорра	77,4	84,2	–	–	Польша	72,7	81,2	15,5	20,0
Армения	71,3	77,8	14,3	17,0	Португалия	77,4	83,9	17,9	21,7
Беларусь	64,8	76,6	11,8	16,9	Республика Молдова	67,2	75,1	12,8	15,8
Бельгия	77,5	83,0	17,6	21,3	Российская Федерация	63,1	75,0	12,0	16,6
Болгария	70,8	77,9	14,0	17,4	Румыния	70,2	77,6	14,1	17,3
Босния и Герцеговина	74,2	79,0	15,6	17,4	Сан-Марино	77,6	84,4	18,3	24,2
Бывшая югославская Республика Македония	73,0	77,3	14,0	16,1	Сербия	72,4	77,5	14,1	16,5
Венгрия	71,7	78,8	14,4	18,2	Словакия	71,8	79,4	14,1	18,1
Германия	78,7	83,4	18,3	21,3	Словения	76,6	83,2	16,9	21,1
Греция	78,6	83,2	18,6	20,7	Соединенное Королевство	78,8	82,7	18,4	21,0
Грузия	70,2	79,0	14,5	18,4	Таджикистан	71,2	76,3	14,5	17,8
Дания	78,0	82,1	17,5	20,3	Туркменистан	62,5	69,8	12,4	14,9
Израиль	80,4	84,1	19,4	21,7	Турция	74,5	80,0	15,7	19,1
Ирландия	78,5	83,0	17,8	21,0	Узбекистан	68,2	73,0	13,0	15,0
Исландия	79,9	83,9	18,7	21,1	Украина	66,2	76,2	12,8	16,8
Испания	79,4	85,5	18,8	22,9	Финляндия	77,5	84,0	17,9	21,9
Италия	79,8	85,0	18,7	22,5	Франция	78,4	85,4	19,0	23,5
Казахстан	63,7	73,5	11,9	15,6	Хорватия	74,0	80,7	15,0	18,8
Кипр	80,1	83,9	19,0	21,1	Черногория	73,3	78,0	15,2	17,3
Кыргызстан	65,5	73,7	12,8	15,7	Чешская Республика	75,1	81,3	15,8	19,4
Латвия	68,9	79,0	13,7	18,6	Швейцария	80,4	85,0	19,2	22,7
Литва	68,0	79,0	13,6	18,5	Швеция	79,7	83,7	18,4	21,3
					Эстония	71,3	81,4	14,8	20,1

Примечание: сведения за последний год с наличием данных, 2004–2012 гг. (в одном случае за 1998 г.); региональные средние значения за 2011 г.

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

табака среди мужчин и женщин в странах с высоким уровнем дохода (известные как «табачная эпидемия») (49), вероятно, объясняют обнаруженные в данном исследовании различия между показателями для мужчин и женщин. Темпы снижения смертности в пожилом возрасте могут в последующем сократиться за счет роста распространенности ожирения и, соответственно, сахарного диабета 2-го типа, а также деменции вследствие общего старения населения (12).

Целевой ориентир 3: сократить несправедливости в Европе

Краткий обзор прогресса

Количественная характеристика для данного целевого ориентира политики Здоровье-2020 – сокращение разрывов в показателях здоровья европейского населения, связанных с различными социальными детерминантами. Основные индикаторы:

- младенческая смертность на 1000 живорожденных;
- доля детей, достигших возраста, установленного для начала школьного обучения, не посещающих школу;
- уровень безработицы;
- средняя продолжительность жизни (индикатор описан в разделе, посвященном целевому ориентиру 2);
- наличие разработанных и документированных национальных и/или субнациональных стратегий по сокращению социальных несправедливостей в отношении здоровья.

За период с 1990 г. уровень младенческой смертности в странах с наивысшими значениями данного показателя снизился, что обусловило сокращение разрыва между странами. Данные, предоставленные в течение нескольких последних лет, не обеспечивают достаточного охвата, который позволил бы определить, в какой мере эта позитивная тенденция продолжалась в период после 2010 г.

Средний разрыв между самой высокой и самой низкой долей детей младшего школьного возраста, не посещающих начальную школу, в странах Региона сокращается. В 2010 г. этот по-

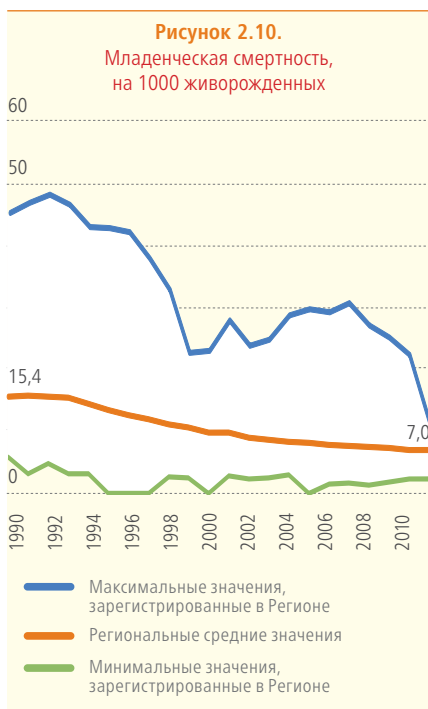
казатель составлял 15,2%, в 2011 г. – 12,7%, в 2012 г. – 10,6%. Самое низкое значение в 2012 г. составляло 0,2%, самое высокое – 10,7%.

Между странами Региона имеется значительный разброс в значениях уровней безработицы: в 2012 г. показатель варьировался от 31 до 0,5%. За период после 2005 г. разница между самыми низкими и самыми высокими показателями в Регионе сокращается, однако за последние годы темпы сокращения снизились: в 2010 г. различие составляло 31,3%, в 2011 г. – 30,8%, в 2012 г. – 30,5%.

Доля стран Региона с наличием отдельно сформулированной национальной политики, направленной на преодоление несправедливостей в отношении здоровья, выросла с 58% в 2010 г. до 67% в 2013 г.

Разрыв между самым высокими и самыми низкими показателями младенческой смертности сократился

Младенческая смертность определяется как число детей, умерших в возрасте до одного года, на 1000 живорожденных. Максимальные значения, зарегистрированные в Регионе, демонстрируют разнородную картину, в то время как минимальные значения более или менее постоянны (рис. 2.10). Это в значительной степени объясняется неполным охватом стран в плане получения сведений, особенно тех из них, где имеются самые высокие уровни младенческой смертности. Средние региональные цифры за предшествующие годы основаны на данных из большинства стран, однако средний показатель за 2011 г. базируется лишь на данных из 27 стран. Страны, которые еще не предоставили сведения за 2011 г., также входят в число тех, где показатели младенческой смертности наиболее высоки. Этим можно объяснить резкое снижение максимальных значений данного показателя в Регионе в 2011 г. В целом, однако, можно сделать вывод о том, что наивысшие показатели с течением времени значительно снизились, таким образом сократив разрыв между странами. Разница между самым низким и самым высоким показателем младенческой смертности в 1990 г. составляла 40 случаев смерти младенцев на 1000 живорожденных; в 2000 г. этот показатель снизился до значений, колеблющихся в интервале от 20 до 30.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

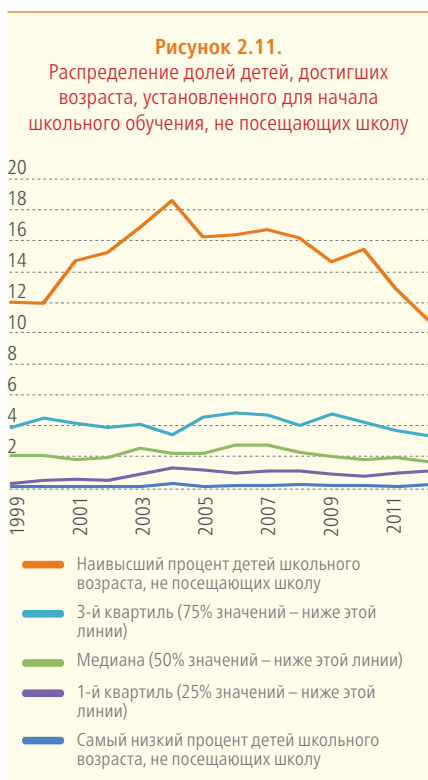
За 22 года средний уровень младенческой смертности в Регионе снизился более чем вдвое, с 15,4 смертей на 1000 живорожденных в 1990 г. до 7,0 в 2011 г. (см. рис. 2.10); ежегодное сокращение, таким образом, составило в среднем 3,7%. Для сравнения: в Цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, предусмотрено сокращение на две трети смертности детей в возрасте до 5 лет в течение 25-летнего периода, что соответствует ежегодным темпам снижения в среднем на 4,4%. Во второй половине отчетного периода темпы сокращения снизились: среднее ежегодное сокращение в 2001–2011 гг. составляло в лучшем случае 3,3% по сравнению с 4,5% в период 1998–2000 гг. За период после 2010 г. темпы нельзя измерить достоверно вследствие задержек предоставления данных от стран, однако тенденция указывает на то, что младенческая смертность в Регионе будет и дальше снижаться.

Опыт, накопленный в странах Региона и всего мира, показывает, что более низкие уровни младенческой смертности прочно коррелируют с более значительной долей неонатальной смертности (когда смерть ребенка наступает в первые 27 полных дней с момента рождения) и что сокращение неонатальной смертности развивается медленнее по сравнению с постнеонатальной смертностью (с 28 дня до 11 месяцев) (50). Для мониторинга перехода к низкой младенческой смертности в странах Региона необходимо иметь хорошо функционирующие системы регистрации актов гражданского состояния, которые обеспечивают точный учет младенческой смертности, особенно в первые дни после рождения. Уровень младенческой смертности, по всей вероятности, занижается либо вследствие неправильной классификации ранней неонатальной смерти в качестве мертворождения, либо из-за несостоятельности систем регистрации актов гражданского состояния в плане учета случаев смерти младенцев в первые часы или дни после рождения (51). Однако систематическая ошибка регистрации, по всей видимости, имеет относительно постоянное значение, и это позволяет полагать, что направленность и масштабы изменений, описанных выше, вероятно, отражают реальность. В приложении 1 приведена более детальная информация относительно качества данных по младенческой смертности и проблем, связанных с этими данными.

Широкий разброс в значениях доли детей, не посещающих начальную школу

Различие между самыми высокими и самыми низкими значениями доли детей, достигших официального школьного возраста, но не посещающих школу, в Регионе сокращается. В 2010 г. эта разница составляла 15,2%, в 2011 г. – 12,7%, в 2012 г. – 10,5%. Тем не менее различия между странами остаются значительными, с разбросом значений в 2012 г. от 10,7 до 0,2%. Распределение показателя в пределах Региона демонстрирует разбалансированную картину: доля составляла менее 3,3% в 75% стран и 3,3–10,7% в 25% стран (рис. 2.11).

Широко признано наличие позитивных взаимосвязей между уровнем образования и здоровьем. Более высокий уровень образования приводит к более хорошим показателям здоровья (благодаря лучшим условиям работы, более высокому доходу и повышению грамотности в вопросах здоровья), а улучшившееся здоровье позволяет людям инвестировать больше времени, денег и энергии в образование (53). Поэтому сокращение несправедливостей в отношении образования имеет важнейшее значение для устранения аналогичных неравенств в отношении здоровья. В рамках Глобальной инициативы по работе с детьми, не посещающими школу, организованной Международным детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и Институтом статистики ЮНЕСКО, было установлено отсутствие систематического анализа препятствий к достижению всеобщего начального образования, отчасти вследствие недостатка адекватных инструментов и методик для выявления детей, не посещающих школу, и мониторинга прогресса в решении этой проблемы. Под эгидой данной инициативы проводилась работа в ряде стран Европейского региона, направленная на улучшение показателей охвата школьным обучением (54) (см. вставку 2.5).



Источник: Институт статистики Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) (52).

Различия в уровнях безработицы сокращаются, однако за последний период ситуация изменилась незначительно

Уровни безработицы в масштабе Региона варьируются в существенной степени: наименьшее значение в 2012 г. составляло 0,5%, самое высокое – 31%. Разрыв между самыми высокими и самыми низкими значениями в Регионе с 2005 г. сокращается, однако в последние годы темпы сокращения снизились:

Вставка 2.5.

Всесторонние стратегические действия для расширения охвата начальным образованием в Турции

Исходные сведения

По результатам проведенного в Турции в 2008 г. опроса по показателям демографии и здоровья, 7,5% детей в возрасте 6–10 лет и 4,63% в возрасте 11–13 лет не посещали школу. Турция была одной из 25 стран, в которых ЮНИСЕФ и Институт статистики ЮНЕСКО начали в 2010 г. осуществление глобальной инициативы для ускоренного сокращения числа детей, не посещающих школу, и укрепления систем мониторинга применительно к этим детям.

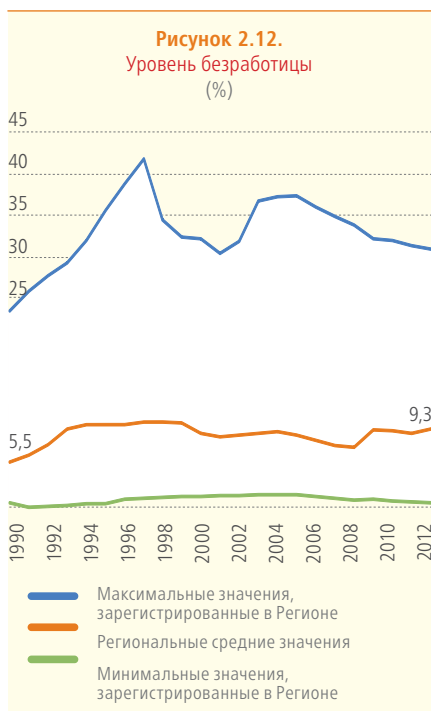
Предпринятые стратегические действия

Для преодоления барьеров и «узких мест», препятствующих доступу к образованию, правительство Турции внедрило ряд социальных стратегий и программ, таких как распространение бесплатных учебников и бесплатные обеды для детей, живущих в сельских районах на большом расстоянии от школы.

Также было начато оказание помощи по следующим направлениям: проживание, проезд учеников и организация школ-интернатов; учебные материалы; стипендии для детей из семей с низким уровнем доходов и/или сельских домохозяйств; бесплатный проезд для детей с ограниченными возможностями; ежемесячные пособия по уходу за детьми с ограниченными возможностями. Для повышения охвата детей была расширена программа дошкольного образования, и сектор образования начал использовать систему управления информацией «Электронная школа», переходя к планированию бюджета и управлению на основе показателей деятельности. Были также внедрены другие стратегии для повышения охвата школьным обучением, такие как проект по улучшению условий работы и жизни сезонных сельскохозяйственных рабочих и помощь детям, нуждающимся в защите.

Результаты

Сотни тысяч детей смогли получать бесплатные обеды, пособия для оплаты жилья, бесплатные услуги автобусного транспорта и многие другие услуги, направленные на повышение охвата школьным обучением. Согласно данным национальной статистики чистый показатель охвата детей начальным образованием за 2013/2014 учебный год составил 99,5%. Для детей в возрасте 10–13 лет чистый показатель охвата неполным средним образованием, после коррекции на численность детей этого возраста, все еще посещающих начальную школу по причине второгодничества, составлял 99,9%. В Турции значительно повысилась доля детей, охваченных дошкольным образованием, которые затем успешно завершили начальное образование, что может быть связано со всесторонними реформами и усилиями, направленными на решение актуальных задач в данной области (55, 56).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

в 2010 г. разница составляла 31,3%, в 2011 г. – 30,8%, в 2012 г. – 30,5% (рис. 2.12). В 2012 г., по данным Департамента статистики Международной организации труда (ILOSTAT), в странах с развитой экономикой и в странах ЕС различия по уровням безработицы между мужчинами и женщинами были незначительными (соответственно 8,6 и 8,5%). В странах Центральной и Юго-Восточной Европы (не входящих в состав ЕС), а также в странах СНГ показатели для мужчин были выше, чем для женщин (8,2% по сравнению с 7,7%) (57).

Влияние экономического кризиса на рынок труда диспропорционально затрагивает молодежь. По оценкам ILOSTAT, уровень безработицы среди молодежи в 2012 г. в странах с развитой экономикой и странах ЕС составил 18%, а в странах Центральной и Юго-Восточной Европы (не входящих в состав ЕС) и СНГ – 17,5%. По прогнозам, в 2018 г. эти показатели составят соответственно 16 и 18%; это дает основания полагать, что в течение ближайших нескольких лет не следует ожидать существенных улучшений ситуации. Важно отметить, что в странах, по которым получены сведения, доля молодежи,

не занятой ни в работе, ни в образовании или повышении квалификации, продолжает демонстрировать резкий рост, зарегистрированный с начала кризиса (57). Эти высокие и/или растущие показатели являются предметом серьезной озабоченности среди руководителей, определяющих политику, поскольку данная группа не задействована ни в работе по найму, ни в развитии своих трудовых навыков.

Безработица оказывает на здоровье как прямое воздействие (она коррелирует с повышенным риском смертности и с рискованными видами поведения, включая злоупотребление алкоголем), так и не прямое, через финансовые последствия отсутствия заработка, что ведет к психологическому дистрессу и росту психических расстройств (58). Фактические данные свидетельствуют о том, что трудовая занятость, напротив, оказывает благоприятное воздействие на здоровье, несмотря на комплексный характер взаимозависимости между этими двумя переменными. В частности, полезный труд оказывает защитный эффект против депрессии и способствует поддержанию общего психического здоровья (59). Занятость является одним из важных элементов в стратегиях содействия здоровому старению; таким образом, обеспечение более высокого уровня трудовой занятости людей в возрасте 50 лет и старше является важной целью многих европейских стран. Текущие показатели трудовой занятости в странах ЕС составляют: среди людей в возрасте 55–59 лет от 47,5 до 82,0%; в возрасте 60–64 лет – от 13,9 до 64,2%; в возрасте 65–69 лет – от 3,8 до 27,0 % (60). Эти цифры свидетельствуют о необходимости масштабных стратегических мер, направленных на обеспечение адекватного уровня трудовой занятости среди пожилых людей, что способствует активной и здоровой старости.

В 2013 г. в 31 стране имелись стратегии, направленные на сокращение масштабов социальных несправедливостей

Растет число стран, принимающих отдельные целенаправленные стратегии по сокращению несправедливостей в отношении здоровья (см. рис. 2.13). Среди 36 стран, предоставивших сведения в 2013 г., 31 страна (86%) осуществляла политику или стратегию, направленную на сокращение социальных несправедливостей и/или воздействующую на социальные детерми-

нанты; из числа этих направлений политики и стратегий 77% были непосредственно сосредоточены на вопросах здоровья.

В целом, по сведениям, предоставленным в 2010 г., наиболее общими элементами таких стратегий были меры, направленные на охват услугами и улучшение здоровья социально незащищенных групп, а также на обеспечение здорового жизненного старта для детей (соответственно 87 и 77% полученных ответов). В 2013 г. акцент на социально незащищенные группы и здоровое начало жизни сохранился (соответственно 86 и 75%), однако страны также сообщили, что начали уделять большее внимание таким вопросам, как борьба с нищетой (81%), улучшение физической среды обитания (81%) и обеспечение прав человека (75%). Расширение сферы охвата стратегий в сравнении с более традиционными подходами, использованными в 2010 г., является позитивным признаком. Это свидетельствует о том, что внедрение принципов политики Здоровье-2020 набирает темпы и стимулирует новые действия на национальном и субнациональном уровнях (61). Данные для этого индикатора были собраны посредством опроса стран, проведенного силами Европейского регионального бюро (см. вставку 2.6).



Источник: Качественные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 (61).

Другие основные индикаторы, привязанные к данному целевому ориентиру

К данному целевому ориентиру также привязаны следующие основные индикаторы: ожидаемая продолжительность жизни при рождении и коэффициент Джини (распределение дохода). Индикатор ожидаемой продолжительности жизни описан в разделе, посвященном целевому ориентиру 2. Коэффициент Джини не описан в данном докладе в силу недостаточного объема полученных сведений (более подробно – см. приложение 1).

Целевой ориентир 4: повысить уровень благополучия европейского населения

Краткий обзор прогресса

Основные индикаторы политики Здоровье-2020, привязанные к этому целевому ориентиру, относятся к субъективному и объективному благополучию. Индикатор субъективного благопо-

Вставка 2.6.

Вопросник ВОЗ по качественным показателям

Исходные сведения

На 63-й сессии Регионального комитета в 2013 г. государства-члены одобрили набор целевых ориентиров и индикаторов и процесс мониторинга хода осуществления политики Здоровье-2020, установив 2010 г. в качестве отправной точки. Некоторые индикаторы механизма мониторинга политики Здоровье-2020 относятся к разработке и осуществлению национальных стратегий в тех областях, где не проводится плановый процесс сбора данных. В этой связи в апреле 2014 г. силами ВОЗ был проведен страновой опрос для получения информации об этих качественных показателях.

Предпринятые действия

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало онлайн-систему на англий-

ском и русском языках, пользуясь которой, страны предоставили данные по следующим трем показателям:

- наличие разработанных и документированных национальных и/или субнациональных мер политики и/или стратегий по сокращению несправедливостей в отношении здоровья;
- наличие документированного процесса для установления целевых ориентиров;
- фактические данные, документирующие: (а) принятие национальных стратегий, согласованных с положениями политики Здоровье-2020; (б) наличие плана реализации; (с) наличие механизма подотчетности.

В опросе была предусмотрена необходимость представления документации, со-

державшей сведения в поддержку ответов, такой как документ, определяющий политику, документированная стратегия или постановление парламента.

Результаты

Ответы были получены из 37 стран (70% стран Региона), представляющих различные географические субрегионы, с населением разной численности и говорящим на разных языках. Одна страна предоставила данные только за 2010 г. (не предоставив за 2013 г.), 6 стран предоставили данные только за 2013 г. (без данных за 2010 г.) и 30 стран предоставили данные за оба года. Четыре страны предоставили только заполненный вопросник, 33 также приложили документацию в поддержку проводимой политики. Все вопросники были заполнены по всем пунктам (61).

лучия – это степень удовлетворенности жизнью, а индикаторы для оценки объективного благополучия включают следующее:

- возможность получения социальной поддержки;
- процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами;
- уровень безработицы (описан в разделе, посвященном целевому ориентиру 3);
- доля детей, достигших возраста, установленного для начала школьного обучения, не посещающих школу (описан в разделе, посвященном целевому ориентиру 3).

Усредненный балл самооценки удовлетворенности жизнью (по шкале от 0 до 10, где 10 – это наилучшие возможные условия жизни) варьируется в странах Европейского региона от 4,2 до 7,8. Однако анализ и интерпретация этих данных требует дополнительных исследований и разработок.

Доля жителей Региона в возрасте старше 50 лет, которые полагают, что они получают социальную поддержку, колеблется от 43 до 95%.

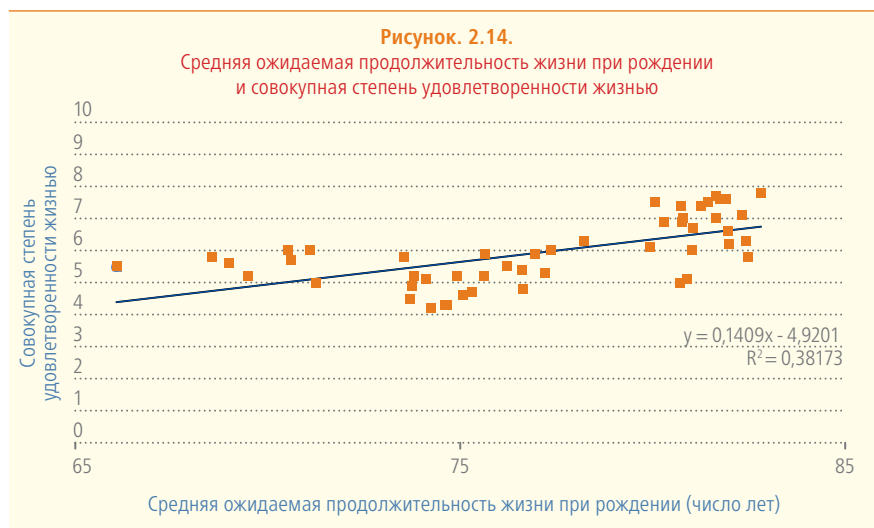
Значительная доля населения в сельских районах Региона все еще не имеет доступа к улучшенным условиям санитарии и водопроводу в своих жилищах. В 9 странах менее 50% населения сельских районов в 2012 г. имело доступ к водопроводу.

Балльные оценки степени удовлетворенности жизнью варьируются: необходима дополнительная работа для анализа этих различий

Средний балл самооценки степени удовлетворенности жизнью в странах Европейского региона варьируется от 4,2 до 7,8. Из 50 стран, по которым поступили данные, в 23 средний балл превышает 5,9; в остальных 27 странах этот балл составил 5,9 и ниже (см. рис. 2.14). Степень удовлетворенности жизнью оценивалась в баллах от 0 до 10 с использованием Шкалы самооценки удовлетворенности жизнью, так называемой лестницы Кантрила, где 10 означает наиболее счастливую жизнь и 0 – наихудшие возможные условия жизни для респондентов.

Степень удовлетворенности жизнью принята как мера субъективного благополучия, то есть того, как люди сами ощущают

себя и свидетельствуют об этом. Другие элементы, наиболее часто описываемые в субъективном благополучии, – это эмоциональное благополучие (позитивный и негативный аффект) и позитивное функционирование (ощущение целесообразности и значения жизни). Механизм мониторинга политики Здоровье-2020 в настоящее время не располагает индикаторами, относящимися к этим аспектам; группа экспертов ВОЗ по разработке индикаторов и оценке благополучия для политики Здоровье-2020 рекомендовала для их охвата использовать дополнительные индикаторы (62). Анализ и интерпретация индикаторов субъективного благополучия сопряжены с многочисленными трудностями: имеющиеся возможности и проблемы детально описаны в главе 3. Вместе с тем были неоднократно описаны связи между степенью удовлетворенности жизнью и показателями здоровья населения, такими как смертность и средняя ожидаемая продолжительность жизни (63, 64) (см. рис. 2.14).



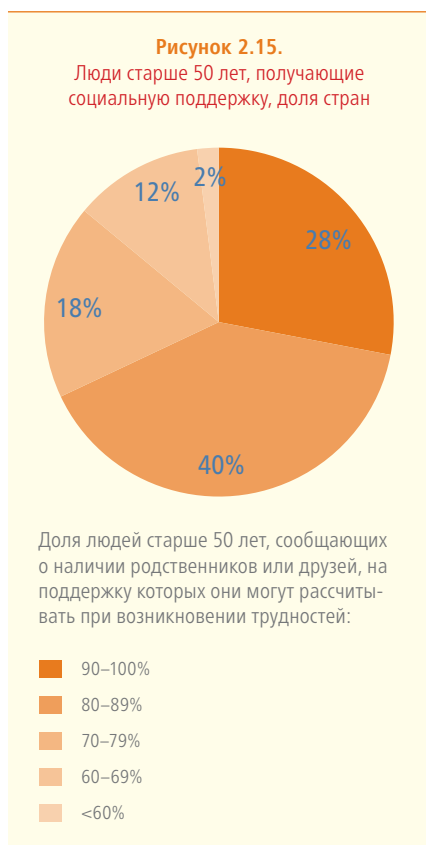
Примечания: каждая точка на графике – отдельная страна Европейского региона. Во Всемирном опросе Гэллага вопрос, относящийся к шкале Кантрила, сформулирован следующим образом (65): «Представьте себе лестницу со ступенями, пронумерованными от 0 внизу до 10 на самом веру. Предположим, что вершина лестницы отражает самую лучшую возможную для вас жизнь, а ее подножие – это наихудшая возможная для вас жизнь. На какой ступени лестницы, как вам кажется, вы стоите в настоящее время, предполагая, что чем выше ступень, тем лучше вы воспринимаете свою жизнь, и чем ниже ступень, тем это восприятие хуже? Какая ступень больше всего соответствует уровню ваших ощущений?» К полученным данным была применена однофакторная линейная регрессионная модель: формула на графике отражает результирующую регрессионную кривую. Чем ближе значение R^2 к 1, тем более релевантной является линейная регрессионная модель. Данные об удовлетворенности жизнью – за последний год с наличием сведений, 2007–2012 гг.; данные об ожидаемой продолжительности жизни – за последний год с наличием сведений, 2004–2012 гг. (в одном случае приведены данные за 1988 г.).

Источники: удовлетворенность жизнью: Всемирный опрос Гэллага (через Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) (65, 66); средняя ожидаемая продолжительность жизни: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

Приведенные в настоящем докладе данные по степени удовлетворенности жизнью были собраны в рамках Всемирного опроса Гэллапа и опубликованы под эгидой ПРООН в Докладе о развитии человека, 2014 г. (65, 66). Эти данные не стандартизированы по возрасту, что ограничивает их сопоставимость вследствие различий в возрастной структуре населения стран.

Доля пожилых людей, получающих социальную поддержку, в странах с наивысшим значением данного показателя более чем вдвое превышает наименьшие показатели

Доля жителей старше 50 лет в странах Европейского региона, сообщающих о наличии родственников или друзей, на поддержку которых они могут рассчитывать при возникновении трудностей, колеблется от 43% до 95%. Для 68% стран этот показатель составляет 80% или выше и для 14% стран – ниже 70% (рис. 2.15).



Примечание: данные за 2013 г. или за последний год, по которому имеются сведения.

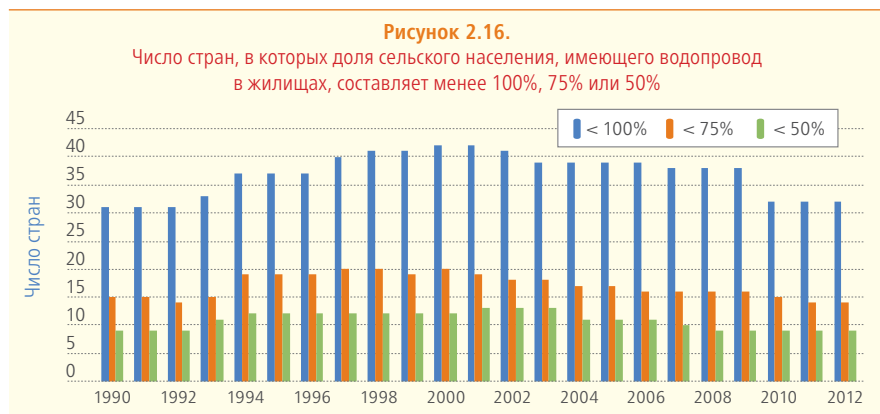
Источник: Всемирный опрос Гэллапа (через HelpAge International) (65, 67).

Одним из показателей объективного благополучия является наличие социальных связей. Их значение для здоровья и благополучия убедительно доказано, вследствие чего этот показатель является общим элементом в существующих схемах оценки благополучия (62). По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), возможность получения поддержки благодаря наличию социальных связей зависит от уровня образования и экономического статуса: люди со средним и высшим образованием могут рассчитывать на чью-либо помощь при чрезвычайных ситуациях чаще, чем люди, получившие только начальное образование. Аналогичные различия существуют также и между квинтилями более высокого и более низкого дохода (68). Данные по социальным связям, которые используются в настоящем докладе, собраны в рамках Всемирного опроса Гэллапа и опубликованы организацией HelpAge International в качестве компонента Global AgeWatch Index 2014 (65, 67).

Во многих жилых домах в сельской местности все еще отсутствуют водопровод и улучшенные условия санитарии

В Европейском регионе существуют значительные различия между сельскими и городскими районами в отношении наличия в домах водопровода и улучшенных условий санитарии.

В 2012 г. доля населения в сельских районах с наличием водопровода в жилищах в 14 странах была ниже 70%, в 9 странах – ниже 50%. В зонах городской застройки в 7 странах эта доля была ниже 90%, в 2 странах – ниже 80% (рис. 2.16 и 2.17). Средняя региональная доля населения с наличием водопровода в жилищах с 2010 г. – отправной точки политики Здоровье-2020 – осталась практически неизменной. В сельских районах этот показатель составлял в 2010, 2011 и 2012 гг. 71%; в городских районах он равнялся в 2010 г. 96%, а в 2011 и 2012 гг. – 97% (69).



Примечание: общее число стран, по которым имеются данные, может различаться по годам.

Источник: Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии (69).



Примечание: общее число стран, по которым имеются данные, может различаться по годам.

Источник: Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии (69).

В 2012 г. доля сельского населения с доступом к улучшенным условиям санитарии (бачковый или ручной смыв в канализацию, септик-тенки или уборные выгребного типа, вентилируемые уборные выгребного типа, уборные выгребного типа с половым настилом и компостные уборные) была в 6 странах ниже 85% и в 1 стране ниже 70%. Среди городского населения этот показатель в 3 странах был ниже 90% и в 1 стране – ниже 80% (рис. 2.18 и 2.19). Так же как и в отношении водопровода, за период с 2010 г. в показателе общей доли регионального населения с доступом к улучшенной санитарии не произошло почти ни-



Примечание: общее число стран, по которым имеются данные, может различаться по годам.
Источник: Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии (69).



Примечание: общее число стран, по которым имеются данные, может различаться по годам.
Источник: Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии (69).

каких изменений. В городских районах этот показатель составлял в 2010, 2011 и 2012 гг. 94%; в сельских районах он равнялся в 2010 г. 88%, а в 2011 и 2012 гг. – 89% (69).

В целом свыше 90% населения Европейского региона пользуются улучшенными источниками питьевой воды и улучшенными санитарными удобствами (в том виде, как они определены в Совместной программе ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии). Однако 67 млн человек все еще не имеют доступа к элементарным условиям санитарии – функционирующим туалетам и безопасным средствам удаления человеческих фекалий. Около 100 млн человек не имеют питьевого водопровода в своих жилищах и свыше 6 млн все еще вынуждены использовать в качестве основного источника водоснабжения поверхностные грунтовые воды, что влечет за собой серьезный риск для здоровья. Как показано на рисунках 2.16–2.19, в наиболее неблагоприятной ситуации находятся жители сельских районов. Это также справедливо и для менее материально обеспеченных слоев населения. Данные показывают, что прогресс затормозился. Фактически в некоторых странах доля населения с доступом к водопроводу в жилищах уменьшилась, и Регион отстает в решении задачи 7с по санитарии в контексте Целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия (34).

Болезни, связанные с неадекватными водоснабжением, санитарией и гигиеной, представляют серьезное бремя для здоровья, в основном в результате диарейных заболеваний. В странах Региона с низким и средним уровнем дохода неадекватные водоснабжение, санитария и гигиена являются причиной 10 ежедневных случаев смерти от диареи. Дети в возрасте до 5 лет особенно уязвимы к диарейным болезням, которые являются для них основной причиной нарушений питания и смерти. Неадекватные водоснабжение, санитария и гигиена также вызывают другие болезни, такие как легионеллез и глистные инвазии, передаваемые через почву. Кроме того, химические загрязнители в питьевой воде, такие как мышьяк, фтор, свинец и нитраты, могут вызывать НИЗ (34). Безопасное и стабильное водоснабжение и обеспечение санитарии имеют важнейшее значение для здоровья, безопасная и чистая окружающая среда важна для поддержания благополучия. Действия по этим основным направлениям, несомненно, все еще необходимы в Регионе для обеспечения здоровой окружающей среды для всех.

Другие основные индикаторы, привязанные к данному целевому ориентиру

К данному целевому ориентиру также привязаны такие основные индикаторы, как коэффициент Джини (распределение дохода), уровень безработицы и доля детей, достигших младшего школьного возраста, но не посещающих школу. Коэффициент Джини не описан в данном докладе в силу недостаточного объема полученных сведений (более подробно – см. приложение 1). Другие два индикатора описаны в разделе, посвященном целевому ориентиру 3.

Страновой опыт в области мониторинга благополучия

Одной из стран, обладающих значительным опытом в оценке состояния благополучия, является Исландия. В частности, в стране был разработан специальный модуль, посвященный благополучию, в котором использованы Индекс благополучия ВОЗ-5 и Шкала удовлетворенности жизнью (70, 71); этот модуль включен в регулярно проводимый национальный опрос по показателям здоровья (см. вставку 2.7).

Целевой ориентир 5: всеобщий охват услугами здравоохранения и право на здоровье

Краткий обзор прогресса

Количественная характеристика данного целевого ориентира политики Здоровье-2020 – движение к всеобщему охвату². Основные индикаторы следующие:

- общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП;
- расходы домохозяйств на прямую оплату услуг (ПОУ) как доля общих расходов на здравоохранение;

² В соответствии с определением ВОЗ (76) всеобщий доступ – это справедливый доступ к эффективным и необходимым услугам без финансового бремени.

- процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи (описан в разделе, посвященном целевому ориентиру 1).

С 2010 г., отправной точки политики Здоровье-2020, среднее значение общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП на региональном уровне остается без изменений на уровне примерно 8,3%, однако объемы государственного финансирования во многих странах снизились. Системы здравоохранения нуждаются в адекватном уровне государственного финансирования в целях обеспечения финансовой защиты населения и в стабильном поступлении средств для поддержания качества и доступности услуг.

Объем ПОУ как доля в общих расходах на здравоохранение на региональном уровне с 2010 г. также не изменилась и составляет около 24%. В 2012 г. лишь в 12 из 53 стран Региона эта доля была ниже 15%-ного порога, имеющего решающее значение для предупреждения катастрофических расходов на охрану здоровья.

Вставка 2.7.

Учет показателей оценки здоровья и благополучия в оценке эффективности государственной политики в Исландии

Исходные сведения

После краха банковской системы в 2008 г. Исландия была одной из стран-членов ОЭСР, которая вступила в рецессию, с отрицательным ростом валового внутреннего продукта (ВВП). В 2007–2009 г. уровень безработицы вырос с 2 до 7% (11), индекс ВВП значительно снизился, и национальная валюта утратила свыше половины своей стоимости. Финансово-экономический коллапс привел к пересмотру национальных ценностей: повысился интерес к использованию в оценке государственной политики не только экономических, но и социальных индикаторов, а также показателей благополучия.

Предпринимаемые стратегические действия

Был предпринят комплекс вмешательств, направленных на ограничение негативных последствий экономического кризиса для здоровья и благополучия. В 2009 г. была разработана проактивная стратегия под названием «Исландия–2020», целью которой было

повышение уровня благополучия населения к 2020 г. В рамках другой инициативы – «Мониторинг благосостояния» – проводится систематическое отслеживание социальных и финансовых последствий кризиса для семей и отдельных граждан в Исландии и предлагаются соответствующие решения. Были разработаны социальные индикаторы, отражающие параметры здоровья и благополучия. В 2014 г. был создан новый министерский комитет по вопросам здравоохранения под председательством премьер-министра; в него входят министры здравоохранения, образования и культуры, социальных дел и жилищного обеспечения. Другие министры также по мере необходимости участвуют в его работе.

Результаты

В процессе развития государственной политики и реализации плана действий в области здравоохранения повышенное внимание уделяется вопросам отражения интересов здоровья и благополучия в стратегиях всех секторов,

а также созданию механизмов для оценки влияния различных факторов на здоровье и благополучие. Одно из основных направлений деятельности – оказание поддержки местным органам государственного управления в масштабах страны в целях стимулирования развития сообществ, способствующих укреплению здоровья, помощь в проведении регулярного мониторинга показателей здоровья и благополучия и увязывание этих мер с проводимой политикой. Недавняя оценка последствий экономического кризиса показала, что показатели благополучия среди взрослых вновь демонстрируют рост после незначительного падения непосредственно после коллапса экономики. Среди подростков за период с 2000 по 2010 г. был отмечен рост показателей благополучия, поскольку подростки проводили больше времени с родителями и сообщали, что после коллапса экономики родители стали оказывать им более активную эмоциональную поддержку (72–75).

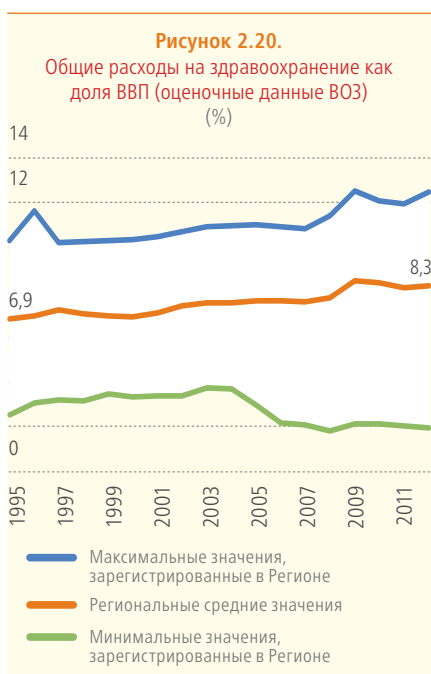
Переход к всеобщему охвату услугами здравоохранения все еще требует значительных усилий

Общий объем расходов на здравоохранение в виде доли от ВВП – один из основных индикаторов политики Здоровье-2020, принятых государствами-членами, – широко варьируется среди стран Европейского региона: в 2012 г. разброс составил от 2,0 до 12,4%. Региональные средние значения за период с отправной точки 2010 г. остаются более или менее стабильными – на уровне примерно 8,3% (рис. 2.20).

Оценивая прогресс в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения, важно анализировать государственные расходы в данной области: системы здравоохранения нуждаются в адекватном уровне государственного финансирования в целях обеспечения финансовой защиты населения и в стабильном поступлении средств для поддержания качества и доступности услуг. В большинстве стран в годы после наступления финансово-экономического кризиса, особенно в 2009, 2010 и 2012 гг., отмечались некоторые колебания уровней государственных расходов. Во многих странах в период между 2010 и 2013 г. сократились государственные расходы на здравоохранение, как в расчете доли ВВП, так и на душу населения; в некоторых странах это явилось продолжением долгосрочной тенденции. В большинстве случаев такие сокращения носили невыраженный характер, однако в нескольких странах наблюдались масштабные или длительные сокращения, так что среднедушевые уровни государственных расходов на здравоохранение в 2012 и 2013 гг. упали в них до значений ниже, чем в 2007 г. (77).

Обеспечение надлежащего уровня государственного финансирования системы здравоохранения – на основе общих налоговых поступлений и/или целевых налогов на охрану здоровья – имеет важное значение для прогресса на пути к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Многие страны Региона, которые традиционно полагаются на целевые налоговые поступления из фондов заработной платы как источник финансирования здравоохранения, начинают все больше осознавать, что смешанная база поступлений в большей степени способствует достижению более высоких уровней охвата, при этом не создавая излишнего бремени для рынка труда (77, 78).

Низкие уровни государственного финансирования здравоохранения обычно приводят к высоким уровням ПОУ. Таким образом,



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

доля ПОУ в общих расходах на здравоохранение – это важный косвенный показатель финансовой защиты. Результаты международного анализа показывают, что, когда доля ПОУ опускается ниже 15% от общей суммы расходов на здравоохранение, лишь крайне ограниченное число семей сталкивается с катастрофическими или приводящими к бедности уровнями затрат на медицинскую помощь (79). В 2010 и 2011 гг. лишь 13 из 53 стран Региона имели показатели ПОУ ниже 15%. В 2012 г. только 12 стран были ниже этого порога (карта 2.3) и в одной стране этот показатель лишь ненамного превысил 15%. За период с 2010 по 2012 г. доля ПОУ росла в 22 странах, хотя масштабы роста были, как правило, незначительными (11). В среднем за период с 2010 г. доля ПОУ в общей сумме расходов на здравоохранение в Регионе оставалась стабильной, составляя примерно 24% (рис. 2.21).

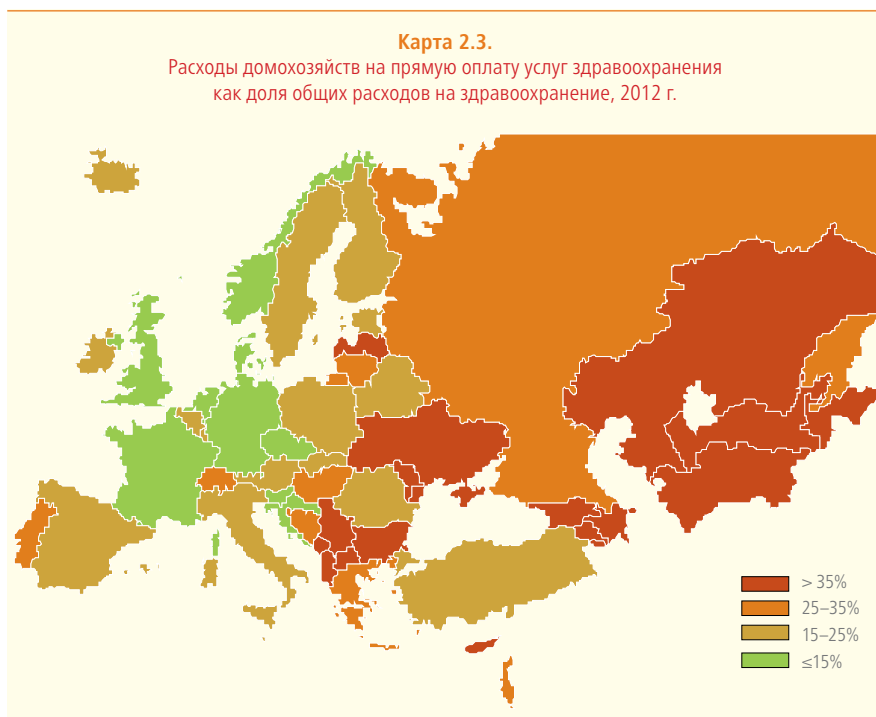
Эти цифры указывают на необходимость стратегических действий, направленных на сокращение ПОУ, в большинстве стран. Сокращение ПОУ требует всеобъемлющего подхода, который объединяет все аспекты политики финансирования здравоохранения, такие как сбор средств, консолидация фондов, закупка услуг и решения относительно охвата (в целях более полной финансовой защиты, социальной справедливости и эффективности) (см. пример стратегических действий в Грузии, вставка 2.8). Обычно основным двигателем ПОУ являются лекарства, и это важнейшая статья катастрофических и приводящих к бедности расходов на медицинскую помощь. Слабые стратегии лекарственного обеспечения и неправильное использование лекарств – это также ведущие причины неэффективности во многих системах здравоохранения. Более действенная политика в области лекарственного обеспечения может, таким образом, обеспечить своевременный и справедливый доступ к лекарствам и улучшить финансовую защиту, в то же время способствуя более эффективному использованию ресурсов (79).

Второй основной индикатор, привязанный к данному целевому ориентиру

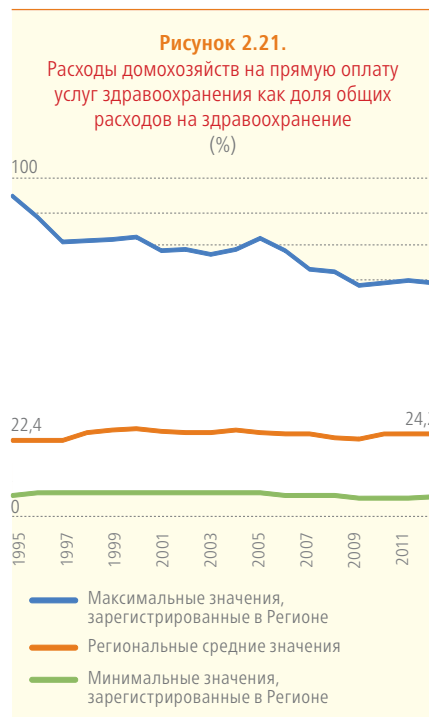
К данному целевому ориентиру также привязан такой основной индикатор, как процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи; он описан в разделе, посвященном второй количественной характеристике для целевого ориентира 1.

Несмотря на общее снижение материнской смертности, этот показатель по-прежнему варьируется в широких пределах

Дополнительным индикатором для количественной характеристики данного целевого ориентира политики Здоровье-2020 является число случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных. В Регионе достигнуто впечатляющее, стойкое снижение материнской смертности: за период с 1990 по 2013 г. число случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных сократилось на 59%. Ряд стран Региона добились замечательных успехов на пути к достижению соответствующей цели в области развития, поставленной в Декларации тысячелетия: за указанный выше период Беларусь смогла сократить материнскую смертность на 96%, Израиль – на 84%, Польша – на 81%, Румыния – на 80%, Болгария – на 78%, Эстония – на 78% и Латвия – на 77% (81). Тем не менее в Регионе сохраняются значительные межстрановые различия (карта 2.4). Это означает, что необходимы дополнительные усилия, направленные на улучшение деятельности системы здравоохранения в области охраны здоровья матерей, и особенно меры сокращения масштабов существующих несправедливостей.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

Целевой ориентир 6: национальные целевые ориентиры / цели, установленные государствами-членами

Краткий обзор прогресса

Количественная характеристика данного целевого ориентира политики Здоровье-2020 – организация процессов для принятия национальных целевых ориентиров (если уже не приняты). К этой характеристике привязаны следующие основные индикаторы:

Вставка 2.8.

Значительный прогресс на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения в Грузии

Предпринятые меры и достигнутые результаты

В 2013 г. Грузия распространила охват услугами за счет государственных средств в сфере первичной медико-санитарной помощи, экстренной медицинской помощи и отдельных видов стационарной помощи на граждан, которые раньше пользовались медицинским страхованием. До этой реформы доступ к услугам за счет государственного финансирования имела лишь половина населения. Для финансирования такого значительного расширения правительство удвоило уровень государственных расходов на здравоохранение в абсолютных цифрах за период с 2012 по 2013 г., повысив долю расходов на здравоохранение в своем бюджете с 5,2% в 2012 г. до 6,7% в 2013 г. (80). Правительство также отстранило частные страховые компании от закупки услуг: государственная программа всеобщего охвата услугами здравоохранения в настоящее время осуществляется под управлением Агентства по социальным службам Министерства труда, здравоохранения и социальных дел. Программа охватывает 89% населения; остальные 11% пользуются услугами добровольного частного медицинского страхования. Недавний опрос продемонстрировал высокие уровни удовлетворенности среди

бенефициаров программы и медицинских работников. Предварительный анализ также свидетельствует о росте использования услуг здравоохранения и сокращении объемов ПОУ, что расценивается как позитивное явление.

Предстоящие задачи

Перед государством стоит задача поддержания этого более высокого уровня государственных расходов на здравоохранение и обеспечения максимально эффективного использования государственных ресурсов в целях удовлетворения остающихся потребностей и укрепления финансовой защиты. Для этого представляются необходимыми действия по ряду направлений, включая следующие:

- внедрение более эффективных методов оплаты труда поставщиков медицинских услуг и совершенствование мониторинга эффективности лечебно-профилактических учреждений в целях улучшения объема и качества первичной медико-санитарной помощи и сокращения объема госпитализаций;
- усилия по улучшению справедливого доступа к эффективным лекарствам при более низкой стоимости (особенно основных лекарств для лечения хро-

нических заболеваний, которые еще не входят в пакет услуг, предоставляемых в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения);

- разработка стратегии, направленной на то, чтобы взимание пользовательской платы не мешало людям получать доступ к услугам программы, а также обеспечение сбалансированного прайва на услуги среди населения.

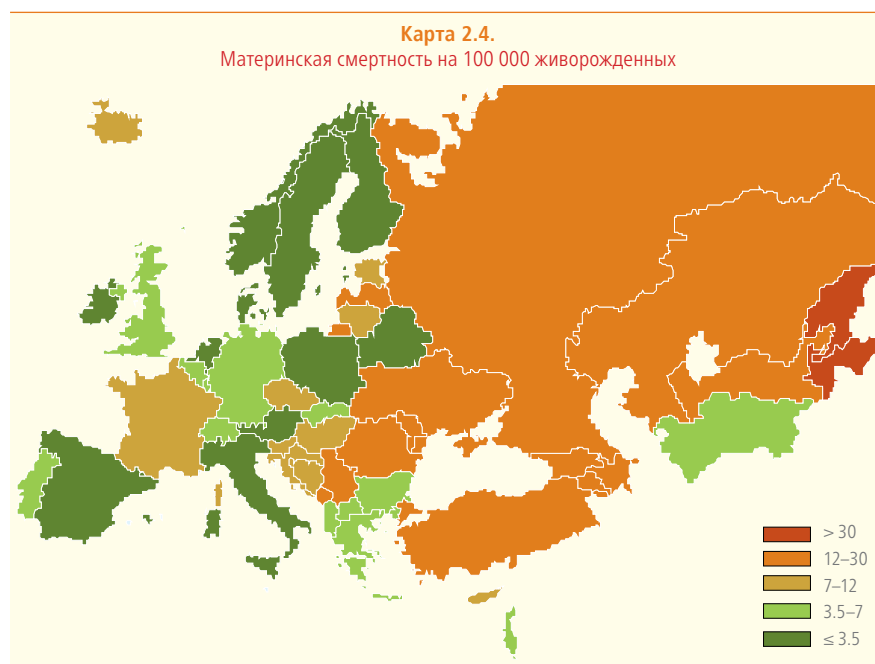
Важная роль информации здравоохранения

В течение последних пяти лет в Грузии был принят ряд мер, направленных на совершенствование медицинской информации, в частности использовались национальные счета здравоохранения, осуществляется мониторинг финансовой защиты, проведено два опросных обследования по использованию услуг и по расходам на здравоохранение, а также проведена оценка деятельности системы здравоохранения. Продолжение сбора данных и совершенствование систем планового сбора медико-санитарной информации сыграет важную роль в разработке эффективных стратегий, направленных на поддержание заметных результатов, которые достигнуты в Грузии в последнее время.

- наличие документированного процесса для установления целевых ориентиров;
- фактические данные, документирующие: (а) принятие национальных стратегий, согласованных с положениями политики Здоровье-2020; (b) наличие плана реализации; (c) наличие механизма подотчетности.

В 2010 г. почти в 40% стран Региона были определены целевые ориентиры для мониторинга прогресса в улучшении показателей здоровья и благополучия; к 2013 г. эта доля возросла до 56%.

Доля стран с наличием стратегий, выстроенных в соответствии с положениями политики Здоровье-2020, увеличилась с 58% в 2010 г. до 75% в 2013 г. В 2010 г. 26% стран имели утвержденный план реализации политики; к 2013 г. эта доля возросла до 50%. Наконец, 45% стран в 2010 г. имели механизм подотчетности, а к 2013 г. эта доля повысилась до 72%. Эти результаты показывают, что процесс реализации политики Здоровье-2020 быстро набирает темпы в Европейском регионе.



Примечание: на карте представлены усредненные страновые значения по трем последним годам с наличием данных. См. табл. А4 в приложении 1, где приведены сведения о данных, лежащих в основе настоящей карты.

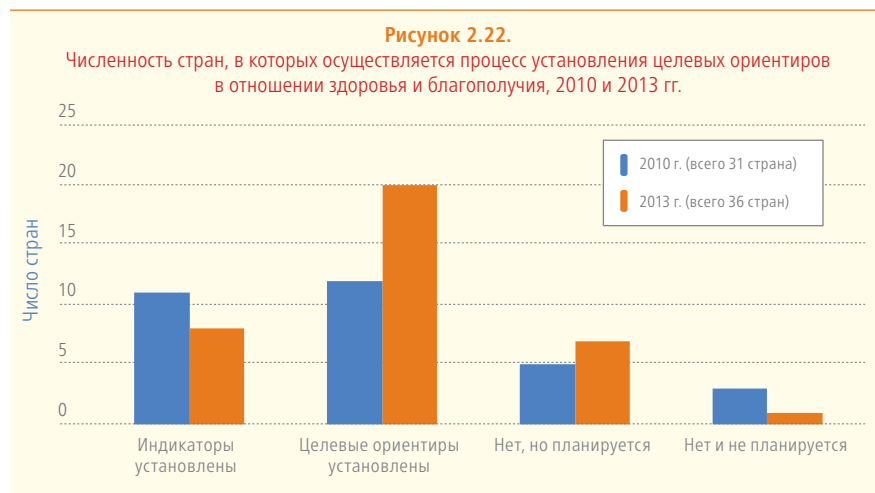
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (11).

Свыше 50% стран определили цели и наметили целевые ориентиры в отношении показателей здоровья и благополучия

Растет число стран, устанавливающих национальные цели, ориентиры и конкретные индикаторы для мониторинга прогресса в улучшении здоровья и повышении уровня благополучия своих граждан. В 2010 г. почти в 40% стран были намечены целевые ориентиры и еще в 35% – установлены индикаторы без конкретных целевых ориентиров; в 2013 г. доля стран с поставленными целевыми ориентирами выросла до 56%. За период с 2010 по 2013 г. также увеличилось число стран, планирующих установить целевые ориентиры и индикаторы (рис. 2.22) (61). Эта растущая тенденция является подтверждением того, что в Регионе продолжается поступательный процесс претворения в жизнь концептуального видения политики Здоровье-2020 (см. вставку 2.9, в которой приведен показательный пример установления национальных целевых ориентиров в Австрии).

Растут масштабы осуществления стратегий здравоохранения, выстроенных в соответствии с положениями политики Здоровье-2020

Все больше и больше стран завершают три основных этапа в процессе создания национальных стратегий здравоохранения, базирующихся на концептуальных принципах политики Здоровье-2020: разработка политики, ее внедрение и создание механизмов подотчетности. В Регионе растут масштабы разработки политики: 58% стран сообщили о том, что их политика в 2010 г. соответствовала принципам политики Здоровье-2020, и 67% из них имеют всеобъемлющие стратегии в области здравоохранения. В 2013 г., через год после принятия политики Здоровье-2020, доля стран со стратегиями, соответствующими принципам политики Здоровье-2020, повысилась до 70%, причем 85% из них имели всеобъемлющую политику в области здравоохранения (рис. 2.23). Политика считается соответствующей принципам политики Здоровье-2020, если она включает в себя всеобъемлющую национальную стратегию здравоохранения или другую стратегию, направленную на достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, сокращение основных причин бремени болезней, воздействие на ключевые детерминанты здоровья и благополучия и укрепление систем здравоохранения.



Источник: Качественные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 (61).

Вставка 2.9.

Установление национальных целевых ориентиров в отношении здоровья в Австрии

Исходные сведения

Широкий процесс разработки 10 целевых ориентиров в отношении здоровья в Австрии осуществлялся под руководством Федерального министерства здравоохранения. Для установления ориентиров был создан комитет, в состав которого вошли представители почти 40 государственных органов власти на федеральном, региональном и местном уровнях, а также представители органов социального страхования, партнерских организаций социального сектора, пациентов, детей и подростков, пожилых людей и неблагополучных в социально-экономическом отношении групп. Летом 2012 г. Федеральная комиссия здравоохранения и Совет министров Австрии официально утвердили 10 целевых ориентиров, охватывающих широкий круг областей (здоровые условия жизни и труда, социальная справедливость в вопросах здоровья, медико-санитарная грамотность, здоровое детство, физическая активность, питание, психосоциальное здоровье, благоприятная окружающая среда и оказание медицинской помощи). С этого момента началась вторая стадия процесса, в ходе которой

основное внимание уделялось формулированию более конкретных целевых ориентиров, а также мерам реализации.

Достигнутые результаты и дальнейшая перспектива

Для каждого целевого ориентира в области здравоохранения будет создана межсекторальная рабочая группа. Уже действуют пять рабочих групп; четыре из них представили проекты заключительного доклада с конкретными целевыми ориентирами и привязанными к ним планами реализации, включающими следующие задачи:

- обеспечить для всех групп населения благоприятные для укрепления здоровья условия жизни и труда, наладив для этого сотрудничество между всеми сферами общества и направлением политики;
- создать для всех людей, независимо от пола, принадлежности к социально-экономической группе, этнического происхождения и возраста, справедливые и равные возможности для поддержания здоровья;

- повысить грамотность населения в вопросах здоровья;
- обеспечить для детей и молодежи наилучшие условия для здорового роста и развития.

Продолжает свою деятельность рабочая группа по целевому ориентиру, посвященному развитию здоровой и безопасной физической активности в повседневной жизни путем создания надлежащих условий окружающей среды. Редакционный комитет проводит регулярные совещания для обсуждения ключевых элементов прогресса, важных этапных показателей и результатов.

Достижение целевых ориентиров будет отслеживаться на различных уровнях. Поскольку эти ориентиры охватывают широкий круг детерминант здоровья, соответствующим образом построена схема мониторинга, которая включает индикаторы процесса и результатов. Мониторинг хода реализации осуществляется в условиях гласности, способствует развитию сотрудничества и позволяет вносить необходимые видоизменения в процессе работы.

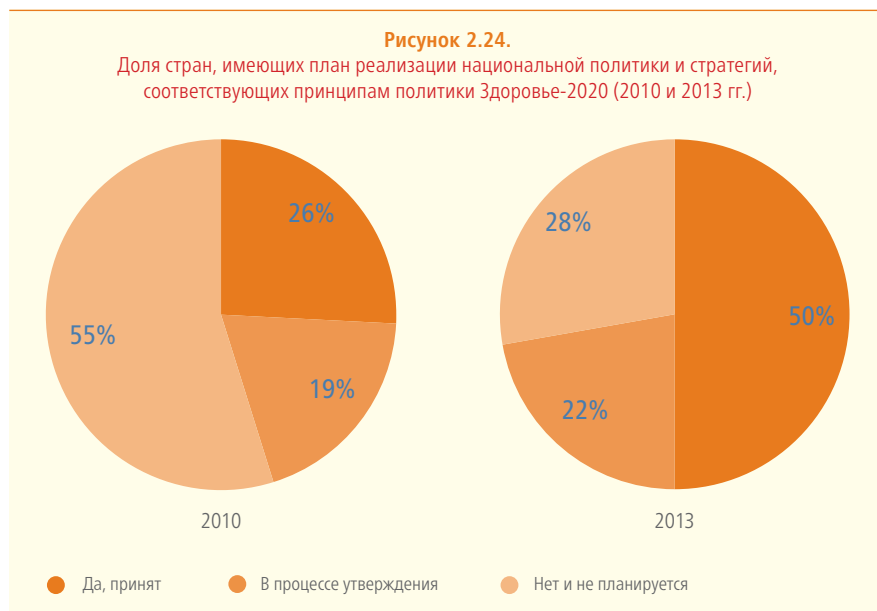
По мере того как в различных странах Региона разрабатывается все больше национальных стратегий по вопросам здоровья и благополучия, растет и число планов, составляемых для реализации таких стратегий. В 2010 г. 45% стран имели такой план или осуществляли его разработку; более чем в половине из этого числа стран планы были официально утверждены. К 2013 г. 50% стран имели утвержденный план реализации и еще в 22% стран план находился в процессе утверждения (рис. 2.24).

В 2010 г. 45% стран сообщили о том, что у них имеется механизм подотчетности для политики, в 19% стран, предоставивших сведения, этот механизм уже был принят и в 26% находился на стадии разработки. В 2013 г. доля стран с наличием такого механизма повысилась до 72% (рис. 2.25). Механизмы подотчетности определяют процессы установления целевых ориентиров, порядок представления в парламент текущих отчетов или проведения независимой оценки хода осуществления политики (61). Эти элементы развития политики расцениваются как позитивные шаги в ходе реализации концептуального видения политики Здоровье-2020 в отношении улучшения здоровья и повышения показателей благополучия в странах Региона. Данные по индикаторам национальной политики собраны главным образом посредством странового опроса (см. вставку 2.6).

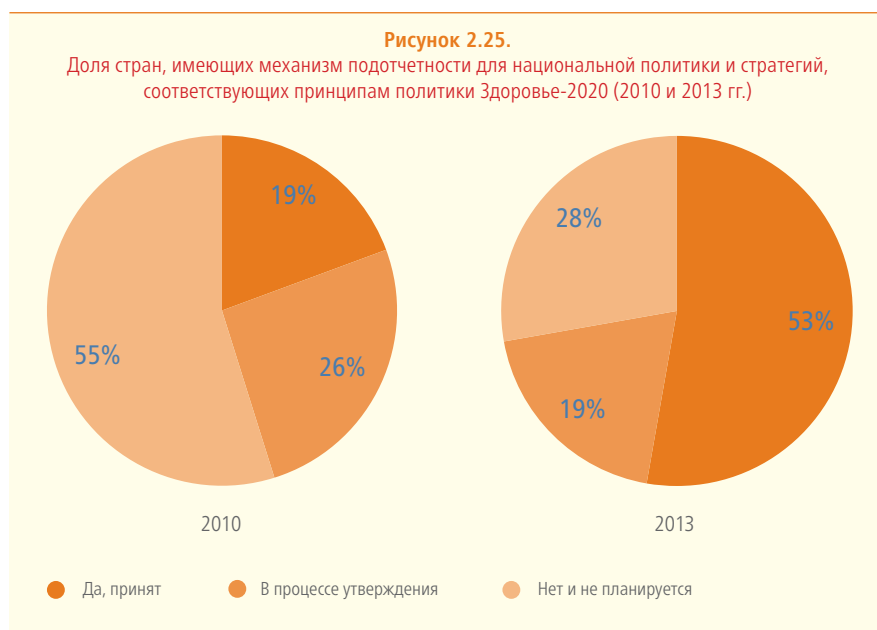


Примечание: 31 страна предоставила сведения в 2010 г. и 36 – в 2013 г.


Источник: Качественные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 (61).




Примечание: 31 страна предоставила сведения в 2010 г. и 36 – в 2013 г.
Источник: Качественные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 (61).



Примечание: 31 страна предоставила сведения в 2010 г. и 36 – в 2013 г.
Источник: Качественные индикаторы для мониторинга достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020 (61).



03



Благополучие и его культурные контексты

Ключевые положения

Одобрив политику Здоровье-2020, государства-члены дали Европейскому региональному бюро ВОЗ мандат на комплексную оценку и предоставление сведений о благополучии европейского населения.

Благополучие – это объединяющее понятие, которое актуально для многих секторов государственного управления. Разработка вопросов благополучия дает важную возможность для принятия общегосударственного подхода к улучшению здоровья европейского населения.

Растущий объем фактических данных показывает следующее:

- благополучие можно надежным образом измерять на местном и национальном уровнях;
- измеряемые показатели демонстрируют определенные аспекты, не охватываемые другими методами измерений;
- разработка политики, которая учитывает вопросы благополучия, может улучшать осуществление медико-санитарных программ, предоставление услуг и благ.

Состояние благополучия воспринимается на субъективном, индивидуальном уровне. Однако его также можно охарактере-

ризовать с использованием ряда объективных популяционных показателей, таких как образование, доход и жилищные условия. Учет всего комплекса сложных аспектов субъективного благополучия требует применения многопрофильного, комплексного научно-исследовательского подхода с позиций здоровья. Это подразумевает более устойчивое и последовательное использование различных типов качественных параметров для улучшения количественных данных, поступающих в рамках опросов по показателям благополучия.

Сравнение данных субъективного благополучия между группами с весьма различными культурными особенностями остается актуальной задачей. Поскольку культурные контексты оказывают существенное влияние на благополучие, их значимость для благополучия и здоровья в общем плане нуждается в более систематическом исследовании.

Для передачи информации по вопросам благополучия необходим коллективный подход с более полным учетом мнений местных сообществ. Вертикальные (в направлении сверху вниз) схемы передачи информации по вопросам культуры и благополучия, по всей вероятности, не позволяют отразить широкое разнообразие культурных контекстов, в которых существуют здоровье и благополучие.

В январе 2015 г. ВОЗ приступила к составлению обзора культурных контекстов здравоохранения, который направлен на синтез фактических данных относительно влияния культуры на благополучие и здоровье в более широком плане. Одна из ее долгосрочных задач – создание более совершенного набора инструментов и методик для измерения и передачи данных по благополучию.

Введение

В Европе и во всем мире правительства все большего числа стран начинают проявлять интерес к пониманию, измерению и повышению благосостояния населения. На основе десятилетнего опыта научных исследований по проблемам благополучия и в смежных областях растет доказательная база данных, свидетельствующая о том, что уровень благополучия можно

достоверно измерять; что при этом можно оценивать параметры, не охватываемые другими показателями; и что разработка стратегий с учетом вопросов благополучия может способствовать улучшению реализации программ, услуг и полезных воздействий в различных секторах.

В мире, где социальная взаимозависимость становится все более очевидной, концепция благополучия является вполне приемлемым объединяющим фактором. Критерии благополучия, выступающие в качестве компаса, по которому общество ориентируется в своем развитии, можно в равной мере использовать в таких областях, как образование, финансы, искусство и культура. Эта концепция имеет ключевое значение для претворения в жизнь определения здоровья, сформулированного ВОЗ.

В настоящей главе рассматриваются некоторые проблемы, возникающие при попытках количественной оценки качественного по своей сути понятия субъективного благополучия, а также способы решения этих проблем. Главными из них являются пути, по которым культурные контексты влияют на благополучие (и в более широком плане на здоровье). В последние годы становятся все более очевидными важнейшие пути, по которым культура воздействует на восприятие здоровья и доступ к услугам здравоохранения.

Глава завершается объяснением, почему важно изучать культурные контексты здоровья и благополучия на уровне ВОЗ и почему это имеет ключевое значение в условиях общегосударственного подхода и принципа участия всего общества, к которым призывает политика Здоровье-2020. В ней также анализируется, как развитие междисциплинарного подхода к измерению и передаче данных по благополучию (и здоровью) может помочь разработчикам политики понять конкретные потребности различных в культурном отношении групп населения в области здоровья и благополучия.

Благополучие и здоровье

Взаимосвязи между здоровьем и благополучием носят фундаментальный и двусторонний характер, и по ряду причин благополучие населения имеет важное значение для сектора здравоохранения.

- Благополучие предлагает более всеобъемлющую модель здоровья, которая не отделяет духовное от телесного.
- Благополучие – это категория, понятная и значимая для всех людей.
- Более высокие уровни благополучия коррелируют со сниженными рисками болезней и травм, более полноценным функционированием иммунной системы, ускоренным выздоровлением и долголетием (63, 82, 83).
- Благополучие имеет прогностическую ценность. Так, например, по уровням удовлетворенности жизнью можно предсказывать определенные поведенческие проявления, такие как суицид (84).

Кроме того, так же как и показатели дохода являются недостаточным косвенным индикатором прогресса общества, показатели заболеваемости и смертности не позволяют получить целостную картину здоровья населения. Фактические данные четко показывают, что люди могут жить счастливо, несмотря на психическое заболевание, и наоборот, их качество жизни может быть низким, несмотря на хорошее психическое здоровье (85).

Связь между политикой Здоровье-2020 и вопросами благополучия

Понятие благополучия занимает центральное место в определении здоровья, приведенном в преамбуле Устава ВОЗ: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» (86). Несмотря на то что это определение остается неизменным с 1948 г., его реальное воплощение в жизнь оказалось сопряженным со значительными трудностями. В течение десятилетий ВОЗ предпринимала активные попытки, направленные на укрепление здоровья целостным образом, к чему призывает данное определение. Наиболее заметные шаги в этом направлении – Алма-Атинская декларация и последующее развитие движения «Здоровье для всех», а также Оттавская хартия по укреплению здоровья (87, 88). Однако преобладающее внимание по-прежнему уделялось не комплексной оценке физического и психического благополучия, а сокращению смертности, заболеваемости и инвалидности.

Политика Здоровье-2020 – новый шаг на пути устранения этого дисбаланса. Концептуальное видение заключается в том, чтобы дать странам Европейского региона ВОЗ основу для развития такой политики здравоохранения, в которой все люди получают возможности и поддержку для достижения полного потенциала здоровья и благополучия на протяжении жизни. В основах политики Здоровье-2020 содержится синтез всего того, что мы в последние годы узнали о роли и значении здоровья. В них детально рассмотрены положения о том, что достижение наивысшего уровня здоровья на всех этапах жизни – это фундаментальное право каждого, а не привилегия избранных. В них подчеркивается, что хорошее здоровье людей всех возрастов является ценным ресурсом и источником экономической и социальной стабильности, имеющим ключевое значение для сокращения масштабов бедности и обеспечения устойчивого развития. Крайне важным является то, что хорошие показатели здоровья нельзя рассматривать как результат работы лишь одной отрасли: устойчивое улучшение здоровья и повышение уровня благополучия людей при соблюдении принципа социальной справедливости – это итог реализации эффективной политики, охватывающей все компоненты государственного управления, а также коллективных усилий всего общества.

Механизм мониторинга политики Здоровье-2020: измерение уровня благополучия

Анализ, измерение и регистрация показателей благополучия представляют фундаментальную важность для политики Здоровье-2020, и при осуществлении с тщательным учетом факторов культуры послужат важным вкладом в успешную реализацию политики. Именно поэтому в механизм мониторинга, разработанный в консультации с государствами-членами, был включен в качестве одного из основных компонентов целевой ориентир по повышению уровня благополучия европейского населения (3).

Без наличия четкой стратегии для измерения и подачи качественных и количественных сведений о благополучии невозможно оценить степень успешности стратегических вмешательств, направленных на повышение уровня благополучия. Кроме того, включение параметров благополучия в механизм

мониторинга представляет собой пример применения общегосударственного подхода в политике Здоровье-2020. С учетом объединяющей природы данного понятия сам по себе процесс измерения благополучия открывает возможности для сотрудничества между различными отраслями и ведомствами. Для ВОЗ это означает возможности для обмена и распространения знаний среди учреждений культуры, охраны окружающей среды и образования, включая работу по проблеме выброса парниковых газов в городской среде и вопросам благополучия как часть деятельности сети «Здоровые города» (89, 90).

Обзор проведенной работы

Начало деятельности Европейского регионального бюро, посвященной разработке показателей благополучия, было ознаменовано публикацией «Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г. – курс на благополучие». На момент его выхода в свет Региональное бюро приступило к процессу консультаций с техническими экспертами и государствами-членами, одним из первых результатов которых явилось следующее наиболее общее рабочее определение (91):

Благополучие существует в двух измерениях – субъективном и объективном. Это понятие включает жизненный опыт индивидуума и сравнение переживаемых жизненных обстоятельств с существующими социальными нормами и ценностями.

После издания доклада, в ходе совещаний рабочей группы в 2013–2014 гг. были сформулированы как субъективные, так и объективные индикаторы (62, 92–94). Рекомендуя надлежащие индикаторы благополучия, совещания экспертов руководствовались рядом всеобъемлющих принципов, основным из которых было использование важных стандартных критериев, таких как лицевая (номинальная) и конструктивная валидность. Однако с учетом различного уровня имеющихся в странах возможностей для предоставления необходимых сведений было решено, что вторым ключевым требованием для отобранных индикаторов должна быть их рутинная доступность в большинстве из 53 стран Европейского региона. Исходя из этих соображений, экспертная группа рекомендовала использовать шесть ключевых индикаторов – пять объективных и один субъективный.

Индикаторы объективного благополучия

Основные индикаторы, отобранные для измерения объективного благополучия, охватывают четыре следующие сферы: степень развития социальных связей, экономическая безопасность и доход, природная и антропогенная среда и образование. Лишь две рекомендации непосредственно связаны с целевым ориентиром политики Здоровье-2020 по благополучию:

- возможность получения социальной поддержки (область социальных связей);
- процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами (область природной и антропогенной среды).

Остальные основные индикаторы объективного благополучия отражены в других компонентах механизма мониторинга, описанных в главе 2:

- коэффициент Джини (область экономической безопасности и дохода);
- уровень безработицы, в разбивке по возрасту и полу (область экономической безопасности и дохода);
- доля детей, достигших возраста, установленного для начала школьного обучения, не посещающих школу (область образования).

Три оставшихся индикатора были также расценены как вполне адекватные для оценки объективного благополучия, однако поскольку в масштабе Региона данные по ним чаще всего отсутствуют, было принято решение отнести их к категории дополнительных индикаторов. Речь идет о следующих индикаторах:

- процент одиноко проживающих лиц в возрасте 65 лет и старше (область социальных связей);
- общий объем семейного потребления (область экономической безопасности и дохода);
- процент населения с образованием не ниже среднего (область образования).

Основной индикатор субъективного благополучия

В качестве основного индикатора субъективного благополучия рекомендовано было выбрать степень общей удовлетво-

ренности жизнью. Несмотря на то что он обеспечивает лишь минимальный охват данной концепции, экспертная группа выразила общее мнение, что удовлетворенность жизнью – это наиболее широко доступный индикатор, и поэтому он лучше всего подходит для целей региональной отчетности (62).

Мониторинг субъективного благополучия: некоторые проблемы

Решение об использовании понятия удовлетворенности жизнью в качестве наиболее подходящего индикатора (на данной ранней стадии) для оценки субъективного благополучия было достаточно очевидным. Тем не менее остаются многочисленные концептуальные и практические вопросы, связанные с проведением мониторинга субъективного благополучия. При этом сохраняется скептическое отношение к тому, может ли субъективное благополучие представлять собой в полной мере значимую и достоверную конструкцию для включения в механизмы международной отчетности. Поскольку полноценное отражение субъективного благополучия лежит в центре представлений ВОЗ относительно будущей отчетности по вопросам благополучия, важно тщательно учитывать вышеуказанные опасения и проводить работу по углублению понимания и преодолению тех или иных ограничений, свойственных собираемым данным. Без этой работы представление о пользе данных по субъективному благополучию для разработчиков политики может быть ограничено лишь анализом национальных тенденций в их динамике.

Дальнейшее развитие с опорой на рабочее определение благополучия

В дополнение к новому рабочему определению благополучия, приведенному в «Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г.», были намечены дальнейшие аспекты уточнения этого понятия. В различных странах может быть в целом достигнуто согласие относительно тех основных факторов, которые важны для благополучия (таких как здоровье, природная среда, уровень образования и др.), однако степень значимости

тех или иных факторов и механизмы их собственного формирования подвержены существенной межкультурной вариативности. В этой связи государства, которые хотят измерить благополучие своего населения, часто считают необходимым начать с этапа публичных консультаций, для того чтобы лучше понять национальный характер концепции благополучия. В результате такой консультации, проведенной в Италии, в число 12 областей национального благополучия было включено понятие «ландшафтное и культурное наследие» – этот фактор не учитывался в других европейских странах (95).

В докладе далее было отмечено, что субъективное благополучие можно детализировать по более частным аспектам, помимо удовлетворенности жизнью, таким, например, как эмоциональное благополучие (позитивный и негативный аффект), позитивное функционирование (ощущение жизненного предназначения и значимости жизни) и социальное благополучие (в частности, понятие жизненной стойкости). Эти концепции продолжают играть важную роль в попытках, предпринимаемых учеными и статистиками для оптимизации определения и учета субъективного благополучия. Вместе с тем они ведут к вопросам о сопоставимости данных, собираемых в различных условиях, с учетом важных механизмов формирования эмоциональных реакций и социальных ожиданий под влиянием культурных ценностей, убеждений и общественных норм.

Субъективность

Одной из фундаментальных проблем в отношении валидности параметров субъективного благополучия является сама природа субъективности. Как и применительно к любым данным, поступающим от респондентов опроса, нет конечной истины для сравнения с субъективной оценкой своего благополучия индивидуумом, нет и внешних эталонов для валидации такой оценки. Индивидуальные респонденты, отвечая на вопрос «Насколько вы сегодня удовлетворены своей жизнью?», не всегда сами уверены в правильности собственных ответов.

Поэтому утверждение о достоверности индикаторов субъективного благополучия для многих людей на интуитивном уровне является сомнительным. Тем не менее фактические

данные, полученные в ходе свыше четырех десятилетий исследований, все в большей мере демонстрируют, что показатели субъективного благополучия и особенно параметры удовлетворенности жизнью могут содержать надежную, достоверную и важную информацию, которую невозможно собрать путем использования лишь объективных индикаторов (96). Уделялось настолько большое внимание тому, как респонденты отвечают на вопросы о субъективном благополучии, что во многих случаях сегодня больше известно о задействованных механизмах и сильных и слабых сторонах данных, чем о путях, по которым, например, культурные факторы влияют на сбор эпидемиологических данных.

Сопоставимость

Одна из основных трудностей в решении задач ВОЗ по измерению субъективного благополучия относится к межстрановой сопоставимости данных. Важными остаются вопросы относительно той степени, в которой индикаторы субъективного благополучия подвержены искажениям в результате культурных различий между группами населения. Проблемы межкультурной сопоставимости можно разделить на два основных типа: методологические (то, как построены опросы и как отвечают респонденты) и эпистемологические (то, в какой мере различаются системы убеждений респондентов).

Методологическая полноценность – с точки зрения межкультурной сопоставимости – тех вопросов, по которым пытаются оценить другие аспекты субъективного благополучия, такие как позитивные и негативные эмоции (аффекты), все еще часто является предметом споров между учеными. Некоторые примеры проблем, часто обсуждаемых в академической литературе, перечислены во [вставке 3.1](#).

Преобладающую часть этих методологических вопросов можно решить путем тщательного планирования и точного перевода вопросников. Более сложные проблемы межкультурной сопоставимости носят эпистемологический характер: они относятся к тому, какой в различных культурах видится идеальная индивидуальная жизнь. Так, в ряде исследований показано, как культуры, которые придают более высокую ценность

идеалам скромности, влияют на ответы респондентов относительно субъективного благополучия, что приводит к более низким показателям самооценки (97).

Общий вывод, который был сделан из научных исследований, сравнивающих индивидуалистические культуры (к которым часто относят западное общество) и коллективистские культуры (те, которые считаются более типичными для стран Восточной Азии), заключается в том, что универсальность и культурная специфичность – это две стороны одного и того же процесса. Таким образом, универсальная концепция удовлетворенности жизнью тесно связана с культурно-специфичными детерминантами, такими как независимость и взаимозависимость. Соответственно, степень сопоставимости показателей благополучия между культурами зависит от степени сопоставимости идеальных представлений о личности, свойственных этим культурам (98, 99).

Вставка 3.1.

Факторы, влияющие на межкультурную сопоставимость параметров субъективного благополучия

Язык

Следует тщательно учитывать аспекты семантической и понятийной эквивалентности. Семантическая эквивалентность относится к выбору терминов и смысловых конструкций для обеспечения адекватности перевода. Понятийная эквивалентность отражает ту степень, в какой определенное понятие существует в языке, на который производится перевод, вне зависимости от выбора лексических средств. Могут возникать и оперативные трудности, связанные с употреблением средств смыслового выделения в языках, не использующих латиницу (например, таких как применение заглавных букв).

Когнитивные проблемы

«Лестница Кантрила», используемая в Шкале самооценки удовлетворенности жизнью (см. раздел, посвященный целевому ориентиру 4 в главе 2), оказалась когнитивно сложной для использования в различных культурных контекстах, в частности, поскольку формулировки, применяемые для вводного разъяснения

данной методики, имеют относительно затрудненный для понимания характер. Также может быть неодинаково полезным во всех культурах использование метафорических конструкций.

Влияние контекста

При самооценке переживаемого благополучия краткосрочные события могут оказывать значительное влияние на баллы, которые присваивает респондент. Так, например, если опрос проводится в воскресенье, результаты самооценки переживаемого благополучия, как правило, в среднем выше, хотя и здесь могут возникать межкультурные различия: так, в мусульманских сообществах более высокими являются баллы, присваиваемые в пятницу, поскольку этот день там посвящен молитве, когда большинство людей не работают.

Систематическая ошибка в ответах

В некоторых культурах может быть привычным использование балльных оценок по шкале от 0 до 10, но трудно сказать, действительно ли присвоенные баллы

отражают истинное различие в уровнях субъективного благополучия или же речь идет о закрепленном в культуре стандартном подходе к использованию любых подобных шкал.

Функция единицы тестирования

Отдельные пункты вопросников, например предусматривающие оценку жизни на предстоящие пять лет, в некоторых культурах функционируют хуже, чем в других.

Резюме

Надлежащая методика проведения опроса имеет важнейшее значение для сведения к минимуму ошибки измерения: сюда относятся составление и валидация анкеты, адекватная методика перевода (например, практика обратного перевода), когнитивное тестирование и др. В любом случае следует соблюдать осторожность при международных сравнениях, поскольку межкультурная сопоставимость показателей субъективного благополучия еще нуждается в дальнейших исследованиях (96).

Предоставление отчетных сведений по вопросам благополучия

В теории, использование более трудоемких (и дорогостоящих) методов анкетирования могло бы свести к минимуму некоторые из вышеописанных недостатков, однако текущая ситуация такова, что степень удовлетворенности жизнью – это единственный индикатор субъективного благополучия, по которому ВОЗ может предоставлять сведения. Принятие весьма общего определения благополучия было необходимым первым шагом к формированию серьезного отношения к этому вопросу. Тем не менее может ли ВОЗ, опираясь только на один индикатор, дать значимые соображения относительно благополучия в культурно разнородном Европейском регионе?

Второй, вероятно, более важный и сложный вопрос заключается в том, как ВОЗ должна подходить к путям передачи информации по вопросам благополучия. Даже если будет достигнут консенсус в том, что измерения субъективного благополучия в целом достоверны в сопоставлении между странами, вряд ли окажется возможным (или даже желаемым, если принимать в расчет культурное разнообразие) когда-либо установить последовательные универсальные корреляты между благополучием и его детерминантами. В большей степени, чем основная часть других понятий, благополучие не только выигрывает от использования подходов «снизу вверх», но и фундаментальным образом определяется этими подходами.

В худшем случае исследования благополучия могут быть подвержены избыточному и нежелательному влиянию «нормативной наивности» (100). Традиционные доклады по проблемам благополучия часто предлагают «формулу благополучия», которую составили и используют страны, имеющие высокие баллы в глобальных опросах по уровням благополучия. Скептики могут рассматривать такие формулировки как бесполезные и неадекватно упрощенные, отражающие лишь частные философские нормы и неприменимые к иным культурным контекстам.

Кроме того, такие вертикальные (сверху вниз) схемы отчетности по вопросам культуры и благополучия, по всей вероятно-

сти, не позволяют отразить широкое разнообразие культурных контекстов, в которых существуют здоровье и благополучие. Если коммуникационный процесс сводится к передаче информации лишь в одном направлении, теряется ценность коммуникации как ресурса для построения диалога и наведения мостов. Надлежащая политика высокого уровня должна опираться на «низовые» представления о благополучии.

Культурные контексты измерения субъективного благополучия

Для объяснения различий между странами в отношении их данных по субъективному благополучию нередко применяется понятие «культура». Влияние культуры обычно рассматривается в двух формах: культурные предубеждения (cultural bias) и культурное воздействие (cultural impact). Культурные предубеждения влияют на формулирование ответов в опросе (но также относятся в определенной степени к самому процессу составления или перевода вопросника на другие языки), таким образом вызывая нежелательные отклонения и разброс в данных субъективного благополучия (шум), особенно при выполнении межстрановых сопоставлений. Причины этого типа шума множественные. Например, это может быть результат различий языка, числовых оценок или путей эмоционального выражения. Так, в частности, было отмечено, что для некоторых культур европейских стран характерны завышенные представления людей о себе, которые помогают поддерживать самооценку, однако приводят к более высоким баллам благополучия при сравнении с другими культурами, в которых это не принято (примером являются некоторые культуры в Восточной Азии) (101).

Культурные предубеждения приводят к шуму, который необходимо учитывать в максимально возможной степени либо при планировании опроса, либо в ходе анализа данных. Все в большей степени, однако, сходятся мнения – по крайней мере среди статистиков (если не антропологов) – в том, что на практике значимые межнациональные сравнения все же возможны и что суждения о благополучии не являются полностью относительными (102).

Если это действительно так, то, вероятно, фокус внимания исследователей смещается от культурных предубеждений в сторону культурных воздействий. Культура перестает восприниматься как фактор, имеющий значение только для совершенствования методов опроса, и вместо этого расценивается как внутреннее благо, которое причинно связано с самим переживанием благополучия. Так, например, если доверять сравнительным данным, свидетельствующим о том, что жители Латинской Америки устойчивым образом сообщают о более высоких уровнях удовлетворенности жизнью, чем жители любого другого региона, то можно вполне обоснованно заключить, что культурные отношения играют роль в формировании более высокого уровня жизненной стойкости перед лицом экономических лишений.

Потребность в мультидисциплинарных подходах

Растущее международное внимание к проблемам благополучия позволяет генерировать новые интересные и ценные данные (103). Появление возможностей для получения статистических данных, которые демонстрируют, например, корреляцию некоторых аспектов благополучия с повышением уровня выживания, позволяет намного более аргументированно убеждать министерства здравоохранения в необходимости серьезного отношения к проблемам благополучия. В настоящее время, однако, комплексный подход к пониманию и измерению благополучия в большинстве стран отсутствует.

Фактические данные позволяют предполагать, что важный вклад в формирование благополучия вносят такие факторы социальной сплоченности, как доверие, толерантность и солидарность. Но это комплексные, культурно-специфичные и многогранные в лингвистическом отношении термины. Эти факторы и понятия также долго были объектом исследований учеными по широкому кругу дисциплин. Так, например, было отмечено, что Дания систематически входит в число пяти стран с наиболее счастливым населением в мире, потому что в ней имеются высокие уровни социальной сплоченности (104). Этот вид анализа, однако, не представляет значительной ценности для разработчиков политики, которым необходимо продвигать конкретные вмешательства. Что вызывает эту со-

циальную сплоченность? Какие исторические факторы играют роль? Что говорят культурные артефакты Дании, такие как литература, архитектура или средства массовой информации о точной направленности датских ценностей?

На сегодняшний день значительный объем повествовательного материала, относящегося к вопросам культуры в контексте научных исследований по проблемам благополучия поступает из сферы кросскультурной психологии. Основная идея этих материалов состоит в том, что коллективистские культуры (определенные в литературе как те, что в основном типичны для Восточной Азии) подчеркивают семейные, общинные и групповые ценности, в то время как индивидуалистические культуры (часто относимые к западному обществу) подчеркивают личные достижения и индивидуальное самовыражение (105). Это, в свою очередь, влияет на то, как воспринимается и формулируется понятие благополучия. Однако в кросскультурной психологии имеется также обширная литература, которая предлагает и другие конструкты (такие как потворство своим желаниям в сравнении с самоограничением, универсализм в сравнении с партикуляризмом, личные достижения в сравнении с аскрипцией и т. д.) (106–108). В литературе по вопросам связей культуры и субъективного благополучия эти темы затронуты лишь незначительно. Для того чтобы получить более полное понимание благополучия (и особенно эмоций, которые на него влияют), ученые высказывают идеи о важности не только выхода за рамки дихотомии «индивидуализм – коллективизм», но и рассмотрения благополучия в культурных контекстах за пределами той произвольной границы, которая разделяет общества на восточные и западные (109).

Помимо кросскультурной психологии, влияние других дисциплин в литературе по благополучию менее заметно. Антропологи, в частности, отметили, что на местном уровне по-прежнему в значительной степени игнорируются важные антропологические исследования по самооценке и значению аффективного поведения (110). Аналогично исследователи проблем коммуникации подчеркнули идею культуры как основы, на которой строятся значения здоровья и благополучия (111). Для научного направления, которое, по всеобщему признанию, является междисциплинарным, пока еще недостаточно внимания или вклада в исследования по благополучию со стороны

более широкого круга дисциплин за пределами социологии, психологии и экономики. И все же, принимая утверждение, что исторические события, значения слов или общепризнанные нормы и практика влияют на то, как страны, сообщества и индивидуумы ощущают удовлетворенность жизнью (или фактически индивидуальное здоровье) и сообщают о ней, безусловно следует использовать знания экспертов в области культуры из тех стран, где вопросы благополучия изучаются и сопоставляются (112).

По крайней мере, отчасти ограниченность взаимодействий между теми, кто анализирует данные (социологи, экономисты, статистики), и теми, кто анализирует контекст (исследователи литературы и коммуникации, историки, антропологи), проистекает из проблем определения понятий. Для того чтобы культура поддавалась количественному определению применительно к благополучию, ее необходимо четко определить. Антропологи и исследователи в гуманитарных областях, однако, отмечают, что при попытках четко сформулировать идеи о том, что представляет собой культура, игнорируются внутренняя динамика, изменения и зыбкая природа собственно этого понятия. Антропологи особенно избегают использования таких терминов, как «русская» или «испанская» культура, или даже «восточная» и «западная» культура, предпочитая вместо этого обсуждать культурные тенденции, которые имеют социальную конструкцию (113–115). Однако реальная потребность в измерении крайне сложных поведенческих проявлений постоянно вынуждает аналитиков использовать редукционистскую концепцию культуры, подчеркивая все переменные, относящиеся к тем феноменам, которые легче измерить, и отодвигая на задний план все, что трудно определить, – то, что остается неточным или связанным с нематериальными и универсальными аспектами культуры (116).

Взгляд ВОЗ на проблему культурных контекстов здоровья (ККЗ)

В последнее десятилетие растущее число инициатив, относящихся к медицине и общественному здоровью, сформиро-

вало основу для повторного анализа важности культурных контекстов применительно к здоровью. Концепция культуры, например, прочно закреплена в повестке дня развития на период после 2015 г., и в концептуальной записке, недавно опубликованной Группой Организации Объединенных Наций по вопросам развития, подчеркивается значительный вклад, который культурная динамика может внести в улучшение здоровья людей (117). В конце 2014 г. в журнале «Ланцет» был опубликован обширный доклад, подготовленный группой внешних экспертов по вопросам культуры и здоровья, в котором утверждается, что игнорирование культуры – это одно из основных препятствий для развития социально справедливой медицинской помощи (118). Спонсоры и советы по научным исследованиям наращивают объем поддержки для проведения более многопрофильных, комплексных научных исследований в области здравоохранения (например, с привлечением медицинской культурологии). Взятые вместе, эти инициативы можно охарактеризовать как примеры того, что было описано как «пятая волна» (119) в общественном здравоохранении – фаза, которая нацелена на всесторонний учет субъективных факторов и жизненных переживаний в деле охраны и улучшения здоровья людей.

Как мы пытались продемонстрировать в данной главе, анализ, измерение и предоставление сведений о благополучии населения находится под сильным влиянием культурных контекстов; более полное понимание этих контекстов, таким образом, имеет ключевое значение для выполнения мандата ВОЗ – повысить уровень благополучия в Европейском регионе. Для того чтобы помочь ВОЗ проанализировать эти важные проблемы, а также сформулировать предложение о том, как их решить, Европейское региональное бюро ВОЗ предприняло обзор ККЗ и сформировало группу экспертов, первое совещание которой состоялось в январе 2015 г. В состав группы входят консультанты (общим числом 21), представляющие различные дисциплины и профессии: эпидемиологи, статистики, специалисты общественного здравоохранения, а также представители научно-академического сообщества в таких областях, как культурология (в частности, медицинская), история, философия, антропология, коммуникации, география и культуральная психология.

Группа экспертов начала свою работу, согласившись с определением понятия «культура», опубликованным во Всеобщей

декларации о культурном разнообразии ЮНЕСКО (120), которая подтвердила следующее:

культура должна рассматриваться как совокупность присущих обществу или социальной группе отличительных признаков – духовных и материальных, интеллектуальных и эмоциональных – и что помимо искусства и литературы она охватывает образ жизни, «умение жить вместе», системы ценностей, традиции и верования.

Кроме того, группа рекомендовала ВОЗ:

- собрать имеющиеся данные количественных и качественных научных исследований и описания примеров из практики, которые иллюстрируют влияние культуры на здоровье и благополучие, и наметить полезные стратегические вмешательства;
- содействовать более активному проведению научных исследований по проблемам кросскультурных оценок и сравнимости данных субъективного благополучия;
- повысить уровень предоставляемых сведений по вопросам благополучия и здоровья путем использования новых типов фактических данных, в частности результатов качественных и количественных исследований по различным академическим дисциплинам и по широкому кругу культурных контекстов;
- использовать культуроцентрические инклюзивные подходы, предусматривающие вовлечение местных сообществ в поиск ответа на вопрос, что означает «быть благополучным и здоровым», с применением чувствительных методик и измеримых характеристик, и всемерно развивать пути обмена культурными ресурсами благополучия и здоровья.

Использование повествовательных форм информации здравоохранения

Инновационной рекомендацией экспертной группы было предложение в адрес ВОЗ рассмотреть возможность использования, в дополнение к региональной отчетности по вопросам благополучия, также других форм фактических данных из широкого спектра дисциплин. Так, например, систематический анализ исторических записей, антропологических наблюдений или других типов культурных сведений может дать значительный объем информации здравоохранения относительно благополучия групп, сообществ и даже наций. Однако необходимо

вначале преодолеть предвзятое мнение о том, что этот род информации слишком «неконкретный» для общественного здравоохранения. Вместо этого следует сосредоточить внимание на аспектах валидности так же, как это происходит с более традиционными формами данных.

Когда ВОЗ предоставляет сведения о благополучии, использование более многопрофильного подхода на основе методов, применяемых историками, антропологами и другими исследователями культуры, может иметь ряд преимуществ. Во-первых, такой подход позволяет формулировать более аргументированные и привязанные к местным контекстам интерпретации понятия «благополучие», которые могут давать важное дополнение к данным из существующих международных источников, особенно в тех ситуациях, когда разработка и реализация дорогостоящих опросных исследований по благополучию в конкретных странах не являются практически осуществимыми. Это крайне важно для Регионального бюро, поскольку европейские государства-члены уже выразили определенную озабоченность в связи с текущим бременем отчетности.

Во-вторых, использование более культурно-специфичных источников фактических данных (например, традиций и ритуалов) может помочь в выяснении мнений тех людей, которые систематически остаются за рамками национальных и глобальных опросов по благополучию, поскольку принадлежат к группам, труднодостижимым для анкетирования (вставка 3.2). Так, например, многие из ныне применяемых инструментов для измерения благополучия основаны на самоотчетах, и поэтому не учитывается мнение тех, кто не может его открыто выразить. Это, в частности, относится к детям раннего возраста, чье благополучие, в соответствии с принципом охвата всех этапов жизни, имеет ключевое значение для общественного здоровья в будущем.

Наконец, комплексный междисциплинарный подход, открывающий возможности для участия представителей гуманитарных и общественных наук, может создавать стимул для более сбалансированного обсуждения проблем благополучия. Междисциплинарное сотрудничество обнажает системы ценностей, в которых действуют представители науки, и стимулирует взаимные влияния, позволяющие понять, например, как

наше внимание к вопросам благополучия рождает свою собственную культурную динамику и может само иметь негативные побочные действия (121).

Отчетность и коммуникация по вопросам благополучия

Поскольку фундаментальным признаком коммуникации в сфере благополучия является двусторонний обмен информацией, группа экспертов предложила, чтобы стратегические инициативы предпринимались с широким участием заинтересованных сторон, были интерактивными и давали возможность для личного выбора и творческого подхода. Сведения по вопросам благополучия должны предоставлять людям соответствующие права и возможности, а также обеспечивать им на местном уровне доступ к данным, опираясь на которые, они могут взаимодействовать с местными службами. Для этого необходимо содействовать таким путям коммуникации, которые создают в местных сообществах благоприятные условия для обмена опытом в вопросах, относящихся к благополучию. Иными сло-

Вставка 3.2.

Источники повествовательных фактических данных

Источники повествовательных фактических данных предлагают разработчикам политики ряд форм ситуативного и эмпирического знания, которое в настоящее время недостаточно полно извлекается через ведущие источники фактических данных в традиционной иерархии (такие как рутинная медико-санитарная информация или данные опросов домохозяйств). Несмотря на то что количественные данные имеют важное значение, они часто недостаточны для принятия и внедрения научно обоснованных практик и стратегий. Так, например, в стратегических дебатах относительно вакцинации против кори оппоненты научно обоснованных рекомендаций постоянно приводят в защиту своих позиций различные эмоциональные описания конкретных ситуаций. Это нередко делает их доводы убедительными, несмотря на противоположную научную аргументацию (122).

Повествовательные сведения раскрывают и анализируют сложность и вариативность знаний. Это включает скрытые противоречия, трения и несогласия внутри того, что ранее представлялось безусловным или единственным набором интересов и практик. Такие источники могут указывать на влияние и взаимодействие с более широким контекстом и историческими параллелями наряду с возможно ненамеренными последствиями конкретных действий. Более того, в текстовых описаниях могут подвергаться сомнению основополагающие допущения или рамочные характеристики того или иного конкретного стратегического подхода (123). Наконец, повествовательные подходы способствуют прогрессивной, научно обоснованной повестке дня политики, которая включает в себя «взгляды общества», в том, что участники имеют возможность контролировать и конкретные

проблемы, и те рамки, в которых они обсуждаются (124).

Так, например, в специальном контексте здоровья мигрантов научные исследования показали, что использование повествовательных описаний позволило мигрантам определить благополучие (в ряду других категорий) таким путем, который адекватен их собственному опыту. Полученные тексты показывают, что группы мигрантов обычно воспринимаются как «другие меньшинства», «культурно ограниченные» и иногда «отсталые». Авторы подчеркивают, насколько важно не поддаваться предубеждению относительно основных характеристик данной социальной группы. Этот подход направлен против эссенциализации, подвергает сомнению стереотипы и подчеркивает непостоянство и переменчивость, которые свойственны культуре (124).

вами, для улучшения информирования и коммуникации по вопросам благополучия нужен более культуроцентрический подход (см. вставку 3.3).

Группа экспертов рекомендовала ВОЗ исследовать различные способы получения данных о благополучии через портал Европейского регионального бюро ВОЗ по информации здравоохранения и фактическим данным (см. более подробно в главе 4), чтобы таким образом обеспечивать активное участие и расширение прав и возможностей местных сообществ. Такие способы могут подразумевать использование личных историй отдельных граждан и групп по проблемам благополучия и повышения жизнестойкости, составленных на основе повествовательных или качественных отчетов, и мотивирование людей к обмену мнениями о том, что для них означает благополучие. Объединение имеющихся данных по благополучию с повествовательными материалами от местных сообществ открывает возможности для диалога, высвечивающего различные аспекты взаимоотношений между культурой и благополучием.

Вставка 3.3.

Культуроцентрические подходы к коммуникации

Культуроцентрический подход предполагает необходимость первоочередного учета мнений местных сообществ в процессе принятия решений, касающихся вопросов здоровья, для того чтобы такие решения были значимы для этих сообществ и отвечали местным потребностям. Уделяя основное внимание голосу сообществ, культуроцентрический подход также подразумевает важность таких понятий, как диалог, аутентичность и рефлексивность. В этом отношении можно выделить ряд основных положений.

- Для того чтобы учитывать взгляды и мнения тех, кто иначе был бы не услышан или проигнорирован, необходима двусторонняя коммуникация.
- Аутентичная коммуникация по вопросам здоровья должна быть основана на правдивости, прозрачности

и признании культурных различий в понимании вопросов здоровья и благополучия.

- Коммуникация и создает культуру, и определяется культурой посредством динамичных и переменных взаимодействий. Поэтому коммуникация по вопросам культуры и здоровья должна изучать культурные параметры, определяющие то, как формулируются представления о здоровье.

В процессе тщательного анализа структур необходимо стремиться к созданию на низовом уровне сетей культурной коммуникации, которые дадут возможности для выражения различных мнений о культуре, здоровье и благополучии. Необходимо создавать местные платформы и инфраструктуры коммуникации и поддерживать их так, чтобы они обеспечивали обмен различными описательными

ми материалами по вопросам здоровья и благополучия (11).

Примером культуроцентрической платформы коммуникации является так называемый метод фотоголоса, который использует жизненный опыт членов местного сообщества в качестве аргументов для разработки политики здравоохранения. Фотоголос – это метод исследования коллективных действий, который предусматривает выдачу фотокамер членам сообщества, чтобы они могли в визуальной форме представить и передать свой опыт для информирования внешних и внутренних заинтересованных сторон. Метод фотоголоса дает возможность тем, чей голос обычно не слышен в доминирующем дискурсе, поделиться посредством фотографий своими эмоциями, ощущениями и мнениями по важным для них вопросам.

Наконец, группа предложила сосредоточить внимание на анализе примеров из конкретных стран и сообществ, показывающих, как факторы культуры способствовали повышению устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям. Важный с точки зрения политики вопрос заключается в том, удастся ли найти в этих примерах факторы, навыки, ценности или стратегические вмешательства, которые можно переносить на другие культуры и сообщества. Для того чтобы создать возможности для реализации позитивного воздействия культуры на здоровье и благополучие, коммуникация по вопросам культуры и здоровья должна учитывать структурные ограничения, которые препятствуют культурному отображению вопросов здоровья.

Дальнейшее развитие научных исследований и разработок по проблемам благополучия

При поддержке со стороны группы экспертов обзор ККЗ будет проведен по трем следующим направлениям:


- агитационно-разъяснительная деятельность (адвокация): разъяснение концепций, стоящих за ККЗ, и обоснование их важности;
- научные исследования: проведение на договорной основе научных исследований, актуальных для вопросов политики, которая рассматривает влияние культурных контекстов в конкретных инициативах общественного здравоохранения, таких как измерение благополучия;
- отчетность: разработка культуроцентрического подхода к составлению отчетности по вопросам благополучия.

Одним из важных результатов этой работы будет создание краткой концептуальной схемы для трактовки определения культуры, данного ЮНЕСКО, и подходов к его практическому применению в контексте здравоохранения. Эта схема будет использована для отбора примеров из практики, которые иллюстрируют влияние культурных контекстов на здоровье и благополучие, что позволит сформулировать возможные варианты мер политики. Она также послужит обоснованием для применения данных гуманитарных и социальных наук в качестве ценного источника субъективных описаний индивидуального опыта по вопросам благополучия и здоровья.

Более долгосрочная задача – создать усовершенствованный набор инструментов и методик для подготовки отчетных сведений ВОЗ по показателям благополучия. Таким образом, в дальнейшем отчеты должны быть не только основаны на уже собираемых данных по индикаторам субъективного и объективного благополучия, но и усилены путем добавления примеров из практики, анализируемых с междисциплинарных позиций и с использованием культуроцентрического подхода. При успешном внедрении эта форма отчетности может в конечном счете быть опубликована в виде методического документа для использования странами в процессе анализа, подготовки отчетности и повышения показателей благополучия своего населения.

04





Новые рубежи в работе с информацией здравоохранения и фактическими данными

Ключевые положения

Некоторые из основных проблем, возникающих при сборе данных для мониторинга политики Здоровье-2020, относятся к качеству данных, регулярности их сбора и своевременности подачи отчетности. Улучшения в практике оформления свидетельств и кодирования смогут значительно повысить качество данных по причинам смерти. Соблюдение всеми государствами-членами рекомендуемого уровня детализации отчетности в ВОЗ поможет улучшить полезность и сопоставимость индикаторов, рассчитанных на основе этих данных.

В ВОЗ и многих странах произошла смена парадигмы в области общественного здравоохранения с перемещением основных акцентов с проблем смертности и заболеваемости на задачи улучшения здоровья и повышения уровня благополучия. Для того чтобы информация здравоохранения полноценно отражала этот переход, следует уделять больше внимания субъективным и качественным данным, таким как степень удовлетворенности жизнью.

Для улучшения отчетности по вопросам здоровья и благополучия в масштабе Европейского региона необходимо использовать также нетрадиционные источники информации

здравоохранения. Полезными источниками информации о благополучии могут быть исторические записи и антропологические наблюдения. Такие источники данных, как онлайн-социальные сети, учетные сведения мобильной телефонной связи и электронные данные медицинской регистрации могут добавить новый аналитический материал к традиционной статистике здравоохранения.

Следует оптимизировать мониторинг политики Здоровье-2020 путем выхода за пределы привычных индикаторов и расширить его спектр, включив такие характеристики, как устойчивость местных сообществ к неблагоприятным внешним воздействиям, расширение прав и возможностей граждан и осознание социальной сопричастности.

Для решения современных задач информации здравоохранения эффективным и устойчивым образом необходимо широкое международное сотрудничество. Страны должны выдвигать на первый план вопросы международных научных исследований и разработок в данной области.

Европейская инициатива в области информации здравоохранения – это действующая под эгидой ВОЗ сеть заинтересованных сторон, включая государства-члены, поставившая перед собой задачу улучшения здоровья людей в Регионе путем совершенствования информации, на базе которой вырабатывается политика. Эта сеть поддерживает развитие единой европейской информационной системы здравоохранения в соответствии с положениями совместной декларации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейской комиссией в 2010 г.

Введение

Основные сферы ответственности ВОЗ – это выполнение лидирующей роли в решении глобальных вопросов охраны здоровья, формирование повестки дня научных исследований в области здравоохранения, установление норм и стандартов, формулирование научно обоснованных вариантов политики, предоставление технической поддержки странам, проведение мониторинга и оценки наблюдаемых тенденций в области

здравоохранения (127). Таким образом, мониторинг показателей здоровья – это неотъемлемая часть мандата ВОЗ, и организация всегда сосредоточивала свои усилия на улучшении, сборе и распространении информации здравоохранения. При более внимательном анализе, однако, становится очевидным, что ВОЗ до сих пор уделяла основное внимание мониторингу не здоровья, а смерти и болезней и их детерминант. Это же относится и к другим основным заинтересованным сторонам в сфере информации здравоохранения. Внимание к смертности и заболеваемости было преобладающей парадигмой общественного здравоохранения, но в настоящее время эта парадигма меняется. Европейский регион сталкивается с проблемой старения населения и должен будет иметь дело с растущей распространенностью хронических заболеваний и сочетанной патологии; это означает, что такие вопросы, как опора на собственные силы, управление болезнью, качество жизни, благополучие и их детерминанты, становятся все более и более насущными.

Изменения в сфере внимания общественного здравоохранения обусловлены не только старением населения. В течение последних нескольких десятилетий значительно изменились представления о том, что такое общественное здоровье. Теперь оно рассматривается как элемент в комплексном взаимодействии широких социальных аспектов, а не просто результат узконаправленных стратегий здравоохранения. Так, например, все в большей мере признается, что улучшение здоровья требует всесторонних стратегических действий, не только направленных на улучшение собственно здоровья, но также воздействующих на его более широкие детерминанты. Механизм мониторинга политики Здоровье-2020 отражает эти современные взгляды на здоровье путем включения четких целевых ориентиров и индикаторов как благополучия, так и несправедливостей в отношении здоровья, связанных с социальными детерминантами. Другие инициативы также акцентируют внимание на таком подходе. Так, например, в рекомендации 4(с) в Европейском обзоре социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья подчеркивается необходимость «организовать регулярную отчетность и общественное рассмотрение вопросов несправедливостей в отношении здоровья и его социальных детерминант на всех уровнях стратегического руководства, включая международный, страновой и местный уровни» (128).

В то время как смена парадигмы во взглядах на здоровье в настоящее время вполне заметна, соответствующее смещение акцентов в отношении мониторинга здоровья населения все еще отстает. Разработка полноценных индикаторов и определение подходящих источников данных для новых концепций, таких как благополучие, сопряжена с методологическими трудностями: эти процессы требуют времени, поскольку необходимо учитывать субъективные меры и качественные данные. Эти вопросы не входят в число привычных элементов традиционного мониторинга здоровья, что является источником ряда затруднений. Политика Здоровье-2020 также содержит другие понятия и показатели, которые ранее не были предметом рутинного измерения, такие как жизнестойкость и расширение прав и возможностей сообщества, – требуются детальные разработки для их практического включения в механизмы мониторинга. Определение количественных характеристик этих показателей и измерение их динамики в течение времени представляет важность для всесторонней оценки успеха в реализации политики Здоровье-2020.

Ввод новых показателей для мониторинга в практическое использование – это не то, что можно сделать второпях, внедрение концептуальных изменений в мониторинг показателей населения потребует времени. Вместе с тем при описании прогресса в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 в настоящем докладе стало ясно, что имеется также возможность для улучшения мониторинга стандартных индикаторов при существующих механизмах сбора данных, в частности таких показателей, как смертность и факторы риска. В настоящей главе рассматриваются эти задачи и направления дальнейшей работы в контексте политики Здоровье-2020 и за ее пределами, рассмотрены связи с существующей работой и инициативы ВОЗ и других заинтересованных структур в сфере информации здравоохранения.

Мониторинг индикаторов смертности и факторов риска в политике Здоровье-2020

Своевременность подачи отчетных сведений

В главе 2 был рассмотрен прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 с использованием данных за 2010 г. в качестве отправной точки. Один из основных сделанных выводов заключался в том, что лишь ограниченное число стран до настоящего времени предоставили данные по ряду основных индикаторов. Так, например, сведения по средней преждевременной смертности за 2011 г. основаны на данных из 35 стран, а уровень этого показателя за 2012 г. – от 28 стран. На момент написания доклада лишь от одной страны поступили в ВОЗ сведения о смертности за 2013 г. Вышеуказанные цифры отражают существенный временной разрыв между сбором данных и их представлением.

Это также влияет и на полноту баз данных ВОЗ, и на достоверность региональных средних показателей. ВОЗ проводит работу со странами в целях повышения своевременности предоставления данных. Своевременное информирование важно не только по отношению к уровням смертности, оно необходимо по широкому спектру других данных, в том числе относящихся к инфекционным болезням и частоте их возникновения.

Качество и наличие данных

Предметом озабоченности является не только своевременность предоставления данных о смертности, очевидны также проблемы качества. Речь, в частности, идет о необходимости надлежащего кодирования причин смерти на требуемом уровне детализации. Не все страны предоставляют в ВОЗ данные о смертности в соответствии с требуемыми трех- или четырехзначными кодами МКБ-10. Две страны используют девятый, а не самый последний (десятый) пересмотр МКБ для кодирования причин смерти. Другие используют МКБ-10, однако не

в состоянии предоставить данные с необходимым уровнем детализации, что ограничивает возможности для анализа. Кроме того, во многих странах в значительной части врачебных свидетельств о смерти причины смерти кодируются неправильно (коды МКБ-10 из главы XVIII) или указываются неспецифические коды, которые имеют минимальное либо нулевое медико-санитарное значение. ВОЗ проводит работу со странами в целях повышения качества данных. Дополнительная информация по вопросам качества в связи с данными о смертности представлена в приложении 1.

Другая проблема наличия данных, описанная в главе 2, относится к предоставлению странами сведений о факторах риска, таких как употребление табака и алкоголя, избыточная масса тела и ожирение. В настоящем докладе по этим индикаторам использованы расчетные данные ВОЗ, так как сведения, имеющиеся в Европейской базе данных «Здоровье для всех», недостаточны. Причиной этого, возможно, является задержка в направлении данных из стран в ВОЗ, а также отсутствие систематического поступления данных на национальном уровне. Несмотря на то что расчетные данные сами по себе представляют ценность как источник информации, они обычно рассчитываются для одного или нескольких моментов времени, и поэтому их нельзя использовать для мониторинга более долгосрочных тенденций. Полноценные и своевременные данные по тенденциям необходимы для осуществления более долгосрочной политики, такой как Здоровье-2020, в целях отслеживания ее полезного эффекта. Это особенно справедливо в отношении факторов риска: данные по факторам риска показывают наиболее быструю реакцию на проведение политики и изменяются гораздо раньше по сравнению с поддающимися выявлению сдвигами в показателях смертности. Поэтому национальные стратегии информации здравоохранения должны включать регулярное проведение опросов по показателям здоровья, а системы информации здравоохранения должны иметь возможность проводить эти опросы и анализировать их результаты.

Мониторинг несправедливостей в отношении здоровья

Мониторинг несправедливостей в отношении здоровья включает два вида мероприятий. Первый – это расчет всеобъемлющих индикаторов несправедливостей в отношении здоровья, таких как распределение дохода или процент населения, не получившего среднего образования. Второй – это дезагрегирование индикаторов смертности, заболеваемости, факторов риска и т. д. Такие индикаторы разбивают на более мелкие компоненты с использованием параметров несправедливостей, таких как возраст, пол, уровень образования и дохода. При оценке несправедливостей в отношении здоровья также может быть полезным географическое распределение данных³.

Этот двойной подход – использование и сводных, и дезагрегированных индикаторов – применяется для мониторинга прогресса в достижении целевого ориентира Здоровье-2020 по сокращению в Регионе несправедливых различий в отношении здоровья, связанных с социальными детерминантами. Однако на международном уровне отмечается дефицит дезагрегированных данных.

Дезагрегированные данные и взаимоувязка источников данных

Дефицит дезагрегированных индикаторов в международных базах данных для мониторинга несправедливостей в отношении здоровья представляет проблему, однако сбор таких данных сопряжен с большими трудностями. Например, существуют проблемы с частотой и регулярностью проведения опросов по темам здоровья на национальном уровне. Эти опросы содержат информацию о здоровье и фоновых параметрах для каждого респондента, и это важный источник дезагрегированных индикаторов.

Для обеспечения всестороннего мониторинга несправедливостей в отношении здоровья, в дополнение к данным респон-

³ См., например, атласы ВОЗ по вопросам справедливости в отношении здоровья (129).

дентов должна быть дезагрегирована и другая информация, например сведения из больниц или учреждений первичной помощи. Это требует связывания источников данных на индивидуальном уровне с другими источниками, содержащими необходимые дополнительные параметры для дезагрегации. Для решения этой задачи национальные системы информации здравоохранения должны провести большую работу. Предпочтительно использовать применяемые во многих странах личные идентификационные номера, что позволит легче связывать различные источники данных. Если это неосуществимо, можно использовать другие идентификаторы, такие как дата рождения или почтовый индекс. Такая работа требует систематического сбора идентификаторов с высоким уровнем охвата.

В этих целях наряду с соблюдением технических требований должны быть введены соответствующие правовые нормы. Специалисты общественного здравоохранения подчеркнули, что текущий пересмотр законодательства ЕС может серьезно подорвать возможность увязывания больших массивов данных для мониторинга здоровья населения на индивидуальном уровне. Были выражены опасения в связи с принятыми Европейским парламентом поправками к первому предложению Европейской комиссии в отношении нового законодательства ЕС по общей защите данных (130). Процесс пересмотра продолжается, и окончательное решение на момент написания доклада еще не было принято.

Страны могут учиться друг у друга путем обмена успешной практикой взаимоувязки данных. В частности, важным источником полезных знаний могут служить страны Северной Европы, имеющие длительную традицию проведения исследований на базе реестров. В недавно опубликованном сводном докладе СФДЗ рекомендован дальнейший международный обмен опытом наилучшей практики в отношении не только взаимоувязки данных, но также аспектов широкой интеграции систем информации здравоохранения, таких как интеграция данных и информации по различным областям политики на национальном уровне (131).

Группа экспертов, оказывающая консультативную помощь по индикаторам для целевых ориентиров политики Здоровье-2020,

рекомендовала, чтобы по мере возможности данные по индикаторам давались в разбивке по этническим и уязвимым группам населения (132). Сбор и мониторинг медико-санитарных данных по особым группам, обычно за пределами систем здравоохранения, таким как незарегистрированные мигранты, связан с большими сложностями. Такие сведения еще не являются частью систематического международного сбора данных. Проект Европейского регионального бюро ВОЗ, посвященный медико-санитарным аспектам миграции в Европе, вносит вклад в устранение имеющегося дефицита информации путем сбора медико-санитарных данных о группах мигрантов. Так, например, в рамках проекта проводится совместная работа с итальянскими партнерами для мониторинга данных по поведению в отношении здоровья среди групп мигрантов, проживающих в Италии (133). Во вставке 3.2 приведен пример использования повествовательных источников для предоставления мигрантам возможности сформулировать представления о своем благополучии.

Следует внедрять инновационные решения для охвата и мониторинга групп населения, находящихся в уязвимых ситуациях. В этой связи необходимо развивать тесное сотрудничество с другими секторами, такими как сектор социальных дел, а также с негосударственными структурами и органами власти на различных уровнях (например, с местными органами государственного управления), учитывая их приближенность к сообществам мигрантов.

Мониторинг благополучия

Как описано в главе 3, определение благополучия, используемое ВОЗ, имеет как объективные, так и субъективные характеристики, и отслеживание каждой из них сопряжено со своими трудностями. Сбор данных по объективному благополучию поднимает вопросы и проблемы, отмеченные ранее в этой главе в отношении других объективных индикаторов. Измерение субъективного благополучия, с другой стороны, связано с иными проблемами, часть из которых также описаны в главе 3. Главной среди них является то, что действующий механизм мониторинга политики Здоровье-2020 включает только один субъективный индикатор благополучия (степень удов-

летворенности жизнью). Этот индикатор является отправной точкой для описания крайне сложной и разнородной темы. Он не входит в набор данных, систематически собираемых ВОЗ; это означает, что в получении этих сведений ВОЗ зависит от третьей стороны.

Одним из важных путей улучшения мониторинга субъективного благополучия было бы привлечение других форм фактических данных из широкого спектра дисциплин. Можно собирать богатую информацию, относящуюся к здоровью и благополучию отдельных популяционных групп, местных сообществ и даже целых стран путем систематического анализа исторических записей, антропологических наблюдений или других источников культурных данных.

Отслеживание более широкого полезного эффекта и успеха в проведении политики Здоровье-2020

Как отмечено в главе 1, для мониторинга хода реализации политики Здоровье-2020 и ее полезного эффекта был разработан механизм, который включает целевые ориентиры и индикаторы (более подробная информация приведена в приложении 1). Эти индикаторы представляют собой обычно употребляемые параметры, такие как преждевременная смертность, средняя ожидаемая продолжительность жизни и факторы образа жизни, включая употребление табака. Однако важнейшее значение для политики Здоровье-2020 имеет ее инновационный подход, который учитывает множество недавних социальных изменений в Регионе, обусловивших пересмотр концепций и подходов к здоровью, что было описано ранее. Соответственно, политика Здоровье-2020 охватывает множество понятий или показателей результатов, которые ранее не подвергались рутинному измерению. К их числу относятся следующие:

- прозрачность (transparency);
- жизнестойкость местных сообществ (community resilience);
- поддерживающая среда (supportive environments);
- благоприятствующая среда (enabling environments);
- чувство социальной причастности (sense of belonging);

- чувство контроля ситуации (sense of control);
- принцип участия всего общества (whole-of-society approach);
- коллективное стратегическое руководство (participatory governance);
- ответственное управление (responsible governance);
- подотчетность (accountability);
- подход с охватом всех этапов жизни (life-course approach);
- расширение прав и возможностей (empowerment);
- системы здравоохранения, ориентированные на человека (people-centred health systems);
- системы здравоохранения, отвечающие своему назначению (fit-for-purpose health systems);
- адаптивные стратегии (adaptive policies).

Для того чтобы получить полную картину реализации политики Здоровье-2020 и ее полезного эффекта, необходимо выйти за рамки обычных индикаторов и расширить сферу мониторинга. Будущие задачи включают измерение степени жизнестойкости сообществ в Европейском регионе и динамики ощущения сопричастности, испытываемого населением Европы.

Определение основных понятий

Необходимо составить перечень новых понятий, включив в него как существующие определения, так и понятия, остающиеся неясными, по крайней мере для нужд качественной отчетности, но по мере возможности также и для количественного измерения. Это требует участия экспертов из многочисленных отраслей знания, которые также должны определить степень важности каждого понятия для успеха реализации политики. Это может вести к ранжированию понятий в пределах данного перечня. Все понятия могут быть не в равной степени важными, и они, несомненно, не в равной степени измеримы.

Важным первым шагом будет составление систематического перечня этапов необходимой работы, требуемой для определения и измерения этих понятий. Часть этой работы проводится другими структурами, например работу по проблеме жизнестойких сообществ проводит корпорация RAND (134). Другие понятия, такие как подотчетность, частично измеряются в рамках проводимого Европейским региональным бюро ВОЗ опроса

по политике Здоровье-2020 в контексте целевого ориентира 6 (см. вставку 2.6). ВОЗ также участвует в работе по практической реализации концепции расширения прав и возможностей (135) и начинает дальнейшее внедрение принципа охвата всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020: в октябре 2015 г. в Беларуси состоится Европейская министерская конференция для рассмотрения, в частности, следующих вопросов:

- Что в точности понимается под принципом охвата всех этапов жизни?
- Какие цели должны быть достигнуты при этом подходе?
- Какие вмешательства можно использовать для достижения этих целей?
- Как осуществлять измерение и мониторинг процесса и результатов?

Несмотря на эти открытые вопросы, более пристальное внимание к принципу охвата всех этапов жизни, несомненно, требует большего объема и более высококачественных данных в разбивке по всем возрастным группам населения и по полу. Эти аспекты нуждаются в укреплении в национальных и международных системах информации здравоохранения.

После этого будет необходимо установить подходящие индикаторы и количественные параметры, которые одновременно будут значимы для политики Здоровье-2020 и применимы на региональном уровне, а также определить источники данных для этих индикаторов. Текущая работа по разработке мер для оценки благополучия, описанная в главе 3, ясно показывает, что это задача не из простых. В тех случаях, когда рутинных данных не имеется, будет необходимо обсудить вопросы о дополнительном сборе данных. Для содействия оценке прогресса следует преимущественно использовать подходящие типы существующих фактических данных, не перегружая страны запросами на сбор многочисленных новых сведений. Необходимо включать ранее не использованную информацию из других дисциплин, в частности качественные характеристики и результаты анализа повествовательных материалов, которые следует предварительно оценивать на предмет релевантности. Эту работу необходимо провести применительно ко всем понятиям и концепциям, изложенным в политике Здоровье-2020, которые в прошлом не измерялись систематическим образом. В результате

будут получены более полноценные описания и потенциальные количественные характеристики этих концепций и углубится понимание их взаимосвязей и эффектов этих взаимосвязей. Региональное бюро разрабатывает предложение для государств-членов о механизме и дорожной карте для мониторинга всех концепций, содержащихся в политике Здоровье-2020.

Мониторинг за пределами политики Здоровье-2020

Здоровье-2020 – это всеобъемлющая политика здравоохранения для Европейского региона. Механизм ее мониторинга занимает центральное место в деятельности ВОЗ и многих стран по вопросам информации здравоохранения. Вместе с тем необходим более широкий и детальный спектр мер для обеспечения всестороннего мониторинга общественного здоровья. Индикаторы политики Здоровье-2020 следует рассматривать как основной набор показателей, которые необходимо сочетать с другими индикаторами по темам, не охваченным механизмом мониторинга. В равной мере более детальные индикаторы по определенной тематике могут помочь в углублении понимания ситуации, складывающейся в отдельных странах. Кроме того, механизмы мониторинга не являются статичными: например, может возникать необходимость добавления индикаторов по появляющимся болезням или вновь выявляемым факторам риска. В работе по обеспечению наиболее объективно обоснованной политики важнейшими аспектами мониторинга, наряду со сбором и анализом данных, является медико-санитарная отчетность и перенос знаний в практику. Для проведения мониторинга за пределами показателей политики Здоровье-2020 представляет важность ряд направлений развития в информации здравоохранения; некоторые из наиболее актуальных и неотложных описаны ниже.

Данные о распространенности болезней и заболеваемости

Дефицит сопоставимых данных о распространенности и частоте новых случаев хронических заболеваний на междуна-

родном уровне – это хорошо известная проблема, являющаяся основной причиной отсутствия показателей заболеваемости в основах политики Здоровье-2020. Достоверный расчет значений заболеваемости и распространенности болезней на национальном уровне представляет собой трудную задачу, поскольку он, как правило, требует усилий моделирования и сопоставления различных источников данных. Поэтому на уровне стран регулярные и надежные цифры заболеваемости и распространенности болезней часто находятся в дефиците, и те, что имеются, нередко не поддаются сравнению, поскольку они отражают различия в организации здравоохранения на национальном уровне, а также зависят от наличия и возможности использования источников данных.

Биомаркеры и данные о бремени болезней

Две другие важные области информации здравоохранения, которые требуют дальнейшего развития и которые связаны с описанными выше показателями заболеваемости и распространенности болезней, – это данные о биомаркерах и бремени болезней.

Данные по биомаркерам поступают на основе объективно измеряемых биологических параметров, источником которых являются медицинские обследования. Примером являются данные по содержанию гликированного гемоглобина в пробах крови, применяемые для расчета распространенности сахарного диабета среди населения. Для определения распространенности диагностированных случаев можно использовать формальные данные опросов о состоянии здоровья, но исследования крови в выборках, репрезентативных для данного населения, позволяют определить распространенность невыявленных случаев.

Исследования бремени болезней дают ценные представления в области общественного здравоохранения, которые нельзя получить по оценке единичных источников данных по смертности или заболеваемости. Они предусматривают расчет лет жизни с учетом неполного здоровья, которые включают утраченные годы жизни вследствие преждевременной смертности, а также годы жизни, прожитые с тем или иным ограничением

жизнедеятельности. Это позволяет сравнивать бремя нездоровья по причине различных заболеваний и воздействия факторов риска в различное время и в различных локализациях. Проведение такого исследования сопряжено с трудностями, и расчет бремени болезней требует обширных данных и специальных знаний и навыков. Опыт ряда стран, которые в настоящее время разрабатывают собственные исследования бремени болезней, можно использовать при разработке методов генерализованного применения таких исследований в масштабах всего Региона. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает поддержку странам в этом отношении, тесно сотрудничая с Институтом измерения и оценки показателей здоровья в Сиэтле, Соединенные Штаты Америки, содействуя проведению мероприятий по наращиванию институционально-кадрового потенциала, проводя обзоры источников данных и полученных результатов и содействуя использованию таких результатов для принятия решений в рамках проводимой политики.

Медико-санитарная отчетность и внедрение знаний в практику

Мониторинг показателей здоровья не сводится лишь к анализу данных и индикаторов. В равной степени важно обеспечить, чтобы информация здравоохранения эффективно использовалась в процессе разработки и проведения политики. В этом смысле важным является тот путь, по которому предоставляется информация здравоохранения, включая процесс создания контента, стиль изложения и формат данных. Хотя все более сближаются точки зрения на то, что представляет собой эффективная медико-санитарная отчетность, надежная централизованная доказательная база все еще нередко отсутствует. Можно было бы многого достичь в преодолении этой трудности путем более систематического и широкого обмена опытом между странами. Так, например, в Швеции разработан весьма успешный субнациональный цикл отчетности по качеству услуг здравоохранения, что дало возможность предпринять быстрые и эффективные стратегические меры (см. вставку 4.1).

В области практического внедрения знаний в странах остаются значительные неиспользованные резервы для создания устойчивых механизмов, способных повысить систематическое

использование данных научных исследований в разработке политики (см. информацию о Сети по вопросам использования фактических данных при формировании политики ниже в данной главе).

Прогнозирование

Процессы ближайшего и более отдаленного прогнозирования требуют наличия многочисленных источников данных, интегративных моделей и качественных сценариев на основе обсуждений с руководителями, разрабатывающими и проводящими политику, представителями общественности и другими

Вставка 4.1.

Улучшение качества услуг с использованием государственной субнациональной отчетности в Швеции

Исходные сведения

В Швеции за открытую публикацию индикаторных оценок соблюдения национальных директив и субнациональных сравнений качества и эффективности услуг здравоохранения отвечает Национальный совет здравоохранения и социального обеспечения. В течение почти 10 лет в стране выпускаются доклады о состоянии лечебно-профилактической помощи, общественного здоровья и социальных услуг; эти материалы находятся в открытом доступе и призваны способствовать улучшению деятельности соответствующих систем и служб. Субнациональные сравнения выполняются в сотрудничестве со Шведской ассоциацией местных органов власти и регионов. Они обновляются и публикуются на ежегодной основе. За финансирование и организацию лечебно-профилактической помощи и социальных услуг отвечают провинции и муниципалитеты. Условия, которые имеют ключевое значение для развития публичной отчетности, включают использование личных идентификационных номеров каждого пациента в каждом

реестре и доступ к сведениям: как к обязательным лечебно-профилактическим данным, так и к реестрам социальных данных и к необязательным профессиональным реестрам о качестве оказания помощи. Реестры по качеству оказания помощи получили значительное финансирование от правительства в течение последних нескольких лет, что повысило уровень их использования.

Ключевые факторы успеха

На сегодняшний день работа по совершенствованию общедоступной отчетности ведется успешно. Вопросы качества и улучшения находятся на повестке дня здравоохранения, и результаты, оцененные по индикаторам, с течением времени улучшились. Был выявлен ряд ключевых факторов успеха, включая следующие:

- доверие между действующими субъектами;
- согласие специалистов с доложенными результатами;
- осознание того, что создание такого цикла отчетности – это комплексная и трудоемкая задача;

- сосредоточенность на вопросах качества, руководств, доказательной медицины, социальной справедливости и улучшения работы, с меньшим вниманием к финансовым стимулам;
- участие и согласие со стороны провинций и муниципалитетов;
- использование данных в местных организациях для улучшения работы.

Публичная отчетность требует широкой коммуникации и обмена информацией для создания обстановки доверия и приемлемости. Важно уделять особое внимание вопросам качества, совершенствования и доступа к данным, при этом не рекомендуется использовать индикаторы для финансового стимулирования. Провинции, муниципалитеты и местные медицинские организации должны быть также вовлечены в процесс и владеть методиками улучшения и использования данных в целях внедрения инициатив по совершенствованию. Общедоступная отчетность – это один из многих полезных инструментов для совершенствования информации здравоохранения. Он должен применяться в сочетании с другими инструментами, такими как качественные методы.

заинтересованными сторонами, а также предусматривают целенаправленное представление отчетности. По мнению разработчиков политики, прогностический подход – это важный критерий для составления докладов по вопросам здоровья (136), но при этом в них часто не хватает такого типа информации, поскольку формулирование полноценных и значимых прогнозов – это крайне трудоемкое и ресурсоемкое мероприятие, требующее специализированных знаний и навыков. Существуют значительные возможности для объединения усилий и обмена опытом в Регионе в отношении прогнозирования, примером которых является инновационная работа по составлению качественных сценариев в Нидерландах (см. вставку 4.2).

Вставка 4.2.

Пример прогнозирования из Нидерландов: перспективы здоровья

В 2014 г. Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды Нидерландов (RIVM) опубликовал доклад о состоянии и перспективах общественного здоровья под названием «Улучшение здоровья в Нидерландах». В рамках подготовок и доклада был разработан так называемый инерционный сценарий с проектированием наиболее важных будущих тенденций общественного здоровья при условии отсутствия новых или интенсифицированных стратегий. Сценарий показал рост расходов на здравоохранение, рост численности людей с хроническими заболеваниями и устойчивые несправедливые различия по показателям здоровья. Осознавая, что приоритизация этих вопросов зависит от политических и общественных ценностей и норм, RIVM инициировал широкий процесс для получения коллективной аналитической информации от заинтересованных сторон и экспертов. Это позволило выделить четыре социальные задачи для будущего общественного здравоохранения и системы оказания лечебно-профилактической помощи в Нидерландах:

- поддерживать здоровье людей как можно дольше и своевременно излечивать болезни;
- оказывать поддержку уязвимым группам населения и открывать возможности для социального вовлечения;
- развивать индивидуальную автономию и свободу выбора;
- обеспечивать поддержание финансовой доступности лечебно-профилактической помощи.

Эти факторы сформировали основу для четырех перспектив здравоохранения, которые содержат краткие описания вышеперечисленных взглядов на будущее состояние здоровья, причем каждая перспектива сосредоточена на одной из следующих четырех задач: «В наилучших интересах здоровья», «Каждый участвует», «Держать под индивидуальным контролем» и «Здоровое процветание». Эти четыре перспективы четко отражают различия в существующих концепциях, показывая, что такие понятия, как здоровье, профилактика и медицинская помощь, в каждой из них имеют различное значение. В первой перспективе, например,

здоровье понимается главным образом как отсутствие болезни, в то время как во второй клинический диагноз имеет меньшее значение, поскольку основное внимание уделяется социальному участию.

Для определения потенциальных взаимосвязей между четырьмя перспективами RIVM организовал четыре экспертных совещания с целью рассмотрения вопросов о том, как шаги, предпринимаемые по каждому из направлений, будут влиять на остальные три социальные задачи. Этот подход был разработан для уточнения областей, в которых могут возникать дополнительные полезные эффекты и создаваться действующие связи между перспективами. Он также позволит выявлять области, в которых могут возникать негативные побочные эффекты и где понадобятся политические и другие решения либо более интенсивные усилия. С учетом этих прогнозируемых синергий и противоречий были определены стратегические возможности и варианты для политики общественного здравоохранения и лечебно-профилактической помощи в Нидерландах (137).

Работа по созданию единой европейской системы информации здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская комиссия и ОЭСР имеют разные мандаты и направления работы в области информации здравоохранения, но проводимые мероприятия отчасти пересекаются, и три организации тесно сотрудничают в целях улучшения гармонизации. Наглядным примером такого тесного сотрудничества является проект совместного сбора данных по нефинансовой статистике здравоохранения. В 2010 г. намерение укрепить международное сотрудничество в области информации здравоохранения было формально закреплено в совместной декларации, в которой Региональное бюро и Европейская комиссия декларировали свое решение о совместной работе по созданию единой интегрированной европейской системы информации здравоохранения (126). В 2012 г. к этой инициативе присоединилась ОЭСР.

За период после принятия совместной декларации были предприняты шаги по созданию этой системы, и обе организации разработали совместную дорожную карту, включая систематическое описание различных и пересекающихся мер в области информации здравоохранения. Следующая фаза должна включить конкретную гармонизацию этих направлений деятельности. Международное сотрудничество получает всемерное одобрение со стороны стран, которые в течение долгого времени призывают к сокращению бремени отчетности, более эффективному использованию ресурсов информации здравоохранения и сокращению разнобоя между статистическими сведениями, содержащимися в различных международных базах данных.

Намерение продвигаться вперед, к более интегрированной системе в Европе, однако, не означает, что все направления деятельности по совершенствованию информации здравоохранения в трех организациях будут полностью интегрированы. Каждая имеет свой конкретный мандат и должна действовать в соответствии с ним. Вместе с тем разумным первым шагом по направлению к данной цели является разработка полностью гармонизированного набора основных индикаторов на основе

совместного сбора данных и общей методике. В краткосрочном и среднесрочном плане также имеются возможности для дальнейшего сотрудничества и гармонизации в обмене знаниями и развитии информации здравоохранения, а также в совершенствовании медико-санитарной отчетности.

Новые подходы к информации и фактическим данным в области здравоохранения

Для оптимизации мониторинга политики Здоровье-2020 и процессов за ее пределами, несомненно, необходимо решать проблемы, относящиеся как к существующему сбору данных, так и к новым требованиям по информации и фактическим данным. Характеристики населения меняются; в сфере общественного здравоохранения возникают новые концепции, видоизменяются стратегии. Информационные системы здравоохранения должны строиться с учетом этих социальных сдвигов. Для удовлетворения потребностей XXI века в области информации и фактических данных требуются прочные, сбалансированные и всесторонние информационные системы, эффективно обеспечивающие своевременное и систематическое поступление базовых статистических сведений о здоровье и здравоохранении.

В то же время такие системы должны быть достаточно гибкими, способными адаптироваться к новым стратегическим потребностям и инкорпорировать нетрадиционные подходы к информации и фактическим данным в области здравоохранения. Они, по-видимому, крайне важны для удовлетворения новых требований, описанных в данной главе: при измерении параметров здоровья и благополучия используются субъективные меры и качественные данные, а не только традиционные количественные данные на основе регистрации, используемые для базовой статистики здравоохранения. Это может означать, что необходимо разрабатывать новые методы сбора данных для удовлетворения новых информационных требований. И, что, возможно, более важно, это высвечивает потребность в рассмотрении нетрадиционных источников и новых подходов к оценке и интерпретации существующих данных. Как показано в главе 3,

потенциал для этих инновационных подходов к раскрытию информации относительно благополучия населения является весьма перспективным. Эти подходы могут, например, углубить понимание характеристик заболеваемости и поведения в отношении здоровья путем добавления новых аспектов анализа к базовой статистике здравоохранения (см. вставку 4.3).

Появление новых методов сбора и анализа фактических данных по здравоохранению тесно связано с развитием информационных и коммуникационных технологий, которые составляют основу для совершенствования лечебно-профилактической помощи, дают улучшенный доступ для пациентов к их собственным клиническим данным и расширяют охват более широких слоев населения услугами здравоохранения. Такие технологии часто упоминаются как электронное здравоохранение (e-health). В частности, растущее число мобильных

Вставка 4.3.

Потенциал больших данных для мониторинга НИЗ

Исходные сведения

Большие данные (big data) – это одна из ряда недавних технологических инноваций в здравоохранении, которые продемонстрировали потенциал для получения знаний через процесс исследования традиционных и нетрадиционных источников информации. Термин «большие данные» обычно относится к данным, определяемым четырьмя V: неизмеримо высокий объем (volume), который распространяется с высокой скоростью (velocity) в разнообразных структурных и неструктурных форматах (variety) и имеет различную степень достоверности (veracity). В сентябре 2013 г. состоялось техническое совещание по использованию больших данных и социальных сетей для эпиднадзора за НИЗ, которое было организовано совместно Европейским региональным бюро ВОЗ и инициативой Организации Объединенных Наций под названием «Глобальный пульс». Целью совещания было рассмотреть потенциал применения для эпиднадзора за НИЗ, в дополнение к традиционным методам сбора данных, также новых источников, в частности онлайн-социальных сетей,

цифрового следа ежедневных транзакций и массовых анонимных электронных данных о состоянии здоровья.

Результаты

Данные социальных сетей обладают потенциалом для оценки установок и поведенческих характеристик населения в отношении, например, НИЗ и их факторов риска, который может быть полезным в оценке тенденций и проливает свет на взгляды населения по важным темам, что можно использовать при разработке стратегий и кампаний общественного здравоохранения. Цифровой след (данные мобильной телефонии, транзакций из супермаркетов и записи операций по кредитным картам) может давать новые представления относительно аспектов существующих данных здравоохранения (включая характеристики приобретения пищевых продуктов и других товаров и их динамику) и обеспечивать доступ к информации о тех сегментах населения, которые трудно обследовать с использованием традиционных методов эпиднадзора. Системы электронных медицинских записей дают пассивные непрерывные данные, позволяя наблюдать за кратко-

срочными результатами медицинских вмешательств и долгосрочными тенденциями заболеваемости в режиме мониторинга почти в реальном времени. Общие недостатки и ограничения, связанные с использованием больших данных, – это вопросы конфиденциальности и права собственности на данные, искажения в результате влияния популяционных факторов, дефицит стандартизации, а также ограничения, относящиеся к той степени, в которой можно установить в этих данных причинно-следственные взаимоотношения.

Выводы

Большие данные из социальных сетей, цифрового следа и других новых источников демонстрируют потенциал в качестве дополнительного источника данных по НИЗ, включая возможности для эффективного сбора сведений и охвата различных групп населения. Тем не менее их следует рассматривать не как замену традиционных источников данных эпиднадзора за состоянием здоровья населения, а в качестве дополнительных каналов получения информации (138).

(m-health) и удаленных (telehealth) методов передачи медико-санитарных данных в Европе определяет новые каналы предоставления услуг здравоохранения и рождает новые уровни доступности к системе здравоохранения. Для стимулирования развития национальных программ мобильного здравоохранения ВОЗ и Международный союз по телекоммуникации организовали инициативу мобильного здравоохранения для НИЗ под названием «Be He@lthy, Be Mobile» (139) – примечательное совместное партнерство для наращивания успешных и экономически эффективных мобильных технологий контроля НИЗ и их внедрения в условиях различных стран. Инициатива направлена на использование мобильной связи и Интернета в качестве платформы для осуществления одной или ряда программ по борьбе с НИЗ, отобранных в качестве приоритета в конкретных странах (например, с основным вниманием к отказу от употребления табака или проблемам диабета, физической активности и питания), и оказывает позитивный и измеримый полезный эффект в плане охвата различных групп населения.

Фактические данные показывают, что услуги электронного здравоохранения стремительно входят в повседневную практику различных европейских стран. Имеется ряд примеров использования такой технологии для удаленного оказания медицинской помощи и мониторинга состояния пациентов непосредственно в домашних условиях, для целенаправленных мероприятий по укреплению здоровья и в качестве платформы коммуникации для вовлечения граждан в деятельность сектора здравоохранения. С принятием этих новых моделей предоставления медико-санитарных услуг появляются новые возможности для извлечения и анализа информации здравоохранения, а также новый спрос на более полное наличие, безопасность, конфиденциальность и интеграцию информации в поддержку клинической помощи.

Потребность в международном сотрудничестве

Для эффективного и устойчивого решения задач информации здравоохранения, описанных в настоящем докладе, несомненно,

требуется широкое международное сотрудничество. Решающее значение имеют гармонизация, кооперация и обмен знаниями, опытом и примерами оптимальной практики. Это укрепит национальные системы информации здравоохранения, что, в свою очередь, приведет к улучшению сбора данных на международном уровне.

Примером признания необходимости международного сотрудничества является совместная работа Европейского регионального бюро ВОЗ, Европейской комиссии и ОЭСР по созданию единой интегрированной европейской системы информации здравоохранения. Тем не менее сами страны должны управлять развитием этого начинания, которое послужит основой для разработки политики не только на международном, но и на национальном уровне. Определяющее значение имеет вклад не только государственных органов, но и экспертов из институтов общественного здравоохранения, статистических агентств и академического сектора.

Европейская инициатива в области информации здравоохранения (ЕИИЗ)

ЕИИЗ – это сеть ВОЗ, призванная стать инструментом для улучшения здоровья людей в Европейском регионе путем совершенствования информации, на базе которой вырабатывается политика. Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с Министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта Нидерландов ввело ЕИИЗ в действие в 2012 г. в целях вовлечения широкого круга заинтересованных сторон в масштабах Региона. К членам ЕИИЗ относятся государства-члены, сотрудничающие центры ВОЗ, сети информации здравоохранения и другие заинтересованные стороны. Европейская комиссия и ОЭСР также оказывают поддержку ЕИИЗ, их представители приняли участие в первом совещании руководящей группы этой сети, которое состоялось в марте 2015 г.

Деятельность ЕИИЗ осуществляется по шести ключевым направлениям, более подробно изложенным в последующих подразделах:

- генерирование информации, характеризующей здоровье и благополучие, главным образом на основе индикаторов;

- расширение доступа к информации здравоохранения и ее распространение;
- наращивание институционально-кадрового потенциала;
- укрепление информационных сетей в сфере здравоохранения;
- поддержка в выработке стратегии информационного обеспечения здравоохранения;
- коммуникация и агитационно-разъяснительная деятельность (адвокация).

1. Генерирование информации, характеризующей здоровье и благополучие, главным образом на основе индикаторов

Глава 3 настоящего доклада посвящена изложению приоритетов для первого из этих важных ключевых направлений. Кроме того, должны быть разработаны количественные измерения для тех понятий и концепций политики Здоровье-2020, которые ранее не подвергались рутинной оценке, таких как устойчивость и жизнестойкость сообществ, расширение прав и полномочий и создание поддерживающей среды. Параллельно с этой инновационной работой ЕИИЗ также поддерживает усилия по существующему сбору данных и планирует оценку деятельности Европейской базы данных «Здоровье для всех».

2. Расширение доступа к информации здравоохранения и ее распространение

Основной инструмент в этой области – портал ВОЗ по информации здравоохранения и фактическим данным, размещенный на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (см. рис. 4.1). Это единый ресурс, призванный обеспечивать удобный доступ к европейской информации здравоохранения и фактическим данным, актуальным для политики. Внедрена базовая техническая инфраструктура портала, однако должны быть установлены связи с экспертными сетями и научно-исследовательскими группами для обеспечения совместного авторства конкретных элементов контента данного портала. Поддержание обновленного состояния контента – всегда основная трудность для таких инициатив – невозможно без вовлечения ведущих групп экспертов в области общественного здравоохранения в масштабе Региона.

При разработке этой второй ключевой области следует также уделять первостепенное внимание обмену национальным опытом. Один из путей достижения этой цели – новый журнал Регионального бюро по вопросам общественного здравоохранения и политики, который выходит под названием «Панорама общественного здравоохранения». Основное внимание в журнале уделяется вопросам обмена опытом между странами в области разработки и осуществления политики здравоохранения, его публикации способствуют обмену идеями между западной и восточной частями Региона. Материалы принимаются как на русском, так и на английском языке, и все статьи публикуются на обоих языках.

Вторая основная платформа для улучшения доступа и распространения информации здравоохранения – это СФДЗ. Эта сеть предоставляет фактические данные в разнообразных форматах, таких как сводные доклады и аналитические обзоры в помощь принятию решений (28).

3. Нарращивание институционально-кадрового потенциала

Ежегодная Осенняя школа ВОЗ по информации здравоохранения и использованию фактических данных при выработке политики (см. рис. 4.1) – важный первый шаг в этой ключевой области, направленный на совершенствование знаний и навыков по вопросам информации здравоохранения в странах Региона. Существуют значительные потребности в увеличении объема учебных мероприятий и поддержки, например по таким вопросам, как кодирование и оценка качества данных по причинам смерти и по мониторингу несправедливостей в отношении здоровья. Для удовлетворения таких потребностей ВОЗ продолжит проводить многострановые семинары в тесной консультации с государствами-членами. Эти семинары должны быть нацелены на удовлетворение конкретных учебных потребностей и продолжение поддержки отдельных стран в рамках двусторонних соглашений.

Другое основное направление действий для стимулирования наращивания потенциала – это разработка высококачественных учебных материалов и модулей, которыми можно обмениваться через портал ВОЗ по информации здравоохранения и фактическим данным в целях распространения современных

знаний и навыков. Сотрудники, отвечающие за информацию здравоохранения, могут непосредственно работать с этими материалами, а слушатели семинаров ВОЗ могут использовать их для организации последующих семинаров в своих странах. Материалы будут выпускаться как минимум на английском и русском языках для повышения уровня их использования в масштабах Региона.

4. Укрепление информационных сетей в сфере здравоохранения

ЕИИЗ стремится к оказанию поддержки в увеличении числа многострановых сетей. Эти сети способствуют обмену опытом и объединению усилий в ходе решения общих проблем информации здравоохранения. В этом плане они вносят вклад в совершенствование и повышение устойчивости национальных и международных систем информации здравоохранения. Один из примеров – Сеть информации здравоохранения республик Центральной Азии (CARINFONET), которая была воссоздана в июне 2014 г. и получает поддержку со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ. CARINFONET будет способствовать сбору, использованию и распространению достоверной и своевременной информации. Эта сеть окажет помощь руководителям, занимающимся выработкой политики здравоохранения в пределах и между странами Центральной Азии, в мониторинге тенденций здоровья, заболеваемости и благополучия. Деятельность сети должна быть приведена в соответствие с другими ключевыми областями ЕИИЗ для достижения максимальной эффективности и гармонизации усилий в области информации здравоохранения в масштабах Региона.

Еще одна сеть, поддерживающая деятельность ЕИИЗ, – это EVIPNet, сеть, содействующая систематическому использованию данных научных исследований при разработке и реализации политики. Введенная в действие в Европейском регионе в октябре 2012 г., она помогает создавать на уровне стран рабочие группы, в состав которых входят руководители, отвечающие за проведение политики, научные работники и представители гражданского общества. Эти группы способствуют разработке и осуществлению политики путем использования наилучших имеющихся глобальных и местных фактических данных. EVIPNet развивает потенциал в странах для создания

механизмов претворения фактических данных в практическую политику, в частности через разработку и использование аналитических докладов и диалогов по вопросам политики. На момент написания доклада сеть EVIPNet-Европа включала 13 стран Восточной Европы и Центральной Азии, в четырех из которых проводилась пилотная апробация данной методики. Поскольку в масштабах Региона необходима разработка политики на основе фактических данных, важной целью EVIPNet-Европа и ЕИИЗ будет расширение сети, особенно на западные страны ЕС; таким образом, они получат возможность воспользоваться опытом пилотных стран.

5. Поддержка в выработке стратегии информационного обеспечения здравоохранения

Пятое ключевое направление ЕИИЗ – это оказание поддержки в оценке систем и разработке стратегий. Национальные системы информации здравоохранения, как правило, не имеют в своей основе специальной, широко поддерживаемой стратегии. Вместо этого они в большей степени отражают конгломерат различных мероприятий и групп интересов без общего видения и концепции развития. Это может означать, что решения, касающиеся сокращения или, напротив, расширения мероприятий в области информации здравоохранения, принимаются на разовой основе, без опоры на всестороннюю стратегию, в которой обозначены приоритеты для текущей и будущей деятельности. Более того, нередко потребности в информации здравоохранения обуславливают значительные требования к системам, в результате чего бывает сложно получить общий обзор целостной картины и правильно расставить приоритеты.

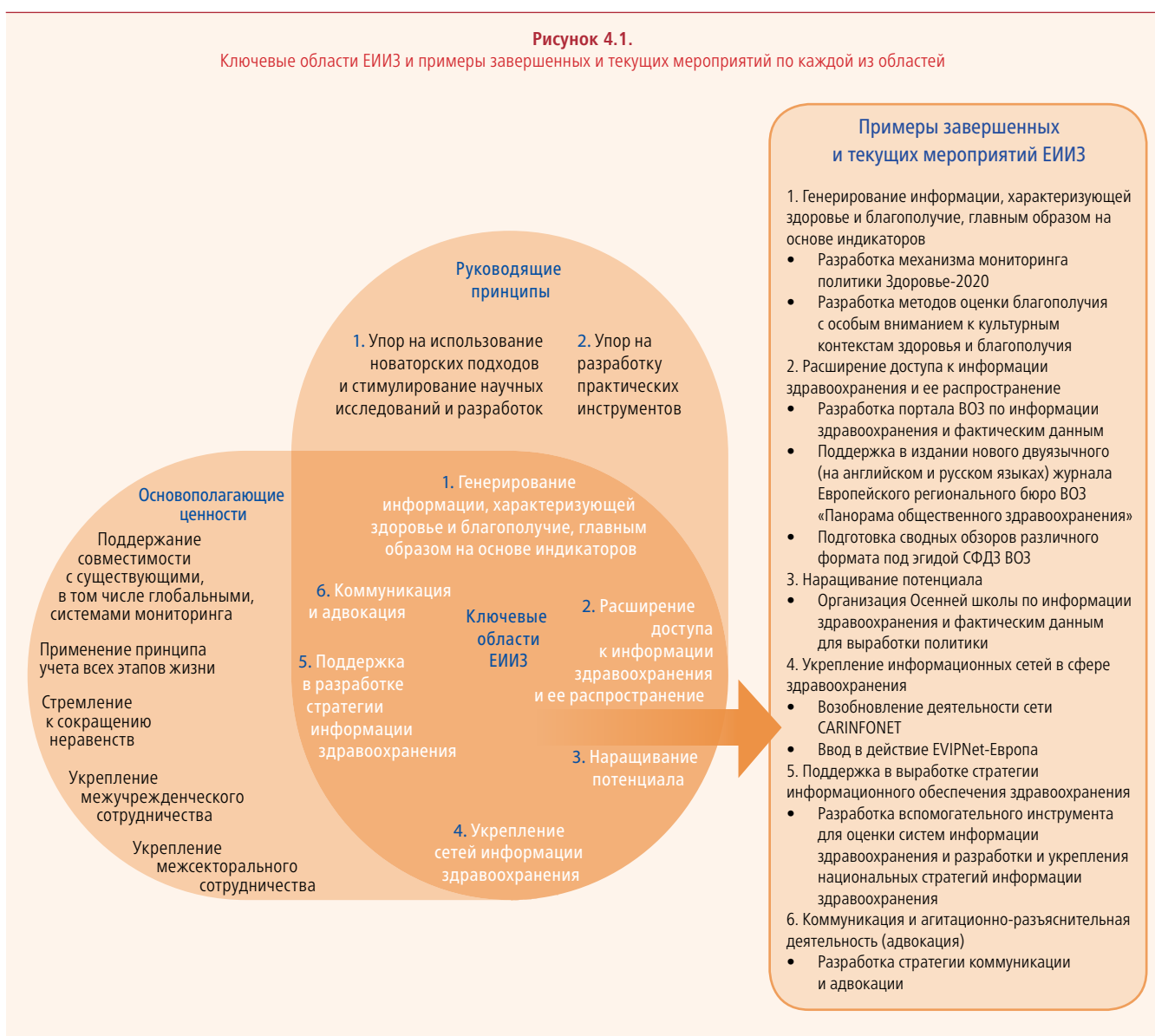
Для улучшения этой ситуации Европейское региональное бюро ВОЗ и специально назначенная группа экспертов разработали инструмент поддержки для стран (см. рис. 4.1) (140). На основе работы, проведенной в рамках Сети измерения показателей здоровья ВОЗ, инструмент оказывает помощь странам в оценке систем информации здравоохранения и разработке и укреплении стратегий. По мере накопления опыта в использовании инструмента страны могут играть ключевую роль в модификации и обновлении его, а также включении в него примеров передовой практики. Портал ВОЗ по информации здравоохранения и фактическим данным может предоставлять

отличный путь для распространения таких вспомогательных инструментов.

6. Коммуникация и агитационно-разъяснительная деятельность (адвокация)

Последняя важная область включает обмен информацией о результатах деятельности ЕИИЗ для оптимального их ис-

Рисунок 4.1.
Ключевые области ЕИИЗ и примеры завершенных и текущих мероприятий по каждой из областей



пользования, а также для совершенствования самой ЕИИЗ в части информирования заинтересованных сторон и содействия деятельности сети. Стратегия коммуникации и агитационно-разъяснительной деятельности, охватывающая оба эти элемента, находится на стадии разработки. Она будет включать такие мероприятия, как создание веб-сайта ЕИИЗ, разработка плана структурного использования портала ВОЗ по информации здравоохранения и фактическим данным в качестве центрального механизма распространения продукции ЕИИЗ, а также презентации ЕИИЗ на различных событиях.

Повестка дня научных исследований и разработок в области информации здравоохранения: последующие шаги

Необходимы новые усилия, для того чтобы обеспечить соответствие систем информации здравоохранения потребностям XXI века. Нужно укрепить и усовершенствовать существующие механизмы сбора данных, а также разработать инновационные параметры измерения и соответствующие методы. Необходимы действия по всем шести ключевым областям ЕИИЗ и на различных уровнях, например на двустороннем уровне между ВОЗ и государствами-членами, в многострановых сетях и в сотрудничестве между международными заинтересованными сторонами. Следует опираться на существующую работу в данной области.

Государства-члены, Европейское региональное бюро ВОЗ и другие действующие субъекты должны определить приоритеты научных исследований и повестку дня развития в области информации здравоохранения для Европейского региона на последующие несколько лет. ЕИИЗ должна играть в этом направлении ключевую движущую роль, обеспечивая согласованность и координацию между различными направлениями действий в области информации здравоохранения в Регионе и увязывая их с развитием единой европейской системы информации здравоохранения.

Темпы деятельности ЕИИЗ нарастают, однако дальнейшее укрепление сети и наращивание ее потенциала для совершен-

ствования деятельности в области информации здравоохранения по всем шести ключевым областям требует привлечения новых членов. Только путем объединения усилий и творческого обмена знаниями и опытом можно улучшить информационное обеспечение здравоохранения в Регионе эффективным, устойчивым и последовательным образом.

Библиография

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Основные положения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report2015>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
2. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
3. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 2. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020-version-2>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
4. Проект комплексной глобальной системы мониторинга и целей по профилактике неинфекционных заболева-

ний и борьбе с ними. Официальное совещание государств-членов для завершения работы по комплексной глобальной системе мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-ru.pdf, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

5. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/hiv aids/publications/2011/european-action-plan-for-hiv aids-20122015>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
6. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
7. Европейская база детализированных данных о смертности [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb2>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
8. GBD 2010 heat map [website]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2014 (<http://vizhub.healthdata.org/irank/heat.php>, accessed 9 December 2014).
9. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, accessed 3 February 2015).
10. Schotte K. Trends of tobacco use prevalence in the European Region by 2025. Presentation at: Technical

consultation on road map of actions to fully comply with the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2015–2020. Moscow: World Health Organization; 2015.

11. Европейская база данных «Здоровье для всех» [офлайновая версия]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.
12. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet*. 2015;385(9967):540–8. doi:10.1016/S0140-6736(14)60569-9.
13. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/, accessed 18 February 2015).
14. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/ru/, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
15. Gilbert A, Cornuz J. Какие механизмы борьбы против табака являются наиболее эффективными, в том числе с точки зрения затрат? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2003 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74723/E82993R.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
16. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. *Eur J Cancer Prev*. 2008;17(6):535–44. doi:10.1097/CEJ.0b013e3282f75e48.
17. Policy. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/policy>, accessed 14 May 2015).
18. WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database]. Geneva: World Health

- Organization; 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH?showonly=GISAH>, accessed 15 October 2014).
19. Global status report on alcohol and health, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 10 April 2015).
 20. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 21. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm>, accessed 15 May 2015).
 22. Österberg E. Какие механизмы борьбы с алкоголем являются наиболее эффективными и экономически целесообразными? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74703/E82969R.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 23. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>, accessed 15 October 2014).
 24. Global Health Observatory Data Repository [online website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA_0000001754, accessed 16 April 2015).

25. Obesity. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>, accessed 5 May 2015).
26. Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2013/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
27. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/14; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-2015-2020>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
28. Сеть фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ) [на веб-сайте ЕРБ ВОЗ]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/health-evidence-network-hen>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
29. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al., ред. Социальные детерминанты и благополучие подростков. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC): международный отчет по результатам опроса, проведенного в 2009/2010 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро; 2012 (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

30. The Z-score or standard deviation classification system. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index4.html>, accessed 23 April 2015).
31. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*. 2014;14(1):806. doi:10.1186/1471-2458-14-806.
32. Wijnhoven T, van Raaij J, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative. Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative>, accessed 6 May 2015).
33. Kelly C, Whitehead R. Dietary habits: key findings factsheet. St Andrews: Health Behaviour in School-aged Children (<http://www.hbsc.org/publications/factsheets/>, accessed 6 May 2015).
34. Улучшение состояния окружающей среды и здоровья в Европе: насколько мы продвинулись в достижении этих целей? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2015/04/ehp-mid-term-review/publications/improving-environment-and-health-in-europe-how-far-have-we-gotten>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
35. Основные факты об иммунизации, 2013 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/257376/Immunization-Highlights-2013-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

36. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015-2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257993/WHO_EVAP_RUS_v23_WEBx.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
37. Global Polio Eradication Initiative [website]. Geneva: Global Polio Eradication Initiative; 2015 (<http://www.polioeradication.org/>, accessed 25 May 2015).
38. Mouldsdale HJ, Khetsuriani N, Deshevoi S, Butler R, Simpson J, Salisbury D. Simulation exercises to strengthen polio outbreak preparedness: experience of the World Health Organization European Region. *J Infect Dis.* 2014;210 S1:S208–15. doi:10.1093/infdis/jiu120.
39. Европейские факты и Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
40. Racioppi F, Eriksson L, Tingvall C, Villaveces A. Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2004 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/preventing-road-traffic-injury-a-public-health-perspective-for-europe>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
41. Европейская база данных о смертности. Показатели смертности в разбивке по 67 причинам смерти, возрасту и полу (HFA-MDB) [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
42. Mackenbach JP, McKee M, editors. Successes and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges. Maidenhead: Open

- University Press; 2013 (European Observatory on Health Systems and Policies series; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/successes-and-failures-of-health-policy-in-europe.-four-decades-of-divergent-trends-and-converging-challenges>, accessed 5 May 2015).
43. Data and statistics. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>, accessed 9 December 2014).
 44. Suicides. In: OECD Factbook 2013: economic, environmental and social statistics [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 (http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2013-en/12/01/03/index.html;jsessionid=2rwt6olwavh8q.x-oecd-live-02?itemId=/content/chapter/factbook-2013-97-en&_csp_=bfa7a496998c3e64f37b5a14676aaaad, accessed 9 December 2014).
 45. Shah A. Elderly suicide rates: a replication of cross-national comparisons and association with sex and elderly age-bands using five year suicide data. *J Inj Violence Res.* 2011;3(2):79–83. doi:10.5249/jivr.v3i2.64.
 46. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2014/preventing-suicide-a-global-imperative>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 47. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia. *Am J Public Health.* 1996;86(3):313–20.
 48. Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet.* 2001; 357(9260):917–21.

49. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994;3:242–7.
50. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality: report 2013. New York: United Nations Children's Fund; 2013 (www.childmortality.org/index.php?r=site/index, accessed 6 May 2015).
51. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S et al. Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities. *PLoS Med*. 2011;8(8):e1001080. doi:10.1371/journal.pmed.1001080.
52. UNESCO Institute for Statistics data centre [online database]. Montreal: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2014 (<http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>, accessed 30 September 2014).
53. Groot W, Maassen van de Brink H. What does education do to our health? Measuring the effects of education on health and civic engagement: proceedings of the Copenhagen symposium. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2006 (<http://www.oecd.org/edu/innovation-education/measuringtheeffectsofeducationonhealthandcivicengagement.htm>, accessed 6 May 2015).
54. Out-of-school children. In: UNESCO Institute for Statistics [website]. Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2014 (<http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/out-of-school-children.aspx>, accessed 15 October 2014).
55. National education statistics: formal education 2013/2014. Ankara: Ministry of National Education; 2014 (<http://sgb.meb.gov.tr/www/milli-egitim-istatistikleri-orgun-egitim-2013-2014/icerik/95>, accessed 6 May 2015).
56. UNICEF and UNESCO Institute for Statistics. All children in school by 2015: global initiative on out-of-

- school children – Turkey country study. Ankara: United Nations Children's Fund; 2012 (<http://www.uis.unesco.org/Library/Pages/DocumentMorePage.aspx?docIdValue=826&docIdFld=ID&SPSLanguage=EN>, accessed 9 December 2014).
57. Global employment trends 2014: the risk of a jobless recovery. Geneva: International Labour Organization; 2014 (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/2014/lang--en/index.htm>, accessed 15 October 2014).
58. Evidence from previous crises. In: Health and financial crisis monitor [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies and the Adalusian School of Public Health; 2014 (<http://www.hfcm.eu/web/evidence-from-previous-crises>, accessed 15 October 2014).
59. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med.* 2014;71(10):730–6. doi:10.1136/oemed-2013-101891.
60. Active Ageing Index [online database]. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe and European Commission; 2014 (<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>, accessed 9 December 2014).
61. Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/qualitative-indicators-for-monitoring-health-2020-policy-targets>, accessed 6 May 2015).
62. Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020->

the-european-policy-for-health-and-well-being/
publications/2013/joint-meeting-of-experts-on-targets-
and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020,
по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

63. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity: health benefits of happiness. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2011;3(1):1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.
64. Wiest M, Schüz B, Webster N, Wurm S. Subjective well-being and mortality revisited: differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychol*. 2011;30(6):728–35. doi:10.1037/a0023839.
65. Gallup World Poll [website]. Washington DC: Gallup; 2014 (<http://www.gallup.com/services/170945/world-poll.aspx>, accessed 9 December 2014).
66. Human development report 2014: sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience. New York: United Nations Development Programme; 2014 (<http://hdr.undp.org/en/2014-report>, accessed 18 February 2015).
67. Global AgeWatch Index 2014 [online database]. London: HelpAge International; 2014 (http://www.helpage.org/global-agewatch/?gclid=CKLXqt6C4cECFSHecgod_rMARA, accessed 9 December 2014).
68. OECD Better Life Initiative: compendium of OECD well-being indicators. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2011 (<http://www.oecd.org/general/compendiumofocdwell-beingindicators.htm>, accessed 6 May 2015).
69. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation [online database]. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2014 (<http://www.wssinfo.org/>, accessed 6 January 2015).

70. The WHO-5 website [website]. Hillerød: Psykiatric Center North Zealand; 2015 (<https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Pages/default.aspx>, accessed 30 April 2015).
71. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess.* 1985;49(1):71–5. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13.
72. National Assembly 2009 – Iceland. Reykjavik: Directorate of Health; 2009 (<http://www.thjodfundur2009.is/english/>, accessed 15 February 2015).
73. Iceland 2020 – governmental policy statement for the economy and community. Reykjavik: Icelandic Government; 2011 (<http://eng.forsaetisraduneyti.is/iceland2020/>, accessed 15 February 2015).
74. Gudmundsdóttir DG. The impact of economic crisis on happiness. *Soc Indic Res.* 2013;110(3):1083–101. doi:10.1007/s11205-011-9973-8.
75. Gudmundsdóttir DG, Ásgeirsdóttir BB, Huppert FA, Sigfúsdóttir ID, Valdimarsdóttir UA, Hauksdóttir A. How does the economic crisis influence adolescents' happiness? Population-based surveys in Iceland in 2000–2010. *J. Happiness Stud.* 2015;16:1–15. doi:10.1007/s10902-015-9639-3.
76. Финансирование здравоохранения. Что такое всеобщий доступ к медицинским услугам. [Раздел веб-сайта Всемирной организации здравоохранения]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/ru, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
77. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения Европы: последствия и значение для политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (Краткое изложение принципов № 12 (

and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

78. Kutzin J, Cashin C, Jakab M [Ред.] Реформы финансирования здравоохранения: опыт стран с переходной экономикой. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
79. Доклад о состоянии здравоохранения в мире – Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
80. Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>, accessed 13 May 2015).
81. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990–2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>, accessed 6 May 2015).
82. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull.* 2005;131:925–971.
83. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychol Rev.* 2007;1:83–136.
84. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamäki H, Heikkilä K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):433–9.

85. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002;43(2):207–22.
86. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
87. Алма-Атинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
88. Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
89. WHO European Healthy Cities Network. In: WHO/ Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>, accessed 1 June 2015).
90. Hiscock R, Mudu P, Braubach M, Martuzzi M, Perez L, Sabel C. Wellbeing impacts of city policies for reducing greenhouse gas emissions. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(12):12312–45. doi:10.3390/ijerph111212312.
91. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г.: курс на благополучие. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report-2012>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
92. Второе совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и показателям здоровья и благополучия в политике Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское

- региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/second-joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020.-london,-united-kingdom,-34-april-2014>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
93. 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; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/195510/e96764r.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
94. 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; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
95. Landscape and cultural heritage. In: Benessere equo sostenibile [website]. Rome: Italian National Institute of Statistics (ISTAT); 2015 (<http://www.misuredelbenessere.it/index.php?id=57>, accessed 12 February 2015, accessed 6 May 2015).
96. OECD guidelines on measuring subjective well-being. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 (http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being_9789264191655-en, accessed 19 February 2015).
97. Yamaguchi S, Greenwald AG, Banaji MR, Murakami F, Chen D, Shiomura K et al. Apparent universality of positive implicit self-esteem. *Psychol Sci.* 2007;18(6):498–500. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01928.x.

98. Kitayama S, Markus HR, Kurokawa M. Culture, emotion, and well-being: good feelings in Japan and the United States. *Cogn Emotion*. 2000;14(1):93–124. doi:10.1080/026999300379003.
99. Kitayama S, Karasawa M, Curhan KB, Ryff CD, Markus HR. Independence and interdependence predict health and wellbeing: divergent patterns in the United States and Japan. *Front. Psychol*. 2010;1:163. doi:10.3389/fpsyg.2010.00163.
100. Nussbaum MC. Who is the happy warrior? Philosophy poses questions to psychology. *J Legal Stud*. 2008;37 S2:S81–113.
101. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol*. 2003;54(1):403–25. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056.
102. Tov W, Au E. Comparing well-being across nations: conceptual and empirical issues. In: David S, Boniwell I, Conley Ayers A, editors. *Oxford handbook of happiness*. Oxford: Oxford University Press; 2013:448–64.
103. Allin P, Hand DJ. *The wellbeing of nations: meaning, motive and measurement*. Hoboken: Wiley; 2014.
104. Eurofound, Bertelsmann Stiftung. *Social cohesion and well-being in the EU*. Dublin: Eurofound; 2014 (<http://eurofound.europa.eu/publications/report/2014/quality-of-life-social-policies/social-cohesion-and-well-being-in-the-eu>, accessed 12 February 2015).
105. Hofstede G. *Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill; 2010.
106. Schwartz SH. *Beyond individualism-collectivism: new cultural dimensions of values*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
107. Trompenaars A, Hampden-Turner C. *Riding the waves of culture: understanding cultural diversity in business*. London: N. Brealey; 1997.

108. Inglehart R. The silent revolution: changing values and political styles among Western publics. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1977.
109. Mesquita B, Leu J. The cultural psychology of emotions. In: Kitayama S, Cohen D, editors. Handbook of cultural psychology. New York: Guilford Press; 2007:734–59.
110. Camfield L, Crivello G, Woodhead M. Wellbeing research in developing countries: reviewing the role of qualitative methods. *Soc Indic Res.* 2009;90(1):5–31. doi:10.1007/s11205-008-9310-z.
111. Dutta MJ. Communicating health: a culture-centered approach. Cambridge: Polity; 2008.
112. Mathews G. Happiness, culture, and context. *Int J Wellbeing.* 2012;2(4):299–312. doi:10.5502/ijw.v2.i4.2. pp. 299–312., 10.5502/ijw.v2.i4.2.
113. Hannerz U. Borders. *Int Soc Sci J.* 1997;49(154):537–48. doi:10.1111/j.1468-2451.1997.tb00043.x.
114. Brightman R. Forget culture: replacement, transcendence, relexification. *Cult Anthropol.* 1995;10(4):509–46. doi:10.1525/can.1995.10.4.02a00030.
115. Mathews G. Global culture/individual identity: searching for home in the cultural supermarket. London: Routledge; 2000.
116. The 2009 UNESCO framework for cultural statistics (FCS). Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2009 (<http://www.uis.unesco.org/culture/Pages/framework-cultural-statistics.aspx>, accessed 6 May 2015).
117. Delivering the post-2015 development agenda: opportunities at the national and local levels. New York: United Nations Development Group; 2014 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/delivering-the-post-2015-development-agenda/>, accessed 12 February 2015).


118. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. *Lancet*. 2014;384(9954):1607–39. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
119. Hanlon P, Carlisle S, Hannah M, Reilly D, Lyon A. Making the case for a “fifth wave” in public health. *Public Health*. 2011;125(1):30–6. doi:10.1016/j.puhe.2010.09.004.
120. Всеобщая декларация ЮНЕСКО о культурном разнообразии. Париж: Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры; 2001 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001246/124687r.pdf#page=77>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
121. Ahmed S. *The promise of happiness*. Durham, NC: Duke University Press; 2010.
122. Meisel ZF, Karlawish J. Narrative vs evidence-based medicine – and, not or. *JAMA*. 2011;306(18):2022–3. doi:10.1001/jama.2011.1648.
123. Epstein D, Farina C, Heidt J. The value of words: narrative as evidence in policy making. *Evid Policy: J Res Debate Pract*. 2014;10(2):243–58. doi:10.1332/174426514X13990325021128.
124. Ortega-Alcazar I, Dyck I. Migrant narratives of health and well-being: Challenging “othering” processes through photo-elicitation interviews. *Crit Soc Policy*. 2012;32(1):106–25. doi:10.1177/0261018311425981.
125. Wang C, Burriss MA. Empowerment through photo novella: portraits of participation. *Health Educ Q*. 1994;21(2):171–86.
126. Партнерства в области здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Приложение 2. Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ: Совместная декларация. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (EUR/RC60/12 Add.1; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for->

europa/past-sessions/sixtieth-session/documentation/working-documents/eurrc6012-add.-1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

127. About WHO: what we do. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/about/what-we-do/en/>, accessed 6 May 2015).
128. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
129. Interactive atlases. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/interactive-atlases>, accessed 25 May 2015).
130. A response by the European Public Health Association to the report by the European Parliament's Committee on Civil Liberties, Justice and Home Affairs report on the proposal for a general data protection regulation (2012/0011(COD)). Utrecht: European Public Health Association; 2013 (<http://www.eupha.org/publications>, accessed 29 April 2015).
131. Michelsen K, Brand H, Achterberg P, Wilkinson J. Promoting better integration of health information systems best practices and challenges. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/promoting-better-integration-of-health-information-systems-best-practices-and-challenges>, accessed 6 May 2015).

132. 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/ru/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/data-analysis-and-monitoring/developing-indicators-for-the-health-2020-targets>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
133. Campostrini S, Severoni S, Dembech M. Data on health behaviours in the migrant population to inform policy-making: WHO, Ca' Foscari University and the Italian National Institute of Health (ISS) "Immigrants and health in Italy" report. Public Health Aspects of Migration in Europe Newsletter. 2015;4:4 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/phame-newsletter/phame-newsletter,-issue-4-january-2015>, accessed 6 May 2015).
134. Community resilience [website]. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2015 (<http://www.rand.org/topics/community-resilience.html>, accessed 6 January 2015).
135. Какие фактические данные указывают на то, что расширение прав и возможностей людей – это эффективный способ улучшения их здоровья? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74657/E88086R.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
136. Evaluation of national and regional public health reports (Eva PHR): final report to the European Commission. Bielefeld: Institute of Public Health North Rhine Westphalia; 2003 (http://www.pia-phr.nrw.de/about_eva-phr.html, accessed 4 February 2015).
137. A healthier Netherlands: key findings from the Dutch 2014 public health status and foresight Report. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment; 2014 (http://www.eengezondnederland.nl/en/English_version/Key_Findings, accessed 6 May 2015).

138. Integrated surveillance of noncommunicable diseases (iNCD) – a European Union–WHO project: final project report for the dissemination of results. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm, accessed 17 June 2015).
139. Be He@lthy, Be Mobile [website]. International Telecommunication Union; 2015 (http://www.itu.int/en/ITU-D/ICT-Applications/eHEALTH/Be_healthy/Pages/Be_Healthy.aspx, accessed 29 April 2015).
140. Методическое пособие для оценки информационных систем и разработки и укрепления стратегий информации здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/support-tool-to-assess-health-information-systems-and-develop-and-strengthen-health-information-strategies>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).



Приложение 1. Справочная техническая информация по данным и индикаторам, используемым в настоящем докладе

В настоящем приложении показано, каким образом осуществлялся отбор индикаторов для мониторинга политики Здоровье-2020, и описаны методы, которые использовались в анализе, представленном в докладе о состоянии здравоохранения в Европе, а также некоторые ограничения имеющихся данных.

Механизм мониторинга политики Здоровье-2020

Политика Здоровье-2020 поддерживает действия всего государства и общества, направленные на то, чтобы улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить несправедливости в отношении здоровья, укрепить общественное здравоохранение и обеспечить наличие систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей и характеризующихся высоким качеством помощи и соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости и устойчивости. Здоровье-2020 – это результат обширного процесса консультаций, проходивших в течение двух лет в масштабах всего Региона и за его пределами; на 62-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2012 г. 53 государства-члена Региона одобрили как саму политику, так и ее шесть основополагающих региональных целевых ориентиров:

1. Сократить преждевременную смертность в Европе.
2. Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе.
3. Сократить несправедливости в Европе.
4. Повысить уровень благополучия европейского населения.
5. Всеобщий охват и право на здоровье.
6. Национальные целевые ориентиры / цели, установленные государствами-членами.

По предложениям со стороны государств-членов были сформированы две группы экспертов для проведения детальной разработки индикаторов оценки прогресса в достижении этих целевых ориентиров. Одна из групп сосредоточила свои усилия на вопросах измерения и установления целевых ориентиров для благополучия, вторая – на разработке индикаторов политики Здоровье-2020. В результате серии совещаний (1–5) обе группы сформулировали рекомендации относительно набора основных и дополнительных индикаторов для одобрения на уровне Регионального комитета. Идея заключалась в том, что основные индикаторы будут использованы для процесса мониторинга политики Здоровье-2020 на региональном уровне, а дополнительные – применяться параллельно для определения целевых ориентиров и более всестороннего мониторинга прогресса в странах. Полный перечень индикаторов был одобрен всеми 53 государствами-членами в сентябре 2013 г. на сессии Регионального комитета (6), и окончательная версия механизма мониторинга была опубликована в апреле 2014 г. (7). Механизм мониторинга содержит в общей сложности 37 индикаторов: 19 основных (часть из которых относится к более чем одному целевому ориентиру) и 18 дополнительных. В [таблице А.1](#) дан обзор областей, целевых ориентиров, количественных характеристик и основных индикаторов в механизме мониторинга политики Здоровье-2020.

Группы экспертов согласовали набор критериев для сокращения перечней индикаторов до определенного компактного набора, удобного для практического использования в системе мониторинга. В работе эксперты руководствовались принципом не повторять целевые ориентиры и индикаторы, уже входящие в существующие стратегии ВОЗ или другие схемы, для того чтобы механизм мониторинга политики Здоровье-2020 был компактным и исключалось дублирование. Было сделано одно исключение: первая количественная характеристика для

Таблица А.1.

Механизм мониторинга политики Здоровье-2020 и индикаторы, используемые для настоящего доклада

	Целевой ориентир 1	Сократить преждевременную смертность в Европе
Область: бремя болезней и факторы риска	Количественная характеристика 1.1	Относительное ежегодное снижение на 1,5% общей (от четырех причин в совокупности) преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, сахарного диабета и хронических респираторных заболеваний
	Основные индикаторы	Стандартизированный по возрасту коэффициент общей преждевременной смертности (в возрасте с 30 до 70 лет) для четырех групп основных НИЗ: сердечно-сосудистые заболевания (коды I00–I99 по МКБ-10), злокачественные новообразования (коды C00–C97 по МКБ-10), сахарный диабет (коды E10–E14 по МКБ-10) и хронические респираторные заболевания (коды J40–J47 по МКБ-10) ^a
		Стандартизованная по возрасту распространенность употребления табака в настоящее время (включает ежедневное, не ежедневное и эпизодическое курение) среди лиц в возрасте 18 лет и старше
		Общее (зарегистрированное и незарегистрированное) потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого спирта) в течение календарного года
Дополнительный индикатор, использованный в настоящем докладе	Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения у лиц в возрасте 18 лет и старше (определяются как индекс массы тела ≥ 25 кг/м ² для избыточной массы тела и ≥ 30 кг/м ² для ожирения)	
	Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди подростков (значение «ИМТ к возрасту» выше, соответственно, Z-показателя +1 и +2 относительно медианного значения по справочным таблицам роста и развития детей, ВОЗ, 2007 г.)	
Область: бремя болезней и факторы риска	Количественная характеристика 1.2	Достигнута стойкая элиминация отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь и краснуха), и профилактика синдрома врожденной краснухи
	Основной индикатор	Процент детей, вакцинированных против кори (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста), полиомиелита (3 дозы к моменту достижения возраста 1 года) и краснухи (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста) ^b
Область: бремя болезней и факторы риска	Количественная характеристика 1.3	Сокращение смертности от внешних причин
	Основной индикатор	СКС от всех внешних причин и травм, с разбивкой по полу (коды V00–V99, W00–W99, X00–X99 и Y00–Y98 по МКБ-10)
	Дополнительные индикаторы, использованные в настоящем докладе	СКС от следующих причин: а) автотранспортные несчастные случаи (коды V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87 и V89 по МКБ-10); б) случайные отравления (коды X40–X49 по МКБ-10); в) отравления алкоголем (код X45 по МКБ-10); г) самоубийства (коды X60–X84 по МКБ-10); е) случайные падения (W00–W19 по МКБ-10); ф) убийства и нападения (X85–Y09 по МКБ-10)
Область: здоровье людей, благополучие и детерминанты	Целевой ориентир 2	Повысить среднюю продолжительность жизни в Европе
	Количественная характеристика 2.1	Непрерывный рост ожидаемой продолжительности жизни с сохранением современных темпов (среднегодовой уровень роста за период 2006–2010 гг.) в сочетании с сокращением наблюдаемых в Европейском регионе различий по показателю ожидаемой продолжительности жизни
	Основной индикатор	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
	Дополнительный индикатор, использованный в настоящем докладе	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 1, 15, 45 и 65 лет ^c

Таблица А.1 (продолжение)

Область: здоровье людей, благополучие и детерминанты	Целевой ориентир 3	Сократить несправедливости в Европе
	Количественная характеристика 3.1	Сокращение разрывов в показателях здоровья, связанных с различными социальными детерминантами, среди европейского населения
	Основные индикаторы	Младенческая смертность на 1000 живорожденных
		Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
		Доля детей, достигших возраста, установленного для начала школьного обучения, не посещающих школу
		Уровень безработицы
		Национальные и/или субнациональные меры политики и стратегии по сокращению несправедливостей в отношении здоровья определены и задокументированы
Коэффициент Джини (распределение дохода) ^d		
Область: здоровье людей, благополучие и детерминанты	Целевой ориентир 4	Повысить уровень благополучия европейского населения
	Количественная характеристика 4.1	Будет установлена
	Основные индикаторы	Удовлетворенность жизнью
		Возможность получения социальной поддержки ^e
		Процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами ^f
		Коэффициент Джини (распределение дохода) ^d
		Уровень безработицы
Доля детей, достигших возраста, установленного для начала школьного обучения, не посещающих школу		
Область: процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения	Целевой ориентир 5	Всеобщий охват и право на здоровье
	Количественная характеристика 5.1	Продвижение к достижению всеобщего охвата ^g
	Основные индикаторы	Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение
		Процент детей, вакцинированных против кори (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста), полиомиелита (3 дозы к моменту достижения возраста 1 года) и краснухи (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста)
		Общие расходы на здравоохранение (как процент от ВВП) ^h
Дополнительный индикатор, использованный в настоящем докладе	Материнская смертность на 100 000 живорожденных ⁱ	
Область: процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения	Целевой ориентир 6	Национальные целевые ориентиры/цели, установленные государствами-членами
	Количественная характеристика 6.1	Организация процессов для установления национальных целевых ориентиров (если уже не установлены)
	Основные индикаторы	Наличие документированного процесса для установления целевых ориентиров Документировано: (а) принятие национальных стратегий, согласованных с положениями политики Здоровье-2020; (б) наличие плана реализации; (с) наличие механизма подотчетности (метод «документирования» определяется отдельно каждой страной)

^a В настоящем докладе данные о преждевременной смертности от указанных четырех болезней также представлены по отдельности. Несмотря на то что они не являются индикаторами политики Здоровье-2020, представляется важным продемонстрировать эти дезагрегированные данные для более полноценного информирования разработчиков политики.

^b Централизованная информационная система ВОЗ по инфекционным болезням с 2010 г. прекратила предоставлять отдельные сведения по охвату вакцинацией против краснухи, поскольку такая информация обычно дается в комплексе с вакцинацией против кори и эпидемического паротита. Поэтому начиная с 2010 г. данные по охвату вакцинацией против кори следует интерпретировать как охват вакцинацией против кори и краснухи.

^c В настоящем докладе используется только показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в возрасте 65 лет.

^d Данные по этому индикатору содержатся в базах данных Всемирного банка и Евростат. Для обеспечения адекватного охвата необходимо объединить данные из обоих источников. Однако национальные данные, имеющиеся в обоих источниках, демонстрируют настолько существенные различия, что их объединение не представляется валидным; по этой причине настоящий основной индикатор в докладе не использован.

^e Использован индикатор Всемирного опроса Гэллапа «степень развития социальных связей».

^f В целях обеспечения полноты охвата тематики в докладе также приведен процент населения с наличием водопровода в жилище (Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии охватывает вопросы доступа как к воде, так и к улучшенным санитарным удобствам).

^g В соответствии с определением ВОЗ (8), всеобщий доступ – это равноправный доступ к эффективным и необходимым услугам без финансового бремени.

^h Данные Европейской базы данных «Здоровье для всех», использованные в настоящем докладе, получены путем расчетов (на основе методики национальных счетов здравоохранения) и не являются сведениями, поступившими из стран.

ⁱ С учетом того факта, что уровни материнской смертности могут значительно колебаться год от года, особенно в небольших странах, для оценки этого показателя для каждой страны были рассчитаны средние значения за 3 последних года с наличием данных.

целевого ориентира 1 (см. табл. А.1) одновременно является частью глобальной системы мониторинга НИЗ (9). Поскольку сокращение преждевременной смертности рассматривалось как существенный элемент механизма мониторинга политики Здоровье-2020, эти индикаторы были включены и согласованы с глобальной системой. Другой ключевой критерий, который был применен в отношении набора основных индикаторов, заключался в том, что данные должны быть легко доступны из существующих источников в большинстве стран, для того чтобы обеспечить адекватный охват данными для отчетности по прогрессу на региональном уровне и сократить административное бремя отчетности для стран.

Несмотря на то что эти критерии вполне разумны, они, естественно, ограничивают спектр показателей механизма мониторинга политики Здоровье-2020. Так, например, показатели гигиены окружающей среды не были включены, поскольку они уже отслеживаются в рамках выполнения Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья (10) и соответствующей Европейской информационной системы по окружающей среде и здоровью. Вследствие дефицита сравнимых данных на региональном уровне также не были включены показатели заболеваемости. Тем не менее механизм мониторинга политики Здоровье-2020 был разработан для того, чтобы проводить этот мониторинг компактным и эффективным образом без обязательного охвата всего набора общественного здравоохранения или сигнализации о пробелах в данных.

Группы экспертов рекомендовали использовать в качестве приоритетных источников для индикаторов политики Здоровье-2020 базы данных ВОЗ и других учреждений ООН, поскольку они предлагают оптимальный региональный охват, с тем условием, что если данные в этих базах отсутствуют, тогда следует прибегать к альтернативным международным источникам. Они также предложили, чтобы все показатели и значения для индикаторов приводились в формате, стандартизированном по возрасту, и, где возможно, эти данные давались в разбивке по полу, возрасту, этнической принадлежности, социально-экономическому статусу, уязвимым группам и субнациональным регионам.

Индикаторы, источники данных и использованные методы расчета

В главе 2 описаны основные индикаторы политики Здоровье-2020 за исключением индикатора по распределению дохода – коэффициента Джини. Источники данных по национальным значениям коэффициента Джини в странах Региона содержатся в статистических базах данных Всемирного банка и Евростата. Однако методика заполнения этих баз данными слишком различна, для того чтобы можно было извлекать сопоставимые данные, вследствие чего этот индикатор не включен в настоящий доклад. В главе 2 также было описано ограниченное число дополнительных индикаторов, дающих более всеобъемлющую картину общественного здоровья по определенным темам (более подробные сведения приведены в [таблице А.1](#)).

По мере возможности использовались источники ВОЗ в соответствии с обозначенными критериями для механизма мониторинга политики Здоровье-2020. Они включают либо данные, полученные из стран, либо официальные расчетные данные ВОЗ. Одним из ключевых источников оценочных данных, используемых в настоящей публикации, стал изданный в 2014 г. Глобальный доклад ВОЗ о ситуации в области НИЗ: он содержит дополнительную информацию о методологии, используемой для расчета данных оценок (11). В тех случаях, когда необходимые сведения отсутствовали в базах данных ВОЗ, использовались другие источники. При этом отдавалось предпочтение учреждениям Организации Объединенных Наций (так, например, для индикатора охвата начальным школьным обучением были использованы данные ЮНЕСКО). Для двух индикаторов политики Здоровье-2020 по вопросам благополучия использовались данные, собранные в рамках Всемирного опроса Гэллапа и опубликованные другими учреждениями и организациями, поскольку ни ВОЗ, ни другие учреждения Организации Объединенных Наций такие сведения регулярно не собирают. Сбор информации для качественных индикаторов о наличии и осуществлении национальных стратегий проводился посредством специального странового опроса, результаты которого по согласованию с государствами-членами публиковались в сводном виде (см. [вставку 2.6](#) в разделе, посвященном целевому ориентиру 6). В [таблице А.2](#) приведен список

Таблица А.2 (продолжение)

Индикаторы	Общее потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (в литрах чистого спирта) в течение календарного года			Стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела (ИМТ≥25) среди лиц в возрасте 18 лет и старше (оценочные данные ВОЗ) (%)					
	Источник данных			Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 г., ВОЗ					
Страны	Европейская база данных «Здоровье для всех»			2010			2014		
	2010	2011	2012	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола
Региональные средние значения	9,8	–	–	–	–	–	–	–	–
Австрия	12,1	11,9	–	59,3	43,8	51,3	61,1	45,4	53,1
Азербайджан	1,4	–	–	52,7	55,7	54,2	57,4	58,7	58,1
Албания	5,0	–	–	54,5	46,5	50,5	57,5	47,9	52,7
Андорра	13,3	–	–	70,2	60,3	65,2	72,0	61,9	66,9
Армения	3,9	–	–	52,6	53,2	52,9	56,3	54,7	55,5
Беларусь	14,4	–	–	57,2	53,3	55,1	61,2	55,2	58,0
Бельгия	10,6	9,8	9,8	63,8	46,9	55,2	65,7	48,4	56,9
Болгария	10,2	–	–	61,6	52,8	57,1	64,1	54,4	59,1
Босния и Герцеговина	4,3	–	–	53,0	48,1	50,5	55,4	48,5	51,8
Бывшая югославская Республика Македония	–	–	–	57,5	49,5	53,5	59,8	50,5	55,2
Венгрия	10,8	11,4	–	64,6	52,4	58,2	66,6	53,3	59,6
Германия	11,2	11,0	11,0	60,7	45,8	53,1	62,7	47,2	54,8
Греция	7,9	–	–	64,2	54,0	59,1	65,8	55,2	60,5
Грузия	5,3	–	–	51,5	53,8	52,8	54,3	56,0	55,2
Дания	10,4	10,0	8,9	62,6	44,3	53,4	64,4	46,2	55,2
Израиль	2,7	–	–	66,2	57,6	61,8	68,2	59,0	63,5
Ирландия	11,9	–	–	64,6	52,0	58,3	66,2	54,6	60,3
Исландия	6,3	–	–	63,2	49,2	56,3	65,2	50,5	57,9
Испания	9,8	–	–	64,6	54,0	59,2	66,2	55,7	60,9
Италия	6,1	–	–	62,7	52,0	57,2	64,3	53,7	58,8
Казахстан	6,6	–	–	57,0	55,4	56,2	60,5	57,1	58,8
Кипр	8,7	–	–	62,0	55,3	58,7	63,6	56,9	60,3
Кыргызстан	–	–	–	42,7	46,9	44,8	45,2	49,1	47,2
Латвия	9,8	10,2	10,2	59,0	53,9	56,2	62,0	54,5	57,9
Литва	12,9	12,7	–	59,5	56,5	57,9	62,6	57,9	60,1
Люксембург	11,4	–	–	65,3	46,4	55,8	67,8	48,3	58,0
Мальта	7,6	–	–	66,4	57,9	62,1	68,5	59,6	64,0
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Нидерланды	9,3	–	–	61,2	46,4	53,7	63,6	48,2	55,9
Норвегия	6,6	6,6	–	63,2	50,9	57,1	65,2	51,8	58,5
Польша	10,7	10,2	–	63,4	55,2	59,2	65,8	56,7	61,1
Португалия	10,8	–	–	59,3	48,5	53,7	61,4	50,2	55,6
Республика Молдова	6,1	–	–	43,4	45,3	44,4	46,4	46,7	46,6
Российская Федерация	11,1	11,2	–	57,2	55,6	56,4	60,9	56,8	58,7
Румыния	9,0	9,1	–	60,3	51,9	56	62,7	52,7	57,6
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сербия	9,7	–	–	57,6	47,7	52,5	59,9	49,2	54,5
Словакия	11,0	–	–	63,6	54,6	58,9	66,1	56,2	61,0
Словения	10,3	–	–	64,1	54,0	59	66,1	55,1	60,6
Соединенное Королевство	10,3	10,6	–	65,9	56,8	61,3	68,1	58,8	63,4
Таджикистан	–	–	–	38,6	46,6	42,6	41,0	48,8	44,9
Туркменистан	2,2	–	–	50,7	53,0	51,9	54,6	55,7	55,2
Турция	1,4	1,5	1,5	61,1	66,5	63,8	64,1	68,5	66,3
Узбекистан	–	–	–	43,8	48,6	46,2	46,6	51,4	49,0
Украина	8,4	–	–	53,3	51,5	52,3	56,3	52,4	54,2
Финляндия	9,7	9,8	–	60,2	47,3	53,6	62,1	48,6	55,2
Франция	11,7	–	–	65,2	52,6	58,7	67,1	54,7	60,7
Хорватия	10,7	–	–	61,7	52,4	56,9	64,4	53,6	58,8
Черногория	6,6	–	–	59,5	49,2	54,3	61,7	50,1	55,8
Чешская Республика	12,7	–	–	67,7	56,6	62,1	69,6	57,3	63,4
Швейцария	10,0	10,0	–	61,5	45,2	53,2	63,3	46,4	54,7
Швеция	7,3	–	–	60,8	47,1	53,9	63,1	48,8	55,9
Эстония	11,4	11,6	–	59,1	51,7	55,1	61,7	52,3	56,7
Число стран с наличием данных	47	16	5	51	51	51	51	51	51

Таблица А.2 (продолжение)

	Стандартизированная по возрасту распространенность ожирения (ИМТ \geq 30) среди лиц в возрасте 18 лет и старше (оценочные данные ВОЗ) (%)						Процент детей, вакцинированных против кори (1 доза к моменту достижения двухлетнего возраста)			Процент детей, вакцинированных против полиомиелита (3 дозы к моменту достижения возраста 1 года)		
	Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 г. (на англ. яз.)						Европейская база данных «Здоровье для всех»			Европейская база данных «Здоровье для всех»		
	2010			2014			2010	2011	2012	2010	2011	2012
Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола							
–	–	–	–	–	–	93,4	93,7	94,6	94,7	94,4	95,4	
18,5	15,0	16,7	20,5	16,3	18,4	76,0	76,0	76,0	83,0	83,0	83,0	
15,5	23,2	19,4	19,0	26,1	22,5	97,9	98,0	97,3	95,7	98,0	95,9	
14,6	17,5	16,1	16,5	18,7	17,6	98,9	99,0	98,5	99,0	99,0	98,9	
26,1	28,8	27,5	28,5	30,5	29,5	98,9	99,0	98,0	99,3	99,0	99,0	
15,1	20,7	17,8	17,2	22,0	19,5	97,0	97,0	97,2	96,0	96,0	96,3	
18,1	23,6	21,0	21,0	25,5	23,4	98,6	99,0	97,9	98,8	99,0	97,8	
20,6	16,9	18,7	22,3	18,2	20,2	94,0	95,0	96,0	99,0	98,0	99,0	
19,5	22,7	21,2	21,8	24,5	23,2	96,5	94,0	93,7	95,6	95,0	95,3	
14,5	19,0	16,8	16,3	19,4	17,9	92,2	89,0	91,4	90,7	89,0	87,9	
16,5	19,9	18,2	18,3	20,9	19,6	98,1	97,0	96,1	94,8	97,0	96,9	
22,1	22,8	22,5	24,0	23,9	24,0	99,9	99,0	99,0	99,9	99,0	99,0	
19,9	17,2	18,5	21,9	18,5	20,1	96,0	96,0	96,6	95,0	94,0	94,7	
20,0	22,6	21,3	21,9	23,8	22,9	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	
15,0	21,8	18,6	17,2	24,0	20,8	88,0	94,0	88,0	83,0	91,0	87,0	
20,0	15,5	17,7	21,7	17,0	19,3	85,0	87,0	87,0	90,0	91,0	91,0	
21,5	25,5	23,5	23,5	27,0	25,3	97,0	98,0	96,0	95,0	94,0	95,0	
23,3	22,8	23,1	25,9	25,3	25,6	90,0	92,0	92,0	94,0	95,0	95,0	
22,4	20,2	21,3	24,1	21,5	22,8	94,0	94,0	90,0	90,0	95,0	89,0	
21,1	23,1	22,1	22,8	24,7	23,7	95,1	97,0	97,4	96,6	97,0	96,7	
18,8	20,3	19,6	20,4	21,6	21,0	91,0	90,0	90,0	96,0	96,0	97,0	
18,8	23,4	21,2	21,6	25,0	23,4	99,0	99,0	95,9	97,9	99,0	98,5	
20,0	24,2	22,0	21,9	25,7	23,8	87,0	87,0	86,0	99,0	99,0	99,0	
10,1	15,7	13,0	11,5	17,3	14,4	98,9	97,0	98,0	88,0	94,0	94,0	
19,6	24,4	22,2	22,0	25,1	23,7	90,1	99,0	90,3	92,2	94,0	92,1	
20,3	26,7	23,8	23,1	28,3	25,9	96,1	94,0	93,4	95,0	92,0	92,8	
23,9	17,9	20,8	26,6	19,7	23,1	96,2	96,0	96,0	99,1	99,0	99,0	
22,6	26,9	24,7	24,6	28,5	26,6	72,6	84,0	92,7	76,0	96,0	98,7	
–	–	–	–	–	–	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0	
19,4	16,7	18,0	21,4	18,3	19,8	95,9	96,0	96,1	97,0	97,0	96,7	
22,4	20,7	21,6	24,6	21,7	23,1	93,0	93,0	94,0	93,0	94,0	95,0	
21,0	25,1	23,1	23,5	26,7	25,2	98,2	98,0	97,9	95,6	96,0	95,3	
17,8	18,9	18,4	19,8	20,3	20,1	96,0	97,0	97,0	97,0	97,0	98,0	
10,0	16,9	13,6	11,4	17,9	14,9	97,1	91,0	93,6	97,4	96,0	92,0	
17,6	26,2	22,2	20,3	27,4	24,1	98,3	98,0	98,1	97,9	98,0	97,6	
18,5	21,7	20,2	20,5	22,7	21,7	95,0	93,0	94,0	94,0	89,0	92,0	
–	–	–	–	–	–	68,2	83,0	87,1	74,9	86,0	96,2	
16,7	19,1	17,9	18,6	20,5	19,5	95,0	93,0	90,3	91,0	94,0	94,6	
21,8	24,9	23,4	24,6	26,7	25,7	98,5	98,0	99,0	99,1	99,0	98,7	
22,2	24,2	23,2	24,6	25,5	25,1	95,0	96,0	95,0	96,0	96,0	96,0	
24,1	26,8	25,5	26,9	29,2	28,1	93,0	90,0	92,0	98,3	95,0	95,0	
8,6	15,6	12,1	9,9	17,3	13,6	94,0	98,0	94,5	95,0	97,0	96,4	
14,4	20,6	17,6	17,1	23,1	20,1	99,3	99,0	98,8	95,9	97,0	97,8	
20,4	33,4	27,0	22,9	35,8	29,5	97,0	98,0	98,0	97,0	97,0	97,0	
10,5	16,8	13,6	12,1	18,9	15,5	98,3	99,0	99,9	98,9	99,0	99,8	
15,3	21,7	18,7	17,1	22,6	20,1	56,1	67,0	79,2	57,3	58,0	73,5	
19,8	18,3	19,0	21,6	19,6	20,6	98,0	97,0	97,0	99,0	99,0	99,0	
21,8	22,3	22,0	23,8	24,0	23,9	90,1	89,0	89,4	98,6	98,0	98,7	
20,1	22,7	21,4	22,5	24,1	23,3	96,0	96,0	94,8	97,0	96,0	95,8	
17,7	19,8	18,7	19,3	20,7	20,0	90,0	91,0	90,3	93,1	95,0	94,2	
24,2	26,3	25,3	26,2	27,3	26,8	98,0	98,0	98,0	99,3	99,0	99,3	
20,2	15,5	17,8	22,3	16,5	19,4	90,0	92,0	92,0	95,0	95,0	96,0	
20,4	17,2	18,8	22,5	18,6	20,5	96,5	96,0	97,0	98,0	98,0	98,0	
20,0	22,3	21,2	22,2	22,9	22,6	95,1	94,0	93,6	93,7	93,0	94,2	
51	51	51	51	51	51	53	53	53	53	53	53	

Таблица А.2 (продолжение)

Индикаторы	ККС для всех возрастов на 100 000 от внешних причин травм и отравлений								
	Европейская база данных «Здоровье для всех»								
Источник данных	2010			2011			2012		
Страны	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола
Региональные средние значения	100,2	27,7	60,9	99,2	27,4	60,2	–	–	–
Австрия	57,1	20,2	37,4	55,2	20,7	36,9	–	–	–
Азербайджан	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Албания	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Андорра	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Армения	–	–	–	–	–	–	72,4	19,7	44,1
Беларусь	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Бельгия	65,5	30,3	47,3	–	–	–	–	–	–
Болгария	57,1	14,8	35,0	53,0	13,8	32,7	–	–	–
Босния и Герцеговина	–	–	–	48,3	10,1	28,1	–	–	–
Бывшая югославская Республика Македония	41,9	15,5	28,3	–	–	–	–	–	–
Венгрия	90,4	29,2	57,4	84,9	28,3	54,1	82,1	27,0	52,2
Германия	40,8	17,0	28,5	40,2	16,1	27,7	38,2	16,4	26,9
Греция	44,1	10,5	27,2	41,9	10,9	26,3	–	–	–
Грузия	39,0	7,1	21,9	–	–	–	–	–	–
Дания	–	–	–	43,5	18,2	30,5	–	–	–
Израиль	38,3	14,5	26,0	36,5	13,9	24,7	–	–	–
Ирландия	50,7	20,1	35,2	–	–	–	–	–	–
Исландия	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Испания	34,7	12,1	23,0	33,5	12,2	22,6	–	–	–
Италия	37,1	14,3	25,3	–	–	–	–	–	–
Казахстан	198,1	48,9	116,4	–	–	–	–	–	–
Кипр	46,1	16,4	30,4	43,2	14,7	28,1	–	–	–
Кыргызстан	144,9	34,3	86,8	–	–	–	–	–	–
Латвия	148,8	32,2	84,9	138,6	30,3	79,2	141,0	32,5	82,0
Литва	197,9	42,9	113,1	–	–	–	–	–	–
Люксембург	60,5	25,4	41,6	54,3	27,2	40,4	–	–	–
Мальта	41,1	10,3	24,9	32,0	7,8	19,5	–	–	–
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Нидерланды	35,4	18,0	26,3	34,6	18,6	26,3	–	–	–
Норвегия	54,0	26,6	40,0	54,9	26,1	40,3	48,7	23,5	35,9
Польша	93,5	20,7	55,6	92,4	20,4	54,9	–	–	–
Португалия	50,6	17,1	32,7	46,1	14,3	29,2	–	–	–
Республика Молдова	172,6	43,1	103,1	146,1	32,7	85,1	139,8	38,3	85,1
Российская Федерация	246,3	57,3	140,8	–	–	–	–	–	–
Румыния	87,1	22,2	53,3	–	–	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сербия	60,9	17,6	38,3	59,8	17,5	37,6	59,9	16,4	37,1
Словакия	84,3	19,5	50,1	–	–	–	–	–	–
Словения	87,0	28,7	56,3	–	–	–	–	–	–
Соединенное Королевство	36,8	16,1	26,3	–	–	–	–	–	–
Таджикистан	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Туркменистан	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Турция	30,5	12,7	21,3	29,7	11,7	20,3	–	–	–
Узбекистан	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Украина	154,4	33,2	88,4	149,0	31,9	85,1	145,2	31,8	83,5
Финляндия	92,4	30,6	60,5	88,8	28,4	57,3	–	–	–
Франция	63,2	25,5	43,2	–	–	–	–	–	–
Хорватия	77,6	30,0	52,7	71,4	27,7	48,3	78,8	27,7	52,0
Черногория	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Чешская Республика	74,8	23,4	48,1	73,2	23,4	47,2	70,9	22,6	45,7
Швейцария	45,6	20,4	32,4	–	–	–	–	–	–
Швеция	50,7	21,1	35,4	–	–	–	–	–	–
Эстония	133,7	28,7	76,3	135,8	27,8	77,2	–	–	–
Число стран с наличием данных	39	39	39	25	25	25	10	10	10

Таблица А.2 (продолжение)

	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)									Младенческая смертность на 1000 живорожденных		
	Европейская база данных «Здоровье для всех»									Европейская база данных «Здоровье для всех»		
	2010			2011			2012			2010	2011	2012
Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола				
	73,0	80,2	76,6	73,1	80,3	76,8	–	–	–	7,0	7,0	–
	78,0	83,6	80,9	78,4	84,0	81,3	–	–	–	3,9	3,6	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	–	–	–	–	–	–	71,3	77,8	74,6	11,4	11,7	10,8
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	77,5	83,0	80,3	–	–	–	–	–	–	3,6	–	–
	70,3	77,4	73,8	70,8	77,9	74,3	–	–	–	9,4	8,5	7,8
	–	–	–	74,2	79,0	76,7	–	–	–	–	5,8	–
	73,0	77,3	75,1	–	–	–	–	–	–	7,6	–	–
	70,8	78,6	74,8	71,3	78,8	75,2	71,7	78,8	75,3	5,3	4,9	4,9
	78,1	83,1	80,6	78,5	83,4	81,0	78,7	83,4	81,1	3,4	3,6	3,3
	78,5	82,9	80,7	78,6	83,2	80,9	–	–	–	3,8	3,4	–
	70,2	79,0	74,7	–	–	–	–	–	–	11,2	–	–
	–	–	–	78,0	82,1	80,1	–	–	–	3,4	3,4	–
	80,2	84,1	82,2	80,4	84,1	82,3	–	–	–	3,7	3,5	–
	78,5	83,0	80,8	–	–	–	–	–	–	3,8	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	79,2	85,4	82,3	79,4	85,5	82,5	–	–	–	3,2	3,2	–
	79,8	85,0	82,5	–	–	–	–	–	–	3,4	–	–
	63,7	73,5	68,6	–	–	–	–	–	–	16,5	–	–
	79,9	84,5	82,2	80,1	83,9	82,0	–	–	–	2,9	2,8	–
	65,5	73,7	69,5	–	–	–	–	–	–	22,3	–	–
	68,6	78,4	73,7	68,6	78,8	73,9	68,9	79,0	74,1	5,7	6,6	6,3
	68,0	79,0	73,6	–	–	–	–	–	–	4,3	–	–
	78,8	83,9	81,5	79,2	83,9	81,7	–	–	–	2,7	2,8	–
	79,3	83,6	81,5	78,8	83,1	81,0	–	–	–	5,5	6,3	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	79,1	83,1	81,2	79,5	83,2	81,5	–	–	–	3,8	3,6	–
	79,1	83,5	81,3	79,3	83,7	81,5	79,7	83,6	81,7	2,6	2,3	2,5
	72,3	80,8	76,6	72,7	81,2	77,0	–	–	–	5,0	4,7	–
	76,8	83,3	80,1	77,4	83,9	80,7	–	–	–	2,6	3,1	–
	64,9	73,5	69,1	66,8	75,1	71,0	67,2	75,1	71,1	11,8	11,0	9,8
	63,1	75,0	69,0	–	–	–	–	–	–	7,6	–	–
	70,2	77,6	73,8	–	–	–	–	–	–	9,8	9,4	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	71,8	77,0	74,4	72,0	77,3	74,6	72,4	77,5	74,9	6,7	6,3	6,2
	71,8	79,4	75,7	–	–	–	–	–	–	5,7	–	–
	76,6	83,2	80,0	–	–	–	–	–	–	2,5	–	–
	78,8	82,7	80,8	–	–	–	–	–	–	4,3	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	74,4	79,6	77,0	74,5	80,0	77,2	–	–	–	12,0	11,7	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	65,2	75,3	70,3	66,0	76,0	71,1	66,2	76,2	71,3	9,2	9,0	8,4
	77,0	83,7	80,3	77,5	84,0	80,8	–	–	–	2,3	2,4	–
	78,4	85,4	82,0	–	–	–	–	–	–	3,5	–	–
	73,6	80,0	76,9	74,0	80,4	77,3	74,0	80,7	77,4	4,4	4,7	3,6
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	74,6	81,0	77,8	74,9	81,2	78,1	75,1	81,3	78,2	2,7	2,7	2,6
	80,4	85,0	82,8	–	–	–	–	–	–	3,8	–	–
	79,7	83,7	81,8	–	–	–	–	–	–	2,5	–	–
	70,7	80,8	76,0	71,3	81,4	76,6	–	–	–	3,3	2,4	–
	39	39	39	25	25	25	10	10	10	41	27	11

Таблица А.2 (продолжение)

Индикаторы	Процент населения, проживающего с улучшенными санитарными удобствами (%)								
	Совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу, водоснабжению и санитарии								
Страны	2010			2011			2012		
	Город	Село	По стране	Город	Село	По стране	Город	Село	По стране
Региональные средние значения	94,3	88,4	92,5	94,3	88,5	92,6	94,3	88,5	92,6
Австрия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Азербайджан	85,9	77,5	82,0	85,9	77,5	82,0	85,9	77,5	82,0
Албания	95,2	84,6	90,1	95,2	85,5	90,7	95,3	86,3	91,2
Андорра	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Армения	95,8	80,2	90,2	95,9	80,5	90,4	95,9	80,9	90,5
Беларусь	94,0	95,7	94,4	94,0	95,5	94,4	94,0	95,3	94,3
Бельгия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Болгария	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Босния и Герцеговина	98,8	92,2	95,4	98,8	92,2	95,4	98,9	92,1	95,4
Бывшая югославская Республика Македония	96,5	83,4	91,1	97,0	83,1	91,3	97,2	82,8	91,4
Венгрия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Германия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Греция	99,4	97,5	98,6	99,4	97,5	98,6	99,4	97,5	98,6
Грузия	95,7	91,3	93,6	95,6	91,0	93,4	95,5	90,7	93,3
Дания	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Израиль	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ирландия	99,6	97,9	99,0	99,6	97,9	99,0	99,6	97,9	99,0
Исландия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Испания	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Италия	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Казахстан	96,9	97,9	97,4	97,0	98,0	97,4	97,0	98,0	97,5
Кипр	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Кыргызстан	91,9	91,7	91,8	91,9	91,7	91,8	91,9	91,7	91,8
Латвия	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Литва	98,2	83,7	93,4	98,4	84,6	93,9	98,7	85,4	94,3
Люксембург	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Мальта	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Монако	100,0	–	100,0	100,0	–	100,0	100,0	–	100,0
Нидерланды	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Норвегия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Польша	95,7	–	–	95,7	–	–	95,7	–	–
Португалия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Республика Молдова	88,8	82,3	85,4	89,0	83,4	86,1	89,2	84,4	86,7
Российская Федерация	74,4	59,3	70,4	74,4	59,3	70,4	74,4	59,3	70,5
Румыния	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сербия	98,3	95,5	97,1	98,5	95,6	97,2	98,6	95,7	97,3
Словакия	99,9	99,6	99,7	99,9	99,6	99,7	99,9	99,6	99,7
Словения	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Соединенное Королевство	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Таджикистан	93,4	93,8	93,7	93,5	94,2	94,0	93,6	94,6	94,4
Туркменистан	100,0	98,2	99,1	100,0	98,2	99,1	100,0	98,2	99,1
Турция	97,2	75,5	90,8	97,2	75,5	91,0	97,2	75,5	91,2
Узбекистан	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Украина	96,5	89,4	94,3	96,5	89,4	94,3	96,5	89,4	94,3
Финляндия	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Франция	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Хорватия	98,6	97,6	98,2	98,6	97,6	98,2	98,6	97,6	98,2
Черногория	91,9	86,8	90,0	91,9	86,8	90,0	91,9	86,8	90,0
Чешская Республика	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Швейцария	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Швеция	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Эстония	95,8	93,8	95,2	95,8	93,8	95,2	95,8	93,8	95,2
Число стран с наличием данных	49	47	48	49	47	48	49	47	48

Таблица А.2 (продолжение)

Уровень безработицы (%)			Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг здравоохранения как доля общих расходов на здравоохранение			Общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП (оценочные данные ВОЗ)		
Европейская база данных «Здоровье для всех»			Европейская база данных «Здоровье для всех»			Европейская база данных «Здоровье для всех»		
2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
9,2	8,8	9,3	24,3	24,4	24,2	8,4	8,2	8,3
4,4	4,2	4,3	15,2	15,3	15,2	11,6	11,3	11,5
0,9	–	–	69,2	69,8	69,0	5,3	5,0	5,4
–	–	–	54,5	51,9	52,2	5,5	6,0	6,0
–	–	–	19,6	19,5	17,5	7,2	7,2	8,3
6,9	6,2	17,3	55,9	47,1	54,6	4,6	3,7	4,5
0,7	0,6	0,5	19,9	26,6	19,5	5,6	4,9	5,0
8,3	7,2	7,6	20,7	19,7	19,7	10,5	10,5	10,8
10,2	11,3	12,3	42,9	43,3	42,3	7,6	7,3	7,4
27,2	27,6	–	28,3	27,8	27,8	9,8	9,9	9,9
32,0	31,4	31,0	36,2	36,4	35,9	7,0	6,9	7,1
11,2	10,9	10,9	26,3	26,0	27,1	8,0	7,9	7,8
7,1	5,9	–	11,9	12,0	12,1	11,6	11,3	11,3
12,5	17,7	–	29,2	31,0	29,7	9,4	9,0	9,3
–	–	–	69,1	64,9	64,7	10,1	9,4	9,2
6,0	7,6	6,1	13,2	12,8	12,6	11,1	10,9	11,2
6,6	5,6	6,9	25,0	25,3	25,0	7,6	7,6	7,5
13,6	14,4	–	12,9	14,0	15,0	9,3	8,8	8,1
7,6	7,1	6,0	17,9	18,0	17,9	9,4	9,2	9,1
20,1	21,6	25,0	19,8	20,7	20,3	9,6	9,3	9,6
8,4	8,4	10,7	19,9	20,5	20,2	9,4	9,2	9,2
5,8	5,4	5,3	40,4	41,5	41,7	4,3	3,9	4,2
6,2	7,9	11,8	49,4	49,4	49,5	7,4	7,4	7,3
2,6	2,5	–	38,7	34,5	34,8	6,7	6,2	7,1
19,5	16,2	15,0	34,9	37,1	37,4	6,5	6,0	6,0
17,8	15,4	13,4	26,4	27,9	28,5	7,1	6,7	6,7
4,4	4,9	–	10,0	11,5	11,2	7,2	6,7	6,9
6,9	6,5	6,4	33,4	33,8	32,3	8,5	8,8	9,1
–	–	–	7,0	7,0	7,0	4,4	4,4	4,4
4,5	4,4	5,3	5,3	5,5	5,6	12,1	11,9	12,4
3,7	3,3	3,2	13,6	13,4	13,4	10,0	9,9	9,0
12,4	12,5	13,4	22,2	22,4	22,8	7,0	6,8	6,7
10,8	12,7	15,7	25,8	27,3	31,7	10,8	10,2	9,5
4,0	3,6	2,8	44,9	45,1	45,3	11,7	11,4	11,7
7,5	6,6	–	36,4	35,3	34,3	6,3	6,1	6,3
7,0	7,4	7,0	19,2	20,3	21,8	6,0	5,6	5,1
–	4,8	–	14,3	13,6	12,3	5,3	5,5	6,5
20,0	23,6	24,6	36,4	36,2	37,1	10,7	10,3	10,5
14,4	13,5	14,0	25,7	22,5	22,8	9,0	7,9	7,8
7,3	8,2	8,9	12,2	11,8	11,9	8,9	8,9	8,8
7,8	8,0	–	9,4	9,8	9,9	9,6	9,4	9,4
–	–	–	66,5	60,1	60,1	6,0	5,8	5,8
–	–	–	43,7	36,2	36,8	2,1	2,1	2,0
11,9	9,8	9,3	16,1	17,6	16,8	6,8	6,1	6,3
–	–	–	45,2	46,2	44,1	5,4	5,6	5,9
8,1	–	–	40,5	41,5	42,4	7,8	7,3	7,6
8,4	7,8	7,7	19,8	18,6	18,6	9,0	9,0	9,2
9,3	9,2	9,9	7,4	7,5	7,4	11,7	11,6	11,8
11,8	13,4	15,8	14,6	13,8	13,9	7,8	6,8	6,8
19,7	19,7	19,7	38,0	38,1	36,7	7,2	7,2	7,6
7,3	6,7	7,0	14,9	14,7	14,2	7,4	7,5	7,7
4,5	4,1	–	25,1	25,8	28,1	10,9	11,0	11,3
8,4	7,6	7,7	16,4	16,2	16,1	9,5	9,5	9,6
16,9	12,5	10,2	18,7	17,8	18,4	6,3	5,8	5,9
45	44	34	53	53	53	53	53	53

всех регулярных источников данных ВОЗ, используемых для расчета основных количественных показателей; в [таблице А.3](#) содержится обзор источников данных, используемых для остальных количественных и дополнительных индикаторов.

Преобладающая часть данных в настоящем докладе взята из Европейских баз данных: «Здоровье для всех», базы данных по смертности и детальной базы данных по смертности. В базе данных «Здоровье для всех» и базах данных по смертности рассчитаны взвешенные региональные средние показатели только в тех случаях, когда имелись данные за конкретный год по меньшей мере из половины стран, вне зависимости от численности населения. При этом отсутствующие данные замещались с использованием экстраполяции и интерполяции. Основной источник данных для индикатора Здоровье-2020 по преждевременной смертности – Европейская детальная база данных о смертности. Она не содержит региональных средних пока-

Таблица А.3.

Источники данных, помимо ВОЗ, использованные для расчета количественных индикаторов, и источники данных для дополнительных индикаторов, приведенных в главе 2

Индикаторы	Источники данных
<i>Основные</i>	
Доля детей, достигших возраста, установленного для начала школьного обучения, не посещающих школу	Институт статистики ЮНЕСКО
Удовлетворенность жизнью	Всемирный опрос Гэллага (через ПРООН)
Возможность получения социальной поддержки	Всемирный опрос Гэллага (через HelpAge International)
<i>Дополнительные</i>	
Доли подростков со значениями ИМТ, превышающими одно стандартное отклонение от средних значений ИМТ по справочным таблицам ВОЗ для соответствующего возраста	Исследование HBSC: международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг.
Значения стандартизированного коэффициента смертности от следующих причин: а) автомобильно-транспортные несчастные случаи; б) случайные отравления; в) отравления алкоголем; г) самоубийства; д) случайные падения; е) убийства и нападения	Европейская база данных «Здоровье для всех»
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении и в возрасте 65 лет	Европейская база данных «Здоровье для всех»
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных	Европейская база данных «Здоровье для всех»

Таблица А.4.

Трехлетние усредненные значения, использованные в показателях материнской смертности на карте 2.4

Страны	Материнская смертность на 100 000 живорожденных: усредненные значения на основе 3 последних лет	Годы, использованные для расчета средних значений
Австрия	1,7	2010–2012
Азербайджан	15,3	2010–2012
Албания	3,9	2009–2011
Андорра	0,0	2010–2012
Армения	15,4	2010–2012
Беларусь	0,9	2010–2012
Бельгия	5,7	2008–2010
Болгария	5,0	2010–2012
Босния и Герцеговина	7,8	2011, 2012 ^a
Бывшая югославская Республика Македония	5,6	2010–2012
Венгрия	11,9	2010–2012
Германия	5,0	2010–2012
Греция	4,1	2009–2011
Грузия	23,7	2010–2012
Дания	2,7	2010–2012
Израиль	4,4	2010–2012
Ирландия	2,7	2010–2012
Исландия	7,4	2009–2011
Испания	3,5	2009–2011
Италия	2,8	2008–2010
Казахстан	18,1	2010–2012
Кипр	10,8	2006, 2008, 2010
Кыргызстан	57,6	2009–2011
Латвия	17,1	2010–2012
Литва	7,4	2010–2012
Люксембург	11,2	2010–2012
Мальта	8,3	2010–2012
Монако	0,0	2012 ^b
Нидерланды	2,4	2010–2012
Норвегия	3,3	2010–2012
Польша	2,1	2009–2011
Португалия	6,7	2009–2011
Республика Молдова	30,1	2010–2012
Российская Федерация	20,0	2008–2010
Румыния	20,3	2010–2012
Сан-Марино	0,0	2005, 2010 ^a
Сербия	14,4	2010–2012
Словакия	4,5	2010–2012
Словения	11,2	2007–2009
Соединенное Королевство	6,8	2008–2010
Таджикистан	37,2	2010–2012
Туркменистан	5,5	2010–2012
Турция	16,0	2010–2012
Узбекистан	21,4	2010–2012
Украина	17,6	2010–2012
Финляндия	2,2	2009–2011
Франция	8,2	2008–2010
Хорватия	8,7	2010–2012
Черногория	17,7	2001, 2007 ^a
Чешская Республика	7,8	2010–2012
Швейцария	3,8	2009–2011
Швеция	2,6	2010–2012
Эстония	9,0	2010–2012

^a Имеются данные только за два года.^b Имеются данные только за один год.

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех».

зателей, поэтому расчет взвешенных региональных средних показателей по индикаторам преждевременной смертности производился таким же образом, как и для других баз данных.

Число случаев материнской смертности в большинстве европейских стран крайне низкое, и преобладающая часть годовых колебаний на национальном уровне носит случайный характер, особенно когда число живорожденных мало. По этим причинам показатели материнской смертности, представленные на карте 2.4, были рассчитаны с использованием усредненных цифр за последние три года с наличием данных (см. табл. А.4).

Поскольку базы данных ВОЗ обновляются ежегодно, сведения, представленные в настоящем докладе, отражают лишь самые последние данные, имеющиеся на момент его написания. После выхода доклада в свет, по мере поступления данных в ВОЗ от остальных стран, региональные средние показатели, а также минимальные и максимальные значения могут изменяться. Все эти данные следует интерпретировать с осторожностью, особенно сведения за последние годы, где отмечаются наиболее выраженные пробелы в данных. Как указано в главе 2, это ограничивает возможности для оценки прогресса в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020 при сопоставлении с отправной точкой 2020 г. Полный обзор данных по основным индикаторам, использованных в настоящем докладе на основе источников ВОЗ за период с 2010 г., приведен в [таблице А.2](#).

Замечания по качеству и сопоставимости данных

Более подробные сведения о качестве и сопоставимости данных можно найти в разделах метаданных в использованных источниках. Ниже освещены некоторые вопросы, касающиеся кодирования причин смерти и источников демографической статистики, поскольку они имеют важное значение для совершенствования мониторинга индикаторов политики Здоровье-2020, относящихся к смертности.

Большое число индикаторов политики Здоровье-2020 зависят от данных относительно причин смерти, и всем им свойстве-

нен ряд общих характеристик. Во-первых, несмотря на то что Европейский регион имеет самый высокий охват данными среди всех регионов ВОЗ, в ряде европейских стран полнота и охват, по имеющимся оценкам, не достигают 100% (13). Во-вторых, в отдельных странах в значительной части врачебных свидетельств о смерти либо неправильно кодируются причины смерти (коды МКБ-10 из главы XVIII), либо указываются неспецифические коды, которые имеют ограниченную применимость для целей общественного здравоохранения. Эти неспецифические коды нередко относятся не к заболеванию, приведшему к смерти, а к непосредственным механизмам умирания (например, указывают в качестве причины смерти септицемию, а не легочную инфекцию, приведшую к септицемии) (14, 15). В третьих, в МКБ, по которой классифицируют основные причины смерти, периодически обновляются и пересматриваются как правила кодирования, так и имеющиеся категории болезней, что создает трудности для мониторинга тенденций во времени (15–17). Наконец, имеются существенные различия между европейскими странами в том, насколько последовательны результаты кодирования у одного и того же медицинского статистика или в сравнении их между собой (18–20); степень такой последовательности на уровне трехзначных кодов МКБ может быть ниже 60%. Рекомендуется осуществлять кодирование с использованием трех- или четырехзначных кодов, но в ряде стран вместо этого используют табличный список 1 по причинам смерти (21), что снижает уровень детализации и ограничивает возможности для анализа. Две страны Региона используют для кодирования причин смерти девятый, а не самый последний (десятый) пересмотр МКБ.

Вопрос полноты данных и охвата отчетностью особенно актуален для оценки младенческой и детской смертности. В ряде стран отсутствуют полностью функционирующие системы регистрации актов гражданского состояния и демографической статистики, и, следовательно, фиксируются не все случаи рождения и смерти. Неполная регистрация смертей и рождений чаще относится к тем случаям, когда ребенок умирает вскоре после рождения. При этом факт рождения или не учитывается совсем, или регистрируется как мертворождение либо выкидыш, что может приводить к подаче из таких стран заниженных сведений о младенческой смертности. В целом охват регистрацией ниже при родах без оказания медицинской

помощи. Кроме того, в ряде стран Региона ранее использовалось или до сих пор используется старое советское определение живорождения или его производные; эти определения не сопоставимы с международным определением живорождения, рекомендуемым ВОЗ (21). По имеющимся данным, это приводит к занижению показателей младенческой смертности примерно на 20–25% (22).

Базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ содержат главным образом официальные данные, предоставленные министерствами здравоохранения. Это предпочтительный источник сведений для расчета индикаторов политики Здоровье-2020. ВОЗ не осуществляет корректирования, адаптации или перераспределения данных, поступающих из стран, поэтому все описанные выше ограничения относятся к данным о смертности, используемым для мониторинга индикаторов политики Здоровье-2020.

Библиография

1. 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/ru/health-topics/health-determinants/social-determinants/activities/data-analysis-and-monitoring/developing-indicators-for-the-health-2020-targets>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
2. 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; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/195510/e96764r.pdf?ua=1, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
3. 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; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
4. Совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и индикаторам здоровья и благополучия для политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 5. Второе совместное совещание экспертов по целевым ориентирам и показателям здоровья и благополучия в политике Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/second-joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020.-london,-united-kingdom,-34-april-2014>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 6. Индикаторы для целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (EUR/RC63/R3; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/resolutions-and-decisions/eurrc63r3-indicators-for-health-2020-targets>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 7. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 2. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2014/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-2>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
 8. Финансирование здравоохранения. Что такое всеобщий доступ к медицинским услугам. [Раздел веб-сайта Всемирной организации здравоохранения]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/>

health_financing/universal_coverage_definition/ru/, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).

9. Проект комплексной глобальной системы мониторинга и целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Официальное совещание государств-членов для завершения работы по комплексной глобальной системе мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-ru.pdf, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
10. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>, по состоянию на 10 сентября 2015 г.).
11. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, accessed 3 February 2015).
12. Европейская база данных «Здоровье для всех» [офлайновая версия]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.
13. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ.* 2005;83(3):171–7.
14. Naghavi M, Makela S, Foreman K, O'Brien J, Pourmalek F, Lozano R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Popul Health Metr.* 2010;8:9. doi:10.1186/1478-7954-8-9.
15. Janssen F, Kunst AE. ICD coding changes and discontinuities in trends in cause-specific mortality in six European countries, 1950–99. *Bull World Health Organ.* 2004;82(12):904–13. doi:10.1590/S0042–96862004001200006.

16. Comparability of ICD-10 and ICD-9 for mortality statistics in Canada. Ottawa: Statistics Canada; 2005 (<http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?objId=84-548-X&objType=2&lang=en&limit=0>, accessed 6 May 2015).
17. Rooney C, Griffiths C, Cook L. The implementation of ICD-10 for cause of death coding – some preliminary results from the bridge coding study. *Health Stat Q.* 2002;13:31–41.
18. Winkler V, Ott JJ, Becher H. Reliability of coding causes of death with ICD-10 in Germany. *Int J Public Health.* 2010;55(1):43–8. doi:10.1007/s00038-009-0053-7.
19. Johansson LA, Korpi H, Pedersen AG. Nomesco report on mortality statistics – theme section 2010. Copenhagen: Nordic Medico Statistical Committee (NOMESCO); 2010 (<http://www.nordclass.se/Mortality.htm>, accessed 6 May 2015).
20. Harteloh P, de Bruin K, Kardaun J. The reliability of cause-of-death coding in the Netherlands. *Eur J Epidemiol.* 2010;25(8):531–8. doi:10.1007/s10654-010-9445-5.
21. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, accessed 6 May 2015).
22. Aleshina N, Redmond G. How high is infant mortality in central and eastern Europe and the CIS? Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2003 (Innocenti Working Paper, No. 95; <http://www.asksources.info/resources/how-high-infant-mortality-central-and-eastern-europe-and-cis>, accessed 2 June 2015).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., 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

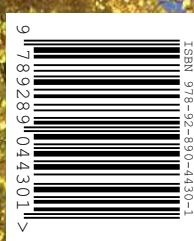
Австрия	Монако
Азербайджан	Нидерланды
Албания	Норвегия
Андорра	Польша
Армения	Португалия
Беларусь	Республика Молдова
Бельгия	Российская Федерация
Болгария	Румыния
Босния и Герцеговина	Сан-Марино
Бывшая югославская Республика	Сербия
Македония	Словакия
Венгрия	Словения
Германия	Соединенное Королевство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

Издаваемый каждые три года «Доклад о состоянии здравоохранения в Европе» дает возможность оценить прогресс в деле улучшения здоровья и повышения уровня благополучия всех людей. Читатели, будь то представители руководящих органов, политики, специалисты общественного здравоохранения или журналисты, могут получить объективную картину показателей состояния общественного здоровья и здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В докладе также показаны тенденции развития европейской политики здравоохранения или журналы-2020, ход достижения ее целей, а также определенные отставания, неравенства и сферы озабоченности и неопределенности, требующие принятия дополнительных мер.

Данные, приведенные в докладе за 2015 г., показывают, что здоровье жителей Европейского региона продолжает улучшаться, а некоторые неравенства между странами по показателям здоровья, в частности таким как средняя продолжительность жизни и младенческая смертность, за последние годы сократились. В реальных цифрах, однако, разрыв между странами с наилучшими и наихудшими значениями данных показателей все еще составляет соответственно 11 лет жизни и 20 жизней здоровых младенцев. По-прежнему недопустимо велики абсолютные различия между странами, особенно по индикаторам, связанным с социальными детерминантами здоровья. Кроме того, в докладе четко показано, что в Европейском регионе по-прежнему отмечаются самые высокие в мире уровни потребления алкоголя и курения.

В докладе за 2012 г. была представлена концепция благополучия в качестве компонента основ политики Здоровье-2020; в докладе 2015 г. эта дискуссия продолжена. В публикации изложены первые результаты оценки субъективного и объективного благополучия в контексте политики Здоровье-2020 и проанализированы инновационные подходы, призванные помочь разработчикам политики в решении проблем, связанных с измерением данного показателя. В докладе также рассмотрены возможные влияния культуры на здоровье и благополучие и пути, по которым ВОЗ может использовать информацию из нетрадиционных источников, например из истории и антропологии, для получения более полной картины благополучия в Европе. В политике Здоровье-2020 употребляются такие понятия, как жизнестойкость сообществ, а также чувство социальной сопричастности и расширение прав и возможностей, что требует развития новых концептуальных подходов к информации здравоохранения, так чтобы собираемые фактические данные отвечали потребностям политики.

Многочисленные вызовы стоят на всем протяжении информационной цепи: от сбора, анализа, интерпретации и передачи данных до использования информации в разработке и проведении политики. Доклад содержит призыв к широкому международному сотрудничеству, направленному на гармонизацию, стандартизацию и генерирование фактических данных, пригодных для эффективного применения в XXI веке.



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