

ЗДОРОВЬЕ-21

*Основы политики достижения
здоровья для всех
в Европейском регионе ВОЗ*

Библиотечный каталог опубликованных данных ВОЗ

Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для
всех в Европейском регионе ВОЗ

(Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6)

ISBN 92 890 4349 0 (Классификация NLM: WA 540 GA1)
ISSN 1012-7380

Всемирная организация здравоохранения – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. С помощью этой Организации, которая была создана в 1948 г., работники здравоохранения более 190 стран обмениваются знаниями и опытом для того, чтобы сделать возможным достижение всеми жителями Земли такого уровня здоровья, который позволит им вести жизнь, полноценную в социальном и экономическом отношении.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением в 870 млн. человек простирается от Гренландии на севере и Средиземного моря на юге до тихоокеанских берегов Российской Федерации. Поэтому в программе Европейского региона ВОЗ акцент ставится как на проблемах, характерных для индустриального и постиндустриального общества, так и на проблемах, находящихся в процессе становления демократии стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. В рамках своей стратегии достижения здоровья для всех Региональное бюро осуществляет деятельность по трем основным направлениям: формирование образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья, создание здоровой окружающей среды, обеспечение соответствующих служб профилактики, лечения и ухода.

Для Европейского региона характерны также наличие большого числа языков, на которых говорят населяющие его народы, и связанные с этим трудности распространения информации среди всех, кто в ней нуждается. Региональное бюро охотно удовлетворяет просьбы о предоставлении прав на перевод своих книг на другие языки.

Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6

ЗДОРОВЬЕ-21

*Основы политики достижения
здоровья для всех
в Европейском регионе ВОЗ*



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Копенгаген

ISBN 92 890 4349 0
ISSN 1012-7380

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку либо перевод публикации частично или полностью. Заявления и запросы следует направлять в Бюро публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Бюро охотно предоставит последнюю информацию о каких-либо изменениях в тексте, о планах новых изданий, а также об уже имеющихся перепечатках и переводах.

© Всемирная организация здравоохранения, 1999 г.

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются, с сохранением за ней всех прав, положения Протокола 2 Всемирной конвенции по охране авторских прав.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приведенные в ней материалы не отражают мнение Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района и их органов власти либо взгляды о делимитации их границ. Названия стран или территорий, используемые в настоящей публикации, соответствуют названиям, известным в период подготовки издания данной книги на языке оригинала.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их или отдаст им предпочтение перед другими компаниями или изготовителями, не упомянутыми в тексте. За исключением ошибок и пропусков, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Напечатано в Дании

ВСЕМИРНАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Принята мировым здравоохранительным сообществом на Пятьдесят первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1998 г.

I

Мы, государства-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вновь подтверждаем нашу приверженность принципу, провозглашенному в ее Уставе, который гласит, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека, и, действуя таким образом, мы подтверждаем достоинство и ценность каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность всех в отношении здоровья.

II

Мы признаем, что улучшение здоровья и благосостояния людей являются конечной целью социального и экономического развития. Мы привержены этическим концепциям справедливости, солидарности и социальной справедливости и готовы учитывать в нашей стратегии аспекты, связанные с различиями по признаку пола. Мы отмечаем важность уменьшения социального и экономического неравенства для улучшения здоровья всего населения. С учетом этого необходимо уделять наибольшее внимание наиболее нуждающимся, отягощенным плохим состоянием здоровья, получающим недостаточное медицинское обслуживание или страдающим от бедности. Мы вновь подтверждаем наше желание укреплять здоровье посредством рассмотрения основных детерминант и предпосылок обеспечения здоровья. Мы признаем, что изменения в состоянии здравоохранения в мире требуют, чтобы мы осуществляли политику достижения здоровья для всех на двадцать первое столетие **посредством проведения соответствующей региональной и национальной политики и стратегий**¹.

III

Мы вновь подтверждаем свои обязательства в отношении укрепления, адаптации и реформирования, по мере необходимости, наших систем здравоохранения, включая основные функции и службы общественного здравоохранения, в целях обеспечения необходимого доступа к службам здравоохранения надлежащего качества и в пределах разумной стоимости, деятельность которых основана на научных данных и носит устойчивый характер в перспективе на будущее.

¹ Текст не выделен жирным шрифтом в оригинале.

Мы намерены обеспечить наличие основных элементов первичной медико-санитарной помощи, определенных в Алма-Атинской декларации² и развитых в новой политике. Мы будем и впредь развивать системы здравоохранения с учетом существующего и предполагаемого состояния здравоохранения, социально-экономических условий и потребностей соответствующих людей, общин и стран посредством осуществления надлежащих мер в государственном и частном секторах и инвестиций в интересах здравоохранения.

IV

Мы признаем взаимозависимость всех стран, общин, семей и отдельных лиц в их деятельности по достижению здоровья для всех. Являясь сообществом государств, мы будем действовать совместно ради устранения общих угроз здоровью и укрепления всеобщего благосостояния.

V

Мы, государства-члены Всемирной организации здравоохранения, таким образом, полны решимости поощрять и поддерживать права и принципы, действия и обязанности, провозглашенные в настоящей Декларации, посредством предпринятия согласованных действий, широкого участия и партнерства, обращения ко всем народам и учреждениям с призывом принять концепцию “здоровья для всех в двадцать первом столетии” и предпринимать совместные усилия для ее реализации.

² Принятой на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 6–12 сентября 1978 г., и утвержденной Тридцать второй сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA32.30 (май 1979 г.).

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Новая политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ – это результат очень широкой и интенсивной двухлетней работы, посвященной рассмотрению проектов настоящего документа и анализу замечаний и предложений, поступивших от государств-членов, сетей и форумов ВОЗ, учреждений Организации Объединенных Наций, международных и интеграционных организаций, неправительственных организаций, а также отдельных экспертов как из государственного, так и частного секторов. Я пользуюсь этой возможностью для того, чтобы выразить благодарность всем тем, кто, выполняя самые разнообразные функции и используя самые разнообразные методы, внес вклад в подготовку настоящего документа.

Jo E. Asvall
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ ЧИТАТЕЛЯ

В главе 1 “Перспективы ЗДВ” отражены перспективы, цели и основные ценности политики достижения здоровья для всех (ЗДВ) и излагаются основные направления обновленной политики.

В главе 2: “Обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья за счет солидарности действий” делается акцент на вопросы укрепления солидарности в здравоохранительной деятельности между государствами-членами и обеспечения большей справедливости в вопросах здравоохранения и охраны здоровья между различными группами населения внутри каждой из стран.

В главах 3 и 4 излагаются желательные для населения Региона конечные цели здравоохранительной деятельности. *В главе 3* “Улучшение здоровья 870 миллионов людей в Европейском регионе” внимание обращается на пути и способы обеспечения для людей более высокого уровня здоровья на протяжении всей их жизни. *В главе 4* “Предупреждение болезней и травм и борьба с ними” предлагаются стратегии снижения уровней частоты, распространенности и последствий конкретных заболеваний и иных причин плохого здоровья.

В главах 5 и 6 определяется весь диапазон стратегий и действий, необходимых для общей цели достижения здоровья для всех. *В главе 5* “Межсекторальные стратегии по обеспечению устойчивого развития” внимание сосредоточено на конкретных действиях множества секторов с целью обеспечения более благоприятных для здоровья и способствующих ему физических, социально-экономических и культурных предпосылок и условий; *в главе же 6* “Ориентированный на результаты работы сектор здравоохранения” предметом особого внимания является ориентация сектора здравоохранения на содействие обеспечению больших выгод и преимуществ в плане здоровья, справедливости и эффективности с точки зрения затрат и результатов.

В главе 7 “Политика и механизмы управления преобразованиями” предлагаются пути и способы мобилизации политической, профессиональной и общественной поддержки деятельности по достижению ЗДВ на всех уровнях. При этом ставится цель создать широкое общественное движение в интересах здоровья путем новаторских партнерских связей, проведения единой политики и такого процесса развития здравоохранения, который бы максимально соответствовал новым реальностям в Европейском регионе.

В главе 8 “Здоровье-21: новые возможности для действий” содержатся заключительные замечания и рассматриваются проблемы и задачи, которые предстоит решать в будущем.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Всемирная декларация по здравоохранению	v
Выражение благодарности	vii
Примечание для читателя	viii
Глава 1 Перспективы ЗДВ	1
1.1 Европейский регион ВОЗ на важном перепутье	1
1.2 Политика и задачи по достижению здоровья для всех	4
1.3 Роль международного сообщества в целом и ВОЗ в частности	6
1.4 Выводы	8
Глава 2 Обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья за счет солидарности действий	11
2.1 Достижение солидарности в интересах здравоохранения между европейскими странами	11
2.2 Ликвидация различий в отношении здоровья между странами	19
2.2.1 Бедность	19
2.2.2 Безработные	20
2.2.3 Неравенство возможностей в отношении здоровья по причинам обусловленным половой принадлежностью	21
2.2.4 Этнические меньшинства, мигранты и беженцы	21
2.2.5 Инвалиды	22
Глава 3 Улучшение здоровья 870 миллионов людей в Европейском регионе	27
3.1 Переходные периоды в жизни человека и его здоровье	27
3.2 Здоровое начало жизни	30
3.3 Здоровье молодежи	37
3.4 Охрана здоровья взрослых	42
3.5 Сохранение здоровья в пожилом возрасте	47
3.6 Достойная смерть	53

Глава 4	Предупреждение болезней и травм и борьба с ними.....	55
4.1	Общее бремя болезней и недомоганий.....	55
4.2	Психическое здоровье.....	57
4.3	Инфекционные заболевания.....	61
4.3.1	Болезни, в отношении которых поставлена задача их ликвидации в глобальном масштабе или в масштабе Европейского региона	69
4.3.2	Борьба с инфекционными заболеваниями с помощью иммунизации	70
4.3.3	Борьба с другими инфекционными заболеваниями.....	72
4.4	Неинфекционные болезни	76
4.5	Травматизм в результате актов насилия и несчастных случаев.....	86
4.6	Бедствия и катастрофы	89
Глава 5	Межсекторальные стратегии по обеспечению устойчивого развития..	93
5.1	Биологическая основа обеспечения здоровья	95
5.2	Физические и социально-экономические детерминанты здоровья.....	99
5.2.1	Физическая среда обитания	101
5.2.2	Социальные и экономические детерминанты здоровья	109
5.3	Здоровый образ жизни	115
5.3.1	“Здоровый выбор” и поведение	117
5.3.2	Уменьшение ущерба, связанного с употреблением алкоголя, наркотиков и табака.....	126
5.4	Условия, способствующие укреплению здоровья.....	136
5.5	Многосекторальная ответственность за здоровье населения	146
5.5.1	Повышение ответственности за здоровье	147
5.5.2	Действия в интересах здоровья в других секторах.....	149
Глава 6	Ориентированный на результаты работы сектор здравоохранения....	161
6.1	Введение	161
6.2	Интеграция первичной медико-санитарной помощи и больничного обслуживания.....	164
6.2.1	Функции интегрированных служб здравоохранения	167
6.2.2	Организация интегрированных служб здравоохранения.....	169
6.2.3	Учреждения первичной медико-санитарной помощи	173
6.2.4	Больницы	173

6.3	Обеспечение качественных результатов медико-санитарных вмешательств	174
6.3.1	Использование различных методов руководства для достижения необходимых результатов	181
6.3.2	Планирование как необходимое условие для достижения положительных результатов	182
6.4	Финансирование и выделение ресурсов на медицинские службы и медико-санитарную помощь	182
6.4.1	Финансовые ресурсы	182
6.4.2	Кадровые ресурсы	189
6.4.3	Фармацевтические препараты	196
6.4.4	Медицинское оборудование	200
6.5	Инфраструктура общественного здравоохранения	201
6.5.1	Менеджеры (организаторы) общественного здравоохранения	202
6.5.2	Другие работники общественного здравоохранения	204
Глава 7	Политика и механизмы управления преобразованиями	207
7.1	Введение	207
7.2	Усиление информационной базы знаний для здравоохранительной деятельности	208
7.2.1	Исследовательская работа	208
7.2.2	Информационное обеспечение здравоохранения	209
7.3	Мобилизация партнеров в интересах охраны здоровья	216
7.3.1	Правительства	220
7.3.2	Политики	221
7.3.3	Профессиональные работники	221
7.3.4	Неправительственные организации	223
7.3.5	Частный сектор	224
7.3.6	Отдельные граждане	225
7.3.7	Объединение партнеров для совместных действий	225
7.4	Планирование, выполнение и оценка политики достижения ЗДВ	230
7.4.1	Четкое обозначение направлений дальнейшей деятельности	232
7.4.2	Обеспечение осведомленности	232
7.4.3	Достижение консенсуса относительно прогресса	233
7.4.4	Поиск консенсуса	234
7.4.5	Постановка задач	234

7.4.6	Большая открытость.....	236
7.4.7	Легитимация процесса.....	236
7.4.8	Создание новых объединений.....	236
7.4.9	Расширение диапазона механизмов осуществления политики ...	237
7.4.10	Процессы координации, мониторинга и оценки.....	238
Глава 8	ЗДОРОВЬЕ-21: новые возможности для действий.....	241
Приложение 1	Взаимосвязь между глобальными и региональными задачами по достижению ЗДВ.....	245
Приложение 2	21 задача на 21-е столетие и предлагаемые виды показателей...	249
Приложение 3	План проведения основных мероприятий на 1998–2005 гг.	283
Приложение 4	Список сокращений.....	289
Приложение 5	Глоссарий терминов.....	291
Приложение 6	Библиография.....	305

Глава 1

Перспективы ЗДВ

1.1 Европейский регион ВОЗ на важном перепутье

В 51 стране Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), простирающемся от Гренландии на западе до Тихоокеанского побережья Российской Федерации на востоке проживает примерно восемьсот семьдесят миллионов человек. Как и в остальном мире, в Регионе происходят глубокие изменения, и характерные для последнего времени информационный бум и развитие других технологий могут, несомненно, привести к новой “промышленной революции” с глубокими последствиями, полные масштабы и пределы которых невозможно ни предвидеть, ни предсказать.

Европейский регион полон разительных контрастов. Хотя все его государства-члены привержены принципам демократии, прав человека и политического плюрализма, в состав Региона входят как высокоразвитые и богатые, так и бедные или даже очень бедные страны. Многие страны все еще борются с негативными последствиями демократических и социально-экономических преобразований, к которым они приступили в начале 90-х годов.

За прошедшее десятилетие произошло увеличение не только числа государств-членов в Регионе (с 31 до 51), но и масштабов стоящих перед ними проблем. Продолжающиеся проблемы бедности и безработицы ведут к обострению проявлений несправедливости, неравенства, приводя во многих странах к ухудшению качества жизни, усилению насилия и ослаблению социальной сплоченности. Сомнения в качестве здравоохранительного и других видов обслуживания и несоответствие между спросом на ресурсы и степенью их наличия вызвали во многих странах опасения, что с таким трудом созданная система социальной защиты и распределения общественных благ может быть ослаблена или вообще разрушена. Усиление процессов глобализации, децентрализации и плюрализма создают, при всех своих новых возможностях, впечатление, что отдельные люди и даже правительства располагают все меньшими возможностями контроля над решениями, влияющими на здоровье.

В 90-е годы средняя ожидаемая продолжительность жизни 870-миллионного населения Европейского региона фактически снизилась впервые со времени Второй

мировой войны, что объясняется, в первую очередь, ухудшением состояния здоровья в новых независимых государствах (ННГ) и некоторых странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ). Почти во всех странах увеличился разрыв в состоянии здоровья между социально-экономическими группами населения, находящимися в более выгодном и в менее благоприятном положении. При всех различиях в положении основные проблемы здравоохранения в Регионе связаны с неинфекционными и инфекционными заболеваниями, несчастными случаями, проблемами психического здоровья и осложнениями, связанными с беременностью и деторождением; относительная же приоритетность этих проблем различается в зависимости от параметров (смертность, инвалидность и т.д.), применяемых для оценки. Слишком большое число людей умирает преждевременно, хотя необходимые знания и средства, позволяющие избежать этого, уже имеются.

При рассмотрении перспектив здоровья в Европе важно также определить те сферы, где сохранится элемент неопределенности. На первое место в этом отношении следует поставить такие, как, например, миграция и социальные конфликты. Активно развиваются информационная технология, генетика, биотехнология и микротехнология, которые, несомненно, повлияют на то, как мы общаемся и информируем друг друга, как мы работаем, какова наша среда обитания, а также на способы нашего медико-санитарного обслуживания.

Вместе с тем у нас имеются большие основания для надежд и оптимизма. Хотя не все причины и проявления напряженности исчезли, многие войны, которые произошли в Регионе, в основном в первой половине 90-х годов, удалось остановить. Таким образом, двадцать первое столетие могло бы стать первым столетием, когда страны в состоянии сделать гуманитарное развитие своим главным приоритетом. Люди и страны начинают приходить в себя после первоначальных травм, нанесенных недавними переменами, и появляются более сильные гражданские общества. В большей части Региона уже созданы и функционируют надежные системы транспорта и связи, а также структуры. Позволяющие обеспечить для населения водоснабжение и электричество, надлежащие жилищные и иные условия и услуги.

Более того, население Региона отличается высоким уровнем образования и просвещения. Его информационная база, научно-исследовательский потенциал и технологические знания относят его к числу наиболее развитых регионов мира, а переживаемое в настоящее время бурное развитие способов и средств связи и информационной технологии позволяет быстро распространить все эти знания. Научный и технологический прогресс дает возможность уже выйти на новые рубежи и усовершенствовать методологии, создающие новые возможности и преимущества в плане здоровья и его охраны. Расширение же Европейского союза (ЕС) предоставляет новые возможности для сотрудничества и взаимной поддержки между странами.

И – что самое главное – Европейский регион ВОЗ обладает уже 15-летним опытом совместной разработки, внедрения, мониторинга и оценки нацеленной на общие конечные

результаты, целеустремленной и новаторской по своему характеру политики в области здоровья и его охраны, позволяющей объединить и интегрировать усилия для пропаганды и распространения здорового образа жизни, обеспечения здоровой среды обитания и высококвалифицированного и эффективного, в плане затрат и результатов, медико-санитарного обслуживания. Большой практический опыт, накопленный в европейских странах, показал большие преимущества такого подхода, и к настоящему времени накоплен огромный объем знаний относительно оптимальных путей и способов организации деятельности по разработке и претворению в жизнь политики достижения здоровья для всех (ЗДВ). В результате активных творческих усилий “укрепление здоровья” превратилось из довольно нечеткой и неопределенной идеи в серьезную концепцию укрепления здоровья населения. Сюда следует отнести “здоровую общественную политику” и серию конкретных и детально разработанных стратегий и методов по укреплению психического здоровья, здорового питания и физической активности, а также по сокращению риска для здоровья, связанного с табакопотреблением, алкоголизмом и наркоманией. Проведенные во Франкфурте (1989 г.) и в Хельсинки (1994 г.) конференции позволили создать общерегиональную стратегию для оздоровления окружающей среды, и к этой деятельности активно присоединились практически все государства-члены через многосекторальные национальные планы действий в области гигиены окружающей среды (НПДГОС).

Разработана ориентированная на конечные результаты методика в области клинической медицины, с последующим проведением постоянного мониторинга отдельных критериев качества и направлением данных по ней пользователям (обратная связь) с помощью соответствующих информационных систем. Это позволило выявить огромный потенциал для повышения качества медицинского обслуживания пациентов, повышения экономической рентабельности здравоохранения и, в конечном счете, высвобождения ресурсов, которые могут быть использованы для введения и внедрения новых технологий здравоохранения. Другие эксперименты по реформированию здравоохранения позволили выявить лучшие пути и способы организации и финансирования здравоохранения. И, наконец, была разработана новая стратегия, позволившая преобразовать замысел ЗДВ и развить его до уровня широкого социального движения путем создания соответствующих сетей и структур сотрудничества, действующих в качестве механизмов мобилизации усилий множества секторов и организаций для совместной деятельности на базе организованных на постоянной основе партнерских связей и объединений между областями, городами, школами, предприятиями (места работы, производства), учреждениями и работниками здравоохранения, неправительственными организациями (НПО) и т.д., которые объединяют свои усилия для реального воплощения идей ЗДВ в своей деятельности.

В этих условиях на государства-члены ложится серьезнейшая обязанность принять меры для прекращения и преодоления тенденций к ухудшению положения в области здравоохранения, используя новые возможности, создаваемые благодаря совместным действиям и начинаниям в этой области. Только на основе сотрудничества мы сможем успешно решить стоящие перед нами задачи.

1.2 Политика и задачи по достижению здоровья для всех

Политика достижения “здоровья для всех в двадцать первом столетии”, принятая мировым сообществом в мае 1998 г., направлена на реализацию стратегической концепции здоровья для всех – зародившейся в ходе сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 1977 г. и провозглашенной на Алма-Атинской конференции в 1978 г. В этой политике излагаются рассчитанные на первые два десятилетия двадцать первого века глобальные приоритеты и десять задач, которые должны обеспечить во всемирном масштабе возможности достижения и поддержания как можно более высокого достижимого уровня здоровья на протяжении всего жизненного цикла.

Региональная политика по достижению здоровья для всех является откликом на провозглашенные во Всемирной декларации здравоохранения призывы к разработке региональной и национальной политики на основе глобальной политики (см. внутреннюю страницу обложки) и в соответствии с принятым в 1991 г. региональным планом действий по достижению ЗДВ (т.е. планом основных мероприятий), в котором содержалось требование о представлении обновленной политики в этой области на рассмотрение Европейского регионального комитета ВОЗ в 1998 г. Сама Всемирная декларация по здравоохранению является призывом ко всем государствам-членам принять соответствующие действия на национальном и международном уровнях.

В этом документе с изложением политики ЗДВ представлены основные принципы и положения, связанные с решением задач достижения лучшего уровня здоровья путем применения наилучших стратегий, сложившихся в рамках коллективного опыта Региона за последние 10–15 лет. Доводы и аргументация, содержащиеся в этой новой стратегии для Европейского региона, указывают на существование неразрывных связей между здоровьем, бедностью и социальной сплоченностью, а также показывают, каким образом усилия в области здравоохранения и развития здравоохранительной деятельности проявляются сейчас как важные факторы, содействующие упрочению социальной сплоченности между всеми группами населения Региона как на международном уровне, так и внутри отдельных стран.

Политика “Здоровье-21” в Европейском регионе ВОЗ состоит из следующих основных элементов:

Одна постоянная цель, заключающаяся в том, чтобы все люди могли в полной степени реализовать свой “потенциал здоровья”³.

³ Принятые в ВОЗ определения понятий “здоровье” и “потенциал здоровья” даются в Глоссарии терминов (см. Приложение 5).

Две основные цели, позволяющие обеспечить более лучшее руководство и ориентацию деятельности, с тем чтобы решить эту конечную задачу:

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

Три основополагающие ценности, являющиеся этической основой для реализации политики “ЗДОРОВЬЕ-21”:

- здоровье как одно из важнейших прав человека;
- справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран, групп и контингентов людей внутри стран и представителей обоих полов;
- участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение к ней/подотчетность отдельных людей, групп, населения (общин) и учреждений, организаций и секторов.

Четыре основные стратегии деятельности подобраны для обеспечения научной, экономической, социальной и политической устойчивости как постоянной предпосылки и движущего фактора в реализации целей “ЗДОРОВЬЕ-21”:

- многосекторальные стратегии, направленные на улучшение определяющих факторов (детерминант) здоровья – с учетом физических, экономических, социальных, культурных и обусловленных половой принадлежностью перспектив – и предусматривающие использование оценок воздействия на здоровье;
- ориентированные на конечные результаты программы и инвестиции для развития здравоохранительной деятельности и клинической помощи;
- комплексная система первичной медико-санитарной помощи, ориентированная на обслуживание на семейном и коммунально-общинном уровнях и поддерживаемая гибкой и чутко реагирующей больничной системой (стационар); и, наконец,
- совместная здравоохранительная деятельность при широком участии и привлечении соответствующих партнеров по здравоохранительной деятельности на всех уровнях – дома/семьи, школы и мест работы, местного населенного пункта/общины и страны – и содействуя совместным процессам принятия решений, обеспечения их выполнения и отчетности.

Для Европейского региона были сформулированы двадцать одна задача по достижению ЗДВ. Они должны стать своего рода мерилем оценки хода работы и достижений по улучшению и охране здоровья и уменьшению факторов риска для здоровья. Эти задачи представляют собой основу для разработки и развития здравоохранительной

политики в Европейском регионе. Их не следует рассматривать в качестве перечня предписаний, однако вместе взятые они определяют основную суть европейской стратегии. Эти задачи соответствуют основным наметкам Всемирной декларации по здравоохранению и отражают задачи, изложенные в рамках глобальной политики по достижению “здоровья для всех в двадцать первом столетии”. Однако конкретно они касаются положения и потребностей в Европейском регионе, а также регионального отклика и способов реагирования на них. В Приложении 1 характеризуется взаимосвязь между глобальными и региональными задачами. Там, где дается количественная характеристика европейских задач, приведенные значения отражают средние показатели по всему Региону или – в некоторых случаях (там, где это конкретизировано) – по подгруппам стран (см. Приложение 2).

Предполагается, что эти задачи будут адаптированы с учетом конкретных условий, потребностей и возможностей на всех уровнях – на национальном, областном, городском и местном и т.д.

1.3 Роль международного сообщества в целом и ВОЗ в частности

Европейский регион ВОЗ располагает огромным потенциалом ресурсов во многих организациях, которые могут сотрудничать со странами, поддерживая их усилия. Европейский союз (ЕС), как интеграционная организация с четким мандатом и полномочиями для осуществления многосекторальной деятельности по охране здоровья, располагает значительным потенциалом для оказания содействия этой деятельности. Значительным фактором для действительной защиты основных этических ценностей в международных соглашениях, которыми руководствуются отдельные страны и местные сообщества, может стать Совет Европы, с его существеннейшим вкладом в дело защиты демократии, прав человека и этических требований. Значительную поддержку для финансирования основных новых инвестиций – в соответствии с политикой и с различными потребностями отдельных стран – могут предоставить Всемирный банк, Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР) и иные финансирующие учреждения, включая донорские учреждения и организации во многих европейских странах. Учреждения системы Организации Объединенных Наций, через оказываемую ими поддержку процессов формулирования политики стран и конкретное содействие в отношении программ и проектов во многих странах Региона, могут содействовать упорядочению и обеспечению четкой направленности международных усилий и усилий стран в соответствии с требованиями общей стратегии. Множество неправительственных организаций – как на региональном уровне, так и в странах – могут найти в данной стратегии источник вдохновения и руководства в своей деятельности и способствовать значительному повышению эффективности своих усилий через партнерские связи, контакты и объединения

на международном, страновом или местном уровнях, основываясь при этом на принципах достижения здоровья для всех.

Устав (Конституция) предоставляет ВОЗ особый мандат для развития более тесного сотрудничества в здравоохранительной деятельности как на международном уровне, так и для сотрудничества с отдельными странами. Не подлежит сомнению, что при решении этой задачи следует учитывать реальное положение в Европейском регионе в конце двадцатого столетия и необходимость устанавливать такое сотрудничество с различными партнерами, при котором учитывались бы их конкретные полномочия и соблюдались принципы взаимного доверия и истинного партнерства.

На этой основе Европейское региональное бюро будет осуществлять тесное сотрудничество со штаб-квартирой ВОЗ и другими региональными бюро, а также со своими международными партнерами, с тем чтобы европейские государства-члены могли извлечь максимальную выгоду от своего сотрудничества с ВОЗ с вытекающими из ее глобального характера преимуществами значительно большего опыта и потенциала для деятельности. С учетом всего этого Европейскому региональному бюро ВОЗ придется выполнять пять основных функций для поддержки реализации политики ЗДВ в странах, а именно:

1. действовать, апеллируя к “совести людей” во всем, что касается здоровья и его охраны, отстаивая принцип здоровья как основополагающего права человека, выявляя настоятельные или возникающие проблемы и потребности людей, связанные со здоровьем, и привлекая к ним внимание;
2. действовать в качестве важного информационного центра по вопросам здоровья и здравоохранительной деятельности;
3. содействовать пропаганде и развитию политики ЗДВ во всем Регионе, с обеспечением ее периодического пересмотра и обновления;
4. обеспечивать современный инструментарий, основывающийся на подтвержденных достоверных данных, который страны могли бы использовать для преобразования ориентированной на достижение ЗДВ стратегии в конкретные меры и действия; и, наконец,
5. играть роль катализатора деятельности через:
 - осуществление технического сотрудничества с государствами-членами – эта работа может быть усилена путем создания динамической “функции ВОЗ” в каждой из стран для обеспечения взаимовыгодного обмена опытом между соответствующей страной и региональной организацией здравоохранения;
 - руководящую, лидерскую роль в общерегиональных усилиях по полной или частичной ликвидации болезней или борьбе с ними, если они представляют собой серьезную угрозу для общественного здравоохранения, как, например, в

- случае эпидемии инфекционных заболеваний и таких пандемий, как болезни, связанные с потреблением табака и табачных изделий;
- содействие осуществлению деятельности, направленной на достижение ЗДВ, со множеством партнеров и с использованием для этого соответствующих системно-сетевых связей и структур по всему Европейскому региону;
 - содействие координации деятельности по обеспечению готовности к чрезвычайным происшествиям и ситуациям и для борьбы с последствиями или угрожающими здравоохранению чрезвычайными происшествиями и катастрофами.

1.4 Выводы

Сейчас, в преддверии двадцать первого столетия, на нас ложится тяжелейшая обязанность сделать все необходимое для улучшения состояния здоровья 870-миллионного населения Региона. Программа “ЗДОРОВЬЕ-21” обеспечивает возможность принять этот серьезнейший вызов путем применения наилучших стратегических средств и возможностей, сложившихся в результате коллективного опыта стран Европы, накопленного за последние 10–15 лет.

Речь не идет о таких перспективах или о таком видении, которые выходили бы за рамки наших возможностей и были бы нам не под силу – нет, все это осуществимо! Накопленный опыт показывает, что страны с совершенно различными социально-политическими, экономическими и культурными условиями способны разработать и претворить в жизнь политику достижения ЗДВ, разработанную для обеспечения высокой приоритетности здравоохранения во всех их планах и программах – а если это они сделают, осуществят, то они обязательно выиграют от основополагающих преобразований и улучшений. Основная задача, стоящая сейчас перед 51 государством-членом Региона, заключается в том, чтобы использовать новую политику ЗДВ для вдохновляющего руководства в целях надлежащего обновления и корректировки их собственной политики и задач.

Во многих частях Региона местное население проявляет максимум инициативы и воображения, используя идеи ЗДВ для мобилизации людей на охрану и укрепление их собственного здоровья. Отличнейшими примерами этого является изучение государственным/общественным и частным секторами возможностей улучшения здоровья населения. Тысячи профессиональных работников здравоохранения и множество организаций, в которые они объединены, внедряют новаторские подходы и методы для повышения качества медицинского обслуживания и осуществляют тесное сотрудничество с представителями других дисциплин для изыскания новых путей и способов решения проблем и преодоления возникающих трудностей. Быстрое и динамически расширяющееся

движение за “здоровые города”, в частности, выявило свой огромный потенциал для систематической, непрерывной и новаторской деятельности по мобилизации местного населения и общин во всех государствах-членах.

Для перевода перспектив деятельности по достижению здоровья для всех в практические дела и реальные свершения на постоянной и непрерывной основе в каждой из 51 страны Региона необходимы целенаправленные и заинтересованные меры и действия. Опыт, технические навыки и сноровка и богатейший инструментарий, позволяющий повлиять на определяющие факторы здоровья, – налицо, теперь дело за энергичным, сильным лидерством и политической волей, чтобы взять весь этот инструментарий в руки и должным образом использовать его.

Обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья за счет солидарности действий

Задача 1 – Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе

Задача 2 – Равенство в вопросах охраны здоровья

Суть формирования политики – это достижение согласия относительно перспективного видения будущего, а также путей его достижения и способов надлежащего использования ресурсов и мобилизации партнеров. Тем не менее, выбор между различными вариантами политики должен основываться на четкой системе ценностей, которые, в свою очередь, должны базироваться на важнейших этических принципах Всеобщей декларации прав человека. Как указывалось в главе 1, равенство в вопросах охраны здоровья и солидарность в предпринимаемых действиях – две основополагающие этические ценности в политике ЗДВ. В Европейском регионе они выражаются в двух измерениях, каждое из которых требует сильного программного реагирования. Одно измерение – это масштабное и растущее неравенство в области здоровья между государствами-членами, другое – широкие – а в настоящее время зачастую даже увеличивающиеся – различия в отношении здоровья между отдельными группами населения внутри каждой страны.

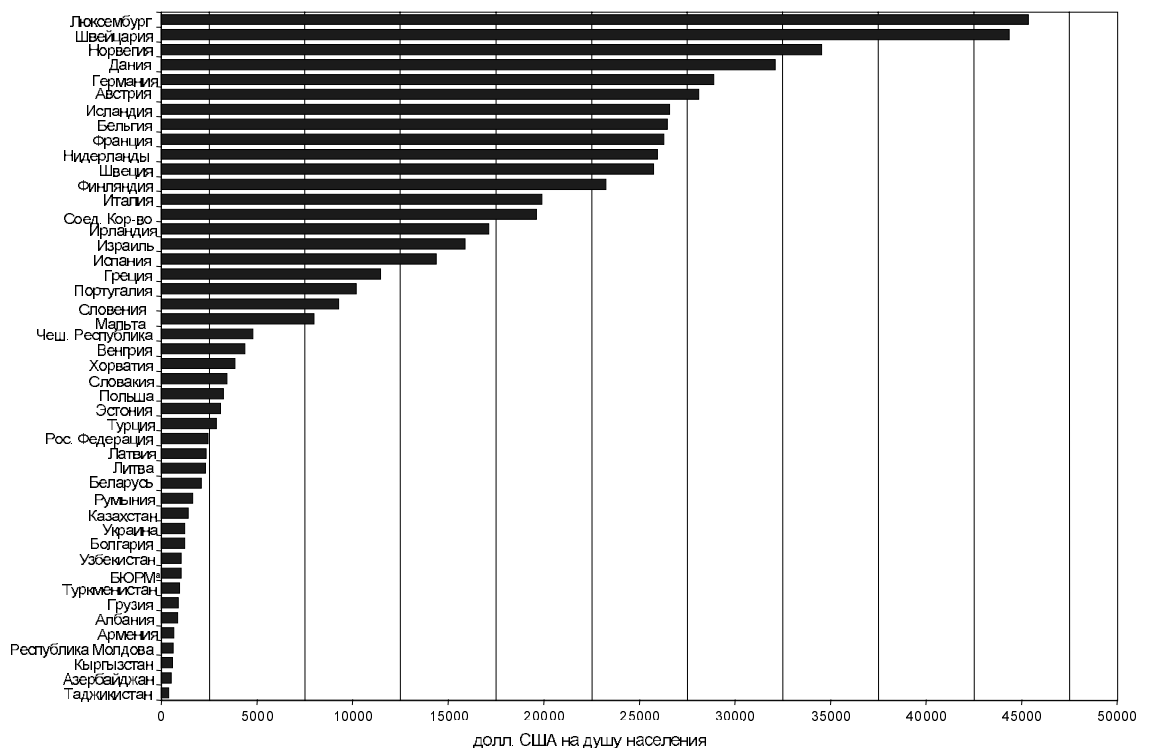
2.1 Достижение солидарности в интересах здравоохранения между европейскими странами

Как уже указывалось, в состав Европейского региона ВОЗ входит ряд самых богатых стран земного шара и ряд других, являющихся крайне бедными. Более того, в настоящее время к категории менее зажиточных стран относится значительно большая группа стран по

сравнению с положением десять лет тому назад. В 1996 г. валовый национальный продукт в расчете на душу населения составлял от 340 долл. США до более чем 45 000 долл. США, и чем дальше на восток, тем хуже и безрадостней положение (рис. 1).

По данным отчета *О гуманитарном развитии в 1997 г.* (ПРООН), “наибольшее ухудшение положения в прошлом десятилетии наблюдалось в Восточной Европе и странах Содружества независимых государств (СНГ), экономика которых находится на переходной стадии. Очень низкий уровень доходов, ранее характерный для небольшой части населения этих стран, распространяется сегодня примерно на одну треть их населения, и в настоящее время 120 миллионов человек живут ниже уровня бедности, равного 4 долл. США в день.”

Рисунок 1. ВНП на душу населения, 1996 г.⁴

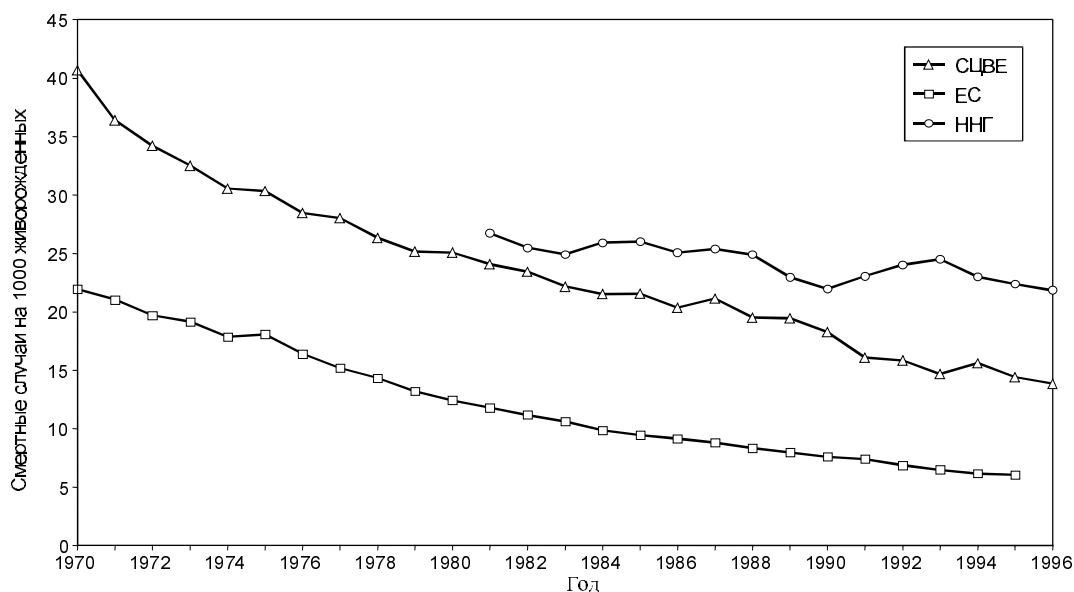


⁴Бывшая Югославская Республика Македония

⁴ Большая часть данных по странам взята из последнего номера Атласа Всемирного банка и отражает положение в 1996 г. По Мальте приводятся самые последние имеющиеся данные (за 1993 г.); по Азербайджану даются сметные данные за 1997 г. Босния и Герцеговина и Сан-Марино исключены из перечня, так как самые последние имеющиеся данные относились к 1991 г. (предвоенный период) и 1983 г.

Экономические потрясения и войны в СЦВЕ и ННГ в 90-е годы расширили разрыв в состоянии здоровья между странами Региона, как это отражено в широком диапазоне различий по множеству показателей здоровья (рис. 2). В настоящее время, например, разрыв между средней продолжительностью жизни в Исландии (79,3 года) и Туркменистане (64 года) составляет 15,3 года.

Рисунок 2. Младенческая смертность в субрегиональных группах стран Европейского региона, 1970–1996 гг.



В контексте Всемирной декларации по здравоохранению 1998 г. с ее призывом к достижению как можно более высокого возможного уровня здоровья для всех, заметить такие различия в экономической жизни и здравоохранении, при всей близости между собой и взаимосвязи этих сфер и если отвлечься от области прав человека, – весьма затруднительно. Государства-члены Европейского региона ВОЗ – это неотъемлемая составная часть глобального содружества наций, и сохранение и даже рост различий в состоянии здоровья и качестве жизни между различными членами этой семьи, этого содружества в таких масштабах неприемлем и требует гораздо большего сосредоточения усилий на пропаганде и продвижении принципов равенства в вопросах здоровья и его охраны в двадцать первом столетии.

Более того, массовое и быстрое передвижение населения через национальные границы в сегодняшней Европе многократно увеличивает потенциальные возможности

распространения инфекционных болезней. Растущее влияние мощной индустрии развлечений и других технологических и культурных факторов на поведенческие и экологические детерминанты здоровья делает совместные и согласованные действия стран Региона непреложной необходимостью. Общерегionalное движение, направленное на поддержание и укрепление здоровья, с помощью общей политики, включающей сильный компонент содействия странам, находящимся в наихудшем положении, позволяя им достичь уровня стран с наилучшим положением, соответствует, в конечном счете, интересам каждого государства-члена.

Несмотря на общее увеличение объема внешней помощи для стран СЦВЕ и ННГ в 90-е годы, суммарный объем такой помощи в области здравоохранения был значительно меньше, чем то было необходимо, и общее воздействие и эффект были зачастую настолько низкими, что не могли не вызвать разочарования. Порой степень компетентности отдельных экспертов, направлявшихся для оказания помощи, уступала уровню тех, кому они должны были помогать. Значительно большего следовало, несомненно, достичь, например, при решении вопроса о долгах, которые унаследовали некоторые правительства. За некоторыми примечательными исключениями, страны-доноры, международные организации и финансирующие учреждения, предоставлявшие внешнюю помощь, зачастую действовали слишком изолированно – либо по своему собственному желанию или в соответствии с пожеланиями правительства получающей помощи страны. Данное обстоятельство не только создавало дополнительное бремя для скудных плановых ресурсов в странах-реципиентах, но и было сопряжено также со значительным риском того, что на установление приоритетов могли повлиять больше интересы доноров, нежели тщательно разработанный план развития. Вместе с тем имелись и положительные примеры обоснованных и хорошо согласованных планов развития здравоохранения на основе национальной политики достижения ЗДВ и разработанные в тесном партнерстве правительственных органов, международных партнеров и донорских организаций и учреждений (например, программа МАНАС, описание которой дается ниже).

МАНАС: КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

После формирования национальной политики ЗДВ в Кыргызстане была разработана комплексная программа реформирования здравоохранения (1994–1996 гг.) через процесс участия, охватывающий все заинтересованные стороны в стране. Программа представляет собой пример ориентированного на конечные результаты комплексного развития сектора здравоохранения и направлена на обеспечение максимально положительных результатов в интересах здоровья. С целью усиления системы первичной медико-санитарной помощи произведено слияние различных клиник для различных групп населения, с заменой на этом уровне специалистов семейными врачами. В порядке рационализации вторичного уровня медико-санитарного обслуживания сокращено число койко-мест в стационарах, с объединением или закрытием ряда медицинских учреждений. В некоторых районах используется методика “замещения”, как, например, внедрение краткосрочной противотуберкулезной химиотерапии для уменьшения числа требующихся койко-мест в стационарах.

Государственный бюджет продолжает оставаться по-прежнему основным источником финансирования для поддержания, насколько это возможно, равенства доступа. Метод выделения, ассигнования средств изменен с переходом от нормированной системы к применению формулы, основывающейся на определении потребностей. Механизмы оплаты меняются с большим переходом к принципам и правилам, основывающимся на стимулировании, как в случае подушевой системы оплаты услуг предоставляющих первичную медицинскую помощь и глобальных бюджетов для стационарного обслуживания, с обеспечением большей самостоятельности. В будущем планируется использовать контракты с дроблением средств между приобретающими медицинские услуги и предоставляющими их, хотя правительственные органы вынуждены действовать с осторожностью до тех пор, пока не будут созданы и внедрены регулирующие механизмы.

Проводятся реформы медицинского и медсестринского образования и обучения, и осуществляется программа, направленная на переподготовку имеющихся специалистов, с тем чтобы они могли работать в качестве семейных врачей. Совершенствуются информационные системы, с тем чтобы удовлетворять новым требованиям и запросам.

Источник: МАНАС – национальная программа по реформам здравоохранения. Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызстан, 1996 г.

Крупные катастрофы и бедствия – стихийные, антропогенные или комбинированные – приводят к чрезвычайным ситуациям, часто требующим быстрой и крупномасштабной внешней помощи пострадавшей стране или группе стран. В 90-е годы в Европейском регионе произошли вооруженные конфликты в десяти государствах-членах, и все они причинили огромные страдания и ущерб физическому и психическому здоровью населения этих стран. В порядке отклика и реагирования на это положение в деятельности по оказанию помощи жертвам чрезвычайных ситуаций приняли участие сотни организаций и множество стран-доноров, действовавших зачастую очень несогласованно. Тем не менее, были налицо положительные признаки и свидетельства большей готовности к сотрудничеству и более умелым действиям при этом, а также создания новых методологий, позволяющих ускорить и облегчить оценку потребностей и предоставление чрезвычайной помощи.

Задача 1 – Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе

К 2020 г. существующий в настоящее время разрыв в состоянии здоровья населения между государствами-членами Европейского региона должен быть сокращен как минимум на одну треть.

Это предполагает:

- 1.1 расхождение в отношении предполагаемой продолжительности жизни в одной трети европейских стран с наиболее высоким показателем и в одной трети стран с самым низким показателем предполагаемой продолжительности жизни должно быть сокращено по крайней мере на 30%;
- 1.2 различия в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности между группами стран должны быть сокращены за счет ускоренного улучшения положения дел в тех из них, где население не получает достаточного обслуживания.

Предлагаемые стратегии

Для уменьшения проявлений неравенства и поддержания безопасности и сплоченности в Европе государствам-членам, интеграционным, правительственным и неправительственным организациям (НПО) необходимо прилагать значительно большие коллективные усилия в целях повышения объема, эффективности и координации поддержки и содействия наиболее нуждающимся странам Региона.

Странам и организациям, оказывающим помощь, необходимо работать и действовать более сплоченно, стремясь к достижению общих целей. Качество, степень пригодности и соответствия технических экспертов, направляемых в получающие помощь страны, должны тщательно проверяться предоставляющими помощь, а сами эксперты должны подбираться на основе убедительных фактических данных, подтверждающих высокую эффективность их деятельности в их родной стране. На донорах лежит ответственность за обеспечение того, чтобы предлагаемая ими для стран-реципиентов практика и методы были приемлемы в их собственной стране – особенно в том, что касается промышленного развития. На саму промышленность – как отдельные компании, так и промышленные группы/объединения – аналогичным образом ложится большая моральная ответственность за соблюдение и применение одного и того же принципа.

Заключение более формальных партнерских соглашений между основными интеграционными и межправительственными организациями и финансирующими учреждениями было бы важным шагом вперед, с последующим созданием конкретных механизмов сотрудничества для каждой получающей помощь страны. Такие партнерские

связи и контакты способствовали бы более комплексному подходу к созданию необходимого потенциала, разработке политики и мобилизации ресурсов в интересах здоровья и его охраны. Все национальные донорские организации и учреждения, инвестиционные банки, интеграционные и международные организации, вносящие свой вклад в здравоохранительную деятельность в Европейском регионе, должны стремиться к составлению общей программы (“общей повестки дня”) в области развития. Хорошим примером практического сотрудничества на базе разделяемых, общих приоритетов является Европейский комитет по окружающей среде и охране здоровья. Следовало бы рассмотреть возможность создания “консорциумов” стран-доноров и организаций для разработки совместных подходов и объединения ресурсов; хорошими примерами этого могут служить Международный координационный комитет по иммунизации (МККИ) и недавно учрежденная Целевая группа по вирусу иммунодефицита человека и болезням, передаваемым половым путем. В настоящее время ЕС получил большие полномочия в области общественного здравоохранения, с расширением членства этой организации, что должно способствовать более тесному сотрудничеству между значительным числом стран.

Как доноры, так и получающие помощь страны должны стремиться к достижению целей “инициативы 20/20”, согласно которой 20% суммарной помощи в области развития должны быть направлены на мероприятия социального сектора, а принимающие помощь страны должны направлять в среднем 20% своих национальных бюджетных ассигнований (“сеть помощи”) на основные социальные службы⁵. Индекс гуманитарного развития, основывающийся на данных предполагаемой продолжительности жизни, уровнях образования и доходов, является весьма полезным руководством, ориентирующим на приоритетную поддержку наиболее нуждающихся стран.

Страны-реципиенты, в свою очередь, должны обеспечивать очень высокую степень приоритетности разработки и формулирования политики достижения ЗДВ и составить, на этой основе, свои среднесрочные и долгосрочные планы в области здравоохранения и развития, с помощью которых можно было бы обеспечить тщательную координацию всей внешней поддержки, оказываемой странами, специализированными учреждениями и организациями, и направить ее на решение самых первоочередных и приоритетных проблем и задач.

Для каждой страны истинная солидарность и “личный интерес” должны заключаться в том, чтобы придерживаться разделяемой всеми ими общей политики здравоохранения и общих ценностей. Концепция ЗДВ предоставляет такой механизм и возможности, и все страны без исключения должны иметь возможность способствовать достижению ЗДВ и извлекать для себя пользу от этого и от технической деятельности ВОЗ на глобальном и

⁵ *The 20/20 Initiative. Achieving universal access to basic social services for sustainable human development* (Инициатива 20/20 достижения всеобщего доступа к базовым социальным службам в целях устойчивого гуманитарного развития). Нью-Йорк, ЮНЕСКО, 1994 г.

региональном уровнях. Поэтому для лучшего ознакомления с политикой ЗДВ и усиления связей отдельных стран с Региональным бюро каждой стране следует подумать о создании "ВОЗовской функции" у себя в стране. Это могло бы быть подразделение или отдел внутри министерства здравоохранения, сотрудничающий центр или национальная группа экспертов, которые бы отвечали за систематическую оценку целесообразности и возможные последующие меры и последствия новых курсов политики и научных рекомендаций, исходящих от ВОЗ, а также за доведение данной информации до самых высокопоставленных лиц, принимающих важнейшие решения в правительстве. Эта функция могла бы также включать систематический обзор всех новых веяний и процессов в области здравоохранения и клинической медицины в их стране, которые могли бы представлять интерес для ВОЗ, с тем чтобы эти знания можно было распространить в других странах.

Данный процесс не должен ограничиваться тем, о чем только что шла речь: для мобилизации широкой поддержки со стороны населения и общественности таких усилий странам надлежит всемерно стимулировать расширение массового обсуждения общественностью и населением проявлений неравенства в социально-экономической сфере и в области здравоохранения и их возможных последствий с точки зрения страданий людей и несправедливости, уменьшения солидарности и социальной сплоченности, а также обеспечения устойчивого экономического роста в Регионе. Такие обсуждения должны вести к лучшему пониманию общечеловеческих, социально-экономических и культурных преимуществ ликвидации разделяющих людей различий и к повышению общего уровня медико-санитарного обслуживания, а также мобилизации ресурсов и клинической экспертизы для уменьшения существующих проявлений несправедливости и неравенства. Значительная часть базовой информации, необходимой для такого обсуждения, уже имеется как результат текущего мониторинга хода работы по достижению ЗДВ, осуществляемого ВОЗ, и благодаря работе, проделанной такими организациями, как Всемирный банк, Программа развития Организации Объединенных Наций, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ЕС и НПО. В частности, важно, чтобы эти обсуждения и дебаты проводились с привлечением всех организаций и отдельных граждан, проявляющих интерес к вопросам здоровья и его охраны. Министерством иностранных дел, отвечающим за решения, касающиеся оказания поддержки и вспомоществования зарубежным странам, следует обеспечить более значительную роль и место для вопросов преодоления и ликвидации проявлений несправедливости и неравенства в своих планах и программах. В рамках же частного сектора необходимо обратить и заострить внимание транснациональных корпораций (включая держателей их акций, потребителей их продукции, международные средства массовой информации) на возможные последствия, которыми чревата их политика, для состояния здоровья населения стран, находящихся в неблагоприятном положении.

Методологии, механизмы и структуры для поддержки обеспечения выполнения и внедрения таких курсов политики включают потенциал, необходимый для анализа политики, структурные параметры сотрудничества и методы оценки воздействия на здоровье. Такая методология должна быть обоснованной в научном отношении, будучи

одновременно как можно более простой, чтобы ее можно было эффективно претворять в жизнь в широких масштабах.

Здоровье людей, пострадавших от чрезвычайных ситуаций, может быть улучшено, если страны будут лучше подготовлены к ним и если помощь, предоставляемая на гуманитарной и переходной стадиях, будет более четко и определенно нацелена на долгосрочную перспективу. На следующей после чрезвычайных ситуаций стадии здравоохранительная деятельность может использоваться в качестве эффективного “задела” и отправной точки для укрепления солидарности и усиления социальной сплоченности населения; она же может играть важную роль в активизации процессов диалога и примирения после конфликта.

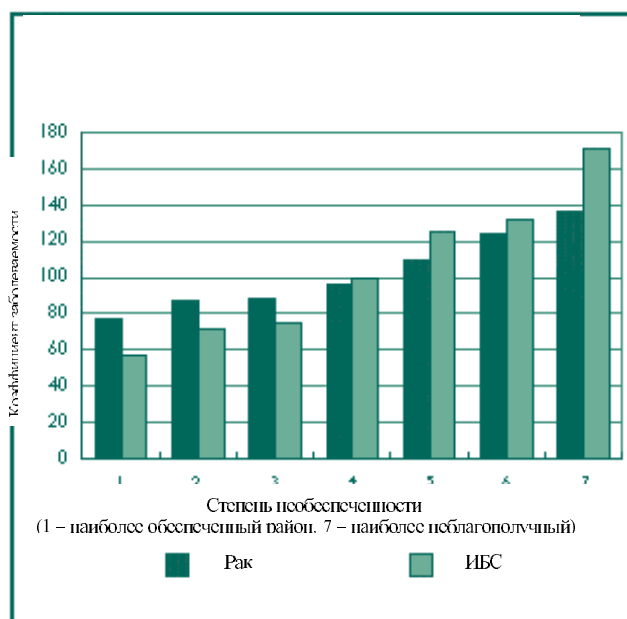
2.2 Ликвидация различий в отношении здоровья между странами

2.2.1 Бедность

Бедность – независимо от того, определяется ли она уровнями доходов, социально-экономическим положением, условиями жизни или уровнем образования, – является крупнейшим отдельным детерминантом плохого здоровья. Жизнь в бедности сопровождается более высокими уровнями употребления психотропных веществ и препаратов (табака, алкоголя и незаконных наркотических средств), депрессией, самоубийствами, антисоциальным поведением и насилием, повышенным риском в отношении безопасных продуктов питания, а также широким диапазоном соматических проблем. Значительное – и фактически все более возрастающее – число людей в европейских странах в настоящее время подвергается риску сопряженных с бедностью тягот и лишений в тот или иной период своей жизни.

Даже в считающихся благополучными обществах проявления неравенства в вопросах здоровья и его охраны усиливаются с расширением социально-экономических различий, с социальной дифференциацией между всеми различающимися в социально-экономическом плане группами населения, общества в целом и на протяжении всего жизненного цикла. Таким образом, хотя в здравоохранительной политике стран главный приоритет должен отводиться тем, кто находится в наиболее неблагоприятном положении, эта политика должна решать также проблему неравного распределения между всеми социальными группами преимуществ, льгот и пособий, являющихся следствием социально-экономического развития и более справедливого распределения общественных благ (например, доступ к образованию, трудоустройству).

Рисунок 3. Стандартизированные показатели по онкологическим болезням и ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц в возрасте до 65 лет в неблагополучных районах, 1991 г.



Источник: Агентство общих служб, Отдел информации и статистики.

2.2.2 Безработные

Среди безработных налицо четкая и однозначная связь между степенью безработицы, с одной стороны, смертностью и заболеваемостью (включая показатели невыходов на работу из-за болезни), с другой. Эта взаимосвязь сохраняется, когда делается корректировка с учетом таких факторов, как уровень образования и владение жильем. Объясняется это, по-видимому, более высокими уровнями контроля труда, спроса, требований, а также поддержки, характерной для более привилегированных категорий населения.

Как безработица, так и неуверенность в сохранении работы в будущем оказывают отрицательное воздействие на здоровье, повышая риск психических и физических расстройств и приводя даже к самоубийствам. В более молодых возрастных категориях неуверенность и боязнь потерять работу ассоциируется с плохим здоровьем, причем независимо от какой-либо взаимосвязи между социально-классовой принадлежностью и безработицей. Как долгосрочное постоянное повышение безработицы в большинстве стран Западной Европы, так и ее внезапный и резкий рост в ННГ являются причиной глубокой

озабоченности в связи с проблемой равенства доступа к медико-санитарному обслуживанию.

Важным детерминантом здоровья является образование. Следует отметить, что так же как и в случае с доходами с повышением уровня образования показатели смертности и заболеваемости снижаются. Материальные и культурные ресурсы семьи оказывают значительное влияние на достижения ребенка в плане образования. Таким образом, фактор социально-классовой принадлежности очень сильно влияет на результаты и показатели в области образования, а они, в свою очередь, с большей долей вероятности – на параметры последующей трудовой занятости и доходов в будущем. У детей, достигающих более высоких уровней образования или технического обучения, намного лучше шансы и возможности как в отношении здоровья, так и трудоустройства и уровней доходов.

2.2.3 Неравенство возможностей в отношении здоровья по причинам, обусловленным половой принадлежностью

Проблемы различий, обусловленных половой принадлежностью, следовало бы рассматривать вместе с проблемами различных в социально-экономическом отношении контингентов населения. Женщины живут дольше, чем мужчины (в среднем на 5–7 лет больше в Западной Европе и примерно на 7–15 лет в восточноевропейских странах). Тем не менее, бремя их двойной трудовой нагрузки как дома, так и на рабочем месте, сопряжено с тяжелыми последствиями с точки зрения заболеваемости, и они, как правило, страдают в большей степени от депрессий и тревожных состояний, чем мужчины. Связанные непосредственно с половой принадлежностью вопросы – такие, как материнская смерть, например, – вызывают большую озабоченность в ряде государств-членов. С другой стороны, мужчины более подвержены, например, несчастным случаям, и более всего в последние годы в СЦВЕ/ННГ ухудшилось состояние здоровья мужчин трудоспособного возраста. Несмотря на значительное недопредставление данных, случаи изнасилования женщин и избиения женщин происходят в подавляющем большинстве стран в таких количествах, которые не могут не вызывать тревоги и озабоченности; более того, в промышленно развитых странах, согласно представленным данным, насилие в кругу семьи причиняет женщинам больше травм, чем дорожно-транспортные происшествия, изнасилования и разбойные нападения вместе взятые. В разделе 3.4 рассматриваются более детально вопросы, обусловленные половой принадлежностью, и связанные с этим стратегии.

2.2.4 Этнические меньшинства, мигранты и беженцы

Особенно большому риску плохого здоровья подвергаются специальные группы, включая этнические меньшинства, кочующие группы населения (например цыгане), мигрантов и беженцев. Их потребностям и чаяниям зачастую уделяется меньше внимания, и они не всегда охватываются обычными видами и возможностями медико-санитарного

обслуживания и социального вспомоществования. Эта проблема продолжает усугубляться во многих странах.

2.2.5 Инвалиды

К категории людей с очень специфическими проблемами и потребностями относятся люди с физическими или психическими недостатками. Более подробно этот вопрос рассматривается в разделе 5.4.

Проведенный мониторинг достижения ЗДВ показал, что в настоящее время страны сообщают не только о географических различиях, но и об изменениях, обусловленных особенностями трудовой занятости и уровнем образования. В ряде случаев сказываются последствия безработицы и такие проблемные вопросы, как питание и жилищные условия. Страны, пострадавшие в результате войны и ее последствий, в частности, обращают внимание на положение со здоровьем мигрантов, перемещенных лиц и беженцев. Около четверти государств-членов сообщают о своих усилиях по совершенствованию своих информационных систем, с тем чтобы они отражали проявления неравенства в вопросах здоровья и его охраны, а некоторые страны занимались составлением новых показателей с этой целью. Произошло очень значительное увеличение числа исследований по этой проблематике, однако это касается, главным образом, определения количественных параметров проявлений несправедливости и неравной доступности медицинского обслуживания: проводится сравнительно небольшое число исследований эффективности мер, предпринимаемых для ликвидации имеющихся расхождений и несоответствий.

Задача 2 – Равенство в вопросах охраны здоровья

К 2020 г. разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен по крайней мере на одну четверть во всех государствах-членах за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания.

Это предполагает:

- 2.1 сокращение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами по крайней мере на 25%;
- 2.2 более ровное распределение основных показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в различных социально-экономических группах;
- 2.3 значительное улучшение влияющих на здоровье социально-экономических условий, и прежде всего сокращение различий в уровне доходов, образования и доступа к трудоустройству;
- 2.4 значительное сокращение контингентов населения, проживающих в условиях бедности;
- 2.5 защиту групп населения с особыми потребностями, обусловленными состоянием их здоровья или их социальными или экономическими обстоятельствами, от какой бы ни было изоляции и предоставление им необходимого доступа к соответствующей медико-санитарной помощи.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Очень важной стратегической установкой для решения проблем проявлений неравенства в отношении здоровья являются систематические и масштабные усилия (см. об этом выше), направленные на обеспечение массовой поддержки населением и общественностью “просвещенной” социально-экономической политики, нацеленной на преодоление основных проявлений неравенства в уровнях доходов и социальных благ (например, для обеспечения или поддержания свободного доступа к медицинскому обслуживанию, образованию и т.д.).

Непреложной предпосылкой для серьезного рассмотрения всей этой проблемы является возможность правильной оценки разрыва в отношении здоровья и его причин. Поэтому необходимы особые усилия для выявления групп, подвергающихся особому риску плохого здоровья и преждевременной смерти, и для анализа причин социальных различий в отношении здоровья. Имеющиеся источники информации следовало бы использовать лучше, однако многим странам необходимо изменить их информационные системы по вопросам здоровья и его охраны, с тем чтобы более точно регистрировать социально-экономические переменные и включить больше данных в отношении медико-санитарной информации в имеющуюся статистику по социально-экономическим вопросам. Необходимо уделять значительно больше внимания мониторингу и оценке эффективности мероприятий, осуществляемых с целью ликвидации имеющихся различий и расхождений в отношении здоровья.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧИЙ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЕГО ПРИЧИН

1. Как часть Глобальной инициативы по обеспечению равенства в отношении здоровья и медико-санитарного обслуживания, выдвинутой ВОЗ и Шведским агентством международного развития (СИДА), в Литве (например) выявлено более 20 имеющихся источников показателей здоровья и/или социально-экономического развития, которые можно использовать для составления карты и диаграмм проявлений неравенства доступа к медицинскому обслуживанию в этой стране.
2. В Испании, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Финляндии и Швеции в последнее время созданы специальные комиссии для оценки различий в отношении здоровья.
3. В Норвегии предпринимается попытка составить новые показатели для обеспечения более точного отражения проявлений неравенства в вопросах здоровья и его охраны, а в Швеции отмечается необходимость комплексного подхода к показателям, связанным с половыми и социально-экономическими различиями.
4. Весьма значительные и смелые попытки предпринимаются сейчас в Нидерландах для сообщения и прогнозирования данных о состоянии общественного здравоохранения с целью информационного обеспечения процесса принятия ответственных политико-стратегических решений.

Источник: Exploring the process of health policy development in Europe (Исследование процесса развития политики здравоохранения в Европе). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).

Детерминанты здоровья

Более высокая степень приверженности и заинтересованного отношения и более энергичные действия необходимы в отношении определяющих факторов, или детерминант, здоровья. Наиболее успешной стратегией обеспечения и улучшения состояния здоровья населения является такая стратегия, при которой вопросы экономического роста, гуманитарного развития и здравоохранения рассматриваются комплексным образом. Различия в уровне доходов, возможности здорового выбора и защита среды обитания – все это переменные, которые могут интегрироваться в рамки государственной/общественной политики и где изменения должны привести к улучшению состояния здоровья и благополучия всего населения в целом. Бюджетно-финансовые и правовые меры являются мощными регулирующими и регламентирующими инструментами, позволяющими браться за решение основных причин плохого здоровья. В главе 5 более детально рассматриваются стратегии, которые должны повлиять на физические, экологические и социально-экономические детерминанты здоровья, а именно – способы распределения доходов, вопросы занятости и образования.

Для эффективного внедрения и претворения в жизнь таких регулирующих и регламентирующих правил и положений они должны быть поддержаны всеми соответствующими секторами и учреждениями и, кроме того, они должны пользоваться всеобщей поддержкой и доверием. Это может быть достигнуто за счет мобилизации всего общества в целом и проведения информированного обсуждения с использованием эффективных коммуникационных сетей. Необходима оценка государственной политики с точки зрения ее воздействия на вопросы обеспечения равенства в отношении здоровья, т.е. равной доступности медико-санитарного обслуживания.

С чего следует начать

Есть целый ряд возможных отправных моментов для составления планов, направленных на преодоление проявлений неравенства в вопросах охраны здоровья. Каждая страна должна выбрать такую альтернативу, которая более всего соответствует ее положению и особенностям. Одним возможным способом является сосредоточение внимания и усилий на конкретных проблемах здоровья, по которым были выявлены значительные различия между различными в социально-экономическом отношении группами и контингентами населения. Этот подход обладает тем преимуществом, что он легко понимается и воспринимается, усваивается широкой общественностью, населением и профессиональными работниками здравоохранения. Второй подход основывается на недавно сделанном выводе о том, что решение проблемы факторов риска и основных причин проявлений неравенства, т.е. неравного доступа к медицинскому обслуживанию, является более реальным тогда, когда налицо действительные и очевидные различия в уровнях доходов или когда имеются зоны значительной безработицы или плохих жилищных

условий, особенно на местном уровне. Третий подход заключается в том, чтобы начать с выявления групп населения, подвергающихся особому риску. Доказано, что факторы риска накапливаются среди одних и тех же социальных групп, и данный подход позволяет заниматься одновременно решением проблем, связанных с целым рядом факторов риска. В рамках общей здравоохранительной политики перед этими группами могут быть поставлены дифференцированные задачи.

В большинстве случаев необходимы смешанные подходы и методики. Кроме того, страны могут рассмотреть возможность интегрирования элементов равенства доступа к медицинскому обслуживанию во все основные осуществляемые программы, хотя этот подход и может оказаться не всегда достаточно избирательным.

Что же касается групп особого риска, то в их отношении должна применяться такая политика, при которой учитываются культурные и половые различия и особенно в вопросах доступности медико-санитарного обслуживания и поддержки.

Службы широкого и активного охвата населения

Обеспечение широкого охвата всего населения и сокращение финансовых и иных препятствий, мешающих доступу к обслуживанию, являются важными способами улучшения здоровья людей, живущих в бедности (эти вопросы более подробно рассматриваются в главе 6). Службы широкого охвата особенно важны применительно к таким уязвимым группам и контингентам населения, как пожилые и престарелые, этнические меньшинства и т.д., которые могут не знать о том, как обеспечить для себя столь необходимую для них поддержку, или могут сталкиваться с социальными, психологическими или даже физическими преградами, не позволяющими им воспользоваться такими службами и предоставляемыми ими возможностями. Возможность прервать “замкнутый круг бедности” за счет своевременного, на самой ранней стадии, вмешательства в жизнь младенцев и детей может обеспечить значительный выигрыш и преимущества для здоровья как настоящего, так и будущего поколений (более подробно см. главу 4).

Интегрированная политика предусматривает оказание поддержки и содействия обездоленным группам населения. Здоровье мигрантов и беженцев может быть улучшено путем обеспечения доступности целой системы служб охраны здоровья семьи, надлежащего жилья и возможностей в области образования и трудоустройства. Обездоленным группам населения в максимально возможной степени требуется финансовое обеспечение, позволяющее пользоваться правами в отношении медико-санитарного обслуживания в той же мере, что и все остальное население. Комплексные программы, разработанные на коммунальном уровне и предусматривающие участие множества секторов и специализированных учреждений, могут быть эффективным средством, позволяющим

адаптировать, приспособлять службы к конкретным культурным особенностям, отношениям и прочим характеристикам соответствующих групп населения.

Здоровье людей, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, может быть улучшено, если гуманитарная помощь будет неотложной и эффективной и если будет проводиться такая национальная и международная политика, при которой устраняются бюрократические препоны и обеспечивается незамедлительное и беспрепятственное финансирование, а также поддержка со стороны специалистов и оказывающих чрезвычайную помощь лиц. Роль сектора здравоохранения заключается в том, чтобы доказать и наглядно продемонстрировать необходимость такой стратегии, помочь устанавливать партнерские связи и контакты с соответствующими секторами и оказывать им содействие в деле оценки их политики.

Улучшение здоровья 870 миллионов людей в Европейском регионе

Задача 3 – Здоровое начало жизни

Задача 4 – Здоровье молодежи

Задача 5 – Сохранение здоровья в пожилом возрасте

Достижение здоровья для всех имеет своей целью предоставление возможности для всех людей обеспечить высокое качество жизни на всем протяжении их жизненного пути. Благополучие людей находится в прямой зависимости от их здоровья, уровень которого предопределяет роль каждого человека в жизни и развитии общества, равно как и размер получаемого им в итоге вознаграждения. Функциональное состояние здоровья и качество жизни следуют за человеком рука об руку до самой смерти. Центральное место в данной главе отводится повышению результативности здравоохранительных мер в отношении всего населения.

3.1 Переходные периоды в жизни человека и его здоровье

Каждый человек за свою жизнь переживает целый ряд важных переходных периодов, знаменательных по тому или иному событию в его судьбе (см. текст в рамке). Некоторые жизненные события и обстоятельства являются характерными только для женщин или же касаются их в большей мере, например, вынашивание ребенка, оплачиваемые и неоплачиваемые многочисленные роли, а также менопауза.

ВАЖНЕЙШИЕ ПЕРИОДЫ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА:

- рождение
- переход из начальной в среднюю школу
- школьные экзамены
- уход из родительского дома
- создание собственного жилища
- начало трудовой жизни
- рождение первого ребенка
- нестабильность трудоустройства, изменение места или потеря работы
- развитие хронического заболевания
- уход с рынка труда
- потеря супруга/супруги и близких друзей

Источник: Bartley, M. et al. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, 314: 1194 (1997) (добавлены первый и последний пункты).

Если руководствоваться подходом с позиции жизненного цикла в деле развития политики охраны здоровья, необходимо принимать во внимание сложные взаимосвязи, возникающие между вышеперечисленными жизненными событиями, биологическими факторами риска и детерминантами здоровья. Характер взаимодействия этих элементов имеет определенные последствия для здоровья людей с момента их рождения и до смерти. Ресурс здоровья может быть исчерпан на любом этапе жизненного цикла как результат случайности, стечения обстоятельств или конкретного выбора. Подход с позиции жизненного цикла представляется более эффективным с точки зрения охвата всех контингентов населения по сравнению с принципом разработки политики и программ, исключительно нацеленных на решение той или иной проблемы здравоохранения по мере ее возникновения (предпринимаемые при этом усилия, скорее всего, будут носить фрагментарный характер и могут привести к ненужному дублированию, излишней специализации в медобслуживании одних групп и недостаточному вниманию к потребностям других групп населения). Как в среднесрочной, так и в долгосрочной перспективе подход с позиции всего жизненного цикла гарантирует проведение более эффективных здравоохранительных мер в отношении всего населения.

На каждом “перевалочном” пункте жизненного цикла оказываемая на макро- и микроуровнях поддержка может иметь благотворное влияние на здоровье и благополучие. На макроуровне предпринимаемые в отношении здоровья и благополучия всех групп населения некоторые меры носят общий характер. Социально-экономическая политика государства наряду с другими решениями правительства должна быть нацелена на создание такой окружающей человека среды, которая на протяжении всей жизни позволяет ему

целиком и полностью реализовать свой потенциал здоровья. Что же касается микроуровня, то предпринимаемые в конкретных условиях усилия, например, в быту, в школе или на рабочем месте, могут быть достаточно эффективными (см. главу 5). Медико-санитарные и социальные службы и, в частности, службы первичной медико-санитарной помощи, ориентированные на обслуживание семей по месту жительства, работающего населения по месту работы, а также отдельных групп местного населения с особыми запросами, являются важнейшими точками соприкосновения в плане оказания систематической поддержки отдельным лицам и сообществам на протяжении всего жизненного цикла, особенно в критические моменты (более подробно об этом говорится в главе 6).

Заблаговременное инвестирование в укрепление здоровья, как правило, приносит положительные результаты в последующем. Важные составляющие физического и психического здоровья закладываются в раннем периоде жизни человека, причем происходит наследование определенных черт от матери в зависимости от характера протекания дородового периода; от обоих родителей в связи с генетической предрасположенностью и уходом в послеродовом периоде; и от качества социальной и физической среды в первые годы жизни. Поэтому первые годы жизни человека должны занимать особое место и быть предметом наиболее пристального внимания в рамках политики охраны здоровья и социального обеспечения.

Дети, проживающие в странах Европейского региона, не располагают равными шансами на сохранение здоровья в течение своей жизни. Бедность родителей, в частности, может оказаться толчком для формирования целого ряда социальных факторов риска, разрушающих здоровье на протяжении всего жизненного цикла, – вот почему инвестирование в социально-экономическое благополучие родителей и семей представляется жизненно важным условием укрепления здоровья и содействия нормальному развитию. В течение всей жизни человека политика социального обеспечения должна строиться таким образом, чтобы в ней были предусмотрены не только предохранительные механизмы, но и механизмы, позволяющие если не предотвратить, то хотя бы компенсировать или ослабить, смягчить последствия неблагоприятных факторов и обстоятельств, имевших место в более ранние периоды жизни.

На протяжении всего жизненного цикла содействующими улучшению здоровья социальными факторами являются: экономическая стабильность; социальная сплоченность; формирование у людей навыков и умений и предоставление им возможностей для преобразования окружающей их среды; и, наконец, сведение к минимуму жизненных ситуаций, ассоциируемых с разочарованием или неудачей. Развитие наиболее серьезных заболеваний у взрослых характеризуется длительным течением; влияние на здоровье неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, наносящего ущерб здоровью, нередко проявляется лишь по истечении значительного периода времени после этого, обычно в зрелом или более старшем возрасте. Для многих людей и групп населения

определенное сочетание целого ряда неблагоприятных воздействий, вариантов индивидуального выбора и жизненных обстоятельств выражается, в конечном итоге, в повышенной вероятности преждевременной смерти или инвалидности.

Далее в данной главе рассматриваются вопросы, касающиеся четырех конкретных возрастных групп населения. Постановка трех задач осуществлена применительно к детям, молодежи и лицам пожилого возраста, поскольку именно на этих этапах жизни человека имеются широкие возможности для охраны, укрепления и поддержания здоровья.

Наряду с событиями в жизни всех или большинства людей определенное стечение обстоятельств в судьбе некоторых лиц на различных этапах их жизненного пути может привести к инвалидности. В данной главе дается краткий анализ сложившейся в Регионе ситуации, а также представлены некоторые предложения в отношении стратегий по реализации потенциальных возможностей для улучшения здоровья инвалидов (более подробно этот вопрос рассматривается в разделе 5.4). В заключительной части вкратце обсуждается вопрос о том, как гарантировать право человека на достойную смерть.

3.2 Здоровое начало жизни

Обеспечение “здорового старта” в жизни ребенка должно быть наиболее приоритетной задачей, стоящей перед любым обществом. В настоящем разделе основной акцент сделан на создание необходимых условий для здорового развития детей грудного и раннего возраста до начала их учебы в школе. В частности, в нем рассматриваются такие аспекты жизни, как: рождение; физическое развитие; приобретение навыков ходьбы и речи; приобщение к принятым в обществе основополагающим ценностям и осознание важности сохранения здоровья; ознакомление с окружающей человека средой; укрепление связей с родителями и людьми, относящимися к близкому семейному кругу.

Шансы рождения здорового ребенка неодинаковы в разных странах Региона, что также верно и в отношении шансов ребенка дожить до первого года после своего рождения. За последние пятнадцать лет в большинстве западноевропейских стран на национальном уровне обеспечивалось выполнение региональной задачи ЗДВ по снижению смертности детей грудного возраста, но даже в самых благополучных странах между отдельными социальными группами наблюдается значительное неравенство. Особую озабоченность вызывают высокие показатели смертности среди новорожденных в некоторых странах восточной части Региона. Нежелательная беременность оказывается фактором риска, и во многих странах, например, отмечается значительное число беременностей среди девушек-подростков. В некоторых странах искусственное прерывание беременности по-прежнему оказывается основным методом контрацепции, и такая практика просто неприемлема на

пороге нового столетия. Во многих государствах-членах все еще остается высоким показатель материнской смертности.

Рождение здорового ребенка создает предпосылки для здоровья человека в дальнейшем, поэтому заметная роль в оказании помощи матерям и новорожденным на этом важнейшем этапе жизненного пути принадлежит службам дородового наблюдения и ведения матери и новорожденного в перинатальном периоде. Беременность и роды – это естественный физиологический процесс (хотя иногда они проходят с осложнениями), и профессиональным работникам здравоохранения следует воспринимать этот процесс именно с таких позиций. Чем выше уровень образования матери и оценка состояния ее здоровья и питания, чем лучше ее социально-экономический уровень жизни и качество предоставляемой ей медико-санитарной помощи, тем больше шансов на благоприятный исход беременности. Здоровое начало жизни ребенка во многом зависит от образа жизни его родителей и того, насколько успешно они выполняют функции родителей. От послеродовой депрессии может пострадать не только мать, но и отец, в частности, она может послужить причиной проявлений насилия в рамках семьи.

ЕВРОПЕЙСКАЯ ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА ПО ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, созданная в Венеции в 1998 г., акцентировала важность основных ценностей и принципов в этой области в рамках Европейского региона ВОЗ. Медицинская помощь в ходе нормальной беременности и родов не должна быть излишне медикализирована и она должна: быть основана на использовании надлежащей технологии; предоставляться на уровне областей и регионов; быть многодисциплинарной, целостной, ориентированной на семью и приемлемой в культурном отношении по своему характеру; а также предполагать привлечение женщин к процессу принятия соответствующих решений. Эти ценности и принципы пропагандируются в рамках всего Европейского региона. В то же время следует отметить, что Беларусь и Республика Молдова являются лидерами в этом отношении и включили многие из этих принципов в свою национальную политику оказания перинатальной помощи.

Источник: Workshop on perinatal care: report on a WHO expert meeting, Venice, Italy, 16–18 April, 1998. (Семинар ВОЗ по перинатальной помощи: отчет о совещании экспертов ВОЗ (Венеция, Италия, 16–18 апреля 1998 г.). Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (документ EUR/ICP/FMLY 01 02 02).

В Регионе существует значительное неравенство в предоставлении перинатального и постнатального обслуживания. В то время как некоторые страны тратят огромные финансовые средства на увеличение продолжительности жизни новорожденных с очень низкой массой тела, самые элементарные потребности по обеспечению здоровых родов не удовлетворяются на многих территориях Региона. Сами по себе успехи перинатальной медицины, позволяющие обеспечить выживание детей со все более низкой массой тела, привели к увеличению числа детей с особыми потребностями, что сопряжено с серьезными этическими проблемами.

Масса тела при рождении, напрямую зависящая от уровня дохода (но также и от других факторов, включая курение), указывает на наличие социальной несправедливости и представляет собой аккумулированный фактор риска, присутствующий в жизни многих поколений. По сравнению с другими детьми, относящимися к той же социальной прослойке, ребенок с низкой массой тела в большей степени подвержен риску ухудшения здоровья, в том числе риску развития ишемической болезни сердца и психических расстройств в зрелые годы. Масса тела при рождении также связана с последующими социальными обстоятельствами начиная с детства и вплоть до раннего периода возмужания, в частности с принадлежностью в зрелые годы к социальному классу с определенной профессиональной ориентацией. В первый год жизни закладывается основа для нормального физического и психического развития и хорошего здоровья в последующие годы, тогда как дети, вынужденные расти в неблагоприятной домашней обстановке и неблагополучных семьях, подвержены повышенному риску неудовлетворительного роста и развития.

Следует обеспечить укрепление связей детей с родителями и близкими родственниками и друзьями семьи. Родителям и другим близким людям принадлежит важная роль в плане передачи детям этой возрастной группы основополагающих социальных ценностей и важности заботы о своем здоровье. В кризисные или трудные моменты жизни или в случае неполной семьи сами родители и те люди, которые ухаживают за детьми, не всегда обладают необходимыми навыками по воспитанию ребенка или оказанию ему необходимой поддержки. В настоящее время в Европе происходят серьезные изменения в структуре семьи. Вследствие высоких показателей распада семей и повышения доли рождения детей от матерей, не состоящих в браке, количество “традиционных семей” сокращается. Статистика разводов в странах Центральной и Восточной Европы заметно подскочила вверх, что особенно ярко проявилось на примере Беларуси, Республики Молдова, Российской Федерации, Словакии и Эстонии. От того, что распадаются семьи, страдают дети. В некоторых странах Западной Европы, где имеет место ослабление традиционной социальной поддержки, семьи оказываются в более стрессовой ситуации по сравнению с семьями в южных и восточных частях Региона, где такая поддержка по-прежнему сильна.

Жестокое обращение с детьми грудного и раннего возраста надолго травмирует индивидуальную психику ребенка. В Регионе постоянно увеличивается число отторгнутых обществом детей улицы, и данной проблеме не всегда уделяется должное внимание. Дети – выходцы из семей эмигрантов, беженцев, незаконно проживающих в другой стране или не имеющих жилища – относятся к группе наибольшего риска в плане пополнения рядов детей улицы и, таким образом, приобщения к малолетней преступности, проституции, прогулам (занятий в школе), наркомании, нищете, насилию и попрошайничеству.

Задача 3 – Здоровое начало жизни

К 2020 г. все новорожденные, дети младшего возраста и дети дошкольного возраста в регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им здоровое начало жизни.

Это предполагает:

- 3.1 обеспечение всеми государствами-членами улучшения доступа населения к службам репродуктивного здоровья, службам дородовой и перинатальной помощи, а также педиатрическим службам;
- 3.2 показатель младенческой смертности не должен превышать 20 на 1000 живорожденных в любой стране; а страны, в которых эти показатели сегодня составляют менее 20 на 1000, должны попытаться снизить этот показатель до 10 на 1000 живорожденных или ниже;
- 3.3 в странах с коэффициентами младенческой смертности, составляющими сегодня менее 10 на 1000 живорожденных, должна увеличиться доля новорожденных без врожденных патологий или инвалидности;
- 3.4 сокращение не менее чем на 50% смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия в возрастной группе до 5 лет;
- 3.5 сокращение числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 г, по крайней мере на 20% и значительное сокращение различий между странами в этом отношении.

Предлагаемые стратегии

В главе 5 рассматривается вопрос о том, как оказывать влияние на исходные социально-экономические детерминанты, с тем чтобы добиться снижения детской смертности как в самих государствах-членах, так и между ними. Чтобы беременность была желанной, а вынашивание ребенка происходило в оптимальных условиях, очень важно иметь для этого хорошо продуманную программу планирования семьи для всего населения (включая службы генетического консультирования, если это требуется). Для беременных женщин должны быть доступны такие жизненно необходимые формы обслуживания, как общий медицинский осмотр, консультирование будущих родителей по вопросам правильного питания и отказа от курения, а также по психологическим и физическим аспектам беременности, родов и ухода за ребенком.

Одной из проверенных стратегий улучшения состояния здоровья женщин и грудных детей является инициатива “Безопасное материнство”.

ИНИЦИАТИВА “БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО” была начата в 1987 г. международным сообществом, имеющим отношение к здравоохранению, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций по деятельности в области народонаселения, Всемирный банк и многие местные и международные НПО во всем мире, с тем чтобы добиться снижения показателей материнской и младенческой смертности и заболеваемости. В частности, ее задачи включают следующее: обеспечение квалифицированной родовспомогательной помощи; улучшение доступа к службам охраны здоровья материнства; улучшение качества служб охраны материнства; предупреждение нежелательной беременности; борьба с небезопасными абортами; измерение прогресса в этой области с помощью эффективных систем сбора данных. Начиная с 1995 г. проект ЦАРАК содействовал реализации этой инициативы в двух пробных районах в каждой из Центральноазиатских республик и в Азербайджане, что уже позволило добиться снижения показателей инфекций, кровотечений и абортов и повышения показателей использования контрацептивов.

Источник: Maternal Health and Safe Motherhood Programme: progress report 1993–1995. (Программа охраны здоровья матери и безопасного материнства: отчет о ходе работы за 1993–1995 гг.) Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г. (документ WHO/FRH/MSM/96.14).

Ведением нормальных родов должны заниматься высококвалифицированные акушерки, а в случае необходимости для поддержки могут приглашаться и врачи-акушеры. Дородовая и перинатальная помощь должна опираться только на проверенные основные технологии, тогда как более сложные технологии должны использоваться для удовлетворения особых четко установленных потребностей; следует всегда учитывать потенциальные ятрогенные побочные эффекты. Качество акушерской помощи в перинатальном периоде может быть значительно улучшено за счет использования соответствующих показателей и мониторинга, включая использование средств телематерики. Следует избегать разлучения матерей и новорожденных детей после родов и уделения чрезмерного внимания установленному режиму, дисциплине и соблюдению гигиенических требований, поскольку все эти обстоятельства оказывают негативное влияние на защитные физиологические функции организма. В этом контексте полезным источником информации являются критерии ВОЗ для больниц доброжелательного отношения к ребенку (см. текст в рамке ниже). Должное внимание следует уделять образу жизни обоих родителей и их психосоциальному благополучию. Будущие матери, отцы и другие члены семьи должны воздерживаться от курения, а мать не должна употреблять наркотические средства и алкоголь. Адекватный и своевременный охват профилактическими прививками представляет собой основной механизм предупреждения болезней, и эту практику необходимо всемерно поддерживать (подробная информация по данному вопросу изложена в главе 4).

Грудное вскармливание обеспечивает оптимальное питание, формирует прочные узы между матерью и ребенком, укрепляет иммунную систему и создает дополнительный защитный механизм от инфекционных болезней и аллергических проявлений в детском

возрасте. Почти каждая мать способна иметь столько молока, чтобы полностью удовлетворять потребности своего ребенка в питании приблизительно в течение шести месяцев. Это соответствует действительности даже в условиях, приводящих к острым и длительным физиологическим и психологическим стрессам, которые в настоящее время наблюдаются в ряде стран Региона.

Создание безопасной, стабильной и поддерживающей домашней обстановки имеет особое значение, поскольку дети грудного и раннего возраста проводят много времени дома или поблизости от него и являются особенно уязвимыми в отношении существующих там неблагоприятных для здоровья факторов – инфекционных болезней; инфекций, передающихся через воду, пищу и животных; болезней, связанных с неудовлетворительными санитарными условиями; химических вредностей, содержащихся в загрязненном воздухе, воде и почве; а также опасностей для здоровья, связанных с окружающей ребенка физической средой в быту, по соседству и в результате дорожно-транспортных происшествий. Создание условий, позволяющих ребенку развивать свой физический, эмоциональный, социальный потенциал, имеет долгосрочные последствия для здоровья. Такая окружающая среда не должна быть загрязнена табачным дымом, поскольку пассивное курение оказывает выраженное пагубное воздействие на здоровье ребенка. Социальная политика должна быть ориентирована на оказание поддержки нуждающимся семьям, способствуя тем самым созданию в домашней обстановке атмосферы заботы, стабильности и безопасности.

ИНИЦИАТИВА “БОЛЬНИЦ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ” (ИБДР), провозглашенная ВОЗ и ЮНИСЕФ на состоявшемся в 1991 г. в Анкаре совещании Международной педиатрической ассоциации, ставит перед собой следующие цели:

- предоставлять матерям возможность осознанного выбора вариантов вскармливания своих новорожденных детей;
- оказывать поддержку практике раннего прикладывания к груди;
- содействовать исключительно грудному вскармливанию в течение шести месяцев;
- добиваться прекращения поставок для больниц бесплатных и дешевых детских питательных смесей;
- обращать внимание (по-видимому, на более позднем этапе и по мере необходимости) на другие аспекты охраны здоровья матери и ребенка.

Такая глобальная сеть нацелена на обеспечение “оптимального старта” в жизни каждого новорожденного путем создания таких условий для оказания медико-санитарной помощи, при которых грудное вскармливание является нормой, тем самым способствуя снижению уровней детской заболеваемости и смертности в любой стране.

По состоянию на сентябрь 1998 г. в Европейском регионе ВОЗ насчитывалось 314 больниц доброжелательного отношения к ребенку в 24 странах, однако общая цель состоит в том, чтобы все больницы в странах Региона приобрели такой статус.

Приходящая на дом семейная медицинская сестра может оказать значительную помощь родителям в создании здоровой, психосоциально стимулирующей и активной среды для новорожденных, а также такой среды, которая исключала бы бытовой травматизм.

Частный сектор также может внести свой вклад в дело охраны здоровья, например, выпуская безопасные для здоровья игрушки, которые развивают воображение детей, способствуют их нормальному развитию.

Как известно, стабильная социальная среда в первые семь лет жизни играет существенную роль при формировании психологического облика человека и приобретении необходимых навыков по преодолению стрессовых ситуаций на протяжении всей жизни. Опыт глубоких человеческих взаимоотношений и любви к ближнему создает огромный ресурс здоровья на протяжении всего жизненного цикла. Обучение матерей и отцов навыкам воспитания ребенка может стать составной частью деятельности служб здравоохранения. Консультативная помощь партнерам и родителям, а также программы школьного обучения по групповому взаимодействию и преодолению конфликтных ситуаций могут оказать положительное воздействие на здоровье детей в тех случаях, когда их родители разводятся.

Детский сад и аналогичные детские учреждения являются идеальным местом, где должны закладываться основные принципы сохранения здоровья и формироваться социальные навыки. Здесь можно познакомиться, в теории и на практике, с такими общечеловеческими ценностями, как справедливость, солидарность, человеческое достоинство. Такие учреждения также могут способствовать здоровому развитию маленьких детей путем моделирования благоприятных физических и социальных условий, предлагая детям вместе готовить здоровую пищу, обучая их “жизненным навыкам” социального взаимодействия и поддержки, а также основным правилам гигиены. Странам необходимо предпринять гораздо более энергичные меры, с тем чтобы все учреждения такого типа имели в своем распоряжении систематические программы, разработанные с учетом вышеперечисленных требований, включая специально обученный для этого персонал.

Оказание поддержки социально уязвимым детям и детям группы риска, особенно тем, кто еще не охвачен системой социального обеспечения, находится в прямой зависимости от эффективности работы служб коммунального уровня и служб, обеспечивающих охват периферийной части населения. Можно добиться гораздо более впечатляющих успехов, если работать совместно с другими партнерами, включая социальный сектор, службы по работе с детьми, НПО и благотворительные организации. Очень важная и одновременно сложная задача связана с разработкой программ во всех государствах-членах по предупреждению жестокого обращения с детьми грудного и раннего возраста, а также по

реабилитации детей – жертв насильственных действий. Для этого необходимо осуществить новый подход к постановке вопросов гласности во многих сообществах, с тем чтобы открыто обсудить проблемы, которые раньше просто “клялись под сукно”.

Руководство ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста

Данное руководство направлено на сокращение смертности, а также частоты и тяжести болезней и инвалидизирующих состояний в странах; на содействие улучшению роста и развития. Основное внимание уделяется качеству помощи, оказываемой амбулаторными медицинскими службами и на уровне общины.

Считается, что названная инициатива имеет потенциальные возможности оказать значительное воздействие на глобальное бремя болезней и стать исключительно эффективной с точки зрения затрат. Она состоит из следующих трех компонентов:

- улучшения практики медицинского персонала по ведению больного за счет предоставления руководящих принципов комплексного лечения детских болезней с учетом местных условий и за счет организации мероприятий по содействию их использования;
- улучшения инфраструктуры здравоохранения, необходимой для обеспечения эффективного лечения детских болезней, включая снабжение и регулирование основных лекарственных средств и вакцин и контролирующих функций на национальном и районном уровнях;
- улучшения практики в семье и общине.

3.3 Здоровье молодежи

В настоящем разделе рассматриваются вопросы, касающиеся потенциальных возможностей сохранения здоровья в детском и подростковом возрасте или в период после начала учебы в школе и до первого контакта с рынком труда. Кроме того, сюда также включены такие события в жизни человека, как приобретение социальных навыков и навыков сохранения и укрепления собственного здоровья, период полового созревания, выполнение общественно полезных функций.

В связи с началом учебы в школе в повседневной жизни многих детей наступают большие перемены. Детский и подростковый возраст являются стадиями жизни, имеющими наивысший потенциал для интеллектуального и физического развития, в течение которых формируются пожизненные социальные навыки, включая навыки, связанные со здоровьем. Потенциал молодых людей при принятии решений относительно характера их поведения, непосредственно влияющего на здоровье, проявляется с наибольшей силой тогда, когда у них есть возможность участвовать в определении своей собственной социальной, физической и учебной среды.

Психологическое благополучие молодых людей – и в конечном итоге состояние их здоровья – тесно связаны с качеством их взаимоотношений с членами семьи, с другими взрослыми и сверстниками. Заботливая семья, участливые друзья и другие авторитетные взрослые, с которыми молодые люди могут поддерживать взаимоотношения, имеют большое значение для здорового развития и позитивного самоощущения. Высокая самооценка и умение успешно разрешать проблемы, включая преодоление конфликтных ситуаций, являются ценнейшим качеством человека, преодолевающего всевозможные трудности на своем жизненном пути.

Переживаемые в пубертантном периоде физические и эмоциональные сдвиги пробуждают у молодых людей новые чувства и ощущения. Такие изменения происходят разными темпами и с разной интенсивностью в зависимости от конкретного человека. В этот период чувства, действия и отношения могут проявляться в обостренном виде. В этот период особенно актуальным оказывается желание соответствовать нормам группы сверстников. Во многих случаях такой опыт носит достаточно позитивный характер, и его следует рассматривать как естественную часть процесса взросления.

Вместе с тем, молодежь может оказаться весьма уязвимой по отношению к определенным факторам риска, включая желание испытать на себе воздействие наркотиков, табака и алкоголя, или же по отношению к другим факторам, связанным с наступлением половой зрелости (см. раздел 5.3). Половая жизнь без предохранения по-прежнему является ведущей причиной множества случаев нежелательной беременности, искусственных абортов и болезней, передаваемых половым путем (БПП), включая ВИЧ-инфекцию. Во многих частях Региона ни школы, ни другие учреждения не предоставляют молодежи основанного на фактических данных и всестороннего сексуального образования, в результате чего молодые люди подвергаются множеству опасностей, связанных с периодом жизни, когда стремление все попробовать является нормой. Возникают совершенно ненужные эмоциональные переживания ввиду отсутствия исчерпывающей информации или понимания аспектов, относящихся к сфере проявления сексуальности, соматических изменений и функций, а также эмоциональных переживаний. Неудовлетворительно функционирующие службы конфиденциального консультирования молодежи по вопросам охраны здоровья могут также препятствовать тому, чтобы молодые люди обращались за медицинской помощью и советом к соответствующим специалистам.

Недостаточная физическая активность и нездоровые привычки питания привели к росту ожирения среди молодых людей во многих странах; если такая тенденция сохранится и в зрелом возрасте (что на самом деле нередко и происходит), то она может стать существенным фактором риска здоровью.

К сожалению, в настоящее время связанное с насилием поведение становится обычным явлением в жизни многих молодых людей и подростков. На современном этапе ведущей причиной смертности детей в возрасте старше одного года, а также подростков

оказываются как преднамеренные (причиняемые самому себе и полученные в результате умышленного насилия), так и непреднамеренные травмы. Соответствующие показатели выше среди лиц мужского пола по сравнению с женским. Все чаще и чаще дети в странах Региона оказываются жертвами сексуальной эксплуатации и актов сексуального насилия. На Всемирном конгрессе против сексуальной эксплуатации детей в коммерческих целях (август 1996 г., Стокгольм) государства-члены приняли обязательства предпринять согласованные меры на местном, национальном, региональном и международном уровнях, чтобы положить конец сексуальной эксплуатации детей.

Дальнейшее развитие средств связи, повышение роли средств массовой информации (СМИ) и информационной индустрии означают, что молодые люди во всех странах мира оказываются объектом воздействия по отношению к популяризации аналогичной продукции, определенных посылов и ценностей. Реклама, СМИ и музыка – это не просто разновидности развлекательных программ, поскольку они также выполняют задачу по рекламированию отдельных личностей, изделий, идей или стереотипов поведения, которые могут оказать как благотворное, так и разрушающее воздействие на здоровье. С точки зрения охраны здоровья значительная часть такой рекламной продукции просто противопоказана – например, отмечается устойчивая взаимосвязь между рекламой табачных изделий и показателями распространенности курения среди подростков. Чрезмерное увлечение телевизионными программами, фильмами и компьютерными играми может ассоциироваться с повышением частоты случаев насилия в жизни молодежи, а также с ее сниженной физической активностью.

Задача 4 – Здоровье молодежи⁶

К 2020 г. молодежь в Регионе должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе.

Это предполагает:

- 4.1 дети и подростки должны обладать лучшими жизненными навыками и возможностью сделать здоровый выбор;
- 4.2 смертность и инвалидность, связанная с актами насилия и несчастными случаями⁷, в которые оказываются вовлеченными молодые люди, должны сократиться по крайней мере на 50%;
- 4.3 доля молодых людей, которым свойственны вредные привычки поведения⁸, связанные с употреблением наркотиков, табака и алкоголя, должна значительно сократиться;
- 4.4 уменьшение частоты беременностей у девочек-подростков по крайней мере на одну треть.

⁶ До 18 лет.

⁷ См. также задачу 9 “Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев”.

⁸ См. также задачу 12 “Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком”.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Чувство гармонии и принадлежности

Здоровье укрепляется, если люди уверены и чувствуют, что жизнью можно управлять и она имеет смысл и что они обладают достаточными способностями и возможностями (умственными, физическими, эмоциональными, социальными и материальными) для того, чтобы соответствовать любым предъявляемым к ним требованиям. Если чувство гармонии и принадлежности формируется в период младенчества и детства, то опыт, приобретаемый в семье, детском саду, школе и других связанных с охраной здоровья условиях, играет немаловажную роль в том, что молодые люди получают правильную информацию и формируют необходимые возможности и навыки по преодолению проблем, которые ставит перед ними жизнь.

Школы являются влиятельной средой, которая может формировать и поддерживать здоровье. Понимание вопросов здоровья молодыми людьми может быть значительно усилено за счет определенного содержания официальных учебных программ. Физическая среда школы может использоваться для того, чтобы в ее стенах можно было претворить в жизнь конкретные действия по охране и укреплению здоровья. С перспективной точки зрения, школа оказывает влияние на представления, отношения, действия и поведение не только учеников, но и учителей, родителей, медицинских работников и местного населения. Все аспекты организационной жизни определенным образом воздействуют на состояние физического, социального и эмоционального здоровья; более того, непосредственное участие молодежи в принятии решений является наиболее оптимальным путем осознания чувства ответственности и общественного доверия. Принятый в Европейском регионе подход к формированию “школ, содействующих укреплению здоровья”, объединяет все эти элементы, и такая концепция должна быть принята всеми школами 51 государства-члена Региона.

Службы здравоохранения

Здоровье детей старшего возраста и подростков может быть улучшено, если политика охраны здоровья молодежи будет более всеобъемлющей, сочетая в себе элементы общественного здравоохранения, укрепления здоровья и комплексного лечения детских болезней (руководящие указания ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста преследуют цель не только сокращения показателей смертности, частоты и тяжести заболеваний и инвалидизирующих состояний в странах Центральной и Восточной Европы, но и создания более благоприятных условий для нормального роста и развития).

Соответствующие службы необходимо приблизить к условиям повседневной жизни (домашняя среда, школы и другие учебные заведения, а также места отдыха). Они должны быть основаны на концепции первичной медико-санитарной помощи и ориентированных на

семью служб здравоохранения. Программы профилактики травматизма, обеспечивающие охват всех мест пребывания детей и подростков, должны проводиться во всех странах Региона.

Хронические болезни, функциональные нарушения с физическими проявлениями, психосоматические жалобы и умственные расстройства могут эффективно преодолеваются, если медицинская помощь будет в равной степени сочетаться с психологическим, социальным и информационным обслуживанием. Для молодежи необходимо разработать специальные программы по решению таких важных проблем, как наркомания, самоубийства, употребление алкоголя и несчастные случаи, причем такие программы следует формулировать в сотрудничестве с социальным, информационным и другими смежными секторами.

Здоровье детей старшего возраста и подростков может быть укреплено, если удастся сократить препятствия, мешающие доступу к медицинскому обслуживанию, за счет: проведения информационных кампаний; защиты конфиденциальности сведений, полученных от молодых людей; установления гибкого графика ведения приема; организации обслуживания за пределами медицинских центров и т.п. Особо важная роль в этом плане принадлежит семейной медсестре, которая общается с людьми по месту их жительства и имеет возможность выявить ту или иную проблему на ее ранней стадии и дать разумный совет не только детям, но и их родителям.

Здоровый образ жизни

Эффективные стратегии по формированию на всю жизнь здоровых привычек питания могут сослужить добрую службу в плане противодействия дальнейшему росту таких проблем, как ожирение, болезни пищевого характера, аллергии. В число проводимых мероприятий следует включить контроль за ростом, консультирование по правильному усиленному питанию, обогащение продуктов питания микронутриентами и обеспечение постоянных запасов продовольствия. Умеренная физическая активность и рекреационные мероприятия способствуют укреплению физического, психического и социального благополучия молодежи. Спортивным обществам, молодежным клубам и другим заведениям принадлежит важная роль с точки зрения укрепления здоровья и общения людей, и эту практику следует самым активным образом поддерживать в сообществах, находящихся в социально ущемленном положении.

Ввиду особой восприимчивости молодежи к рекламе, маркетингу и популяризации новой продукции промышленность может выступать в качестве важного партнера сектора здравоохранения в отношении этой возрастной группы; вместе с тем, на данный сектор возложена ответственность твердо противодействовать продвижению на рынок изделий, которые могут нанести вред здоровью молодых людей. В главе 6 рассмотрены стратегии по

борьбе с потреблением алкоголя, табака и запрещенных лекарственных средств. Политика по регулированию деятельности средств массовой информации может оградить молодежь от вредного влияния материалов, связанных с насилием и рискованным поведением. Проводимое сверстниками обучение нередко оказывается достаточно эффективным и новаторским с позиции формирования у молодежи устойчивых навыков по противодействию вредным для здоровья стереотипам поведения и одновременно по приобщению к более здоровому образу жизни.

Маргинализованная молодежь

На государствах-членах лежит особая ответственность за формирование такой окружающей среды, отношений и практики, которые были бы ориентированы на защиту прав ребенка; за уделение первостепенного внимания мерам по борьбе с сексуальной эксплуатацией детей в коммерческих целях; и за выделение соответствующих ресурсов на решение этих проблем. Во многих странах ощущается необходимость в более тесном сотрудничестве между всеми секторами общества, чтобы препятствовать использованию детей в качестве объекта торговли на рынке сексуальных услуг и укреплять роль семьи по защите детей от сексуальной эксплуатации в коммерческих целях. Поскольку, по всей вероятности, такие дети оказываются вне поля зрения обычного медобслуживания и социального обеспечения, эффективная работа в этом направлении может быть организована на базе специальных служб коммунального уровня и служб, ориентированных на охват периферийной части населения, включая службы, функционирующие в рекреационных зонах и медицинских учреждениях.

3.4 Охрана здоровья взрослых

В настоящем разделе речь идет о потенциале здоровья взрослого населения, начиная с момента его приобщения к рынку труда и кончая, как правило, выходом на пенсию. Данный этап в жизни человека занимает порядка сорока лет и включает в себя такие жизненные вехи, как поступление на работу, выполнение родительских функций, становление человека как полноправного гражданина страны, проявление заботы о своих родителях, отъезд собственных детей из родительского дома и выход на пенсию.

С течением времени характер таких жизненных событий претерпевает существенные изменения. Для многих представителей взрослого населения в странах Европы экономические и социальные условия оказываются неудовлетворительными. Ввиду таких тенденций, как глобализация торговли и технического развития, все больше и больше людей в течение жизни относятся к числу частично занятых или же пополняют ряды безработных. В отношении тех, кто имеет работу, отсутствие должной стабильности в плане занятости и появление рабочих мест нового типа означают, что многочисленные категории

работающего населения не могут быть уверены в прочности своего служебного положения. К этим группам прежде всего относятся иностранные рабочие, иммигранты, этнические меньшинства, работающие более старшего возраста, женщины с малолетними детьми. Семья теряет свою традиционную устойчивость, и в настоящее время наблюдается возникновение множества новых форм совместной жизни.

Что касается производственно-трудовой среды, то на сегодняшний день слишком много внимания уделяется краткосрочным экономическим соображениям, а не долгосрочным инвестициям в человека, обеспечивающим создание общественно полезных функций работоспособного населения. Высокий уровень нестабильности в плане занятости может сулить краткосрочные экономические выгоды, но в долгосрочной перспективе одновременно является причиной ухудшения здоровья не только работающих, но и их подопечных, что в конечном итоге повышает нагрузку на всю систему здравоохранения.

Главным препятствием на пути достижения здоровья для всех представляется неравенство как между мужчинами и женщинами, между женским населением, проживающим в разных частях Европейского региона, а также между социальными прослойками и этническими группами. Женщины и мужчины оказываются под воздействием многих аналогичных условий, однако восприятие последних имеет свои особенности в зависимости от принадлежности к мужскому или женскому полу. Бедность и экономическая зависимость, проявления насилия, негативное отношение и другие формы дискриминации, ограниченные возможности по оказанию влияния на свою половую жизнь и репродуктивную функцию, отсутствие должного влияния на процесс принятия решений – все эти факторы оказывают негативное воздействие на состояние здоровья женщины.

Иногда женщины не располагают одинаковыми возможностями или не имеют равного доступа к основным службам здравоохранения и потенциальным возможностям по охране, укреплению и поддержанию собственного здоровья. Нередко в рамках политики и программ охраны здоровья прочно закрепляется стереотип различий по признаку пола и не в полной мере учитывается зависимое положение женщин в отношении их здоровья. В некоторых из стран, экономика которых находится в настоящее время на переходном этапе, связанные с беременностью и деторождением осложнения оказываются ведущими причинами смертности и заболеваемости женщин репродуктивного возраста. Небезопасные для здоровья аборты представляют собой угрозу для жизни значительного числа женщин, особенно проживающих в более восточной части Региона, что представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения; наивысшей степени риска в данном случае подвергаются самые бедные и самые молодые.

На современном этапе по сравнению с предыдущим периодом основную долю среди работающего населения составляют женщины, и рост численности работающих матерей и количества домашних хозяйств, в которых работают оба родителя, имеют негативные

последствия для ухода за детьми и престарелыми. Традиционно женщины справлялись с этой ролью, и во многих странах им по-прежнему это удается наряду с занятостью вне дома.

Неудовлетворительные жилищные условия и нездоровая общественная среда (см. главу 5) препятствуют многим взрослым приобщиться к поведению, способствующему укреплению здоровья. Для женщин с низкими уровнями доходов курение является одним из средств борьбы со стрессовыми явлениями, обусловленными бедностью или монотонными условиями труда. Среди населения бедных районов проблема выбора здорового образа жизни может осложняться многими факторами, в том числе:

- отсутствием достаточного числа рекреационных зон;
- ростом криминогенности, что препятствует тому, чтобы люди выходили из своих домов, общались между собой, активно отдыхали;
- неадекватным доступом к общественному транспорту;
- отсутствием или высокой стоимостью продуктов, рекомендуемых для здорового питания;
- ограничением доступа к службам первичной медико-санитарной помощи по сравнению с районами, находящимися в более благоприятном положении.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Политика укрепления здоровья призвана создавать благоприятные условия для людей в плане укрепления их потенциала по преодолению болезненных состояний, которые могут возникать в зрелые годы. Та или иная стратегия охраны здоровья должна быть также ориентирована на профилактику заболеваемости и преждевременной смертности путем воздействия на лежащие в основе этого причины и факторы риска. Вместе с тем, ряд факторов риска являются общими для сердечно-сосудистых болезней, рака и диабета (и в определенной степени для хронических респираторных болезней); к таким факторам относятся курение, злоупотребление алкоголем, нездоровый рацион питания, недостаточная физическая активность и во все большей степени стресс. Поэтому вместо того, чтобы концентрировать профилактические усилия только на индивидуальных факторах, необходимо применять такой комплексный программный подход, который учитывал бы все основные факторы риска в рамках более широкой стратегии укрепления здоровья и профилактики болезней, изложенной в главе 5.

Обеспечение гарантии занятости способствует сохранению и укреплению здоровья работающего населения. Получаемый таким образом прирост в индивидуальной производительности труда и снижение затрат на медобслуживание также приводят к долгосрочным экономическим выгодам. Кроме того, как отмечается в главе 5, здоровье

работающего населения может быть улучшено, если наряду с обеспечением гарантии занятости, политика рынков труда будет способствовать гибкой, учитывающей интересы семьи практике трудоустройства, позволяя трудящимся сочетать участие в рынке труда со своими личными и семейными заботами. Выполнению задачи укрепления здоровья работающих и членов их семей могут способствовать такие факторы, как предоставление отпусков по уходу за ребенком, занятость в течение неполной рабочей недели и работа по совместительству.

Здоровье и благополучие женщин

Оказывая поддержку и претворяя в жизнь обязательства, взятые в рамках различных международных договоренностей (особенно по линии Пекинской декларации и Платформы для действий, Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития, Копенгагенской декларации по социальному развитию и Конвенции по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин), правительства стран в сотрудничестве с неправительственными организациями и объединениями работодателей и трудящихся, а также при содействии международных учреждений располагают реальными возможностями по укреплению и охране здоровья женщин.

Представляется возможным добиться укрепления здоровья женщин путем организации более доступной, имеющейся в наличии и недорогостоящей первичной медико-санитарной помощи высокого качества, включая службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья (например, центры и информационные службы по планированию семьи), уделяя при этом особое внимание службам родовспоможения и оказания неотложной акушерской помощи. В соответствии с согласованными мерами, намеченными по линии Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития, признание проблемы негативных последствий небезопасного для здоровья искусственного аборта и поиск ее решения представляют собой основные объекты внимания систем здравоохранения некоторых стран и, как сказано выше, обуславливают необходимость проведения хорошо организованной программы по планированию семьи.

Реорганизация служб медико-санитарной информации и пересмотр программ в области подготовки медицинских работников с учетом принадлежности к мужскому или женскому полу, развития навыков общения и установления межличностных контактов, а также принимая во внимание право клиента на сохранение конфиденциальности и обслуживание в приватной обстановке, – все эти подходы позволят обеспечить доступ большего числа женщин к адекватным службам охраны здоровья и таким образом гарантировать лечение в соответствии с их нуждами и запросами.

В порядке стимулирования равенства между мужчинами и женщинами, между женщинами, проживающими в разных частях Европейского региона, и между женщинами из разных социальных прослоек и этнических групп во всех курсах действий, осуществляемых сектором здравоохранения и другими секторами, следует учитывать

гендерный фактор. Особое внимание необходимо уделять разработке политики и программ, содействующих выполнению мужчинами и женщинами типичных многочисленных ролей и обязанностей, будь то в индивидуальном качестве, в роли родителей, работающих или лиц, ухаживающих за другими людьми, а также обеспечивающих преодоление связанных с половыми различиями препятствий на пути медико-санитарного и гуманитарного развития.

ГЕНДЕРНЫЙ ФАКТОР – УЧЕТ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

В рамках политики охраны здоровья гендерному фактору принадлежит жизненно важная роль, поскольку благодаря ему:

- признается необходимость полноправного участия женщин и мужчин в процессе принятия решений;
- в одинаковой мере оцениваются знания, достоинства и опыт женщин и мужчин;
- обеспечивается определение потребностей и приоритетов в медобслуживании как женщин, так и мужчин, а также отдается должное тому, что отдельные проблемы охраны здоровья являются типичными или имеют более серьезные последствия для одного или другого пола;
- достигается более глубокое понимание причин ухудшения здоровья;
- обеспечивается проведение более эффективных мер по укреплению здоровья;
- создаются более благоприятные условия для равенства в вопросах охраны здоровья и медико-санитарного обслуживания.

Создание безопасных условий в быту и по месту жительства

Адекватные жилищные условия являются предпосылками для здоровья. Жилищные потребности людей, как правило, меняются на протяжении их жизни. Жилища должны позволять гибкую адаптацию к этим меняющимся потребностям, включая последствия, связанные с увеличением доли работы на дому. Рекреационные зоны, безопасные улицы и доступ к общественному транспорту и основным удобствам и службам представляются жизненно важными ресурсами для обеспечения благоприятных для здоровья и безопасных условий по месту жительства и развития социальной инфраструктуры, и такие возможности следует поддерживать и совершенствовать. Представляется возможным добиться укрепления здоровья путем активизации работы первичного звена по повышению уровня охвата населения профилактическими прививками и уделению большего внимания раннему выявлению сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и реабилитации лиц с хроническими болезнями. При этом медобслуживание должно быть доступно для самых нуждающихся контингентов населения (см. главу 6).

Здоровый образ жизни

Именно на взрослых нередко возлагается ответственность заботиться о других. Поэтому здоровье многих людей находится в зависимости от того выбора в отношении

здорового образа жизни, которому отдают предпочтение взрослые или располагают соответствующими возможностями сделать это. Обеспечение доступа к здоровой и приемлемой пище, распространение информации, соответствующее этикетирование пищевых продуктов (полученных, в частности, с помощью генной инженерии), а также информирование и обучение безопасным для здоровья способам приготовления пищи могут способствовать сохранению и укреплению здоровья как отдельных лиц, так и целых семей. Умеренная физическая активность представляется одним из краеугольных камней крепкого здоровья взрослого населения. В главе 5 представлен обзор выгод для здоровья, получаемых благодаря физической активности. При проектировании зданий и сооружений, предназначенных для ежедневной деятельности человека, следует предусматривать условия для умеренной физической активности.

3.5 Сохранение здоровья в пожилом возрасте

Восемнадцать из 20 стран мира с наибольшей долей пожилого населения находятся в Европейском регионе ВОЗ. В этих странах от 13,2% до 17,9% населения составляют люди старше 65 лет. В течение предстоящих 20 лет произойдет очень значительное увеличение доли населения этой возрастной группы, причем наибольшее увеличение в большинстве стран будет наблюдаться среди очень пожилых (т.е. людей в возрасте 80 лет и старше). В течение следующих 30 лет доля людей в возрасте старше 80 лет (в пределах возрастной группы старше 65 лет) возрастет в целом по Европе от 22% до более чем 30%.

Старение является естественным физиологическим процессом, при котором организм человека претерпевает серьезные изменения. Существует довольно широкий спектр различий в отношении того, что это означает для конкретных людей и для их способности вести активный и приносящий удовлетворение образ жизни. Многие пожилые люди остаются активными и полностью независимыми вплоть до последних дней своей жизни. Основными угрозами для здоровья пожилых людей являются деменция, депрессия и попытки самоубийства, рак, остеопороз, недержание и травмы.

В настоящем разделе ставятся под сомнение некоторые мифы, связанные со старением, и обращается внимание на то, каким образом стратегии, ориентированные на создание более безопасных для здоровья условий по месту жительства и проведение более заботливой политики охраны здоровья и социального обеспечения, включая соответствующие службы, могут облегчить положение людей старшего возраста.

Несмотря на то, что пожилые люди являются более уязвимыми по отношению к вышеуказанным опасностям, они ни в коем случае не представляют собой неизбежную часть процесса старения каждого человека. Во многих частях Региона слишком много

внимания уделяется снижению функциональных способностей и слишком мало – возможностям оставаться активными. Кроме того, более серьезного внимания заслуживают медико-санитарные последствия, связанные с проблемой ограничения социальной роли человека на протяжении его жизненного цикла. Хотя взрослые и выполняют многие социальные и экономические функции, они нередко оказываются слабо подготовленными к активной и плодотворной социальной жизни, когда их постоянная трудовая занятость подходит к концу, дети покинули родительский дом, а уровень функциональной способности организма начинает падать. Во многих случаях причины ухудшения здоровья объясняются неправильным представлением о том, что процесс старения сопровождается бездействием и что он начинается только в возрасте 65 лет.

Существует немало возможностей для сохранения активности и интереса к жизни. Повышается образовательный уровень людей в возрасте 65 лет и старше, не говоря о том, что для людей старшего возраста стали появляться новые возможности для продолжения обучения. В некоторых странах, возможно, благодаря повышению образовательного уровня, люди более старшего поколения стали объединяться в политические группировки и группы действий по защите интересов пенсионеров, с тем чтобы открыто заявлять о своих требованиях в связи с развитием социальной политики и политики здравоохранения, а также служб социальной помощи и охраны здоровья. Если мыслить более масштабно, то прилагается слишком мало усилий, чтобы удовлетворить меняющиеся потребности и ожидания людей старшего возраста и подготовиться к росту численности стареющего населения в Европе.

Женщины живут дольше, чем мужчины, однако эти дополнительные годы жизни нередко ассоциируются с хронической заболеваемостью, инвалидностью и трудностями функционирования без помощи других, особенно в группе преклонного возраста (женщин в возрасте 80 лет и старше). Зависимость имеет физические, экономические, психологические и социальные параметры, которые самым негативным образом сказываются на качестве жизни действительно состарившихся женщин, то есть той их части, которая в настоящее время составляет порядка 60–64%. В отличие от мужчин особенность изменения функциональной способности женщин состоит в том, что по мере уменьшения их мышечной массы они раньше, чем мужчины, оказываются ниже “критической планки”.

У женщин, как правило, меньше сбережений и более низкие уровни заработков по сравнению с мужчинами, и в ближайшее десятилетие такая тенденция, по-видимому, сохранится, что не может не отразиться на структуре государственных расходов и охране здоровья и качестве жизни женщин.

Физическое окружение представляет собой один из важных определяющих факторов способности пожилых людей сохранять свою самостоятельность, находясь дома или при выходе на улицу. Жилье, транспорт и организация местных служб в настоящее время часто

серьезно препятствуют сохранению функциональных способностей многих пожилых людей, а также затрудняют поддержание на должном уровне их социальной активности. В частности, многие транспортные системы в Европе не являются легко доступными для пожилых людей. Доступ и посадка в автобусы или вагоны метро нередко связан с большими трудностями.

Большинство пожилых граждан хотят жить в своих домах как можно дольше. Однако в ряде стран Региона отсутствуют надлежащие службы по обеспечению ухода на дому – особенно для людей, страдающих деменцией. Во многих странах люди старшего возраста не располагают доступом к службам профилактической медицины. Вместе с тем, такие службы имеют чрезвычайно важное значение для пожилых людей, что подтверждается большой потребностью в помощи, связанной с травматизмом. В целом реабилитация доказала свою огромную полезность для оказания помощи пожилым людям жить независимой жизнью и для повышения их самостоятельности и качества жизни.

Пожилые люди потребляют непропорционально большое количество всевозможных прописываемых лекарственных средств. В некоторых странах экстенсивное использование лекарств, очевидно, призвано компенсировать нехватку реабилитационных служб. Соблюдение схемы приема лекарств может представлять собой большую проблему, особенно для одиноких пожилых людей.

Современные учебные программы подготовки специалистов здравоохранения зачастую основаны исключительно на медикаментозных методах лечения и стационарной помощи; это способствует предоставлению значительного числа неадекватных видов обслуживания для пожилых людей в Регионе.

Задача 5 – Сохранение здоровья в пожилом возрасте

К 2020 г. люди в возрасте старше 65 лет должны иметь возможность полностью реализовать имеющийся у них потенциал в отношении собственного здоровья и выполнять активную социальную роль в обществе.

Это предполагает:

- 5.1 увеличение на 20% ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности в возрасте 65 лет;
- 5.2 увеличение по крайней мере на 50% доли людей в возрасте 80 лет, обладающих таким уровнем здоровья, который позволяет им сохранять в домашних условиях независимость, самоуважение и надлежащее место в обществе.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Сохранение здоровья в пожилом возрасте

Здоровье может быть улучшено, если общественность европейских стран предпримет активные меры по изменению негативного отношения к старению, а также если люди среднего возраста будут иметь возможность постепенно сокращать объем своей занятости по основному месту работы, одновременно увеличивая свою нагрузку в социальном плане, то есть станут выполнять общественно значимую роль по мере завершения своей постоянной занятости. Пожилые люди представляют собой огромный ресурс для своих семей и для общества и могут внести значительный вклад в их качество жизни и благополучие. Их опыт и накопленная мудрость неоценимы для воспитания детей и для других взрослых в семье, приносят пользу обществу в целом и общине, в которой они проживают в течение долгих лет после того, как прекращают регулярно трудиться. Вместе с тем, в наши дни этот потенциал редко используется в полной мере.

Местные сообщества

Люди старшего возраста нуждаются в поддержке, чтобы принимать участие в общественной жизни и мероприятиях на коммунальном уровне. Работая бок о бок, пожилые, члены их семей, персонал по уходу за ними, местная община и НПО располагают реальными возможностями по поиску новаторских подходов к созданию таких условий, при которых их жизнь и впредь будет активной и интересной. Такие стратегии могут сослужить добрую службу по укреплению потенциала пожилого человека, когда он переживает такие трудные моменты в своей жизни, как потеря супруга/супруги, члена семьи или друга. Физическая среда должна обеспечивать необходимые условия для участия людей старшего возраста в общественной жизни, а также для ежедневного общения с другими людьми. Здоровье может быть улучшено, если системы планирования городов и транспорта будут предназначены для использования всеми людьми и если дорожные знаки и указатели будут иметь достаточно крупные габариты, чтобы пожилые люди могли без труда ознакомиться с их содержанием.

Охрана здоровья и социальная поддержка

Учитывая демографическую структуру европейских обществ, все более важными становятся социальная и другие виды политики, направленные на сохранение самостоятельности людей преклонного возраста и поощрение солидарности между поколениями. Соответствующие курсы действий также необходимы для обеспечения адекватного уровня дохода и субсидий на покрытие расходов в связи с приобретением таких жизненно необходимых вещей, как продукты питания и топливо, особенно в некоторых восточных частях Региона. Эффективная комплексная политика в области охраны здоровья и социальной поддержки сочетает в себе следующие качества: ориентация на нужды

населения, широкое участие, учет местной специфики и нужд населения и акцент на конкретные выгоды для здоровья. Результаты анализа конкретных ситуаций показали, что проводимая в отношении пожилых людей стратегия будет эффективной, если для совершенствования их медобслуживания и других служб будут привлечены городские власти и местная община.

Службы здравоохранения

Благодаря использованию относительно недорогих приспособлений и видов обслуживания можно значительно расширить возможности пожилых людей в плане их самостоятельности. Систематические профилактические меры, направленные на улучшение слуха, подвижности (замена головки тазобедренного сустава), зрения и способности по пережевыванию пищи (протезирование зубов), могут принести значительную пользу с точки зрения благополучия, самостоятельности и активности и заслуживают гораздо большей приоритетности. Качество жизни пожилых людей и их семей может быть улучшено, а дорогостоящий уход за этой группой населения может быть значительно сокращен, если обслуживание будет строиться с учетом принадлежности к мужскому или женскому полу, будет основываться на принципах первичной медико-санитарной помощи и активно направлено на каждого престарелого человека в местной общине (например, через деятельность семейных медсестер – см. главу 6). К числу ключевых элементов обслуживания относится не только оценка потребностей в медобслуживании, но и анализ потенциальных возможностей каждого престарелого человека, включая его непосредственное окружение. Если пожилой человек предпочитает оставаться дома, то ему необходимо оказать поддержку в целях адаптации бытовых условий к его/ее потребностям; предоставление патронажной помощи должно способствовать сохранению самостоятельности пожилых людей; кроме того, этот же круг задач должен быть в центре внимания персонала медико-реабилитационных пансионатов. Надлежащая координация деятельности служб охраны здоровья и социальной поддержки на коммунальном уровне обеспечивает непрерывность ухода, оказание содействия людям в домашней обстановке в течение как можно более длительного периода, а также использование учреждений по уходу лишь в случае необходимости.

В учебных программах по первичной медико-санитарной помощи должно уделяться гораздо больше внимания потребностям и потенциальным возможностям пожилых людей; кроме того, они должны быть ориентированы на достижение основной цели – сохранение их самостоятельности. Такие программы должны разрабатываться с учетом меняющегося образовательного уровня будущих поколений людей старшего возраста и учитывать всевозможные представления пожилых людей о предназначенных для них видах обслуживания. Гериатрическая помощь – это всего лишь один из необходимых элементов, и ее возможности переоценивать не следует.

Возможности для реабилитации необходимо улучшить во многих странах Региона, а в условиях некоторых систем они должны стать более доступными. Реабилитация представляется более эффективной с точки зрения затрат, чем содержание пожилых людей в стационарах. Предназначенные для престарелых людей лечебницы должны базироваться на принципах поддержания их самостоятельности, самооценки и гражданского статуса, а также учитывать особенности половой принадлежности своих подопечных, большинство которых составляют женщины.

Более рациональные службы медицинской помощи и реабилитации могут также способствовать сокращению количества потребляемых пожилыми людьми лекарств. При назначении лекарственного лечения лицо, прописывающее то или иное лекарство, должно учитывать стоимость курса лечения, особенно в тех случаях, когда пожилым пациентам приходится приобретать их за свой счет. Упаковки с лекарствами должны быть снабжены соответствующими этикетками, а размеры, форма, цвет и внешний вид таблеток и капсул должны быть подходящими для людей, испытывающих определенные затруднения, связанные с приемом медикаментов.

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ НА ОСТРОВЕ САМОС

В настоящее время на острове Самос в Эгейском море ведется работа по созданию комплексной системы оказания поддержки пожилым, которая опирается на широкое ознакомление жителей острова с этой проблемой и сотрудничество между несколькими различными секторами. Преследуемая при этом цель состоит в более оптимальном распределении местных ресурсов и создании безопасной окружающей среды, способствующей улучшению эмоционального состояния и физического здоровья пожилых. Данный проект также благотворно скажется на положении дел в туристическом секторе, способствуя созданию здоровой и безопасной окружающей обстановки, привлекая тем самым пожилых людей посетить Самос и таким образом обеспечить дополнительные поступления в бюджет острова, которые впоследствии могут быть реинвестированы в развитие сферы услуг.

Предстоит организовать центр поддержки пожилых, где будут храниться их медицинские карточки. Любая заявка по поводу необходимого обслуживания, поступающая от пожилого человека или его/ее попечителя, будет передаваться соответствующему специалисту (например, сестринскому персоналу, провизорам, социальным работникам, физиотерапевтам и т.д.) наряду с необходимой информацией, содержащейся в его/ее карточке. Такие заявки можно будет оформлять вручную или автоматически в любой части острова, используя для этого средства телематики (например, с помощью персонального мобильного телефона, автоматического пейджера и устройств, определяющих местонахождение клиента).

На острове Самос обслуживающий персонал по-прежнему, как правило, комплектуется за счет местного населения, отдельных семей или соседей. Благодаря таким инициативам, как организация магазинов, гостиниц, ресторанов и других заведений "доброжелательного отношения к пожилым", жизнь для людей старшего возраста, включая местных жителей и гостей, а также их попечителей, становится более комфортной. К другим мероприятиям по изменению облика острова относятся такие, как реконструкция дорожного покрытия, обустройство наклонных переходов и перил для создания более благоприятных условий для мобильности пожилых, строительство более удобных сооружений и затененных зон отдыха.

Источник: Humphreys, P. *Healthy aging on the island of Samos. Networking for health.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (RHN Conferences Series No. 4).

3.6 Достойная смерть

Во многих странах Региона уход из жизни все больше рассматривается не как естественный этап жизни, а как период, проведенный людьми в социальной и эмоциональной изоляции в больнице. Несмотря на то, что значительная часть бюджетов на оказание медицинской помощи тратится на людей в последние годы их жизни, и особенно в период, непосредственно предшествующий смерти, все большее число пациентов стремятся к менее технически сложной помощи для того, чтобы иметь возможность достойно уйти из жизни. Кроме того, во многих государствах-членах ширится дискуссия в отношении того, какое влияние сами люди оказывают или должны оказывать на обстоятельства, связанные с их собственной смертью, и этот вопрос затрагивает множество сложных этических проблем.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Все люди должны пользоваться правом на достойный уход из жизни, с учетом уважения к их культурным ценностям. Это может быть достигнуто, если государства-члены одобряют политику, которая позволяла бы людям, при наличии такой возможности, умирать в тех местах, которые они выберут сами, в окружении людей, которых они хотели бы видеть, и по возможности без боли и мучений. Желания отдельных людей должны быть учтены при принятии решений, касающихся смерти.

Необходимо укрепить профессиональное образование в области паллиативной помощи. Специалисты, обеспечивающие уход, должны интенсивно размышлять о человеческой природе, включая духовные аспекты жизни и ее конечных стадий, с тем чтобы люди могли принимать смерть как естественную часть человеческого существования. Кроме того, необходимая поддержка должна быть предложена семьям, друзьям и тем, кто ухаживает за умирающим человеком.

Самого серьезного внимания заслуживает работа, выполняемая все большим числом больниц для безнадежно больных (хосписами). В таких учреждениях основной упор делается на оказание паллиативной помощи и проведение обезболивающей терапии. Особое внимание уделяется созданию заботливой атмосферы, придавая большое значение важности общения с другими пациентами и утешению умирающего, насколько это возможно.

Предупреждение болезней и травм и борьба с ними

Задача 6 – Улучшение психического здоровья

Задача 7 – Сокращение распространенности инфекционных заболеваний

Задача 8 – Сокращение распространенности неинфекционных заболеваний

Задача 9 – Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев

4.1 Общее бремя болезней и недугов

В исследовании “Глобальное бремя болезней”, инициированном Всемирным банком в 1992 г. и проведенном совместно с ВОЗ, была предпринята попытка дать количественное определение бремени, связанного с преждевременной смертностью и инвалидностью в глобальном масштабе, используя для этого такой показатель, как общее число лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALYs), который является составным показателем связанных со здоровьем проблем, рассчитываемых с учетом преждевременной смертности и лет жизни, спасенных благодаря лечению и скорректированных на степень инвалидности. Имеются данные по стандартным группам стран со сложившейся рыночной экономикой (СРЭ) (согласно классификации Всемирного банка) и по бывшим социалистическим странам (БСС) Европы⁹.

⁹ Термины “страны со сложившейся рыночной экономикой” и “бывшие социалистические страны” используются только с целью проведения дескриптивного анализа и не подразумевают какой-либо политической оценки.

Основные десять причин бремени, обусловленного болезнями, в двух вышеуказанных группах стран начиная с 1990 г. и с прогнозом до 2020 г., показаны в табл. 1. Следует отметить, что все они относятся к разряду неинфекционных болезней. При расчетах не учитываются ни расходы национальных систем здравоохранения, связанные с уходом за больными, ни связанные с этими болезнями последствия для самих заболевших, их семей и общин.

Таблица 1. Десять основных причин бремени болезнями в странах со сложившейся рыночной экономикой и в бывших социалистических странах.

		% от общего бремени	
		1990	2020
1.	Ишемическая болезнь сердца	9,9	11,2
2.	Монополярная тяжелая депрессия	6,1	6,1
3.	Цереброваскулярные болезни	5,9	6,2
4.	Дорожно-транспортные происшествия	4,4	4,3
5.	Употребление алкоголя	4,0	3,8
6.	Остеoarтрит	2,9	3,5
7.	Рак трахеи, бронхов и легких	2,9	4,5
8.	Слабоумие и другие дегенеративные нарушения центральной нервной системы	2,4	3,4
9.	Травмы, нанесенные самому себе	2,3	2,4
10.	Врожденные аномалии	2,2	1,0

Источник: Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard University Press, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).

Данные отчета о третьей оценке прогресса к ЗДВ в Европейском регионе (1996–1997 гг.), получившего название “Здоровье населения в Европе”, также указывают на доминирующее влияние неинфекционных болезней на показатели преждевременной смертности и инвалидности. Тем не менее, инфекционные болезни в Европе продолжают оставаться значительным – а во многих странах и в отношении ряда болезней возрастающим – бременем как для населения, так и для систем здравоохранения. В то же время следует отметить, что они, конечно же, являются меньшей проблемой с точки зрения абсолютного числа серьезно пораженных лиц.

В данной главе рассматриваются следующие четыре основные категории болезней и травм, представляющих значительную проблему для общественного здравоохранения в рамках Европейского региона: психические расстройства, инфекционные заболевания, неинфекционные болезни, насилие и несчастные случаи. В отношении каждой из этих категорий анализируются конкретные проблемы здравоохранения и рассматриваются стратегии общественного здравоохранения, разработанные для их решения. Во всех случаях примечательной особенностью является общность как факторов риска, так и подходов, используемых для борьбы с ними и, следовательно, для предупреждения болезней и инвалидности. Эту главу следует читать вместе с главами 5 и 6 в тех случаях, когда речь идет о действиях в секторе здравоохранения и в других секторах.

4.2 Психическое здоровье

Общая оценка распространенности психических нарушений связана со значительными трудностями. Одной из причин этого являются обусловленные культурой трудности, относящиеся к определению психического здоровья, в результате чего сравнения и интерпретация тенденций в различных странах иногда связаны с большими проблемами. Данные по Европейскому региону в целом свидетельствуют о том, что доля населения, страдающего от выраженных психических проблем (согласно данным, регистрируемым в странах), колеблется от 1% до 6%, при этом в большинстве стран эти колебания ограничиваются диапазоном в 1–3%. Согласно проведенным Всемирным банком и ВОЗ расчетам с использованием такого критерия, как число ожидаемых лет жизни с поправкой на инвалидность, в странах со сложившейся рыночной экономикой и в бывших социалистических странах в 1990 г. на следующие три основные психические расстройства – депрессия, биполярные нарушения и шизофрения – пришлось 9,5% общего бремени болезней и инвалидности.

Другие проблемы, связанные со значительными психическими расстройствами, включают: болезнь Альцгеймера; другие виды слабоумия и дегенеративные нарушения центральной нервной системы; злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами и зависимость от них; синдром тревоги; нарушения сна.

На другом конце спектра проблем, относящихся к психическому здоровью, следует отметить тот факт, что данные о субъективно оцениваемом состоянии здоровья трудно собирать и интерпретировать. Вместе с тем, данные о доле людей, оценивающих свое здоровье как хорошее или очень хорошее, как правило, указывают на различия в состоянии здоровья между западной и восточной частями Региона, аналогичные различиям, относящимся к другим причинам смертности и заболеваемости.

Самоубийства – распространенная причина смерти у подростков и молодых взрослых (в частности, на самоубийства приходится до 15% всех случаев смерти в возрасте от 15 до

24 лет). Во многих случаях это связано с употреблением алкоголя или наркотических средств. Показатель самоубийств увеличивается у пожилых, особенно в ННГ, и у мужчин старше 85 лет. Средние показатели самоубийств в ННГ в период с 80-х до середины 90-х годов графически можно представить в виде U-образной линии, что объясняется временным улучшением этого показателя в результате антиалкогольной кампании 1985 г. и его повышением сначала в связи с окончанием этой кампании, а затем под влиянием социально-экономических преобразований, имевших место в последнее время. Начиная с конца 80-х годов показатели самоубийств снижаются в 26 странах (45,7% населения Региона), включая 9 стран, в которых тенденция к понижению этих показателей наметилась уже в 1980 г. В 17 странах (44,8% населения) частота самоубийств увеличивается. По 8 странам каких-либо данных по этому показателю не имеется.

Имеющиеся данные указывают на выраженную связь между самоубийствами и депрессией, а также на то, что запоздалая постановка диагноза и недостаточно активное лечение депрессии являются важным причинным фактором высокого показателя самоубийств. Лица с суицидальными тенденциями или депрессивными состояниями чаще всего находятся под наблюдением врачей общей практики, однако лишь в немногих случаях им ставят правильный диагноз и назначают адекватное лечение.

Увеличивается число факторов риска, способствующих появлению психических расстройств: увеличивается безработица и бедность; растет число мигрантов; усиливаются политические потрясения; усиливаются трения между этническими и иными группами населения (особенно в крупных городах); растет число бездомных; усиливается такая проблема, как злоупотребление наркотиками и иными веществами, вызывающими зависимость; растет число одиноких людей; разрушаются социальные взаимосвязи; усиливаются социально-экономические потрясения и лишения.

Между странами Западной и Восточной Европы по-видимому имеются значительные расхождения в преобладающих доктринах оказания психиатрической помощи. Во многих странах Западной Европы была предпринята попытка сократить число психиатрических коек и взять на вооружение подход, основанный на предоставлении необходимой помощи в рамках местных общин как можно ближе к тому месту, где больные живут и (желательно) работают, несмотря на то, что из-за различных организационно-управленческих и финансовых причин в этой области встретились значительные трудности. В идеале, в рамках такой помощи на местном уровне следует заниматься вопросами укрепления психического здоровья и предупреждения болезней среди населения, а также оказывать лечебную помощь как можно ближе к дому больного и в тесном сотрудничестве с местными службами первичной медико-санитарной помощи. Однако в Регионе по-прежнему насчитывается свыше 100 очень крупных психиатрических больниц или лечебниц, при этом почти все они расположены в восточной части Региона. Многие из этих учреждений находятся в плохом состоянии, и оказываемая в них медицинская помощь носит устаревший и негуманный характер.

Задача 6 – Улучшение психического здоровья

К 2020 г. следует обеспечить улучшение психосоциального состояния людей и наличие комплексных служб, которые будут оказывать помощь людям, имеющим проблемы, связанные с охраной психического здоровья.

Это предполагает:

- 6.1 значительное сокращение распространенности и неблагоприятного воздействия психических расстройств и предоставление людям возможности справляться с жизненными обстоятельствами, вызывающими стресс;
- 6.2 сокращение частоты самоубийств по крайней мере на одну треть, причем самое значительное сокращение произойдет в странах и группах населения, в которых сегодня эти показатели высоки.

Предлагаемые стратегии

Эта задача может быть выполнена благодаря комплексному использованию широких и взаимосвязанных подходов. Негативное отношение к лицам с психическими проблемами может быть уменьшено, если эти проблемы перестанут быть табу, а станут предметом широкого обсуждения. Способности отдельных лиц и общин распознавать эти проблемы, справляться с ними, быть более подготовленными к другим стрессовым жизненным ситуациям и их преодолению могут быть развиты с помощью таких способов, как пропаганда, информирование и обучение населения необходимым жизненным навыкам и умениям в школе, на работе и в других местах.

Необходимо приложить усилия для того, чтобы улучшить систему обучения, подготовки и непрерывного повышения квалификации медицинских работников и других оказывающих помощь лиц в такой области, как выявление и устранение факторов риска, использование новых методов и подходов, позволяющих обеспечить более раннее распознавание психических расстройств и их своевременное лечение с помощью современных лечебных методов. Систематическая программа подготовки семейных врачей, направленная на совершенствование их навыков и умений диагностировать и лечить депрессивные состояния, будет способствовать значительному снижению показателя самоубийств (см. нижеприведенный текст в рамке). Недавно разработанный ВОЗ метод скрининга (“Благополучие-5”) состоит из пяти простых вопросов и позволяет более чем в два раза повысить среднюю вероятность того, что врачи общей практики смогут выявить серьезное депрессивное состояние у своего пациента. Этот метод может также легко быть использован семейными медсестрами, например, для выявления лиц, которых необходимо направить на прием к семейному врачу.

Профилактические, клинические и реабилитационные службы должны быть хорошего качества и располагать как коммунальными структурами, так и стационарами, необходимыми

для решения проблем конкретных групп населения, включая меньшинства и лиц, находящихся в неблагоприятном положении. Большинство крупных психиатрических больниц, все еще существующих в восточной части Региона, следует заменить хорошо сбалансированной системой психиатрических палат неотложной помощи и расположенными в общинах службами; улучшение в этих двух областях представляет собой важную задачу практически для всех государств-членов Региона.

Для того чтобы улучшить стратегии оказания профилактической и лечебной помощи, необходимо усилить фундаментальные и прикладные научные исследования, посвященные изучению факторов, влияющих на то, как люди понимают вопросы, относящиеся к психическому здоровью, а также разработать методы улучшения понимания таких вопросов среди населения.

Лицам, формулирующим политику как в области здравоохранения, так и в других секторах, необходимо принять решения относительно устранения или уменьшения глубинных социальных причин многих из этих проблем и соответствующих факторов риска, а также обеспечить более адекватное распределение ресурсов.

ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЛУЧАЕВ САМОУБИЙСТВ (“ГОТЛАНДСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ”)

В 80-х годах на острове Готланд (часть Швеции с населением в 60 000 человек, которая в тот период переживала переходный период, характеризуемый высоким показателем самоубийств) был успешно проведен проект, посвященный улучшению системы подготовки и обучения врачей общей практики по вопросам, относящимся к депрессии и самоубийствам. Благодаря интенсивной образовательной кампании на этом острове, удалось снизить на 50% число направлений к врачам-специалистам по поводу депрессий, число больных, получающих стационарное лечение, а также число дней временной нетрудоспособности по поводу депрессий. В первые три года после проведения этой образовательной кампании уровень самоубийств снизился примерно на две трети (главным образом у женщин с анамнезом депрессии, находящихся под наблюдением врача общей практики); значительно повысилось число назначений антидепрессантов и лития, что параллельно сопровождалось примерно равным по величине снижением числа назначений неспецифических седативных средств. Однако к концу третьего года эти позитивные эффекты стали ослабевать, в связи с чем в 90-е годы была внедрена система непрерывного обучения по этим вопросам, что опять позволило уменьшить частоту случаев самоубийств.

На сегодняшний день на острове совершается лишь незначительное число самоубийств среди женщин. С другой стороны, показатель самоубийств все еще достаточно высокий среди мужчин, большинство из которых не получали какой-либо медицинской помощи в связи с суицидными тенденциями. Для борьбы с самоубийствами среди мужчин на острове стала использоваться разработанная там карта профиля симптомов, которая облегчает выявление “нетипичного” депрессивного синдрома среди мужчин. В будущем в рамках системы непрерывного образования больший акцент будет ставиться на самоубийствах среди мужчин и на важности привлечения средств массовой информации и различных общественных групп к деятельности, направленной на выявление мужчин со склонностью к депрессиям и самоубийству, на оказание им поддержки и соответствующей помощи, а также на проведение соответствующего лечения.

Источники: Rutz, W. et al. Prevention of male suicides: lessons from the Gotland study. *Lancet* **345**: 524 (1995); Rihmer, Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, **20**: 87–91 (1996); Rutz W. et al. An update from the Gotland Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* **1**: 39–46 (1997).

4.3 Инфекционные заболевания

На фоне политических и социально-экономических преобразований, имеющих место во многих странах Центральной и Восточной Европы и во многих новых независимых государствах, в Европейском регионе наблюдается угрожающее повторное возникновение таких недавно почти забытых болезней, как холера, дифтерия, малярия, сифилис. Во многих странах вновь повышается заболеваемость и смертность от такой старой проблемы здравоохранения, как туберкулез. ВИЧ-инфекция, которая относительно недавно появилась в Восточной Европе, в настоящее время быстро распространяется в городах и регионах этой части Европы (в то время как в Западной Европе частота СПИДа снижается). Распространению всех этих болезней способствует экономический кризис и социальные потрясения, имеющие место в этих странах. Усиление международной миграции населения, сопровождающее этот сложный период экономического и социального развития, также способствовало распространению болезней.

Усилия против инфекционных заболеваний могут быть направлены на их полную или частичную ликвидацию или на борьбу с ними¹⁰. Прекрасным примером успехов в области полной ликвидации болезней является оспа, которая была стерта с лица земли более 20 лет тому назад, благодаря глобальной инициативе, проведенной при координации ВОЗ. Всемирная ассамблея здравоохранения поставила задачу глобальной ликвидации полиомиелита к 2000 г.

К обязательным условиям полной ликвидации болезни или успешной борьбы с ней относятся следующие: наличие соответствующих эффективных методов; хорошо разработанные стратегии; хорошая система эпиднадзора, основанного на использовании лабораторных служб; должное планирование, управление и финансирование; и, особенно, должная политическая воля государств-членов. ВОЗ, Европейский союз, ЮНИСЕФ и другие организации и учреждения могут предоставить активную техническую поддержку в такой области, как выбор и осуществление необходимых стратегий. ВОЗ может также внести свой вклад в развитие широкого международного сотрудничества, которое имеет важнейшее значение для того, чтобы стимулировать все страны и координировать их действия в целях достижения максимальных результатов на основе взаимоподдерживающих усилий в масштабах всего Региона.

В государствах-членах в огромной степени различается степень охвата населения службами эпиднадзора за инфекционными болезнями, в связи с чем в Регионе выявляются далеко не все случаи заболеваний. Многие лаборатории располагают сейчас лишь ограниченными возможностями и ресурсами, и каждому государству-члену следует проанализировать, что ему нужно сделать для улучшения стандартизации определений и

¹⁰ Определение этих понятий приводится в Глоссарии терминов (см. Приложение 5).

лабораторных методов, системы связей и системы подготовки работников общественного здравоохранения и мониторинга их деятельности, с тем чтобы улучшить свою собственную и, следовательно, региональную систему эпиднадзора за инфекционными болезнями.

Действия по ликвидации полиомиелита в Европейском регионе являются частью глобальной инициативы, которая включает такие элементы, как достижение высокого охвата населения плановыми прививками, проведение дополнительных кампаний массовой иммунизации, усиление эпиднадзора. Начиная с 1995 г. ежегодно проводится скоординированная кампания дополнительной массовой иммунизации детей дошкольного возраста (операция МЕКАКАР, которая охватывает страны Средиземноморья и Кавказа и республики Центральной Азии). Эта операция осуществляется согласованно с соседними государствами-членами Региона Восточного Средиземноморья и в тесном сотрудничестве с рядом международных организаций (например ЮНИСЕФ), неправительственных организаций (например Ротари Интернешнл), двухсторонних учреждений (например Агентство США по международному развитию (ЮСАИД)) и других учреждений и стран-доноров. Благодаря достижению высокого уровня охвата населения плановыми прививками и вышеуказанным специальным кампаниям массовой иммунизации, эндемическая передача дикого полиовируса, по-видимому, прервана почти во всех государствах-членах Региона. Последние подтвержденные случаи полиомиелита в Регионе имели место в январе 1998 г. в Турции.

В Регионе ежегодно продолжает регистрироваться небольшое число случаев столбняка новорожденных, но только примерно в четырех государствах-членах. При этом заболевании бактерия столбняка поражает пуповину сразу после рождения, и методология ликвидации этой болезни заключается в обеспечении охвата прививками против столбняка всех женщин детородного возраста и в проведение родов в надлежащих гигиенических условиях.

Вакцинация против кори способствовала снижению заболеваемости корью и резкому уменьшению числа смертей от этой болезни. В некоторых странах был достигнут очень высокий уровень охвата населения прививками, и показатели заболеваемости корью упали ниже 1 на 100 000 населения. Несмотря на эти успехи, многие другие страны, по-видимому, не смогут выполнить задачу ликвидации кори к 2000 г., как это указано в региональных задачах ЗДВ, поставленных в 1984 г. За несколькими исключениями неспособность выполнить эту задачу в Регионе объясняется не нехваткой ресурсов, а недостаточной приверженностью усилиям в этом направлении. Несмотря на снижение смертности и заболеваемости, обусловленных корью, эта болезнь все еще является причиной значительных затрат для системы здравоохранения и, следовательно, ее ликвидация может привести к значительному общему снижению затрат на здравоохранение в развитых странах.

В большинстве стран Северной и Западной Европы наблюдается очень низкая распространенность гепатита В. В частности, показатель носительства поверхностного антигена составляет менее 0,5%; частота заболеваний гепатитом В также является очень низкой. С другой стороны, вирус гепатита В является высокоэндемическим в некоторых странах Восточной Европы и СНГ, особенно в республиках Центральной Азии. Учитывая неполную регистрацию заболеваний гепатитом В и тот факт, что, по крайней мере, 50% случаев инфицирования вирусом гепатита В являются бессимптомными, было рассчитано, что число людей, инфицируемых этим вирусом каждый год в Регионе, может достигать почти до одного миллиона. Из этого числа около 10% станут хроническими носителями вируса, а примерно 20 000 человек погибнут от болезней печени.

В Регионе встречаются все пути передачи гепатита В, включая перинатальную передачу и передачу от ребенка к ребенку, внутрибольничное инфицирование медицинских работников и пациентов из-за небезопасной практики инъекирования и неадекватных процедур стерилизации медицинских инструментов, использование небезопасных кровепродуктов, использование традиционных медицинских и косметических процедур, связанных с прокалыванием кожных покровов, инъекционное введение наркотических средств, половой путь. Особого внимания заслуживают небезопасные медицинские процедуры и инъекции, поскольку сейчас наблюдается быстрый рост инъекционной наркомании, а гепатит В и С и ВИЧ-инфекция широко распространяются среди применяющих наркотики и контактирующих с ними лиц. В настоящее время половой путь передачи вируса является одним из наиболее распространенных видов инфицирования.

Дифтерия также была одной из болезней, в отношении которых была поставлена цель их ликвидации к 2000 г. Однако, несмотря на то, что в 80-х годах в Европейском регионе было отмечено значительное снижение регистрируемых случаев дифтерии (до 855 случаев в 1989 г.), в начале 90-х годов ситуация по дифтерии резко ухудшилась в результате сильной эпидемии, имевшей место в СНГ. Причинами этой эпидемии стали развал ранее эффективных программ иммунизации и эпиднадзора, отсутствие эффективной программы проведения бустерных прививок и ряд других факторов. В 1994, 1995 и 1997 гг. для контроля эпидемии дифтерии были проведены кампании массовой иммунизации, которые охватили все 15 СНГ и координировались ВОЗ. Эти кампании осуществлялись в тесном сотрудничестве с соответствующими странами и при поддержке со стороны ЮНИСЕФ, Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК) и множества других учреждений и стран-доноров. Резко поднимающаяся кривая заболеваемости дифтерией повернула вниз, и в 1997 г. число случаев дифтерии снизилось примерно до 8000 случаев. Согласно имеющимся оценкам, проведенные кампании вакцинации, по-видимому, позволили предупредить свыше 500 000 случаев заболевания дифтерией и свыше 10 000 случаев смерти от этой болезни.

Начиная с 70-х годов в ряде государств-членов был очень низкий охват детей младшего возраста прививками против коклюша, а в некоторых других странах до

последнего времени было приостановлено использование цельноклеточной вакцины, что привело к повышению заболеваемости, частоты осложнений и смертности от коклюша. С другой стороны, во многих странах в борьбе с этой болезнью достигаются все большие успехи, а наличие бесклеточных вакцин может послужить хорошим стимулом для обеспечения даже еще более эффективной борьбы с этой болезнью в тех странах, которые могут позволить себе использовать такие вакцины. Ликвидация коклюша – трудная задача в силу таких причин, как различная эффективность существующих вакцин и роль более старших детей, подростков и взрослых в передаче вируса. Имеющиеся данные ясно указывают на то, что коклюш продолжает оставаться серьезным заболеванием, которое, однако, можно контролировать с помощью имеющихся вакцин.

Эпидемиологический надзор за *Haemophilus influenzae* типа b проводился лишь в нескольких государствах-членах. Наиболее серьезными клиническими проявлениями этого заболевания являются менингит, эпиглоттит и пневмония. Кумулятивная частота этого заболевания в Европейском регионе у детей в возрасте до пяти лет (до появления соответствующей вакцины) составляла, согласно оценкам, около двух случаев на тысячу детей. Благодаря внедрению практики проведения плановых прививок против этого заболевания в грудном и раннем детском возрасте, в ряде государств-членов удалось резко снизить его частоту. Имеются данные, указывающие на то, что высокий охват населения прививками способствует снижению циркуляции вызывающего эту болезнь микроорганизма, а также дает людям индивидуальную защиту.

Регистрируемая частота случаев синдрома врожденной краснухи последовательно снижалась в последние годы. Вместе с этим следует отметить, что хорошая система эпиднадзора существовала лишь в небольшом числе государств-членов. В отношении этого заболевания ранее была поставлена задача его ликвидации, однако недостаток ресурсов в странах в переходный экономический период и отсутствие необходимой политической воли в других государствах-членах стали причиной того, что на сегодняшний день эта задача не выполнена. Первым необходимым условием для ликвидации синдрома врожденной краснухи является защита женщин детородного возраста, а вторым – прерывание передачи краснухи у детей младшего возраста.

Несмотря на то, что ранее в отношении эпидемического паротита была принята задача его ликвидации, он продолжает оставаться широко распространенным заболеванием в Регионе. В 1995 г. в 33 странах было зарегистрировано около 340 000 случаев эпидемического паротита; а с учетом ограниченного характера проведенного эпидобследования можно утверждать, что эта цифра представляет лишь незначительное снижение данного вида заболеваемости за последние десять лет (в 1985 г. в Регионе было зарегистрировано свыше одного миллиона случаев эпидемического паротита). Это заболевание является менее заразным по сравнению с корью и прерывание его передачи может быть достигнуто на относительно более низком уровне охвата населения прививками. Тем не менее, задача в отношении охвата иммунизацией против эпидемического паротита является такой же как и

для кори и краснухи, поскольку вакцина КПК используется для предупреждения всех этих трех заболеваний. Экономическая эффективность иммунизации против эпидемического паротита оправдывает включение борьбы с этим заболеванием в задачи ЗДВ.

С начала 80-х годов ВИЧ-инфекция и СПИД стали представлять собой одну из самых крупных проблем для здоровья человека. Уже в 1984 г. Региональное бюро и государства-члены приступили к проведению интенсивных кампаний по укреплению здоровья с целью борьбы с новой угрозой для здоровья человека, которую представляет собой ВИЧ-инфекция. Крупномасштабные программы позволили быстро остановить передачу ВИЧ через переливаемую кровь и при проведении других медицинских вмешательств, затем привели к снижению передачи этого вируса среди гомосексуалистов, а еще позднее среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций, во многих странах. После 15 лет непрерывного повышения заболеваемости СПИДом этот показатель начал снижаться в 1996 и 1997 гг. Сейчас, однако, перед Регионом снова стоит грозная опасность того, что ВИЧ-инфекция может начать быстро распространяться – на этот раз в ННГ и ряде СЦВЕ, так как уже сейчас эта инфекция стремительно распространяется среди инъекционных наркоманов в ряде городов Беларуси, Российской Федерации и Украины, что приводит к опасности широкомасштабного распространения ВИЧ-инфекции в этих странах.

Анализ частоты случаев ВИЧ-инфекции в разбивке по половозрастным группам указывает на то, что в группах более молодого возраста среди ВИЧ-инфицированных оказывается больше женщин, чем мужчин, что указывает на необходимость разработки и осуществления специальных стратегий, направленных на защиту молодых женщин от этой инфекции, в частности, с помощью таких методов, как сексуальное образование и просвещение и усиление возможностей и прав девушек и женщин. Сейчас уже появились новые терапевтические схемы, основанные на комбинированном использовании нескольких лекарственных средств, включая ингибиторы протеазы, что позволяет резко снизить скорость развития клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Эти препараты, однако, продолжают оставаться чрезвычайно дорогими, а вопрос о конечной эффективности таких схем терапии все еще остается открытым.

В предыдущие десятилетия в Европейском регионе наблюдалось последовательное устойчивое снижение распространенности основных БППП, таких, как сифилис и гонорея, и примерно до 1993 г. они не представляли сколь-либо значительной проблемы здравоохранения в Регионе. Однако в последнее время в Регионе внезапно вспыхнула очень серьезная новая эпидемия сифилиса. Особенно острой эта проблема является в ННГ и в ряде СЦВЕ. Зарегистрированные случаи сифилиса являются наиболее надежным показателем, но нет никакого сомнения в том, что частота других БППП также повысилась. В основе такого развития событий лежит множество причин, в частности, отсутствие надлежащего полового воспитания в школах; ограниченная приемлемость и неудовлетворительное качество клиник по БППП; недоступность или высокая стоимость презервативов; резкое повышение числа путешественников; изменение системы культурных и социальных ценностей – особенно

среди молодежи, – а также значительный рост проституции (в результате имевшего в последнее время широкого обеднения населения и повышения криминогенности в пораженных этой эпидемией странах).

В 80-е годы частота случаев врожденного сифилиса последовательно снижалась, и к 1990 г. случаи этого заболевания в Регионе практически не регистрировались. Однако в последние несколько лет из-за взрывообразного развития эпидемии сифилиса и других БППП у подростков и взрослых в некоторых странах Восточной Европы, в Регионе вновь стали регистрироваться случаи врожденного сифилиса, заболеваемость которым стремительно возрастает. Эпидемия БППП среди всего населения в сочетании с эпидемией ВИЧ-инфекции среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций, связана с опасностью быстрого распространения ВИЧ-инфекции во многих странах Восточной Европы.

Повторная эпидемия туберкулеза представляет собой одну из особенно важных и острых проблем для Европейского региона. Во многих странах Восточной Европы показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза сейчас повышаются, а в западноевропейских странах наблюдается выравнивание или даже небольшое повышение ранее снижавшихся показателей заболеваемости туберкулезом. Распространение *Mycobacterium tuberculosis*, устойчивой к противомикробной химиотерапии (часто связанное с неадекватным лечением), еще более ухудшает положение дел в этой области. Проблема повторного возникновения эпидемии туберкулеза не столько связана с распространением ВИЧ-инфекции, сколько – в большинстве случаев – с последствиями бедности, включающими плохие жилищные условия, недостаточное и/или неправильное питание и злоупотребление вызывающими зависимость веществами. Более того, из-за огромных проблем, перед которыми сейчас стоят службы здравоохранения в восточной части Региона, такие факторы, как запоздалая постановка диагноза, недостаточные диагностические возможности и нехватка или отсутствие лекарственных средств, зачастую делают программы противотуберкулезного лечения неэффективными для большого числа людей. Ухудшает ситуацию и то, что многие страны все еще не следуют на систематической основе рекомендациям ВОЗ по диагностике и лечению туберкулеза, и особенно стратегии краткосрочной терапии непосредственного наблюдения (КТНН). Использование этих рекомендаций позволяет проводить менее дорогостоящее и более эффективное лечение, а также снизить риск появления штаммов микобактерий туберкулеза, резистентных ко многим лекарственным средствам.

В Европейском регионе, особенно в южных и восточных его частях, серьезной проблемой для здравоохранения являются высокие показатели заболеваемости и смертности от острых респираторных инфекций, главным образом от пневмонии, у детей. Многие такие инфекции обусловлены *Haemophilus influenzae* тип b и *Streptococcus pneumoniae*. Создание в будущем конъюгированных вакцин сможет способствовать успешной борьбе с острыми респираторными инфекциями.

Диарейные болезни, включая спорадические вспышки холеры в результате завоза холерного вибриона, также представляют серьезную проблему для здравоохранения, особенно в странах южной и восточной частей Региона. Они являются важной причиной заболеваемости и младенческой смертности, многочисленных страданий, а также значительных расходов в рамках системы здравоохранения. Показатель детской смертности от диарейных болезней в ряде ННГ может быть в 200 раз выше, чем в странах Западной Европы. Вызывающие эти болезни микроорганизмы являются различными по своему характеру и передаются главным образом через зараженную воду или пищевые продукты, но также могут передаваться и в результате контактов с инфицированными лицами.

До начала 90-х годов большинство случаев малярии, регистрируемых в странах Европейского региона ВОЗ, завозились с других континентов. Однако в начале 90-х годов положение дел резко ухудшилось вследствие политической и экономической нестабильности, гражданских войн, массовой миграции населения и осуществления крупномасштабных проектов развития. Эпидемии малярии, вызванные *Plasmodium vivax*, наблюдаются в Азербайджане, Армении, Таджикистане и Турции. Помимо этого, в Таджикистане также имела место эпидемия, обусловленная *P. falciparum*. Эти эпидемии оказали значительное влияние на эпидемиологическую ситуацию по малярии в соседних странах, и число случаев малярии, завезенных в Казахстан, Кыргызстан, Туркменистан и Узбекистан в последние четыре года значительно выросло. В связи с завозом малярии в Казахстан, Кыргызстан и Узбекистан в этих странах были также зарегистрированы отдельные случаи местной передачи возбудителя малярии. Постоянно возрастающий международный туризм и миграция населения также привели к завозу нескольких тысяч случаев малярии в другие страны Европейского региона. В страны Западной Европы завозится большее число случаев малярии, обусловленной *P. falciparum*, и поэтому в них уже имели место несколько случаев смерти от малярии, а показатель летальности среди больных малярией в странах, предоставляющих достоверные статистические данные, колеблется от 1,5% до 7%.

ЗАДАЧА 7 – СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К 2020 г. должно произойти значительное сокращение распространенности инфекционных заболеваний за счет систематических программ по частичной и полной ликвидации, а также борьбы с инфекционными заболеваниями, представляющими проблему для общественного здравоохранения.

Это предполагает:

Применительно к ликвидации заболеваний¹¹

- 7.1 к 2000 г. или даже раньше должна быть прекращена передача полиомиелита в Регионе, и к 2003 г. или раньше сертификация ликвидации должна быть осуществлена в каждой стране;
- 7.2 к 2005 г. или раньше в Регионе должен быть ликвидирован столбняк новорожденных;
- 7.3 к 2007 г. или раньше в Регионе должна быть ликвидирована корь, и к 2010 г. это должно быть сертифицировано в каждой стране.

Применительно к борьбе с заболеваниями

- 7.4 к 2010 г. или раньше во всех странах:
 - показатель распространенности дифтерии должен составлять менее 0,1 на 100 000 населения;
 - число новых случаев передачи вируса гепатита В должно быть сокращено не менее чем на 80% за счет включения вакцины против гепатита В в программу иммунизации детей;
 - должен быть обеспечен уровень распространенности, составляющий менее 1 на 100 000 населения в отношении эпидемического паротита, коклюша и инвазивных инфекций, вызываемых *Haemophilus influenzae* типа b;
 - уровень распространенности врожденного сифилиса должен составлять менее 0,01 на 1000 живорожденных;
 - уровень распространенности врожденной краснухи менее 0,01 на 1000 живорожденных.

¹¹ Определения таких понятий, как “полная ликвидация”, “частичная ликвидация” и “борьба”, приводятся в Глоссарии терминов (см. Приложение 5).

7.5 к 2015 г. или раньше:

- распространенность малярии в любой стране должна быть сокращена до показателя, составляющего меньше 5 на 100 000 населения; смертных случаев от заболеваний малярией в Регионе не должно быть вообще;
- каждая страна должна обеспечить последовательное и непрерывное уменьшение распространенности, смертности и отрицательных последствий для здоровья, связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, а также другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, туберкулеза, а также острых респираторных и диарейных инфекций у детей.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

4.3.1 Болезни, в отношении которых поставлена задача их ликвидации в глобальном масштабе или в масштабе Европейского региона

Полиомиелит

Для того чтобы быть уверенным в том, что передача полиомиелита прервана в рамках всего Региона, необходимо будет провести целевые кампании дополнительной иммунизации групп высокого риска, определенных с помощью эпиднадзора. Это будет сделано в рамках осуществления операции МЕКАКАР ПЛЮС, которая будет продолжаться по крайней мере до конца 2000 г. Нынешние усилия, направленные на ликвидацию полиомиелита, также включают введение процедуры, позволяющей сертифицировать ликвидацию местной передачи полиовируса во всех государствах-членах. Начало процессу сертификации ликвидации полиомиелита было положено, когда на уровне Региона и во всех государствах-членах были созданы соответствующие органы, т.е. региональная комиссия и национальные комитеты по сертификации ликвидации полиомиелита. Первая группа стран представит необходимую документацию в региональную комиссию по сертификации в 1998 г., а другие группы стран представят соответствующую документацию в 1999 и 2000 гг. Эпиднадзор за полиомиелитом следует продолжать в течение многих лет даже после ликвидации полиомиелита в рамках Европейского региона, т.е. до того времени, пока не будет сертифицирована ликвидация полиомиелита на глобальном уровне.

Столбняк новорожденных

Для ликвидации этого заболевания необходимо организовать интегрированные службы иммунизации для женщин детородного возраста и обеспечить, чтобы во всех районах высокого риска, в которых это заболевание все еще регистрируется, роды проводились в надлежащих гигиенических условиях.

Корь

В рамках ликвидации кори Европейская консультативная группа экспертов по иммунизации предложила ряд промежуточных задач (см. текст в рамке).

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ЗАДАЧИ ПО ЛИКВИДАЦИИ КОРИ:

- к 1999 г. должны быть проведены субрегиональные семинары с целью оказания странам помощи в разработке национальных планов по ликвидации кори, а Европейский региональный комитет ВОЗ должен принять соответствующий оперативный план для всего Региона;
- к 2000 г. каждое государство-член должно:
 - обеспечить 95-процентную иммунизацию населения первой дозой коревой вакцины;
 - осуществлять высококачественную программу эпиднадзора, обеспечивающую мониторинг частоты заболевания корью и доли восприимчивого к ней населения;
 - создать национальную референс-лабораторию по диагностике кори;
 - разработать национальный план по ликвидации кори;
- к 2003 г. во всех государствах-членах должны быть проведены необходимые стратегии дополнительной вакцинации и соответствующие программы эпиднадзора;
- к 2007 г. цель ликвидации кори должна быть достигнута во всех государствах-членах;
- к 2010 г. в Регионе должна быть сертифицирована ликвидация кори.

Целевые возрастные группы для кампаний иммунизации и для проведения прививок второй дозой будут различаться от страны к стране в зависимости от конкретной эпидемиологической ситуации, сроков проведения программы, охвата вакцинацией и плановых сроков проведения прививок. Государства-члены и многие международные партнеры должны взять на себя обязательства приложить все усилия для выполнения задачи ликвидации кори.

4.3.2 Борьба с инфекционными заболеваниями с помощью иммунизации

Гепатит В

Гепатит В является более серьезной причиной заболеваемости и смертности, чем любое другое предупреждаемое вакцинацией заболевание в большинстве стран Региона, и включение вакцины против гепатита В в национальные программы вакцинопрофилактики должно быть одним из ключевых приоритетов в каждой стране. Всеобщая иммунизация

грудных детей признается как основная стратегия для долгосрочной борьбы с гепатитом В в районах с высокими и промежуточными эндемическими уровнями этого вида заболеваемости. С другой стороны, плановая (рутинная) иммунизация подростков смогла бы быстрее снизить частоту клинических случаев гепатита В по сравнению с плановой иммунизацией детей более младшего возраста. Другие стратегии включают комбинированную всеобщую вакцинацию грудных детей и подростков, с особым акцентом на девочках-подростках. Однако такой подход, несмотря на его высокую экономическую эффективность, требует привлечения значительных ресурсов.

Даже после того, как будет создана программа всеобщей вакцинопрофилактики, не следует отказываться от усилий проведения целевых кампаний иммунизации среди людей, подвергающихся высокому риску инфицирования гепатитом В. Уровень передачи этого заболевания среди медицинских работников может быть также снижен за счет всеобщего соблюдения необходимых мер предосторожности в больницах и других медицинских учреждениях, а среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций, за счет обучения их тому, чтобы они не обменивались уже использованными иглами.

Дифтерия

Дифтерийный анатоксин, входящий в состав имеющихся в настоящее время комбинированных вакцин, используемых при проведении первичных и бустерных прививок, позволяет успешно бороться с этим заболеванием и обеспечить снижение его частоты до предшествующих эпидемии уровней, когда оно перестанет представлять опасность для общественного здравоохранения.

Коклюш

Все схемы вакцинопрофилактики должны включать состоящий из трех доз первичный курс прививок с коклюшным компонентом (предпочтительно АКДС), которые проводятся в возрасте до шести месяцев. Этот первичный курс прививок должен быть усилен четвертой дозой вакцины, вводимой ребенку перед поступлением в школу. Необходимость в дополнительных бустерных дозах должна определяться на уровне отдельных национальных программ. В ряде государств-членов с прерванными или неполными программами вакцинации против коклюша в последнее время стали в рутинном порядке использоваться недавно лицензированные бесклеточные коклюшные вакцины, что наряду с улучшением охвата иммунизацией должно способствовать более эффективной борьбе с коклюшем.

Haemophilus influenzae тип b

Стратегии, предлагаемые для борьбы с этим заболеванием включают следующее: (а) расширение основанного на лабораторных исследованиях эпиднадзора с целью охвата всех государств-членов; (б) включение прививок против *Haemophilus influenzae* тип b в программы иммунизации. Проведение плановых прививок против этого заболевания

позволит повысить эффективность борьбы с клиническими его проявлениями и может создать возможность для его ликвидации в будущем.

Врожденная краснуха

Во многих странах Региона с помощью осуществления тех или иных конкретных стратегий можно добиться ликвидации синдрома врожденной краснухи, а в других странах можно будет более эффективно бороться с этим заболеванием. Крайне важно обеспечить высокий охват прививками детей младшего возраста, так как в противном случае это приведет к увеличению числа заболеваний краснухой у детей более старшего возраста и у взрослых, что, в свою очередь, может привести к увеличению числа случаев врожденной краснухи. В странах, в которых вводится программа иммунизации против краснухи у детей младшего возраста, следует также принять меры к тому, чтобы эта вакцина использовалась и для защиты небеременных женщин и девочек до достижения ими половой зрелости. В странах, в которых в плановом порядке используется вакцина против кори-паротита-краснухи (вакцина КПК), стратегию ликвидации кори следует рассматривать в качестве основного элемента программы иммунизации.

Эпидемический паротит

Благодаря более широкому рутинному использованию вакцины КПК, будут достигнуты очень низкие уровни частоты этого заболевания.

4.3.3 Борьба с другими инфекционными заболеваниями

ВИЧ-инфекция/СПИД и другие болезни, передаваемые половым путем

Программа, направленная на борьбу с этими болезнями, должна включать следующие элементы:

- распространение откровенной и полной информации о том, как предупредить передачу вышеуказанных болезней, используя методы безопасного секса, и с помощью развертывания программ обмена использованных игл на новые для лиц, вводящих наркотики путем инъекций, а также за счет усиления способности людей принимать жизненно важные решения, относящиеся к их собственному поведению и образу жизни;
- обеспечение широкого доступа к презервативам;
- обеспечение безопасности крови с помощью надлежащего скрининга и тестирования донорской крови и кровепродуктов;
- обеспечение эффективного лечения БППП и ведения лиц с этими болезнями;

- создание условий, способствующих формированию более безопасных стереотипов сексуального поведения и более безопасных привычек применения наркотических средств, используя для этой цели юридические, экономические и иные организационно-структурные механизмы.

Это потребует принятия неотложных мер для реорганизации в ННГ и СЦВЕ всех национальных программ профилактики и борьбы с БППП. ВОЗ, Программа ООН по СПИДу (ООН-СПИД) и другие организации будут играть важную роль в оказании странам помощи в проведении новаторских программ и в обеспечении того, чтобы они имели необходимые для этого ресурсы. Задача сектора здравоохранения заключается в формировании среди политических лидеров пораженных этими болезнями стран полного понимания серьезности медицинских и социальных последствий, связанных с вышеуказанными болезнями.

Что касается сифилиса, то активное проведение соответствующих противоэпидемических мероприятий, основанных на принципах раннего выявления случаев заболевания и эффективного их ведения, а также развертывание систем первичной профилактики и надлежащего эпиднадзора, позволит успешно бороться с этой болезнью. Накопленный опыт показывает, что целенаправленные вмешательства в виде рутинного скрининга и лечения беременных женщин в рамках служб антенатальной помощи и активная работа с женщинами, включенными в программы лечения обоих партнеров, являются эффективными как с медицинской, так и с экономической точек зрения. Согласованные усилия, основанные на использовании современных стратегий борьбы с БППП, позволят добиться того, что частота этих заболеваний у подростков и взрослых будет снижена, а врожденный сифилис перестанет быть сколь-либо значительной проблемой здравоохранения, которой он сейчас является в некоторых высокоэпидемических странах.

Туберкулез

Для успешной борьбы с туберкулезом необходимы следующие элементы:

- проведение на общенациональном уровне и в соответствии с рекомендациями ВОЗ программы борьбы с туберкулезом, основанной на стратегии КТНН; для успешного осуществления этой программы, которая должна охватывать каждую местную общину, необходима хорошо организованная служба первичной медико-санитарной помощи (ПМСП);
- выявление больных туберкулезом с помощью микроскопического исследования мазков мокроты лиц с подозрением на туберкулез, проводимого в рамках общих служб здравоохранения;
- проведение с соблюдением надлежащих условий лечения стандартизированного курса краткосрочной химиотерапии по крайней мере для всех больных туберкулезом с положительным результатом анализа мазка мокроты;

- регулярная и бесперебойная поставка всех основных противотуберкулезных препаратов;
- наличие системы мониторинга и оценки противотуберкулезной программы;
- наличие специальных служб активного охвата уязвимых групп населения, таких, как мигранты и перемещенные лица, бедные, ВИЧ-инфицированные лица, другие группы высокого риска.

Острые респираторные инфекции

Предпринимаемые сейчас меры для уменьшения этой проблемы, включают следующие:

- неспециализированные меры, направленные, например, на улучшение жилищных условий и питания, обеспечение свободной от табачного дыма среды для детей грудного и более старшего возраста дома и в учреждениях, а также содействие грудному вскармливанию, что позволяет улучшить иммунный и алиментарный статус грудных детей;
- обеспечение надлежащего лечения острых респираторных инфекций в соответствии с рекомендациями ВОЗ путем осуществления программы интегрированного ведения детских болезней, для чего необходимо наличие эффективной службы ПМСП;
- проведение кампаний иммунизации против *Haemophilus influenzae* тип b в большем числе государств-членов (см. выше).

Диарейные болезни

На сегодняшний день уже определены действия, которые необходимо предпринять для предупреждения диарейных заболеваний или для облегчения их течения, если они все же развились (см. раздел, посвященный улучшению водоснабжения и безопасности пищевых продуктов, в главе 5):

- обеспечение безопасной питьевой водой жителей каждого дома в Регионе;
- обеспечение безопасности всех пищевых продуктов, производимых и продаваемых в Регионе: это включает обеспечение безопасности во всех звеньях пищевой цепи – от их производства до их окончательного приготовления в домашних условиях;
- улучшение личной гигиены – в этой области все еще наблюдаются значительные проблемы в больших частях Региона, в которых сангигиенические удобства все еще являются довольно примитивными, а уровень личной гигиены не соответствует рекомендациям ВОЗ;
- обеспечение широкой доступности пероральных регидратационных солей (ПРС) во всех службах ПМСП, расположенных в тех частях Региона, в которых диарейные

болезни у детей являются серьезной проблемой: для выполнения этой задачи необходимо обеспечить должную подготовку работников ПМСП, которые, в свою очередь, должны обучить семьи тому, как пользоваться этими солями, а также снабдить семьи пакетами ПРС, которые должны храниться дома на случай необходимости (для этого важно иметь хорошо организованную службу охраны здоровья семьи).

Малярия

Для борьбы с малярией в Европе и особенно в странах Центральной Азии и Кавказа была сформулирована общерегиональная стратегия, которая прежде всего направлена на эндемические по малярии страны и страны, подвергающиеся наибольшему риску. Эта стратегия включает следующие элементы:

- создание системы эпиднадзора и раннего предупреждения, позволяющей своевременно идентифицировать появление эпидемий;
- укрепление национальных возможностей в плане выявления заболеваний малярией и проведения соответствующего лечения за счет улучшения подготовки медицинских работников широкого профиля и предоставления ограниченного набора противомалярийных препаратов, а также реагентов и материалов, необходимых для постановки лабораторного диагноза малярии;
- улучшение технических возможностей и компетенции работников общественного здравоохранения на национальном, областном и районном уровнях планировать, а также осуществлять надзор и оценку противомалярийных мероприятий с помощью таких методов, как повышение их квалификации и предоставление им современных технических руководств и научной литературы;
- усиление возможностей служб общественного здравоохранения в плане борьбы со вспышками и эпидемиями малярии путем обеспечения их ограниченными запасами эффективных инсектицидов пролонгированного действия и оборудования для их распыления;
- медико-санитарное просвещение и информация о предупреждении малярии, а также содействие участию населения в противомалярийных мероприятиях;
- химиопрофилактика среди групп высокого риска с уделением особого внимания беременным женщинам (которые зачастую уже страдают от анемии в силу других причин).

Научные знания и опыт по борьбе с малярией, которые имелись в различных научно-исследовательских центрах Региона 20–30 лет тому назад, сегодня сохранились лишь в немногих специализированных центрах. Следовательно, дополнительным элементом региональной стратегии борьбы с малярией должно быть обеспечение функционирования

небольшого числа сотрудничающих центров ВОЗ, способных поддерживать усилия по борьбе с малярией в пораженных ею странах, а также работа по предупреждению завоза этого заболевания в другие страны Региона. Из-за финансовых трудностей, испытываемых пораженными этим заболеванием странами, для поддержания такой общей региональной стратегии необходима значительная поддержка со стороны учреждений-доноров.

4.4 Неинфекционные болезни

С точки зрения смертности и заболеваемости как в рамках всего Региона, так и в каждом отдельном государстве-члене наибольшую проблему представляют инфекционные болезни. В СЦВЕ и ННГ показатели инфекционной заболеваемости и смертности являются особенно высокими и продолжают увеличиваться.

Факторы, влияющие на восприимчивость отдельных лиц к развитию инфекционных болезней, включают генетические, биологические, поведенческие и средовые. Данные последних научных исследований показывают, что наследственность человека является более важным фактором с точки зрения вероятности развития тех или иных болезней, чем это считалось прежде. Тем не менее, уменьшение поведенческих и средовых факторов риска продолжает оставаться основным элементом деятельности, направленной на сокращение частоты инфекционных болезней и изменения хода их развития. Такие факторы риска, как курение, употребление алкоголя, ожирение, рацион питания с повышенным содержанием жиров, недостаток физических упражнений и подверженность стрессовым ситуациям, могут быть связаны эпидемиологически с развитием тех или иных конкретных заболеваний. Взятые вместе, их следует рассматривать как возможность для использования интегрированного подхода, который может способствовать снижению частоты ряда наиболее важных инфекционных болезней (например, сердечно-сосудистых и некоторых онкологических заболеваний, хронических обструктивных болезней легких, психических расстройств, а также проявлений насилия и травматизма).

Таким образом, мы располагаем знаниями, позволяющими предупредить множество случаев инфекционных заболеваний. Помимо этого, стратегии скрининга и выявления случаев заболеваний позволяют идентифицировать и диагностировать болезни как в группах населения, так и у отдельных лиц. Для ряда патологических состояний, таких, например, как ишемическая болезнь сердца, схемы лечения также становятся все более эффективными. И наконец, одним из важнейших компонентов ведения всех болезней является реабилитация. Ниже более подробно рассматриваются несколько инфекционных болезней.

К сердечно-сосудистым заболеваниям относятся как ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, так и гипертония. Как показано в табл. 1 (см. выше), эти патологии являются двумя из трех наиболее важных причин заболеваемости, а в бывших

социалистических странах их удельный вес в общей структуре заболеваемости является даже более высоким, чем в странах с развитой рыночной экономикой. Эти состояния являются основной причиной смерти в более старшем возрасте. Значительное число лиц, перенесших эти заболевания, страдают от средне- или долгосрочных проблем, включающих снижение физических возможностей, уменьшение возможностей трудоустройства, психические и эмоциональные расстройства. Такие связанные с образом жизни факторы, как курение, плохое питание, ожирение и недостаточная физическая активность играют ключевую роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Терапевтические вмешательства по поводу ряда патологических состояний, и особенно поражений артерий, становятся все более эффективным средством снижения смертности и заболеваемости. Новые и менее инвазивные процедуры, такие, как чрескожная транслуминальная ангиопластика (ЧТА) и реконструкция просветов сосудов с помощью расширителей во многом способствовали снижению заболеваемости и облегчению страданий пациентов.

Для онкологических заболеваний также характерны различия в показателях смертности среди людей в возрасте до 65 лет между восточной и западной частями Региона. В большинстве СЦВЕ наблюдался непрерывный рост смертности от рака среди людей в возрасте 0–64 года до 1990 г., после чего этот показатель несколько выровнялся – главным образом благодаря стабилизации или снижению смертности от рака легких. В странах Западной Европы онкологическая смертность начала снижаться в 80-х годах, достигнув в 1997 г. уровня, который был примерно на 9% ниже по сравнению с 1980 г. (когда стандартизированный показатель онкологической смертности составлял около 92 на 100 000 населения).

Наиболее важный фактор риска развития рака – это курение, которое является причиной около одной трети всех случаев заболевания раком в Европейском регионе. У женщин, проживающих в восточной части Региона, показатель смертности от рака легких ниже, чем в других частях Региона, поскольку в прошлом распространенность табакокурения среди женщин в этой части Региона была ниже. Неадекватный рацион питания – особенно недостаточное потребление фруктов и овощей и высокое потребление насыщенных жиров – является одним из важных факторов риска развития некоторых видов рака. Другие факторы риска включают инфекционные агенты (например, вирус папилломы способствует развитию рака шейки матки), вредные промышленные химические вещества и производственные факторы.

У женщин рак молочной железы продолжает оставаться наиболее важной причиной смертности от рака во всех странах Региона. В частности, в странах Западной Европы это заболевание может поразить одну из каждых двенадцати женщин, причем этот показатель продолжает увеличиваться. Наши возможности в плане предупреждения рака молочной железы весьма ограничены. С другой стороны, специфические для различных возрастных групп стратегии скрининга, основанные на рентгенологической маммографии, были успешно внедрены в ряде стран, что позволило снизить показатели регистрируемой

смертности. Во многих странах такие стратегии были также внедрены с целью выявления случаев рака шейки матки на преинвазивной стадии.

Несмотря на значительные ресурсы, направляемые на выявление, диагностику и лечение онкологических заболеваний, общая смертность от рака не снизилась сколь-либо существенно. Неадекватное ведение больных с неизлечимым раком также продолжает оставаться серьезной проблемой для здравоохранения. Еще одной серьезной проблемой является недостаточное купирование болевых синдромов у многих онкологических больных, в результате чего не являющиеся неизбежными страдания снижают качество и достоинство жизни на ее заключительном этапе.

Согласно имеющимся оценкам, от диабета страдает 25–40 миллионов жителей Региона. В случае его неадекватного лечения, диабет может сократить продолжительность жизни и иметь множество серьезных неблагоприятных воздействий на здоровье, включая потерю зрения, почечную недостаточность, ампутации, острые диабетические кризы и т.д., тем самым являясь значительным бременем для служб здравоохранения. Показатели смертности от диабета стабилизировались или снижаются в Центральной, Восточной и Западной Европе, однако повышаются от первоначально низких уровней в ННГ – вероятно в связи с чрезвычайно высокой распространенностью ожирения в этих странах. Диабет во время беременности представляет собой значительный риск для здоровья матери и ребенка.

Начиная с 1989 г. Европейское региональное бюро и европейский филиал Международной федерации борьбы с диабетом проводят в этой области большую работу в рамках Сент-Винсентского движения, которое охватывает практически каждое государство-член, и в котором используются новаторские подходы, позволяющие значительно сократить серьезные проблемы для здоровья людей, страдающих от диабета.

Согласно имеющимся данным, распространенность хронических обструктивных заболеваний легких в ряде стран достигает 2–7%, что оказывает серьезное влияние на качество жизни, уровень инвалидности, расходы здравоохранения и показатели временной нетрудоспособности. Наиболее важными причинными факторами являются курение, загрязнение воздуха и воздействие аллергенов дома, на работе или в среде обитания в целом.

Отсутствие стоматологических проблем (хорошее состояние полости рта) способствует не только повышению качества жизни, но также и предупреждению ряда заболеваний и поддержанию общего хорошего состояния здоровья. В ряде стран благодаря успешной работе по профилактике кариеса, особенно у детей, стоматологические службы в настоящее время нуждаются в меньшем объеме ресурсов для лечения кариеса, что высвободило ресурсы для улучшения стоматологического обслуживания других целевых групп населения, например пожилых.

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ В СНИЖЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ – ПРИМЕР ДАНИИ

В рамках Европейского региона около 20–25 лет тому назад Дания была одной из стран с самыми высокими показателями распространенности кариеса зубов среди детей. Благодаря внедрению хорошо работающей системы профилактического стоматологического обслуживания, использованию различных методов укрепления здоровья полости рта, включая эффективное использование фтора, и созданию ориентированной на качество системы информации по гигиене полости рта, в Дании в настоящее время наблюдается самый низкий кариозный индекс (выражаемый общим числом кариозных, запломбированных и удаленных зубов) в Европейском регионе, а задачи, поставленные в области охраны здоровья полости рта у детей (у 50% всех 6-летних детей не должно быть кариозных зубов и у 50% всех 12-летних детей должно быть не более 2 кариозных, запломбированных и удаленных зубов) были выполнены уже в середине 80-х годов. Успехи и качество стоматологического обслуживания детского населения были задокументированы стоматологической информационной системой, основанной на регистрации отдельных случаев. В Дании была также недавно разработана аналогичная система оценки результатов стоматологического обслуживания у взрослого населения.

В значительной степени снижение распространенности кариеса среди детей и подростков можно объяснить осуществлением ориентированных на население программ и стратегий работы с группами высокого риска. В рамках этих стратегий и с учетом принципов первичной медико-санитарной помощи проводятся следующие аспекты работы: обучение по вопросам гигиены полости рта в школах, своевременное пломбирование зубов и использование фтора, санитарное просвещение, междисциплинарные проекты по охране здоровья и соответствующие мероприятия с участием населения. Несмотря на то, что эта стратегия осуществлялась в рамках официальной датской муниципальной службы стоматологической помощи, принципы профилактики довольно просты и могут быть легко адаптированы и использованы в странах, в которых системы организации стоматологической помощи могут значительно отличаться.

Источники: Petersen, P.E. Effectiveness of oral health care – some Danish experiences. *Proceedings of the Finnish Dental Society*, 88: 12–23 (1992); Petersen, P.E. & Torres, A.M. Preventive oral health care and health promotion provided by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *International journal of pediatric dentistry*, 1999 (в печати).

Показатели стоматологической заболеваемости зависят от возраста и в очень большой степени различаются между социальными группами в странах Европейского региона. В некоторых из них, и особенно в ряде областей внутри стран, наблюдаются очень низкие показатели стоматологической заболеваемости, в то время как в других, и особенно в восточной части Региона, кариес зубов и болезни пародонта являются широко распространенной проблемой. С другой стороны, ни в одной области общественного здравоохранения столь серьезная проблема не может быть так легко предупреждена с использованием очень простых методов.

Задача 8 – Сокращение распространенности неинфекционных болезней

К 2020 г. заболеваемость, инвалидность и преждевременная смертность, связанные с основными хроническими болезнями, должны быть снижены по возможности до самых низких показателей во всем регионе.

Это предполагает:

- 8.1 сокращение показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у людей до 65 лет в среднем на 40%, особенно в странах, где эти показатели сегодня высоки;
- 8.2 сокращение смертности от раковой патологии различной локализации у людей до 65 лет в среднем по крайней мере на 15% и уменьшение смертности вследствие рака легких на 25%;
- 8.3 сокращение на одну треть числа связанных с диабетом ампутаций, слепоты, почечной недостаточности, осложнений при родах и других серьезных расстройств;
- 8.4 последовательное снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, связанных с хроническими респираторными болезнями, мышечно-скелетными нарушениями и другими распространенными хроническими заболеваниями;
- 8.5 отсутствие кариеса по крайней мере у 80% детей в возрасте 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или пломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1,5.

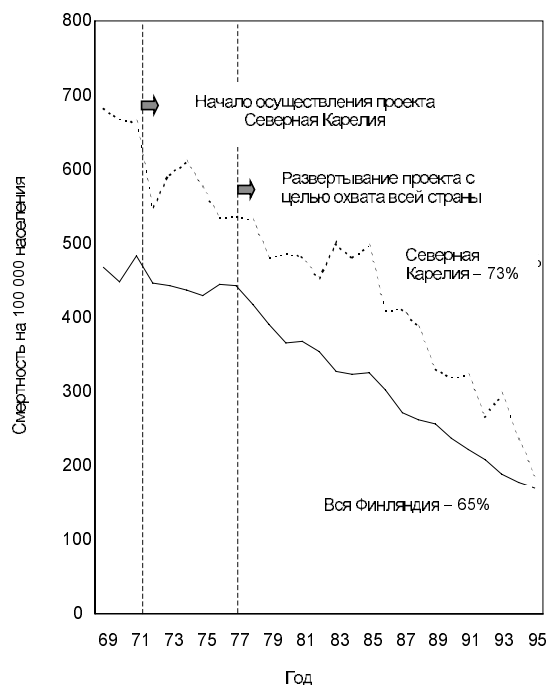
Предлагаемые стратегии

В настоящее время уже существуют знания, необходимые для предупреждения, диагностики и лечения многих неинфекционных болезней. Результаты анализа ситуации позволяют судить о наличии ряда эффективных с точки зрения затрат и высококачественных стратегий как для общественного здравоохранения, так и на уровне оказания клинической помощи отдельным пациентам.

(i) Для борьбы с факторами риска для здоровья следует разработать и принять широкие и комплексные стратегии общественного здравоохранения, предполагающие борьбу как с поведенческими, так и средовыми факторами риска. Эта работа является важнейшей задачей на национальном, областном и местном уровнях. В качестве примеров таких стратегий можно привести использование стимулов для профилактической работы; проведение образовательных программ; стратегию в отношении развития транспорта; борьбу с загрязнителями окружающей среды и т.д. (эти направления работы более подробно рассматриваются в главе 5).

Сектор здравоохранения также может отвечать за более широкий межсекторальный подход. При этом целью является использование всеобъемлющего подхода к наиболее важным поведенческим и средовым факторам риска, таким, как курение, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание, недостаточная физическая активность. Такой подход предоставляет возможность сочетания межсекторальных инициатив общественного здравоохранения с выявлением проблем и принятием соответствующих мер на индивидуальном уровне и на уровне общины с целью снижения распространенности и воздействия общих факторов риска (см. ниже). Проводимая ВОЗ программа интегрированной профилактики неинфекционных болезней в масштабах всей страны (программа СИНДИ) представляет собой важную модель такого комплексного подхода. Программа СИНДИ, учрежденная в 1982 г., направлена на снижение бремени неинфекционных болезней для общества путем борьбы с основными факторами риска их развития; она основана на осуществлении и оценке демонстрационных проектов. Благодаря долгосрочному сотрудничеству между участвующими в этой программе странами, число которых сейчас уже возросло до 24, был накоплен огромный объем знаний и опыта по предупреждению неинфекционных заболеваний за счет применения интегрированных подходов на коммунальном уровне. Наиболее впечатляющие результаты были достигнуты в одной из провинций Финляндии, где за 25 лет удалось добиться снижения смертности от ишемической болезни сердца на 73% (рис. 4). Одной из важнейших причин такого успеха является изменение рациона питания; финская политика в области питания рекомендует повысить потребление низконасыщенных жирных продуктов и овощей (например, подача в местах общественного питания бесплатных салатов к основным блюдам, что способствовало повышению в два раза уровня потребления овощей). Во всех государствах-членах для снижения высоких уровней преждевременной смертности и заболеваемости от неинфекционных болезней необходима соответствующая политика в области пищевых продуктов и питания.

Рисунок 4. Смертность от ишемической болезни сердца в масштабах всей Финляндии и в провинции Северная Карелия в 1969–1995 гг. (среди мужчин в возрасте 35–64 лет)



Влияние ходьбы и езды на велосипеде на здоровье людей

Регулярная ходьба является важным средством предупреждения и лечения сердечно-сосудистых болезней (ССБ). Результаты исследования, охватившего 9000 государственных служащих в возрасте от 45 до 64 лет, показали, что у 9% мужчин, оценивавших свою ходьбу как "быструю", частота ишемической болезни сердца (как с нелетальным, так и летальным исходом) была по крайней мере в два раза ниже по сравнению со служащими, не занимающимися какими-либо физическими упражнениями. У лиц, оценивавших свою ходьбу как "достаточно быструю", показатель коронарных приступов был по крайней мере на одну треть меньше, чем у лиц с недостаточной физической активностью в течение девяти лет исследований. Аналогичные данные о ценности ходьбы и о повышении иммунитета против болезней с возрастанием энергетических затрат организма были получены и в других исследованиях. Научные исследования, проведенные в Финляндии, подтверждают эти данные, свидетельствующие о том, что ходьба до места работы и обратно обеспечивает уровень физической активности, достаточный для поддержания хорошего состояния здоровья.

Результаты исследования, проведенного среди фабричных рабочих, позволили сделать вывод о том, что у людей, регулярно едущих на велосипеде, уровень физической тренированности равен таковому у лиц, моложе их на десять лет. В другом исследовании было обнаружено, что лица, которые проезжали на велосипеде 60 миль (около 100 км) в неделю начиная с 35 лет, могли рассчитывать на то, что ожидаемая продолжительность их жизни увеличится на два года. Проведенное в Нидерландах исследование показало, что езда на велосипеде как часть нормальной ежедневной деятельности может позволить добиться такого же улучшения физического состояния, как та или иная специальная программа физической подготовки.

Источник: *Road transport and health*. Лондон, Британская медицинская ассоциация, 1997 г.

(ii) Профилактические стратегии должны быть ориентированы на все население и основываться на скрининге, например, с целью выявления рака молочной железы и шейки матки. Цель таких стратегий заключается в охвате всех групп населения, подвергающихся риску, при этом во многих случаях первоначальный контакт осуществляется через регистры населения, имеющиеся в службах ПМСП. Скрининг подразумевает использование того или иного теста, после которого, в случае получения положительного результата, проводится соответствующее клиническое обследование, ставится диагноз и назначается лечение.

(iii) Стратегии по выявлению отдельных случаев заболевания, например, больных с гипертонией, должны быть основаны на использовании контактов с пациентами по любому поводу. Эти стратегии могут осуществляться посредством использования тех или иных конкретных подходов к пациентам высокого риска, опять же часто используя регистры населения, имеющиеся в службах ПМСП. Такие стратегии могут включать: выявление факторов риска; вмешательства, направленные на изменения поведения и образа жизни; проведение терапевтических вмешательств по поводу таких состояний, как гипертония и диабет.

(iv) Для лиц с диагностированными патологическими состояниями лечебные службы являются жизненно необходимыми и во многом определяют качество их жизни. Диагностические и лечебные методы становятся все более и более эффективными. С другой стороны, необходимо усилить взаимодействие между такими уровнями медицинской помощи, как неотложная, первичная, вторичная и третичная, для чего, в частности, необходимо обеспечить эффективные процессы направления пациентов с одного уровня на другой.

Все вышеуказанные моменты можно хорошо проиллюстрировать на примере отдельных болезней и состояний:

- *Сердечно-сосудистые болезни.* Для успешной борьбы с этими болезнями необходимы не только оздоровляющие и профилактические стратегии, ориентированные в основном на факторы риска, но и стратегии, ориентированные на лечение и реабилитацию. Такая работа должна начинаться на уровне общины: службы неотложной помощи обеспечивают проведение неотложных вмешательств в случае острых патологических состояний, после чего пациента незамедлительно направляют в стационар и назначают ему эффективное лечение (например, коронарный тромболит). Схемы дальнейшего лечения включают целый ряд терапевтических и хирургических вмешательств, при этом последние все в большей степени основываются на менее инвазивных процедурах (например, чрескожная транслуминальная ангиопластика и реконструкция просвета коронарных артерий с помощью расширителя). На заключительном этапе огромное значение имеют хорошо запланированные службы реабилитации.
- *Рак.* Диагностика и лечение онкологических болезней также приобретают все более технический характер. В частности, пациентам предлагают все более сложные

сочетания хирургических, радиотерапевтических, химиотерапевтических и (особенно в будущем) иммунотерапевтических методов. Паллиативная и реабилитационная помощь являются важнейшими составными предоставляемых пациентам медицинских услуг. Могут также появиться новые лечебные подходы. Для ведения онкологических больных все в большей степени будут использоваться интегрированные подходы, предполагающие сотрудничество первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, но основанные прежде всего на центрах с признанными стандартами качества клинической помощи. Индивидуальная помощь больным будет основываться на клинических рекомендациях, сформулированных на основе достоверных данных. Управление службами должно осуществляться с помощью согласованных показателей качества, основанных на учете конечных результатов, и при поддержке со стороны всеобъемлющей системы клинической информации.

- Диабет.* Для больных диабетом также необходимы комплексные программы выявления этого заболевания и его осложнений и борьбы с ними, при этом важнейшими компонентами этих программ должны быть самопомощь и поддержка со стороны общины. Это указывает на необходимость повышения осознания важности этой проблемы как среди населения в целом, так и среди медицинских работников. В частности, для этой цели в ходе подготовки врачей и медсестер общей практики они должны приобрести навыки обучения пациентов и членов их семей тому, как использовать основные методы самопомощи для борьбы с диабетом. Квалифицированное и эффективное лечение на всех уровнях оказания медицинской помощи, несомненно, должно основываться на имеющихся данных и проводиться с учетом конечных целей как на уровне всего населения, так и на уровне отдельных больных. Благодаря таким подходам удалось добиться очень значительных улучшений в клиническом ведении больных и снизить частоту осложнений. Ключ к успеху – привлечение пациентов, а также членов их семей к планированию и оказанию помощи, а также обучение их методам, необходимым для самостоятельного предупреждения последствий диабета. Обеспечение того, чтобы каждое государство-член осуществляло свою национальную программу в рамках вышеупомянутого Сент-Винсентского движения, окажет положительное воздействие на состояние здоровья больных диабетом в Европейском регионе.
- Здоровье полости рта.* Снижению показателей стоматологической заболеваемости на индивидуальном уровне будет способствовать эффективная гигиена полости рта. В частности, более правильные привычки питания и использование зубных паст с добавками фтора позволят добиться почти стопроцентного предупреждения кариеса зубов и болезней периодонта. Снижение распространенности кариеса в масштабах всего населения также может быть обеспечено за счет надлежащего добавления фтора, например, в питьевую воду, молоко или соль, или за счет индивидуального использования зубной пасты или содержащих фтор жидкостей для полоскания

полости рта. Необходимыми условиями для успеха являются целевые и основанные на учете конечных результатов мониторинг и обратная связь.

Все стратегии борьбы с болезнями должны основываться на достаточном объеме данных, свидетельствующих об их эффективности и результативности, а также о приемлемости и качестве предоставляемых медицинских услуг. Поэтому такие стратегии должны поддерживаться ориентированной на население информационной системой по вопросам здравоохранения, которая должна способствовать:

- определению характерных особенностей всего населения и составлению его эпидемиологического профиля с учетом таких компонентов, как показатели смертности и заболеваемости, образ жизни, особенности поведения;
- планированию и управлению стратегиями предупреждения неинфекционных болезней и борьбы с ними;
- улучшению контроля за взаимодействием отдельных лиц с такими стратегиями, т.е. регистрация первого контакта с медицинским работником; регистрация результатов скрининга и усилий по выявлению заболеваний; динамическое наблюдение; регистрация конечного результата;
- мониторинг и оценка программ с точки зрения их качества и с уделением особого внимания конечным результатам с точки зрения здоровья (см. главу 6).

Совокупность вмешательств, направленных на борьбу с основными проблемами здоровья для отдельных лиц (например, сердечно-сосудистые заболевания, отдельные виды рака), лучше всего рассматривать как программы охраны здоровья или как те или иные конкретные направления работы по укреплению здоровья. Необходимым условием разработки таких программ является понимание состояния здоровья населения в его динамике, которое должно быть основано на результатах анализа эпидемиологических данных и данных об общественном здоровье. После этого можно рассмотреть данные, позволяющие найти оптимальный баланс таких различных элементов здравоохранения, как укрепление здоровья, профилактика заболеваний, терапия и реабилитация (как в рамках ориентированной на население политики общественного здравоохранения, так и применительно к клиническому ведению отдельных больных), а также соответствующие методы оказания медицинской помощи и клинические руководства. На уровне населения это будет означать подчеркивание важности многосекторального и междисциплинарного подходов, а на уровне клинического ведения отдельных больных это будет способствовать основанному на фактических данных выбору тех или иных вмешательств. На обоих уровнях необходимым элементом являются целевые и основанные на учете конечных результатов мониторинг и обратная связь.

4.5 Травматизм в результате актов насилия и несчастных случаев

Насилие и несчастные случаи не только являются причиной огромного социального и экономического ущерба, но и приводят к гибели множества людей. В 1994 г. в рамках Европейского региона смертность от несчастных случаев превышала 500 000 случаев. Употребление алкоголя является одним из важнейших факторов риска применительно ко всем видам насилия и несчастных случаев. Другими важными факторами являются социально-экономические лишения (например, бедность, плохие жилищные условия, проживание в трущобных городских районах), нестабильное политическое и социальное окружение (например, в результате военных действий), безработица. Травмы и отравления являются второй по значимости причиной различий в показателях смертности между восточной и западной частями Региона. Наряду с отравлениями несчастные случаи являются важнейшей причиной смертности у людей молодого возраста.

Насилие в рамках семьи часто бывает скрытой проблемой, поскольку факты такого насилия, как правило, не признают ни жертвы, ни виновные, и они редко попадают в статистику несчастных случаев. Жертвами насилия в рамках семьи чаще всего, но не всегда, становятся женщины. Мужчины также могут стать жертвами насилия. Двадцать процентов всех женщин в Европе были жертвами насилия по крайней мере один раз в течение жизни; при этом чаще всего такое насилие совершается лицом, которое они знают. Как указано в главе 3, в промышленно развитых странах насилие в рамках семьи является причиной большего числа травм среди женщин, чем изнасилования, дорожно-транспортные происшествия и ограбления на улице, взятые вместе. Еще одной важной проблемой являются злоупотребления в отношении пожилых и лиц с психическими проблемами, особенно когда такие лица находятся в учреждениях. Увеличиваются масштабы социально мотивированного насилия по отношению к беженцам и этническим группам. Постепенно начинают признаваться значительные масштабы злоупотреблений по отношению к детям (см. главу 3): во многих странах Европейского региона в последние 20 лет начали документироваться случаи сексуальных, физических и психологических злоупотреблений и их причины.

Несчастные случаи происходят в самых разнообразных условиях (на работе, дома, в школах, при проведении досуга) и являются причиной огромных потерь для общества. Согласно оценкам ВОЗ, каждый год в Регионе происходит около 80 миллионов несчастных случаев, жертвы которых нуждаются в медицинской помощи.

Средняя ежегодная частота регистрируемых дорожно-транспортных происшествий, приводящих к травмам, составляет около 340 на 100 000 населения в странах Европейского союза. Этот показатель в 2–3 раза превышает соответствующие показатели в СЦВЕ и ННГ. С другой стороны, ситуация прямо противоположна в отношении показателей смертности, которые почти в два раза выше в восточной части Региона по сравнению с Западной

Европой, что свидетельствует о гораздо более высоком коэффициенте дорожно-транспортных происшествий с летальным исходом в СЦВЕ и ННГ. Среди всех причин травм и смертей дорожные аварии относятся к числу причин, которые могут быть предупреждены наиболее эффективным образом. Необходимые для этого меры включают применение высококачественных ремней безопасности в автомобилях, улучшение качества дорог и транспортных средств, обеспечение соблюдения дорожных правил, ограничивающих скорость движения, уменьшение числа водителей, садящихся за руль автомобиля в нетрезвом состоянии.

СТОИМОСТЬ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

В 1995 г. в 15 государствах-членах Европейского союза имело место около 45 000 зарегистрированных случаев смерти, а 1,5 миллиона человек получили травмы в результате дорожно-транспортных происшествий. Учитывая степень неполной регистрации данных, можно сделать вывод, что ежегодное общее число таких травм составляет около 3,5 миллионов. Согласно нынешним оценкам расходов, связанных с такими смертями и травмами, они ежегодно составляют порядка 162 млрд. ЭКЮ; при этом речь здесь идет только об оценке расходов, непосредственно связанных с нанесенным ущербом. Эти социально-экономические расходы примерно в два раза выше всего бюджета Европейского союза; на них приходится 97% расходов, связанных со всеми транспортными авариями; они превышают расходы, связанные с пробками и заторами на дорогах или воздействием дорожного транспорта на окружающую среду; кроме того, последствия дорожно-транспортных происшествий приводят к большей потере работоспособности, чем даже рак легких. Усилия, направленные на снижение смертности и травматизма, должны быть как можно более эффективными, поскольку они должны опередить вероятное усиление транспортных потоков через границы в связи с экономическим оживлением и ростом в рамках единого рынка. В настоящее время между государствами-членами с наибольшим (Греция) и наименьшим (Великобритания) риском степень вероятности дорожно-транспортного происшествия различается в семь раз.

Источник: A strategic road safety plan for the European Union. Брюссель, European Traffic Safety Council, 1997.

Детские игровые площадки могут быть фактором риска несчастного случая главным образом из-за плохо спроектированного игрового оборудования и неадекватных поверхностей. С другой стороны, дети более старшего возраста часто предпочитают играть в более опасных местах и без какого-либо надзора со стороны взрослых, например, на улицах, пустырях, строительных площадках, железнодорожных путях, каналах и реках, а несоблюдение правил безопасности в таких местах может привести к серьезным травмам и даже смерти.

Другими причинами травматизма, связанного с несчастными случаями, являются непредумышленные отравления, алкогольные отравления, различные виды спорта и проведения досуга.

Задача 9 – Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев

К 2020 г. должно произойти значительное и устойчивое сокращение числа травм, случаев инвалидности и смерти в результате несчастных случаев и актов насилия в регионе.

Это предполагает:

- 9.1 сокращение смертности и инвалидности в результате дорожно-транспортных несчастных случаев не менее чем на 30%;
- 9.2 сокращение по крайней мере на 50% смертности и инвалидности в результате всех несчастных случаев на рабочих местах, в домашних условиях и на отдыхе, с обеспечением наиболее значительного сокращения в странах, где сегодня регистрируются самые высокие показатели смертности от несчастных случаев;
- 9.3 сокращение по крайней мере на 25% числа случаев и показателей смертности в результате актов насилия и их последствий для здоровья в домашних условиях, по половому признаку, в результате организованной преступности.

Предлагаемые стратегии

Как и применительно к другим проблемам, идентифицированным в данной главе, борьба с насилием и травматизмом должна основываться на следующих положениях:

- наличие знаний о факторах риска и осуществление эпиднадзора за ними;
- разработка и осуществление общественной политики, направленной на борьбу с этими факторами риска, с уделением особого внимания таким вопросам, как потребление алкоголя и уменьшение проявлений социальной и экономической несправедливости;
- решительная борьба на общественном и политическом уровнях с физическими и сексуальными злоупотреблениями по отношению к супругам, детям и этническим меньшинствам, которая должна основываться на соответствующем законодательстве;
- совместная деятельность политических, правовых, здравоохранительных и транспортных секторов;
- осуществление главным образом в рамках ПМСП и с должным учетом половых и этнических особенностей всех групп населения надлежащих и интегрированных лечебно-профилактических и реабилитационных стратегий;

- осуществление целенаправленных стратегий в тех местах, где эпидемиологическая информация позволяет определить большие проблемы (например, в бывших казармах, центрах городов);
- научно-исследовательская деятельность, посвященная различным видам, детерминантам и последствиям насилия и травматизма, как часть непрерывного усовершенствования стратегий профилактической, лечебной и реабилитационной деятельности;
- пропагандистская и просветительная деятельность в местах сбора молодежи (например, в спортивных учреждениях, барах, школах и местах работы);
- отстаивание интересов общественного здравоохранения и распространение информации, относящейся к факторам риска и профилактическим стратегиям;
- обучение и подготовка медицинских кадров;
- мониторинг и оценка всех аспектов работы, в том числе воздействия процессов и стратегий;
- создание соответствующих социальных сетей;
- адекватное архитектурное проектирование жилых кварталов;
- комплексное лечение жертв семейного насилия, которые, в противном случае, став взрослыми, могут сами начать применять насилие по отношению к своим близким.

4.6 Бедствия и катастрофы

Чрезвычайные ситуации могут развиваться в результате стихийных и антропогенных или технологических бедствий (например, землетрясения, ядерные аварии, утечка вредных химических веществ и взрывы, сопровождающиеся выбросом таких веществ); помимо этого, в основе сложных чрезвычайных ситуаций может лежать разрушение политических, экономических, социальных и организационно-структурных основ общества, например, в результате гражданской войны. Все чрезвычайные ситуации представляют собой большую проблему для служб общественного здравоохранения.

За последние десять лет в Европейском регионе значительно возросло число сопровождающихся насилием сложных чрезвычайных ситуаций, обусловленных войнами, в том числе гражданскими. Распад бывшей Югославии является крупнейшим трагическим примером такого рода, однако не следует забывать, что, например в 1992 г. в рамках Европейского региона имело место девять других вооруженных конфликтов. К счастью, за прошедшее с тех пор время положение дел значительно улучшилось.

Для устранения или смягчения последствий этих чрезвычайных ситуаций потребовалось принятие таких экстренных мер, как мобилизация необходимых ресурсов и предоставление гуманитарной помощи. В этой деятельности приняло участие большое число международных организаций (Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ), ЮНИСЕФ, ВОЗ и другие учреждения Организации Объединенных Наций, Европейский союз, Красный Крест и многие другие НПО), а также множество государств-членов. Благодаря крупномасштабным операциям, проведенным в 90-е годы, в этой области удалось добиться значительного прогресса. С другой стороны, накопленный опыт указывает на необходимость улучшения координации и разработки новых и более эффективных методов оказания чрезвычайной помощи.

Европейское региональное бюро также принимало активное участие во многих координируемых ООН мероприятиях такого рода и приобрело большой оперативный, снабженческий и технический опыт. В частности, ЕРБ научилось разрабатывать как новые технологии для будущих операций (например, использование стандартных комплектов для оказания чрезвычайной помощи), так и стратегии скоординированного и эффективного перехода от периода оказания чрезвычайной помощи к периоду восстановления и реабилитации.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Готовность к чрезвычайным ситуациям

Государствам-членам следует приложить больше усилий для улучшения своей готовности к чрезвычайным ситуациям, создавая для этой цели политические, правовые, управленческие, финансовые и социальные механизмы, способствующие скоординированному и эффективному использованию имеющихся ресурсов. ВОЗ может предложить странам накопленные ею технические знания и опыт, а также соответствующие рекомендации, и организовать подготовку национальных кадров.

Гуманитарная помощь

В случае возникновения крупномасштабной чрезвычайной ситуации, задача ВОЗ заключается в предоставлении своевременной, адекватной и неотложной гуманитарной помощи, сотрудничая при этом с другими учреждениями и организациями. Эффективная координация мероприятий по оказанию помощи в рамках общего реагирования системы ООН обеспечивается установлением тесных рабочих взаимоотношений с другими учреждениями Организации Объединенных Наций, а именно УВКБ, ЮНИСЕФ и Всемирной продовольственной программой (ВПП). Эта помощь основана на стратегии приоритетного оказания помощи правительству пострадавшей страны посредством:

- быстрого развертывания наглядной и энергичной деятельности в пострадавшей стране;

- проведения оценки ситуации в области общественного здравоохранения;
- предоставления технической помощи на основе уже имеющегося опыта решения аналогичных проблем общественного здравоохранения;
- координации относящихся к здравоохранению действий многих НПО, принимающих участие в устранении или уменьшении последствий чрезвычайных ситуаций.

Помимо этого, ВОЗ приобрела опыт проведения целого ряда программ общественного здравоохранения в таких областях, как водоснабжение и санитария, иммунизация (совместно с ЮНИСЕФ), реабилитация физического и психического здоровья. ВОЗ также поставляет в страны медицинские и хирургические материалы и оборудование (в рамках имеющихся ресурсов и тогда, когда имеются убедительные доказательства того, что это необходимо).

Реабилитация и восстановление

По окончании этапа оказания чрезвычайной помощи ВОЗ работает с международными организациями развития, такими, как Всемирный банк, Европейский союз и ПРООН для того, чтобы поддержать и восстановить службы здравоохранения, подчеркивая при этом ориентированные на ПМСП подходы в рамках политики достижения ЗДВ, а также чтобы обеспечить те или иные конкретные группы населения необходимыми видами медицинского обслуживания. Помимо этого, все более очевидным становится тот факт, что охрана здоровья может быть эффективным способом содействия диалогу, примирению и достижению мира. В этой области в последнее время был накоплен большой опыт, например в Боснии и Герцеговине.

Несмотря на то, что мероприятия такого рода нацелены на оказание помощи отдельным странам, для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и для реагирования на них необходимо также использовать некоторые региональные подходы. В частности, к ним относятся: координация усилий с другими международными учреждениями (например с Международным агентством по атомной энергии), когда речь идет о ядерных и химических чрезвычайных ситуациях; предоставление общих принципов для разработки политики, соответствующей глобальным стратегиям ВОЗ, и для ее осуществления в координации с другими международными учреждениями; а также координация с другими гуманитарными учреждениями Организации Объединенных Наций усилий, относящихся к оценке потребностей и мобилизации глобальных ресурсов.

Межсекторальные стратегии по обеспечению устойчивого развития

- Задача 10 – Здоровая и безопасная физическая среда**
- Задача 11 – Более здоровый образ жизни**
- Задача 12 – Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком**
- Задача 13 – Условия здоровой среды**
- Задача 14 – Межсекторальные обязательства в отношении здоровья**

На формирование здоровья оказывает свое влияние не только биологическое начало в развитии отдельного человека, но и деятельность с участием большинства секторов общества, включая население в целом, в результате принятия и осуществления индивидуальных и коллективных решений и действий. Варианты выбора, которым отдают предпочтение люди, зависят от внешних факторов (таких, как индивидуальная биологическая и генетическая структура человека, физическая среда обитания, социально-экономические обстоятельства и жилищные условия, всевозможные политические и культурные особенности), а также от того, какой степенью свободы и какими реальными возможностями располагают люди, чтобы сделать свой выбор для улучшения здоровья. На рис. 5 представлена концептуальная схема для анализа различных детерминант здоровья и характера их взаимодействия.

Как упоминается в главе 2, различия в доходах и возможностях для получения образования и трудоустройства самым тесным образом связаны с особенностями в плане охраны здоровья и качества жизни, существующими как между странами, так и между отдельными социально-экономическими группами. Эта мысль находит свое развитие в главе 3, где отмечается, что на формирование здоровья влияют не только социально-экономические условия. В конечном итоге, состояние здоровья обусловлено взаимодействием детерминант здоровья, жизненных обстоятельств и индивидуального выбора. Быть бедным означает находиться в невыгодных для себя условиях, когда возникает вопрос об индивидуальном выборе или о том, чтобы справиться со стрессовой жизненной ситуацией. Основное внимание в рамках главы 4 уделено вопросам профилактики болезней и борьбы с ними, включая связанные с ними “прямые факторы риска”.

Рисунок 5. Основные детерминанты здоровья



Источник: Dahlgren, G. & Whitehead, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

В настоящей главе представлена концептуальная основа, касающаяся принципов трактовки биологической составляющей здоровья и осуществления межсекторальных мер по обеспечению устойчивого здоровья и развития за счет:

- управления физическими и социально-экономическими детерминантами здоровья;
- создания благоприятных условий для того, чтобы люди делали свой выбор в пользу здоровья;
- предоставления широких возможностей для отдельных лиц, местных общин, частных и добровольных организаций, деятельность которых охватывает различные условия формирования здоровья, например, в домашних условиях, на рабочих местах, в школах и городах; и
- стимулирования всех секторов к тому, чтобы они определили для себя и стремились к достижению общих целей в плане улучшения здоровья и развития экономики.

5.1 Биологическая основа обеспечения здоровья

Головокружительное и стремительное развитие технологии, получившей название “новая генетика”, может привести к революционным преобразованиям в отношении концептуальных подходов к профилактике и лечению болезней, одновременно ставя перед человечеством серьезные моральные и этические дилеммы. Помимо образа жизни, качества окружающей среды и медико-санитарной помощи, здоровье во многом предопределяется таким ключевым фактором, как геном человека. Генетические детерминанты здоровья в наибольшей мере проявляются в начале и середине жизни человека и являются ведущими факторами, влияющими на уровни смертности детей грудного и раннего возраста, показатели хронической заболеваемости и преждевременного развития наиболее распространенных расстройств. Улучшение знаний и выявление генетических факторов, влияющих на показатели заболеваемости и смертности на протяжении всей жизни, указывает на важность глубокого и подробного обсуждения этических вопросов, относящихся к генетике. Выводы этого обсуждения должны послужить основой для выработки соответствующей европейской стратегии.

Генетические факторы оказывают существенное воздействие на смертность детей грудного и раннего возраста. При среднем показателе распространенности на уровне примерно 40 случаев на 1000 живорожденных в Европе ежегодно рождается около миллиона детей с серьезными пороками развития или генетическими нарушениями; при показателе смертности 2,5 на 1000 живорожденных по меньшей мере 25% всех смертей новорожденных в западноевропейских странах обусловлены врожденными или генетическими аномалиями. Для дальнейшего снижения этих показателей требуются стратегии, в основу которых положены генетические методы лечения и профилактики.

“Новая генетика” сочетает в себе последние достижения молекулярной биологии и полученную в процессе генетических научных исследований информацию о наследственных факторах. Поиск гена на уровне хромосомы и определение последовательности ДНК представляют собой важнейшие этапы при разработке диагностических тестов для тех, кто мог унаследовать дефектный вариант такого гена. Благодаря “новой генетике” удастся сделать очередной шаг вперед, расширив познания о функционировании нормального гена, а также о действующих на молекулярном уровне механизмах заболеваний, причиной возникновения которых полностью или частично оказываются дефектные гены.

До настоящего времени научные изыскания были сфокусированы на выявлении очевидных генетически обусловленных тяжелых патологий, включая кистозный фиброз, серповидно-клеточную анемию и болезнь Гентингтона. Большинство связанных с этим генов уже выявлено, и появились возможности для прямого анализа конкретных мутагенных изменений, происходящих при многих отдельно взятых генетических нарушениях.

На современном этапе проводится работа по изучению конкретных генов, участвующих в развитии наиболее распространенных заболеваний в более зрелом возрасте. В данном случае зависимость от наследственных факторов выражена слабее, возможно, ввиду присутствия нескольких генов, не считая заметное влияние факторов окружающей среды. К таким заболеваниям относятся диабет, сердечно-сосудистые болезни, рак, шизофрения и болезнь Альцгеймера.

В настоящее время в Европейском регионе наблюдается явное неравенство в отношении доступа к двум составляющим генетического обслуживания:

- клинико-генетическая служба обеспечивает диагностику, консультирование и оказание поддержки отдельным лицам и семьям в местных условиях. Функционирующая на базе клиники бригада, как правило, работает под руководством специалиста, которому помогают сотрудники, отвечающие за организацию генетического консультирования на местах; и
- лабораторные службы, занимающиеся цитогенетикой и молекулярным анализом (на уровне ДНК).

Научные исследования и опытно-конструкторские разработки позволяют расширить возможности для углубления клинических исследований по трем основным направлениям:

- Скрининг и тестирование. В ближайшие 5–10 лет будут разработаны новые тесты по выявлению отклонений от нормы, обусловленных единичным геном, а также по уточнению генетической предрасположенности к наиболее распространенным заболеваниям; одновременно с этим может произойти и активизация программ массовых обследований населения. Обследование лиц без каких-либо симптомов по поводу предрасположенности к наиболее распространенным расстройствам позволит

внести соответствующие изменения в образ жизни, обеспечивая тем самым минимизацию возможного риска. Такие тесты могут также включать в себя методики выявления определенных расстройств, что позволит предпринимать профилактические меры на ранней стадии, т.е. еще до появления каких-либо симптомов.

- Симптоматическое тестирование. Благодаря генетическим исследованиям удастся с большой степенью достоверности подтвердить тот или иной диагноз у лиц с определенной симптоматикой.
- Новые схемы лечения. В данном случае предполагается проведение двух типов вмешательства:
 - по мере выяснения процесса развития болезни на молекулярном уровне уточнение конкретных органов-мишеней позволит проводить более эффективное лечение путем рационального составления лекарственных форм;
 - кроме того, теоретически возможна и специфическая генная терапия – хотя для заметного прогресса в этой области потребуется какое-то время.

До настоящего времени соответствующие профилактические мероприятия основывались на результатах пренатальной диагностики, в связи с которыми возникали определенные трудности с последующим прерыванием беременности. В будущем возможности по постановке диагноза еще до зачатия, по-видимому, создадут необходимые предпосылки для целесообразности генетического консультирования с точки зрения этики, обеспечив тем самым реальные перспективы для контроля исхода беременности с самого начала.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Вышеупомянутая “новая генетика” позволяет надеяться, что к началу двадцать первого века в практике многих разделов медицины, а также в научных исследованиях будут использоваться достижения в области генетики. Это окажет заметное воздействие на дальнейшую организацию, укомплектование кадрами и предоставление медико-санитарного обслуживания; к тому же предстоит решить и целый ряд этических проблем.

Общеввропейская стратегия по развитию генетических служб, в основу функционирования которых положены принципы достижения ЗДВ, позволит осуществлять в этой области согласованный международный подход, а также обмениваться специальными знаниями, информацией и опытом. Руководствуясь принципом рационализации деятельности служб, в каждой стране следует провести оценку потребностей в генетических службах и разработать государственную политику по их развитию.

При формулировании такой политики следует обращать внимание на пять ключевых моментов:

- анализ важнейших этических аспектов, связанных с развитием отдельных видов обслуживания;
- повышение уровня осведомленности о нуждах и потребностях населения, включая запросы этнических групп, при участии общественности в планировании соответствующих служб и организации их работы таким образом, чтобы они четко реагировали на насущные нужды населения;
- организация соответствующего обучения профессиональных работников здравоохранения;
- предоставление равного доступа для населения к генетическим службам, включая действующие на первичном медико-санитарном уровне службы генетического тестирования высокого качества, а также возможностей для консультирования и направления клиентов с первичного уровня в специализированные службы;
- повышение качества обслуживания.

Всякая программная деятельность в области генетики должна быть ориентирована на решение таких приоритетных проблем, которые могут иметь большое значение для здравоохранения. К таким проблемам можно отнести наиболее распространенные в Европе врожденные и генетические нарушения, включая кистозный фиброз, расстройства эритропоэза, серьезные врожденные пороки развития и синдром Дауна. Большинство наиболее распространенных нарушений, связанных с отклонением от нормы какого-либо гена, должны быть объектом внимания в рамках действующих европейских программ в области охраны здоровья матери и ребенка, а также в плане профилактики болезней и борьбы с ними.

Более того, ввиду большой значимости сердечно-сосудистых болезней с точки зрения охраны здоровья в странах Региона и получения новых данных, подтверждающих влияние генетических детерминант на распространенность этой группы нарушений, сердечно-сосудистые болезни можно было бы взять в качестве целевых для оценки возможного значения результатов генетических исследований для мероприятий в области укрепления здоровья.

Ключевым фактором в данном случае будет информация; “новая генетика”, по всей вероятности, удачно сочетается с “медициной периода информационного взрыва”, когда информационные технологии дают возможность потребителям более успешно заниматься поддержанием и укреплением своего здоровья, а медицинским работникам в большей мере выполнять функции поддержки, уделяя при этом первостепенное внимание укреплению здоровья, а не тактике лечения заболеваний.

В этот период бурного развития предстоит решить целый ряд этических проблем и повысить роль мониторинга и оценки этических, научных и социальных последствий внедрения методов генной инженерии, включая технологию клонирования. Внедрение в практику результатов генетических исследований в обязательном порядке должно соответствовать принципам медицинской этики, включая такие аспекты, как уважение человеческого достоинства, независимости и справедливости. Принципы и содержание принятой Советом Европы Конвенции по защите прав человека и достоинства человека применительно к использованию биологии и медицины и ее дополнительный протокол по запрещению клонирования человеческих существ имеют огромное значение, и их следует придерживаться во всех странах.

Клонирование клеток или генов может иметь большое клиническое значение для диагностики и лечения заболеваний; эти направления исследований не следует смешивать с клонированием. С этической точки зрения, генетическая терапия на уровне соматических клеток при лечении различных заболеваний у человека аналогична любому другому виду лечения, и научные исследования в этой перспективной области следует поощрять. Однако генетическая терапия на уровне зародышевых клеток, когда ставится задача или не исключена возможность изменения генетической структуры, переходящей по наследству очередному поколению, не должна быть разрешена в обозримом будущем.

В той или иной стране генетический скрининг и тестирование могут оказаться эффективным подспорьем при планировании общественного здравоохранения, однако такой подход не представляется обязательным. Должны существовать возможности для генетического консультирования, учитывая специфику общепринятых среди местного населения норм и убеждений, и такое обслуживание должно, по мере возможности, носить исключительно добровольный характер. Конфиденциальность и недискриминационный характер использования генетических данных должны гарантироваться, в том числе предусмотренными законом средствами, если это необходимо.

Представляется целесообразным принять отдельную декларацию или свод практических правил, касающихся новых этических аспектов применения достижений генетики в области медицины и общественного здравоохранения. В качестве отправного момента на пути разработки такой декларации консультативной группой экспертов ВОЗ по медицинской генетике был предложен предварительный вариант официального заявления по данному вопросу (см. документ А51/6 Add.1 Всемирной ассамблеи здравоохранения).

5.2 Физические и социально-экономические детерминанты здоровья

Для крепкого здоровья и благополучия человека требуется чистая и гармоничная окружающая среда, в которой вполне важную роль играют физические, физиологические,

социальные и эстетические факторы. Физическая среда обитания должна рассматриваться в качестве средства улучшения жилищных условий и благополучия человека. Здоровье людей находится в зависимости от наличия и качества пищи, воды, воздуха и жилья. Несмотря на то, что особенности воздействия окружающей человека физической среды на его здоровье были достаточно изучены в прошлом, в последние годы отмечается рост осведомленности населения об опасном влиянии факторов окружающей среды. Отчасти это является следствием новых научных данных, подтверждающих связь между состоянием физической среды и здоровья, а отчасти это обусловлено созданием новых и потенциально более опасных для здоровья технологий. С более общей точки зрения, меры политического характера, призванные содействовать оздоровлению окружающей среды, включают в себя такие мероприятия, как: стимулирование использования технологий, предусматривающих более рациональную эксплуатацию ресурсов; введение ставок налогообложения с учетом необходимости охраны окружающей среды; мобилизация общественного мнения путем проведения информационной работы и привлечения средств массовой информации; оказание поддержки НПО, выступающим в качестве проводников преобразований.

В связи с воздействием деятельности человека на окружающую среду и, следовательно, на состояние здоровья населения предстоит найти ответы еще на многие вопросы. Судя по сложившемуся в мире мнению, стремление предотвратить экологические нарушения, которые могут быть связаны с климатическими изменениями, представляется гораздо более приемлемым вариантом по сравнению с попытками пост-фактум добиваться оздоровления среды независимо от того, насколько стремительно и как скоро это может произойти. В обращении участников конференции ООН по окружающей среде и развитию, состоявшейся в 1992 г. в Рио-де-Жанейро (Бразилия), говорилось, что требуется коренным образом пересмотреть политику, чтобы обеспечить охрану окружающей среды в глобальном масштабе и добиться устойчивого развития.

Полученные научные данные сыграли важную роль в повышении уровня осведомленности населения о характере воздействия социально-экономических детерминант на здоровье как прямым образом, так и в результате их влияния на связанные со здоровьем стереотипы поведения и состояние нейроэндокринной системы. В настоящее время имеются веские доказательства того, что менее состоятельные социально-экономические группы населения в большей мере подвержены воздействию опасных для здоровья факторов и приобщению к вредным поведенческим привычкам по сравнению с более состоятельными социально-экономическими группами. С практической точки зрения, предстоит проделать огромную работу прежде, чем будет создана благоприятная для здоровья и благополучия социально-экономическая среда и, в частности, появятся реальные возможности для управления социально-экономическими причинами всевозможных нарушений здоровья (см. задачу 2). В настоящем разделе рассмотрен целый ряд сложных проблем охраны здоровья, связанных как с физической, так и с социально-экономической средой, и предлагаются пути их возможного решения.

5.2.1 Физическая среда обитания

При стратегическом планировании и выполнении программ необходимо обеспечить непрерывное сотрудничество между здравоохранительным, экологическим и экономическим секторами, с тем чтобы по мере возможности свести к минимуму риск для здоровья ввиду воздействия загрязняющих веществ. Атмосферный воздух, воду и почву следует рассматривать как компоненты целостной окружающей среды и не допускать перехода факторов риска и угроз из одной фазы в другую. Политика защиты окружающей среды требует капиталовложений во все отрасли для обеспечения организационно-учрежденческих структур, кадровых ресурсов и механизмов, способствующих наращиванию потенциала, необходимых для решения как общих проблем загрязнения атмосферного воздуха, воды и почв, так и таких конкретных проблем, как радиоактивное облучение.

Распространенность связанных с состоянием окружающей среды факторов риска для здоровья неодинакова как в географическом плане, так и среди разных групп населения. Как правило, именно беднота наиболее остро ощущает на себе последствия загрязнения среды. Поэтому между целями оздоровления окружающей среды и сокращением масштабов неравенства существует тесная взаимосвязь.

Политические обязательства на общерегиональном уровне, касающиеся мер в области экологии и здравоохранения, были приняты в итоге одобрения Европейской хартии по окружающей среде и охране здоровья (Франкфурт, 1989 г.) и Хельсинкской декларации о действиях по охране окружающей среды и здоровья в Европе (1994 г.), а также в связи с учреждением Европейского комитета по окружающей среде и охране здоровья.

На основании принятой в 1994 г. Хельсинкской декларации был разработан не только Европейский план действий по гигиене окружающей среды, но и соответствующие национальные и местные планы действий, предоставляющие в распоряжение Региона и его государств-членов надежную комплексную техническую основу для осуществления конкретных мер. Национальные планы действий по гигиене окружающей среды (НПДГОС) представляют собой коллективную стратегию по предупреждению в Европе опасных для здоровья факторов окружающей среды и борьбе с ними. По состоянию на июнь 1998 г., более 90% стран из 51 государства-члена Европейского региона ВОЗ занимаются разработкой НПДГОС или уже завершили эту работу, причем каждая страна составляет свой собственный план, включающий в себя перечень наиболее приоритетных мероприятий. ВОЗ и ее партнеры сотрудничают со странами в целях стимулирования проводимой в этом направлении работы, разрабатывают рекомендации по составлению методических указаний и оказывают поддержку осуществлению национальных планов действий. Немаловажной составляющей такого сотрудничества является обмен опытом между странами.

Атмосферный воздух

Между загрязнением воздушного бассейна и риском нарушения функций легких, развития заболеваний органов дыхания и смерти от респираторных заболеваний существует тесная связь. Примерно 30–40% европейцев, проживающих в городах Региона, подвергаются воздействию средних концентраций загрязнителей воздуха, которые превышают нормативы и стандарты ВОЗ или ЕС. По всему Региону, и особенно в его восточной части, продолжается широкомасштабное воздействие загрязнения атмосферного воздуха диоксидами серы, взвешенными твердыми частицами, окислами азота и летучими органическими соединениями. Около 90% суммарных выбросов серы происходит в результате сгорания топлива, в частности в энергетической отрасли. Дорожный транспорт является важнейшим источником выбросов окислов азота и летучих органических соединений. Такие выбросы будут, вероятно, увеличиваться, особенно в восточной части Региона.

Кислотные осадки, например, серной и азотной кислоты, являются причиной серьезного ущерба для природных ресурсов, имеющих общеэкологическое и экономическое значение, в том числе для лесов, почв и водоемов. Серьезный ущерб здоровью людей причиняется в результате просачивания металлов: кадмия и ртути из почв – в пищевую цепь, свинца и меди – из систем коммунального водоснабжения в питьевую воду. Последствия для здоровья включают ущерб, причиняемый нервной системе ртутью и свинцом, поражение почек – кадмием и печени – медью. Аллергические реакции, обусловленные различными воздушными загрязнителями, также представляют собой серьезную проблему охраны здоровья.

Питьевая вода и сточные воды

Время от времени в Регионе происходят вспышки болезней в результате микробного заражения питьевой воды (причина желудочно-кишечных расстройств) или заражение нитратами (причина метагемоглобинемии у детей), пестицидами или другими химическими веществами. Свыше 100 миллионов человек в странах Региона лишены возможности пользоваться безопасной водой из водопровода. Вспышки инфекционных заболеваний, передаваемых через воду, являются следствием неудовлетворительной обработки сточных вод, отвалов навоза, нарушений цикла технологических операций на очистных сооружениях или контаминации среды при внесении в почву ядохимикатов. Вредное химическое загрязнение является в значительной мере результатом несчастных случаев или неправильного проектирования агротехнических систем.

Во многих местах отмечается серьезное загрязнение воды всевозможными отходами, включая металлы и сточные воды. Вне пределов городов многолетняя практика широкого применения в сельском хозяйстве пестицидов и нитратов привела к загрязнению грунтовых

вод и рек, что послужило толчком к их эвтрофикации*. Эти проблемы по-прежнему остаются более острыми в восточной части Региона. Контаминация грунтовых и поверхностных вод может повлиять на здоровье в результате снижения качества источников питьевого водоснабжения. Помимо питьевого водоснабжения вода нужна и для орошения, рыбоводства, а также для рекреационных целей. Поэтому необходимо обеспечить защиту круговорота воды в природе в его совокупности. Нехватка воды является серьезнейшей проблемой в некоторых южных странах, главным образом, из-за нерационального регулирования использования имеющихся ресурсов в условиях, когда экономика находится в процессе экстенсивного роста и когда положение усугубляется ирригационными мероприятиями, индустриализацией или дальнейшим ростом туризма. Цена, которую приходится платить за нерациональное использование водных ресурсов и управленческое бездействие, является очень высокой. Часть ущерба может оказаться непоправимой, как например, в некоторых случаях загрязнения или чрезмерного забора грунтовых вод.

В целом, можно сказать, что меньший процент населения имеет возможность пользоваться адекватными установками, обеспечивающими сбор и обработку сточных вод, по сравнению с той частью населения, которая располагает доступом к безопасной для здоровья системе питьевого водоснабжения. Недофинансирование канализационно-очистительных мер по сравнению с объемом финансирования систем водоснабжения приводит к опасному загрязнению водных ресурсов и снижает результативность инвестиций в водохозяйственные объекты с точки зрения здоровья. Вследствие протечек в системах питьевого водоснабжения возникает необходимость в дополнительных объемах воды, что обуславливает перегрузки в работе систем водоочистки (являясь таким образом причиной повторной контаминации) и приводит к использованию источников водоснабжения более низкого качества. Наличие дефектов в системах водораспределения, эксплуатация которых не отвечает установленным требованиям, а также перебои в водоснабжении могут привести к загрязнению всей водопроводной сети.

Твердые отходы

Опасность для здоровья существует, когда отсутствующие или не удовлетворяющие требованиям службы сбора и удаления отходов приводят к бактериологическому или химическому загрязнению воздуха, воды, продовольствия или почвы. Бесконтрольное содержание опасных отходов, загрязнение промышленных районов и выщелачивание в местах свалок черваты угрозой токсичных отравлений и требуют согласованных действий для предупреждения загрязнения грунтовых вод или продовольствия химическими веществами из пере загрязненных почв.

* Прим. переводчика: эвтрофикация – обогащение рек и озер биогенными элементами, сопровождающееся повышением продуктивности вод. Эвтрофикация может быть результатом естественного старения водосма, внесения удобрений или загрязнения сточными (в том числе с полей) водами.

Производство твердых отходов увеличивается такими темпами, которые в ряде стран превзошли имеющиеся производственные мощности по их очистке и удалению. Для обеспечения устойчивого развития необходимо резкое сокращение среднего объема производства отходов, составляющего в настоящее время один килограмм на душу населения в сутки.

Радиация

Естественный космический и земной радиационный фон является крупнейшим средним показателем воздействия радиации на людей. Концентрация радона в зданиях и строениях, расположенных над излучающими радон скальными грунтами, как правило, повышалась, когда уменьшалась вентиляция домов из соображений экономии энергии. Воздействие радиоактивного излучения в производственных условиях может иметь место в процессе медицинского обслуживания, в ядерной энергетике и других отраслях промышленности. За исключением некоторых стран восточной части Региона среднегодовая доза облучения в условиях производства снижается до уровня такого же порядка, что и суммарная доза радиации в естественных условиях.

Дозы радиоактивного облучения населения в целом в ходе обычных операций, связанных с производством ядерной энергии, обычно на несколько порядков ниже суммарных доз из природных источников. Поэтому проблемы потенциального воздействия связаны, в первую очередь, с безопасностью предприятий и установок ядерной промышленности, распространением ядерных материалов и безопасным удалением или хранением ядерных отходов. Ввиду растущей осведомленности населения о факторах риска, более настороженного отношения к ядерной энергетике и активизации общественного мнения, в настоящее время масштабы ее использования в ряде стран сокращаются.

Несчастные случаи, связанные с радиацией, делятся на две категории, а именно: крупномасштабные аварии с выбросами радиоактивных материалов, загрязняющих обширные территории, и утечки на нормально работающих предприятиях и установках. Самой крупной аварией, когда-либо имевшей место в Европейском регионе, была Чернобыльская катастрофа 1986 г. в Украине. Последствием этой аварии оказался крупномасштабный выброс и рассеивание радиоактивных материалов, что вызвало значительное заражение поставляемых продовольственных товаров, а также привело к резкому повышению уровней распространенности рака щитовидной железы, стойким и глубоким психосоциальным стрессам у многочисленной группы населения и значительным расходам и издержкам, связанным со строительством саркофага и очистными работами как на самой Чернобыльской АЭС, так и на прилегающей в ней территории. Кроме того, невозможность землепользования в течение длительного времени на загрязненной территории также связана с огромными убытками.

В настоящее время проводятся активные дебаты по поводу возможных неблагоприятных последствий для здоровья неионизирующего излучения, источником которого является промышленность, выпускающая электронику и средства связи. Судя по имеющимся данным, неионизирующее излучение ассоциируется с повышенным риском для здоровья, однако степень достоверности выводов и заключений, уровни риска и причинно-следственные механизмы все еще до конца не выяснены.

Воздействие ультрафиолетового излучения повышает риск заболевания раком кожи. Такие раковые заболевания стали наблюдаться все чаще по причине развития индустрии туризма и путешествий, а также ввиду истончения озонового слоя.

Задача 10 – Здоровая и безопасная физическая среда

К 2015 г. население Региона должно проживать в условиях безопасной физической среды, не подвергаясь воздействию загрязнителей, опасных для здоровья, в пределах уровней, превышающих международные стандарты.

Это предполагает:

- 10.1 значительное сокращение воздействия физических, микробных и химических загрязнителей в водной и воздушной среде, а также в отходах и почве, представляющих угрозу для здоровья, в соответствии с графиком и контрольными цифрами, определенными в национальных планах действий по гигиене окружающей среды;
- 10.2 обеспечение всеобщего доступа населения к достаточным запасам питьевой воды удовлетворительного качества.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Атмосферный воздух

Изменения в индивидуальном и коллективном поведении потребителей, а также изменения в производственных методах исключительно важны для повышения качества атмосферного воздуха. Все государства-члены должны обеспечить такое положение дел, чтобы их стандарты, рекомендации и руководящие принципы основывались на практических данных. Разработка нормативных требований к качеству воздуха и регламентации в отношении уровней атмосферных выбросов должны соответствовать нормативам и стандартам ВОЗ и ЕС по качеству атмосферного воздуха. Могут приниматься фискальные меры путем введения системы взимания сборов и платежей или налогообложения в целях уменьшения загрязняющих выбросов. Должна применяться самая передовая технология наряду с новыми разработками, обеспечивающими снижение уровня загрязняющих выбросов. Проводимые стратегии должны учитывать влияние на качество

атмосферного воздуха автомобильного транспорта, энергетики, промышленности, сельского хозяйства и бытовых источников загрязнения. Особое внимание должно быть уделено транспортному сектору.

Питьевая вода и сточные воды

Стратегические меры по охране поверхностных вод и источников водоснабжения включают в себя принятие нормативов и стандартов (в частности, в порядке выполнения директивных указаний ЕС по нитратам); инвестиции в инфраструктуры, например, на удаление сточных вод и на очистные сооружения; обеспечение обработки сточных вод в городах, проведение мер по очистке и удалению сельскохозяйственных, коммунально-общинных и промышленных отходов для защиты источников водоснабжения; осуществление фискальной политики по борьбе с загрязнением путем взимания сборов и платежей или за счет введения налогообложения на удобрения и пестициды, а также сборов и платежей за загрязняющие выбросы или налогов на отходы и сточные воды.

Надлежащая и безопасная система питьевого водоснабжения может быть достигнута благодаря принятию стандартов и нормативов, разработанных на основании руководства ВОЗ по качеству воды, а также посредством капиталовложений в системы снабжения и возмещения расходов. Законодательство в секторе водопользования нуждается в общем законе или равноценном акте для обеспечения комплексного рассмотрения и решения различных аспектов проблемы. Отдельная конвенция по водопользованию в странах Региона будет представлена на утверждение Третьей европейской конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья (Лондон, 1999 г.)

ПРИРОДА КАК ИСТОЧНИК БЕЗОПАСНОГО ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ

До недавнего времени природные очистные системы в районе водозабора, обеспечивающего Нью-Йорк питьевой водой, вполне справлялись с задачей очистки воды в соответствии с установленными нормативами. Вместе с тем, загрязняющие почву сточные воды, удобрения и пестициды явились причиной снижения эффективности этого процесса до такой степени, что качество воды уже не отвечает требованиям. В такой ситуации власти города должны были выбрать один из следующих вариантов возможного решения – восстановить целостность водозабора, затратив на это 1–1,5 млрд. долл. США, или построить новую фильтрационную установку, которая обошлась бы в 6–8 млрд. долл. США. Было очевидно, что по сравнению со строительством такой установки приобретение земли в пределах водозабора и вокруг него обойдется в меньшую сумму, с тем чтобы его дальнейшая эксплуатация подлежала более строгой регламентации при выделении необходимых субсидий на строительство современных сооружений по очистке сточных вод. Таким образом была бы решена не только задача охраны здоровья, но и сэкономлены денежные средства и сохранена экосистема.

Источник: Chichilnisky, G. & Heal, G. Economic returns from the biosphere. *Nature*, 391: 629–630 (1998).

Службы водоснабжения, санитарии и удаления отходов относятся к такой сфере коммунальных услуг, которые имеют жизненно важное значение для здоровья и благополучия каждого человека и населения в целом. Недофинансирование и неудовлетворительное руководство этими коммунальными предприятиями приводят не только к неразумному расходованию финансовых средств, но и причиняют вред здоровью и окружающей среде. Во всех странах Региона, а особенно в его восточной части, должны быть выделены существенные капиталовложения для обеспечения большего числа населения доброкачественной питьевой водой, а также для сооружения новых установок по сбору и очистке сточных вод. Такие инвестиции необходимы не только для самих стран, но и для защиты рек, протекающих по территории многих стран, и внутренних морей.

В порядке стимулирования эффективной эксплуатации и введения системы возмещения затрат политика установления тарифов для объектов инфраструктуры предусматривает взимание сборов и платежей за подключение, использование и пиковые нагрузки.

Грунтовые воды особенно важны, так как в своем естественном состоянии они, как правило, отличаются относительно высоким качеством, а также потому, что загрязнение и чрезмерный забор воды зачастую имеют долгосрочные последствия. Обработка и повторное использование сточных вод достигается обычно с большей легкостью, когда промышленные сточные воды отделены от бытовой системы канализации. Повторное использование очищенных сточных вод помогает уменьшить спрос на первичные водоресурсы. Кроме того, для обеспечения безопасности источников питьевого водоснабжения на местном уровне необходимо взаимодействие многих секторов, включая сельское хозяйство и землепользование.

Твердые отходы

Подавляющее большинство отходов в настоящее время попадает на мусорные свалки. Технологические новшества и улучшения должны позволить сократить до минимума такой способ удаления, заменив его сжиганием, компостированием или рециклированием, при которых неблагоприятное воздействие на окружающую среду и здоровье в городских и сельских районах является сравнительно незначительным. Для совершенствования организации удаления отходов и сокращения их объемов необходимы радикальные изменения в индивидуальном и коллективном поведении.

Проводимые на государственном и местном уровнях меры должны включать в себя регулирование процесса удаления отходов; использование самой передовой технологии для организации этого; и введение жестких фискальных механизмов, таких, как обложение налогами мусорных свалок, для сокращения производства отходов, поощрения переработки вторичного сырья и содействия возмещению затрат. Необходимо содействовать совершенствованию практики обработки промышленных отходов и комплексного удаления

городских твердых отходов, например, путем создания финансовых стимулов за повторное использование и переработку вторичного сырья.

Необходимы международные действия для предупреждения незаконной и неприемлемой торговли отходами между странами.

СПОРНЫЕ СЛУЧАИ ТРАНСГРАНИЧНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ ОПАСНЫХ ОТХОДОВ

Начиная с 1986 г. международная неправительственная организация ГРИНПИС занимается отслеживанием трансграничной транспортировки опасных отходов по всему миру. Отправка отдельных партий таких грузов, тем не менее, осуществляется вопреки принятым в странах правилам и международным конвенциям, регламентирующим трансграничную транспортировку опасных отходов. При оформлении значительной части перевозимых отходов делаются обещания об их надлежащей переработке – на самом же деле происходит отгрузка отходов из стран-изготовителей в страны, где такие вопросы регламентированы не столь обстоятельно, и удаление отходов обходится дешевле. Базельская конвенция (о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и за их удалением) должна предотвратить создание такой ситуации.

Источник: Stannes, D. & Bourdeau, P. ed. *Europe's environment – the Dobříš assessment*. Copenhagen, European Environment Agency, 1995.

Радиация

Несмотря на имеющиеся стандарты безопасности для предприятий атомной промышленности, ощущается необходимость в более строгом их соблюдении во всех странах Региона, используя для этого самые передовые технологии, опираясь на общеевропейскую солидарность и развивая информационные сети и необходимые мощности в странах и на местах. Использование атомной энергии в среднесрочной перспективе при условии соблюдения самых строгих правил безопасности и при поддержке со стороны широкой общественности должно анализироваться с учетом усилий, направленных на уменьшение загрязнения атмосферного воздуха в результате сжигания ископаемых видов топлива, пока не будет обеспечено надлежащее развитие и освоение возобновляемых источников энергии. Информация о планах на случай стихийных бедствий и катастроф, а также о готовности к ним должна активно доводиться до сведения населения.

Для укрепления взаимосвязей с государствами-членами и соответствующими международными организациями, такими, как Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЭ) и ВОЗ, в рамках глобальной сети по обеспечению готовности к оказанию медицинской помощи в случае радиационных чрезвычайных ситуаций (РЕМПАН), Региональное бюро создало проектную группу на базе одного из национальных центров передового опыта, с тем чтобы обеспечить дальнейшее усиление потенциала в плане готовности и ответных мер при развитии ситуации в таком направлении.

Для анализа проведенных за последнее время изысканий, касающихся воздействия на здоровье неионизирующего излучения, а также для выявления тех областей знания, где требуется проведение углубленных исследований, в области научного поиска необходимо предпринять новые инициативы. Следует поддерживать и стимулировать опытно-конструкторские разработки, позволяющие создавать оборудование с меньшей интенсивностью такого излучения.

Во многих странах следует разработать более совершенные строительные нормы и правила и руководства для строителей, с тем чтобы обеспечить снижение концентрации радона при строительстве новых зданий. Более строгое соблюдение правил техники безопасности и инвестирование в более безопасные виды новой технологии должны способствовать сокращению вредного воздействия излучения в производственных условиях как на медицинский персонал, так и на пациентов.

5.2.2 Социальные и экономические детерминанты здоровья

Здоровье человека очень чутко реагирует на социально-экономические условия, даже если речь идет о наиболее благополучных сообществах, и, в конечном итоге, на социально-экономическую политику и практику в той или иной стране. Ведущими определяющими факторами в данном случае являются такие, как размер дохода, уровень образования и наличие занятости. По мнению некоторых исследователей, более половины всех случаев нарушений здоровья связаны именно с этими основополагающими факторами. Даже в странах с низкими уровнями доходов населения можно добиться улучшения состояния здоровья, придавая должное значение всем этим факторам. Происходящие со временем изменения в состоянии здоровья социально уязвимых контингентов населения служат надежным индикатором того, насколько успешно проводится социально-экономическая политика.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ПРИ МИНИМАЛЬНЫХ ЗАТРАТАХ: ИНВЕСТИРОВАНИЕ В СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Низкие доходы и финансовые ограничения не должны быть препятствием на пути улучшения состояния здоровья населения. Весьма поучительным в этом плане, в том числе и для европейских стран, является пример такой небогатой страны в Регионе Юго-Восточной Азии, как Шри-Ланка. На протяжении десятков лет состояние здравоохранения в этой стране улучшалось более высокими темпами, чем в некоторых более благополучных соседних странах, благодаря претворению в жизнь плана развития всех ведущих отраслей экономики и проведения мер, касающихся буквально каждой семьи, а именно: бесплатное образование для граждан обоего пола, выделение субсидий на строительство и приобретение жилья, развитие систем адекватного водоснабжения и отвода сточных вод, создание более благоприятных условий для получения медицинского обслуживания за счет выделения субсидий на развитие общественного транспорта и совершенствование сети автомобильных дорог и, наконец, организация системы социального обеспечения бедной части населения путем перераспределения доходов и субсидий на продукты питания.

Источник: Kumaratunga, C. Improving health at low cost: lessons and challenges from Sri Lanka. (Address delivered at the Asian Development Bank seminar on "Health in Developing Asia: Seizing the Opportunities", Geneva, 28–30 April 1998).

Распределение доходов

Абсолютные уровни доходов предопределяют неудовлетворительное состояние здоровья, связанное с бедностью. Относительные различия в доходах, независимо от принадлежности к той или иной социальной прослойке, коррелируют с различиями в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности на всех уровнях социальной иерархии. По мере увеличения разницы в уровнях доходов риск неудовлетворительного состояния здоровья у лиц, находящихся в неблагоприятном положении, повышается. Обусловленная принадлежностью к определенному общественному классу разница в состоянии здоровья прослеживается во всех возрастных группах населения, то есть в социально-экономических группах, находящихся на более низких ступенях общественной лестницы, отмечается повышенная частота случаев преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела, а также более высокая заболеваемость болезнями сердца, инсультом и некоторыми видами онкологических заболеваний у взрослых. Среди таких контингентов населения чаще встречаются такие факторы риска, как низкий уровень распространенности грудного вскармливания, курение, недостаточная физическая активность, ожирение, гипертония и несбалансированный режим питания.

Распределение доходов является важным условием не только для сохранения здоровья, но и для общественного согласия. В сообществах, где имеют место серьезные различия в возможностях получения доходов, как правило, наблюдается также высокий уровень насилия и преступлений. Жизненные тяготы и лишения приводят к стрессу и экономическим трудностям, ограничивают возможности людей выполнять свойственные им функции и обуславливают ухудшение психологического состояния человека. Тем не менее, проблему разницы в уровнях доходов необходимо рассматривать с точки зрения более широкой перспективы в плане наличия определенных социальных благ (например, бесплатное образование) для групп населения с низкими уровнями доходов.

Социально сплоченные сообщества – это такие сообщества, которые располагают эффективно функционирующей сетью государственных учреждений и достаточно развитыми гражданскими институтами. По мере сокращения разницы в уровнях доходов населения создаются более благоприятные условия для активизации общественной деятельности и создания общественных организаций с участием всех слоев общества, ставящих перед собой общие цели и выполняющих определенный круг задач. Немаловажным в данном случае является чувство коллективизма и общности социальных целей. Если же такие различия углубляются, то расслоение общества приобретает крупные масштабы.

Сообщества, отдающие предпочтение политике эгалитаризма, нередко характеризуются более высокими темпами экономического роста и более высоким уровнем жизни. Цена неравенства равняется издержкам отсутствия экономической выгоды, но это

одновременно и та цена, которая обуславливает тяжелое экономическое бремя и ограничивает конкурентоспособность всего общества.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

- Политика, обеспечивающая более справедливое распределение дохода и материальных ценностей, например, системы прогрессивного налогообложения, представляет собой важный элемент, равно как и предоставляемые в рамках социального обеспечения льготы для определенных возрастных групп населения или семей с низкими уровнями доходов. Предоставление возможностей для дополнительного заработка людям с низкими уровнями доходов, семейная жизнь которых только начинается, показало, что рожденные от таких родителей дети имеют более высокую массу тела.

МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ И УРОВЕНЬ ДОХОДОВ

Низкая масса тела при рождении является прямым индикатором тяжелого экономического положения людей и способствует накоплению факторов риска в будущем. Даже по сравнению с другими представителями такой же социальной прослойки лица с меньшей массой тела подвержены повышенному риску ухудшения физического здоровья, включая смертность от коронарной болезни сердца и развитие психических расстройств в зрелые годы. Данные о массе тела при рождении, начиная с детства и кончая ранним периодом взросления, свидетельствуют о том, что масса тела также связана с последующими социальными условиями, в том числе с принадлежностью взрослого человека к определенной профессиональной группе населения. Проведенное в США рандомизированное контролируемое обследование показало, что в группе беременных женщин из малообеспеченных семей, продолжающих оставаться в системе социального обеспечения или получающих дополнительную финансовую поддержку в размере 50% от общей суммы дохода, гораздо реже рождались дети с низкой массой тела по сравнению с контрольной группой.

Источник: Kehrer, B. & Wolin, C.M. Impact of income maintenance on low birth weight: evidence from the Gary experiment. *Journal of Human Resources*, 14(4): 434–462 (1979).

- Политика, регулирующая распределение доходов, должна подкрепляться политикой, гарантирующей бесплатное медицинское обслуживание и образование, а также выделение субсидий на строительство и приобретение жилья. Занятость населения и социальные службы также способствуют улучшению здоровья и уменьшению распространенности социальной отверженности.
- Меры, содействующие солидарности, а также социальные и политические образования, базирующиеся на принципах плюрализма, могут сослужить добрую службу в улучшении здоровья путем становления сообществ, ведущих здоровый образ жизни.

Занятость населения

За последние десять лет уровень безработицы в странах Европы поднялся до новых высот и, в частности, составил примерно 12% в странах ЕС, примерно такой же процент в странах СЦВЕ и около 6% в ННГ (превысив очень низкие показатели в последние годы эры коммунизма). Судя по ближайшим прогнозам, мало что может измениться в этом отношении¹².

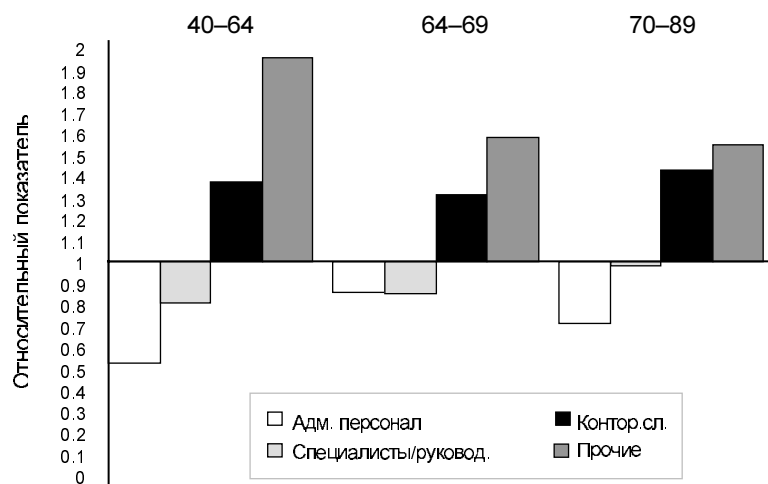
Как количество, так и качество работы оказывают заметное воздействие на многие связанные со здоровьем факторы, включая уровень дохода, социальную поддержку и самооценку. Безработица является причиной психических расстройств и ухудшения физического здоровья, а также ставит рынок труда в неблагоприятное положение. В ряде стран рынок труда претерпел определенные изменения, при переходе от работы по найму за счет привлечения надежно защищенных неквалифицированных или полуквалифицированных работников, обучение которых проводилось без отрыва от производства, – к условиям приема на работу, требующим высокого уровня предварительного образования и подготовки, что, в частности, осложнило ситуацию с занятостью молодежи.

Многое было сделано ради того, чтобы обеспечить общий экономический рост и развитие более гибкого рынка труда, причем такого, при котором высокий процент всех рабочих мест относится к категории временных, и значительная доля всех работающих находится на краткосрочных контрактах или же в недалеком прошлом они относились к вольнонаемной части населения, работающего без каких-либо контрактов. Такое непрочное положение в плане трудоустройства ассоциируется с более низким уровнем здоровья. Однако в любом случае при расчете издержек производства редко принимаются во внимание такие факторы, как ухудшение здоровья или качества жизни, обусловленные отсутствием гарантий по сохранению трудоустройства.

В рамках занятости имеется четкая связь между уровнем занятости, с одной стороны, и смертностью и заболеваемостью, включая показатели отсутствия на рабочем месте по болезни, с другой стороны. Эта зависимость сохраняется даже в том случае, если принять во внимание другие факторы, такие, как уровень образования и владение жилищем. По-видимому, это объясняется ужесточением контроля над выполняемой работой, стимулированием и поддержкой, оказываемой лицам более высокого ранга. Например, среди служащих государственного аппарата в английском правительстве был выявлен устойчивый градиент смертности, полностью соответствующий градиенту обеспеченности работой (см. рис. 6).

¹² *Economic survey of Europe 1998*. Женсва, Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, 1998 г.

Рисунок 6. Смертность от всех причин в разбивке по категориям сотрудников государственных ведомств в Великобритании (по результатам 25-летнего наблюдения)



Источник: Marmot, M. G. & Shiple, M. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *British medical journal*, 313: 1177–1180 (1996).

В этом плане сектор здравоохранения мог бы выступить инициатором создания образцовой рабочей обстановки. Несмотря на то, что в данной отрасли задействована значительная часть населения, структура распределения показателей состояния здоровья отдельных групп медицинских работников редко бывает предметом обсуждения, хотя этот вопрос имеет важнейшее значение, поскольку в состав медработников входят низкооплачиваемые категории и медсестры-помощницы, здоровье которых по сравнению с врачами, к примеру, подвергается гораздо большему риску по большинству заболеваний.

Если в будущем трудовой стаж человека станет короче, судя по прогнозам специалистов определенного круга, предстоит изыскать новые способы и формы общественной деятельности людей помимо их основной работы, что позволит трудоустроить дополнительное число людей на открывающиеся вакансии.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

- Надлежащее функционирование систем финансовой и социальной поддержки безработной части населения.
- Стимулирование обучения, подготовки кадров и занятости, особенно для тех, кто в начале жизненного пути находился в менее благоприятных условиях.
- Инвестирование в гарантированную занятость населения в интересах здоровья и долгосрочной производительности.
- Учет в рамках экономического анализа стрессовых явлений, обусловленных высокой интенсивностью труда и нестабильностью занятости, для получения более точной картины реальных конечных результатов экономической деятельности.
- Обеспечение достаточной гибкости при распределении работы в условиях снижения нагрузки.
- Введение альтернативных форм общественной деятельности и работы на коммунальном уровне для предупреждения долгосрочной безработицы, вызванной структурными изменениями.
- Пересмотр политики в отношении рынка труда с позиции снижения риска дискриминации из соображений принадлежности к определенному полу, возрасту или этнической группы.

Образование

Как и в случае социального происхождения, различия в показателях смертности отчасти предопределяются уровнем образования человека. Материальное положение семьи и ее культурный потенциал оказывают существенное влияние на стимулирование и содействие интеллектуальному развитию ребенка, а также на его успехи в учебе. Социальное происхождение во многом определяет уровень полученного образования. Дети, получившие доуниверситетское или высшее техническое образование либо закончившие учебное заведение более высокого ранга, имеют гораздо больше шансов в плане здоровья, профессионального роста и размера дохода. Более того, уровень образования во многом предопределяет выбор человека в пользу здорового образа жизни. Высшее и другие формы образования способствуют творческому началу в жизни человека, что, в свою очередь, создает условия для устойчивого экономического развития.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

- Поощрение родителей к проявлению заинтересованного отношения и энтузиазма в вопросах образования.

- Организация дошкольного обучения в качестве неотъемлемого компонента борьбы с социальной несправедливостью.
- Дальнейшее совершенствование уровня образования и доступа к нему, особенно для женщин и других социально уязвимых групп населения.
- Распределение экономических ресурсов между учебными программами в соответствии с запросами заинтересованных в этом лиц и требованиями социального равноправия.
- Введение более высоких стандартов и организация учебных классов с меньшим числом учащихся.
- Подготовка преподавательского состава и обучение студентов по вопросам охраны здоровья.

ОБРАЗОВАНИЕ – ХОРОШИЙ СТАРТ В ЖИЗНИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

В промышленно развитых странах с течением времени произошла перестановка основных акцентов с подъема общего уровня грамотности к необходимости решения проблем получения образования для тех, кто по причине бедности родителей находится в неблагоприятном положении. Самая известная из таких программ под названием *Head Start* (Хороший старт в жизни) была начата еще в 1965 г., и выделяемые для нее средства были предназначены для полумиллионного детского населения, проживающего в беднейших регионах США. Прошло уже тридцать лет, а эта программа продолжает функционировать. Предусмотренная в этой связи программа комплексного обслуживания включает в себя такие мероприятия, как организация обучения на ранних этапах развития ребенка, введение профилактических прививок, проведение медицинских осмотров для проверки слуха и зрения, снабжение горячей пищей в течение дня, оказание социальной помощи и обучение родителей/поддержка семей, имеющих детей.

Контролируемые обследования показали, что уровень здоровья детей, принимающих участие в данной программе, выше, чем в группах контроля, что объясняется более совершенной вакцинопрофилактикой, лучшим питанием и гигиеной полости рта, более широким доступом к разным формам обслуживания и более широкими возможностями для самооценки и развития познавательных навыков. Результаты долгосрочного наблюдения позволили сделать вывод о том, что по сравнению с группами контроля среди детей – участников программы отмечались более высокие показатели при поступлении в колледжи и более низкая статистика арестов и подростковой беременности.

Источник: Benzval, M. et al., ed. *Tackling inequalities in health – an agenda for action*. London, King's Fund, 1995.

5.3 Здоровый образ жизни

Порой ошибочно предполагают, что при наличии соответствующей информации люди автоматически будут отдавать предпочтение “здоровому выбору”. Не умаляя значимости

углубленных знаний, информации и санитарного просвещения, реальные данные свидетельствуют о том, что решения, связанные с благоприятным для здоровья поведением (например, здоровое питание, достаточная физическая активность и забота о сексуальном здоровье) нередко сопряжены с определенными трудностями, обусловленными доминирующей физической, социальной, экономической и культурной средой, от которой зависит тот или иной стереотип поведения отдельных лиц, групп или местного населения. Более того, довольно часто к пагубным для здоровья поведенческим привычкам приобщаются беднейшие слои населения, среди которых наблюдаются более высокие показатели распространенности курения, потребления алкогольных напитков и наркомании, поскольку именно они подвергаются наибольшему стрессу, стремясь преодолеть жизненные трудности, обусловленные неадекватным уровнем дохода, неудовлетворительным образованием и безработицей/нестабильностью в вопросах трудоустройства.

Поэтому одним из ключевых элементов любой программы должно быть изменение вышеперечисленных средовых факторов, с тем чтобы “здоровый выбор” стал легким выбором.

Тот факт, что нередко более образованные и находящиеся в благоприятном положении группы населения представляют собой благодатную среду для восприятия информации о значимости здоровья, еще в большей мере может углубить различия в плане сохранения и укрепления здоровья и привести к социальному отчуждению уязвимых групп. Поэтому одним из необходимых условий для успешного претворения в жизнь планов содействия здоровому образу жизни должна быть разработка адресных, нацеленных на конкретные контингенты населения программ санитарного просвещения, а также информации и мероприятий по расширению кругозора тех, кто находится в неблагоприятном положении.

Наряду с повышением уровня компетентности отдельных лиц при принятии решений относительно образа жизни, которому они отдают предпочтение, организация обучения и распространение информации о таких факторах риска здоровью, как курение или управление транспортными средствами в нетрезвом состоянии, с течением времени обеспечивает более широкую общественную поддержку при проведении политики борьбы с табакопотреблением и употреблением алкоголя, а также политики пропаганды и содействия здоровому питанию. Более широкое ознакомление общественности с этими проблемами может служить мощным толчком для необходимых преобразований. Требования населения, касающиеся его участия в рекреационной деятельности, обустройства велосипедных дорожек и совершенствования работы общественного транспорта, позволили расширить возможности для более активного стиля жизни. Озабоченность общественности опасными последствиями ущерба, наносимого окружающей среде, обусловила более высокие требования, предъявляемые к выпуску безопасной для здоровья и окружающей среды продукции. Когда такая поддержка носит организованный характер, как, например, в случае

обществ потребителей, то население может выступать в качестве надежного союзника в деле охраны здоровья и противодействовать угрожающим этому силам.

В двадцать первом столетии государства-члены Европейского региона ВОЗ должны руководствоваться приобретенным за последние 15 лет богатым опытом и высоким уровнем компетентности при решении проблем, касающихся образа жизни и сохранения здоровья. Настало время, когда необходимо объединить усилия государств-членов и многих других организаций для создания необходимой критической массы, способной обеспечить реальные сдвиги в плане формирования более благоприятного для здоровья образа жизни во всех странах Региона.

5.3.1 “Здоровый выбор” и поведение

Здоровое питание

Понятие “здоровое питание” ассоциируется с такими видами деятельности, как политика в области пищевых продуктов и питания, продовольственная безопасность, недостаточность питательных микроэлементов, рационы питания и варианты выбора, касающиеся здоровья. Все государства-члены ВОЗ одобрили Всемирную декларацию и План действий в области питания в ходе проведения в 1992 г. Международной конференции по питанию. Названные документы представляют собой стратегическую основу для национальной политики в области пищевых продуктов и питания.

Обеспеченность продовольствием означает, что пищевые продукты всегда имеются в наличии, являются доступными для всех, адекватными в питательном отношении с точки зрения количества, качества и разнообразия, а также считаются приемлемыми в рамках той или иной культуры. После Второй мировой войны стоящая перед странами Европы основная цель заключалась в повышении уровня обеспеченности продовольствием, особенно в связи с такими продуктами животного происхождения, как мясо и молоко. Вместе с тем, предпринятые в послевоенные годы некоторые курсы действий оказались слишком успешными, и в 80-е годы в странах ЕС имело место массовое перепроизводство масла, мяса и молока. Такая политика в области обеспеченности продуктами питания имела прямые последствия не только для здоровья, но и для состояния окружающей среды в Европе.

В промышленно развитых странах были зарегистрированы вспышки эпидемических заболеваний, вызванных ранее неизвестными патогенными микроорганизмами. В этой связи требуется постоянный контроль уровней загрязнения пищевых продуктов, наличия в них токсических материалов, остатков пестицидов, введенных животным лекарственных средств, химических удобрений и антибиотиков, добавляемых в животные корма. Глобализация торговли создаст дополнительные трудности в плане мониторинга такой практики и связанных с этим заболеваний, в связи с чем, по-видимому, для охраны здоровья

потребуется принятие дополнительных регламентирующих положений, однако при этом необходимо следить за тем, чтобы эти регламенты не были чересчур сложными.

В свете полученных научных данных о роли химических соединений (антиоксидантов, каротиноидных пигментов и фитоэстрогенов), благодаря которым, например, обеспечивается защита от развития заболеваний сердца и рака; болезни такого происхождения иногда называются “болезнями, обусловленными недостаточностью овощей и фруктов”. В некоторых европейских странах при определенном стечении обстоятельств наблюдаются дефицитные состояния, вызванные нехваткой других микронутриентов, в частности, йоддефицитные состояния (ЙоД) являются эндемичными в европейских странах и проявляются среди населения отдельных государств-членов. Недостаточность йода представляет собой основную причину предотвратимых нарушений умственных способностей человека, не говоря об эпидемическом зобе и кретинизме. ЙоД намечено ликвидировать к 2000 г. во всех странах мира (резолюция WHA49.13). В некоторых странах рекомендуется повышенное содержание фолата, с тем чтобы снизить распространенность случаев рождения детей с аномалиями развития нервной трубки.

Не вызывает сомнения тот факт, что значительным фактором риска развития неинфекционных болезней, таких, как сердечно-сосудистые заболевания и рак, является рацион питания, характеризуемый высоким удельным весом потребления жирных молочных продуктов, жирных сортов мяса, соли и высококалорийных продуктов питания, содержащих сахар. Такой подход к организации питания противоречит рекомендуемому ВОЗ рациону питания, характеризуемому значительным потреблением овощей, фруктов, хлеба, злаковых и бобовых культур.

Чрезмерная масса тела представляет собой отдельную и все более важную причину преждевременной смертности. Помимо генетических факторов, ожирение может быть следствием чрезмерного потребления жирной и высококалорийной пищи и недостаточной физической активности. В большинстве стран ожирение и излишняя масса тела – это довольно распространенная проблема, масштабы которой расширяются. Собственно говоря, излишняя масса тела и ожирение являются сейчас столь распространенной проблемой, что во многих местах они приобретают большую значимость в качестве наиболее важных причин нездоровья, чем такие традиционные проблемы общественного здравоохранения, как недостаточное питание и инфекционные болезни. Медицинские последствия ожирения включают большой диапазон патологических состояний, начиная с повышенного риска преждевременной смерти, особенно от сердечно-сосудистых болезней и некоторых онкологических заболеваний, и заканчивая рядом состояний, которые – не будучи летальными по своему характеру – резко ограничивают физические возможности человека и оказывают непосредственное негативное воздействие на качество жизни. Кроме того, ожирение также является важным фактором риска развития хронических неинфекционных болезней (см. главу 4), таких, как сердечно-сосудистые болезни, гипертензия и инсульт, сахарный диабет (тип 2: инсулиннезависимый), различные онкологические заболевания. Во

многих промышленных странах ожирение также приводит к различным психосоциальным последствиям. На консультативном совещании по вопросам ожирения, состоявшемся в 1997 г., был принят ряд рекомендаций по профилактике ожирения¹³.

Физическая активность

Преимущества для здоровья от умеренной физической активности ассоциируются с лучшим настроением и большей уверенностью человека в себе, более презентабельным внешним видом и осанкой, а также с существенным сокращением показателей преждевременной смертности, ожирения, повышенного кровяного давления, сердечно-сосудистых болезней, инсулиннезависимого диабета и остеопороза. Состоявшееся в 1990 г. национальное обследование показало, что примерно одна треть взрослого населения Англии ведет пассивный образ жизни, и этот показатель имеет тенденцию к росту в группах населения более старшего возраста. Это – весьма тревожное обстоятельство, поскольку престарелые (и женщины в одинаковой мере) раньше времени оказываются ниже того минимального уровня мышечной активности, позволяющей не быть обузой для других. В ходе состоявшегося в 1993–1994 гг. обследования стереотипов поведения детей школьного возраста из 19 стран Региона было отмечено, что от 60% до 90% мальчиков в возрасте 11–15 лет и от 40% до 80% девочек в возрасте 11–15 лет занимаются активными физическими упражнениями два раза в неделю или чаще.

Опасность, связанная с физической пассивностью, вероятно, увеличивается, если люди склонны вести более сидячий образ жизни. В некоторых странах уровни физической пассивности являются настолько высокими, что становится практически невозможным соблюдать сбалансированный рацион питания по микроэлементам без того, чтобы это не привело к излишней массе тела.

Сексуальное здоровье

Сексуальные взаимоотношения, являющиеся выражением определенной формы общения, любви и привязанности, занимают важное место в жизни взрослого человека. Несмотря на то, что сексуальная активность благотворно сказывается на состоянии здоровья и благополучии человека, она, тем не менее, может оказаться и фактором риска для здоровья. Согласно полученным оценкам, значительная часть общего бремени заболеваемости в Регионе является результатом небезопасных сексуальных контактов; в качестве примера можно привести нынешнюю эпидемию сифилиса в ННГ и высокую статистику абортос вследствие нежелательной беременности. Высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции, связанной с потреблением наркотиков, и новая волна эпидемии БППП в странах восточной части Региона в равной степени повышают риск

¹³ *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity* (Отчет о консультативном совещании ВОЗ по вопросам ожирения, 3–5 июня 1997 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г. (неопубликованный документ WHO/NUT/NCD/98.1)).

инфицирования ВИЧ через половые контакты. Высокие темпы распространения БППП объясняются происходящими в настоящее время изменениями в сексуальном поведении и отношениях, а также более высокой распространенностью таких явлений, как путешествия, бедность, безработица и проституция.

Задача 11 – Более здоровый образ жизни

К 2015 г. люди во всех прослойках общества должны принять более здоровый образ жизни.

Это предполагает:

- 11.1 укрепление форм здорового поведения в таких областях, как питание, физическая активность и сексуальность;
- 11.2 расширение доступа, увеличение финансовых возможностей и доступности полезных для здоровья и безопасных продуктов питания.

Предлагаемые стратегии

Здоровое питание

Политика в области пищевых продуктов и питания, гарантирующая обеспечение такими продуктами питания, как злаки, картофель, овощи и фрукты, имеет большое значение для обеспечения здорового режима питания. Предпринятая ЕС реформа общей аграрной политики (ОАП) должна формироваться с учетом рекомендаций по охране здоровья и требований руководства по вопросам питания, поскольку новый вариант ОАП будет иметь серьезное влияние на уровень потребления продуктов питания в целом по Европе.

Занимающиеся вопросами безопасности пищевых продуктов и питания специалисты общественного здравоохранения должны тесно взаимодействовать со своими коллегами в других отраслях экономики (например, со специалистами, работающими в сельском хозяйстве, пищевой промышленности, оптовой и розничной торговле и обществах потребителей) при разработке политики в области пищевых продуктов и питания. Более того, необходимо стимулировать специалистов по безопасности пищевых продуктов и диетологов к тому, чтобы они более активно сотрудничали между собой при формулировании соответствующих здравоохранительных задач в рамках межотраслевой продовольственной политики. Это обстоятельство имеет особо важное значение, так как границы между безопасностью пищевых продуктов и питанием становятся более размытыми по причине поступления на рынок полуфабрикатов, принципиально новых диетических продуктов и продуктов, рекомендуемых в качестве особой диеты или при

определенных функциональных нарушениях, а также ввиду более интенсивного использования пищевых добавок.

Потребители вполне обоснованно заинтересованы в содействии поставкам безопасных, экологически безвредных продуктов питания высокого качества, питательная ценность которых самым благоприятным образом сказывается на здоровье. Имеются реальные возможности для укрепления общественных объединений, отстаивающих интересы охраны здоровья и взаимодействующих с представляющими общественные интересы группами в области охраны окружающей среды и добровольными организациями. Судя по итогам предпринятого ЕС в 1996 г. обследования, самыми надежными источниками информации для общественности оказались организации по защите интересов потребителей и охране окружающей среды. Ощущается необходимость в предоставлении для населения более точной и современной информации по вопросам пищевых продуктов и питания.

ПРОЕКТ “СЕРДЦА РИТМ В УЭЛЬСЕ”

Цель инициированного в начале 80-х годов данного проекта заключалась в сокращении уровня распространенности сердечно-сосудистых болезней в Уэльсе. Будучи в свое время инновационным и одновременно являясь своего рода образцом надлежащей практики среди довольно многочисленных мероприятий по снижению риска развития КБС, настоящий проект, *inter alia*, включал в себя широкий спектр действий, стимулирующих здоровое питание. Принятый в рамках проекта подход можно проиллюстрировать на примере уменьшения содержания жира в мясных продуктах по всей пищевой цепочке, начиная от производителей и кончая готовыми мясными блюдами:

- стимулирование фермеров откармливать более тощих животных;
- стимулирование скотобоен для внесения изменений в принятую технологию, с тем чтобы больше жировых отложений оставалось на костях туши;
- поощрение мясников удалять более толстый слой жира и обеспечивать разделку мяса таким образом, чтобы получались более постные отвалы;
- рекомендации для потребителей покупать более постное мясо и готовить из него здоровую еду.

Эти усилия оказались составной частью комплексной стратегии по укреплению здоровья, которая, к примеру, предусматривала такие мероприятия, как развитие политики, работу среди населения и информационно-пропагандистскую работу, объединение усилий многих сотен партнеров, представляющих интересы частной индустрии, НПО и государственного сектора.

Источник: Cardiff, Health Promotion Wales, 1998.

Здоровый режим питания

Можно добиться заметных положительных сдвигов в плане здоровья, если бедная часть населения будет пользоваться более широким доступом к таким наборам продуктов, в

которых будет достаточно овощей, фруктов, неочищенных семян злаковых культур, рыбы и хотя бы небольшое количество высококачественного растительного масла, с тем чтобы в их рационе питания уменьшилось потребление жиров и калорий, но увеличилось потребление питательных веществ.

На конкретный выбор потребителями тех или иных продуктов питания можно влиять самыми разнообразными методами. Надлежит использовать все звенья пищевой цепи, для выпуска продуктов, способствующих здоровому питанию, а также продуктов, аппетитных по внешнему виду, умеренных по цене и активно рекламируемых на рынке. Политика в отношении цен может также сыграть свою роль в стимулировании здорового питания. Информационно-обучающие программы, позволяющие приобрести необходимые знания и навыки для взращивания, приобретения, приготовления и потребления здоровой пищи, должны начинаться в семье и на коммунальном уровне и продолжаться в период обучения в дошкольных учреждениях и школах и дальнейшего образования для взрослых. Учебные программы для специалистов могут быть организованы для работников общественного питания, поставщиков медико-санитарной помощи и других категорий работников.

Лечение нарушений, связанных с недостаточностью йода, не сопряжено с большими расходами, является простым и всегда имеет благоприятный исход, если этим заниматься постоянно и систематически. Йодирование соли представляет собой долгосрочный вариант решения этой проблемы, однако в отношении определенных целевых групп населения может возникать необходимость в проведении первичных мероприятий по обогащению рациона питания. Население, не испытывающее дефицита йода, также обладает более надежным защитным механизмом на случай выброса радиоактивного йода в результате аварий на ядерных объектах.

Предупреждение йодной недостаточности

Один из путей, рекомендуемых в настоящее время для предупреждения йодной недостаточности, – это всеобщее йодирование поваренной соли. Согласно рекомендациям ВОЗ, потребление соли не должно превышать 6 г в день. В некоторых странах, таких, например, как Северные страны и Великобритания, население получает йод главным образом из молока и молочных продуктов, поскольку корм коров содержит йодные добавки. В Нидерландах йодируется соль, используемая при выпечке хлебных изделий в центральных хлебопекарнях, а в Исландии главным источником йода для населения является рыба.

Источники: Department of Health. *Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom*. London, H.M. Stationery Office, 1991 (Report on Health and Social Subjects No. 41); *Report on the addition of essential micronutrients to food*. The Hague, Netherlands Food and Nutrition Council, 1993.

Устойчивое производство для устойчивого потребления – ПИТАНИЕ В ШВЕЦИИ В 2021 Г.

Производство и потребление полезных для здоровья пищевых продуктов может снизить риск развития основных заболеваний и одновременно содействовать устойчивому развитию и созданию здоровой окружающей среды. Так, например, в исследовании “Швеция в 2021 г.” среди прочих аспектов будет изучено влияние на окружающую среду сниженного потребления продуктов животного происхождения. В этой связи была выбрана эталонная группа, представляющая самые различные секторы, например, пищевую промышленность, магазины, транспортные организации, потребителей. В рамках этого исследования шведская администрация по пищевым продуктам разработала рацион питания со сниженным содержанием пищевых продуктов животного происхождения (по сравнению с обычным нынешним рационом питания шведов) и с повышением потребления пищевых продуктов растительного происхождения. Этот рацион питания состоит из одной трети животных белков и двух третей растительных белков и для него характерно более правильное сочетание белков, жиров и углеводов по сравнению с традиционным рационом питания населения Швеции. Мясо и молочные продукты частично замещаются бобовыми культурами, картофелем, хлебом, овощами и фруктами (для получения достаточного количества белков человеку необходима по крайней мере одна порция бобовых в день). В этом новом рационе питания содержится больше витамина С и пищевых волокон по сравнению с нынешним рационом питания, однако несмотря на то, что содержание цинка и железа в этом рационе выше, в связи с переходом на новый рацион питания несколько увеличивается риск недостаточности железа, поскольку белки животного происхождения стимулируют усваивание железа; это особенно касается женщин, детей и пожилых. Тем не менее, это исследование позволит получить полезные данные о том, насколько совместимыми являются одни и те же рекомендации в отношении охраны здоровья и устойчивой окружающей среды.

Безопасность пищевых продуктов

В рамках защиты потребителей от небезопасных для здоровья продуктов питания при формулировании законов в области питания произошла смена акцента с тестирования качества конечного продукта на сертификацию оценки риска и программы обеспечения безопасности пищевых продуктов (например, благодаря системе “критические контрольные точки анализа степени опасности” (ККАТО)). В свою очередь, имела место и переориентация международного подхода к законодательству в области питания путем отказа от “вертикальных” нормативов, регламентирующих те или иные продукты питания, и перехода к “горизонтальным” регламентам, касающимся всех пищевых продуктов в целом. Содержащаяся на этикетках информация должна быть всеобъемлющей, выверенной и изложенной на языке страны, где реализуется тот или иной продукт.

По причине глобализации торговли возникают определенные трудности, касающиеся сдерживания роста в пределах государственных границ алиментарных заболеваний, таких, как губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота (BSE). Поэтому большинство стран в настоящее время занимаются приведением в соответствие принятых в странах законодательных актов международным директивам, установленным ЕС или Codex

Alimentarius, а также осуществляемых Всемирной торговой организацией (ВТО) в порядке создания благоприятных условий для торговли на глобальном уровне. Очень важно, чтобы профессиональные работники здравоохранения были лучше информированы о действующих международных соглашениях в области глобальной торговли продуктами питания и принимали самое активное участие в деятельности Комитета ВТО по санитарным и фитосанитарным мероприятиям. При этом можно будет оказать реальное влияние на формирование будущей продовольственной политики лишь тогда, когда в этом процессе будут участвовать специалисты сектора здравоохранения, отвечающие как за безопасность пищевых продуктов, так и за вопросы питания.

Общественное питание

Неуклонно повышается роль организации и стимулирования здорового питания в учреждениях любого типа, включая и то, которое обеспечивается в рамках сектора здравоохранения. Это обстоятельство приобретает особую значимость в тех местах, где сеть предприятий общественного питания неуклонно растет (например, сеть, действующая на базе учреждений органов самоуправления, государственного аппарата, школьные столовые, блоки питания в больницах и военных учреждениях и “походные кухни”).

Пункты розничной торговли

Многие формы обслуживания, предоставляемые розничными предприятиями, могут значительно расширить доступ населения к здоровому питанию благодаря:

- широкому выбору в продаже свежих овощей и фруктов;
- наличию небольших упаковок с продуктами питания по доступным ценам;
- нерасфасованным и доступным по цене овощам и фруктам, реализуемым исключительно для небольших домашних хозяйств;
- организации бесплатного автобусного сообщения в оба конца для населения, проживающего в необслуживаемых районах, а также наличию инвалидных кресел и оказанию помощи инвалидам при их передвижении;
- введению карточек регулярных покупателей или талонов на приобретение овощей и фруктов со скидкой;
- организации службы доставки на дом.

Физическая активность

Значительное улучшение здоровья достигается путем обеспечения по крайней мере приблизительно 30 минут умеренной физической нагрузки, например, непрерывной быстрой ходьбы, в течение не менее пяти дней в неделю. Самые заметные положительные сдвиги отмечаются среди ведущих сидячий образ жизни людей, которые начинают больше ходить

пешком. Стратегии повышения активности должны включать в себя политику в области транспорта, отдыха и городского развития. Цель должна состоять в широком диапазоне новаторских подходов, которые в совокупности могут вызвать у каждого человека желание давать повышенную нагрузку своему телу в рамках повседневной деятельности. Кроме того, хороший рацион питания и адекватная физическая активность обладают синергическим эффектом с точки зрения улучшения здоровья.

Совместная физическая активность может благотворно сказаться на укреплении сплоченности семьи или других социальных образований, а также на формировании уважительного отношения к окружающей среде. Жилищные условия и структура окружающей застройки могут в значительной степени содействовать ходьбе в качестве естественной повседневной нагрузки. Автотранспорт можно отделить от участков дороги для велосипедистов и пешеходов, проложив для этой цели велосипедные дорожки и тротуары для пешеходов. Планирование городов и населенных пунктов должно предусматривать наличие открытых площадок, которые могут использоваться для активного отдыха. НПО, спортивные клубы, женские группы, движения скаутов, клубы престарелых и т.п. играют важную роль в многогранной общественной жизни местного населения. Для обеспечения безопасности участков, где люди могут прогуливаться, играть, заниматься спортом, требуется установить сотрудничество с другими секторами, например, со службами безопасности и правоохранительными органами.

Сексуальное здоровье

Политика и программы в области сексуального здоровья должны быть направлены на все контингенты населения, в особенности, на подростков и молодежь, а также на особо уязвимые в этом плане группы, включая работников сферы сексуальных услуг и их клиентуру, мужчин, вступающих в половую связь с мужчинами, и шприцевых наркоманов. Следует обеспечить наиболее широкое распространение информации и ее доведение до населения через образовательные программы, которые должны быть построены таким образом, чтобы формировать уважительное отношение к принадлежности человека к тому или иному полу, развивать жизненные навыки и умения и способности общения, а также содействовать формированию более безопасной для здоровья практики половых связей и признанию концепции планирования семьи. Необходимо активным образом рекламировать также использование презервативов и обеспечивать продвижение их на рынок, в частности для молодых людей; к тому же презервативы должны продаваться во многих местах по доступным для каждого человека ценам, что особенно важно для населения, проживающего в более восточных частях Региона.

5.3.2 Уменьшение ущерба, связанного с употреблением алкоголя, наркотиков и табака

Табак

Употребление табака является важнейшим фактором риска ухудшения здоровья в Регионе. Пятьдесят процентов всех регулярно курящих людей умрут от употребления сигарет, причем половина из них в среднем возрасте (наиболее экономически активном периоде жизни), а половина – в пожилом возрасте. Табачный дым повышает степень риска развития многих форм рака, коронарной болезни сердца, низкой массы тела при рождении, синдрома внезапной детской смерти, аллергий, не говоря о том, что данный фактор является причиной возникновения и других проблем ухудшения здоровья. В 1995 г. более 30% взрослых в странах Региона были регулярными ежедневными курильщиками. В том же году употребление сигарет вызвало 1,2 миллиона смертей при средней потере в 20 лет от ожидаемой продолжительности жизни. В восточной части Региона 20% всех мужчин в возрасте 35 лет умрут от связанных с употреблением табака болезней к 69 годам, что в два раза превышает соответствующую статистику в западной части Региона. Если не будут предприняты более жесткие меры, то к 2020 г. в странах Региона 20% всех смертей будут вызваны последствиями курения сигарет.

Табачные изделия обходятся миру по меньшей мере в 200 млрд. долл. США в год, приносят огромные страдания самим курящим, а также их семьям и друзьям; наносят значительный урон экономике и являются причиной ухудшения состояния окружающей среды и возникновения пожаров. Значительные экономические потери вызваны главным образом преждевременным прекращением продуктивной жизни и очень высокой стоимостью оказания помощи в случае проблем со здоровьем у курильщиков. Большую озабоченность также вызывают неудачные попытки обеспечить сбор налогов с контрабандной табачной продукции (явление, которое особенно превалирует в восточной части Региона, то есть именно там, где ощущается нехватка государственных средств). Четвертая часть от всего объема экспортируемых в мире сигарет является контрабандной.

Алкоголь

Приблизительно 9% общего бремени болезней вызывается употреблением алкогольной продукции, которое увеличивает риск цирроза печени, некоторых видов рака, повышенного кровяного давления и инсульта, а также пороков развития. Хотя алкоголь и уменьшает риск коронарной болезни сердца, большая часть уменьшения этого риска достигается при уровне потребления менее чем 10 г в день и относится лишь к людям в возрасте пятьдесят лет и старше. При высоких уровнях потребления алкоголь увеличивает риск внезапной смерти от инфаркта. Кроме того, употребление алкоголя повышает риск возникновения проблемных ситуаций в семье, на работе и социальных проблем, таких, как алкоголизм, несчастные случаи (включая пожары), нападения, криминальное поведение, непреднамеренные телесные повреждения, акты насилия, убийства и самоубийства,

дорожно-транспортные происшествия и аварии на судах, подчас наносящие серьезный ущерб окружающей среде. От 40% до 60% всех смертей от преднамеренных и непреднамеренных телесных повреждений связаны с употреблением алкоголя. Связанный с употреблением алкоголя ущерб особенно высок в восточной части Региона, и на него приходится значительная доля роста смертности от сердечно-сосудистых болезней и сокращения ожидаемой продолжительности жизни.

В 90% стран Региона ежегодное потребление на душу населения превышает два литра чистого алкоголя (судя по накопленному опыту, этот уровень представляет наименьший риск с точки зрения смертности среди населения). Стоимость алкоголя для общества, выражающаяся в прямых затратах и последствиях снижения производительности труда, оценивается на уровне от 2% до 5% ВВП.

Незаконное употребление лекарственных средств

К незаконно употребляемым лекарственным средствам относится широкий диапазон субстанций, которые ввиду своей потенциальной угрозы здоровью были поставлены под контроль в рамках международных конвенций. Незаконное употребление лекарственных средств увеличивает риск отравления, зависимости, психоза, самоубийств и способствует росту показателей общей смертности и преступности. Согласно имеющимся оценкам, число лиц, употребляющих сильнодействующие лекарственные средства, в Европейском регионе, составляют от 1,5 до 2 миллионов человек. По причине злоупотребления лекарственными средствами дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции и гепатита приобрело массовый характер, особенно в восточной части Региона. Сорок процентов всех случаев СПИДа в Европейском регионе являются результатом внутривенной наркомании. Наряду с дальнейшей практикой назначения психоактивных лекарственных средств, по-видимому, на рынке появится более широкий выбор психотропных препаратов, некоторые из которых будут обладать потенциально меньшей опасностью для здоровья.

Несмотря на активные усилия по международному и государственному контролю лекарственных средств, сегодня нет оснований считать, что ситуация действительно меняется к лучшему. За последние годы были разработаны сложные комплексные лечебно-профилактические методики, позволяющие более широко применять заместительную терапию в отношении лиц, страдающих зависимостью от опиатов. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что сообщества, которые могут “позволить” себе иметь обширную сеть обслуживания для больных наркоманией, сумели добиться определенных успехов в плане снижения распространенности рискованного или явно разрушающего здоровье поведения, равно как и ограничения масштабов антиобщественной и преступной деятельности наркоманов.

Задача 12 – Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком

К 2015 г. предполагается значительно уменьшить во всех государствах-членах неблагоприятное воздействие на здоровье, связанное с потреблением вызывающих зависимость средств, таких, как табак, алкоголь и психоактивные препараты.

Это предполагает:

- 12.1 число некурящих должно составлять по крайней мере 80% среди лиц старше 15 лет и около 100% среди тех, кто еще не достиг 15 лет¹⁴;
- 12.2 потребление алкоголя на душу населения во всех странах не должно превышать 6 литров за год и быть практически равным нулю среди тех, кому еще нет 15 лет;
- 12.3 распространенность нелегального употребления психоактивных препаратов во всех странах должна сократиться по крайней мере на 25%, и смертность, связанная с этим, по крайней мере на 50%.

Предлагаемые стратегии

Табак

Сокращение потребления табака является одной из наиболее важных мер общественного здравоохранения, которые могут быть предприняты для улучшения здоровья 870 миллионов человек, проживающих в странах Региона. В принятой в 1988 г. Мадридской хартии по борьбе с табакопотреблением подтверждается право всех граждан на пребывание в незадымленной и незагрязненной среде. Стратегии по достижению статуса “Европа без табака” включают в себя: закрепление в законодательном порядке права человека на пребывание в общественных местах, не загрязненных табачным дымом; введение запрета на рекламу табачных изделий, а также на практику проведения всевозможных мероприятий при спонсорской поддержке известных фирм определенного профиля; и использование прибыли от налогообложения табачной продукции для финансирования мероприятий по борьбе с табаком и укреплению здоровья. Мадридская хартия и план действий “За Европу без табака” служат политической основой для проведения конкретных мер. Стратегии профилактики должны быть нацелены на основательный пересмотр стандартов общества, в соответствии с которыми отказ от курения становится общепринятой формой поведения. Необходимо претворять в жизнь политику, учитывающую гендерный фактор, поскольку женщины являются объектом внимания табачной индустрии, особенно в восточной Европе.

В порядке дальнейшего развития рамочной конвенции ООН по табачным изделиям ВТО следует рассмотреть вопрос о нераспространении принципов свободной торговли на

¹⁴ Или в другой возрастной группе в соответствии с национальным законодательством.

табачную продукцию ввиду того, что она имеет серьезные последствия для здоровья. Распространение статуса зон, свободных от табачного дыма, на рабочие места, а также на все общественные места, позволит сэкономить денежные средства и повысить продуктивность производства. Из этого следует важный с точки зрения культуры вывод о том, что сокращение табакотребления позволит улучшить здоровье и экономическое благосостояние человека.

Повышение налогов на табачные изделия пополняет государственные доходы и одновременно снижает потребление табака, особенно среди молодых людей. Налоги на табачные изделия могут быть использованы для финансирования всех мероприятий по борьбе с потреблением табака, включая медико-санитарное просвещение и исследования по борьбе против табака, а также поддержку медико-санитарных служб. Использование налога на табачные изделия также является эффективным способом повышения доходов для финансирования спортивных и культурных мероприятий, ранее проводимых при спонсорской поддержке табачной промышленности. Государственные субсидии, предоставляемые как на национальном, так и на международном уровнях, не следует использовать для поддержки выращивания табака, как сельскохозяйственной культуры.

Для сокращения потребления табака особенно детьми и молодежью необходимо будет полностью запретить как саму рекламу табачных изделий, так и спонсорство со стороны известных марок табачной промышленности. Следует также обеспечить регулирование рекламы в международных средствах массовой информации, включая Интернет. Ограничение доступа молодых людей в возрасте до 18 лет к табачным изделиям было признано эффективной мерой для сокращения незаконной продажи и уменьшения потребления табака.

МАДРИДСКАЯ ХАРТИЯ 1988 Г. И ДЕСЯТЬ СТРАТЕГИЙ “ЗА ЕВРОПУ БЕЗ ТАБАКА”

1. Признание и обеспечение права населения на пребывание в общественных местах, не загрязненных табачным дымом.
2. Закрепление в законодательном порядке права на пребывание в общественных местах, не загрязненных табачным дымом.
3. Объявление вне закона рекламы и пропаганды табачных изделий, а также спонсорской поддержки со стороны табачной промышленности.
4. Доведение до сведения каждого человека информации об опасных последствиях потребления табака, а также о масштабах вызванной им пандемии.
5. Оказание гарантированной всесторонней помощи потребителям табака, желающим избавиться от этой привычки.
6. Введение сбора в размере как минимум одного процента на доходы, обеспечиваемые за счет налогообложения табачных изделий для финансирования конкретных мероприятий в области борьбы против табака и укрепления здоровья.

7. Введение системы отрицательных финансовых стимулов с использованием прогрессивной шкалы.
8. Установление запрета на новые методы введения никотина в организм и блокирование будущих стратегий маркетинга табачной промышленности.
9. Мониторинг последствий пандемии и оценка эффективности контрмер.
10. Создание общественных объединений с участием всех групп населения, заинтересованных в укреплении здоровья.

Источник: It can be done, A smoke-free Europe. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1990 г. (Региональные публикации, Европейская серия, № 30).

Несмотря на то, что для совершенствования табачной продукции может использоваться самая передовая технология, обеспечивающая пониженное содержание смол и никотина, сигареты с пониженным содержанием табака не являются сигаретами с меньшим риском. Более интенсивное курение сигарет с пониженным содержанием табака ассоциируется с высокими уровнями смол и никотина и не приводит в конечном итоге к существенному снижению заболеваемости раком легкого.

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО СИГАРЕТАМ

Как следствие судебных споров и разбирательств в США табачная промышленность все чаще оказывается объектом общественного контроля и вынуждена выплачивать компенсации за причиненный ущерб. С учетом этого, как представляется, весьма интересно ознакомиться с собранной воедино технической документацией табачной промышленности, изданной под рубрикой "Табачное досье". В 60-е годы идея, которой руководствовалась табачная промышленность, была такова: "Наше дело – продавать никотин, вызывающий зависимость". В 70-е годы названная промышленность отдавала себе отчет в том, что "в большинстве случаев в организм курильщика сигарет с фильтром поступает не менее, если не более никотина и смол, как и при курении обычной сигареты". Отчасти вследствие публикации вышеупомянутых документов все права на регламентацию сигаретной продукции были переданы Управлению США по контролю качества пищевых продуктов и медикаментов.

Источник: Glantz, S.A. et al. The cigarette papers. London, University of California Press, 1996.

Судя по итогам проведения нескольких обследований, примерно две трети нынешних курильщиков заявили о том, что они хотели бы бросить курить. Хотя отказ от курения и сопряжен с определенными выгодами в любом возрасте, такое решение, принимаемое людьми среднего возраста, позволяет снизить практически все факторы чрезмерного риска. Использование в рамках борьбы с табачной зависимостью различных средств лечения, включая продукты, замещающие никотин, в два раза повышают успех вмешательств, направленных на обеспечение отказа от курения. Предпринимаемые наугад

кратковременные профилактические меры со стороны работников ПМСП оказываются эффективными в плане поддержки тех, кто стремится к отказу от курения. Такие мероприятия относятся к категории наиболее экономически эффективных из всех вмешательств медицинского характера, будучи в 40 раз дешевле по сравнению с усредненной стоимостью 300 стандартных медицинских вмешательств. Необходимо широко внедрять программы подготовки специалистов ПМСП, включая медсестер, врачей, провизоров и стоматологов, а также обеспечивать материальное стимулирование за проведение краткосрочных профилактических мероприятий в рамках ПМСП.

Профессиональным работникам здравоохранения в странах Европы принадлежит важная роль в пропаганде мер против табака, в выступлениях в поддержку борьбы с курением среди членов своих коллективов и в оказании консультативной помощи курильщикам, решившим избавиться от этой привычки. В данном контексте очень важным элементом представляется активная поддержка данной политики со стороны всех национальных медицинских ассоциаций в Европе, действующих через Европейский форум медицинских ассоциаций и ВОЗ. Врачам, медсестрам и провизорам принадлежит ключевая роль при оказании консультативной и другой помощи людям, решившим бросить курить, а форум ЕВРОФАРМ (Европейский форум национальных ассоциаций владельцев аптечных учреждений/фармацевтических ассоциаций и ВОЗ) выполняет основную роль в деле развития этого движения в Европейском регионе.

Алкоголь

Из стран Европейского региона ВОЗ поступило уже достаточно конкретных данных о том, чтобы показать, какие значительные выгоды с точки зрения здоровья и экономики можно получить, предприняв необходимые меры в отношении алкоголя. В Европейской хартии по алкоголю (Париж, 1995 г.) изложены основные стратегии укрепления здоровья, предполагающие разработку эффективных законов и их применение на практике, обложение налогом алкогольных напитков и осуществление контроля над откровенной и завуалированной рекламой спиртных напитков. Важной составляющей осуществляемой стратегии является оценка роли алкогольной промышленности с точки зрения здоровья.

ЕВРОПЕЙСКАЯ ХАРТИЯ ПО АЛКОГОЛЮ: Десять стратегий деятельности в отношении алкоголя

1. Информирование людей о последствиях потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества и об эффективных мерах, которые могут быть приняты для предупреждения или сведения к минимуму ущерба, путем создания масштабных просветительных программ, начиная с раннего детства.
2. Пропаганда общественной, частной и трудовой сред обитания, защищенных от несчастных случаев, насилия и других отрицательных последствий потребления алкоголя.
3. Принятие и обеспечение выполнения законов, направленных на эффективное недопущение вождения в состоянии опьянения.
4. Укрепление здоровья путем контроля за наличием, например для молодежи, и воздействуя на ценообразование алкогольных напитков, например, с помощью механизма налогообложения.
5. Осуществление строгого контроля, признавая имеющиеся в некоторых странах запреты, за прямым и косвенным рекламированием алкогольных напитков и обеспечение того, чтобы никакая форма рекламирования не была направлена специально и конкретно на молодежь, например, путем увязывания алкоголя со спортивными событиями и мероприятиями.
6. Обеспечение доступности эффективных служб лечения и реабилитации – с помощью получившего необходимую подготовку персонала – для лиц с опасным или причиняющим ущерб потреблением алкоголя и для членов их семей.
7. Усиление морально-этической и юридической ответственности тех, кто причастен к сбыту или обслуживанию с предложением алкогольных напитков, обеспечение строгого контроля за безопасностью продукции, а также выполнение соответствующих мер, направленных на борьбу с противозаконным производством и продажей.
8. Усиление способности общества решать связанные с алкоголем проблемы путем подготовки и обучения специалистов различных секторов, таких, как здравоохранение, социальное обеспечение, просвещение и судопроизводство, наряду с усилением коммунально-общинного развития и руководства.
9. Поддержка неправительственных организаций и движений самопомощи, способствующих укреплению здорового образа жизни – особенно тех, кто стремится предупредить или сократить связанный с алкоголем ущерб.
10. Создание на широкой основе программ в странах с учетом настоящей Европейской хартии по алкоголю; разработка ясных и четких задач и показателей конечных результатов; мониторинг достижений; а также обеспечение периодического обновления программ на основе оценки.

Источник: Алкоголь: чем меньше, тем лучше. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 70).

Таким образом, принятая в 1995 г. Хартия по алкоголю и Европейский план по борьбе с потреблением алкоголя представляют собой политическую основу для снижения ущерба, причиняемого потреблением алкоголя. Увеличение налогов на алкогольные изделия позволяет сократить вред, наносимый алкоголем, особенно здоровью молодых и сильно

пьющих людей. Сокращение потребления на душу населения на 10% будет сопровождаться сокращением приблизительно на 20% смертности среди мужчин, обусловленной употреблением алкоголя, и сокращением на 5% несчастных случаев со смертельным исходом, самоубийств и убийств среди населения в целом.

Соответствующие регламентирующие положения и нормативы должны быть приняты для того, чтобы осуществлять: контроль за содержанием алкоголя в напитках; исключить необоснованные утверждения о пользе алкоголя для здоровья; установить контроль над расфасовкой алкогольных напитков; обеспечить наличие на используемой для этих целей таре необходимой информации (например, содержание этанола в соответствующих алкогольных напитках). Алкогольные напитки, поступающие на рынок под видом прохладительных напитков и рассчитанные на привлечение внимания подростков, повышают риск развития зависимости и случаев отравления, поэтому они должны быть под запретом. Реклама оказывает значительное воздействие на употребление алкогольных изделий; ограничения ведут к сокращению употребления алкоголя и уменьшению вреда, связанного с ним. Если же реклама алкоголя по-прежнему будет разрешена, ее следует ограничить печатными средствами массовой информации и информацией о продуктах.

Ограничение часов или дней для отпуска такой продукции наряду с регулированием числа, видов или местонахождения пунктов розничной продажи – все эти меры способствуют уменьшению потребления. Увеличение минимального возраста, с которого разрешается потребление спиртных напитков, может уменьшить число связанных с алкоголем дорожно-транспортных происшествий, а также сократить объем потребления алкоголя и число связанных с ним смертей. Ответственное отношение при продаже алкогольных напитков в барах и ресторанах и программы подготовки лиц, осуществляющих такое обслуживание, равно как и повышение их юридической ответственности, – все это помогает уменьшить статистику несчастных случаев, связанных с употреблением алкоголя. Для создания высококачественных алкогольных напитков с низким содержанием алкоголя, отпускаемых по конкурентным ценам, следует использовать наиболее передовую технологию.

Случаи смерти от преднамеренных и непреднамеренных телесных повреждений, внезапная смерть вследствие острой коронарной недостаточности и многие социальные последствия употребления алкоголя являются результатом острой алкогольной интоксикации. Поэтому проводимые адресные стратегии уменьшения ущерба, наносимого употреблением алкоголя, следует сосредоточить на снижении числа случаев интоксикации, а также на то, чтобы разорвать связь между употреблением спиртных напитков и стереотипами поведения, наносящими ущерб. Программы предупреждения употребления алкоголя на рабочем месте, так же как и соответствующие меры и строгие санкции, направленные на предупреждение управления транспортным средством в нетрезвом состоянии, имеют особо важное значение.

Проводимые в рамках ПМСП краткосрочные профилактические мероприятия являются эффективными в плане снижения уровня потребления алкоголя более чем на 25% среди лиц, потребляющих алкоголь в опасных или вредных для здоровья количествах. Такие мероприятия оказываются экономически эффективными, позволяют добиться снижения затрат на медобслуживание и обеспечивают повышение уровня здоровья. Осуществляемые на коммунальном уровне профилактические программы могут быть достаточно эффективными в плане снижения статистики дорожно-транспортных происшествий, связанных с употреблением алкоголя, сокращения числа случаев отпуска алкогольных напитков несовершеннолетним, стимулирования ответственного отношения отпускающих алкогольные напитки работников сферы обслуживания и содействие принятию местных законов.

Употребление незаконных психотропных средств

Представляется необходимым обеспечить межсекторальное сотрудничество на всех уровнях между секторами здравоохранения, социального обеспечения, просвещения, обеспечения правопорядка и юстиции, с тем чтобы не допустить дальнейшего ухудшения ситуации со здоровьем, связанной с употреблением незаконных наркотических средств. В обязательном порядке необходимо осуществлять комплексный подход, обеспечивающий уменьшение как спроса, так и предложения. Соответствующие меры в отношении поставщиков позволят ограничить наличие таких лекарственных средств. В рамках образовательных программ для населения и школьных учебных программ следует делать особый акцент на важность снижения спроса на незаконные наркотические средства. Программы уменьшения спроса должны базироваться на всестороннем подходе ко всем опасным психотропным препаратам.

На коммунальном уровне следует обеспечить организацию соответствующих медико-санитарных служб, учитывающих индивидуальные запросы и потребности как для наркоманов, так и для членов их семей. Цель проводимого курса лечения заключается в том, чтобы у наркомана были сформированы устойчивые привычки и благоприятное для здоровья поведение, исключающее употребление наркотиков. Конкретные отрицательные последствия незаконного употребления лекарственных средств, такие, как инфекции, передающиеся через кровь, отклонения в состоянии здоровья от нормы, бедность, преступность, акты насилия и снижение производительности труда, могут быть уменьшены с помощью стратегий сдерживания риска. Дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции может быть замедлено путем правильной ориентации шприцевых наркоманов, организации системы распределения и обмена игл и шприцев, обеспечения беспрепятственного доступа к приобретению презервативов, предоставления возможностей для проведения поддерживающей терапии по назначению врача и расширения охвата менее доступной части населения в рамках периферийных служб. По линии таких программ предлагается передать некоторые вопросы, касающиеся ведения лиц, употребляющих незаконные наркотические средства, из области уголовного судопроизводства в сектор здравоохранения.

ШВЕЙЦАРСКАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

В 1991 г. в Швейцарии была принята политика в области лекарственных средств, состоящая из четырех элементов стратегического характера, а именно: (i) Практика законоприменения: Строгое регламентирование или введение запрета на назначение некоторых вызывающих зависимость веществ и изделий. Принятие новых юридических документов, препятствующих «отмыванию» денег и организованной преступности. (ii) Профилактика: Проведение пропагандистской работы среди молодежи в целях профилактики незаконного употребления лекарственных средств и организации соответствующих программ для групп высокого риска по развитию тяжелых форм зависимости. (iii) Уменьшение вреда: Обеспечение, по мере возможности, сохранения здоровья наркоманов в период их зависимости от лекарственных средств посредством соответствующих мероприятий, таких, как программы обмена игл, программы предоставления жилья и трудоустройства и т.д. (iv) Лечение: Развитие сети наркологических консультативных центров и примерно 100 стационарных учреждений (специально предназначенных для проведения лекарственной терапии с целью купировать абстинентный синдром и добиться социальной реинтеграции). Около 14 000 наркоманов проходят курс лечения по программе поддерживающей терапии метадонном.

Начиная с 1994 г. федеральное правительство оказывало поддержку проведению научных исследований в области назначения наркотических средств в терапевтических целях для лиц, страдающих тяжелыми формами зависимости. При этом ставились следующие главные задачи: обеспечить охват героинзависимых лиц, в отношении которых другие формы лечения оказываются безуспешными; улучшить состояние здоровья и социальный статус участников таких программ; снизить распространенность связанного с риском поведения среди участников программ (включая риск ВИЧ-инфекции); сопоставить результаты ведения больных по другим схемам лечения. Восемьсот пациентов (средний возраст которых составлял 30,8 года, средний период зависимости от героина равнялся 10,5 годам, методы лечения которых по другим методикам оказались безуспешными и у которых были налицо очевидные социальные проблемы и проблемы со здоровьем) получают героин по назначению врача. При этом осуществляемая программа лечения предусматривает введение инъекций в отведенных для этого местах под наблюдением специалистов (исключая возможность взятия инъекционных препаратов на дом); проведение комплексного медицинского, психиатрического и социального обследования, а также комплексной программы лечения. Участие в таких мероприятиях обеспечивается на добровольной основе. Ниже приведены некоторые важнейшие результаты проведенного обследования (за период 1995–1996 гг.):

- значительное улучшение соматического и психологического состояния здоровья;
- снижение (с 69% до 10%) распространенности незаконных или «полулегальных» случаев употребления лекарственных средств;
- улучшение жилищных условий (сокращение числа бездомных с 12% до 1%, сокращение распространенности нестабильной ситуации с 49% до 21%);
- повышение уровня постоянной занятости (с 16% до 32%).

Осуществляя такой четырехсторонний подход, Швейцарии удалось добиться впечатляющих успехов в деле решения проблем, связанных с незаконным употреблением лекарственных средств, в частности, значительно снизился уровень распространения СПИДа и гепатита, а также смертности от передозировок (статистика смертей, обусловленных употреблением лекарственных средств такова: 1992 г. = 419; 1997 г. = 241). Прекратилась практика использования наркотиков в общественных местах, и существенно снизилась статистика преступности, связанной с поиском лекарственных средств.

Источники: Swiss drug policy, Berne, Swiss Federal Office of Public Health, 1998; Evaluation of federal measures to reduce the problems related to drug use – Second synthesis report 1990–1996. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997; Programme for the medical prescription of narcotics – Summary of the synthesis report. Zurich, Addiction Research Institute, and Bern, Swiss Federal Office of Public Health, 1997.

5.4 Условия, способствующие укреплению здоровья

В предыдущем разделе речь шла о некоторых вопросах, касающихся индивидуального выбора человеком конкретного образа жизни и поведения. В настоящем разделе отдается должное тому, что перед таким выбором находится каждый человек в своей повседневной жизни, находясь дома, в школе, на рабочем месте или среди местного населения.

Осуществление подхода с позиции условий формирования здоровья означает:

- уделение первостепенного внимания условиям укрепления и поддержания здоровья (по месту жительства, на работе, в период учебы, во время отдыха и при получении медико-санитарной помощи);
- определение четких границ при проведении соответствующих мер;
- создание благоприятных условий для выявления потенциальных партнеров;
- предоставление возможности для отслеживания и количественной оценки воздействия профилактических мероприятий на улучшение здоровья;
- создание широких возможностей как для экспериментальных исследований, так и для механизма обеспечения устойчивых преобразований в обществе.

На создание конкретных условий могут оказывать свое влияние многие партнеры – инженеры, архитекторы, специалисты по планированию городов, работники розничной торговли, сотрудники НПО и сектора здравоохранения и многие другие. Некоторые вышеперечисленные категории специалистов объединены в рамках естественно сформировавшихся партнерских отношений, другие же – находятся за их пределами; однако, стремясь научиться работать вместе, партнеры могут обеспечить большой новаторский вклад в приближение общей цели укрепления здоровья населения. В следующем разделе речь идет о некоторых стратегиях, способствующих процессу совместного принятия решений и коллективных действий в рамках повседневной деятельности человека.

Благодаря новаторским подвижкам, имевшим место за последние десять лет в Европейском регионе, подход с позиции условий формирования здоровья приобрел новое звучание как самостоятельная стратегия, имеющая право на существование. Вместе с тем, помимо оказания воздействия на условия, в которых люди живут, работают и отдыхают, им также необходимо предоставить право голоса от имени индивидуумов, групп лиц и общин, с тем чтобы население могло оказывать более активное влияние на условия, от которых зависит здоровье человека. Стремясь обеспечить контроль за состоянием среды своего обитания, люди также должны глубже осознать ответственность за сохранение собственного

здоровья. Однако для выполнения этой задачи население должно располагать эффективными организационно-правовыми структурами.

Возможные направления конкретных действий связаны со многими различными условиями формирования здоровья, а не только с нижеперечисленными. Немаловажным представляется разработка политики и программ с учетом интересов конкретных целевых групп населения и анализ имеющихся возможностей для обеспечения их охвата. Например, вместо проведения соответствующей работы в более или менее традиционных условиях представляется возможным добиться большей результативности мероприятий среди того или иного контингента (например, среди молодых мужчин группы риска), если осуществлять творческий подход к распространению нужной информации в таких заведениях и учреждениях, как видеоаркады, магазины, бары, клубы и тюрьмы.

Дома и соседние кварталы

Обусловленные неудовлетворительным состоянием жилья серьезные последствия для здоровья имеют место по причине отсутствия должной санитарии, сырости, заплесневелости, низкого качества воздуха, шумового загрязнения, строительных недоделок и дефектов, предрасполагающих к несчастным случаям и ущербу при землетрясениях, а также из-за вредных для здоровья стройматериалов, включая асбест и свинцовые белила. Плохая вентиляция приводит к загрязнению воздушной среды внутри помещений, оказываясь причиной развития аллергических заболеваний органов дыхания и других болезней. Лица, проживающие в домах вместе с курильщиками, страдают от загрязнения среды твердыми взвешенными частицами в 2–3 раза чаще, чем живущие в домах без курильщиков. Суммарный уровень экспозиции в условиях загрязненной воздушной среды внутри помещений будет варьироваться в зависимости от продолжительности пребывания вне помещения, способности отдельных загрязнителей проникать внутрь помещений и концентраций загрязняющих веществ, выделяемых внутри помещений кухонными плитами, красками, мебелью и строительными материалами.

Жилой фонд в Европе характеризуется значительными различиями – от удовлетворяющих самым высоким стандартам и рассчитанных на одну семью частных особняков до низкокачественных блочных многоквартирных домов с совместным использованием элементарными санитарными удобствами (если таковые вообще имеются). В целом, качество жилья становится хуже в восточных частях Региона. На всей территории Региона все большие масштабы приобретает такая проблема, как бездомные, и по-прежнему острой остается проблема всех связанных с этим последствий для здоровья, самым тесным образом переплетающихся с проблемой бедности.

Рабочие места

Как минимум одну треть своей жизни взрослые проводят на работе – вот почему производственная среда оказывает огромное влияние на их здоровье.

Считается, что 3–5% ВВП теряются из-за экономических последствий небезопасной и нездоровой производственной среды. Здравоохранительные проблемы на производстве и на рабочих местах включают несчастные случаи, воздействие шумового и химического загрязнения, проблемы эргономики и стрессы. Более того, психосоциальная трудовая среда может быть связана с более широким кругом проблем охраны здоровья, истоки которых находятся за пределами производственной сферы, например, болезни сердца и психические расстройства. Инвестирование в обеспечение более благоприятных производственных условий может привести к улучшению здоровья сотрудников и, таким образом, к повышению производительности труда на фирмах.

При этом серьезного внимания заслуживают не только одни лишь усилия по предупреждению профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве. Поскольку производственная среда относится к числу немногих мест, позволяющих проводить систематическую работу среди взрослой части населения на индивидуальном уровне, трудовая среда представляется основным местом не только для оказания адресной помощи по укреплению здоровья взрослой части населения, причем такая работа может быть организована с достаточной эффективностью, последовательно и в течение длительного периода времени, но и для развития социальной инфраструктуры.

Детские сады и школы

В Регионе наблюдаются существенные различия в содержании учебных программ и направлениях работы учебных заведений. В большинстве стран имеет место недооценка роли дошкольных учреждений как обучающих общественных институтов, чем, собственно, и объясняется отсутствие комплексных подходов к выполнению задачи пропагандирования “ценностей” здоровья, благоприятного для здоровья поведения и жизненных навыков и умений. Школьные программы санитарного просвещения нередко оказываются слишком традиционными в своих подходах, предоставляя учащимся информацию по вопросам охраны здоровья, не будучи при этом в состоянии руководствоваться творческими, интерактивными методами обучения и специальной подготовки по таким вопросам, как принятие зрелых решений, способствующее укреплению здоровья поведение, преодоление стрессовых ситуаций, взаимодействие в коллективе и другие жизненные навыки и умения.

Местная община и города

В настоящее время примерно четыре пятых населения западной части Региона и около двух третей населения восточной части Региона проживают в городах, что имеет прямые последствия для здоровья. Города нуждаются в экстенсивной инфраструктуре для охраны окружающей среды и здоровья; например, технологии водоснабжения, очистки сточных вод и удаления отходов имеют исключительно важное значение для здоровья в условиях городской жизни. Надлежащая планировка городов, стратегии районирования, снижение уровней шумового загрязнения, обеспеченность коммунальными и культурно-бытовыми учреждениями – все это важные элементы в деле укрепления здоровья городского населения и оказания ему помощи в преодолении стрессов, социальных неурядиц и насилия.

Окружающая среда многих городских населенных пунктов обезображена локализованными районами экономической депривации и потери устойчивости, в частности, в деградировавших и пришедших в запустение городских центрах или хаотических периферийных зонах, где экологический ущерб и социальная изоляция идут рука об руку. Это – функционально деградировавшие места с неудовлетворительными жилищными условиями, недостаточностью оснащения и оборудования, с неадекватными социальными и рекреационными условиями.

Существует тесная взаимосвязь между степенью социальной интеграции или социальной сплоченности городского населения и структурой смертности в городах. Профилактические мероприятия с вовлечением групп высокого риска показали, что предоставление социального обслуживания и поддержки позволяет улучшить исход в случае таких заболеваний, как инфаркт миокарда, способствует благоприятному исходу беременности у социально уязвимых женщин и увеличивает продолжительность жизни лиц с определенными видами раковой патологии. Неблагополучные городские кварталы с низким уровнем социальной сплоченности являются одной из причин возникновения у людей ощущения стрессовой ситуации и разочарования, а также препятствуют развитию сетей социальной поддержки.

Условия жизни для лиц с инвалидизирующими состояниями

В мире всегда будут люди, страдающие от тех или иных инвалидизирующих состояний, и демографические тенденции в Регионе указывают на то, что число таких лиц будет возрастать. Основными причинами инвалидизации являются нарушения опорно-двигательного аппарата, проблемы со зрением и слухом, травмы и все в большей степени психические расстройства, зачастую связанные с такими явлениями, как “социальная стигматизация” и беспомощность.

Однако ухудшение здоровья и потеря трудоспособности не обязательно должны приводить к общей инвалидизации. Слишком часто люди с теми или иными нарушениями становятся в обществе инвалидами из-за того, что они лишены возможностей, которые

широко доступны для других лиц. Во многих странах социальная интеграция лиц с инвалидизирующими состояниями все еще далека от удовлетворительной. Однако в ряде других стран наблюдаются значительные улучшения в этой области.

Множество детей с инвалидизирующими состояниями по-прежнему необоснованно направляются в специализированные учреждения, в которых они не могут в полной степени реализовать свой потенциал для развития и самостоятельной жизни. Многие взрослые с постоянными нарушениями часто лишены возможности трудоустройства или могут получить только низкооплачиваемую работу. Эффективные виды вмешательства часто не могут быть использованы в полной степени из-за непропорционального распределения имеющихся ресурсов, направляемых прежде всего на приобретение высокоспециализированного стационарного оборудования. Слишком часто мероприятия и службы, предназначенные для лиц с инвалидизирующими состояниями, получают лишь ограниченное социальное и профессиональное признание.

Задача 13 – Условия здоровой среды

К 2015 г. НАСЕЛЕНИЕ РЕГИОНА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ЛУЧШИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НАХОДИТЬСЯ В ЗДОРОВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЕ У СЕБЯ ДОМА, В ШКОЛЕ, НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И В МЕСТНОЙ ОБЩИНЕ.

Это предполагает:

- 13.1 улучшение безопасности и качества жилищных условий за счет укрепления личных и семейных навыков в отношении укрепления здоровья и его охраны, сокращения угроз здоровью, возникающих в физической окружающей среде в домашних условиях;
- 13.2 лица с инвалидизирующими состояниями должны иметь гораздо большие возможности для охраны и укрепления здоровья, а также для участия в домашней, производственной, общественной и социальной жизни в соответствии со Стандартными правилами Организации Объединенных Наций о равенстве возможностей для людей, страдающих физическими и умственными недостатками¹⁵;
- 13.3 сокращение числа несчастных случаев на работе и дома в соответствии с описанием задачи 10;
- 13.4 по крайней мере 50% детей должны иметь возможность заниматься в детском саду, ориентированном на укрепление здоровья, и для 95% детей – в школах, содействующих укреплению здоровья¹⁶;
- 13.5 по крайней мере 50% городов, городских районов и общин должны стать активными членами сети “здоровых городов” или “здоровых общин”;
- 13.6 по крайней мере 10% больших и средних компаний должны взять на себя обязательство следовать принципам “здоровых” компаний/предприятий¹⁷.

¹⁵ Эти правила приведены в Приложении к резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 48/96 от 20 декабря 1993 г.

¹⁶ Школы, ориентированные на укрепление здоровья, включают вопросы санитарного просвещения в школьные учебные планы и программы, а также в мероприятия школьных служб здравоохранения. Система школ, способствующих укреплению здоровья, существует под эгидой ВОЗ, Европейской комиссии и Совета Европы начиная с 1992 г.

¹⁷ Принципы “здоровых компаний/предприятий” касаются следующих аспектов: здоровая среда на рабочих местах; здоровые методы и практика работы; программы, направленные на укрепление здоровья и решение проблем, связанных с психосоциальными факторами риска на рабочих местах; оценка продукции, поступающей на рынок, с точки зрения ее влияния на здоровье; вклад в здравоохранительское и социальное развитие общины.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Дома и соседние кварталы

Дом – это то место, где основная ячейка общества, т.е. семья, должна обсуждать между своими членами вопросы, касающиеся их здоровья, и договариваться относительно таких вещей, как атмосфера взаимной поддержки и здоровый образ жизни. Как уже отмечалось в главе 3, высококвалифицированная семейная медицинская сестра, равно как и семейный врач, могут оказать неоценимую поддержку всей семье в ее стремлении обратить серьезное внимание на здоровье.

Дом также представляет собой физическую среду обитания, в которой люди проводят большую часть своего времени, и поэтому домашняя обстановка должна благоприятствовать здоровью. Принятые жилищные стандарты, а также строительные нормы и правила должны обеспечивать применение безопасных и подходящих материалов и надлежащей технологии строительства; наличие адекватного освещения и безопасного водоснабжения; обеспечение системами санитарии, отопления и вентиляции; устойчивость к ущербу по причине природных явлений; надлежащую изоляцию от внешнего шума, а также безопасное и бесперебойное электроснабжение для освещения, отопления и приготовления пищи.

Более того, жилищная политика должна рассматриваться в более широком контексте городского и сельского планирования и с учетом таких аспектов, как улучшение жилого фонда, предотвращение ухудшения положения в городских и сельских населенных пунктах и сведение к минимуму областей и районов, характеризующихся заброшенностью и лишениями. Ключевыми элементами здоровой домашней обстановки являются: адекватно функционирующие службы охраны здоровья и благополучия, общественный транспорт, сеть магазинов и рекреационная база, а также эффективная борьба с загрязнением и шумом. В рамках проводимой политики особое внимание следует уделять тому, чтобы опекать тех членов общества, которые подвержены угрозе оказаться бездомными.

Лица, принимающие проектно-конструкторские решения в отношении жилья и непосредственного окружения, должны находить такие варианты решений, которые направлены на преодоление чувств и настроений одиночества в обществе и создание местных социальных сетей и систем. Благодаря социальным сетям и поддержке обеспечивается укрепление здоровья и социальной сплоченности, снижая тем самым уровень преступности среди населения. Аналогичным образом, следует повысить приоритетность таких проектно-конструкторских решений, которые бы благоприятствовали ежедневным занятиям физкультурой и создавали бы благоприятные условия для контингентов с особыми нуждами и потребностями, например, для инвалидов и людей старшего возраста.

Во многих странах в ближайшие два десятилетия ожидается реконструкция значительной доли жилого фонда, благодаря чему появляется возможность строить планы городского и регионального развития на основании принципов достижения ЗДВ, закладывая тем самым прочный фундамент на будущее.

Рабочие места

В данном случае должна ставиться не только цель уменьшения воздействия и подверженности факторам риска, но и более широкого привлечения работодателей и служащих к обеспечению более безопасной и более здоровой производственной среды и уменьшению стрессов. Одним из вариантов продвижения вперед по этому пути может оказаться следующий подход: на каждом рабочем месте или предприятии должна формироваться ориентированная на достижение ЗДВ и учитывающая специфику той или иной производственной среды политика, включающая в себя согласованные задачи и программу действий. Такая работа может проводиться силами комитета по охране здоровья, в состав которого входят представители как работодателей, так и лиц, работающих по найму, при поддержке со стороны служб профессиональной гигиены. Такие программы должны быть ориентированы не только на предупреждение несчастных случаев и лечение заболеваний, но и на более комплексное решение вопросов, касающихся здорового образа жизни и благоприятной среды обитания. Кроме того, данные программы будут эффективным образом способствовать формированию корпоративной культуры, поощряющей бригадные формы организации труда и открытое обсуждение возникающих проблем, руководствуясь при этом тем, что чем выше уровень здоровья всех сотрудников и чем лучше психологический климат в коллективе, тем выше моральный дух и производительность труда работающих.

Принципы “здоровых компаний или предприятий” включают:

- более безопасную для здоровья производственную среду, в том числе предупреждение физических опасностей для здоровья и борьбу с ними, а также скрининг работающих на профессиональные факторы риска и заболевания;
- здоровую рабочую практику, например, политику здорового питания, обеспечиваемого в столовой на предприятии, и политику отказа от курения;
- программы по укреплению здоровья на рабочих и других местах;
- инициативы, направленные на уменьшение психосоциальных факторов риска на рабочих местах, например, такие, как: оказание консультативной помощи; содействие созданию и укреплению поддерживающих сетей; оказание помощи только что поступившим на работу и прикрепление к ним наставников; стратегии, облегчающие решение проблем, связанных с уходом на пенсию; оказание непрерывной поддержки в случае потери работы из-за сокращения штатов; оказание помощи и поддержки

работающим, например, в воспитании детей, при потере близких и при решении других важных жизненных вопросов;

- оценка влияния на здоровье населения продуктов, производимых или продаваемых компанией;
- вклад в социальное развитие и укрепление и охрану здоровья в рамках местной общины, включая активную работу с общинами и установление и усиление связей с безработными на местном уровне.

Детские сады и школы

Образовательные учреждения должны не только дать детям основные ценности, умения и знания, но и помочь им приобщиться к национальной и общечеловеческой культуре и усвоить идеи социальной ответственности, демократии, справедливости и усиления возможностей людей в решении жизненно важных вопросов. Все дети должны иметь право получать образование в детских садах и школах, уделяющих большое внимание укреплению здоровья детей, например, в рамках европейской сети “здоровых школ”.

В таких учреждениях задачи преподавателей заключаются не только в передаче знаний, но и в формировании у детей умений и желания действовать, необходимым для изменения поведения образом. Принципы, аналогичные таковым, используемым на рабочих местах, могут быть также применены и к образовательным учреждениям. Таким образом, воспитатели и преподаватели, работающие в детских садах и школах, родители и дети должны стать партнерами, которые совместно разрабатывают, осуществляют и оценивают программы, направленные на усиление их личной ориентации на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, предупреждение несчастных случаев и приобретение основополагающих жизненных умений и навыков – все это при технической поддержке со стороны школьной службы охраны здоровья.

В дошкольных учреждениях и в первых классах начальных школ укреплению здоровья детей будут содействовать следующие виды деятельности: закладывание этических основ и важнейших жизненных установок на сохранение и укрепление здоровья и формирование у детей здоровых привычек питания, хороших привычек в отношении личной гигиены, а также основных жизненных навыков и чувства социальной ответственности. Программы для детей более старшего возраста и подростков могут способствовать укреплению здоровья с помощью, например, формирования у них необходимых жизненных навыков и умений и проводимого сверстниками обучения по вопросам, относящимся, например, к употреблению алкоголя, наркотических средств и табака, сексуальному здоровью, умению справляться со стрессами, а также социальным навыкам и навыкам, необходимым для того, чтобы впоследствии успешно выполнять функции родителей.

И наконец, вовлечение школ в мероприятия, направленные на укрепление здоровья и поддержку служб здравоохранения в рамках местной общины, например, посредством поощрения детей к тому, чтобы они посещали пожилых одиноких людей и становились участниками противотабачных кампаний, во многом поможет им лучше понять реальные жизненные проблемы, стоящие перед людьми.

Местные общины и города

Разработка на уровне общины ориентированной на ЗДВ политики здравоохранения с конкретными задачами и программой действий, равно как и ее мониторинг и оценка, являются ключевым компонентом работы по достижению ЗДВ, которая должна проводиться на основе хорошо подготовленных планов в каждой местной общине, сельском районе или городе во всех государствах-членах. Сеть “здоровых городов” ВОЗ в Европейском регионе (сыгравшая ведущую роль в развитии этой глобальной инициативы) в настоящее время включает 40 “городов ВОЗ” и национальные сети таких городов в 25 государствах-членах. Таким образом, в рамках Региона она охватывает свыше 1000 крупных и небольших городов, всецело преданных делу улучшения здоровья своих жителей.

Концепция “Здоровые города/Здоровые общины” предполагает участие в этой работе избранного местного совета и представителей наиболее крупных секторов, включая сектор здравоохранения, сектор образования и социальный сектор, а также представителей основных НПО, средств массовой информации и местного населения. Местный сотрудник по вопросам общественного здравоохранения и другие работники сектора общественного здравоохранения выполняют важные технические и лидерские функции в рамках этой деятельности. Для более крупных городов одним из рекомендуемых подходов является их разбивка на меньшие территориальные единицы, в рамках которых будут планироваться и создаваться службы ПМСП, что будет способствовать большему вовлечению местных групп и большей актуальности предпринимаемых действий для местного населения.

В городах должна быть обеспечена высококачественная окружающая среда, которая будет способствовать укреплению и охране здоровья его жителей. Следовательно, люди и условия их жизни должны быть в центре внимания лиц, занимающихся планированием городов. Устойчивое городское развитие может быть обеспечено за счет сбалансированной практики землепользования и эффективного использования имеющейся территории. Во всех возможных случаях следует избегать сегрегации групп населения и отдельных лиц, а общественные места и общественные сооружения должны быть доступными для всех. Граждан следует поощрять к тому, чтобы они жили в мире и согласии друг с другом, для чего следует содействовать установлению активных взаимоотношений между поколениями и между различными этническими, культурными и социально-экономическими группами.

Такие связанные с транспортом проблемы, как загрязнение воздуха, пробки, шум и несчастные случаи, могут быть уменьшены за счет эффективного управления транспортом с

помощью целого ряда следующих подходов: введение системы оплаты проезда по городским улицам, интеграция общественного транспорта, внедрение системы приоритетности движения различных категорий транспортных средств, снижение скорости автотранспорта в населенных пунктах с помощью дорожно-технических средств, запрещение проезда в некоторых частях городов и контроль за парковкой автомобилей. Более устойчивому развитию городов будет содействовать проведение проектов реконструкции таким образом, чтобы это способствовало улучшению качества городской жизни, снижению количества используемой воды, энергии и материалов и проведению программ по раздельному сбору различных видов отходов, их повторному использованию и переработке.

Возможности для лиц с инвалидизирующими состояниями

Здоровье людей с инвалидизирующими состояниями может быть улучшено, если социальная политика и политика в области здравоохранения смогут обеспечить равные возможности для таких лиц, с тем чтобы они смогли принимать полное участие в социальной и экономической жизни своей общины. Лица с инвалидизирующими состояниями должны иметь все возможности для того, чтобы наслаждаться семейной жизнью, получить соответствующее образование, работу и жилье, а также иметь доступ к общественным местам и иметь свободу передвижения. Действия должны быть направлены на борьбу с таким положением дел, когда лица с инвалидизирующими состояниями являются беспомощными и подвергаются остракизму со стороны общества.

Общественные обсуждения, основанные на информации о широком ряде инвалидизирующих состояний относятся к категории важнейших приоритетов, так как они позволят покончить со “стигматизацией” постоянных нарушений и инвалидизирующих состояний, а также повысить понимание того факта, что, поскольку каждый человек может стать инвалидом, этот вопрос имеет большую общественную важность. Соответствующая политика должна включать механизмы мониторинга качества и адекватности служб здравоохранения, предназначенных для инвалидов. Кампании средств массовой информации, например, такие, как кампания, посвященная вопросам дислексии в Швеции, позволили получить очень многообещающие результаты. Всесторонние и плюралистические подходы к лечению постоянных нарушений или инвалидизирующих состояний являются более эффективными, чем какие-то однонаправленные подходы.

Для обеспечения выполнения соответствующих вспомогательных и лечебных мер необходимо использовать стратегии раннего вмешательства. Межсекторальная координация остается важнейшим условием, так как она позволяет обеспечить необходимые виды обучения и размещения инвалидов, их обучение, обеспечение их доступа к общественному транспорту, а также создание физической окружающей среды, предназначенной для использования всеми лицами. Наиболее важным фактором является то, что сами инвалиды (и их организации) должны иметь право играть ключевую роль в планировании и принятии

решений относительно национальных и местных программ, направленных на удовлетворение их особых потребностей.

5.5 Многосекторальная ответственность за здоровье населения

Как показано в предыдущих главах и в разделах 5.1–5.4, только благодаря мобилизации усилий большого числа различных секторов можно обеспечить формирование здорового образа жизни и создание благоприятной для здоровья среды обитания. Эффективный подход к развитию здравоохранения требует того, чтобы все секторы общества чувствовали ответственность за воздействие осуществляемых ими стратегий на здоровье населения и чтобы секторы, не относящиеся к здравоохранению, также осознали пользу, связанную с укреплением и охраной здоровья людей.

Уровень здоровья и благополучия общества является отражением социально-экономических и физических условий, способности людей принимать решения, благоприятные для здоровья, а также физических характеристик их среды обитания. Очевидно, что состояние здоровья не зависит исключительно от действий со стороны сектора здравоохранения, так как оно даже в большей степени определяется воздействием всех общественных стратегий и тем, как они – по отдельности или во взаимодействии друг с другом – способствуют укреплению здоровья населения или наоборот оказывают на него неблагоприятное воздействие. До настоящего времени работа по укреплению и охране здоровья в общем рассматривалась как обязанность работников сектора здравоохранения на всех его уровнях, начиная с профилактики заболеваний и заканчивая реабилитацией пациентов. Однако основная мысль, содержащаяся в задаче 14, – это необходимость того, чтобы все секторы чувствовали большую ответственность за здоровье населения и предпринимали с этой целью соответствующие действия и чтобы все они понимали общие цели по охране здоровья населения.

Обеспечение ответственности за состояние здоровья населения основывается на двух основных элементах: во-первых, проведение оценки воздействия на здоровье любой социальной и экономической политики или программы, которая по-видимому повлияет на здоровье людей, и во-вторых, повышение участия населения в деятельности, относящейся к охране здоровья. За исключением сектора окружающей среды другие секторы все еще, как правило, не осознают всю важность оценки влияния проводимых ими программ на здоровье населения. Напротив, большинство других секторов, за исключением социального сектора, не считают, что они играют сколь-либо значительную роль в улучшении или ухудшении здоровья людей.

Задача 14 – Межсекторальные обязательства в отношении здоровья

К 2020 г. все секторы обязаны признать и принять на себя ответственность за здоровье.

Это предполагает:

- 14.1 учет теми, кто отвечает за решения, принимаемые во всех секторах, преимуществ, которые можно получить за счет инвестирования средств в здравоохранение применительно к их специальной сфере и соответствующим образом ориентировать для этого свою политику и действия;
- 14.2 учреждение государствами-членами механизмов для оценки степени воздействия принятых мер на здоровье, с обеспечением подотчетности всех секторов в вопросах воздействия их политики и принимаемых ими мер на здравоохранение.

Предлагаемые стратегии**5.5.1 Повышение ответственности за здоровье**

Необходимо создать эффективные механизмы, включая соответствующие стимулы или законоположения, с тем чтобы мотивировать все секторы предпринимать действия в поддержку здоровья и возложить на них ответственность за воздействие их стратегий или деятельности на здоровье населения. На секторе здравоохранения лежит главная, но не принадлежащая исключительно ему ответственность за “помещение вопросов здоровья на более видное место в политической повестке дня”. Для выполнения этой задачи ему необходимо подготовить данные, способствующие повышению внимания к вопросам охраны здоровья, и довести эти знания до сведения правительств, всех секторов, а также общественных и политических лидеров и наиболее видных бизнесменов. Сектору здравоохранения также следует возглавить работу по выработке интегрированных стратегий по здравоохранению и развитию, которые должны характеризоваться четко определенными приоритетами, целями и задачами, надежными показателями для мониторинга хода работы, а также открытыми и гласными процессами, способствующими поиску общих или аналогичных целей в других секторах (см. главу 7).

Для того чтобы другие секторы были должным образом мотивированы предпринимать действия в интересах здоровья и нести за него ответственность, во всех возможных случаях им следует брать на себя роль лидера, и сектору здравоохранения необходимо признавать и поддерживать те инициативы других секторов, которые оказывают положительное воздействие на здоровье населения. Такое признание может способствовать выявлению и созданию союзов и объединений, взаимовыгодных для всех их членов. Сектору

здравоохранения также необходимо найти пути разрешения потенциальных конфликтов, связанных с диаметрально противоположными целями различных секторов, помня при этом о необходимости пропаганды и защиты ценностей ЗДВ и подчеркивая вероятную пользу действий в интересах здоровья со стороны других секторов.

Лидеры в правительственном аппарате, которые формулируют политику, распределяют ресурсы и инициируют законопроекты как в секторе здравоохранения, так и во всех других секторах, также должны нести ответственность за здоровье населения. Правительствам, национальным и региональным парламентам и городским советам следует требовать, чтобы при принятии важнейших законоположений и стратегий проводилась оценка их вероятного воздействия на здоровье населения. Во всех странах измерение прогресса в социально-экономическом развитии на основе такого критерия, как зарегистрированные изменения в состоянии здоровья наиболее уязвимых групп населения, является важнейшим элементом обеспечения такой ответственности.

Примерно так же как и Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), которая осуществляет обзоры стратегий в области экономики и образования, ВОЗ может выполнять роль независимой организации, которая по просьбе стран может осуществлять обзоры или аудиты национальных или региональных стратегий здравоохранения. В качестве примеров такой деятельности можно указать на обзор финской политики по достижению ЗДВ и на “аудиты в области здравоохранения”, проведенные в Венгрии и Словении. Что касается методологий, то оценки воздействия на здоровье должны быть относительно простыми и легкими для применения, в то же время оставаясь достаточно сложными для того, чтобы при их проведении в полной мере учитывалось то влияние на здоровье населения, которое оказывают различные социально-экономические факторы и стратегии, осуществляемые в других секторах.

Во всех странах Региона одной из приоритетных задач политической повестки дня должно быть доведение до общественности информации о влиянии на здоровье тех или иных проектов или программ. Участие населения в этой деятельности может быть усилено за счет его привлечения к проведению оценок воздействия на состояние здоровья, распространения результатов этих оценок, а также организации общественных расследований и слушаний, посвященных влиянию на здоровье населения тех или иных крупномасштабных проектов.

Национальные и региональные парламенты и городские и сельские советы могут обеспечить, чтобы информация была доступна для населения путем регулярного предоставления отчетов по вопросам справедливости в отношении здоровья. Такие меры, как обеспечение того, чтобы открытые акционерные компании отчитывались на своих ежегодных общих собраниях и включали в свои ежегодные отчеты письменные заявления относительно связанных с процессом производства загрязнения окружающей среды или выбросов химических веществ, относительно влияния производимой ими продукции на

здоровье населения, а также относительно охраны здоровья и обеспечения безопасности на рабочих местах, могли бы стать эффективным механизмом, обеспечивающим ответственность частного сектора за свои действия, могущие повлиять на здоровье населения. Введение ценностей ЗДВ в профессиональные руководства для широкого ряда экспертов и менеджеров на всех уровнях экономики могло бы во многом способствовать усилению ответственности по отношению к соблюдению принципов справедливости и устойчивости в области охраны здоровья и развития. В частности, журналисты недавно приступили к разработке сводов этических правил и профессиональных руководств с учетом принципов ЗДВ.

Неправительственные организации на всех уровнях играют крайне важную роль в этой области, выполняя функции инициаторов преобразований, повышая среди общественности уровень осознания тенденций, относящихся к здоровью и гигиене окружающей среды, и их последствий, а также демонстрируя альтернативные системы устойчивого экономического и социального развития.

5.5.2 Действия в интересах здоровья в других секторах

Задача этого раздела – начать диалог с другими секторами о том, каким образом они могут способствовать укреплению здоровья населения и какую они могут получить от этого пользу. Различные стратегические подходы, которые рассматриваются в данном разделе, являются лишь первой попыткой анализа в этой области, и их перечень ни в коем случае не следует считать исчерпывающим. Увеличение числа этих подходов (на основе взаимных интересов сектора здравоохранения и других секторов) должно стать основной задачей в двадцать первом столетии. Приведенные примеры основаны на концепции, в соответствии с которой укрепление и охрана общественного здоровья должны быть важнейшими критериями при выборе политики и стратегии в экономических и социальных секторах, а другие секторы во многих случаях могут более эффективно решать свои задачи, начав использовать эти критерии.

Предприниматели и промышленники все лучше начинают сознавать преимущества, связанные с разумной практикой в отношении окружающей среды и здоровья. Такая новая позиция является результатом не только усилий со стороны сектора здравоохранения, но и большего давления со стороны потребителей, требующих, чтобы производственные процессы и продукция были более благоприятны для окружающей среды и здоровья. Цены на производимые товары все в большей мере определяются с учетом их действительной стоимости, другими словами, в цены также включаются издержки, связанные с воздействием этих факторов на здоровье и окружающую среду. Потребители все лучше понимают, за что же они платят, и они во многих случаях готовы заплатить больше за здоровый и безопасный продукт, при производстве которого использовались экологически чистые технологии.

ВЕРОНСКАЯ ИНИЦИАТИВА

Для того чтобы выявить прагматические пути улучшения сотрудничества в области здравоохранения между странами/партнерами, в 1998 г. была выдвинута Веронская инициатива, цель которой заключается в выявлении возможностей и препятствий для международного сотрудничества, а также в повышении знаний людей о возможном воздействии политических решений на детерминанты здоровья. Документ “Веронские стандарты” позволит провести количественную оценку возможностей стран, регионов и местных общин в плане обеспечения международного сотрудничества в соответствии с концепцией и принципами стратегии “Здоровье-21”. Пробные проекты, рассчитанные на три года, начаты в Италии, Великобритании и Австрии. Повидимому, другие страны, например Финляндия, также скоро начнут проводить такие демонстрационные проекты.

Энергия

Бесперебойное энергоснабжение является ключевым условием нормального функционирования домашних хозяйств и экономики. Энергетический сектор может обеспечивать инвестиции в здоровье и окружающую среду за счет улучшения качества атмосферного воздуха в городах и снижения выбросов, вызывающих парниковый эффект газов и кислотных осадений, а также уменьшения риска радиационных и иных несчастных случаев. Данный сектор может также инвестировать в здоровье своих рабочих и служащих и людей, проживающих в прилегающих к энергетическим объектам районах.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Включение “внешних” расходов на охрану окружающей среды в цены на энергоносители, с тем чтобы они в большей степени соответствовали реальным рыночным ценам (особенно в странах Центральной и Восточной Европы) и способствовали сохранению энергии. Применение таких экономических механизмов, как налоги на загрязнение окружающей среды и коммерчески реализуемые лицензии на сброс загрязнителей.
- Открытое и честное обсуждение факторов риска и новых стратегий производства и использования энергии, с широким привлечением как технических экспертов, так и общества в целом.
- Осуществление в области энергетики стратегий, ориентированных на использование возобновляемых источников энергии и установление предельных уровней выбросов серы при сжигании топлива (при использовании природного газа выбросы серы на единицу энергии являются меньшими).

- Осуществление программ повышения эффективности использования энергии с уделением особого внимания оперативной эффективности электростанций и энергосетей, а также применению энергосберегающих методов в транспортном секторе и в домашних хозяйствах.
- Осуществление, в соответствии с положениями Конвенции о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния, мер, направленных на снижение неблагоприятных трансграничных воздействий на окружающую среду, оказываемых энергетическим сектором.

Транспорт

Эффективный транспорт необходим для обеспечения движения людей и товаров. В Европейском союзе на транспортный сектор приходится 7–8% ВВП. С точки зрения энергопотребления дорожный транспорт относится к числу наиболее быстро растущих экономических секторов в Европейском регионе. В частности, в восточной части Региона ожидается существенное увеличение числа автомобилей на дорогах. Если в ближайшем будущем не будут приняты специальные меры, то в период с 1990 по 2010 гг. интенсивность пассажирского и грузового дорожного транспорта, по-видимому, удвоится. Если нынешние тенденции сохранятся, то транспортные выбросы двуокиси углерода увеличатся еще на 25% в период с 1990 по 2000 гг., а в странах Центральной и Восточной Европы соответствующее увеличение будет еще более выраженным. Сектор дорожного транспорта может сыграть ведущую роль в улучшении качества воздуха, снижении шума, числа дорожных пробок и заторов (особенно в городах) и сохранении энергии. Согласно имеющимся оценкам, в зоне, охватываемой ОЭСР, социальные и экологические расходы, связанные с транспортом, составляют 5% ВВП.

Дорожно-транспортные происшествия являются значительной и все возрастающей причиной травматизма в Европе. Кроме того, рост автомобильного транспорта оказывает неблагоприятное влияние на здоровье людей и более косвенным образом, например, в силу следующих причин: усиление образа жизни, характеризуемого дефицитом физической активности; разбросанность населенных пунктов, в результате чего дети лишаются возможности свободно и самостоятельно передвигаться в рамках общины; создание инфраструктур, например дорог, оказывающих значительное негативное воздействие на качество окружающей среды.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ ЧИСЛА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

В начале 70-х годов из всех стран Западной Европы в Дании был самый высокий показатель детской смертности от дорожно-транспортных происшествий. Для решения этой проблемы в Оденсе был начат экспериментальный проект, который впоследствии перерос в программу, имеющую в настоящее время бюджет в размере приблизительно 150 000 долл. США в год. В рамках этого проекта, охватившего сорок пять школ, эксперты, занимающиеся проблемами несчастных случаев, и представители планирующих органов, полиции, больниц и дорожных органов предприняли попытку определить конкретные факторы риска на дорогах, которые необходимо было устранить или уменьшить. Была построена сеть пешеходных и велосипедных дорожек и принята политика снижения скорости автотранспорта, сужения дорог и создания свободных от транспорта островков на проезжей части дорог. На основании положительных результатов экспериментального проекта, в 65 из 185 предложенных населенных пунктов была осуществлена программа "Безопасный маршрут к школе", благодаря чему число несчастных случаев в этих населенных пунктах снизилось на 85%.

Источник: Walking and cycling in the city. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. Копенгаген (Local authorities, health and environment series, No. 35).

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Принятие и осуществление единообразной транспортной политики, регулирующей частный и общественный транспорт. Такая политика должна способствовать уменьшению числа транспортных средств с бензиновыми двигателями, ограничению выбросов окиси азота и углерода из двигателей транспортных средств и соблюдению правил, ограничивающих скорость на дорогах.
- Разработка финансовой политики и законоположений, а также проведение научных исследований и разработок, направленных на уменьшение загрязнения, и осуществление в транспортном секторе преобразований, стимулирующих переход на менее загрязняющие и более энергоэффективные виды железнодорожного и водного транспорта.
- Изменение системы существующих энергетических налогов на бензин и на автомобили в соответствии со степенью их вклада в загрязнение окружающей среды.
- Разработка и осуществление тех или иных конкретных стратегий, направленных на защиту потребителей и предупреждение травматизма, что должно включать проектирование развития автомобильного транспорта и дорог, руководствуясь соображениями безопасности; политики в отношении алкоголя, направленной на предупреждение вождения в нетрезвом виде; а также программ поддержания здоровья и улучшения навыков и умений лиц, работающих в транспортном секторе.

Промышленность

Всем странам необходима жизнестойкая промышленная база, являющаяся основным источником товаров, услуг, занятости и богатства. Устойчивая и рентабельная промышленность – это промышленность, которая инвестирует на цели охраны здоровья и окружающей среды и, через политику в области труда, на цели развития человеческого потенциала и благополучия. Промышленная деятельность, неспособная обеспечить это, является непосредственной причиной загрязнения, приводящего к ухудшению окружающей среды и здоровья, и может также стать причиной крупных промышленных катастроф со значительными негативными последствиями для здоровья населения. Общественное мнение и потребительский спрос, изменившийся в результате увеличения факторов риска для здоровья и усиления критического отношения к промышленной деятельности, способствовали значительным преобразованиям в работе промышленного сектора. Небольшие изменения в процессе производства могут высвободить финансовые средства, которые будут не только способствовать улучшению здоровья людей, но и повысят рентабельность самих промышленных предприятий. Здоровье – это область, в которую выгодно инвестировать, а производство здоровых продуктов может улучшить эффективность и рентабельность промышленных предприятий.

Во многих секторах промышленности растет понимание того, что множество групп и секторов проявляют большой интерес к их деятельности. В частности, к деятельности компаний и предприятий самое непосредственное отношение имеют не только владельцы акций, кредиторы и регулирующие органы, но и их работники, клиенты, поставщики и торговые ассоциации, общественные и природоохранные группы, общество в целом и даже – в самом широком смысле – будущие поколения. Сектор промышленности все в большей степени ставит перед собой общественные цели по улучшению здоровья населения и уменьшению загрязнения окружающей среды и все чаще принимает необходимые для этого программы инвестирования.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Установление цен на товары таким образом, чтобы они отражали косвенные издержки их производства с точки зрения здравоохранения.
- Использование более чистых производственных процессов и профилактических стратегий, что также позволит сэкономить сырьевые ресурсы и уменьшить расходы, связанные с удалением отходов и удовлетворением судебных исков по поводу нанесенного ущерба.
- Создание и обнаружение имеющихся перечней аварий, сопровождающихся выбросом и утечкой токсических веществ.

- Предприятия и секторы, производящие продукцию, представляющую непосредственный риск для здоровья, такие, например, как табачная промышленность (если взять в качестве примера худший случай) должны нести полную ответственность за экономические и здравоохраненческие издержки, связанные с их продукцией.
- Продукты, использование которых запрещено в производящей их стране, не должны экспортироваться в другие страны; в частности, медицинские и фармацевтические продукты должны регулироваться на основе международных соглашений, с тем чтобы обеспечить их безопасность, экологическую рациональность и релевантность.
- Развертывание инициативы “Здоровые компании или предприятия”, с тем чтобы способствовать обмену лучшими методами практики на рабочих местах, стимулировать усиление партнерских взаимоотношений между частным и государственным секторами, а также дать компаниям возможность получить удостоверение о том, что они относятся к производителям, учитывающим в своей деятельности вопросы охраны здоровья.

ПЕРЕРАБОТКА ОТХОДОВ И УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

В городе Калундборг (Дания) промышленные отходы и тепловая энергия, получаемые в процессе производства, обмениваются в рамках сотрудничества между электростанцией, нефтеперерабатывающим заводом, фармацевтическим производством, фабрикой, производящей пластиковые доски, цементным заводом, фермерами и теплостанцией, обеспечивающей тепло для местных жителей. Это сотрудничество финансово выгодно для всех сторон и представляет собой рабочую модель небольшой промышленной экосистемы.

Такая концепция предупреждения загрязнения основана на естественной иерархии различных вариантов решения проблемы ликвидации отходов. Объемы отходов снижаются в их источнике. Производимые отходы перерабатываются, предпочтительно на месте их производства, и повторно используются в процессе производства. Отходы, которые нельзя предупредить или переработать, обрабатываются с помощью новейших технологий с целью их детоксикации, удаления или ликвидации.

Источник: World Resources Institute. *World resources 1994-95. A guide to the global environment.* Oxford, Oxford University Press, 1994.

Сельское хозяйство и пищевая промышленность

Сельское хозяйство необходимо для обеспечения жизнеспособности общества, так как оно производит продукты питания, являющиеся важнейшей предпосылкой для поддержания здоровья и благополучия населения. С другой стороны, сектор сельского хозяйства также несет ответственность за охрану и улучшение окружающей среды, сохранение ресурсов пресной воды, поддержание устойчивого развития в сельских общинах, обеспечение

безопасности пищевых продуктов и содействие хорошему питанию. В последнее время изменилось отношение к сельскому хозяйству; в частности, потребители стали критичней относиться к воздействию сельскохозяйственной практики на окружающую среду и выражать большую обеспокоенность относительно безопасности пищевых продуктов (например, в связи с появлением и распространением коровьей губчатой энцефалопатии).

Около 30% энергии, потребляемой в промышленно развитых странах, приходится на сельскохозяйственный и продовольственный секторы. Следует отметить, что 10% этой энергии используется непосредственно в сельском хозяйстве и животноводстве, а оставшиеся 90% – в процессе транспортировки, упаковки и приготовления пищевых продуктов. Потенциальную пользу для здоровья, связанную с увеличением объемов пищевой продукции, необходимо соотнести с тем воздействием на здоровье населения, которое могут оказать долгосрочные климатические изменения. Все лица и группы, имеющие отношение к сельскому хозяйству, заинтересованы в устойчивом производстве продуктов питания, охране окружающей среды и укреплении здоровья населения. К этим лицам и группам относятся производители первичной пищевой продукции, агрохимический комплекс, потребители, а также транспортный сектор и сектор водного хозяйства.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Содействие разработке и широкому применению новаторских методов земледелия, включая установление нормативов в отношении максимального содержания сельскохозяйственных химикатов в воде, территориального планирования и использования земельных угодий, прилегающих к станциям забора грунтовой воды и рекреационным территориям.
- Сотрудничество на местном уровне с целью управления качеством и количеством пресной воды.
- Информация и законодательство, защищающие экосистемы и потребителей от потенциальных вредных побочных эффектов генетических манипуляций.
- Разработка и осуществление стратегий, относящихся к ценообразованию и к научным исследованиям и разработкам, с тем чтобы обеспечить сниженное потребление жиров и более высокое потребление овощей и фруктов, особенно среди менее благополучных социально-экономических групп.
- Усиление диалога с потребителями.
- Усиление инвестирования в экологически обоснованные методы сельского хозяйства и устойчивое производство на местном уровне безопасных пищевых продуктов, с тем чтобы обеспечить охрану здоровья местных жителей и защиту источников их доходов.

- Тесное сотрудничество между ВОЗ, ВТО и Продовольственной и сельскохозяйственной организацией (ФАО), а также соблюдение правил, содержащихся в Codex Alimentarius, с целью снижения частоты пищевых токсикоинфекций, передаваемых через продаваемые продукты.
- Оценка глобальных стратегий (например, относящихся к реформированию общей сельскохозяйственной политики Европейского союза) с точки зрения их воздействия на здоровье людей и окружающую среду.

Туризм

Туризм уже стал одним из важнейших экономических секторов в Европейском регионе, а в восточной части Региона значимость этого сектора будет возрастать еще в большей степени. В Европейском союзе в 1990 г. на туризм пришлось 5,5% ВВП, и предполагается, что к 2000 г. число туристов, прибывающих в европейские страны, составит почти 400 миллионов. Число туристов, посещающих города и иные достопримечательные места, в будущем, по-видимому, возрастет еще больше, так как городской туризм становится все более популярным. С другой стороны, туризм, успешное развитие которого зависит от качества природной и антропогенной среды, сам по себе может оказывать негативное воздействие на окружающую среду, ставя тем самым под угрозу свое собственное дальнейшее развитие. Негативные воздействия туризма на окружающую среду включают, например, ухудшение ландшафта в результате строительства туристических объектов, эрозию побережий и горных склонов, накопление мусора, уничтожение естественной среды, чрезмерно большой водозабор.

В отдельных районах, прилегающих к Средиземному морю, во время летнего сезона, то есть в период наибольшего наплыва туристов, отмечается дефицит воды. Во всех озерах и морях Региона широко распространенной проблемой является загрязнение используемых для купания акваторий сточными водами и промышленными отходами. Около 70% городских сточных вод в регионе Средиземноморья сбрасывается в море в неочищенном виде, и используемые для купания акватории и прибрежные зоны распространения моллюсков и ракообразных подвергаются бактериальному заражению. Рекреационное использование водоемов может ассоциироваться с несчастными случаями, такими, как утопления и травмы позвоночника. Опасность несчастных случаев особенно повышается, когда люди находятся в состоянии опьянения. Чрезмерное воздействие ультрафиолетового света при приеме солнечных ванн может повысить заболеваемость раком кожи. В горных районах значительное кумулятивное воздействие на окружающую среду оказывает лыжный туризм. Наиболее острой эта проблема является в Альпах, так как в этот горный массив, площадью примерно в 190 000 км², ежегодно приезжает около 100 миллионов туристов. Важнейшими целями политики устойчивого развития туризма являются охрана окружающей среды и здоровья туристов и местного населения.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Инвестирование в системы водоснабжения, санитарии и удаления отходов и разработка и претворение в жизнь строгих законов, относящихся к удалению промышленных и коммунальных отходов, с тем чтобы сохранить туристические и рекреационные зоны и обеспечить охрану здоровья туристов.
- Разработка и осуществление программ по организации отдыха и досуга населения, способствующих повышению физической активности людей, личному развитию и повышению их умения расслабляться и преодолевать жизненные трудности.
- Строительство и благоустройство гостиничных комплексов и иных туристических сооружений и объектов таким образом, чтобы они способствовали охране и поддержанию сексуального здоровья, защите туристов от табачного дыма, а также ответственному и умеренному потреблению алкоголя.
- Принятие мер для обеспечения более равномерного потока туристов в течение всего года.
- Инвестирование на цели сохранения и восстановления ареалов естественной среды с целью улучшения биологического разнообразия.

Финансирование

Финансовый сектор играет важную роль в поддержке усилий, направленных на охрану окружающей среды и здоровья населения. Политика ценообразования и налогообложения относится к числу наиболее эффективных подходов, которыми могут воспользоваться для этой цели правительства, различные секторы, общины и общество в целом. С другой стороны, эти подходы не используются в достаточной степени, когда речь идет о содействии развитию человеческого потенциала и устойчивой экономической деятельности, способствующих повышению благополучия и здоровья людей.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Принятие финансовой политики, направленной на снижение неравенства доходов, содействие устойчивому развитию, охрану окружающей среды и укрепление здоровья населения.
- Банкам следует включить оценку воздействия на здоровье в критерии, учитываемые при принятии решений о выдаче займов и инвестировании.
- Применение на государственном уровне методов стимулирования производства товаров, способствующих укреплению здоровья, и использование налогов для того, чтобы препятствовать производству товаров, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье людей.

- Осуществление в рамках любой промышленности такой политики ценообразования, в которой бы учитывались любые издержки, связанные с ущербом для здоровья, нанесенным производимыми ею продуктами.
- Внесение поправок в индекс “валовой национальный продукт”, с тем чтобы в нем учитывались положительные и отрицательные воздействия экономической деятельности на развитие человеческого потенциала, здоровье населения и окружающую среду.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ НАЛОГОВ В НИДЕРЛАНДАХ С ЦЕЛЬЮ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В 1996 г. в Нидерландах были введены налоги на маломасштабное использование газа и электричества и некоторых нефтяных продуктов, получившие название налогов на выбросы углерода. Цель этой политики заключалась в снижении к 2000 г. выброса CO₂ до уровней, установленных в качестве цели для всей страны. Сумма в 1 млрд. долл. США, получаемая в результате сбора этих налогов, направляется обратно домашним хозяйствам через систему изменения налогов на личные доходы и предприятиям за счет снижения социальных взносов, выплачиваемых работодателями, тем самым заменяя налоги на доходы на налоги на загрязнители. Такие налоги помогают уменьшить загрязнение окружающей среды и отражают действительную его стоимость для общества, что в отдаленной перспективе приведет к улучшению здоровья населения благодаря улучшению качества воздуха, более эффективному использованию ресурсов и более устойчивому экономическому развитию. Потенциально регрессивный характер налогов на выбросы углерода можно сбалансировать путем использования других прогрессивных налогов в общей системе налогообложения.

Источник: Vos, H. Environmental taxation in the Netherlands. In: O’Riordan, T., ed. *Ecotaxation*. London, Earthscan Publications, 1997.

Системы и службы социального обеспечения

Задачи социального сектора включают уменьшение или устранение проблем, связанных с бедностью и социальной изоляцией, а также предупреждение социальных проблем. Этот сектор может внести большой вклад в улучшение здоровья и благополучия людей. В настоящее время во многих странах проводятся обсуждения, посвященные социальной политике, что, по-видимому, объясняется повышающимся бременем расходов на социальное обеспечение в результате изменяющихся демографических тенденций и постоянно высоких уровней безработицы.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Создание системы социальной безопасности, особенно в странах, находящихся в переходном периоде или переживающих экономический кризис.

- Принятие и осуществление политики социального обеспечения, являющейся благоприятной для укрепления института семьи, когда уход за детьми и их воспитание признаются в качестве социальных прав человека.
- Нахождение оптимального равновесия между необходимостью родителей заниматься общественно-полезным трудом и их потребностью принимать участие в уходе за детьми и их воспитанием.
- Постановка нормативов применительно к жилищным условиям, доходам и службам социальной поддержки, с учетом потребностей различных целевых групп населения.
- Более тесное сотрудничество с сектором здравоохранения в предоставлении ориентированной на общину ПМСП.

Система правосудия и законодательство

Система правосудия несет ответственность за претворение в жизнь законодательства об охране окружающей среды и укреплении здоровья, а также за использование судебных санкций в случае нарушения законов по охране окружающей среды и здоровья. Процесс глобализации увеличил возможности для обхода законоположений, принятых в отдельных странах.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Создание на национальном уровне – в партнерстве с сектором общественного здравоохранения и сектором окружающей среды – законодательства, способствующего претворению в жизнь принципов Всемирной декларации по здравоохранению.
- Обеспечение согласованности принципов и механизмов обеспечения юридической ответственности в различных странах, а также принятие мер к тому, чтобы деятельность, осуществляемая в одной стране, не наносила ущерба окружающей среде или здоровью населения в других странах.
- Содействие возбуждению и производству судебных исков против коммерческих или промышленных предприятий/организаций в тех случаях, когда их действия причинили реальный вред здоровью людей.

Средства массовой информации

Средства массовой информации во всех своих формах оказывают все большее влияние на формирование общественного мнения, взглядов и стереотипов поведения, имеющих отношение к здоровью. Влияние средств массовой информации еще больше возросло в результате быстрого развития технологий связи, включая средства телекоммуникации.

Вопросы, относящиеся к здоровью и благополучию, являются одним из быстрорастущих аспектов работы средств массовой информации. С одной стороны, это дает возможность распространять относящуюся к здоровью информацию и обнародовать информацию о деятельности, приводящей к риску для здоровья. С другой стороны, имеется опасность того, что широкий диапазон различных возможностей для рекламирования и маркетинга товаров будет служить интересам производителей нездоровых продуктов (например, спиртоводочной и табачной промышленности).

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

- Развитие партнерского сотрудничества в области коммуникации (с привлечением правительств, районных и муниципальных органов власти, учреждений здравоохранения, промышленных и торговых предприятий, организаций потребителей), с тем чтобы незамедлительно предоставлять населению точную и актуальную информацию по вопросам здоровья.
- Организация соответствующей подготовки для всех лиц, освещающих вопросы здравоохранения, и разработка для них сводов этических норм.

Сектор здравоохранения

В этой главе не рассматривается сектор здравоохранения, несмотря на то, что он играет важную роль в стимулировании межсекторальных мероприятий в интересах здоровья и является одним из основных партнеров, осуществляющих эти мероприятия. Вопросы совместной ответственности и партнерского сотрудничества секторов рассматриваются в главе 7, а глава 6 посвящена действиям внутри сектора здравоохранения.

Ориентированный на результаты работы сектор здравоохранения

Задача 15 – Интегрированный сектор здравоохранения

Задача 16 – Вопросы руководства и обеспечение качества медико-санитарной помощи

Задача 17 – Финансирование служб здравоохранения и выделение ресурсов

Задача 18 – Развитие кадровых ресурсов для здравоохранения

6.1 Введение

Стратегия ЗДВ с учетом необходимости исходит из широкой перспективы объемности и многоплановости сектора здравоохранения и это неизбежно, поскольку многие из детерминант здоровья выходят за рамки пределов и возможностей клинической помощи. Сектор здравоохранения под руководством министерства или департамента здравоохранения имеет одну главную задачу – улучшение здоровья: он оказывает медико-санитарную помощь, отвечает за политику и руководство сектором и выполняет мероприятия, ориентированные как на отдельных граждан/пациентов, так и на все население/общину.

Службы здравоохранения включают структуры и кадры, которые работают для укрепления здоровья, профилактики болезней, лечения и реабилитации, используя при этом выделенные и ассигнованные для указанных целей ресурсы.

Службы здравоохранения обеспечивают самый значительный вклад в укрепление здоровья населения. Они используют значительную часть экономических ресурсов и принадлежат к числу самых крупных работодателей в стране. Они содействуют укреплению чувства уверенности у отдельных граждан и создают обстановку уверенности в завтрашнем дне в обществе – факторы, которые чрезвычайно важны не только для развития экономики, но и в большей степени для развития общества в целом.

Условия общества, в котором обеспечивается оказание медико-санитарной помощи, претерпевают значительные демографические, экономические, политические и социальные изменения при одновременном увеличении спроса. Увеличение числа пожилых людей, заметный рост бедности, безработицы и миграции (состояний, которые ассоциируются с более высоким уровнем хронической заболеваемости и инвалидности) оказывают все большее давление снизу на службы здравоохранения; новые крайне дорогие технологии и курсы лечения также в значительной степени содействуют увеличению расходов. Это обстоятельство вызывает тревогу во всех странах.

На протяжении ряда последних лет в Регионе были осуществлены значительные реформы в секторе здравоохранения. Многие правительства пересмотрели вопрос о своей роли в обеспечении медико-санитарной помощи и постарались внедрить различные рыночные механизмы в оказание медико-санитарных услуг. Разделение на такие категории, как те, кто предоставляет, и те, кто получает медико-санитарную помощь, внедрение элементов конкуренции в работу служб здравоохранения и различные механизмы оплаты услуг представляют собой лишь некоторые из использованных методик. Хотя политика во многих странах включает изменение ориентации систем оказания помощи в направлении первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), такие установки не всегда получают отражение на практике. Несмотря на это, большее внимание уделяется сегодня вопросам внедрения концепции подготовки и функций общепрактикующих семейных врачей.

Разрыв в медико-санитарном обслуживании между странами, а также между регионами и отдельными социальными группами в странах становится все более широким, и для многих стран в западной части Региона сложилась сегодня критическая ситуация. Зачастую это приводит также к ухудшению качества оказываемой медико-санитарной помощи. Если оценивать ситуацию в целом, то излишний акцент на помощь как самоцель и особенно на лечебную помощь все еще доминирует в практике, в то время как укреплению здоровья, профилактике болезней и реабилитации уделяется все меньше внимания, чем они того заслуживают.

ЛЮБЛЯНСКАЯ ХАРТИЯ

Состоявшаяся в Любляне конференция по реформам медико-санитарной помощи стала краеугольным камнем с точки зрения анализа тенденций в реформировании медико-санитарной помощи в Европе, определив стоящие проблемы и препятствия и предоставив возможность для обмена опытом. Этот процесс послужил изучению общих принципов, характерных для всех систем здравоохранения. В результате большой подготовительной работы Люблянская хартия была принята всеми государствами-членами в 1996 г.

Хартия рассматривает вопросы реформ здравоохранения в особом контексте Европейского региона и исходит из главного постулата о том, что медико-санитарная помощь играет основополагающую роль в улучшении здоровья и качества жизни людей. В Хартии подчеркнут тот факт, что реформы здравоохранения должны быть неотъемлемой частью общей политики в области здравоохранения. При этом первым шагом в этом направлении должна быть разработка политики ЗДВ, а затем разработка соответствующих стратегий реформирования системы здравоохранения. В Хартии указывается также на то, что системам здравоохранения необходимо:

- руководствоваться принципами уважения человеческого достоинства, равноправия, солидарности и профессиональной этики;
- объединиться в работе по уточнению целей достижения лучшего здоровья;
- обеспечивать потребности граждан;
- стремиться к непрерывному улучшению качества медико-санитарной помощи;
- обеспечивать финансирование, которое позволит осуществлять оказание медико-санитарной помощи всем гражданам на стабильной основе;
- быть ориентированными на первичную медико-санитарную помощь.

В Хартии особо выделяются принципы эффективного управления реформами: разработки последовательной политики в сфере здравоохранения, учета мнения граждан и сделанного ими выбора, изменения форм оказания медико-санитарной помощи, изменения ориентации в вопросах кадровых ресурсов, укрепления руководства и извлечения уроков из полученного опыта.

Люблянская хартия имеет большое значение для реформ систем здравоохранения в Европе. В прошедшее десятилетие при проведении таких реформ упор ставился не на общих вопросах здоровья населения, а на ряде других проблем. В частности, их основная цель сводилась к обеспечению рыночной ориентации и сдерживанию расходов, и с учетом этого в интересах создания конкурентоспособного рынка медицинских услуг были разработаны соответствующие методологии. Работа по подготовке Люблянской конференции и Хартии поставила под сомнение эти методологии, особенно те, которые касались конкурентоспособности при предоставлении медико-санитарной помощи с точки зрения их воздействия на здоровье. При этом было отмечено, что финансовые механизмы и системы регулирования должны быть ориентированы скорее на тех, кто предоставляет услуги, а не на тех, кто в них нуждается, с тем чтобы улучшить результаты медико-санитарной помощи. Люблянская хартия сумела вновь обратить внимание на положительные для здоровья результаты при оказании медико-санитарной помощи и на разработку ориентированных на результаты политик.

Источник: Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (документ EUR/ICP/CARE 9401/CN01 Rev.1).

До настоящего времени наиболее распространенная международная модель заключалась в том, чтобы рассматривать клинические формы медико-санитарной помощи и “общественное здравоохранение” как две совершенно разные вещи с различными принципами для выделения ресурсов и руководства. Более того, в рамках клинических видов помощи больничная и первичная медико-санитарная помощь зачастую не обеспечивали необходимого взаимодействия или даже выступали как антагонисты, конкурировавшие между собой в вопросах статуса, влияния и ресурсов.

ЗДВ предлагает новое видение проблемы, при котором особое внимание обращается на конечный результат, и укрепление здоровья/профилактика заболеваний/диагностика/лечение и реабилитационная помощь рассматриваются не как отдельные элементы, но как последовательные действия для улучшения результатов в отношении здоровья. Однако трансформация этого общего положения в реалию предполагает:

- наличие общего показателя для сопоставления относительной эффективности каждого из названных элементов; таким показателем может быть только выраженное в количественных величинах улучшение уровня здоровья целевой группы населения;
- наличие системы управления, которая обеспечивает такое положение, при котором различные элементы системы финансируются в соответствии со своей значимостью и работают так, чтобы обеспечить максимальную результативность своих индивидуальных и совместных действий и проведение мониторинга/оценки их работы на основе получаемых результатов в отношении показателей результативности.

Таким образом, перспектива ЗДВ предполагает принятие общих оценочных показателей и усиление сотрудничества между медицинскими службами и общественным здравоохранением. Во все большей степени такой подход исходит из признания концепции общественного руководства службами здравоохранения на основе специализированных программ помощи, в которых укрепление здоровья, профилактика болезней, лечение и реабилитация рассматриваются как составные и где решения в отношении выбора и сочетание различных видов помощи принимаются на основе объективных данных.

6.2 Интеграция первичной медико-санитарной помощи и больничного обслуживания

Такой подход нуждается в поддержке как служб помощи, так и системы медико-санитарных услуг, которая в структурном отношении и функционально является более интегрированной, в то время как службы здравоохранения зачастую разрознены и фрагментированы – горизонтально и вертикально. Помощь зачастую предоставляется на эпизодической основе и фрагментируется между несколькими специалистами,

медицинскими сестрами и другими работниками здравоохранения вместо того, чтобы исходить из концепции организации помощи на основе многопрофильных бригад, обеспечивающих комплексную и интегрированную по горизонтали медико-санитарную помощь. Вертикальная интеграция между первичным, вторичным и третичным уровнями помощи зачастую также является слабой и не обеспечивает преемственности помощи на различных уровнях во многих странах.

Различные подходы к организации предоставления ПМСП были осуществлены в различных странах, включая поликлиники, групповую и индивидуальную практику. Во многих странах не обеспечивается координация медико-санитарной помощи, и ответственность за нее несут самые различные органы. В ряде государств-членов все еще существуют параллельные вертикальные структуры в отношении туберкулеза, болезней, передаваемых половым путем, охраны здоровья матери и ребенка и при оказании видов помощи, которые следует предоставлять на интегрированной и скоординированной основе.

Плохо интегрированы со службами здравоохранения также и службы гигиены окружающей среды. В некоторых странах ПМСП была использована в качестве канала для проникновения частной практики в систему медико-санитарной помощи без должного учета равноправия, доступности и преемственности, которые также необходимо учитывать.

Не были реализованы полностью имеющиеся возможности ПМСП по сокращению числа случаев ненужных госпитализаций. Во многих странах стационары по-прежнему доминируют в оказании медико-санитарной помощи, зачастую обеспечивая лечение больных, которых следовало бы лечить на коммунальном уровне. Хотя в теории больницы должны обеспечивать условия не только для быстрой госпитализации больных с уровня ПМСП, но также и для их возвращения на этот уровень, на практике этого обычно не происходит.

Не получает признания также и вопрос о роли населения в вопросах самопомощи. Местные общины не вовлекаются в достаточной степени в решение проблем, касающихся здоровья и медико-санитарной помощи. Тенденции, проявившиеся в последнее время, указывают на увеличение роли населения в предоставлении медико-санитарных услуг; население сегодня гораздо лучше информировано благодаря санитарному просвещению, средствам массовой информации и компьютерной технологии, которые облегчают доступ к информации. Растут также возможности для оказания самопомощи при назначении лекарственных препаратов с учетом обеспечения необходимого информационного доступа и соображений безопасности.

В 60–70-х и в начале 80-х годов в Европейском регионе имело место значительное увеличение числа больничных служб, которые, однако, с этого же времени испытывали все большие трудности. В странах Западной Европы стремление к сокращению расходов на

протяжении ряда лет привело многие страны к значительному сокращению числа больничных коек и к требованию повышения “продуктивности”. Интенсивная работа, увеличение стрессов и все большее нарушение в преемственности оказания медико-санитарной помощи – вот что было получено в итоге во многих стационарах.

В восточных частях Региона большое количество больничных коек – наследие политики в медико-санитарной сфере из прошлого – в сочетании с тяжелым экономическим кризисом на протяжении 90-х годов создало чрезвычайно трудную ситуацию, характеризующуюся обветшанием построек, износом оборудования, отсутствием основных поставок и невозможностью из-за отсутствия финансовых средств воспользоваться новыми достижениями в технологии больничного дела.

Задача 15 – Интегрированный сектор здравоохранения

К 2010 г. населению Региона должен быть обеспечен лучший доступ к первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на оказание помощи семье и общине, при поддержке гибкой и одновременно стабильной больничной системы.

Это предполагает:

- 15.1 наличие как минимум в 90% стран комплексных первичных медико-санитарных служб, обеспечивающих преемственность оказания медико-санитарных услуг посредством эффективной и оправданной с экономической точки зрения системы консультаций, с обеспечением обратной связи со стороны вторичного и третичного уровней больничных служб;
- 15.2 наличие по крайней мере в 90% стран службы семейных врачей и медицинских сестер, составляющих основу интегрированной первичной медико-санитарной помощи с использованием многопрофильных бригад со стороны сектора здравоохранения и социального сектора при участии местной общины;
- 15.3 наличие в 90% стран медико-санитарных служб, обеспечивающих индивидуальное участие отдельных граждан и признающих население в качестве одного из участников процесса оказания медико-санитарной помощи.

Предлагаемые стратегии

Как для Западной, так и для Восточной Европы единственный выход из создавшегося затруднительного положения в настоящее время состоит в том, чтобы иметь интегрированную систему оказания медико-санитарной помощи, в которой ПМСП готова к тому, чтобы решать все проблемы, которые можно решать на ее уровне, и где стационарная

помощь обеспечивается при невозможности решить эти проблемы на уровне ПМСП. Такой подход делает акцент на главном приоритете ПМСП и ставит своей целью использование имеющихся в обществе ресурсов таким образом, чтобы обеспечить максимально возможные положительные результаты для здоровья. Такая система содействует поощрению интегрированной первичной, вторичной и третичной помощи, которая экономически, политически и социально наиболее соответствует особым условиям того общества, в котором эта помощь предоставляется.

6.2.1 Функции интегрированных служб здравоохранения

Оценка потребностей

Функции медико-санитарной службы должны обеспечивать потребности общества при одновременной оценке этих потребностей с использованием методологии прикладной эпидемиологии в качестве основы планирования таких услуг и их оказания. Именно таким образом следует учитывать особые потребности детей, престарелых, “маргинализированных” социальных групп и всего населения (с учетом увеличения числа бездомных и других “десоциализированных” групп во всех странах).

Определенные таким образом приоритеты в отношении программ и мероприятий могут быть взаимосвязаны с различными функциями служб здравоохранения, такими, как укрепление здоровья, профилактика болезней, или с проблемами, выходящими за обычные рамки медико-санитарных служб, как, например, те, которые связаны с окружающей средой и социальными условиями в обществе.

Укрепление здоровья и профилактика болезней

Медико-санитарная помощь выходит за рамки диагностики и лечения, и с помощью укрепления здоровья и профилактики болезней она обеспечивает укрепление здоровья на протяжении всей жизни человека. Такие службы должны рассматривать человека с холистической точки зрения и заботиться о его общем физическом, психическом и социальном благополучии. Их можно легко интегрировать и предоставлять в рамках ПМСП.

Консультации по таким важным аспектам образа жизни, как питание, физическая нагрузка, употребление алкоголя, прекращение курения, наиболее эффективны тогда, когда они носят последовательный и непрерывный характер и предлагаются семьям и общинам на всех уровнях. Что касается охвата населения, то индивидуальные консультации могут быть предоставлены при самом обычном обращении в службы здравоохранения и независимо от конкретного повода. Соответствующие мероприятия по массовым обследованиям для выявления предрасположенности или ранних стадий заболевания должны проводиться в ПМСП на систематической основе так же, как и необходимые вакцинации.

БОРЬБА ЗА ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В Соединенном Королевстве интеграция задач в сфере национального здравоохранения в рамки регулирующей системы повлекла за собой составление контрактов с учетом как национальных задач, так и приоритетов в области здравоохранения на местном уровне. Кроме того, контракты, заключаемые с общепрактикующими врачами, включают положения о том, что они обязаны давать консультации своим пациентам в отношении укрепления их здоровья. Обеспечение услуг в отношении укрепления здоровья на основе контрактной основы привело к оценке медико-санитарных услуг, ориентированных на укрепление здоровья с точки зрения клинической и экономической эффективности. Это позволило также продемонстрировать тот факт, что прекращение курения и ориентированные на это меры на первичном уровне медико-санитарной помощи, такие, как короткие консультации и наставления, являются весьма эффективными с точки зрения затрат и улучшения здоровья населения.

Источники: Европейская реформа здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Серия региональных публикаций ВОЗ, Европейская серия, № 72); Buck, D. The cost-effectiveness of smoking cessation interventions: what do we know? (Оценка деятельности, направленной на прекращение курения, с точки зрения экономической эффективности: что нам известно об этом?) International journal of health education, 35(2): 44–52 (1997).

Переоценке должен быть подвергнут также вопрос о роли ПМСП в решении проблем гигиены окружающей среды. Странам в западной части Региона может потребоваться лучшая взаимосвязь и организационная поддержка для выполнения этой роли, в то время как в восточной части Региона требуется обеспечение лучшей интеграции, особенно с помощью санитарно-эпидемиологических служб в ННГ.

Диагностика и лечение

Следует добиваться также своевременной диагностики и эффективного лечения. Первая задача предполагает, что гражданское население и представители медицинских профессий должны располагать достаточными знаниями о болезнях, с которыми они могут столкнуться на различных этапах своей жизни, а также об их симптомах. Представители медицинских профессий должны готовиться с учетом того, чтобы во время консультаций, предоставляемых ими пациентам, они могли учитывать вероятность наличия соответствующих возрасту заболеваний.

Следование фрагментарной структуре помощи в отношении отдельных эпизодов заболеваний, осуществляемое зачастую различными специалистами, должно быть заменено интегрированной медико-санитарной помощью, характеризующейся как широтой охвата проблем, так и личной ответственностью, а также установлением доверительных рабочих отношений между теми, кто предоставляет медико-санитарную помощь, и населением – отношений, которые основывались бы на взаимном доверии. Особое внимание при этом должно быть уделено службам неотложной помощи для острых заболеваний, несчастных случаев и помощи при чрезвычайных обстоятельствах.

Реабилитация

Реабилитация предполагает прежде всего преемственность, диалог, непрерывное наблюдение и определенную меру настойчивости. Реабилитация является также функцией всех трех уровней медико-санитарной помощи. Специальные службы, такие, как физиотерапия, восстановление речи, а также служба профессиональной и социальной реабилитации, имеют свои жизненно важные функции.

Социальные и попечительские службы, выходящие за рамки обычной медико-санитарной помощи, также призваны сыграть важную роль в вопросах социальной реабилитации и в оказании поддержки больным, страдающим хроническими заболеваниями за счет предоставления консультативной помощи тем больным, которым необходима помощь для того, чтобы выполнять повседневные обязанности и выжить в сложных условиях общества сегодняшнего дня. ПМСП должна стать естественным центром для оказания на систематической основе услуг такого рода.

6.2.2 Организация интегрированных служб здравоохранения

Медико-санитарная помощь, ориентированная на семью

Как уже указывалось в главе 5, семьи являются основной ячейкой общества, в рамках которых те, кто предоставляет медико-санитарную помощь, могут не только оказать содействие при наличии соматических жалоб, но могут сделать это с учетом психологических и социальных аспектов состояния больного. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы те, кто оказывает ПМСП, хорошо знали условия среды, в которой живут их пациенты: их жилищные условия, семейные обстоятельства, условия работы, а также социальную и физическую среду, которая может оказывать значительное воздействие на заболевание. Если те, кто предоставляют медико-санитарную помощь, не будут знать этого, то определенные симптомы могут быть ими неверно интерпретированы и определенные заболевания могут остаться нераспознанными и нелечеными. Это может привести также к ненужным диагностическим и лечебным процедурам, увеличивая расходы и не решая при этом реальных проблем.

Обслуживание особых групп населения улучшает взаимоотношения между представителями медицинских профессий и населением. Характерной чертой для обеспечения полного набора всех видов медико-санитарных услуг является то, что каждый семейный врач и медицинская сестра должны обслуживать особую группу населения, соотносимую с определенным географическим районом или входящую в отдельный список. И в том, и в другом случае чрезвычайно важно обеспечить такое положение, при котором население может свободно выбирать медицинского работника, к которому они отнесутся как к "своему" из числа тех, кто работает в определенном районе. Установление такой взаимосвязи между представителями медицинских профессий и населением значительно

облегчает выполнение функций, оно также обеспечивает эффективность обслуживания, поскольку врачи могут гораздо быстрее провести диагностику какого-то заболевания у пациента, которого они знают на протяжении всей его жизни. Более того, преемственность медико-санитарной помощи обеспечивается в случае обращения одного и того же больного к одному и тому же медико-санитарному работнику на протяжении длительного времени.

Самопомощь

Как уже указывалось в разделе 4.4, укрепление здоровья может проводиться более успешно в случае, если системы здравоохранения признают тот действительный и потенциальный вклад, который может внести население в укрепление своего здоровья (самопомощь) и предоставят им для того необходимые возможности. Общество должно обеспечить своим гражданам обширную, точную и своевременную информацию по вопросам здоровья и медико-санитарной помощи через различные информационные каналы; информация сама по себе оказывает значительное воздействие на здоровье людей и то, как они используют службы медико-санитарной помощи.

Представители медико-санитарной профессии должны выступать в качестве посредников, наставников и советников для своих больных в вопросах их взаимоотношений с другими учреждениями, а также с социальными и другими связанными со здоровьем службами. Как на национальном, так и на местном уровне следует поощрять создание организаций пациентов и поддерживать их действия.

ПОРТУГАЛЬСКИЕ АПТЕКИ ПРЕДОСТАВЛЯЮТ НАСЕЛЕНИЮ КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ УСЛУГИ

Одной из таких консультативных служб является программа обмена использованных игл на новые, получившая название “Нет использованной игле”, направленная на предупреждение передачи ВИЧ (как половым путем, так и через кровь) среди наркоманов. Этот проект, в котором принимает участие 2500 аптек по всей стране, проводится с октября 1993 г. и в его рамках удалось добиться значительного успеха, как об этом свидетельствует большое число заменяемых шприцев и одобрение этого проекта лицами, употребляющими наркотики. Цель другой консультативной службы – помочь людям предупредить первичный и вторичный диабет посредством своевременной постановки диагноза и распространения среди людей знаний о здоровом образе жизни, который берут на вооружение многие “пациенты”. Европейский форум фармацевтических ассоциаций и Европейское региональное бюро ВОЗ (форум ЕВРОФАРМ) содействуют развёртыванию аналогичных проектов в ряде других стран.

Источники: Matias, L. & Teles, A. Португальская национальная фармацевтическая ассоциация (неопубликованные данные). Soares, M.A. et al. Лиссабон, госпиталь Святой Марии (неопубликованные данные).

Во многих странах появилась “мода” на использование “альтернативных” методов лечения и “целителей”. Холистическое восприятие человека с его правом на то, чтобы делать свободный выбор, признает и с пониманием относится, даже приветствует наличие

альтернативных видов медико-санитарной помощи наряду с обычной медициной. Вместе с тем, в этой области следует обеспечивать высокие этические стандарты для того, чтобы защитить потребителей от возможных злоупотреблений, и общественные средства следует расходовать лишь на те виды альтернативного лечения, положительное воздействие которых подтверждено научно.

Помощь на дому

Спрос на помощь на дому продолжает расти в соответствии с изменениями демографической структуры, улучшением технологий и спросом населения. Именно на дому чаще всего оказывается медико-санитарная помощь. Регулярные посещения на дому, осуществляемые работниками здравоохранения, играют существенную роль в укреплении здоровья и профилактике болезней. Наблюдение за хроническими больными или выздоравливающими пациентами обычно также имеет место на дому.

Службы ПМСП должны играть в этом отношении особую роль по отношению к населению, которое они обслуживают, объединяя усилия, а также информируя и консультируя его представителей, как сохранить свое здоровье и поддержать его, с обеспечением необходимой помощи на дому, осуществляемой с их участием.

Первичная медико-санитарная помощь должна оказывать также поддержку инвалидам с нарушениями физических функций и тем, кто страдает психическими заболеваниями, прилагая все усилия для того, чтобы предоставить им помощь, обеспечивающую нормальное существование в домашних условиях и, если это возможно, доступ к трудоустройству. Вместе с тем, те, кто в этом нуждаются, должны получать необходимую помощь на дому или в самых тяжелых случаях им следует обращаться в инвалидные дома, обеспечивающие сестринский уход. Программы охраны здоровья для отдельных групп населения должны учреждаться совместно службами здравоохранения, социальными службами, школами, неправительственными организациями, особенно, группами самопомощи.

И наконец, в заключение следует сказать о том, что службы ПМСП должны оказывать поддержку пожилым людям с учетом увеличения их числа и возрастающей социальной изоляции, а также тех проблем, которые возникают у тех, кто страдает от хронических заболеваний и инвалидности. ПМСП должна обеспечивать и координировать предоставление помощи для этой группы больных, включая уход на дому и, когда это необходимо, уход за ними в специальных учреждениях, таких, как дома по уходу за инвалидами. Инвалидные дома должны обеспечивать различную помощь отдельным группам больных: помощь и уход в дневное время, помощь и уход в ночное время; помощь на краткосрочной, долгосрочной основе также должна стать частью работы бригад ПМСП.

Школы и рабочие места

Как уже было отмечено в главе 5, школы и рабочие места требуют к себе гораздо большего внимания в качестве мест, где оказывается ПМСП. Школьные службы здравоохранения играют важнейшую оздоровительную, профилактическую, диагностическую и терапевтическую роль в отношении здоровья детей и их академических успехов.

Службы профессиональной гигиены занимаются вопросами взаимоотношений между определенными видами профессиональной деятельности и здоровьем. Рабочие места требуют особого внимания с точки зрения профилактических служб и безопасности условий труда. Несмотря на то, что работа этих служб осуществляется в отдельных организационных структурах, они тем не менее составляют часть ПМСП и должны поддерживать тесную взаимосвязь с другими местами, в которых предоставляется первичная медико-санитарная помощь.

Система консультаций и направлений для пациентов

Эффективная система консультаций требует хороших консультативных служб и механизма обратной связи между первичным, вторичным и третичным уровнями помощи. Далеко не все случаи обращений в службы ПМСП могут быть обеспечены необходимой помощью на этом уровне. Больные с осложнениями после заболеваний и в неотложных состояниях должны направляться к соответствующим специалистам своевременно, с тем чтобы избежать ненужных осложнений и последующей инвалидности. Умение распознавать такие случаи, которые требуют направления на другие уровни, принадлежит к числу важнейших навыков, которыми должны обладать все специалисты, работающие в ПМСП. Необходимым условием работы консультативных служб является свободный обмен информацией между первичным, вторичным и третичным уровнями помощи для того, чтобы обеспечить наблюдение за больным и преемственность помощи, поскольку на службы ПМСП возлагается ответственность за мониторинг состояния больного и оказание ему помощи на вторичном и третичном уровнях. Многие государства-члены пошли еще дальше в этом вопросе, настояв на том, чтобы первая консультация больного соответствующими службами здравоохранения была проведена в условиях ПМСП, которая в этом случае приобретает функции “контрольно-пропускного” характера. Такая система содействует повышению эффективности, поскольку ненужные или очень тщательные консультации на вторичном и третичном уровнях становятся ненужными. Учреждение такой системы контрольно-пропускного характера требует наличия хорошо подготовленных врачей, работающих в отлаженных службах ПМСП. При этом следует учитывать, что направление больных может осуществляться не только на вторичный и третичный уровни медико-санитарных служб, но также и к другим специалистам, работающим на уровне ПМСП, или в учреждения за пределами сектора здравоохранения, такие, например, как службы социальной помощи.

6.2.3 Учреждения первичной медико-санитарной помощи

Учреждения ПМСП обеспечивают взаимосвязь различных подразделений, в которых работают службы здравоохранения и службы других секторов. Наличие таких возможностей, как “групповая практика”, а также таких учреждений, как поликлиники и центры здоровья, или других мест, где происходит первый контакт больного со службой, играют основополагающую роль в осуществлении главных функций ПМСП, обеспечивая совместную работу многопрофильной бригады здравоохранения, местных учреждений и неправительственных организаций, местных школ, средств массовой информации и других участников за счет использования многопрофильного подхода к решению проблем, которые того заслуживают.

6.2.4 Больницы

Вторичный и третичный уровни оказывают поддержку службам ПМСП за счет обоснованной с профессиональной точки зрения диагностики, лечения и реабилитации. В большинстве государств-членов вторичный и третичный уровни помощи обеспечивают поддержку и содействие первичной медико-санитарной помощи, концентрируя свои усилия на тех функциях, которые не могут быть ею осуществлены. Те же больные, которые могут получить клинически обоснованную помощь в условиях ПМСП, должны получать ее именно там.

Планирование вторичных и третичных видов помощи и учреждений в соответствии с принципами “регионализованной” системы с учетом нужд населения позволяет добиться более рационального использования дорогих технологий и экспертных знаний высококвалифицированных специалистов. В этом отношении руководители региональных учреждений здравоохранения и больниц должны располагать гораздо большим объемом информации в отношении потребностей, связанных со здоровьем, того населения, которое они обслуживают, с тем чтобы спланировать рациональным образом “иерархию” соответствующих служб и решить вопрос о том, насколько эффективно решаются определенные проблемы. Это требует также наличия лучшей информационной и управленческой системы, охватывающей как оказание медико-санитарной помощи пациентам, так и решение административных проблем.

Для рационализации использования вторичного и третичного уровней служб медико-санитарной помощи следует добиваться внедрения “заменительных подходов” при направлении пациентов на другие уровни, что позволяет менять местоположение служб для диагностики и лечения и использовать другие имеющиеся условия в дополнение к обычным больничным службам, а также обеспечивает перераспределение функций между представителями медико-санитарных профессий. Наиболее распространенным предметом

для дискуссии в этой связи было уменьшение числа пациентов, которым необходимо пребывание в стационаре в ночное время. “Дневные стационары” или стационары короткого пребывания, а также “стационары бескоечного фонда” охватывают службы, которые обеспечивают более короткую амбулаторную помощь. Термин “стационар на дому” был использован также для описания специальных, находящихся за пределами стационаров служб (например, для хронических больных, для которых гемодиализ производится на дому). В восточной части Региона на повестке дня стоит вопрос сокращения большого числа больничных коек; вместе с тем, это сокращение следует проводить параллельно с внедрением соответствующей замены.

Стационары в Европейском регионе сегодня зачастую обеспечивают помощь пациентам как с острыми, так и хроническими состояниями. Однако следует проводить различие между этими двумя категориями, с тем чтобы обеспечить оптимальное использование ресурсов и специалистов. Больницы по оказанию неотложной помощи должны обеспечивать такую помощь и иметь возможность в особо сложных случаях обращаться в стационары для диагностики, лечения и реабилитации. В противовес этому учреждения, рассчитанные на длительное пребывание в них хронических больных, и другие учреждения, где больные находятся длительное время, должны постараться обеспечить близкие к домашней обстановке условия наряду с обеспечением соответствующей помощи в связи с особыми запросами тех, кто находится на их попечении. Такие учреждения не должны быть слишком большими и, как представляется, они могут составлять часть служб ПМСП или служб социального сектора, но не стационара.

Помимо расходов на персонал, эксплуатационные расходы таких больниц значительно возрастают за счет затрат на поддержание инфраструктуры с учетом того, что безопасность оборудования, службы по переработке и удалению отходов и другие физические и технические потребности требуют постоянного усовершенствования. Это является еще одним основанием для внедрения наиболее эффективных с точки зрения экономической альтернативы возможностей ПМСП вместо дорогостоящих больничных учреждений в тех случаях, когда это клинически оправдано.

6.3 Обеспечение качественных результатов медико-санитарных вмешательств

Развитие здравоохранения призвано обеспечить улучшение здоровья и систематическую оценку результатов медико-санитарных вмешательств в Регионе в целом, равно как и для отдельных государств-членов, что регулярно практиковалось начиная с 1984 г. за счет использования ориентированных на результаты показателей ЗДВ в соответствии с каждой из региональных задач ЗДВ. Вместе с тем, следует отметить, что

лишь некоторые страны определили собственные специфические задачи и показатели, и слишком немногие из них использовали показатели результативности медико-санитарного обслуживания в качестве важнейшего параметра для руководства сектором здравоохранения. В небольшом количестве стран до сих пор эти результаты используются в качестве основного параметра для руководства лишь отдельными учреждениями системы здравоохранения. Ни одна страна, будь то в Европейском регионе или еще где-либо, не располагает сегодня системой, которая позволяла бы клиницистам за счет непрерывной обратной связи получать информацию о результатах лечения больных.

Существующее положение дел свидетельствует об очень серьезном пробеле в самой философии и практике руководства системами медико-санитарной помощи. Этот недостаток мешает соответствующей ориентировке систем здравоохранения и приводит к тому, что значительная часть медико-санитарных вмешательств в Европейском регионе сегодня производится на уровне ниже предполагаемого; это также сказывается на бесполезном расходовании имеющихся ресурсов. Основной вызов, брошенный всем медико-санитарным службам государств-членов Европейского региона, заключается в том, чтобы изменить ориентацию в вопросах руководства службами здравоохранения в направлении точного измерения результатов различных вмешательств и того, как они сказываются на здоровье населения; использование показателей результатов медико-санитарных вмешательств дает единую концепцию для реализации этой возможности.

До недавнего времени считалось, что обладающие необходимой подготовкой врачи и другие медико-санитарные работники, которые располагали на систематической основе информацией в отношении научных достижений и работали в хорошо оборудованных учреждениях, могут автоматически обеспечивать предоставление унифицированной медико-санитарной помощи высокого качества. Вместе с тем, значительные данные, которые сегодня имеются в наличии, показывают, что это не так и что, несмотря на наличие необходимых знаний, имеются очень большие (а порой огромные) расхождения в результатах медико-санитарной помощи. Такие различия по результатам лечения обнаруживаются не только между странами или районами отдельных стран, но также и между отдельными учреждениями, больничными отделениями и частнопрактикующими врачами.

Информационные системы на всех уровнях призваны обеспечивать поддержку в вопросах руководства и постоянного улучшения качества. Вместе с тем, в Европейском регионе практически все учреждения здравоохранения, равно как и отдельные врачи, не располагают даже основной информацией в отношении качества помощи, которую они обеспечивают на практике. Положение дел представляется несколько лучше в отношении информации, получаемой от населения, поскольку (свыше 200) региональных показателей ЗДВ, согласованных с государствами-членами в 1984 г., позволили создать уникальную базу данных для сопоставления различных стратегий в сфере здравоохранения.

Задача 16 – Вопросы руководства и обеспечение качества медико-санитарной помощи

К 2010 г. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ ДОБИТЬСЯ ТАКОГО ПОЛОЖЕНИЯ, ЧТОБЫ РУКОВОДСТВО СЕКТОРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ОТ ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА НАСЕЛЕНИЕ ПРОГРАММ ДО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ НА КЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ – БЫЛО ОРИЕНТИРОВАНО НА КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Это предполагает:

- 16.1 оценку эффективности основных стратегий общественного здравоохранения с точки зрения результатов деятельности медико-санитарных служб и решений, касающихся альтернативных стратегий, для разрешения отдельных проблем на основе сопоставления результатов лечения и их экономической эффективности;
- 16.2 наличие во всех странах национального механизма для непрерывного мониторинга и совершенствования качества медико-санитарной помощи по крайней мере в отношении десяти основных заболеваний, с оценкой результатов лечения, экономической эффективности и степени удовлетворения пациентов;
- 16.3 результаты лечения по крайней мере пяти из вышеупомянутых болезней должны указывать на значительные улучшения, а проводимые опросы – свидетельствовать о росте удовлетворенности пациентов качеством полученного медико-санитарного обслуживания и об уважении прав самих пациентов.

Предлагаемые стратегии

Качество означает степень совершенства, и совершенствование качества не должно рассматриваться в качестве меры административного контроля для обеспечения определенного заданного уровня качества, скорее оно должно рассматриваться как динамический процесс, который содействует непрерывному новаторскому улучшению результатов медико-санитарных вмешательств. С учетом этого необходимо, чтобы службы здравоохранения были организованы таким образом, чтобы результаты лечения стали бы главным параметром при определении как самого вклада, так и используемых процессов и оценки результатов. Весь этот процесс в качестве конечной своей цели должен быть ориентирован на улучшение здоровья, удовлетворение пациента и экономическую целесообразность в противовес традиционной практике руководства, в которой вся система рассматривалась в соответствии с внутренней перспективой и планами, которые разрабатывались соразмерно вкладам.

Политика – национальная и профессиональная

Первое требование заключается в разработке общей политики для страны, которая придерживается вышеназванных принципов, и Европейское региональное бюро ВОЗ работает с национальными администрациями здравоохранения и профессиональными организациями для разработки такой модели (см. ниже).

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА НЕПРЕРЫВНОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Обеспечение качества при оказании медико-санитарных услуг рассматривается целым рядом стран в качестве основы национальной политики по вопросам качества медико-санитарной помощи. Такая политика была разработана с помощью ВОЗ в Дании (1993 г.), Бельгии (1995 г.), а также в Словении и Польше и находится в стадии осуществления и/или разработки в Венгрии, Литве и других странах. В Дании разработка политики сопровождалась созданием многочисленных новых баз данных и совершенствованием критериев качества, основанных на достоверных данных. Европейский форум национальных медицинских ассоциаций (НМА) и ВОЗ разработали и обеспечили утверждение модели политики в отношении качества медико-санитарной помощи для НМА, которые соответствуют национальной политике, и в настоящее время оказывают содействие в ее реализации среди членов организации.

Источники: Blomhøj, G. et al. *Continuous quality development: a proposed national policy*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (документ EUR/ICP/CLR 059); Borgions, J. et al. *Développement continu de la qualité des soins: Proposition de politique nationale*. Брюссель, Министерство здравоохранения и окружающей среды и Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 1995 г.; *Recommendations for national medical associations regarding quality of care development. Medisch Contact*, 38: 166 (1993).

Показатели результативности

Основной минимум основных и поддающихся измерению показателей результативности – и особенно показателей результативности медико-санитарных вмешательств – должен быть разработан в поддержку целого перечня действий в сфере общественного здравоохранения и индивидуальной клинической помощи; для их использования следует заручиться также международным согласием (чтобы извлечь уроки из опыта международных сопоставлений), осуществляя их непрерывный мониторинг и оценивая их в качестве части обычной деятельности медико-санитарных служб. Для любой программы здравоохранения такие показатели результативности, научно обоснованные и апробированные на практике, должны охватывать различные аспекты медико-санитарной помощи (укрепление здоровья, профилактику болезней, лечение и реабилитацию) и использоваться для определения относительной ценности каждого из показателей при планировании и осуществлении руководства программами.

Показатели результативности позволяют судить об эффективности медико-санитарного вмешательства и их следует использовать для мониторинга повседневной обычной помощи, которая оказывается больным, а также для оценки новых диагностических и терапевтических технологий (включая новые фармацевтические препараты и медицинское оборудование) как во время их испытаний, так и последующего использования. Эти показатели могут стать также важным инструментом новых технологий управления, таких, как мониторинг контрактных соглашений между “поставщиками” и потребителями медико-санитарных услуг. Это имеет также определенное значение для работы экспертов по вопросам руководства службами общественного здравоохранения (см. раздел 6.5 ниже).

Непрерывное совершенствование качества (с использованием документально подтвержденных результатов и основанное на неопровержимых данных) содействует более эффективному использованию диагностических и лечебных процедур, а также снижению неоправданных расходов на определенные процедуры и фармацевтические препараты.

Обучение и подготовка работников здравоохранения должны дать им навыки, необходимые для того, чтобы они стали активными участниками этого процесса, обеспечив их при этом возможностями и средствами для оценки качества и результатов их клинической деятельности по улучшению медико-санитарной помощи.

Медико-санитарная помощь, основанная на фактических данных

Качество должно оцениваться на основе фактических данных с определением наилучших результатов за счет использования научной информации. Любые виды медицинского вмешательства (будь то в службах здравоохранения или в медико-санитарной помощи как таковой) должны быть основаны на научно подтвержденных данных. Попытки на систематической основе производить тестирование таких данных в отношении разных типов вмешательства и обеспечить их принятие теми, кто предоставляет медико-санитарные услуги, являются, с учетом этого, важнейшим начинанием.

Исходя из вышеизложенного, трудно переоценить значение обзора и синтезирования результатов научных исследований, создания регистров и баз данных, основанных на показателях результатов лечения, а также распространения полученных данных среди тех, кто принимает решения и обеспечивает медико-санитарную помощь, а также среди “потребителей”. Полученные при этом данные следует рассматривать как “эталон” лучшей практики или пример, которому другие могут следовать или постараться его превзойти.

Руководства для клинической практики должны создаваться на основе наилучших полученных результатов; при этом они должны “принадлежать” тем, кто ими будет пользоваться и их следует периодически обновлять с тем, чтобы они не устаревали.

Динамичный поиск с целью улучшения положения дел должен исходить как от основных научных исследований, так и из новаторских приемов повседневной практики.

ПРОГРАММЫ С ЧЕТКИМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЗАДАЧ, ОСНОВАННЫЕ НА НАДЕЖНЫХ ИСХОДНЫХ ДАННЫХ, ПРИВОДЯТ К СТАБИЛЬНОМУ УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Программа по выявлению и лечению связанных с диабетом ретинопатий в соответствии с задачами Сент-Винсентской декларации, осуществленная в Стокгольме, Швеция, дала отличные результаты: на протяжении десяти лет показатели в отношении утраты зрения в этом районе сократились на 60%. Можно предположить, что такая программа может быть очень успешной и в других регионах, поскольку этот проект был осуществлен в стране, которая уже располагает современной отлаженной системой оказания медико-санитарной помощи.

Такие программы должны составляться на основе надежных исходных клинических данных. Норвежский регистр патологий тазобедренного сустава, который был создан Норвежским обществом ортопедов, привел к обеспечению полной регистрации всех хирургических процедур, связанных с заменой головки тазобедренного сустава. Собранные данные направляются обратно в участвующие центры в деперсонифицированном виде. Осуществление этих мероприятий позволило обеспечить более целенаправленный подход для развития и совершенствования хирургической помощи при операциях на шейке бедра в Норвегии, поскольку все необходимые материалы были получены за счет "реальных" данных. Так например, наличие базы данных в значительной степени содействовало унификации медицинских процедур, используемых в операциях такого рода, за счет чего удалось обеспечить лучшее качество помощи.

Источники: Stæhr Johansen, K. et al. Improving health of people with diabetes: The "End of the Beginning". *Diabetes nutrition and metabolism*, 10(3): (1997); Bäcklund, L.B. et al. New blindness in diabetes reduced by more than one-third in Stockholm county. *Diabetic Medicine*, 14: 732–740 (1997); L.I. Havelin, M.D., Chairman, Norwegian Hip Register (личное сообщение), 1998 г.

Информационные системы

Главной стратегией по улучшению качества должно стать создание информационной системы на клиническом уровне с обеспечением обратной связи с отдельными представителями медицинской профессии по результатам лечения, которое они проводят (см. также раздел 7.2.2). Информационная система такого рода должна быть спроектирована таким образом, чтобы позволить отдельным специалистам проводить сопоставление результатов лечения на анонимной основе (поскольку в противном случае предоставляемая информация будет менее точной и ориентированной на защиту существующей системы). Как показывает опыт, это может незамедлительно оказать значительное положительное воздействие на качество помощи, предоставляемой отдельными специалистами, которые, осознав, что их работа и используемые технологии не соответствуют оптимальным возможностям, получают необходимую этическую императиву для перемен к лучшему.

Системы такого рода предоставляют уникальную возможность для выявления тех, кто достигает наилучших результатов с точки зрения результативности самого лечения. Удивительным может показаться то, что в эту категорию не всегда попадают те, кого считают лучшим, но к ней могут быть отнесены лица, которые следуют новейшим методикам, проявляют больше участия к своим пациентам или более тщательно выполняют свои обязанности. Это меняет всю концепцию и обеспечивает переход от удостоверения качества к совершенствованию качества, тем более, что результаты лучших специалистов содействуют тому, чтобы “подтянуть” отстающих. Такой подход открывает возможности для проникновения новых идей и превращает стремление добиться лучшего качества в динамический процесс, при котором работа отличного качества получает незамедлительное признание.

На основе информации по вопросу о качестве, представляемой в качестве сводных данных по отношению ко всему населению (т.е. местной общины, графства, региона или страны в целом), следует определить задачи по улучшению качества, исходя из определенных сроков и на основе согласованных показателей качества.

Удовлетворенность пациентов

Пациенты могут получить возможность участвовать в оценке качества медико-санитарной помощи при наличии у них необходимой для того информации. Участие общины в принятии решений, касающихся здоровья, должно быть обеспечено на всех уровнях. Многие группы самопомощи и организации пациентов уже были учреждены (ассоциации больных хронической почечной недостаточностью, гемофилией, талассемией, диабетом, астмой и ассоциация родственников больных, страдающих от психических расстройств); они играют сегодня чрезвычайно важную роль в качестве активных поборников улучшения работы служб. Они могут внести существенный вклад в работу по обеспечению мониторинга качества служб и для улучшения курса лечения определенных патологий; этот процесс может идти параллельно и иногда дублировать какие-то меры в отношении контроля качества внутри самого сектора здравоохранения.

Население – так же как и работники здравоохранения и те, кто оплачивает медицинские услуги – должно иметь доступ к соответствующей информации, так как только при этом условии люди смогут сделать сознательный выбор, необходимый для обеспечения содержательного диалога со специалистами, а также принять правильное решение относительно того, как им следует “организовать свою жизнь” во время болезни или лечения. Одна из главных задач системы здравоохранения в будущем должна состоять в том, чтобы обеспечивать граждан и пациентов информацией для того, чтобы дать им возможность принимать участие в решениях, касающихся улучшения их здоровья.

Во многих европейских странах уже принято специальное законодательство по правам пациентов. Другой подход может состоять в осуществлении уже принятой Хартии по правам пациентов. Декларация о развитии прав пациентов в Европе (Амстердам, 1994 г.) предоставляет необходимые структурные рамки для стран, которые желают следовать по этому пути. Возможно, наиболее значительным итогом осуществления этой тенденции является то, что больные лучше понимают вопросы, связанные с состоянием здоровья и лечением, а специалисты здравоохранения относятся с большим уважением к потребителям и взглядам своим пациентов и получают возможность оказать им большую поддержку при лечении конкретного заболевания.

6.3.1 Использование различных методов руководства для достижения необходимых результатов

Гибкость в вопросах руководства

Более высокая степень децентрализации в вопросах руководства может обеспечить очень много с точки зрения улучшения деятельности служб здравоохранения. Расширение автономии также сочетается с конкурентоспособностью; причем последняя может развиваться за счет предоставления большей свободы выбора самим пациентам и посредством механизмов ассигнования ресурсов с учетом показателей качества.

Контрактные соглашения между теми, кто предоставляет и пользуется услугами медико-санитарной помощи, также могут рассматриваться в качестве полезных приемов. Оплачивающий медико-санитарную помощь может сконцентрировать свое внимание на определении потребностей населения и их обеспечении посредством системы координированных контрактов, обеспечивающих необходимый перечень служб и специалистов. Такая конкуренция между теми, кто предоставляет помощь, сочетается также с регионализированной системой, но только в том случае, если те, кто заключают контракт, имеют последовательную в стратегическом отношении структуру, и обеспечивается необходимое сотрудничество между теми, кто помощь предоставляет. С помощью контрактов можно также оказать поддержку совершенствованию качества в том случае, когда показатели качества учитываются при выставлении счета за предоставленные услуги третьей стороне. Однако в таких случаях необходимо обеспечивать конфиденциальность информации в отношении специалистов. Сводное представление данных для населения может также рассматриваться как еще один вклад в интересах здоровья и оценки медико-санитарной помощи с перспективой дальнейшего установления определенных задач и контрактных услуг с учетом дальнейшего улучшения качества.

При этом следует иметь в виду, что на деле именно специалисты здравоохранения, а не руководители принимают окончательное решение в отношении того, что с клинической точки зрения необходимо осуществить в отношении отдельных пациентов, поэтому

руководители должны внимательно относиться как к точке зрения пациента, так и специалиста. Информационные технологии также могут оказать поддержку в решении вопросов качества медико-санитарной помощи и эффективности диагностических и терапевтических подразделений. Лучшая взаимосвязь между стационарами и ПМСП обеспечивает также преемственность самой помощи.

6.3.2 Планирование как необходимое условие для достижения положительных результатов

Необходимо иметь в наличии надежные механизмы планирования, чтобы обеспечить получение хороших результатов в качестве главной цели. Для получения желаемых результатов надо определить не только характер вклада, но и сами процессы, с тем чтобы обеспечить удовлетворение пациентов и необходимую экономическую эффективность. С учетом всех трех названных направлений окончательный выбор должен быть сделан в пользу результатов для здоровья как наиболее эффективного инструмента для достижения двух других. Процесс этот предполагает содействие непрерывному усовершенствованию качества, что требует подготовки всех специалистов в области коммуникационных технологий, готовности работать для удовлетворения пациентов, памятуя при этом об экономической целесообразности выбранных видов вмешательства.

Планирование кадровых ресурсов также должно осуществляться таким образом, чтобы добиться желаемого результата. С учетом этого обучение и подготовка кадров обеспечивают их необходимыми знаниями для выполнения поставленных задач, а также навыками для измерения и оценки результатов.

Выделение финансовых ресурсов должно отражать полученные результаты и включать инициативы и стимулы для улучшения качества помощи. Выбор соответствующей технологии, обеспечение фармацевтическими препаратами, равно как и физическая инфраструктура, также должны быть спланированы соответствующим образом.

6.4 Финансирование и выделение ресурсов на медицинские службы и медико-санитарную помощь

6.4.1 Финансовые ресурсы

Уровень финансирования

Наличие необходимых финансовых ресурсов является неременным условием для функционирования служб здравоохранения и предоставления медико-санитарных услуг.

Расходы на здравоохранение в качестве процента от ВВП зависят во многом от экономического положения страны, и показатели для Региона составляет сегодня от 3,1% до 10,7%. Очевидно, что в некоторых странах Региона расходы на здравоохранение, как таковые, являются просто неадекватными, даже для обеспечения разумных потребностей населения. Во многих странах укрепление здоровья и профилактика болезней также финансируются недостаточно. При этом зачастую меры, направленные на сдерживание расходов, были ориентированы на пациентов и тех, кто пользуется услугами медико-санитарной помощи, а не на сами учреждения здравоохранения и тех, кто эту помощь предоставляет.

Существующие в Регионе тенденции указывают на вероятность того, что дополнительные ресурсы и средства будут направлены на потребности гуманитарного развития человека и особенно на здравоохранение, образование и культуру. Медико-санитарная помощь требует постоянных капиталовложений в здравоохранение.

Необходимые ресурсы могут быть получены для этого при условии обращения особого внимания на вопросы качества медико-санитарной помощи, а также на вопросы планирования и руководства сектором здравоохранения в целом, с учетом удельного веса таких составляющих компонентов, как укрепление здоровья, профилактика болезней, диагностика/лечение, реабилитация и медико-санитарная помощь. Указанные средства могут затем быть использованы также для капиталовложений в новые сферы, предусматривающие использование более эффективных (но зачастую и более дорогих) новых технологий, а также для оказания медико-санитарной помощи увеличивающемуся числу пожилых людей.

Источники финансирования

Источники финансирования различаются от страны к стране и включают все разнообразие возможных подходов: от систем, основанных на сборе налогов, и тех, которые основаны на системах страхования. В настоящее время ведутся споры о том, каким образом лучше всего осуществлять финансирование служб, с тем чтобы обеспечить всеобщий доступ и финансовую устойчивость. Как представляется, соединение двух систем позволит добиться желаемого. Страны в восточной части Региона в большинстве своем приняли подходы, основанные на налоговых системах, хотя в некоторых из них осуществляется также внедрение системы страхования здоровья. Другие страны, особенно в южной части Региона, находятся на этапе перехода от систем, основанных на системе страхования, к системам, основанным на налоговых отчислениях.

Частные системы страхования зачастую действуют таким образом, который пагубно сказывается на системе социальной солидарности, используя шкалу индивидуальных показателей риска – наиболее ненадежный вид страхования. В этих случаях основу выплат

отдельного лица в страховую компанию составляют скорректированные на фактор риска взносы, которые являются отражением состояния его или ее здоровья. Система, основанная на конкуренции между частными страховыми компаниями, нарушает принцип равенства и солидарности, если сотрудники таких компаний будут ориентированы лишь на удовлетворяющие их факторы риска.

Выделение финансовых ресурсов

Выделение ресурсов должно производиться с учетом потребностей и приоритетов общества. При этом следует дифференцировать между географическими районами и службами, а также между различными формами лечения, решая вопрос о том, насколько обоснованным является включение новых или дорогих технологий.

В ответ на выраженное беспокойство в отношении того, каким образом лучше всего следует производить распределение финансовых средств между учреждениями и службами, с тем чтобы увеличить в максимальной степени получаемые для здоровья преимущества и сократить расходы, в ряде стран в последние годы перешли к практике определения приоритетов на более систематичной и четкой основе. Установление приоритетов предполагает несколько уровней ответственности, начиная с тех, кто отвечает за общее финансирование служб здравоохранения с учетом других заявок на ресурсы, а также тех, кто отвечает за лечение отдельных больных. Ряд стран Региона перешел от модели интегрированной формы медико-санитарного обслуживания к модели, в которой предусмотрено разделение общественных и других организаций, выступающих в качестве “третьей стороны”, которая оплачивает услуги тех, кто предоставляет саму помощь.

Географическое распределение ресурсов по большей части также не соответствует реальным потребностям, особенно в восточной части Региона, где принятые в инфраструктурах стандарты содействуют скорее предоставлению излишней помощи, чем обеспечению реальных нужд.

Оплата труда медицинских работников

В настоящее время в странах Европейского региона используются три различные системы для оплаты труда врачей первичной медико-санитарной помощи – заработная плата, подушная оплата (т.е. установленная ежегодная выплата за каждого пациента, которого врач обеспечивает помощью на постоянной основе) и оплата отдельных услуг. Специальные ассигнования для поощрительных выплат за хорошую работу могут сочетаться с любой из этих трех систем. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки, но ни одна сама по себе не может обеспечить всех задач политики.

Те, кто предоставляют вторичную и третичную помощь, должны получать свою зарплату с учетом необходимости сдерживать расходы и производить лишь обоснованные выплаты с точки зрения здравоохранения. Традиционные подходы к оплате услуг стационаров (основанные на определенных показателях затрат, таких, как больничная койка, в противовес учету результатов лечения) не являются наилучшим способом обеспечения достижения этих целей, а ретроспективная система больничных выплат, основанная на объеме оказанных услуг, оказывается слишком расплывчатой для того, чтобы обеспечить возможность контролировать расходы и степень использования имеющихся возможностей.

ЗАДАЧА 17 – ФИНАНСИРОВАНИЕ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ

К 2010 г. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ СТАБИЛЬНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ ДЛЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОСНОВАННЫХ НА ПРИНЦИПАХ РАВНОГО ДОСТУПА, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, СОЛИДАРНОСТИ И ОПТИМАЛЬНОГО КАЧЕСТВА.

Это предполагает:

- 17.1 адекватное расходование средств на службы здравоохранения, с учетом необходимого соответствия потребностям населения;
- 17.2 распределение ресурсов между охраной и укреплением здоровья, лечением и медико-санитарной помощью, с учетом результатов экономической эффективности и имеющихся данных;
- 17.3 финансирование систем здравоохранения, гарантирующее универсальный охват и соблюдение принципов солидарности и стабильности.

Устойчивое финансирование служб здравоохранения

Уровень финансирования, необходимый для нормального функционирования службы здравоохранения, трудно определить совершенно точно, и совсем непросто обеспечить взаимосвязь этого уровня финансирования с имеющимся опытом определенной страны по части национального здравоохранения. Вне сомнения, выделяемая сумма ассигнований должна быть “посильной” для страны и достаточно большой, чтобы обеспечить потребности, связанные с укреплением здоровья и предоставлением эффективной и высококвалифицированной помощи. Эти задачи оказывается проще сформулировать, но гораздо труднее осуществить на практике. Тем не менее, сопоставительный анализ накопленного в Европе в настоящее время опыта показывает, что 7–10% ВВП составляют разумный показатель с учетом потенциала системы здравоохранения и осуществляемых его функций, допуская, разумеется, что общий уровень ВВП является достаточно высоким. При этом следует учитывать, что в большинстве стран наблюдается в настоящее время

тенденция к увеличению доли ассигнований на укрепление здоровья и профилактику болезней, а также на ПМСП.

Следует отметить, что приведенный выше показатель носит весьма условный характер; отдельные страны должны сами определить наилучший возможный и приемлемый для них уровень ассигнований, исходя из своих экономических ресурсов, опыта по части здравоохранения и необходимости в укреплении здоровья и предоставления эффективной и высококачественной помощи.

Совместное финансирование и вопросы солидарности

Независимо от общей методологии финансирования правительства в качестве избранных представителей своего народа несут ответственность за обеспечение необходимой солидарности и всеобщего доступа к службам здравоохранения, так же как и за сдерживание общих расходов. Правительства придерживаются разных точек зрения в этом вопросе, например, в том, что касается основного источника средств (в странах, где за основу берется налоговая система) или в качестве органа, отвечающего за регулирование размеров взносов (в странах, где существуют системы социального страхования). В том и другом случае их роль в вопросах обеспечения всеобщего доступа и солидарности остается основополагающей и ее нельзя игнорировать.

Для поощрения совместного финансирования следует предпринять необходимые меры, будь то за счет налогообложения или страхования в интересах обеспечения солидарности и единого деноминатора факторов риска. Основную проблему в странах, занятых трансформацией своих систем финансирования, составляет проблема взвешенного подхода с учетом, с одной стороны, принципа солидарности, а с другой, – настоятельного требования о внедрении механизмов конкуренции, которые, как считается, должны содействовать улучшению качества помощи и эффективности использования ресурсов. С точки зрения солидарности, определенные наличные платежи в месте предоставления услуг являются наиболее регрессивной формой оплаты за медико-санитарную помощь, поскольку они составляют значительную долю дохода для бедных, которые являются также активными потребителями медико-санитарных услуг. Как показывает коллективный опыт, ни одна реформа финансирования не должна проводиться в жизнь, если она наносит “урон” концепции солидарности как таковой.

В тех случаях, когда страны, находящиеся на переходном этапе к рыночной экономике, хотят перейти на модель финансирования на основе социального страхования, следует быть особенно осторожным с внедрением такой системы, чтобы сложные учрежденческие и технологические структуры, необходимые для управления такой системой, могли функционировать должным образом.

Вопросы рынка и медико-санитарной помощи

Данные, полученные из стран Западной и Восточной Европы, указывают на то, что нерегулируемые рынки не могут сочетаться с самим понятием здоровья как социальной ценности. Рыночные механизмы в сфере медико-санитарных услуг имеют гораздо больше шансов преуспеть с точки зрения как финансовой, так и организационной, если они будут нацелены на стационары и врачей; в противовес этому, попытки создать конкуренцию среди многочисленных частных страховых учреждений, равно как и стремление получить более высокие ставки выплат от самих пациентов, оказались менее эффективными.

Если мы хотим добиться того, чтобы механизмы рынка хорошо работали в отношении тех, кто предоставляет помощь, то государству необходимо не только регулировать эти взаимоотношения, но и направлять эту работу. С учетом разнообразия форм собственности, частных и общественных, в сфере учреждений, предоставляющих медико-санитарное обслуживание в странах Европы, вопросы эффективности и равенства доступа требуют постоянного внимания со стороны государства.

Источник: Saltman, R.B & Figueras, J. *European health care reform. Analysis of current strategies.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 72).

Распределение ресурсов в соответствии с потребностями

Имеющиеся данные указывают на то, что стратегические подходы к распределению ресурсов и определению приоритетов являются необходимыми, с тем чтобы обеспечить координацию принимаемых решений на различных уровнях, чему должно предшествовать проведение общественного обсуждения и принятие решений в отношении ценностей и принципов, которым надлежит следовать при определении потребностей и приоритетов. Широкое обсуждение (с участием правительства, служб здравоохранения, тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь, а также общественности и пациентов) по этическим, политическим и социальным вопросам, которые должны быть разрешены, должно предшествовать принимаемому решению в отношении распределения ресурсов. Любому установлению квот в вопросах доступа к необходимым службам должно предшествовать глубокое изучение общей организации, а также вопросов стоимости и эффективности служб и предоставляемых видов помощи.

Специальная формула для ассигнования ресурсов на основе потребностей была внедрена в ряде стран западной части Региона; такая же модель сегодня создается в некоторых странах восточной части Европы с уделением особого внимания вопросам географического распределения ресурсов и служб.

Система контрактных услуг представляет собой механизм, являющийся альтернативой традиционных моделей в распределении ресурсов. Участие третьей стороны, т.е. тех, кто оплачивает помощь, а также тех, кто ее предоставляет, является чрезвычайно

важным для обеспечения четкого распределения обязанностей и определения экономической мотивации при выполнении упомянутых обязательств. На основе обширного опыта, имеющегося в системах страхования здоровья, четыре главных аргумента были предложены в качестве обоснования для внедрения контрактного подхода в системы, основанные на сборе налогов:

- для поощрения децентрализации;
- для улучшения работы тех, кто обеспечивает услуги;
- для улучшения планирования служб здравоохранения и улучшения помощи;
- для совершенствования в вопросах руководства.

Контрактная система обеспечивает содействие равенству доступа с помощью оценки потребностей и распределения ресурсов на приоритетной основе прежде всего в интересах групп, не получающих достаточного обслуживания. Роль правительств должна состоять в том, чтобы обеспечить равноправие в вопросах доступа для того, чтобы избежать акцента на создании выгодных с экономической точки зрения, но не столь эффективных служб.

Оплата услуг с учетом поощрительных надбавок за высокое качество предоставляемой помощи

Оплата работы тех, кто предоставляет ПМСП

Система вознаграждения для тех, кто предоставляет ПМСП, должна содействовать получению наилучших возможных результатов в отношении здоровья. Оптимальная система оплаты услуг в ПМСП должна также обеспечивать следующее: финансовое обеспечение различных компонентов ПМСП в рамках общих расходов на национальное здравоохранение; сбалансированное сочетание работы по укреплению здоровья, профилактике болезней, лечению и реабилитации; свободный выбор конкретного специалиста (медицинской сестры, врача стационара) для всех; четкую структуру вознаграждения, выплачиваемого работникам здравоохранения при коррективах, учитывающих характер нагрузки и профессиональные заслуги; признание ответственности специалиста, предоставляющего медико-санитарную помощь, и его подотчетности перед населением, а также реагирование на потребности общины, семьи и отдельных лиц; содействие тесному сотрудничеству между различными представителями медико-санитарных профессий; демократическую систему принятия решений. И наконец, следует сказать о том, что существующая система должна учитывать как целеустремленность, так и гибкость руководства для обеспечения непрерывного усовершенствования качества и большей экономической эффективности.

Смешанные системы оплаты, учитывающие не только число тех, кому было предоставлено обслуживание, но и тарифные ставки для отдельных услуг, представляются более эффективными для контролирования расходов на макроуровне, обеспечивая удовлетворение

как пациента, так и того, кто предоставляет ему услуги, а также эффективность и качество на микроуровне. Возможные методологии для решения управленческих вопросов включают при этом использование различных инициатив для воздействия на характер предоставляемой помощи (например, для обеспечения акцента на профилактические службы) и равномерное распределение работников первичной медико-санитарной помощи в масштабах всей страны.

Оплата специализированной помощи на вторичном и третичном уровнях

Перспективное составление бюджета имеет явные преимущества: оно ограничивает расходование средств на определенном уровне служб тем финансированием, которое определяется заранее для данного периода. Перспективная система финансирования может быть также рекомендована для использования, если она предполагает наличие различных механизмов контроля и мер для оценки полученных результатов. Системы классификации, основанные на диагностике или на определенных характеристиках пациентов, могут быть также использованы для обеспечения лучшего анализа структуры затрат, оценки деятельности стационаров, качества помощи и для произведения сопоставлений между стационарами с точки зрения расходов и качества, равно как и для переговоров по вопросам контрактных соглашений между больницами и теми, кто оплачивает эти услуги.

Альтернативой этому может служить подход, основанный на определении объема оказываемых услуг, учитывающий определенные тарифные ставки, а также контрактные и другие соглашения в отношении уровня предоставляемого обслуживания. За счет этого стационары будут вынуждены обеспечивать достижение определенных целей в области сдерживания расходов и эффективного использования ресурсов, что будет содействовать также проведению обзоров и корректировок существующих форм организации, штатных расписаний и внутреннего перераспределения ресурсов.

6.4.2 Кадровые ресурсы

При наличии в Регионе 1,5 миллионов врачей, 4,5 миллионов медицинских сестер и нескольких десятков миллионов других медико-санитарных работников кадры здравоохранения с учетом значимости их роли при определении политики и осуществлении программ играют важнейшую роль в службах здравоохранения. В рамках Региона в целом наблюдаются различные тенденции в этом вопросе. В восточных и южных частях Региона давно существует кадровое перенасыщение служб, и даже безработица и другие факторы рынка не привели к сокращению уровней подготовки врачей. Несмотря на чрезмерное производство кадров, во многих странах все еще возникают проблемы при направлении медицинских работников в сельскую местность. Во многих государствах-членах ощущается явная нехватка соответствующим образом подготовленных семейных врачей и медицинских сестер, а также других работников ПМСП, в то время как подготовка медико-санитарных

работников производится без учета необходимых соотношений, делая акцент на подготовку узких специалистов и недостаточно подготовленных медицинских сестер. При этом упор в вопросах подготовки делается лишь в отношении определенных болезней вместо того, чтобы быть ориентированным на вопросы здоровья и заболеваний, ограничиваясь исключительно стационарами или крайне специализированной помощью третичного уровня. Укрепление здоровья и профилактика болезней зачастую просто недооцениваются. Более того, подготовка различных категорий персонала здравоохранения осуществляется сама по себе без обеспечения необходимых контактов в процессе подготовки, что ведет к забвению принципа бригадной работы.

При подготовке медицинских работников по традиции уделяется слишком мало внимания тем элементам их деятельности, которые связаны с задачами по обеспечению здоровья населения. Эти “отсутствующие” элементы включают оценку потребностей с точки зрения эпидемиологии, принципов и практики оздоровительной работы, профилактики болезней и реабилитационной помощи, а также систематическое измерение и анализ качества собственной работы. Непрерывное профессиональное образование также не отвечает потребностям.

Задача 18 – Развитие кадровых ресурсов для здравоохранения

К 2010 г. все государства-члены должны добиться того, чтобы работники здравоохранения и работники других секторов приобрели необходимые знания, навыки и умения в вопросах защиты и охраны здоровья.

Это предполагает:

- 18.1 обеспечение обучения работников здравоохранения на основе принципов политики ЗДВ и их подготовку для оздоровительной, профилактической, лечебной и реабилитационной помощи хорошего качества и содействия сближению клинической практики и практики общественного здравоохранения;
- 18.2 наличие систем планирования, которые позволят обеспечить необходимое количество и разнообразие представителей медицинских профессий с учетом современных и будущих потребностей медико-санитарных служб;
- 18.3 наличие во всех государствах-членах необходимого потенциала для специализированной подготовки в вопросах руководства, управления и практики общественного здравоохранения;
- 18.4 включение в подготовку профессиональных работников в других секторах основных принципов политики ЗДВ с особым упором на то, каким образом их собственная профессиональная деятельность может воздействовать на детерминанты здоровья.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Профессиональная характеристика

Кадровые ресурсы для здравоохранения должны быть достаточными в количественном отношении, и работники медико-санитарной сферы должны обладать навыками и умениями, с тем чтобы адекватно реагировать на запросы и потребности служб здравоохранения. Это предполагает пересмотр программ преддипломной, постдипломной подготовки, а также непрерывного образования врачей, медицинских сестер, управленческого и другого персонала. Такой обзор должен привести к необходимым переменам как в отношении подготовки, так и ее объема, с тем чтобы подготавливаемые кадры были в состоянии обеспечивать выполнение функций основанного на ЗДВ общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи, в которых особый акцент сегодня делается на укрепление здоровья, ПМСП и качество.

Тесное сотрудничество с коллегами по профессии составляет важнейший элемент профессиональной деятельности и должно в большей степени учитываться в сводах правил профессиональной этики. В европейских странах такая традиция существует в больничной медицине, но гораздо реже встречается в службах ПМСП, поэтому независимая деятельность без регулярного обмена опытом взаимного усовершенствования не может более рассматриваться как профессионально удовлетворительная. Аналогичным образом все те, кто занимаются ПМСП (медицинские сестры, фармацевты, стоматологи, социальные работники), должны работать в составе одной бригады и четко осознавать необходимость сотрудничества в решении многочисленных сложных проблем здравоохранения, которые не могут быть решены представителями какой-либо одной профессии.

Врачи и медицинские сестры должны сознавать ответственность за последствия воздействия их собственного образа жизни на здоровье своих пациентов и получают для этого соответствующую подготовку. Так например, научные исследования еще раз указали на то, что эффективность рекомендации о прекращении курения, которую делают врачи, во многом зависит от того, являются ли они сами курильщиками или нет. С учетом этого соответствующая санитарно-просветительная работа в отношении здорового образа жизни должна стать частью повседневной практики для тех, кто обеспечивает медико-санитарное обслуживание.

Еще одной областью, в которой работникам здравоохранения необходимо получать соответствующие навыки, является обеспечение лучшего качества жизни. Медико-санитарные работники должны сами оценивать свое профессиональное мастерство и сравнивать его с уровнем своих коллег по профессии, что составляет важнейший этический компонент профессиональной практики. С учетом необходимости таких изменений следует пересмотреть программы профессиональной подготовки для обеспечения необходимого

содействия со стороны профессиональных ассоциаций. Все три существующие в Европе форума для медицинских, фармацевтических и медсестринских ассоциаций, работающие с ВОЗ, должны сыграть важную роль в обеспечении вклада соответствующих профессиональных организаций в достижение этого на региональном уровне.

Интегрированная медико-санитарная помощь предоставляется многопрофильной бригадой работников здравоохранения. В период их профессиональной подготовки представители всех профессий должны осознать необходимость уважения достоинства человека, соблюдения принципов профессиональной этики и солидарности. Необходимо также признать, что представители каждой профессии обладают своей особой компетентностью, и поскольку им необходимо работать вместе, они должны с уважением относиться к компетентности своих коллег. Совместная работа не означает обязательно работу в одном месте (хотя это имеет свои преимущества), но хорошее знание друг друга, выполнение взаимодополняющих функций и постоянный обмен информацией и встречи на регулярной основе могут значительно облегчить сотрудничество. Соответствующий перечень необходимых навыков должен определяться для различных условий с необходимым обеспечением подготовки для соответствующих профессий.

Кадровое планирование

Для обеспечения соответствия подготовки кадров здравоохранения потребностям страны необходимо планировать кадровые ресурсы. Это предполагает наличие соответствующего персонала и необходимых методик. Это учитывает также наличие необходимого потенциала для пересмотра и обновления существующих планов подготовки, проведение анализа политики и подготовку соответствующих прогнозов и “сценариев”. С этой целью необходимо создать информационную систему по развитию кадровых ресурсов и определить сам процесс, участниками которого должны стать те, кто участвует в развитии кадровых ресурсов.

В некоторых странах восточной части Региона имеется слишком много работников здравоохранения. И тем не менее, несмотря на наличие большого количества подготовленных работников, некоторые из этих стран страдают от крайне неравномерного распределения кадров. Установление необходимого общего числа специалистов обычно рассматривается в качестве средства улучшения эффективности и обеспечения необходимого числа тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь с учетом нужд населения. Рационализация этого процесса может быть обеспечена посредством целого ряда мер – сокращения общего числа работников за счет ограничений, налагаемых на подготовку специалистов, пересмотра штатного расписания, перераспределения существующего персонала и обеспечения рационального его использования за счет лучшего руководства.

Подготовка работников здравоохранения

Подготовка работников здравоохранения должна планироваться в соответствии с запросами общества и быть ориентированной на получение ими необходимых знаний и мастерства. В любых условиях, где предоставляется медико-санитарная помощь, – на дому, в школах, на рабочих местах, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и стационарах – их следует интегрировать в процесс обучения в качестве учебных баз. Подготовка работников здравоохранения на различных уровнях – преддипломном, последипломном и при непрерывном образовании – должна быть взаимосвязана для обеспечения непрерывности этого процесса. Как стратегии, так и объем подготовки на различных уровнях, должны определяться в соответствии с этим.

Работники здравоохранения должны готовиться таким образом, чтобы получить необходимые аналитические, коммуникационные и управленческие навыки. Они должны быть хорошо подготовлены также для решения проблем, работы в составе многопрофильных бригад и правильного понимания существующих в обществе социальных и культурных реалий. Система подготовки должна обеспечить также активное участие студентов в процессе обучения. Оценка качества полученной подготовки должна производиться на основе знаний, навыков и способностей студентов. Оценка качества работы выпускников, производимая через некоторое время после того, как они начали свою профессиональную деятельность, позволяет обеспечить ценную в информационном отношении обратную связь для улучшения соответствующих учебных планов и программ.

Преподаватели обязаны не только активно содействовать самому обучению, но и способствовать развитию у своих студентов способностей учиться и познавать новое. Чтобы соответствовать такой постановке задачи, преподаватели должны иметь возможность для повышения своей квалификации, и они должны быть также достаточно гибкими, чтобы адаптироваться к новым методам обучения.

Врачи должны уметь обеспечивать диагностику связанных со здоровьем проблем как отдельных лиц, так и общества в целом, защищая людей и общество от болезней, содействуя укреплению здоровья и обеспечивая при необходимости лечебную и реабилитационную помощь людям и обществу. С учетом этого они должны иметь подготовку по вопросам управления, экономической эффективности, эффективного использования ресурсов и соответствующих технологий, а также в отношении основополагающих аспектов социальных и экономических наук, имеющих отношение к здравоохранению.

Кадровые ресурсы для первичной медико-санитарной помощи

Многопрофильная бригада работников здравоохранения, работающая в ПМСЦ, включает врачей, медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, стоматологов, фармацевтов, физиотерапевтов, социальных работников и другие категории персонала. Однако особый

упор в данном разделе будет сделан на вопросы квалификации врачей и медицинских сестер, работающих в условиях ПМСП, поскольку именно эти профессии стоят “в центре” целой сети служб.

Врач первичной медико-санитарной помощи должен быть подготовлен к тому, чтобы оказывать помощь всему населению, независимо от возраста, пола, социальной принадлежности, расы или религии, охватывая весь спектр проблем, с которыми люди обращаются в ПМСП, не исключая при этом ни одной из жалоб на состояние здоровья, которые могут при этом возникнуть. Общепрактикующим врачам в связи с этим необходим профиль семейного врача, который может распознавать проблемы своих пациентов с физической, психологической и социальной точек зрения и в особенности тех из них, которые связаны с положением семьи или недостаточностью социальной поддержки. Подготовка таких врачей должна предоставлять им возможность для приобретения необходимых для этого знаний и навыков. Должен ли при этом общепрактикующий/семейный врач быть специалистом или обладать специальными навыками для выполнения перечисленных функций сразу после окончания медицинского факультета – вопрос, который в настоящее время изучается в ряде стран. Представляется, что решение в этом отношении должно быть принято с учетом особых условий в каждой стране, но два из них являются принципиальными. С одной стороны, врач должен соответствовать минимальным стандартам с точки зрения своих знаний и способностей и, с другой стороны, он должен обладать определенным статусом (который в профессиональных медицинских кругах обычно связан с присуждением особой степени) для того, чтобы обеспечить такое положение, при котором и население, и работники больничного сектора относились бы к первичной медико-санитарной помощи как к компетентной и важной отрасли здравоохранения, которой ей и надлежит быть.

В соответствии с рекомендацией Венской конференции 1988 г. по сестринскому делу, хорошо подготовленные семейные медицинские сестры это еще одна важнейшая категория профессиональных работников ПМСП, которая может обеспечить очень значительный вклад в укрепление здоровья и профилактику болезней, помимо предоставления необходимого ухода. Семейные медсестры могут оказать содействие отдельным лицам и семьям в том, чтобы справиться с каким-то заболеванием или хроническим состоянием, а также во время стрессовых ситуаций, проводя значительную часть своего рабочего времени в домах пациентов или с их семьями. Такие сестры должны быть в состоянии обеспечивать консультации по вопросам образа жизни и связанных с поведением факторов риска и оказывать общее содействие семьям в вопросах, связанных со здоровьем. За счет раннего выявления определенных состояний они могут обеспечить такое положение, при котором любые проблемы, связанные со здоровьем членов семьи, будут решаться на раннем этапе. При своем знакомстве с системами общественного здравоохранения и социальными вопросами, а также с деятельностью других агентств социального профиля, они могут определить воздействие социально-экономических факторов на здоровье членов семьи и

обратиться за помощью в необходимые учреждения. Они могут также способствовать ранней выписке людей из стационара за счет обеспечения им сестринского ухода на дому, и они могут выступать в качестве связующего звена между семьей и семейным врачом, заменяя врача в том случае, когда соответствующие потребности членов семьи более соотносятся с опытом медицинской сестры.

Руководители служб здравоохранения

Тенденции в направлении децентрализации и гибкости в вопросах руководства, а также автономии учреждений медико-санитарного обслуживания, не говоря уже о введении регулируемого рынка услуг – все они делают навыки руководителя одним из главных вопросов, поскольку все названные процессы требуют гораздо большего искусства по части навыков руководства, чем то имело место в иерархических административных системах прошлого.

Кроме того, сама концепция регионализации (в соответствии с которой отдельные учреждения здравоохранения наделяются ответственностью за обеспечение медико-санитарных потребностей особой группы населения) требует от руководителей таких учреждений определенной подготовки по вопросам общественного здравоохранения, включая эпидемиологию, с тем чтобы они могли обеспечить оценку потребностей, составление программ и мониторинг результатов. Необходимо иметь программы подготовки, которые будут содействовать обучению кадров, обладающих целым рядом навыков по стратегическому планированию и руководству учреждениями, хотя для всех категорий персонала необходимо располагать управленческими навыками проведения переговоров и общения при работе в сфере, где приходится постоянно общаться с другими людьми (вопросы руководства сектором рассматриваются более подробно в разделе 6.5 ниже.)

Управление кадровыми ресурсами

Управление кадровыми ресурсами для здравоохранения предполагает, что кадры будут использоваться с учетом имеющихся у них знаний в условиях, содействующих эффективной работе. Сюда входят также вопросы географического распределения работников здравоохранения в стране с учетом взаимоотношений с группами населения и их потребностей в медико-санитарной области.

Для обеспечения рентабельности инвестиций страны в кадровые ресурсы процесс найма персонала, насколько это возможно, должен быть последовательным и систематическим. Стабильная политика в вопросах найма и удержания работников на службе является неременным требованием для сохранения трудовых ресурсов.

Иногда профессиональные стандарты, определяемые на слишком высоком и жестком уровне, мешают выполнению определенных задач, поскольку в идеале при этом следует учитывать возможность для достижения поставленной задачи так же, как и возможность замены одних профессиональных работников другими. Минимальные требования в отношении любого продвижения по службе (квалификация, опыт и т.д.) также должны определяться, исходя из имеющихся возможностей.

Имеется также ряд и других факторов, которые сказываются на “поведении” кадровых ресурсов. Концепция “деловой игры” является также полезным инструментом, наряду с наличием других подходов, мер и показателей. Бюджетно-финансовая система должна также планироваться с учетом того, чтобы позволить руководителям служб обеспечивать поощрение своих работников. Воздействие мер поощрения на поведение тех, кто оказывает какие-то услуги, также требует непрерывной оценки.

Для хорошего руководства кадровыми ресурсами необходима надежная система оценки деятельности сотрудника. Это требование является обязательным для внедрения метода деловой игры. Оно также тесно связано с процессом повышения квалификации.

Не менее важным является также вопрос карьеры, ибо это сказывается на работе сотрудников, а следовательно и на оказании медико-санитарной помощи. Продвижение по служебной лестнице должно быть открытым и позволять как “горизонтальные перемещения”, так и повышение по службе. Система должна применяться в отношении всех категорий персонала здравоохранения. Во многих случаях бригады первичной медико-санитарной помощи в силу самого характера своей деятельности не имеют возможности “сделать карьеру”. Поэтому эта категория персонала медико-санитарных служб должна иметь возможность выполнять другие обязанности, такие, например, как участие в научных исследованиях или преподавание.

6.4.3 Фармацевтические препараты

Лекарственные препараты, при надлежащем их использовании, являются одним из наиболее эффективных с экономической точки зрения видов медико-санитарного вмешательства. В европейских странах от 10% до 30% всех расходов на здравоохранение составляют расходы на лекарственные средства, но в то же самое время во многих странах скудные ресурсы расходуются на лекарственные препараты сомнительной эффективности или вообще на препараты, в которых нет необходимости. Фармацевтическая политика во всех странах формируется не только под воздействием общественного здравоохранения, но также и экономических соображений, профессиональных учреждений, на основании спроса потребителей и фармацевтической промышленности. Во всех европейских странах государство несет ответственность за процессы регулирования поступления лекарственных

средств на рынок. Однако соблюдение законодательства в этом отношении и его применение являются часто неудовлетворительными; в ряде стран лекарственные препараты импортируются и продаются без необходимого контроля за ними, а в других странах Региона в настоящее время возникла проблема лекарственных средств, которые не отвечают стандартам.

Особенно в ННГ доступ к фармацевтическим препаратам в значительной мере затруднен из-за экономических трудностей, с которыми сталкивается население, а также отсутствием определенных лекарственных средств на рынке наряду с недостаточным финансированием и нестабильными системами медицинского страхования и принятой практикой возмещения расходов.

Для предоставления необходимой качественной медико-санитарной помощи с учетом приемлемых затрат необходимо добиваться такого положения, при котором фонды не будут расходоваться на лекарственные средства сомнительной эффективности, излишнее назначение лекарственных препаратов или на чрезвычайно дорогие средства. С учетом этого, европейские страны уже используют комплекс регуляторных, административных, финансовых, образовательных и информационных стратегий. Принимаемые в этой области меры включают: перечни лекарственных средств, расходы на приобретение которых подлежат (или не подлежат) возмещению; ограничения на процедуры выдачи таких лекарственных средств; аудиторскую проверку назначения лекарственных средств; поощрение использования лекарств-генериков; внедрение механизмов финансового контроля, такие, как совместная оплата, ограниченные или регулируемые бюджеты для тех, кто осуществляет выписку лекарственных средств, регулирование цен и реферативные ценники.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

На государство возложена большая ответственность за установление стандартов и вопросы эффективности, безопасности и качества медицинской продукции, равно как и гарантию того, что население в целом имеет необходимый доступ к лекарственным средствам.

Политика в фармацевтической области должна быть сосредоточена на вопросах доступа к основным лекарственным средствам и наилучшего использования отпускаемых на это общественных и частных средств, с тем чтобы обеспечить необходимое качество медико-санитарной помощи на основе лекарственной терапии и на основе разумных расходов. Это предполагает:

- выбор лекарственных средств, которые должны применяться с учетом критерия эффективности, безопасности и качества, с использованием стратегии эффективности

затрат на те лекарственные средства, расходы на которые подлежат возмещению. Концепция основных лекарственных средств ВОЗ и пересмотренная стратегия ВОЗ по вопросам лекарственных средств позволяют это сделать;

- обеспечение стабильных источников финансирования;
- организацию эффективных и профессионально обоснованных систем обеспечения и поставки лекарственных средств (будь то в общественном или частном секторах), что предполагает, что фармацевтические препараты должны быть доступны для всех, кто в них нуждается;
- осуществление стратегий в поддержку и укрепление рационального использования лекарственных средств.

Новые лекарственные средства должны попадать на рынок только в том случае, когда они соответствуют критериям эффективности, безопасности и качества. При выборе лекарственных средств для включения в перечень, подлежащих возмещению, гораздо больший акцент должен делаться на то, сколь доказательным является воздействие этого лекарственного средства и как оно в положительном смысле влияет на результаты лечения, каковы его преимущества в сравнении с другими лекарственными средствами и есть ли необходимость (с точки зрения перспективы здравоохранения) в возмещении понесенных в связи с его выпиской расходов из коллективных фондов. Истинное воздействие лекарственных средств на здоровье может быть оценено иногда лишь после нескольких лет, так что такая оценка должна стать непрерывным процессом. Информационные технологии в отношении эпиднадзора после реализации средства на рынке и фармоэпидемиология могут использоваться в качестве надежных инструментов оценки и содействовать принятию правильных решений по затронутым вопросам.

Определенная политика должна быть выработана и в такой области, как разработка новых лекарственных средств, предназначенных для удовлетворения необеспеченных терапевтических потребностей.

Значительные улучшения в выборе лекарственных средств и их использовании могут быть получены за счет обеспечения доступа работников здравоохранения к объективной и независимой информации по лекарственным препаратам и за счет предоставления возможностей клиницистам, клиническим фармакологам и (клиническим) фармацевтам участвовать в работе фармакотерапевтических комитетов в больницах и амбулаториях. Это требует активного сотрудничества всех партнеров, включая медицинские фармацевтические ассоциации, фармацевтическую промышленность, а также группы потребителей и пациентов. Названные группы играют жизненно важную роль в соблюдении правил надлежащего использования лекарственных препаратов и обеспечении уверенности населения и профессиональных работников в правильности соответствующих политических задач и стратегий.

Использование лекарственных средств может привести к лучшим результатам при лечении лишь в том случае, когда пациент принимает в этом непосредственное участие и хорошо информирован о своем состоянии здоровья и о целях лекарственной терапии. Работники здравоохранения должны играть еще более важную роль в информировании своих пациентов в отношении надлежащего использования лекарственных средств. Заложенный в новых информационных технологиях для этого потенциал должен быть использован полностью.

ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В ПОЛЬШЕ

В октябре 1994 г. Польская федерация потребителей (ПФП) начала осуществление инициативы совместно с Health Action International по содействию рациональному использованию лекарственных препаратов в Польше. В противовес нехватке лекарственных средств в период до 1989 г. было установлено, что на рынке имеется слишком много лекарственных препаратов, многие из которых являются устаревшими, неэффективными, дорогими и потенциально опасными. Основная цель данного проекта заключалась в просвещении потребителей и осознании ими своих прав. Первоначально определенные трудности возникли в попытке обеспечить поддержку профессиональных кругов этому начинанию. Некоторые врачи полагали, что решения, принимаемые в отношении лекарственных средств, целиком относятся к их компетенции. Фармацевты поддержали эту инициативу в большей степени.

Была подготовлена специальная брошюра под названием «Потребители и лекарственные средства», в которой была представлена информация о рациональном использовании лекарственных средств и некоторых «проблемных» препаратах. Эта брошюра была распространена среди тех, кто отвечает за определение и осуществление национальной политики в области лекарственных средств. Вторым шагом была подготовка еще одной публикации, озаглавленной «Med Sense», которая была рассчитана на то, чтобы выработать у потребителей более критическое отношение к вопросам рекламы лекарственных препаратов. Санитарно-просветительная стратегия была поддержана телевизионными кампаниями, кампаниями средств массовой информации и радио. Проект завершился в 1995 г. проведением семинара по рациональному использованию лекарственных средств, на котором эти вопросы были рассмотрены потребителями и специалистами. Самой характерной положительной отличительной чертой этого проекта была высокая степень участия средств массовой информации. Другим положительным результатом было укрепление роли ПФП, с тем чтобы позиция потребителей в большей степени учитывалась как представителями фармацевтической промышленности, так и сектором здравоохранения. Министерство здравоохранения обеспечило санкции по изъятию с рынка наиболее опасных препаратов. Другими показателями успеха можно считать:

- более широкое использование перечня основных лекарственных препаратов ВОЗ;
- обучение студентов-медиков правильной выписке лекарств;
- подготовку Институтом психиатрии и неврологии специального руководства-брошюры для врачей по использованию психотропных лекарственных средств, с тем чтобы избежать развития зависимости;
- возросший интерес к правам пациентов;
- повышенное внимание средств массовой информации к вопросам рационального использования лекарственных средств.

Источник: Consumers' International, Лондон (неопубликованные данные).

6.4.4 Медицинское оборудование

На рынке все время появляются новые медико-санитарные технологии, которые сказываются на тенденциях оказания медико-санитарной помощи с точки зрения как качества, так и расходов. Существующая практика в отношении новых технологий представляется весьма различной в Регионе; во многих странах новые технологии попадают на рынок без предварительной их оценки и без какого-либо плана; в некоторых странах доступ новой технологии на рынок разрешается лишь в случае, если ее эффективность была доказана и она будет использована так, как это определено. Однако многие страны не располагают системой оценки относительной ценности новых технологий по сравнению с уже применяемыми.

В восточных частях Региона многие страны испытывают недостаток даже основного оборудования в связи с экономическими трудностями. С другой стороны, некоторое основное оборудование зачастую является недоступным для первичной медико-санитарной помощи при одновременном использовании крайне сложного оборудования на третичном уровне.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Внедрение новой технологии должно осуществляться на основе обоснованной оценки, которой должны подвергаться все новые медицинские приспособления и виды оборудования. Правительствам также надлежит играть гораздо более “жесткую” роль в отношении внедрения новых технологий – как они это делают уже длительное время в отношении фармацевтических препаратов. Первым шагом на этом пути могло бы стать требование о предъявлении бесспорных данных, подтверждающих, что новые технологии в сравнении с уже имеющимися обеспечивают лучший уровень здоровья и более эффективны с экономической точки зрения.

Практический опыт на протяжении ряда прошедших лет указывает на то, что, несмотря на изначально положительную оценку, многие новые технологии в сфере здравоохранения становятся весьма проблематичными при широком внедрении их в повседневную практику. Поэтому необходимо добиваться того, чтобы воздействие на здоровье при обычном использовании нового оборудования производилось с учетом непрерывного мониторинга. С учетом этого оценка новых технологий должна рассматриваться как составная часть, а не как изолированная проблема при решении вопросов улучшения качества предоставляемой помощи.

6.5 Инфраструктура общественного здравоохранения

Необходимо обеспечивать развитие соответствующего потенциала для дальнейшего усовершенствования и осуществления политик и стратегий, основанных на ЗДВ; обеспечивать эпидемиологический анализ накопленного опыта, а также имеющихся детерминантов и потребностей; оказывать содействие программам и видам деятельности, ориентированным на улучшение здоровья; обеспечивать интеграцию оказания высококачественной медицинской помощи в работу служб, ориентированных на обслуживание всего населения. Это требует серьезных и стабильных политических и административных обязательств.

Система общественного здравоохранения и ее инфраструктура требуют модернизации и укрепления во всех странах, хотя и в различной степени. Во многих странах они остаются по-прежнему слабыми, как с учрежденческой, так и функциональной точек зрения, с учетом традиционного акцента исключительно на классические функции общественного здравоохранения, такие, как борьба с инфекционными болезнями и иммунизация, охрана здоровья матери и ребенка, гигиена окружающей среды и медико-санитарная статистика. Не отрицая важности названных направлений, подход ЗДВ к развитию здравоохранения также предполагает наличие возможностей использования комплексного “горизонтального” подхода к необходимости улучшения здравоохранения в обществе в целом, более широкого анализа стратегии в интересах здравоохранения и создания новейших сетей, предполагающих участие различных партнеров и, в целом, выполнения “катализаторской” функции для обеспечения необходимых перемен.

Опыт отдельных стран может быть очень различным. Во многих государствах-членах основная инфраструктура, которую поддерживали эксперты общественного здравоохранения, пришла в упадок на протяжении последних 10–15 лет, в некоторых случаях в результате децентрализации и приватизации; в этих странах врачи в системе общественного здравоохранения во многом утратили свой авторитет, и их роль претерпела изменения. В ряде других стран ознакомление общественности с положением дел, наоборот, привело к большему признанию той важнейшей роли, которую общественное здравоохранение должно играть в обществе и в рамках системы здравоохранения, с учетом чего были приняты необходимые меры для укрепления потенциала системы руководства общественным здравоохранением. Однако многим странам Региона и сегодня необходимо добиваться укрепления инфраструктуры, особенно в вопросах подготовки по общественному здравоохранению.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Для того чтобы обеспечить развитие, которое соответствует перспективе ЗДВ, следует обратить внимание на две категории персонала: менеджеры общественного здравоохранения, опирающиеся на население, и другие его работники.

6.5.1 Менеджеры (организаторы) общественного здравоохранения

Главная задача службы общественного здравоохранения состоит в идентификации, анализе и описании состояния здравоохранения и детерминантов здоровья. Какова структура заболеваемости и инвалидности в конкретном обществе и почему она именно такая? Анализ и обобщение таких фактов является важным предварительным условием любых политических, профессиональных и общественных дебатов по вопросу о том, как можно улучшить положение дел в здравоохранении. Такие действия предполагают участие других секторов в качестве партнеров наряду с сектором здравоохранения и его службами. Они предполагают также разработку политики и программы на нескольких уровнях (международном, национальном, региональном и местном) с учетом целого ряда условий (в городах, школах и т.д.). То, чего нам зачастую недоставало, так это надежных структур для определения механизма функционирования общественного здравоохранения, самой перспективы его и его задач, а также тесных рабочих взаимоотношений между этим направлением и клинической сферой.

В конечном итоге, обеспечение успеха в работе и участие людей, общин и других секторов, тех, кто принимает политические решения, управленческого персонала и специалистов, будут зависеть от навыков, убежденности и авторитета, которым будут обладать врачи будущего, а также от качества их лидеров. Такие специалисты в масштабах стран, субнациональных и на местах должны иметь профессиональную подготовку по общественному здравоохранению на постдипломном уровне и должны располагать опытом, ориентированным на укрепление здравоохранительной работы среди населения с учетом всего разнообразия политических и административных возможностей. Несмотря на то, что положение дел в странах различается в значительной мере, в Регионе в целом требуется гораздо больше специалистов по общественному здравоохранению, подготовленных к тому, чтобы, исходя из интересов населения, содействовать улучшению здравоохранения, а также обеспечивать необходимую учрежденческую инфраструктуру для своей деятельности.

Работники общественного здравоохранения должны использовать свое понимание сложившейся обстановки в интересах населения и мобилизовать для этого широкую политическую и общественную поддержку в отношении равноправного, стабильного и подотчетного подхода к вопросам развития здравоохранения. Они должны быть в состоянии обеспечивать не только стимулы для оказания помощи населению, организациям, общинам

и странам, с тем чтобы обеспечивать необходимое руководство и адаптацию к изменяющейся среде, но также для того, чтобы содействовать развитию инициативы на местах. Более того, они должны быть достаточно твердыми для того, чтобы выступать против тех групп, чьи действия могут нанести урон общественному здоровью.

Самое главное, чем должны располагать все менеджеры общественного здравоохранения, так это навыки для того, чтобы решать вопросы управленческого характера на основе партнерства и координации межсекторальных действий в рамках установленных альянсов. Они должны обладать полным пониманием того вклада, который различные секторы и партнеры могут внести в решение проблем здравоохранения и быть подготовленными к анализу проблем медико-санитарной помощи с учетом интересов населения; они должны иметь необходимую подготовку для того, чтобы решать проблемы, связанные с образом жизни, окружающей средой, медико-санитарной помощью, и быть искусными поборниками дела, которому они призваны служить для того, чтобы обеспечить создание сетей и объединить партнеров. Они должны также обладать навыками в вопросах подготовки общественной информации отличного качества для населения, профессиональных работников и политиков. При решении перечисленных задач они должны заручиться необходимым содействием соответствующих экспертов в технических областях.

В рамках самой системы организаторы здравоохранения должны также получить подготовку по вопросам политики осуществления программ, включая определение задач, оценку результатов, которые необходимы для обеспечения правильной ориентации медико-санитарных служб. Они должны иметь навыки планирования, мониторинга и оценки широких программ развития здравоохранения, определяемых на основе групп заболеваний или пациентов, и принимать научно обоснованные решения в отношении соотношения различных компонентов (с точки зрения улучшения здоровья, капиталовложений и оказания услуг), дифференцируя между оздоровительной работой, профилактикой болезней, лечением и реабилитацией. Все это указывает на чрезвычайно высокие требования, предъявляемые к менеджерам общественного здравоохранения, которые должны обязательно учитываться в процессе их подготовки.

Странам необходимо также обеспечить обзор существующих систем для того, чтобы убедиться в наличии соответствующих полномочий и потенциала для осуществления необходимых мероприятий с опорой на население. При этом чрезвычайно важной представляется необходимость укрепления инфраструктуры потенциала и самой ориентации образовательных учреждений, таких, как школы общественного здравоохранения, которые обеспечивают подготовку менеджеров здравоохранения, и с учетом этой задачи обеспечить составление лучших учебных планов. Необходимость перемен в области подготовки специалистов особенно ощущается в восточной части Региона, и поэтому этому вопросу

следует уделять более высокие приоритеты при составлении программ развития здравоохранения во многих странах .

6.5.2 Другие работники общественного здравоохранения

Кроме менеджеров общественного здравоохранения, опирающихся на население, кадровые ресурсы для ЗДВ и общественного здравоохранения имеются как в рамках сектора здравоохранения, так и за его пределами. Эти ресурсы обеспечивают выполнение функций общественного здравоохранения и в силу этого становятся частью “инфраструктуры общественного здравоохранения” в самом широком понимании этого термина. При этом можно выделить несколько категорий:

- В широкой перспективе огромный потенциал в интересах общественного здравоохранения скрыт в ежедневной трудовой деятельности многих работников и специалистов. К ним относятся не только врачи и медицинские сестры, фармацевты, социальные работники и т.д., но также специалисты, работающие в школах, в средствах массовой информации, занимающиеся планированием городов, архитектурой и службами социального обеспечения, а также те, кто работает в различных неправительственных организациях.
- Многие из научных и технических навыков, которые необходимы для практики общественного здравоохранения, можно найти среди эпидемиологов, ученых, занимающихся информатикой, научных работников в социальной сфере, экономистов здравоохранения, специалистов по оперативным исследованиям, юристов, научных работников, занимающихся вопросами политики и управления, экспертов по борьбе с инфекционными болезнями, по вопросам окружающей среды и специалистов здравоохранения.
- Как уже было сказано выше, руководители служб общественного здравоохранения должны иметь глубокое понимание не только перспектив, имеющих отношение к населению, но и вопросов общественного здравоохранения, с тем чтобы они могли понимать все оттенки взаимоотношений, существующих между их службой (будь то стационар, центр здоровья или что-то другое) и населением, которое они обслуживают. В своем мышлении им следует исходить из потребностей всего населения, которое обслуживается данным учреждением, а не только пациентов, а также положительных результатов для здоровья, которые могут быть достигнуты с помощью соответствующих служб, с учетом разумеется качества и экономической эффективности предоставляемых видов медико-санитарного обслуживания.

Все эти “работники общественного здравоохранения” являются важнейшим кадровым ресурсом для здравоохранения. Их следует обеспечивать необходимой информацией и подготовкой в отношении всех проблем общественного здравоохранения, с тем чтобы они

могли содействовать осознанию связанных со здоровьем проблем в качестве позитивного начала общественной информации и могли выполнять активную роль в усовершенствовании и реализации многосекторальных политик и программ в интересах улучшения здоровья.

Специальные основанные на ЗДВ программы и цели, взаимосвязанные со здравоохранением и улучшением здоровья, должны создаваться с учетом их дальнейшего использования во многих программах постдипломной подготовки и непрерывного образования. Это относится, в частности, к подготовке экономистов, архитекторов, журналистов, юристов, социальных работников, инженеров и других профессий за пределами сектора здравоохранения, а также всех тех, кто имеет отношение к этому сектору и может внести свой вклад в развитие общественного здравоохранения.

И наконец, необходимо добиваться самых высоких результатов в работе по общественному здравоохранению также за счет обмена опытом. Во многом это может быть осуществлено на основе таких сетей, как “здоровые регионы”, “здоровые города”, “школы, содействующие укреплению здоровья”, “больницы, содействующие укреплению здоровья”, “укрепление здоровья в тюрьмах”, СИНДИ и т.д. Следует надеяться, что в будущем эти сети будут использоваться более широко и превратятся в основной инструмент для поддержки действий в интересах общественного здравоохранения на национальном уровне в каждом из государств-членов.

Политика и механизмы управления преобразованиями

Задача 19 – Научные исследования и информация по вопросам здравоохранения

Задача 20 – Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения

Задача 21 – Политика и стратегии достижения здоровья для всех

7.1 Введение

Как уже было отмечено в предыдущих главах, изменения, которые необходимо осуществить на основе принципов ЗДВ для улучшения состояния здоровья населения в Европе, выходят за рамки служб здравоохранения и охватывают все общество в целом. Они весьма сложны в концептуальном и практическом смысле, и в рамках Европейского региона потребуется мобилизовать множество участвующих или задействованных так или иначе в здравоохранительной деятельности учреждений, организаций и отдельных лиц. В данной главе рассматриваются процессы, с помощью которых эти ресурсы могут быть объединены в интересах здравоохранения, причем согласованным и структурированным, в соответствии с принципами ЗДВ, образом.

Бюрократическая иерархическая организация и устаревшие, отжившие свое системы и способы управления недостаточны для достижения этих целей, и сегодня необходимы новые системы для обеспечения многосекторального и организационного сотрудничества и координации. Широкие слои населения и общественности, а также широкий спектр организаций, учреждений, секторов должны мотивироваться и информироваться о том, что необходимо сделать для достижения улучшений в области здравоохранения и, кроме того, они должны вовлекаться в активные, динамичные объединения в интересах здоровья и его

охраны. Соответствующие управленческие умения и навыки для достижения и продвижения изменений по всему спектру современных плюралистических (со)обществ будут пользоваться большим спросом и потребуют значительного развития.

В данной главе рассматриваются лишь некоторые из необходимых системно-структурных преобразований, а именно: совершенствование информационной базы планирования и деятельности с помощью исследований и налаживания информационных систем (раздел 7.2); пути и способы мобилизации и привлечения широкого круга партнеров для создания общенациональных движений в интересах здоровья и его охраны (раздел 7.3); и, наконец, способы организации процесса планирования, реализации и оценки политики достижения ЗДВ (раздел 7.4).

7.2 Усиление информационной базы знаний для здравоохранительной деятельности

Научные исследования – в целях разработки и совершенствования средств и подходов для охраны здоровья и борьбы с болезнями – и системы медико-санитарной информации – вот два ключевых направления изменений и преобразований.

7.2.1 Исследовательская работа

Вся политика и действия, направленные на улучшение состояния здоровья, нуждаются в твердой и солидной базе знаний, а научные исследования являются одним из ценнейших и наиважнейших инструментов, позволяющих заложить фундамент более совершенной стратегии для улучшения состояния здоровья и здравоохранительной деятельности. Тем не менее, лишь немногие государства-члены последовали советам и рекомендациям, даваемым на постоянной основе Европейским консультативным комитетом по научным исследованиям в области здравоохранения (ВОЗ) относительно необходимости сформулировать для своих стран такую научно-исследовательскую политику и программы, которые бы были направлены на достижение ЗДВ.

Основополагающие исследования в таких областях, как улучшение фундаментальных знаний в биологических процессах, картирование генома человека и поиск новых лекарственных средств для улучшения лечения болезней, осуществляемые в настоящее время на широкой основе во многих странах Региона, финансируются как за счет общественных фондов, так и частными предприятиями. И хотя научные исследования можно было бы направить в большей степени на высокоперспективные или высокоприоритетные области (как, например, иммунология, генетика или усовершенствование применяемого в области иммунизации инструментария путем

разработки более простых, дешевых и удобных в хранении и распределении полиактивных вакцин), в целом существующие системы функционируют достаточно хорошо.

Более проблематичным является отсутствие системного подхода к клиническим исследованиям во многих областях медицины, низкая степень приоритетности, отводимая оперативным исследованиям в области медико-санитарной помощи, а также то, что значительная часть современной медицинской практики, соответственно, недостаточно подтверждена достоверными данными.

Возрастающая роль научных исследований означает, что научному сообществу надлежит принимать большее участие в разработке обоснованной в научном и социальном отношении и реально осуществимой базы для принятия решений. Тем не менее, в большинстве стран необходимо обеспечить большее согласование между потребностями в исследованиях в области здравоохранения, как их представляют себе принимающие ответственные решения деятели и лица, занимающиеся планированием, с одной стороны, и приоритетами в исследованиях, которые устанавливаются научным сообществом, с другой. Кроме того, вряд ли в настоящее время какая-либо страна располагает системным механизмом для обеспечения фактического, на деле преобразования новых данных и подтвержденных выводов научных исследований в повседневную практику. Поэтому необходимо значительно усилить диалог между вышеназванными двумя сторонами (сообществами) – не только для того, чтобы сделать научные исследования более целенаправленными, но и, что не менее важно, для обеспечения большей мотивированности и заинтересованности в осуществлении изменений лиц, ответственных за соответствующие службы, так как они сами участвуют в разработке и планировании научных исследований.

В настоящее время очень многообещающим является европейский контекст научных исследований. Наряду со значительными научно-исследовательскими усилиями со стороны отдельных государств-членов, этот контекст включает предложенную Европейским союзом так называемую Пятую рамочную программу и научные исследования, осуществляемые по поручению и под эгидой Генерального управления XII ЕС, Европейского совета по медицинским научным исследованиям, Европейского научного фонда и множества других фондов, частных промышленных предприятий и благотворительных учреждений, а также ВОЗ.

7.2.2 Информационное обеспечение здравоохранения

Информационные системы являются еще одним ключевым компонентом, обеспечивающим более широкую доступность и распространенность знаний, и человечество сегодня живет в информационную эру.

В области охраны здоровья разработано множество новых систем для усовершенствования клинического обслуживания пациентов (см. также раздел 6.3). “Телемедицина” обеспечивает связь между специализированными центрами и другими частями системы здравоохранения в ряде стран и предоставляет возможность передавать диагностическую информацию от поставителей первичной медико-санитарной помощи или из местного стационара в специализированные центры в больницах третичного (высокоспециализированного) уровня и быстро получать ответную информацию или консультативную помощь. Разработаны автоматизированные методы медицинской регистрации в больницах и в системах ПМСП. Прямые связи – например, между врачами ПМСП и фармацевтами – позволили упростить и ускорить оказание некоторых видов медицинской помощи. Тем не менее, информационные системы обратной связи находятся все еще на ранних стадиях своего развития и не могут обеспечить повышение качества медико-санитарной помощи.

Вместе с тем, уровень использования достижений такого прогресса был очень неравномерным. Для многих стран Европейского региона – особенно расположенных в его восточной части – такие новые системы начинают появляться лишь в настоящее время и, очевидно, они не получили широкого распространения и еще долго не станут обычным, повседневным делом.

Что касается потребителей, в настоящее время имеется в наличии очень ограниченное число баз данных, содержащих медицинскую информацию – да и то лишь в некоторых странах. В настоящий момент еще нет четкого представления о том, каким образом можно контролировать или гарантировать качество вводимых данных, чтобы потребители получали точную информацию, которая могла бы действительно помочь им улучшить понимание и расширить представление о системе медико-санитарной помощи и ее конечных результатах.

На уровне общественного здравоохранения решающую роль играют информация о состоянии здоровья, факторах риска и организации службы здравоохранения. Очень важным фактором в этом плане было достижение соглашения о том, чтобы все государства-члены использовали и представляли данные в соответствии с общим набором глобальных и европейских показателей ЗДВ. Это соглашение успешно функционирует начиная с 1984 г., и разработана значительная база данных, позволяющая государствам-членам сравнивать данные по большому числу конкретных результатов и факторов риска для здоровья, т.е. информацию, являющуюся полезной для лиц, занимающихся планированием и принятием решений (хотя сбор данных в отдельных странах все еще далек от совершенства).

В настоящее время уже функционирует ряд информационных систем ВОЗ по таким вопросам, как безопасность пищевых продуктов и борьба с инфекционными болезнями. Проблемой остается пока обеспечение координации и сотрудничества, так как ЕС также

приступил к разработке новых систем по борьбе с инфекционными болезнями и по другим стоящим перед его странами-членами вопросам. Аналогичным образом, необходима координация деятельности с ОЭСР, которая осуществляет сбор данных о расходах на здравоохранение и о некоторых других, связанных со здравоохранением, элементах.

Службы дальней связи (телематика), с их информационным обеспечением с помощью современных технологий передачи информации (особенно компьютеров, различных СМИ и средств и возможностей телекоммуникации), могут использоваться во все большей мере для содействия и поддержки в области здравоохранительного образования и просвещения, здравоохранения, как такового (телемедицина, система раннего оповещения и т.д.), медико-санитарных исследований и управления службами здравоохранения.

**ЗАДАЧА 19 – НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИНФОРМАЦИЯ
ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

К 2005 г. ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИМИ, ИНФОРМАЦИОННЫМИ И КОММУНИКАЦИОННЫМИ СИСТЕМАМИ, КОТОРЫЕ СМОГУТ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО СОДЕЙСТВОВАТЬ ПРИОБРЕТЕНИЮ, ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И РАСПРОСТРАНЕНИЮ ДАННЫХ В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ.

Это предполагает:

- 19.1 наличие во всех странах научно-исследовательской политики, ориентированной на приоритеты долгосрочной стратегии по достижению здоровья для всех;
- 19.2 наличие в странах механизмов, которые позволяют обеспечивать оказание медико-санитарных услуг и их совершенствование на основе научных данных;
- 19.3 обеспечение необходимого и беспрепятственного доступа к информации по вопросам здравоохранения для политиков, менеджеров, представителей медицинских и других профессий, а также населения в целом;
- 19.4 разработку во всех странах соответствующей коммуникационной политики и программ по здравоохранению, которые будут оказывать поддержку "повестке дня" в интересах здоровья для всех и обеспечивать необходимый доступ к такой информации.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Разработка программы научных исследований для достижения ЗДВ

Большинство государств-членов нуждаются в разработке научно-исследовательской политики, ориентированной на здравоохранение (рекомендации, сделанные Европейским консультативным комитетом ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения,

являются хорошей основой для этого), и им следует стимулировать научно-исследовательское сообщество к тому, чтобы оно откликнулось и реагировало должным образом на задачи по достижению ЗДВ в двадцать первом столетии. Необходимо активизировать систематический поиск лучших способов и средств решения задач по вопросам укрепления здоровья, профилактики болезней, диагностики, лечения, реабилитации и ухода – для использования как в области клинической помощи, так и в общественном здравоохранении вообще. По всем основным областям проблем, связанных со здоровьем (например, сердечно-сосудистые заболевания), научным комитетам/комиссиям надлежит проводить систематический анализ научной базы данных и вводить свои выводы и заключения в постоянно обновляемые базы данных. Страны должны располагать механизмом для выявления имеющихся разрывов и расхождений в таких доказанных и подтвержденных данных и осуществлять поиск путей и способов заполнения и преодоления таких разрывов, проводя новые исследования в областях, где имеющиеся базы знаний и информации являются недостаточными. Кроме того, необходимо разработать новые подходы и методы для решения вопросов, связанных с более значительными в социальном плане изменениями – такими, как социально-экономические тяготы и лишения, различия в здоровье в зависимости от половой принадлежности и т.д.

Необходимы особые усилия для развития научных исследований в целях прогнозирования будущих тенденций, потребностей и проблем в отношении здоровья, включая разработку не только прямых показателей здоровья, но и показателей, связанных со структурными, экологическими, поведенческими и социальными факторами.

Поскольку на службы здравоохранения приходится 5–10% ВВП и в них занято 5–8% от общей рабочей силы в странах, все более важным становится проведение научных исследований по альтернативам реформы здравоохранения и их действительным результатам и влиянию. Таким образом, не следует приступать к осуществлению новой реформы здравоохранения, пока не будет создан четкий оценочный компонент, позволяющий “учиться на результатах деятельности”.

Общественный сектор и научные сообщества должны сотрудничать в установлении приоритетов научных исследований. Что же касается механизмов диалога и сотрудничества между лицами, определяющими политику и принимающими ответственные решения, и научным сообществом, то они нуждаются в своем значительном укреплении с помощью специальных органов (комитетов или комиссий) и путем ассигнования средств на научные исследования, совместное участие в исследованиях и т.д.

Одной из важнейших задач, стоящих фактически перед каждым государством-членом в Регионе, является создание постоянного механизма для проведения систематического обзорного исследования – например один раз в год – всех важнейших научно-исследовательских достижений на уровне стран и на международном уровне в основных

областях здравоохранительной деятельности (например, в отношении туберкулеза, рака, нарко- и токсикомании и т.д.). В таком исследовании следовало бы выявить все основные результаты, которые следовало бы внедрить в повседневную практику соответствующих стран и обратить на них внимание на самом высоком уровне принятия решений в секторе здравоохранения. Как указано в главе 2, это помогло бы осуществить замысел о создании “страновой функции ВОЗ” в каждом из государств-членов.

Необходимо усилить международное сотрудничество в области научных исследований на общеевропейском уровне, с уделением повышенного внимания исследованиям, основывающимся на реальных нуждах и потребностях, увеличению числа международных (межнациональных) научно-исследовательских программ и налаживанию обмена научно-исследовательской информацией. Так, например, Европейской комиссии, Европейскому научному фонду и ВОЗ следовало бы осуществлять более тесное сотрудничество в области исследований; уже имеется хороший задел в области окружающей среды и охраны здоровья, однако во многих других областях здравоохранения все еще требуется обеспечение более тесного сотрудничества.

Усиление информационного обеспечения здравоохранения

Для надлежащего понимания существа ЗДВ и активного продвижения связанных с ним идей необходимо обеспечить более широкую доступность и распространенность медико-санитарной информации. Лица, принимающие ответственные решения, профессиональные работники здравоохранения, экономисты, архитекторы, учителя, научно-исследовательские работники, представители СМИ, широкие массы населения и общественность – все они нуждаются в таком информировании на тематику здравоохранения, которая бы вызывала у них интерес и стремление ко всему, что связано с процессами улучшения здоровья и усовершенствования здравоохранения и вытекающими из них последствиями.

Один из способов достижения этого заключается в усилении механизмов мониторинга здоровья и его известных определяющих факторов, а также в улучшении работы функционирования систем здравоохранения. Для этого странам необходимо использовать, как минимум, глобальные, региональные показатели ЗДВ с желательным добавлением к ним конкретных показателей, отражающих особенности своих собственных задач по достижению ЗДВ в той или иной конкретной стране. Эта информация должна иметься и быть доступной через электронные средства и возможности и публиковаться на регулярной основе в доступной для широких масс населения и общественности форме, с тем чтобы способствовать информированному и открытому обсуждению между политическими деятелями, специалистами и общественностью по вопросам, касающимся конечных результатов и определяющих факторов здравоохранительной деятельности, а также будущих приоритетов для деятельности и инвестирования.

Информация и данные должны в каждом конкретном случае специально адаптироваться и представляться на каждом из основных уровней (отдельной страны, на внутринациональном уровне, на уровне местной общины, учреждения), которые отобраны для планирования и внедрения программ достижения ЗДВ (см. раздел 7.4 ниже).

Европейские показатели по достижению ЗДВ будут скорректированы, обновлены для отражения изменения приоритетов в связи с нынешним обновлением региональных задач и политики ЗДВ (см. Приложение 2). Некоторые аспекты, связанные с результатами здравоохранительной деятельности, нуждаются в дальнейшем своем усилении, в частности в том, что касается факторов риска. Здесь необходим общеевропейский стандарт для периодических обзоров состояния здоровья с целью улучшения информации, предоставляемой отдельным странам и Региону в целом по вопросам, касающимся образа жизни и факторов риска для здоровья. В настоящее время разрабатывается специальный проект ЕРБ ВОЗ под названием “Европейский опрос по вопросам здравоохранения” (ЕВРООЗ). Аналогичным образом, желательно дальнейшее усиление сетей и показателей по инфекционным болезням, безопасности пищевых продуктов, мониторингу окружающей среды и здоровья. Такое усиление будет сопряжено с большей стандартизацией определений и систем сбора данных во всех государствах-членах.

Обеспечение свободного доступа для пользователей, включая широкие массы населения и общественность, к базам данных, позволяющим обратить внимание на европейские проблемы в области здравоохранения, факторы риска и меры, необходимые для решения связанных с ними проблем, а также обоснование здравоохранительной деятельности и мероприятий – вот те важные задачи, которые предстоит решать в ходе будущих десятилетий. Важным вопросом является разработка особой базы данных, предназначенной для широких масс населения и общественности и предоставляющей полезную информацию по вопросам самопомощи.

ВОЗ приступила к работе над показателями качества и базами данных для использования на клиническом уровне врачами, медицинскими сестрами и другими категориями персонала здравоохранения, однако эта работа нуждается в своем дальнейшем продолжении. Сюда должна входить также подготовка согласованных на международном уровне показателей качества, что является обязанностью ВОЗ, и система взаимосвязанных баз данных, обеспечивающих обратную связь и сопоставление результатов отдельными пользователями, с тем чтобы они могли проводить сравнения и сопоставления со своими коллегами и т.п. Будет важно обеспечить конфиденциальность как для пациентов, так и для врачей в базах данных клинического уровня, с тем чтобы защитить и обеспечить достоверность вводимой информации. Вместе с тем, сводные анонимные данные должны иметься в наличии для целей управления на уровнях учрежденческой организации и обслуживания населения. В настоящее время в систему взаимосвязанных баз данных ВОЗ

включен ряд экспериментальных областей и территорий в Европейском регионе, что позволяет использовать стандартизованные показатели качества для сравнения конечных результатов медико-санитарного обслуживания.

Необходимой предпосылкой для обеспечения привлечения и участия широких масс населения являются меры, направленные на лучшее информирование местного населения по вопросам, касающимся здоровья, образа жизни и проблем окружающей среды, а также деятельности на местном, коммунально-общинном уровне и в области развития, что требует творческого и новаторского к себе подхода. Нынешние примеры включают использование традиционных средств массовой информации, а также новых возможностей, создаваемых системой электронной связи. И опять-таки, средства массовой информации и сектор коммуникации призваны играть жизненно важную роль в деле информирования, образования и просвещения населения, а также в том, чтобы убеждать людей в их индивидуальной и коллективной ответственности за здоровье, а также в том, что касается возможностей и вариантов конкретной деятельности.

Телематика

Более широкое использование интегрированных средств обработки и передачи данных в области общественного здравоохранения и обслуживания пациентов (телематика) будет одним из очень важных стратегических направлений для государств-членов – стратегией, которая позволит донести знания экспертов, специалистов до новых областей и учреждений экономически эффективным и быстрым образом. Однако в такой стратегии должен учитываться целый ряд элементов, а именно¹⁸:

- системы и службы телематики в здравоохранении должны определяться потребностями в отношении здоровья, клиническими и здравоохраненческими стандартами и нормативами, а не чисто технологическими соображениями и требованиями;
- ценности и принципы ЗДВ, а именно справедливость, устойчивость, широкое участие и отчетность, должны полностью применяться для развития телематики в области здравоохранения;
- телематика в здравоохранении требует новых умений и навыков со стороны соответствующих лиц, принимающих ответственные решения, практических работников и пользователей, с обеспечением комбинации, сплава элементов и

¹⁸ Адаптировано по данным публикации: *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-All strategy for global health development: report of the WHO Consultation on Health Telematics*. (Здравоохранительная телематика в поддержку стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех в целях глобального развития здравоохранения). (Отчет о консультативном совещании ВОЗ по использованию телекоммуникационных технологий в здравоохранении, Женсва, 11–17 декабря 1997 г.). Женсва, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.

параметров образования и просвещения участников, привития необходимых умений и навыков, непрерывного профессионального образования и обучения на протяжении всей жизни;

- учитывая быстрые темпы морального старения технологий и меняющихся соотношений цен и показателей эффективности, производительности, страны окажутся в выигрыше от более тесного сотрудничества в деле разработки технологических стандартов, обеспечения совместимости, “открытой архитектуры”, конкурентных цен и экспериментальных видов применения.

Для управления информационной деятельностью в области здравоохранения эффективным и рациональным образом на уровне Европейского региона потребуются, чтобы основные организации, осуществляющие деятельность в этой области, заключили большее число официальных соглашений и договоренностей о сотрудничестве по сравнению с настоящим временем; и – самое важное – эта деятельность должна осуществляться при участии со стороны ВОЗ, Европейской комиссии и ОЭСР.

7.3 Мобилизация партнеров в интересах охраны здоровья

Как показано в главе 5, для обеспечения развития и использования в интересах здоровья и его охраны многосекторальной общественной политики и деятельности необходимо привлечение широкого круга партнеров в обществе. Более конкретно, в разделе 5.4 подчеркивается необходимость использования этого подхода для пропаганды и укрепления здорового образа жизни, а в главе 6 указывается на необходимость того, чтобы в оказании медицинской помощи принимали участие не только работники здравоохранения, но и многие другие партнеры. Таким образом, ЗДВ предполагает мобилизацию широкого круга партнеров по целому ряду конкретных условий, сфер и областей повседневной жизни и на различных уровнях управления и регулирования – как страны в целом, так и до уровня местного населения, общины.

Новый акцент, делаемый в последнее время на определяющих факторах здоровья, показывает наличие ряда новых “действующих лиц” (партнеров), которые не получили еще полного признания в качестве партнеров здравоохранительной деятельности на сегодняшний день. Многие из этих потенциальных партнеров не представляют тех выгод и преимуществ, которые они могут получить от сотрудничества с сектором здравоохранения и инвестирования на цели охраны здоровья своих клиентов. Вот почему необходимо преодолеть трудности и проблемы, обусловленные подходами и методами с точки зрения одного изолированного сектора и конкретными организационными задачами и целями, бюджетами и мероприятиями; одна же из этих проблем заключается в отсутствии

механизмов для объединения, “сведения воедино” партнеров в рамках осуществляемого на регулярной основе сотрудничества.

В главе 1 право участия представлялось как одна из трех основополагающих ценностей ЗДВ. Оно применимо ко всем партнерам в области здравоохранения, т.е. ко всем тем лицам в обществе, которые путем своего личного участия, как отдельные граждане или в своем профессиональном качестве, могут вносить свой вклад в улучшение состояния здоровья. Однако право участия предполагает одновременно и взятие на себя ответственности (см. также главу 1); поэтому партнерство предполагает, что все партнеры должны отвечать за медико-санитарные последствия своей политики и действий и нести свою долю ответственности за здоровье населения.

Правительства остаются по-прежнему главными партнерами. Основное назначение связанных с правительством и исходящих от него процессов заключается в развитии принципа обслуживания населения в “общечеловеческом”, “гуманитарном” плане. Это характерно для структур правительства, выполняющих функции, связанные со здоровьем, образованием, социальным вспомоществованием и охраной окружающей среды, наряду с экономическим развитием. Тем не менее, данный принцип является самодовлеющим и эксплицитным лишь в очень редких случаях, и в настоящее время он не выступает в качестве основного стержня экономической деятельности и при формулировании политики.

Сама природа и роль правительств в Европейском регионе постепенно меняются, переходя от непосредственного обслуживания и поддержки населения к созданию структур для достижения общественных целей и регулирования, в рамках которых действует множество “предоставителей услуг, видов обслуживания” – как государственных, общественных, так и частных. Кроме того, имело место движение в направлении децентрализации, с делегированием полномочий и сфер ответственности во все большей мере на уровень территориальных/областных/краевых или местных структур. Тем не менее, на правительствах все еще лежит окончательная ответственность за здоровье населения и конечные результаты использования совокупных ресурсов в интересах здоровья и его охраны.

Как парламентариям, так и местным политическим деятелям стран Европы необходимо обеспечить более высокую приоритетность здравоохранительной тематики в их политических программах (“повестках дня”) и нести ответственность за достигнутые в отношении здоровья и его охраны результаты, а также за эффективность предпринимаемых в области здравоохранения действий и мер. Одной из важнейших задач этой группы лиц является разработка таких среднесрочных и долгосрочных программ и проектов, которые бы позволяли добиться более фундаментальных, эффективных и устойчивых результатов в области здравоохранения. Успешное выполнение этой задачи позволит реализовать тот

значительный потенциал в плане получения политической поддержки, который заложен в таких инициативах.

Различные действующие в рамках инфраструктуры общественного здравоохранения партнеры (“действующие лица”) – от персонала министерств здравоохранения до местных руководителей здравоохранения на коммунальном уровне – призваны играть ключевую роль в качестве “катализаторов” деятельности, технических экспертов, консультантов и советников политических деятелей, участников или членов той или иной сети и т.д. Тем не менее, в прошлом во многих странах они – за известными исключениями – не проявляли достаточной активности в стремлении выйти на другие секторы или содействовать клинической медицине в применении эпидемиологического подхода к решению проблемы обеспечения качества медико-санитарной помощи. В последнее время такие новаторские по своему характеру проекты, как, например, проект “здоровые города”, показали новый путь вперед наряду с расширением самого понятия инфраструктуры общественного здравоохранения (см. раздел 6.5).

Профессиональные работники здравоохранения являются основными участниками широкого спектра мероприятий в области здравоохранения, выступая при этом и как поставщики медико-санитарных услуг, и как лица, занимающиеся вопросами планирования и управления множеством компонентов и составляющих сектора здравоохранения. Тем не менее, таящийся в них большой потенциал не использовался сколько-нибудь полно в прошлом, поскольку деятельность как отдельных профессиональных работников здравоохранения, так и их организаций, часто – опять-таки за известными исключениями – была слишком узко сфокусированной и не выходила за рамки обслуживания отдельных пациентов, чтобы можно было анализировать результаты и эффект в отношении населения в целом. Кроме того, они зачастую не были готовы к тому, чтобы признать тот важный факт, что они во многом являются “ролевой моделью” для местного населения – например, в том, что касается вредных привычек (курение и т.п.). Часто наблюдалось значительное нежелание брать на себя ту или иную роль по укреплению здоровья (в отличие от обслуживания пациента, как такового) и сотрудничать со структурами и секторами вне рамок собственных учреждений.

И все же последнее десятилетие характеризовалось появлением взглядов, в большей степени ориентированных на общественное здравоохранение. При этом важную новаторскую роль в их развитии и становлении сыграли общеевропейский форум ВОЗ и медицинских ассоциаций стран, национальных ассоциаций медицинских сестер и национальных ассоциаций владельцев аптек/фармацевтов.

Работники сферы образования, просвещения – от детского сада до уровня школы и университета – располагают большими потенциальными возможностями для внесения своей лепты в становление, в разработку и поддержание среди населения ценностей, знаний,

умений и навыков, связанных с ЗДВ. Тем не менее, такой вклад редко является частью тщательно разработанной, интегрированной и обеспечивающей взаимоподдержку и взаимодействие программы, которая бы планировалась на систематической основе и была устойчивой и стабильной на протяжении всей жизни людей.

Научно-исследовательские работники призваны играть ключевую роль в совершенствовании многотысячного инструментария средств, разработок, механизмов и т.п., в которых нуждается ЗДВ. Тем не менее, как указывалось выше (раздел 7.2), их вклад часто недостаточно нацелен на реальные приоритеты в системах здравоохранения или же недостаточно взаимодействует с ними.

Число неправительственных организаций, занимающихся деятельностью в области здравоохранения в Европе и особенно в Западной Европе, быстро растет. В более отстоящей к востоку части Региона (СЦВЕ и ННГ) все еще насчитывается относительно немного НПО, хотя их количество и возрастает. Налицо большая потребность стимулировать и поддерживать развитие НПО, без какого-либо ущемления их самостоятельности или присущей им гибкости и их потенциальных возможностей в плане новаторства. НПО зачастую быстрее и более гибким образом могут реагировать на те или иные ситуации, так как они, как правило, менее ограничены организационными и бюрократическими ограничениями по сравнению с официальными международными организациями.

Одним из важнейших партнеров здравоохранения является частный сектор (см. раздел 5.5). До настоящего времени очень часто недооценивались огромные потенциальные возможности, таящиеся в нем в области промышленности и торговли, в плане СМИ и т.д., а именно, с точки зрения вклада в стратегию и процессы улучшения здоровья. Не подлежит сомнению то, что в настоящее время частный сектор во все большей мере признает и учитывает растущий спрос и требования потребителей и их озабоченность вопросами здоровья, качества жизни и социальных благ в более широком смысле этого термина и проводит более строгие оценки воздействия на здоровье новой продукции, новых изделий.

Отдельные лица выступают как партнеры здравоохранения с двух сторон. Во-первых, они являются партнерами в их личном, частном качестве в действиях и мероприятиях, напрямую влияющих на их собственное здоровье и/или на здоровье их семьи и друзей. Во-вторых, они могут быть партнерами через членство в НПО или участие в программах здравоохранения на местном коммунально-общинном уровне.

Задача 20 – МОБИЛИЗАЦИЯ ПАРТНЕРОВ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 2005 г. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ УЧАСТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ, ГРУПП И ОРГАНИЗАЦИЙ КАК В ОБЩЕСТВЕННОМ, ТАК И В ЧАСТНОМ СЕКТОРЕ, А ТАКЖЕ ВСЕГО ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА, ОБЪЕДИНИВ ИХ НА ОСНОВЕ СОДРУЖЕСТВА И ПАРТНЕРСТВА ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Это предполагает:

- 20.1 участие сектора здравоохранения в активной пропаганде и защите здоровья, что будет содействовать участию других секторов в межсекторальной деятельности на основе общих целей и ресурсов;
- 20.2 наличие на международном, национальном, региональном и местном уровнях структур и процессов для содействия гармонизации сотрудничества всех участников и секторов в развитии здравоохранения.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Партнерство в интересах здоровья необходимо на различных уровнях: международном, страновом, областном и местном. Оно необходимо для формулирования политики здравоохранения, для повышения степени восприятия и понимания проблематики здоровья и его охраны, для усиления политической воли и устремленности к действию, для постановки задач, для реализации политики и программы и организации непосредственного медико-санитарного обслуживания, включая выбор приоритетов и ассигнование ресурсов, а также для мониторинга и оценки результатов деятельности.

7.3.1 Правительства

Ответственность за определение четкой политики здравоохранения в масштабах всей страны и выполнение соответствующих обязательств ложится, в конечном счете, на правительства. На пороге 21-го столетия правительствам государств-членов Европейского региона надлежит отразить тот перелом в социальных ценностях, в результате которого экономический рост становится лишь одной из множества задач, которые необходимо решать, – а именно в плане сбалансированности с другими задачами – такими, как продвижение целей и интересов здоровья и его охраны, устойчивость, справедливость и равноправие, социальная сплоченность и качество окружающей среды. Берясь за решение всех этих задач, правительства должны во все большей мере признавать необходимость всемерного и полноправного участия более широкого круга партнеров, а также гласности, “открытость” в процессах разработки политики.

Правительствам необходимо создать эффективную и постоянно действующую систему координации – такую, как совет здравоохранения страны, включающий высокопоставленных представителей министерств и других партнеров, для обеспечения как можно более сбалансированного и последовательного подхода к стратегии улучшения и налаживания здравоохранительной деятельности, а также для обеспечения надлежащей сбалансированности целей и задач здравоохранения как в политическом, так и технико-технологическом отношении. При всем этом министрам здравоохранения надлежит обеспечивать основные технические параметры стратегии здравоохранения и брать на себя основную ответственность за их реализацию. В качестве подспорья в этом им надлежит более систематическим образом прослеживать и анализировать процессы и изменения, происходящие на страновом и международном уровнях (см. раздел 7.2) и ведущие к усовершенствованию стратегии и методов здравоохранительной деятельности. Обеспечение “функционального присутствия ВОЗ в стране” (см. раздел 2.1), с официально-формальными связями и контактами с научно-исследовательскими организациями в стране, должно благоприятствовать такой инициативе и предоставлять тем самым соответствующие выгоды и преимущества.

7.3.2 Политики

Политики – на местном, региональном или национальном уровнях – испытывают большую потребность в результатах тщательного анализа проблем и возможностей в области здравоохранения, которые имеются в обслуживаемой ими популяции; и европейская политика достижения ЗДВ предоставляет им своего рода широкое стратегическое “полотно”, с которого они могут “срисовывать” аналогичную политику на тот уровень, за который они отвечают. Их ответственность за такую политику и подотчетность должны быть обеспечены, например, путем постановки широких задач для достижения и обеспечения мониторинга и оценки выполнения на последующих стадиях. Им следует также обеспечить, чтобы соответствующие законы, правила и предписания, которые они разрабатывают, и экономические и прочие стимулы, которые они предлагают различным секторам и учреждениям, действительно содействовали сохранению и укреплению здоровья и, где это необходимо, поддерживались планами и программами оценки воздействия на здоровье.

7.3.3 Профессиональные работники

Профессиональные работники здравоохранения

Предоставляя основные виды медико-санитарного обслуживания, профессиональные работники здравоохранения и их организации должны придерживаться принципов

надлежащего качества медико-санитарной помощи и оказывать активное содействие обеспечению самопомощи их пациентам (как указано в разделе 6.3). Более того, им следует перейти на здоровый образ жизни, так как они часто служат примером для других членов общества (см. раздел 6.4.2). И, наконец, их специальные знания и техническая экспертиза налагают на них особую ответственность и обязанности по оказанию содействия и поддержки программам развития здравоохранения на местном коммунальном уровне и на уровне страны.

Профессиональные работники общественного здравоохранения

Их роль и сфера ответственности подробно рассматривались в разделе 6.5.

Другие категории профессиональных работников

Многие профессиональные работники вне сектора здравоохранения могут рассматриваться как относящиеся к “другим категориям работников общественного здравоохранения” в рамках более широкой инфраструктуры общественного здравоохранения (см. раздел 6.5).

Перед преподавателями в детских садах и школах стоят важнейшие задачи, а именно:

- Во-первых, они должны приобретать знания и навыки, необходимые для обучения своих воспитанников уважительному отношению к таким основополагающим ценностям, как справедливость, равенство, сострадание и устойчивое развитие. Очень важно поощрять своих учеников к формированию здоровых жизненных привычек и учить их тому, как противостоять негативному влиянию сверстников; они должны прививать детям основные жизненные навыки, с тем чтобы они могли успешно справляться со стрессами и проблемами; подготовить их к проблемам и трудностям, с которыми они могут столкнуться в подростковом возрасте, а также помочь им усвоить ценности социального взаимодействия и помочь понять важность социальных сетей. Преподаватели должны внести свой вклад в то, чтобы их ученики впоследствии сами стали хорошими родителями.
- Во-вторых, учителя должны признать и взять на себя ответственность за то, что они являются примером для своих питомцев, и поэтому им следует самим придерживаться здорового образа жизни (например, не курить) и уметь успешно справляться со стрессами.
- В-третьих, преподаватели должны осознать, что им следует как можно лучше знать ситуацию в семьях своих учеников и работать с их родителями в духе партнерства (см. раздел 5.4).

Инженерам, архитекторам и лицам, занимающимся городским планированием, необходимо лучше осознать то влияние, которое их работа оказывает на здоровье отдельных лиц и групп населения. Они должны не только уделять пристальное внимание вопросам безопасности при проектировании жилых зданий, микрорайонов и городов, но и стремиться к поиску новаторских методов и решений, которые бы позволяли, людям ежедневно заниматься умеренными физическими упражнениями, формировать и развивать социальные сети на уровне пригородов или микрорайонов, обеспечивать население жильем, позволяющим проживать совместно представителям трех поколений, а также пропагандировать концепцию расширенной семьи как средства борьбы с социальной изоляцией, характерной для множества современных городов.

Экономистам следует учитывать не только ресурсы, вклады и инвестиции на цели здравоохранения, но и конечные результаты для здоровья, услуги и виды обслуживания, предоставляемые системой здравоохранения и ее различными компонентами. Так, например, необходимо подвергать более критическому анализу медико-санитарные и социальные затраты и издержки, связанные с проектами в области промышленности и созданием тех или иных инфраструктур. Одной такой возможностью было бы создание соответствующих финансовых стимулов, используя, например, средства специального фонда здоровья, финансируемого за счет налогов на табачные изделия, для усиления таких, например, аспектов деятельности, как укрепление здоровья и повышение качества медицинской помощи.

Жизненно важное значение для успеха политики ЗДВ, в которой особый акцент ставится на участии населения, открытости процессов формулирования и реализации политики, имело бы более энергичное и широкое участие журналистов и других работников средств массовой информации в процессах наращивания общественных знаний и развертывания и поддержания широких обсуждений по вопросам здравоохранения. Вопросы здравоохранения должны стать неотъемлемой составной частью подготовки и обучения таких профессиональных работников. Сам же сектор здравоохранения должен дать отправной импульс этой деятельности, приветствуя и поощряя более открытый диалог по всем вопросам.

7.3.4 Неправительственные организации

НПО являются важными партнерами для деятельности в интересах здоровья; они являются жизненно важным компонентом современного гражданского общества и способствуют повышению осознания людьми соответствующей тематики и существования стоящих перед ними проблем и трудностей, они выступают за преобразования и способствуют проведению широкого диалога по вопросам общей стратегии; и их роль в области здравоохранения требует своего усиления. Они в состоянии оказывать

значительные услуги и помощь в области здравоохранения и социального обеспечения в дополнение к помощи, оказываемой государственным и частными секторами, мобилизуя тем самым значительные и оставшиеся неиспользованными ресурсы. В частности, требует всемерной поддержки их роль по укреплению системы самопомощи, т.е. по содействию людям, страдающим от тех или иных конкретных проблем, связанных со здоровьем (например, лицам, страдающим гемофилией, диабетом, а также лицам, злоупотребляющим наркотическими и иными вызывающими зависимость веществами, а также алкоголем), больше и лучше заботиться о своем собственном здоровье. Тем не менее, сильные стороны и потенциал НПО нуждаются в более тесной координации с организованными усилиями населения и общественности на местном или национальном уровнях для улучшения состояния здоровья различных контингентов и групп населения. В этом плане НПО должны рассматриваться как полноправные партнеры. Их участие в местных программах здравоохранения также является отличным примером местной демократии в действии – что особенно важно для стран, находящихся на переходном этапе своего развития – наряду со значительным потенциалом для высвобождения местных ресурсов для здоровья и его охраны путем обеспечения значительной поддержки на местном уровне.

Ключевым приоритетом для ВОЗ в настоящее время является создание более гибких интеграционных механизмов для организации, проведения и поддержания диалога с НПО. Это позволило бы объединить информацию и знания ВОЗ относительно общих потребностей и вариантов, связанных со здоровьем, с потенциалом и возможностями НПО по более тесной и непосредственной идентификации с соответствующей проблематикой и связанными с ее решением людьми.

7.3.5 Частный сектор

Частный сектор должен более внимательно относиться к изменениям и переменам в потребительском спросе, критически оценивая пути и способы такого использования своей продукции, которые бы способствовали укреплению здоровья и улучшению состояния окружающей среды. По всей вероятности, будут усиливаться требования в отношении научного обоснования любых утверждений о преимуществах выпускаемой продукции, а также в отношении использования объективных критериев и методов, таких, например, как оценка воздействия на здоровье. Соответственно, деятельность частного сектора должна стать более всеобъемлющей и нацеленной на сохранение и поддержание здоровья, чем это имело место до настоящего времени. Более того, частный сектор является жизненно важной составляющей общины как на местном, так и общенациональном уровнях; поэтому необходимо прилагать активные усилия к тому, чтобы заручиться и пользоваться поддержкой с его стороны для разработки и выполнения программ общественного здравоохранения в качестве партнеров и при полном признании его потенциально решающего вклада.

Как указывалось в разделе 5.4, именно на местах работы можно предпринять очень эффективные меры, способные помочь взрослым переходить к более здоровому образу жизни. Поэтому жизненно важно, чтобы частный сектор уделял больше внимания вопросам охраны здоровья работающих в нем лиц. Одним из прогрессивных способов достижения этого могла бы стать разработка концепции “здоровой компании”, основывающейся на партнерских связях и взаимоотношениях между владельцами предприятий (работодателями), служащими (персоналом) и службами гигиены труда. Это должно осуществляться с помощью комплексного подхода, а именно: создания здорового контингента работающих, изготовления компанией здоровой продукции и активной поддержки местных (или национальных) программ в области здравоохранения. Такая деятельность сама по себе должна поддерживаться национальными ассоциациями предпринимателей (работодателей) и трудящихся (служащих), а также сектором общественного здравоохранения. Затем со временем можно было бы перейти к созданию целой сети “здоровых компаний/предприятий”.

7.3.6 Отдельные граждане

Обеспечение того, чтобы здоровый выбор был одновременно и легким выбором, а именно путем действий, охарактеризованных в предыдущих главах (особенно в главе 5), – это жизненно важная стратегия, направленная на то, чтобы помочь людям брать на себя больше ответственности за то, чтобы их собственная жизнь была здоровой и признавая здоровье в качестве уникального ресурса, нуждающегося в защите и активном укреплении. Аналогичным образом, люди должны понять, что оказание помощи друзьям и родственникам в выборе и поддержании здорового образа жизни как с помощью личного примера, так и путем прямой поддержки и содействия – это их общественный долг.

7.3.7 Объединение партнеров для совместных действий

Чтобы стратегия партнерства в здравоохранительной деятельности была действительно эффективной, нужно создать специальные механизмы для обеспечения конкретной направленности и устойчивости партнерских связей, контактов и объединений. Основываясь на политике достижения ЗДВ, многие страны в последнее время значительно продвинулись в деле разработки партнерских связей и контактов с помощью таких программ и проектов, как “здоровые города”, “школы, содействующие укреплению здоровья”, “больницы, способствующие укреплению здоровья”, “охрана здоровья в тюрьмах и иных местах заключения” (см. раздел 5.4). В настоящее же время необходимы стратегия и структурные механизмы для мобилизации такого рода партнерств в интересах здоровья во всем обществе.

Семейный очаг

Хотя неформальный характер семейной среды не требует формальных механизмов, однако пользующаяся очень высокой репутацией семейная медицинская сестра может оказаться исключительно полезным и эффективным фактором, способствуя проведению членами семей конструктивных обсуждений по вопросам, касающимся проблем их здоровья. Кроме того, решающую роль может сыграть хорошо спланированная концепция семейного врача, включая вопросы эпидемиологии на основе семьи и ведение постоянных записей данных, позволяющих проводить, в случае необходимости, бригадно-групповые исследования (например, врачом, медсестрой и социальным работником) семей с особыми потребностями в отношении здоровья или семьи.

Школы, места работы и т.д.

Как уже указывалось в разделе 5.4, важными объектами и средовыми условиями для здравоохранительной деятельности являются детские сады, школы, тюрьмы и места заключения. Для этого требуется наличие соответствующего органа (комитета или комиссии) по укреплению здоровья; в такой комитет должны войти представители основных партнеров и он должен располагать адекватными ресурсами для своей деятельности и иметь четкий круг обязанностей по укреплению здоровья на местном уровне.

Деятельность на местном уровне

Задачи разработки ориентированной на достижение ЗДВ политики охраны здоровья на коммунальном уровне, дополненные задачами и программой действий, а также осуществление, мониторинг и оценка ее выполнения являются жизненно важными компонентами подхода ЗДВ, который должен применяться на спланированной надлежащим образом основе каждой местной общиной (или контингентом населения) в каждом из государств-членов (см. разделы 5.4 и 7.4). Для обеспечения этого должен иметься местный совет здравоохранения или иной аналогичный орган, выполняющий эти функции, включающий выборный местный совет, представителей основных секторов (например, здравоохранения, образования, по социальным вопросам), а также основные НПО, средства массовой информации и местное население (последние путем их участия в публичных обсуждениях, например). В этом плане предполагается очень важная техническая и лидирующая роль местного ответственного по вопросам общественного здравоохранения и других практических работников здравоохранения (врачей общей практики и т.п.).

Национальный и субнациональный уровни

Формулирование общенациональной политики и программы, ориентированных на достижение ЗДВ, остается необходимым делом для установления рамок среднесрочного развития с четко сформулированными и определенными задачами по достижению ЗДВ,

стимулирующими согласованность действий и задающими общие направления для аналогичных усилий на других уровнях в стране (см. ниже раздел 7.4). Последнее необходимо и для того, чтобы обеспечить рациональное использование ресурсов на уровне страны и способствовать организации – в масштабах всего общества – движения, направленного на улучшение здоровья и пользующегося активной поддержкой со стороны министерств, профессиональных ассоциаций и объединений, организаций трудящихся и представителей промышленности, средств массовой информации и т.д.

Как уже указывалось выше, для обеспечения таких коллективных усилий совершенно необходим соответствующий влиятельный механизм, например, национальный совет здравоохранения. Такой совет должен получать техническую поддержку и руководство со стороны министерства здравоохранения. Он должен стать органом, отвечающим за планирование национальной политики и программ, за их мониторинг и оценку выполнения, а также за представление докладов о ходе работы. Такой процесс поможет создать атмосферу ответственности и отчетности перед обществом, повышая осознание всем обществом целей здравоохранительной деятельности и мобилизуя волю для их достижения.

Европейский общерегиональный уровень

Для 51 государства в Европейском регионе постоянный механизм сотрудничества уже существует в виде Европейского регионального комитета ВОЗ – “парламента здравоохранения”, на сессиях которого министры здравоохранения ежегодно рассматривают политику и программы здравоохранения в Регионе. Европейская региональная политика достижения здоровья для всех представляет и выражает политику и задачи, направленные на совместные действия в масштабах всего Региона, и является творческой и вдохновляющей основой для использования конкретными странами. Общерегиональное использование задач по достижению ЗДВ и оценочного процесса ЗДВ (в настоящее время он проводится раз в шесть лет) обеспечивают общественную гласность, открытость и систематическую обратную связь; конечные же выводы и заключения учитываются в ходе периодического обновления (раз в шесть–семь лет) европейской политики по достижению ЗДВ.

Для достижения надлежащего уровня и параметров здоровья во всей Европе исключительно важна роль партнерских связей и отношений с другими основными интеграционными и межправительственными органами и организациями, к которым относятся, например, Европейский союз, Всемирный банк, Совет Европы, ОЭСР и различные организации и учреждения системы Организации Объединенных Наций, специализирующиеся на гуманитарной деятельности в области развития. В условиях всеобщего внимания к проблематике здоровья в ходе разработки политики и деятельности, особого внимания заслуживает повышение компетенции и полномочий ЕС в области общественного здравоохранения и разработка в последнее время Всемирным банком

стратегической политики в области здоровья, народонаселения и питания. Имеется множество значительных достижений по налаживанию более тесного сотрудничества между всеми этими организациями, однако можно было бы добиться значительно большего прогресса и заключить, с большей пользой для здравоохранения, большее число официальных партнерских соглашений и договоренностей, в частности между ВОЗ, Европейской комиссией и Советом Европы. В главе 1 указывается на пять основных ролевых функций, которые Европейское региональное бюро ВОЗ могло бы играть в здравоохранительной деятельности в Европе.

Одним из примеров успешного установления и налаживания партнерских связей и контактов в области гигиены окружающей среды было создание Европейского комитета по окружающей среде и охране здоровья, с появлением в результате этого постоянной структуры, в рамках которой проводятся частые обсуждения важнейших стратегических и программных вопросов, что способствует упрочению сотрудничества и лучшему взаимопониманию между всеми основными организациями, занимающимися деятельностью в области окружающей среды и охраны здоровья. Еще одним таким примером является проект укрепления здоровья в школах, благодаря которому между Европейской комиссией, Советом Европы и Европейским региональным бюро ВОЗ сложились конструктивные, долгосрочные и новаторские партнерские отношения.

Исключительно успешными были попытки свести воедино в рамках общеевропейского движения за достижение ЗДВ партнеров по профессиональному и организационно-учрежденческому принципу. Как уже указывалось, Европейский форум национальных медицинских ассоциаций и ВОЗ в настоящее время включает представителей наиболее крупных организаций работников здравоохранения почти во всех государствах-членах, а в состав форума ЕВРОФАРМ, объединяющего фармацевтов, входят представители около двух третей всех государств-членов. Обе эти организации будут и в дальнейшем решать такие ключевые проблемы ЗДВ, как качество медицинской помощи, образ жизни и здоровье (причем не только на своих ежегодных конференциях, но и на более часто проводимых совещаниях целевых групп). В 1996 г. был создан аналогичный Форум европейских национальных ассоциаций медицинских сестер и ВОЗ, который также становится, без всякого сомнения, очень эффективным механизмом мобилизации 4,5-миллионной армии медсестер и акушерок в Регионе в поддержку политики достижения здоровья для всех.

Сети сотрудничества являются относительно недавним явлением, но они нацелены на то, чтобы стать постоянными структурами и располагают огромным потенциалом для оказания значительного влияния на процессы, связанные с решением конкретных задач ЗДВ по всему Региону. Как уже указывалось, сюда относятся такие сети, как “здоровые регионы”, “здоровые города”, “школы, содействующие укреплению здоровья”, “больницы, способствующие укреплению здоровья”, “охрана здоровья в тюрьмах и иных местах

заклучения”, СИНДИ и, в более широком смысле, конечно же, Европейский региональный комитет. Созданы и другие сети, направленные на решение конкретных проблем здравоохранения, таких, как борьба с инфекционными болезнями (где конкретные целевые группы по БППП/СПИДу и по программам вакцинации в ННГ доказали свою большую эффективность в деле объединения усилий множества партнеров), борьба с диабетом (Сент-Винсентское движение) и инсультом; важную роль в этом отношении играет также целый ряд европейских сетей по борьбе с онкологическими заболеваниями и Международное агентство по изучению рака (МАИР).

НПДГОС – ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД СПЛОЧЕНИЯ ПАРТНЕРОВ ДЛЯ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ

На Второй европейской конференции по окружающей среде и охране здоровья (Хельсинки, июнь, 1994 г.) министры здравоохранения и министры окружающей среды от имени своих стран взяли на себя обязательство разработать национальные планы действий по гигиене окружающей среды (НПДГОС), в которых действия, направленные на улучшение окружающей среды, увязываются с действиями по охране здоровья населения. За прошедший период 40 стран уже разработали или разрабатывают такие планы действий. НПДГОС оказались успешным механизмом объединения различных секторов и партнеров и представляют собой согласованную, всестороннюю и экономически эффективную структуру для действий, направленных на достижение целей ЗДВ и Повестки дня на 21-ое столетие. Ввиду межсекторального характера вопросов окружающей среды и здоровья успешное и последовательное осуществление НПДГОС зависит от сотрудничества между всеми действующими лицами и организациями на национальном и международном уровнях, например, между национальными правительствами, местными органами власти, различными экономическими секторами и общественностью. Деятельность на уровне стран также поддерживается международными организациями и финансовыми учреждениями. Помимо этого, осуществление НПДГОС также используется рядом стран в качестве одной из составляющих, содействующих их вступлению в Европейский союз.

Источник: Осуществление национальных планов действий по гигиене окружающей среды на основе партнерства. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ, который будет представлен на рассмотрение Третьей конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, Лондон, 1999 г.).

При всех положительных сдвигах и достижениях в области окружающей среды и охраны здоровья (благодаря процессу НПДГОС) в настоящее время испытывается настоятельная потребность в создании нового и мощного общеевропейского движения за здоровый образ жизни. Сейчас для этого самое подходящее время, учитывая наличие соответствующих технических знаний и опыта. Европейская комиссия разработала новую программу укрепления здоровья, а Европейское региональное бюро ВОЗ располагает разветвленными и мощными сетями и большим опытом в этой области наряду со множеством очень активно действующих НПО. И, наконец, – что очень важно – в государствах-членах крепнет политическая воля и стремление к тому, чтобы более серьезно относиться к вопросам укрепления здоровья населения.

Профессиональные сети обладают огромным потенциалом для обмена знаниями и опытом; к числу же других возможных сетей такого рода, ориентированных на здравоохранительную деятельность, можно отнести объединения парламентских комитетов

по здравоохранению, а также международные ассоциации учителей, экономистов, юристов, инженеров и архитекторов.

7.4 Планирование, выполнение и оценка политики достижения ЗДВ

Осуществление всех намерений, изложенных в главах 1–6, возможно лишь при условии создания широкого общественного движения в интересах здоровья и его охраны, с привлечением всех гражданских, административных, коммерческих и политических звеньев общества. Эта цель может быть достигнута только при участии всех партнеров в процессах, требующих надлежащего понимания и осознания проблематики здравоохранения и того, что необходимо для улучшения здоровья населения. Для обеспечения эффективности столь масштабных и всеобъемлющих процессов необходимо четкое и вдохновляющее видение направления деятельности, наличие гласной, общеприемлемой и устраивающей всех политики, основывающейся на принципах достижения ЗДВ.

Начиная с 1984 г. многие государства-члены в Европейском регионе ВОЗ продвинулись вперед в своих усилиях по адаптации региональной стратегии достижения здоровья для всех с учетом своих собственных потребностей. Этот процесс замедлился на некоторое время в начале 90-х годов, когда основное внимание пришлось уделить вопросам реформирования здравоохранения, что было обусловлено политическими переменами и экономическим кризисом в СЦВЕ и ННГ. Тем не менее, к июню 1996 г. свыше 60% от 51 страны, входящей в настоящее время в состав Региона, сформулировали или разрабатывают комплексные стратегии здравоохранения, основанные на принципах политики ЗДВ, тогда как в большинстве остальных стран в их политику в этой области были интегрированы важные элементы политики ЗДВ.

В ряде стран механизмы внедрения и мониторинга политики ЗДВ были хорошо продуманы и оказались поэтому очень эффективными. В других странах эти механизмы отличались своей фрагментарностью, в результате чего были сильно ослаблены их эффективность и действенность. Пути и способы осуществления политики ЗДВ в странах были очень различными. Многие страны широко использовали задачи, определенные в количественном выражении (“квантификация”), тогда как другие предпочитали полагаться на качественные параметры и цели. В более успешных случаях странами был применен исключительно новаторский подход к обеспечению самого широкого участия в процессах принятия решений, тогда как другие страны отдали предпочтение процессу (или ограничили процессом), во главе которого стояли специалисты и который ограничивался, главным образом, рамками сектора здравоохранения. Во многих странах парламент законодательно утвердил документы, посвященные политике достижения ЗДВ, обеспечивая тем самым самую широкую политическую поддержку в среднесрочном плане, что очень важно. В

целом же в последние годы страны стали лучше формулировать свою политику и задачи по достижению ЗДВ, а также наладили планирование для эффективного их выполнения.

Общность принципов, положенных в основу показателей ЗДВ, и единый график и сроки для оценки политики ЗДВ на всемирном, региональном и страновом уровнях и для переоценки их масштабов и содержания в свете согласованных задач – все это придало новый импульс обеспечению “открытости” во многих странах. Данный процесс постоянной и систематической учебы и извлечение уроков из накопленного опыта способствовали развитию и коренному изменению основы для периодического обновления политики и стратегий, по сути интегрировав принцип научности во всю систему разработки и формулирования политики в отношении широких масс населения и общественности. Эта новая политика и процессы привели к развитию чувства сопричастности, сплоченности и солидарности между государствами-членами в Регионе и позволили заложить уникальную информационную базу для всех стран, которая служит для них источником знаний и вдохновения.

Таким образом, в ряде стран в настоящее время имеется хорошо функционирующая политика, направленная на достижение ЗДВ, в других странах она ждет своего обновления, тогда как некоторым странам все еще предстоит мобилизовать свою политическую волю, чтобы приступить к процессу разработки и формулирования политики ЗДВ в целом.

Задача 21 – Политика и стратегии по достижению здоровья для всех

К 2010 г. все государства-члены должны не только иметь, но и осуществлять политику достижения здоровья для всех на уровне стран, региональном и местном уровнях, при поддержке соответствующих учрежденческих структур, процессов руководства и новаторского лидерства.

Это предполагает:

- 21.1 наличие мотивации и целеустремленности, которые политика здоровья для всех на уровне страны должна обеспечивать для процесса разработки и осуществления соответствующих политики и действий в регионах, городах и на местах, а также в школах, на рабочих местах и в домашних условиях;
- 21.2 наличие необходимых структур и процессов для развития политики здравоохранения на уровне стран и на других уровнях, что позволяет объединить усилия широкого спектра основных партнеров как в общественном, так и в частном секторах, располагающих необходимыми мандатами для определения политики, ее осуществления, мониторинга и оценки;
- 21.3 разработку соответствующих краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных целей политики, задач, показателей и приоритетов, равно как и стратегий по их достижению, основанных на ценностях здоровья для всех, при регулярном мониторинге и оценке хода работ по их достижению.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Всем государствам-членам Региона надлежит обеспечить соответствие в целом их здравоохранительной политики принципам и стратегиям достижения ЗДВ, с тем чтобы адаптировать свои подходы и методы к потребностям развития здравоохранительной деятельности и конкретным особенностям нынешних демократических и плюралистических по своему характеру обществ. Это предполагает не только адаптацию стратегии, изложенной в главах 2–6, для решения проблем образа жизни, среды обитания и здоровья. Не менее важной является необходимость применения концепции партнерских связей, объединений и контактов для целей планирования и выполнения, сосредоточивая усилия на основные средовые условия и факторы/уровни, там, где необходимы действия. Стратегии и задачи ЗДВ на общерегиональном уровне в Европе должны служить источником вдохновения для соответствующей деятельности на уровне стран, а задачи на страновом уровне должны, в свою очередь, побуждать к формулированию задач на местном уровне. Ниже приведены некоторые уроки, которые были извлечены начиная с 1984 г.

7.4.1 Четкое обозначение направлений дальнейшей деятельности

Меры и действия, необходимые для содействия обеспечению справедливости, равноправия в вопросах охраны здоровья, повышения устойчивости и для более четкого сосредоточения усилий в области здравоохранения, требуют систематических усилий со стороны множества партнеров. Без наличия конкретного документа с изложением политики, который можно было бы в любое время взять и прочитать, обсудить и даже оспорить, многие партнеры, которые должны так или иначе привлекаться, могут не понять достаточно четко и однозначно, почему и во имя чего им следует объединять свои усилия и сотрудничать в интересах здоровья или в чем должен заключаться их конкретный вклад. Документ с изложением политики ЗДВ на общенациональном (и, когда это целесообразно, субнациональном) и местном уровнях – с четкой постановкой целей, стратегий и задач – обеспечивает основные принципы и рамки, справочную базу и исходные, отправные позиции, чтобы любые – даже самые незначительные – шаги осуществлялись в правильном направлении. Создание такой “карты” основных контуров продвижения вперед требует демократического, обеспечивающего всеобщее участие, процесса планирования, основные ступени которого характеризуются ниже.

7.4.2 Обеспечение осведомленности

Политика, действия и заинтересованное отношение и приверженность интересам здравоохранения не произойдут сами по себе. Практические врачи и работники общественного здравоохранения в целом должны постоянно стремиться к обеспечению должной осведомленности и осознания необходимости того, чтобы цели в отношении

здоровья населения стали неотъемлемой составной частью общего социально-экономического развития общества. Кроме того, сектор здравоохранения должен выступать в роли активного защитника здоровья, а также должен пропагандировать и всемерно отстаивать принципы справедливости, равноправия и солидарности в вопросах охраны здоровья.

Существенным вкладом в эту деятельность явится подготовка и представление на регулярной основе докладов по этим вопросам на международном, национальном, региональном и местном уровнях. Такие доклады не принесут пользы, если они будут направлены исключительно на научное сообщество или на организаторов здравоохранения. Они должны быть оформлены и составлены таким образом, чтобы быть доступными и понятными для всех потенциальных партнеров или адресованными конкретным политическим деятелям всех уровней, а также специалистам и широкой общественности и населению. Вот почему чрезвычайно важны тесное сотрудничество со средствами массовой информации и конструктивная поддержка с их стороны.

7.4.3 Достижение консенсуса относительно процесса

Как уже указывалось выше, процесс разработки политики должен быть открытым, гласным и обеспечивать как можно более широкое участие различных секторов, уровней и заинтересованных групп. До тех пор, пока те лица, которым предстоит непосредственно осуществлять стратегии и программы развития, не примут участия в формулировании этих стратегий и их оценке, они не будут чувствовать себя сопричастными и не будут чувствовать за собой обязательства претворять их в жизнь.

Соглашение о процессе разработки политики должно включать меры по созданию или укреплению механизмов и инфраструктур, способствующих развитию сотрудничества среди всех основных партнеров. Таким образом, на уровне той или иной страны специальный национальный совет здравоохранения мог бы взять на себя руководство министерством здравоохранения и другими министерствами, национальными организациями предпринимателей/работодателей и служащих, основными ассоциациями и объединениями персонала здравоохранения страны, общенациональной организацией, объединяющей все местные советы, а также НПО. Аналогичные механизмы (включая – где это целесообразно – субнациональные структуры) потребовались бы на муниципальном/местном уровне, с комитетами или комиссиями, преследующими аналогичные цели и с аналогичной компетенцией и кругом ведения на местах работы/производства, школах и в других учебных и иных заведениях и учреждениях. Все эти механизмы должны также учитывать возможность конфликтов интересов, признавать необходимость переговоров и компромиссов и обеспечивать право голоса и реальную возможность быть услышанными для уязвимых групп населения. На всех уровнях такие органы (комитеты, комиссии)

нуждаются в энергичной поддержке со стороны специалистов здравоохранения и содействии со стороны самых различных групп экспертов.

7.4.4 Поиск консенсуса

Важнейшим элементом разработки политики на всех уровнях является достижение единого, общего понимания основополагающих ценностей, целей и задач, а также их приоритетности. Это подразумевает необходимость рассмотрения того, какую значимость следует придать тем или иным ценностям, определение критериев для постановки приоритетов, а также обсуждение последствий различных вариантов и альтернатив. Эти процессы потребуют обсуждений и повторных переговоров между партнерами по здравоохранительной деятельности, причем на постоянной основе и по мере реализации и развертывания соответствующих курсов политики и стратегий.

Всевозможные изменения в правительственных органах на национальном, региональном и местном уровнях могут затруднить процесс обеспечения приверженности политиков долгосрочным стратегиям по охране здоровья, которые могут не принести каких-либо результатов до очередных выборов. В то же время обеспечение долгосрочной приверженности, несмотря на внутрипартийные распри и расхождения или со стороны различных партий, облегчается, когда политики на национальном, региональном, городском и местном уровнях привлекаются к этому процессу или деятельности на самом раннем этапе. Оказание мощной поддержки со стороны потребителей или общественности в целом может также содействовать обеспечению необходимой преемственности и устойчивости стратегий поддержания, укрепления и охраны здоровья населения.

7.4.5 Постановка задач

Приобретенный за последние 12 лет опыт использования в рамках всей Европы региональных задач по достижению ЗДВ с соответствующими показателями – равно как и аналогичных задач во многих странах на национальном и местном уровнях – уже наглядно продемонстрировал, что постановка задач является особенно полезным подходом. Задачи позволяют сделать политические цели более конкретными, осуществлять мониторинг их достижения и вдохновляют множество партнеров к тому, чтобы они оказывали самую активную поддержку здравоохранительной деятельности. При перспективном подходе к разработке политики, предлагаемой на ближайшие годы, использование задач на международном, национальном и местном уровнях будет по-прежнему играть большую роль. Основными причинами этого являются следующие:

- для постановки задач необходимы следующие условия: оценка нынешней ситуации или, насколько это возможно, научное обоснование, а также прогноз возможных

будущих тенденций, что является необходимым элементом процесса определения приоритетов;

- постановка задач и мониторинг хода их выполнения позволяет очень многому научиться в процессе непрерывной разработки политики, так как это позволяет сфокусировать обсуждение на том, что планировалось достичь и почему, а также были ли эти задачи выполнены и, если нет, то почему;
- задачи являются очень ценным коммуникационным средством, так как они позволяют процессу разработки политики выйти за пределы жестких бюрократических рамок и облегчают доступ к нему общественности;
- цели выполняют те же функции, что и отметки на географической карте, так как они дают всем партнерам более ясное представление о сфере применения политики, понимание того, почему должны произойти те или иные события, и каким может быть их участие в этих событиях; они также могут стать платформой для сплочения групп низового уровня, помогая им мобилизоваться и требовать принятия тех или иных мер;
- мониторинг с помощью конкретных показателей позволяет задачам служить эффективным механизмом для усиления ответственности соответствующих органов и лиц за здоровье населения;
- в ближайшей перспективе задачи являются основополагающими принципами/точками отчета, которыми следует руководствоваться в повседневной работе, например, при оценке предложений от государственных департаментов или при оценке ежегодного бюджета;
- и, наконец, привлечение людей к процессу постановки задач является хорошим методом мотивации населения к тому, чтобы предпринимать необходимые действия.

Не все задачи нуждаются в определении количественных параметров, и важно избежать хорошо известной и весьма распространенной предубежденности и склонности при постановке задач в отношении того, что поддается несложному или легкому подсчету или измерению (квантификации). При постановке задач ответственные лица и деятели должны обеспечивать тщательный анализ ожидаемой эффективности и предлагаемых решений и возможных последствий действия или бездействия. Как минимум, задачи должны свидетельствовать о стремлении к улучшению здоровья и сокращению факторов риска для здоровья. Весьма полезным и целесообразным может также быть постановка таких отражающих особенности процесса задач, которые позволяют конкретно определять и уточнять уровни действий в тот или иной период времени.

Кроме того, необходимо определить основные стратегии выполнения задач, в которых должно быть указано, какие действия и каким образом должны предприниматься

важнейшими партнерами. Процесс постановки задач должен также четко определять, когда эти задачи должны оцениваться и обновляться (по-видимому, это будет происходить, как минимум, один раз в десять лет).

7.4.6 Большая открытость

Какой бы путь ни был выбран для формулирования целей и задач, они должны быть выражены четким и понятным языком в документе, определяющем политику и стратегии. Именно сформулированная в письменном виде политика позволяет многим партнерам увидеть, на что она направлена, а также понять свою собственную потенциальную роль. Для углубления такого понимания могут быть подготовлены различные варианты политики применительно к различным целевым группам и могут использоваться новые виды и формы распространения информации, как, например, Всемирная компьютерная сеть (Интернет).

7.4.7 Легитимация процесса

Процесс разработки политики должен быть легитимирован с помощью открытого процесса консультирования. Имеется множество отличных примеров хорошей работы, проделанной начиная с 1984 г. на национальном, региональном и городском уровнях, а именно, общественных собраний, передвижных выставок, участия средств массовой информации, обеспечения обратной связи в процессе консультирования. Официальное одобрение политики должно даваться на самом высоком политическом уровне, желательно в виде его принятия национальным или местным парламентом, районными или городскими властями. Без принятия этой политики на высоком уровне сектор здравоохранения не будет иметь того веса, авторитета, влияния, которые необходимы для реализации этой политики, работая подчас в одиночку, но чаще всего совместно со множеством других секторов и партнеров.

7.4.8 Создание новых объединений

Установление новых партнерских связей и контактов. Для разработки и осуществления такого вида политики необходимы не только новые союзы и объединения с различными секторами, со множеством государственных, частных партнеров, включая бесчисленное множество добровольных организаций, но и новые, отличные от прежних, подходы к установлению партнерских связей и отношений с этими секторами и организациями.

Практические работники здравоохранения и сектор здравоохранения должны брать на себя основную ответственность за поощрение и стимулирование других секторов, органов и

организаций к тому, чтобы они обеспечивали ведущее, определяющее место решению задач и проблем здравоохранения в своих планах и программах, и им требуется помощь и поддержка, чтобы справиться с такой трудной и сложной задачей. Совместное стремление к общим для всех целям улучшения здоровья населения может потребовать новых путей и методов привлечения всех партнеров к здравоохранительной деятельности. Создавая “союзы” и объединяя усилия с другими секторами, нужно стремиться к достижению общих или “сходящихся, сближающихся” целей. Сектору здравоохранения следует быть готовым к проведению хорошо документированного и открытого диалога и стремиться к достижению надлежащей сбалансированности интересов или компромиссов там, где цели различных партнеров противоречат друг другу.

Все это предполагает необходимость не только узнавать больше друг о друге, но и учиться друг у друга. Еще более важным является то, что в процессе установления, расширения и усиления партнерских связей и объединений очень важно создавать и поддерживать атмосферу доверия. Непременными условиями успешного партнерства в интересах здоровья являются сильное совместное руководство и наличие эффективной организационной структуры. Помимо этого, необходима договоренность о круге обязанностей, механизмах и бюджетах, а также согласованная основа для обеспечения (под)отчетности.

7.4.9 Расширение диапазона механизмов осуществления политики

Действия, которые могут быть предприняты для реализации политики, могут различаться в зависимости от уровня ответственности и конкретных условий. Некоторые законоположения могут быть приняты только на национальном или региональном уровнях (если речь идет о федеративных странах). Так, например, при межсекторальных действиях в прошлом наблюдалась тенденция к использованию законодательных и регламентирующих методов и лишь к ограниченному использованию финансовых механизмов. Необходимо использовать в большей степени административные и управленческие механизмы, а также меры, позволяющие воздействовать на характер научных исследований и подготовки кадров. Очень важно обеспечить дальнейшее использование оценок воздействия на здоровье и контрольные обзоры политики в области здравоохранения.

Кроме того, сейчас необходимо продумать намного более серьезным образом вопросы, связанные с механизмами для информирования, привлечения и активизации деятельности “богатых сетей”, пользующихся большим влиянием и оказывающих большое воздействие в рамках общества. Именно здесь, на децентрализованном уровне внутри общества, будет проводиться практическая деятельность в интересах здоровья, свидетельствующая о приверженности целям здравоохранения и стремлению к их достижению.

7.4.10 Процессы координации, мониторинга и оценки

Подотчетность может быть достигнута с помощью механизмов координации, мониторинга и оценки хода работы по реализации политики и с помощью процедур отчетности перед wybranными органами власти, а также через средства массовой информации. Имеется множество хороших примеров такого вида отчетности по общественному здравоохранению, что позволяет учиться на основе приобретенного опыта, вносить необходимые коррективы, изменения, а также реагировать на меняющиеся обстоятельства и условия. Это должно быть предусмотрено в самой политике достижения здоровья для всех, которая должна также включать точные показатели для измерения хода работы по выполнению задач, четкий механизм по их сбору и анализу и, наконец, заранее определенные периоды оценки, спланированные так, чтобы они совпадали со следующим циклом планирования.

РАЗРАБОТКА И РАЗВИТИЕ ПОЛИТИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДВ в Финляндии – НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРОЦЕСС РЕАЛИЗАЦИИ, ОЦЕНКИ И ПЕРЕСМОТРА

В 1985 г. правительство Финляндии представило в парламент для обсуждения документ по вопросам достижения ЗДВ в Финляндии, включающий 32 пункта с изложением политики в этой области. Данный документ был первым документом такого рода в Европе, и за ним вскоре последовала стратегия его реализации. Данный процесс реализации не протекал так гладко, как это предполагалось. Несмотря на широкий политический консенсус по основным направлениям политики, мало было сделано для того, чтобы определить приоритеты или обозначить сферы ответственности за осуществление деятельности. К 1990 г. было решено пересмотреть эту политику и увязать всю работу с проведением внешнего обзора всего процесса в целом (это должна была сделать ВОЗ). Процесс пересмотра вызвал значительный интерес, так как за это время изменились политические условия: экономика проявляла все признаки депрессии, и проводилась значительная реформа сфер планирования и финансирования, связанная с переносом ответственности за финансирование служб здравоохранения и делегированием ее 455 муниципалитетам.

Группа ВОЗ, проводившая обзор положения, отметила, что руководство политическим процессом осуществлялось в основном экспертами и что процесс этот ограничивался лишь сектором здравоохранения. Согласно сделанным предложениям, привлечение и участие на ранней стадии других секторов и расширение процессов консультаций могло бы содействовать процессу реализации политики; сама политика в этой области не получила достаточного освещения со стороны средств массовой информации или же на массовом, низовом уровне; обеспечение большей конкретности целей и задач применительно к уязвимым контингентам и группам населения могло бы повысить потенциал для продвижения процессов справедливости и равноправия в вопросах охраны здоровья. Кроме того, для выполнения и мониторинга политики нужно было использовать в больших масштабах людские/кадровые ресурсы.

После широкого процесса консультаций пересмотренная стратегия была утверждена к концу 1992 г. Пересмотренная политика носила более выборочный характер, характеризовалась уточнением ролей и задач всех партнеров, а также установлением четкой периодизации и сроков. Гораздо больше внимания было уделено вопросам рекламирования и пропаганды, обучения и подготовке учебных материалов. В начале 1998 г. был начат новый процесс оценки и пересмотра. Новый курс политики будет предваряться двухгодичным подготовительным периодом, включающим широкие консультации с другими группами и секторами. Особое внимание будет уделяться будущим проблемам и трудностям, концепции совокупного жизненного цикла и вопросам равноправия в отношении здоровья.

Как показывает со всей четкостью и очевидностью пример Финляндии, ЗДВ – это не разовое мероприятие, а непрерывный процесс реализации, оценки и пересмотра.

Источнику: Health for all policy in Finland. WHO health policy review. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1991 г. (документ EUR/FIN/HSC 410); Exploring the process of health policy development in Europe. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).

Глава 8

ЗДОРОВЬЕ-21: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

По мере того, как мы приближаемся к 21-му столетию, народы Европы с надеждой обращают свой взор в сторону перемен, ищут целеустремленности и смысла в своей жизни, равно как и большей социальной ответственности. Сложные взаимоотношения всегда существовали между экономическим развитием, с одной стороны, и охраной и укреплением здоровья, с другой, но сегодня, как считают многие, существующая система чрезмерно ориентирована на получение экономических преимуществ. Вместе с тем, обе эти сферы неразрывно взаимосвязаны друг с другом, хотя эта взаимосвязь зачастую игнорируется. Так больше продолжаться не может!

Здоровье есть категория уникальная; здоровье есть альфа и омега развития человека; оно является непременным условием благополучия и необходимой предпосылкой для удовлетворения всех иных потребностей. Оно имеет отношение к каждому человеку, и само понятие “здоровье” легко воспринимается любым членом общества; здоровье есть дело всех, и все должны участвовать в работе по его улучшению. Частные и общественные секторы, представители различных профессий, неправительственных организаций, политические лидеры и другие участники этого процесса должны бороться за здоровье, – ибо это и есть демократия.

Уникальные, неповторимые возможности для того, чтобы улучшить здоровье населения Европы, находятся сегодня в пределах возможного. Успешные инициативы в секторе здравоохранения и во многих других секторах при участии самых различных партнеров на протяжении последних 10–15 лет дали нам очень многое. Это – то, что нас радует. С другой стороны, нам приходится, к сожалению, констатировать, что многие из наших успехов и достижений остаются единичными событиями. Эта тенденция должна быть изменена!

Вместе с тем, новые “стратегические подходы” в Европе – это еще не все; вопросы лидерства по-прежнему являются главными. Лидерство, которое в полной мере осознает

уникальный потенциал, который несет с собой развитие здравоохранения, и не только лишь для улучшения здоровья людей, но и для укрепления социальной сплоченности и целеустремленности, т.е. для создания здорового общества!

Нам нужны лидеры общественного здравоохранения, которые готовы постигать новое, тщательно анализируя собственный опыт и опыт других стран. Лидеры, которые сделают познание целью будущего и которые определяют задачи и вехи на пути их выполнения; лидеры, которые обеспечат на систематической основе использование в своих странах методов надлежащей практики и тем самым покажут хороший пример другим.

Европа находится в уникальном положении для того, чтобы обеспечить глобальное лидерство: это Регион, где солидарность есть синоним честности, это Регион с беспрецедентным объемом коллективных знаний, необходимых методологий и технологий для успешного осуществления работы в сфере здравоохранения.

Парадоксально, но в силу целого ряда причин, многие европейские общества не нашли своего места в этом процессе. Политические и религиозные ценности вчерашнего дня уступили место обществу потребителей, которое во главу угла поставило технологию и прибыль. Многие люди оказываются все больше изолированными и отделенными от общества, которое их окружает. Им недостает самого главного – гуманитарного начала, составляющего качество жизни: чувствовать себя нужными. Это также должно измениться!

“Здоровье-21” предлагает новое видение мира, увязываемое с социальными ценностями. Без такой структуры те, кто отвечает за принятие политических решений на всех уровнях и во всех секторах общества, могут “не увидеть леса за деревьями”, будучи ограниченными в своем видении мира ведомственными интересами и политическими факторами. Когда это происходит, то делаемый ими выбор не всегда отражает очевидные ценности и потребности населения, а принимаемые ими решения зачастую приводят к ухудшению состояния здоровья и гораздо дороже обходятся обществу в целом.

Новая политика ЗДВ дает в наше распоряжение механизм для принятия жестких решений и обеспечения необходимых ассигнований ресурсов, а также для поощрения тех, чьи усилия приводят к улучшению здоровья, и для того, чтобы призвать к ответственности тех, кто своими действиями наносит урон здоровью людей. Этот подход доступен всем нам; он не является собственностью какого-либо одного сектора или организации. Вместе с тем, общие его положения должны быть адаптированы к широкому перечню самых различных политических, экономических, культурных и социальных условий, доминирующих на огромной территории, где располагается 51 государство-член Региона.

Осуществление всех перемен в интересах здоровья требует лидеров, которые “умеют слушать”. Они должны внимать голосам представителей населения, которые выражают свои заботы, и выслушивать точку зрения тех, кто представляет сферу медико-санитарного

обслуживания и обладает необходимыми техническими знаниями, учитывая одновременно с этим мнения многих партнеров как в частном, так и в общественном секторах, которые работают ради укрепления здоровья населения.

Население Европы должно быть уверено в том, что его здоровью ничто не угрожает. Оно должно быть уверено в том, что на протяжении всей своей жизни оно будет иметь доступ к медико-санитарной помощи, которая ему по средствам, соответствует запросам и отличается хорошим качеством. Гарантии здоровья предполагают основное право каждого человека на хороший уровень физического и психического здоровья, включая право на здоровое питание в достаточном объеме, хорошее жилище, право жить и работать в безопасной окружающей среде и право доступа к медико-санитарному просвещению и информации в отношении здоровья.

К сожалению, во многих странах и на местах вопросам здравоохранения не уделяется достаточного внимания и не выделяется требуемых ресурсов. Необходимы новаторские перемены в подходах общества к изысканию средств, и для пробуждения человеческой энергии и инициативы ради улучшения здоровья людей. Такие ресурсы должны быть использованы!

Никогда раньше Европа не стояла перед таким многообещающим будущим, но никогда ранее вызов, брошенный ею для создания эффективной системы руководства, не был столь грандиозен. Движение ЗДВ в Европейском регионе отвечает этой потребности. Здоровье является делом каждого, и с учетом этого лидеры общественного здравоохранения должны взять на себя ответственность, руководствуясь при этом новыми идеями, вдохновением и инициативами. Лидеры в сфере общественного здравоохранения должны обеспечить здоровью место в самом центре политической повестки дня и мобилизовать колоссальные ресурсы Европейского региона, создав коалицию преданных делу людей и организаций, равно как и стран, объединенных единой целью. Такая инициатива вызовет отклик во всем мире.

На этом мы заканчиваем описание нашей стратегии – не послесловием, а призывом: призывом к населению Европы, к представителям разных профессий, организаций, учреждений и стран взять на вооружение подход “Здоровье для всех”. Мы призываем их строить свою политику, исходя из ценностей этого подхода, осуществить необходимые меры для его воплощения в жизнь, обмениваться результатами и учиться друг у друга. С учетом структуры ЗДВ, которая должна послужить основой для объединения коллективного энтузиазма и имеющихся возможностей, мы уверены, что 2000 год будет началом “эры будущего” для 51 государства-члена и 870 миллионов человек, проживающих в Европейском регионе.

Приложение 1

Взаимосвязь между глобальными и региональными задачами по достижению ЗДВ

Здоровье-21: политика достижения ЗДВ в Европейском регионе ВОЗ – 21 задача	Стратегии для выполнения задач (только основные их моменты)	ЗДВ в 21-ом столетии – 10 глобальных задач
1. Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе	Обмен идеями, ресурсами, знаниями и опытом в рамках Европейского региона Усиление и улучшение координации внешней поддержки наиболее нуждающимся странам в соответствии с их планами развития, основанными на стратегии ЗДВ	1. Усиление справедливости в отношении здоровья
2. Равноправие в вопросах охраны здоровья	Уменьшение социальных и экономических различий между отдельными группами населения с помощью соответствующей политики, законодательства и действий	
3. Здоровое начало жизни	Инвестирование в социальное и экономическое благополучие родителей и семей Доступ к высококачественным службам охраны здоровья матери и ребенка	2. Улучшение возможностей для выживания и повышения качества жизни
4. Здоровье молодежи	Создание безопасных и полезных для здоровья физических, социальных и экономических условий жизни Сотрудничество служб в области здравоохранения, просвещения и социального обеспечения	

Здоровье-21: политика достижения ЗДВ в Европейском регионе ВОЗ – 21 задача	Стратегии для выполнения задач (только основные их моменты)	ЗДВ в 21-ом столетии – 10 глобальных задач
5. Сохранение здоровья в пожилом возрасте	Обеспечение адекватным жильем и доходами, а также принятие иных мер, способствующих повышению самостоятельности и социальной продуктивности пожилых Укрепление и охрана здоровья на протяжении всей жизни	
6. Улучшение психического здоровья	Создание условий жизни и работы, способствующих формированию чувства социальной сплоченности и крепких социальных связей Высококачественные службы для лиц с психическими проблемами	3. Обратить вспять глобальные тенденции в отношении пяти основных пандемий
7. Сокращение распространенности инфекционных заболеваний	Частичная/полная ликвидация полиомиелита, кори и столбняка новорожденных Международно согласованные стратегии в области эпиднадзора, иммунизации и борьбы с болезнями	4. Полная и частичная ликвидация определенных болезней
8. Сокращение распространенности неинфекционных болезней	Предупреждение и борьба с общими факторами риска неинфекционных болезней Способствующая укреплению здоровья общественная политика, включая общеевропейское движение за здоровый образ жизни	3. Обратить вспять глобальные тенденции в отношении пяти основных пандемий
9. Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев	Постановка большего акцента на вопросы обеспечения безопасности и социальной сплоченности в быту и на производстве	
10. Здоровая и безопасная физическая среда	Национальные и субнациональные планы действий по гигиене окружающей среды Правовые и экономические механизмы, позволяющие уменьшить производство отходов и загрязнение окружающей среды	5. Улучшение доступа к водоснабжению, санитарии, пищевым продуктам и жилью

Здоровье-21: политика достижения ЗДВ в Европейском регионе ВОЗ – 21 задача	Стратегии для выполнения задач (только основные их моменты)	ЗДВ в 21-ом столетии – 10 глобальных задач
11. Более здоровый образ жизни	Действия, направленные на то, чтобы облегчить здоровый выбор применительно к питанию, физическим упражнениям и сексуальности	6. Содействие здоровому и противодействие нездоровому образу жизни
12. Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком	Разработка и осуществление широких стратегий, направленных на предупреждение развития зависимости и лечение ее жертв	
13. Условия здоровой среды	Создание многосекторальных механизмов, позволяющих сделать более здоровыми жилые помещения, школы, места работы и города	
14. Многосекторальные обязательства в отношении здоровья	На основе оценки воздействия того или иного вида деятельности на здоровье все секторы должны взять на себя ответственность за то воздействие на здоровье, которое оказывает их деятельность	
15. Интегрированный сектор здравоохранения	Первичная медико-санитарная помощь для семей и общин, поддерживаемая гибкими системами направления больных в стационары	8. Улучшение доступа к комплексной качественной медико-санитарной помощи
16. Вопросы руководства и обеспечения качества медико-санитарной помощи	Использование конечных результатов с точки зрения здоровья как основного критерия для управления программами развития здравоохранения и медицинским обслуживанием	
17. Финансирование служб здравоохранения и выделение ресурсов	Создание систем финансирования здравоохранения, способствующих всеобщему охвату, солидарности и устойчивости Выделение достаточных финансовых ресурсов для удовлетворения приоритетных потребностей здравоохранения	

Здоровье-21: политика достижения ЗДВ в Европейском регионе ВОЗ – 21 задача	Стратегии для выполнения задач (только основные их моменты)	ЗДВ в 21-ом столетии – 10 глобальных задач
18. Развитие кадровых ресурсов для здравоохранения	Обучение медиков на основе принципов ЗДВ Обучение работников общественного здравоохранения таким образом, чтобы они могли защищать и поддерживать интересы охраны здоровья населения на любом уровне (от местного до национального)	
19. Научные исследования и информация по вопросам здравоохранения	Формирование политики в области научных исследований с учетом потребностей ЗДВ Создание механизмов, позволяющих основывать практику на научных данных	10. Поддержка научных исследований в области здравоохранения 9. Внедрение глобальных и национальных систем медицинской информации и эпиднадзора
20. Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения	Пропаганда, создание союзов и объединений и совместные действия в интересах здоровья Секторы и действующие лица определяют взаимную выгоду инвестирования в здоровье населения и используют эти знания на практике	7. Разработка, осуществление и мониторинг политики достижения ЗДВ в странах
21. Политика и стратегии по достижению здоровья для всех	Политика ЗДВ (с ее задачами и показателями) должна быть разработана и осуществлена на всех уровнях (от национального до местного), с обеспечением участия соответствующих секторов и организаций	

Приложение 2

21 задача на 21-е столетие и предлагаемые виды показателей

Опыт, накопленный начиная с 80-х годов, по разработке политики ЗДВ, а также в отношении мониторинга и оценки хода ее осуществления наряду с информацией, получаемой в результате обратной связи со странами, указывает на необходимость того, чтобы региональные задачи, будучи реалистичными и достижимыми, не были слишком назидательными. В то же самое время эти задачи призваны быть дерзкими и вдохновляющими – “смесью реальности сегодняшнего дня и мечты о дне завтрашнем”.

В целом, уровень предлагаемых задач соотносится со всем Европейским регионом ВОЗ. Вместе с тем, эти задачи не следует рассматривать как равно применимые к отдельным странам Региона (за исключением, разумеется, задач по частичной и полной ликвидации отдельных болезней). В ряде случаев определенные страны могли уже достичь поставленных целей, и потому та или иная задача не является для них актуальной; в ряде случаев сама задача может быть слишком “амбициозной” для стран и потому трудно говорить о ее незамедлительном выполнении.

Предлагаемые задачи не являются обязательного перечня: они предназначены оказывать содействие странам в установлении своих задач с учетом конкретных потребностей и условий. Поскольку при постановке этих задач должны учитываться такие параметры, как состояние здоровья населения и другие особые факторы в различных частях Региона, странам предлагается – там, где это возможно – адаптировать и осуществлять политику и задачи в соответствии с имеющимися возможностями.

При выборе показателей для мониторинга хода работ по выполнению поставленных региональных задач особое внимание было уделено вопросам преемственности этих показателей применительно к предыдущему документу по ЗДВ. Большинство показателей основаны на собираемых в рутинном порядке статистических данных, относящихся к здравоохранению, или иных данных, имеющихся на национальном и международном уровнях.

Определение задач

В определении задач основное внимание было уделено значимости проблемы, характеру или типу задачи (определяемой с точки зрения количественных или качественных параметров, результата, процесса или вклада), уровня, на котором эта задача должна быть выполнена (например, европейский, национальный, региональный, местный или в рамках программы), и возможность ее достижения для государств-членов.

Количественные параметры в отношении задач для Европейского региона были установлены исходя из прогнозов, основанных на исторических тенденциях и анализе существующего положения дел, при условии наличия качественных данных. Количественные задачи в целом относятся к средним величинам региональных показателей и их можно подразделить на два следующих типа:

- достижение запланированного абсолютного уровня; или
- достижение запланированного процентного увеличения/снижения соответствующего показателя.

При составлении прогнозов и установлении конкретных задач были учтены следующие моменты: страны, которые получили хорошие результаты в своей работе в прошлом, должны развивать свои успехи; страны, где наблюдается тенденция к ухудшению ситуации или сложилось неудовлетворительное положение дел, должны предпринять необходимые усилия к тому, чтобы успешный ход работы осуществлялся в них теми же средними темпами, которые были обеспечены странами, достигшими положительных сдвигов в прошлом. Возможность выполнения запланированных задач сопоставляется с имеющимися результатами в странах, иными словами, следует исходить из того, что лучшие показатели, достигнутые уровнем определенной страной Региона или на глобальном уровне, могут быть в будущем получены и другими странами.

Исходные и намеченные сроки

Точкой отсчета для тех задач, которые определяются как некоторое процентное увеличение или уменьшение для определенных показателей, является 1995 г. Вместе с тем, “конечный срок” был выбран в соответствии с характером и типом задачи. В принципе, окончательным сроком для получения необходимых результатов по задачам, ориентированным на конечные результаты (с точки зрения здоровья), был выбран 2020 г. (с более ранними сроками для частичной или полной ликвидации отдельных заболеваний). Для задач иного типа были определены более ранние сроки.

Показатели для мониторинга хода работы по выполнению поставленных задач

Принцип сочетания реальности сегодняшнего дня и мечты о дне завтрашнем распространяется также на выбор показателей для мониторинга хода работы в отношении

региональных задач. Большинство показателей остаются без изменения и в значительной мере уже используются в странах с системами сбора обычных данных. Вместе с тем, эти системы должны также включать важные показатели, в отношении которых доступность и качество самих данных все еще нуждаются в улучшении в европейских странах. На сорок девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (сентябрь 1999 г.) будет одобрен новый перечень показателей – однако до утверждения новых показателей нынешний набор показателей продолжает сохранять свою силу. Окончательный перечень показателей будет опубликован в Европейской серии публикаций “Здоровье для всех” в конце 1999 г. В настоящем Приложении дается предварительное описание областей, для которых будут установлены показатели.

Один и тот же показатель (например, материнская смертность) может иметь отношение более чем к одной задаче. Статистические показатели не используются в отношении всех задач. В этом случае ход работы по достижению определенной задачи оценивается на основе качественных параметров определенной ситуации, принятых мер и полученных результатов.

Большинство показателей будут измеряться с помощью обычной системы регистрации. Вместе с тем, некоторые их наиболее важных показателей должны измеряться или дополняться с помощью опросов населения; это может быть достигнуто с меньшими затратами за счет проекта ЕРБ ВОЗ по проведению опроса по вопросам здравоохранения (ЕВРООЗ).

Данные в отношении названных показателей должны распределяться по признакам возраста, пола и принадлежности к определенным социально-экономическим подгруппам (там, где это уместно и необходимо) для того, чтобы содействовать проведению анализа по вопросам равенства доступа к медико-санитарным службам на уровне стран и в Регионе в целом.

ЗАДАЧА 1 – СОЛИДАРНОСТЬ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

К 2020 г. СУЩЕСТВУЮЩИЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАЗРЫВ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВАМИ-ЧЛЕНАМИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ДОЛЖЕН БЫТЬ СОКРАЩЕН КАК МИНИМУМ НА ОДНУ ТРЕТЬ.

Это предполагает:

- 1.1 расхождение в отношении предполагаемой продолжительности жизни в одной трети европейских стран с наиболее высоким показателем и в одной трети стран с самым низким показателем предполагаемой продолжительности жизни должно быть сокращено по крайней мере на 30%;
- 1.2 различия в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности между группами стран должны быть сокращены за счет ускоренного улучшения положения дел в тех из них, где население не получает достаточного обслуживания.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *обеспечение всеми странами своего вклада для сокращения разрыва в состоянии здоровья населения за счет международной солидарности и взаимной поддержки, совместного использования ресурсов, знаний, информации и опыта, а также подходов, которые важны для будущего стран Европы;*
- *участие всех стран в составлении комплексного плана развития, непосредственно взаимосвязанного с их политикой в отношении здоровья для всех и на основе общего видения проблем здравоохранения для всей Европы;*
- *внешняя поддержка, обеспечиваемая странами, учреждениями и организациями, будет координироваться и взаимосвязываться с планами в сфере здравоохранения и развития, которые составлены принимающей стороной;*
- *международные учреждения и финансовые агентства совместно с ВОЗ будут координировать свои усилия в сфере здравоохранения и смежных отраслях для обеспечения роста эффективности и результативности своей поддержки наиболее нуждающимся странам Региона;*
- *обеспечение странами такого положения, при котором политика в социально-экономической сфере и по вопросам окружающей среды и торговли не будет наносить ущерба здоровью населения этих стран, и при условии, что она в максимальной степени будет содействовать развитию стран, находящихся в трудном положении.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели, имеющие отношение к смертности (например, ожидаемая продолжительность жизни) и повозрастные показатели смертности (например, материнская смертность)
- Избирательные оценки показателей инвалидности и частоты и распространенности болезней
- Оценки расходов на здравоохранение и объемов внешней помощи, в тех случаях, когда такая информация имеется

ЗАДАЧА 2 – РАВЕНСТВО В ВОПРОСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

К 2020 г. РАЗРЫВ В УРОВНЕ ЗДОРОВЬЯ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ ГРУППАМИ ВНУТРИ СТРАН ДОЛЖЕН БЫТЬ СОКРАЩЕН ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА ОДНУ ЧЕТВЕРТЬ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЗА СЧЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО УЛУЧШЕНИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ДОСТАТОЧНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.

Это предполагает:

- 2.1 сокращение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами по крайней мере на 25%;
- 2.2 более ровное распределение основных показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в различных социально-экономических группах;
- 2.3 значительное улучшение влияющих на здоровье социально-экономических условий, и прежде всего сокращение различий в уровне доходов, образования и доступа к трудоустройству;
- 2.4 значительное сокращение контингентов населения, проживающих в условиях бедности;
- 2.5 защиту групп населения с особыми потребностями, обусловленными состоянием их здоровья или их социальными или экономическими обстоятельствами, от какой бы ни было изоляции и предоставление им необходимого доступа к соответствующей медико-санитарной помощи.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *проведение оценки общественной политики с учетом ее воздействия на вопросы равенства доступа, принадлежности к тому или иному полу и обеспечения более*

высокой приоритетности для групп, не получающих достаточного обслуживания с учетом получаемого дохода, имеющихся служб и мер социальной защиты;

- *обеспечение такого положения, при котором политика, включая фискальную, позволяет обеспечить доступ к образованию и другим видам социальной помощи независимо от доходов данного человека;*
- *ориентация политики и законодательства на осуществление положений документов Организации Объединенных Наций по вопросам прав человека, включая те из них, которые касаются женщины и детей, а также специальных соглашений и положений в отношении прав инвалидов, мигрантов и беженцев;*
- *принятие на себя всеми общественными секторами доли необходимой ответственности по сокращению социального и экономического неравенства и уменьшения их воздействия на здоровье;*
- *предоставление общественных, частных и добровольных ресурсов для обеспечения социальных и здравоохраненческих потребностей наиболее уязвимых групп общества и обеспечения доступа к соответствующей, приемлемой и необходимой помощи для всех, кто в ней нуждается;*
- *государства-члены содействуют улучшению и гармонизации своих служб информации здравоохранения, с тем чтобы обеспечить учет важнейших социально-экономических переменных показателей и их анализа во взаимосвязи с состоянием здоровья.*

Предлагаемые виды показателей

- Оценка основных социально-экономических параметров (например, уровень образования, безработица, доходы)
- Различия в состоянии здоровья между социально-экономическими и половыми группами (например, по таким показателям, как смертность (включая материнскую), заболеваемость, инвалидность, доступ к службам здравоохранения)

ЗАДАЧА 3 – ЗДОРОВОЕ НАЧАЛО ЖИЗНИ

К 2020 г. все новорожденные, дети младшего возраста и дети дошкольного возраста в регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им здоровое начало жизни.

Это предполагает:

- 3.1 обеспечение всеми государствами-членами улучшения доступа населения к службам репродуктивного здоровья, службам дородовой и перинатальной помощи, а также педиатрическим службам;
- 3.2 показатель младенческой смертности не должен превышать 20 на 1000 живорожденных в любой стране; страны, в которых эти показатели сегодня составляют менее 20 на 1000, должны попытаться снизить этот показатель до 10 на 1000 живорожденных или ниже;
- 3.3 в странах с коэффициентами младенческой смертности, составляющими сегодня менее 10 на 1000 живорожденных, должна увеличиться доля новорожденных без врожденных патологий или инвалидности;
- 3.4 сокращение не менее чем на 50% смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия, в возрастной группе до 5 лет;
- 3.5 сокращение числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 г, по крайней мере на 20% и значительное сокращение различий между странами в этом отношении.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *государства-члены вкладывают средства в социальное и экономическое благополучие родителей и семей и осуществляют политику, содействующую созданию крепкой семьи, где все дети являются желанными, а родители – хорошими, для того чтобы обеспечить здоровое начало жизни для всех детей;*
- *государства-члены проводят комплексную политику и осуществляют специальные программы на местах для обеспечения необходимых служб планирования семьи и репродуктивного здоровья;*
- *уделение большего внимания вопросам охраны здоровья женщины в национальной и субнациональной политике;*
- *включение в интегрированные службы медико-санитарной помощи широкого спектра служб по планированию семьи, перинатальной помощи, базирующейся на основных технологиях, укрепления здоровья детей, профилактики детских болезней, включая*

иммунизацию по крайней мере 95% детей грудного и младшего возраста, а также служб, обеспечивающих адекватное лечение больных детей;

- *общественная политика, социальное окружение и медико-санитарные службы оказывают поддержку матерям в грудном вскармливании, с тем чтобы по крайней мере 60% новорожденных детей получали грудное вскармливание на протяжении первых шести месяцев своей жизни;*
- *действия на уровне общины поддерживаются законодательством и нацелены на значительное сокращение числа детей, терпящих жестокое обращение или побои, а также брошенных детей и детей, находящихся в маргинальном положении;*
- *родители располагают средствами и возможностями для воспитания и ухода за своими детьми в социальной среде, которая защищает права ребенка;*
- *органы местной власти оказывают поддержку семьям за счет создания безопасной среды и условий, соответствующих укреплению здоровья детей;*
- *секторы образования, здравоохранения и социальной помощи совместно поддерживают развитие детей грудного и младшего возраста при возникновении кризисных ситуаций в семье;*
- *необходимые усилия предпринимаются для информирования общественности в отношении развития генных технологий и возможностей, предоставляемых ими с учетом этических последствий.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели смертности в разбивке по возрастным группам и причинам смерти (например, перинатальная, младенческая, материнская смертность)
- Избирательная оценка некоторых параметров состояния здоровья и благополучия новорожденных и грудных детей (например, масса тела, врожденные патологии, питание, иммунизация)

ЗАДАЧА 4 – ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ¹⁹

К 2020 г. молодежь в РЕГИОНЕ должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе.

Это предполагает:

- 4.1 дети и подростки должны обладать лучшими жизненными навыками и возможностью сделать здоровый выбор;
- 4.2 смертность и инвалидность, связанные с актами насилия и несчастными случаями²⁰, в которые оказываются вовлеченными молодые люди, должны сократиться по крайней мере на 50%;
- 4.3 доля молодых людей, которым свойственны вредные привычки поведения²¹, связанные с потреблением наркотиков, табака и алкоголя, должна значительно сократиться;
- 4.4 уменьшение частоты беременностей у девочек-подростков по крайней мере на одну треть.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *принятие государствами-членами соответствующих мер и создания структур для защиты детей как наиболее уязвимых членов общества, как о том заявлено в Конвенции Организации Объединенных Наций по правам ребенка;*
- *общественная политика обеспечивает создание поддерживающей и безопасной физической, социальной и экономической среды, делая здоровый выбор легким выбором;*
- *все решения по общественной политике изучаются на предмет оценки их воздействия на здоровье детей и подростков, их семей и тех, кто обеспечивает за ними уход;*
- *политика в вопросах образования и найма на работу облегчает доступ молодежи к соответствующему уровню образования и к рынку труда;*
- *службы здравоохранения, просвещения и социального обеспечения работают вместе, с тем чтобы устранить причины, лежащие в основе низкой самооценки, которая часто наблюдается у молодежи, укрепить имеющиеся у них возможности для того,*

¹⁹ До 18 лет.

²⁰ См. также задачу 9 “Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев”.

²¹ См. также задачу 12 “Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком”.

чтобы справляться со стрессовыми ситуациями, и для того, чтобы создавать и поддерживать социальные связи, содействовать удовлетворению психосоциальных потребностей и оказывать помощь молодым людям, находящимся на грани общества;

- *государства-члены должны обеспечить необходимый доступ к службам и средствам, позволяющим предупредить нежелательную беременность, включая предоставление информации и поддержки молодежи;*
- *использования на регулярной основе необходимых научно-методических подходов и методов оценки для определения состояния здоровья детей и подростков, включая вопросы эмоционального здоровья.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели смертности, в разбивке по соответствующим возрастным группам и причинам смерти
- Показатели, относящиеся к образу жизни молодежи (например, курение, употребление алкоголя и наркотических средств, сексуальное поведение)

Задача 5 – СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

К 2020 г. люди в возрасте старше 65 лет должны иметь возможность полностью реализовать имеющийся у них потенциал в отношении собственного здоровья и выполнять активную социальную роль в обществе.

Это предполагает:

- 5.1 увеличение на 20% ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой жизни без инвалидности в возрасте 65 лет;
- 5.2 увеличение по крайней мере на 50% доли людей в возрасте 80 лет, обладающих таким уровнем здоровья, который позволяет им сохранять в домашних условиях независимость, самоуважение и надлежащее место в обществе.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *общественная политика, в том числе в отношении жилищных условий, доходов и других мер, обеспечивающих автономию людей и их социальную активность, должна*

формулироваться и осуществляться с должным учетом потребностей и воззрений людей старшего поколения;

- *политика в сфере здравоохранения готовит людей к здоровому старению за счет укрепления здоровья и его защиты на более ранних этапах жизни;*
- *службы здравоохранения и социальные службы на уровне общины оказывают поддержку пожилым людям в их повседневной жизни в соответствии с их запросами и взглядами, проявляют внимание к ним и оказывают необходимую помощь для того, чтобы они стали более активны и могли обеспечивать свои потребности;*
- *создание каждым сообществом программ, которые обеспечивают координацию, мониторинг и оценку служб для пожилых людей, а также выделение достаточных ресурсов для этой цели;*
- *разработка и осуществление политики, которая позволяет людям пожилого возраста использовать имеющиеся у них возможности и обеспечивает им доступ к необходимой помощи, к службам помощи на дому, необходимые технические средства и приспособления, а также социальную поддержку.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели смертности, в разбивке по соответствующим возрастным группам и причинам смерти
- Имеющиеся статистические данные о заболеваемости и инвалидности среди пожилых

Задача 6 – УЛУЧШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

К 2020 г. следует обеспечить улучшение психосоциального состояния людей и наличие комплексных служб, которые будут оказывать помощь людям, имеющим проблемы, связанные с охраной психического здоровья

Это предполагает:

- 6.1 значительное сокращение распространенности и неблагоприятного воздействия психических расстройств и предоставление людям возможности справляться с жизненными обстоятельствами, вызывающими стресс;
- 6.2 сокращение частоты самоубийств по крайней мере на одну треть, причем самое значительное сокращение произойдет в странах и группах населения, в которых сегодня эти показатели высоки.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *уделение большего внимания вопросам укрепления и охраны психического здоровья на протяжении всей жизни, особенно в отношении социально и экономически обездоленных групп;*
- *условия жизни и работы помогают людям любого возраста чувствовать свою принадлежность в обществе, устанавливать и поддерживать социальные связи и справляться со стрессовыми ситуациями и событиями;*
- *представители медико-санитарных и смежных профессий будут проходить курс подготовки по ранней диагностике психических проблем и проведению соответствующих вмешательств;*
- *предоставление людям, страдающим от психических расстройств, высококачественной медицинской помощи, как по месту жительства, так в стационаре, с уделением особого внимания вмешательствам в кризисных ситуациях, а также меньшинствам и неблагополучным группам;*
- *уважение к правам человека и улучшение качества жизни для людей, страдающих психическими расстройствами, особенно в случае, если эти расстройства являются хроническими.*

Предлагаемые виды показателей

- Частота самоубийств
- Частота и распространенность психических расстройств, таких, как шизофрения, тяжелая депрессия, алкогольный психоз, посттравматические психические расстройства
- Статистические данные о наличии и использовании служб охраны психического здоровья

ЗАДАЧА 7 – СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К 2020 г. должно произойти значительное сокращение распространенности инфекционных заболеваний за счет систематических программ по частичной и полной ликвидации, а также борьбы с инфекционными заболеваниями, представляющими проблему для общественного здравоохранения.

Это предполагает:

Применительно к ликвидации заболеваний²²

- 7.1 к 2000 г. или даже раньше должна быть прекращена передача полиомиелита в Регионе, и к 2003 г. или раньше сертификация ликвидации должна быть осуществлена в каждой стране;
- 7.2 к 2005 г. или раньше в Регионе должен быть ликвидирован столбняк новорожденных;
- 7.3 к 2007 г. или раньше в Регионе должна быть ликвидирована корь, и к 2010 г. это должно быть сертифицировано в каждой стране.

Применительно к борьбе с заболеваниями

- 7.4 к 2010 г. или раньше во всех странах:
 - показатель распространенности дифтерии должен составлять менее 0,1 на 100 000 населения;
 - число новых случаев передачи вируса гепатита В должно быть сокращено не менее чем на 80% за счет включения вакцины против гепатита В в программу иммунизации детей;
 - должен быть обеспечен уровень распространенности, составляющий менее 1 на 100 000 населения в отношении эпидемического паротита, коклюша и инвазивных инфекций, вызываемых *Haemophilus influenzae* типа b;
 - уровень распространенности врожденного сифилиса должен составлять менее 0,01 на 1000 живорожденных;
 - уровень распространенности врожденной краснухи – менее 0,01 на 1000 живорожденных.

²² Дефиниция терминов “полная ликвидация”, “частичная ликвидация” и “борьба” дается в Глоссарии терминов (см. Приложение 5).

7.5 к 2015 г. или раньше:

- распространенность малярии в любой стране должна быть сокращена до показателя, составляющего меньше 5 на 100 000 населения; смертных случаев от заболеваний малярией в Регионе не должно быть вообще;
- каждая страна должна обеспечить последовательное и непрерывное уменьшение распространенности, смертности и отрицательных последствий для здоровья, связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, а также другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, туберкулеза, а также острых респираторных и диарейных инфекций у детей.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *службы общественного здравоохранения, располагающие системой эпиднадзора, основанной на лабораторных службах, осуществляют мониторинг конкретных заболеваний и оперативно выявляют вновь возникающие болезни, а также изменения в характере резистентности микроорганизмов к антибиотикам;*
- *достижение 95-процентного охвата соответствующих групп населения в отношении заболеваний, поддающихся профилактике с помощью иммунизации и намеченных для полной ликвидации и борьбы;*
- *обеспечение всеобщей иммунизации в детском возрасте против краснухи и осуществление соответствующих данной местности стратегии иммунизации против гепатита В, а также проведение программы вакцинации против *Haemophilus influenzae* типа b и эпидемического паротита, включая использование комбинированных вакцин;*
- *создание интегрированных и приемлемых с точки зрения представителей определенных культур программ по информации, профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и других болезней, передаваемых половым путем, с особым акцентом на наркоманов и другие уязвимые группы;*
- *осуществление международно согласованных стратегий по профилактике и борьбе с болезнями, такими, как туберкулез, острые респираторные инфекции и диарейные заболевания;*
- *укрепление эпиднадзора за малярией во всех странах и проведение необходимых мер для предупреждения передачи, выявления случаев и лечения малярии;*
- *обеспечение быстрого обмена информацией между национальными и международными участниками сотрудничества, включая сети институтов общественного здравоохранения и сотрудничающие центры ВОЗ, чтобы предпринимать необходимые действия при возникновении эпидемий, и определение политики, необходимого международного сотрудничества, а также*

медико-санитарного законодательства в отношении торговли, туризма и пассажирских перевозок;

- *разработка и осуществление соответствующим образом определенных национальных и международных стратегий по ликвидации и борьбе с болезнями посредством подходов на межсекторальной основе и хорошо организованных служб общественного здравоохранения.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели смертности по возрастным группам и инфекционным болезням (туберкулез, респираторные и диарейные заболевания, малярия и т.д.)
- Новые случаи отдельных инфекционных заболеваний, таких как корь, малярия, дифтерия, столбняк, коклюш, врожденный сифилис, врожденная краснуха, столбняк новорожденных, краснуха, эпидемический паротит, туберкулез, гепатит (А, В и другие разновидности), сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция/СПИД
- Удельный вес детей (в %), иммунизированных против отдельных инфекционных заболеваний: дифтерии, столбняка, коклюша, кори, полиомиелита, туберкулеза, *Haemophilus influenzae* типа b, гепатита В, эпидемического паротита, краснухи

Задача 8 – СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

К 2020 г. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННЫЕ С ОСНОВНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ СНИЖЕНЫ ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДО САМЫХ НИЗКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВО ВСЕМ РЕГИОНЕ.

Это предполагает:

- 8.1 сокращение показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у людей до 65 лет в среднем на 40%, особенно в странах, где эти показатели сегодня высоки;
- 8.2 сокращение смертности от раковой патологии различной локализации у людей до 65 лет в среднем по крайней мере на 15% и уменьшение смертности вследствие рака легких на 25%;
- 8.3 сокращение на одну треть числа связанных с диабетом ампутаций, слепоты, почечной недостаточности, осложнений при родах и других серьезных расстройств;

- 8.4 последовательное снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, связанных с хроническими респираторными болезнями, мышечно-скелетными нарушениями и другими распространенными хроническими заболеваниями;
- 8.5 отсутствие кариеса по крайней мере у 80% детей в возрасте 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или пломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1,5.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *в рамках здоровой общественной политики во всех государствах-членах акцент поставлен на осуществлении принципов и стратегий укрепления здоровья и профилактики с участием всего населения;*
- *осуществление профилактики и борьбы с основными факторами риска в отношении неинфекционных заболеваний в качестве основной части деятельности на коммунальном уровне и наличие сильного общеевропейского движения за здоровый образ жизни с участием всех стран и соответствующих международных организаций;*
- *обеспечение комплексного лечения заболеваний, с особым акцентом на полученные результаты и усовершенствование качества помощи с учетом прав и желаний пациента;*
- *разработка и осуществление государствами-членами стратегий по гигиене полости рта, включая профилактику кариеса.*

Предлагаемые виды показателей

- Смертность в разбивке по основным неинфекционным заболеваниям (сердечно-сосудистые болезни, раковая патология, хронические респираторные болезни, диабет и другие) и по возрастным группам
- Частота и распространенность основных неинфекционных заболеваний, перечисленных выше, включая астму и хронические ревматические заболевания
- Статистические данные о выписанных из стационара пациентах с основными неинфекционными заболеваниями
- Распространенность основных факторов риска в группах населения (например, высокое артериальное давление, высокие показатели холестерина в сыворотке крови, низкий уровень физической активности, курение, неправильное питание)
- Отдельные стоматологические показатели

Задача 9 – СОКРАЩЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА В РЕЗУЛЬТАТЕ АКТОВ НАСИЛИЯ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

К 2020 г. должно произойти значительное и устойчивое сокращение числа травм, случаев инвалидности и смерти в результате несчастных случаев и актов насилия в регионе.

Это предполагает:

- 9.1 сокращение смертности и инвалидности в результате дорожно-транспортных несчастных случаев не менее чем на 30%;
- 9.2 сокращение по крайней мере на 50% смертности и инвалидности в результате всех несчастных случаев на рабочих местах, в домашних условиях и на отдыхе, с обеспечением наиболее значительного сокращения в странах, где сегодня регистрируются самые высокие показатели смертности от несчастных случаев;
- 9.3 сокращение по крайней мере на 25% числа случаев и показателей смертности в результате актов насилия и их последствий для здоровья в домашних условиях, по половому признаку, в результате организованной преступности.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *определение более высоких приоритетов в общественной политике для вопросов, связанных с социальной сплоченностью и безопасностью в среде обитания и на рабочих местах, с уделением внимания причинам насилия и несчастных случаев и особенно вопросам потребления алкоголя;*
- *объединение усилий всех секторов с целью предупреждения несчастных случаев во всех возможных случаях, оказание соответствующей помощи пострадавшим, их семьям и обществу в целом;*
- *обеспечение доступности соответствующей, с учетом различий пола, помощи и реабилитации всем людям, ставшим жертвами насилия;*
- *объединение усилий стран с целью поддержания научных исследований в отношении форм, детерминантов и последствий насилия и несчастных случаев, проведения анализа степени их распространенности, а также разработки планов по их предупреждению;*
- *определение странами четкой политики и руководства в вопросах безопасности на дорогах и включения информации по этому вопросу в учебные планы школ.*

Предлагаемые виды показателей

- Смертность в результате внешних причин травм и отравлений
- Показатели травматизма в связи с несчастными случаями на дорогах, в быту и на рабочих местах
- Данные в отношении инвалидности, связанной с травмами

Задача 10 – ЗДОРОВАЯ И БЕЗОПАСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ СРЕДА

К 2015 г. НАСЕЛЕНИЕ РЕГИОНА ДОЛЖНО ПРОЖИВАТЬ В УСЛОВИЯХ БЕЗОПАСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ СРЕДЫ, НЕ ПОДВЕРГАЯСЬ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЗАГРЯЗНИТЕЛЕЙ, ОПАСНЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, В ПРЕДЕЛАХ УРОВНЕЙ, ПРЕВЫШАЮЩИХ МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ.

Это предполагает:

- 10.1 значительное сокращение воздействия физических, микробных и химических загрязнителей в водной и воздушной среде, а также в отходах и почве, представляющих угрозу для здоровья, в соответствии с графиком и контрольными цифрами, определенными в национальных планах действий по гигиене окружающей среды;
- 10.2 обеспечение всеобщего доступа населения к достаточным запасам питьевой воды удовлетворительного качества.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *разработка и осуществление национальных, региональных и местных планов действий по профилактике факторов риска в окружающей среде при наличии необходимых юридических актов, экономических рычагов для сокращения потребления ресурсов и уменьшения количества отходов и загрязнения;*
- *улучшение качества атмосферного воздуха в городских районах за счет сокращения загрязнения, связанного с промышленными и транспортными источниками, а также в жилищах, с обеспечением стандартов качества атмосферного воздуха в соответствии с руководством ВОЗ;*
- *осуществление необходимых мер для обеспечения доброкачественной питьевой водой каждого жилища на основе стандартов, установленных ВОЗ, и принятых в мире технологий водоснабжения, предупреждающих загрязнение воды;*

- *наличие соответствующих систем по удалению сточных вод, включая их сбор, обработку и сброс или повторное использование;*
- *внедрение в практику систем сбора и обработки отходов теми, кто их производит, включая обязательное соблюдение установленных технологий переработки и сокращения объема различных отходов;*
- *разработка необходимых планов действий на случай возникновения чрезвычайных ситуаций для всех атомных электростанций и внедрение стандартов безопасности с использованием новейших технологий;*
- *выполнение международных конвенций в отношении трансграничных водных ресурсов, биологического разнообразия видов, изменений климата, трансграничного загрязнения атмосферного воздуха и защиты озонового слоя;*
- *создание необходимого потенциала для инспекции и мониторинга опасных факторов в окружающей среде и сбора данных, а также осуществление на регулярной основе мониторинга загрязнения окружающей среды и его воздействия на здоровье при обеспечении широкого доступа к полученным результатам;*
- *повышение уровня осознания общественностью важности стабильного развития и защиты окружающей среды.*

Предлагаемые виды показателей

- Население (в %), имеющее доступ как к адекватному водоснабжению в домашних условиях, так и отвечающей гигиеническим стандартам системе удаления сточных вод
- Статистические данные о болезнях, передаваемых с микробиологическими загрязнителями продуктов питания, вспышках таких заболеваний и числе пострадавших
- Статистические данные о выбросах отдельных загрязнителей

ЗАДАЧА 11 – БОЛЕЕ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ²³

К 2015 г. люди во всех прослойках общества должны принять более здоровый образ жизни.

Это предполагает:

- 11.1 укрепление форм здорового поведения в таких областях, как питание, физическая активность и сексуальность;
- 11.2 расширение доступа, увеличение финансовых возможностей и доступности полезных для здоровья и безопасных продуктов питания.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *постановка связанных со здоровьем вопросов в центр политики развития и обеспечение того, чтобы здоровый выбор стал легким выбором;*
- *предоставление людям возможности для совершенствования и использования имеющихся у них задатков для того, чтобы вести социально, экономически и психологически удовлетворяющий их образ жизни;*
- *использование принципов гигиены продуктов питания в отношении всего установленного цикла — от производства до потребления — с возложением на все секторы ответственности за их применение;*
- *осуществление положений, направленных на сокращение микробного и химического загрязнения продуктов питания, и использование международных стандартов в таких областях, как ветеринария и гигиена продуктов питания;*
- *улучшение компонентов диеты и исключение недостаточности витаминов и минералов (например, витамина А и железа) за счет обеспечения ассортимента и доступа к продуктам питания и употребления в пищу недробленых зерновых культур, бобовых, овощей и фруктов, а также за счет сокращения потребления продуктов с высоким содержанием жиров;*
- *ликвидация нарушений, связанных с недостаточностью йода²⁴ как проблемы общественного здравоохранения во всех странах за счет использования универсальной стратегии йодизации соли;*

²³ Профилактика стрессов, см. задачу 6 “Улучшение психического здоровья”.

²⁴ Резолюция WHA49.13 (1997 г.) вновь подтверждает необходимость ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода в качестве проблемы общественного здравоохранения в странах к 2000 г.

- *использование сельскохозяйственной и фискальной политики, а также политики розничной торговли для закрепления здоровых привычек питания;*
- *поощрение развития транспортных систем, городского планирования и поселений для содействия здоровому отдыху и увеличению физической нагрузки;*
- *распространение информации среди населения о безопасном сексе;*
- *обеспечение эффективной инфраструктуры и необходимых ресурсов для распространения знаний в отношении здоровья посредством санитарного просвещения и информации.*

Предлагаемые виды показателей

- Национальные статистические данные о потреблении пищевых продуктов и индексе массы тела
- Данные о проведенных оценках физической активности и сексуальном поведении населения

Задача 12 – УМЕНЬШЕНИЕ УЩЕРБА, ПРИЧИНЯЕМОГО АЛКОГОЛЕМ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ЗАВИСИМОСТЬ СРЕДСТВАМИ И ТАБАКОМ

К 2015 г. предполагается значительно уменьшить во всех государствах-членах неблагоприятное воздействие на здоровье, связанное с потреблением вызывающих зависимость средств, таких, как табак, алкоголь и психоактивные препараты.

Это предполагает:

- 12.1 число некурящих должно составлять по крайней мере 80% среди лиц старше 15 лет и около 100% среди тех, кто еще не достиг 15 лет²⁵;
- 12.2 потребление алкоголя на душу населения во всех странах не должно превышать 6 литров за год и быть практически равным нулю среди тех, кому еще нет 15 лет;
- 12.3 распространенность нелегального употребления психоактивных препаратов во всех странах должна сократиться по крайней мере на 25%, и смертность, связанная с этим, по крайней мере на 50%.

²⁵ Или в другой возрастной группе в соответствии с национальным законодательством.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- ориентация санитарно-просветительных мер и стратегий вмешательства на улучшение жизненных навыков и психосоциального благополучия людей за счет оказания им поддержки в определенных жизненных ситуациях и содействия здоровому выбору;
- введение запретительно-регуляторных мер с целью снижения пассивного курения и частоты случаев алкогольной интоксикации, а также для предупреждения случаев вождения автотранспорта в нетрезвом состоянии;
- внедрение стратегий по сдерживанию факторов риска для уменьшения ущерба при использовании вызывающих зависимость средств;
- осуществление международных конвенций в отношении нелегально используемых лекарственных средств и подготовка международной конвенции по табачным изделиям;
- принятие фискальной и регуляторной политики с целью ограничения наличия, доступности и сбыта табачной и алкогольной продукции, особенно молодым людям, и полного запрещения рекламы табачных изделий во всех странах;
- ориентация коммуникационных стратегий на общественную поддержку для уменьшения ущерба, наносимого вызывающими зависимость средствами.

Предлагаемые виды показателей

- Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя и наркотических средств
- Данные оценок о распространенности курения в соответствующих группах населения, а также данные национальной статистики о потреблении табака
- Данные оценок о распространенности употребления алкоголя и данные национальной статистики о потреблении алкоголя
- Статистические данные о госпитализации по поводу алкогольного психоза и лечения от наркотической зависимости

Задача 13 – Условия здоровой среды

К 2015 г. НАСЕЛЕНИЕ РЕГИОНА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ЛУЧШИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НАХОДИТЬСЯ В ЗДОРОВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЕ У СЕБЯ ДОМА, В ШКОЛЕ, НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И В МЕСТНОЙ ОБЩИНЕ.

Это предполагает:

- 13.1 улучшение безопасности и качества жилищных условий за счет укрепления личных и семейных навыков в отношении укрепления здоровья и его охраны, сокращения угроз здоровью, возникающих в физической окружающей среде в домашних условиях;
- 13.2 лица с инвалидизирующими состояниями должны иметь гораздо большие возможности для охраны и укрепления здоровья, а также для участия в домашней, производственной, общественной и социальной жизни в соответствии со Стандартными правилами Организации Объединенных Наций о равенстве возможностей для людей, страдающих физическими и умственными недостатками²⁶;
- 13.3 сокращение числа несчастных случаев на работе и дома в соответствии с описанием задачи 10;
- 13.4 по крайней мере 50% детей должны иметь возможность заниматься в детском саду, ориентированном на укрепление здоровья, а 95% детей – в школах, содействующих укреплению здоровья²⁷;
- 13.5 по крайней мере 50% городов, городских районов и общин должны стать активными членами сети “здоровых городов” или “здоровых общин”;
- 13.6 по крайней мере 10% больших и средних компаний должны взять на себя обязательство следовать принципам “здоровых” компаний/предприятий²⁸.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *создание механизмов, которые позволят людям участвовать в проектировании и улучшении своих жилищных условий, условий на рабочем месте и участвовать в оздоровительной работе для улучшения благосостояния населения в своей общине;*

²⁶ Эти правила приведены в Приложении к резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 48/96 от 20 декабря 1993 г.

²⁷ Школы, ориентированные на укрепление здоровья, включают вопросы санитарного просвещения в школьные учебные планы и программы, а также в мероприятия школьных служб здравоохранения. Система школ, способствующих укреплению здоровья, существует под эгидой ВОЗ, Европейской комиссии и Совета Европы начиная с 1992 г.

²⁸ Принципы “здоровых компаний/предприятий” касаются следующих аспектов: здоровая среда на рабочих местах; здоровые методы и практика работы; программы, направленные на укрепление здоровья и решение проблем, связанных с психосоциальными факторами риска на рабочих местах; оценка продукции, поступающей на рынок, с точки зрения ее влияния на здоровье; вклад в здравоохранительское и социальное развитие общины.

- *взятие на себя социальными организациями ведущей роли в обеспечении социального сплочения и улучшения доступа к имеющимся в общине ресурсам;*
- *наличие эффективной структуры для гигиены окружающей среды с точки зрения безопасного водоснабжения, обработки сточных вод и их удаления, требований к строительным сооружениям и защиты от угроз здоровью на дому и в городских условиях;*
- *объединение усилий всех заинтересованных секторов для интеграции вопросов, связанных со здоровьем, в унифицированный подход, который позволит школам обеспечивать физическое, социальное и эмоциональное благополучие учащихся, персонала, семей и общины в целом;*
- *содействие и поддержка процессу создания более “здоровых городов” при участии партнеров из разных сфер – здравоохранения, окружающей среды, экономики, образования, городского строительства и управления городами.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели заболеваемости и смертности, связанной с несчастными случаями в быту, на производстве и профессиональными болезнями
- Данные национальной статистики по жилью

Задача 14 – МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

К 2020 г. все секторы обязаны признать и принять на себя ответственность за здоровье.

Это предполагает:

- 14.1 учет теми, кто отвечает за решения, принимаемые во всех секторах, преимуществ, которые можно получить за счет инвестирования средств в здравоохранение применительно к их специальной сфере и соответствующим образом ориентировать для этого свою политику и действия;
- 14.2 учреждение государствами-членами механизмов для оценки степени воздействия принятых мер на здоровье, с обеспечением подотчетности всех секторов в вопросах воздействия их политики и принимаемых ими мер на здравоохранение.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- создание государствами-членами соответствующей поощрительной системы, принятие юридических и управленческих мер для облегчения секторального участия и межсекторального сотрудничества в интересах здравоохранения;
- укрепление и охрана общественного здоровья используется в качестве важнейшего критерия при определении политики и стратегий как в частном, так и в общественном секторах;
- индивидуальное и совместное укрепление государствами-членами базы данных о воздействии на здравоохранение действий, предпринимаемых в различных секторах;
- признание правительствами и парламентами высокой приоритетности политики, которая содействует укреплению здоровья и его охране, и осуществление связанных с этим аудитов во всех секторах;
- организация общественных расследований и слушаний по вопросам воздействия на здоровье различных крупных проектов, при широком участии общественных кругов в их оценке и ознакомлении с их итогами;
- уделение большего внимания личной и коллективной ответственности в вопросах просвещения, информированности и научно-исследовательской работы с целью всеобщего осознания необходимой ответственности и подотчетности при решении связанных со здравоохранением вопросов.

Предлагаемые виды показателей

- Статистические показатели не используются, производится лишь качественная оценка

ЗАДАЧА 15 – ИНТЕГРИРОВАННЫЙ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 2010 г. населению Региона должен быть обеспечен лучший доступ к первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на оказание помощи семье и общине, при поддержке гибкой и одновременно стабильной больничной системы.

Это предполагает:

- 15.1 наличие как минимум в 90% стран комплексных первичных медико-санитарных служб, обеспечивающих преемственность оказания медико-санитарных услуг посредством эффективной и оправданной с экономической точки зрения системы

консультаций, с обеспечением обратной связи со стороны вторичного и третичного уровней больничных служб;

- 15.2 наличие по крайней мере в 90% стран службы семейных врачей и медицинских сестер, составляющих основу интегрированной первичной медико-санитарной помощи с использованием многопрофильных бригад со стороны сектора здравоохранения и социального сектора при участии местной общины;
- 15.3 наличие в 90% стран медико-санитарных служб, обеспечивающих индивидуальное участие отдельных граждан и признающих население в качестве одного из участников процесса оказания медико-санитарной помощи.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *наличие соответствующих служб медико-санитарной помощи и программ при участии местных общин для обеспечения потребностей и запросов в отношении укрепления здоровья, профилактики болезней, медико-санитарной помощи и реабилитации, с учетом необходимости охвата групп, имеющих особые потребности;*
- *соблюдение руководством служб здравоохранения положения о том, что в случае, когда медико-санитарная помощь может быть предоставлена на первичном уровне, она должна быть оказана на этом уровне, с направлением на вторичный и третичный уровни стационарной помощи лишь в тех случаях, когда больной нуждается в помощи врачей-специалистов или в процедурах, требующих специализированного оборудования;*
- *определение политики, которая оказывает поддержку населению в сохранении здоровья и обеспечении самопомощи во всех возможных случаях, для чего должны быть созданы специальные механизмы и предоставлена необходимая информация с тем, чтобы население имело возможность сделать осознанный выбор в вопросах, касающихся здоровья, и могло принимать участие в таких решениях.*

Предлагаемые виды показателей

- Кадровые ресурсы здравоохранения (например, количество врачей в разбивке по профилю, количество медсестер в разбивке по их занятости в секторе первичной медико-санитарной помощи и в стационарном секторе)
- Количество больничных коек в разбивке по их профилю и другие статистические данные о ресурсах здравоохранения
- Показатели использования медицинских услуг (например, количество госпитализаций, средняя продолжительность госпитализаций, обращаемость в медицинские учреждения поликлинического/амбулаторного профиля)

ЗАДАЧА 16 – ВОПРОСЫ РУКОВОДСТВА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

К 2010 г. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ ДОБИТЬСЯ ТАКОГО ПОЛОЖЕНИЯ, ЧТОБЫ РУКОВОДСТВО СЕКТОРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА НАСЕЛЕНИЕ ПРОГРАММ ДО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ НА КЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ БЫЛО ОРИЕНТИРОВАНО НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Это предполагает:

- 16.1 оценку эффективности основных стратегий общественного здравоохранения с точки зрения результатов деятельности медико-санитарных служб и решений, касающихся альтернативных стратегий, для разрешения отдельных проблем на основе сопоставления результатов лечения и их экономической эффективности;
- 16.2 наличие во всех странах национального механизма для непрерывного мониторинга и совершенствования качества медико-санитарной помощи по крайней мере в отношении десяти основных заболеваний, с оценкой результатов лечения, экономической эффективности и степени удовлетворения пациентов;
- 16.3 результаты лечения по крайней мере пяти из вышеупомянутых болезней должны указывать на значительные улучшения, а проводимые опросы – свидетельствовать о росте удовлетворенности пациентов качеством полученного медико-санитарного обслуживания и об уважении прав самих пациентов.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *принятие всеми учреждениями, предоставляющими медико-санитарную помощь, практики, основанной на научно обоснованных данных, как в отношении обычной медико-санитарной помощи, так и новых используемых технологий, с определением показателей качества медико-санитарной помощи на клиническом уровне и мониторинга качества помощи в качестве неотъемлемой составной части работы каждого подразделения;*
- *разработка государствами-членами политики и механизмов, которые гарантируют соблюдение прав пациентов, включая уважение их моральных, культурных, религиозных и философских ценностей и убеждений и содействие открытым общественным дебатам по вопросам этических аспектов политики здравоохранения и оказания медико-санитарной помощи;*
- *образовательные и другие меры формируют у работников здравоохранения мотивацию и навыки, позволяющие им брать на вооружение наилучшие методы и виды практики и отчитываться по результатам своей работы;*

- *регулярное использование критериев полученных результатов с точки зрения здоровья и экономической эффективности при оценке соответствующих процедур и практик;*
- *непрерывный мониторинг новых и существующих технологий, включающих фармацевтические препараты, а также оценка их воздействия на здоровье с учетом результатов и экономической эффективности;*
- *создание системы для обоснования, мониторинга и улучшения результатов медико-санитарной помощи, а также для распространения обычной документации по результатам лечения на анонимной основе среди тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь;*
- *обеспечение доступности информации о практике, основанной на фактических данных, для тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь.*

Предлагаемые виды показателей

- Показатели смертности от отдельных заболеваний (например, аппендицита, грыжи, кишечной непроходимости, неблагоприятного воздействия терапевтических средств и других предотвратимых причин смерти)
- Отдельные показатели, относящиеся к качеству медицинской помощи (показатели инфицирования ран после хирургических вмешательств, осложнения, связанные с диабетом, показатели проведения аутопсии, показатели удовлетворенности пациента качеством оказанных ему медицинских услуг и т.д.)

ЗАДАЧА 17 – ФИНАНСИРОВАНИЕ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ

К 2010 г. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ СТАБИЛЬНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ ДЛЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОСНОВАННЫХ НА ПРИНЦИПАХ РАВНОГО ДОСТУПА, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, СОЛИДАРНОСТИ И ОПТИМАЛЬНОГО КАЧЕСТВА.

Это предполагает:

- 17.1 адекватное расходование средств на службы здравоохранения, с учетом необходимого соответствия потребностям населения;

- 17.2 распределение ресурсов между охраной и укреплением здоровья, лечением и медико-санитарной помощью, с учетом результатов экономической эффективности и имеющихся данных;
- 17.3 финансирование систем здравоохранения, гарантирующее универсальный охват и соблюдение принципов солидарности и стабильности.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *укрепление структур общественного здравоохранения;*
- *открытое и гласное определение приоритетных задач в здравоохранении и выделение финансовых ресурсов, необходимых для их решения, ставя при этом задачу оптимизации получаемых результатов с точки зрения здоровья населения;*
- *направление, в случае необходимости, ресурсов сектора здравоохранения в другие секторы, в частные, а также неправительственные организации для достижения совместно определенных целей в сфере здравоохранения;*
- *ориентация мер, призванных обеспечить сдерживание расходов, прежде всего на сами учреждения здравоохранения и тех, кто предоставляет медико-санитарные услуги, а не на пациентов и тех, кто пользуется самими службами;*
- *создание необходимых механизмов для мониторинга в вопросах финансирования и распределения ресурсов при оказании медико-санитарной помощи в интересах охраны здоровья населения.*

Предлагаемые виды показателей

- Расходы на здравоохранение; общие и по отдельным категориям (например, расходы на общественное здравоохранение, текущие расходы стационаров, капиталовложения в медицинские учреждения, расходы на лекарственные средства и т.д.)

Задача 18 – РАЗВИТИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<p>К 2010 г. все государства-члены должны добиться того, чтобы работники здравоохранения и работники других секторов приобрели необходимые знания, навыки и умения в вопросах защиты и охраны здоровья.</p>
--

Это предполагает:

- 18.1 обеспечение обучения работников здравоохранения на основе принципов политики ЗДВ и их подготовку для оздоровительной, профилактической, лечебной и

- реабилитационной помощи хорошего качества и содействия сближению клинической практики и практики общественного здравоохранения;
- 18.2 наличие систем планирования, которые позволят обеспечить необходимое количество и разнообразие представителей медицинских профессий с учетом современных и будущих потребностей медико-санитарных служб;
- 18.3 наличие во всех государствах-членах необходимого потенциала для специализированной подготовки в вопросах руководства, управления и практики общественного здравоохранения;
- 18.4 включение в подготовку профессиональных работников в других секторах основных принципов политики ЗДВ с особым упором на то, каким образом их собственная профессиональная деятельность может воздействовать на детерминанты здоровья.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *включение в подготовку всех медико-санитарных работников соответствующих знаний, навыков и умений в отношении медико-санитарной помощи, включая вопросы обеспечения высокого качества предоставляемых услуг и основных аспектов экономических и социальных наук, взаимосвязанных с достижением здоровья для всех;*
- *постановка особого акцента в программах подготовки на вопросы семейной практики во всех образовательных учреждениях и университетах, где осуществляется подготовка врачей и медицинских сестер и других работников здравоохранения;*
- *подготовка медико-санитарных работников, для того чтобы выступать в качестве уполномоченных посредников и “адвокатов здоровья” во всех секторах и проводить работу с самыми разнообразными партнерами в обществе;*
- *подготовка профессиональных работников в других секторах помогает им признать значимость и тот вклад, которые несут с собой политика и действия того или иного сектора с точки зрения здоровья населения;*
- *наличие в образовательных учреждениях систем, которые обеспечивают непрерывную обратную связь на основе опыта, полученного на практике, а также за счет использования современных приемов и технологий обучения.*

Предлагаемые виды показателей

- Статистические данные о кадровых ресурсах здравоохранения по категориям в той степени, в которой это применимо
- Статистические данные о медиках, завершивших курс обучения

Задача 19 – Научные исследования и информация по вопросам здравоохранения

К 2005 г. все государства-члены должны располагать научно-исследовательскими, информационными и коммуникационными системами, которые смогут более эффективно содействовать приобретению, использованию и распространению данных в поддержку здоровья для всех.

Это предполагает:

- 19.1 наличие во всех странах научно-исследовательской политики, ориентированной на приоритеты долгосрочной стратегии по достижению здоровья для всех;
- 19.2 наличие в странах механизмов, которые позволяют обеспечивать оказание медико-санитарных услуг и их совершенствование на основе научных данных;
- 19.3 обеспечение необходимого и беспрепятственного доступа к информации по вопросам здравоохранения для политиков, менеджеров, представителей медицинских и других профессий, а также населения в целом;
- 19.4 разработку во всех странах соответствующей коммуникационной политики и программ по здравоохранению, которые будут оказывать поддержку “повестке дня” в интересах здоровья для всех и обеспечивать необходимый доступ к такой информации.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *определение государствами-членами своих стратегий в области научных исследований, основанных на постулатах здоровья для всех, с обеспечением необходимого равновесия между основными и прикладными научными исследованиями;*
- *укрепление международного сотрудничества, что повлечет за собой увеличение числа межнациональных научно-исследовательских программ и лучший обмен научно-исследовательской информацией;*
- *укрепление взаимосвязей и сотрудничества в общественном секторе между научной общественностью и теми, кто отвечает за принятие решений по использованию новых знаний для развития здравоохранения;*
- *учреждение и поддержка баз данных по вопросам здравоохранения и смежных отраслей для мониторинга и оценки воздействия политики и программ здравоохранения для обеспечения необходимой подотчетности, для обмена знаниями на национальном и международном уровнях и для пробуждения общественного интереса;*

- *полное привлечение имеющихся ресурсов и опыта сектора массовой информации и связей для просвещения и образования людей по такому вопросу, как важность здоровья – с индивидуальной и коллективной точек зрения – а также для предоставления им возможности осуществлять необходимые действия.*

Предлагаемые виды показателей

- Расходы на научные исследования и разработки в области здравоохранения

Задача 20 – МОБИЛИЗАЦИЯ ПАРТНЕРОВ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 2005 г. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ УЧАСТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ, ГРУПП И ОРГАНИЗАЦИЙ КАК В ОБЩЕСТВЕННОМ, ТАК И В ЧАСТНОМ СЕКТОРЕ, А ТАКЖЕ ВСЕГО ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА, ОБЪЕДИНИВ ИХ НА ОСНОВЕ СОДРУЖЕСТВА И ПАРТНЕРСТВА ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Это предполагает:

- 20.1 участие сектора здравоохранения в активной пропаганде и защите здоровья, что будет содействовать участию других секторов в межсекторальной деятельности на основе общих целей и ресурсов;
- 20.2 наличие на международном, национальном, региональном и местном уровнях структур и процессов для содействия гармонизации сотрудничества всех участников и секторов в развитии здравоохранения.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *укрепление существующих форм партнерского сотрудничества в вопросах здравоохранения и социального развития, таких, как сети городов, школ и рабочих мест, и изучение возможностей учреждения новых партнерских взаимоотношений на всех уровнях;*
- *выявление и учет во всех секторах и всеми участниками взаимных выгод от капиталовложений в здравоохранение;*
- *наличие механизмов для содействия совместному развитию, осуществлению и оценке политики, а также стратегий, основанных на принципах здоровья для всех²⁹;*

²⁹ См. задачу 21 “Политика и стратегии по достижению здоровья для всех”.

- четкое реагирование представителей медико-санитарных профессий на мотивацию профессионалов в других секторах и их готовность вести переговоры по вопросам политики, приносящей взаимную выгоду;
- постановка особого акцента на создание содружеств и партнерств в интересах здоровья на всех уровнях, большем участии населения и создание новых сетей;
- обеспечение лидерства в вопросах общественного здравоохранения, с учетом стимулов, поощрения и создания необходимых условий во всех секторах, работающих в интересах здравоохранения;
- укрепление международной солидарности в вопросах развития здравоохранения с использованием существующих в Европе структур для межправительственного сотрудничества и действий.

Предлагаемые виды показателей

- Статистические показатели не используются; проводится лишь качественная оценка

Задача 21 – Политика и стратегии по достижению здоровья для всех

К 2010 г. все государства-члены должны не только иметь, но и осуществлять политику достижения здоровья для всех на уровне стран, региональном и местном уровнях, при поддержке соответствующих учрежденческих структур, процессов руководства и новаторского лидерства.

Это предполагает:

- 21.1 наличие мотивации и целеустремленности, которые политика здоровья для всех на уровне стран должна обеспечивать для процесса разработки и осуществления соответствующих политики и действий в регионах, городах и на местах, а также в школах, на рабочих местах и в домашних условиях;
- 21.2 наличие необходимых структур и процессов для развития политики здравоохранения на уровне стран и на других уровнях, что позволяет объединить усилия широкого спектра основных партнеров как в общественном, так и в частном секторах, располагающих необходимыми мандатами для определения политики, ее осуществления, мониторинга и оценки;
- 21.3 разработку соответствующих краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных целей политики, задач, показателей и приоритетов, равно как и стратегий по их достижению, основанных на ценностях здоровья для всех, при регулярном

мониторинге и оценке хода работ по их достижению.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *одобрение политики по здравоохранению самым высоким политическим органом на каждом уровне;*
- *укрепление и модернизация структур и функций общественного здравоохранения в соответствии с потребностями здравоохранения и задачами по достижению здоровья для всех на уровне страны, регионов и на местном уровне;*
- *регулярная оценка состояния здоровья и тенденций³⁰, мониторинг хода работ по развитию здравоохранения, а также оценка воздействия осуществляемой политики на результаты при необходимой оценке детерминантов здоровья и степени удовлетворенности населения;*
- *проведение странами периодических опросов населения (на основе методологии ВОЗ);*
- *наличие в странах синхронизированных систем сбора сопоставимых данных для мониторинга хода работ по достижению здоровья для всех с обеспечением необходимых усилий для систематизации собранных данных и учреждения унифицированной системы отбора показателей для содействия необходимой международной координации и гармонизации систем информации и коммуникации в здравоохранении;*
- *разработка политики и стратегий на основе полной мобилизации всех партнеров³¹.*

Предлагаемые виды показателей

- Статистические показатели не используются; проводится лишь качественная оценка

³⁰ Особенно задачи 1–9.

³¹ См. задачу 20 “Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения”.

Приложение 3

План проведения основных мероприятий на 1998–2005 гг.

Основные мероприятия по мониторингу, оценке и выполнению политики достижения ЗДВ в Европейском регионе ВОЗ

Политика ЗДВ обеспечивает перспективное видение основных направлений улучшения здравоохранительной деятельности в Европе. Данный план дополняет другие действия и меры, осуществляемые на национальном и местном уровнях. В нем предлагается ряд конкретных мероприятий, которые должны быть проведены в странах, и указываются различные крупные консультации или конференции, организуемые Региональным бюро. Соответствующие уставные функции Регионального комитета также включены в план действий.

Следует учесть, что более подробный стратегический план работы Регионального бюро по содействию выполнению обновленной политики ЗДВ будет включен в двухгодичные региональные программные бюджеты на период 2000–2005 гг.

Цель настоящего плана Европейской региональной организации ВОЗ заключается в содействии обеспечению комплексного партнерского подхода на местном, областном, страновом и общеевропейском уровнях. Региональное бюро также усилит свою дальнейшую международную деятельность путем учреждения и участия, на началах партнерства, в деятельности Межучрежденческого координационного комитета по иммунизации (МККИ), Международной целевой группы по профилактике болезней, передаваемых половым путем, и борьбе с ними, Европейского комитета по окружающей среде и охране здоровья и т.д.

Меры, которые надлежит принять:				
ЗДОРОВЬЕ-21 Глава	Год	Государствам-членам	Региональному комитету	Региональному бюро
7	1998		<p>Утверждение основ новой политики ЗДВ, задач и плана основных мероприятий</p> <p>Утверждение регионального стратегического программного бюджета на 2000–2001 гг.</p>	<p>Опубликование и "маркетинг" основ политики ЗДВ</p> <p>Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения</p>
5	1998	Выполнение Европейского плана действий по алкоголю (1995–1999 гг.) и Плана действий "За Европу без табака" (1997–2001 гг.)	Создание Европейского комитета "За Европу без табака"	Выполнение
7	1999	Перевод документа по политике ЗДВ на местные языки	<p>Утверждение Европейского плана действий по алкоголю – вторая стадия (2000–2004 гг.)</p> <p>Утверждение новых показателей ЗДВ</p>	<p>Консультации с различными партнерами и секторами в целях подготовки и распространения документации с конкретным изложением политики ЗДВ в зависимости от проблематики и/или секторов</p> <p>Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения</p> <p>Совещание Европейской сети информационного обеспечения здравоохранения и начало проведения серии широкоэвещательных передач радио и телевидения под названием "ЗДОРОВЬЕ-21"</p>
5				<p>Европейская конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья</p> <p>Создание сети "Здоровые компании"</p>

Меры, которые надлежит принять:				
ЗДОРОВЬЕ– 21 Глава	Год	Государствам-членам	Региональному комитету	Региональному бюро
4	1999	Участие в кампании МЕКАКАР ПЛЮС по полной ликвидации полиомиелита (1998–2000 гг.)		
7	2000	“Маркетинг” соответствующих принципов политики ЗДВ Мониторинг хода работы по достижению ЗДВ Семинары по определению общих программ (“повесток дня”) для межсекторальных действий по охране здоровья	Утверждение регионального стратегического программного бюджета на 2002–2003 гг.	Консультации по тенденциям дальнейшего развития в Европе Форум или крупное консультативное совещание с другими секторами как часть серии ежегодных обзоров секторальных курсов политики Сети неправительственных организаций Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения
6	2000			Конференция по высокоприоритетному вопросу
5	2000	Участие в деятельности Европейского комитета по содействию деятельности по укреплению здоровья	Утверждение плана по содействию здоровому образу жизни	Разработка европейских планов действий по безопасности продовольственных товаров и питания
3, 4	2000	Конференция по ликвидации полиомиелита Конференция на тему “Здоровое начало жизни”		

Меры, которые надлежит принять:				
ЗДОРОВЬЕ-21 Глава	Год	Государствам-членам	Региональному комитету	Региональному бюро
7	2001		Обзор результатов мониторинга хода работы по достижению ЗДВ	Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения Совместные совещания с основными организациями по вопросам совместной политики
5	2001			Конференция по высокоприоритетному вопросу
7	2002		Утверждение регионального стратегического программного бюджета на 2004–2005 гг.	Консультативное совещание по будущим тенденциям Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения
5	2002		Утверждение Плана действий “За Европу без табака” – четвертая стадия (2003–2007 гг.)	
4	2002			Конференция по высокоприоритетному вопросу
7	2003	Оценка хода работы по достижению ЗДВ		Рекомендации по вопросам очередного обновления/корректировки политики ЗДВ Европейского консультативного комитета по исследованиям в области здравоохранения и регионального консультативного совета по развитию здравоохранения Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения
3	2003			Конференция по высокоприоритетному вопросу

Меры, которые надлежит принять:				
ЗДОРОВЬЕ-21 Глава	Год	Государствам-членам	Региональному комитету	Региональному бюро
7	2004		Обзор результатов оценки хода работы по достижению ЗДВ Утверждение регионального стратегического программного бюджета на 2006–2007 гг.	Консультации по будущим тенденциям Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения
5	2004	Выполнение местных планов действий по окружающей среде и охране здоровья	Утверждение Европейского плана действий по алкоголю – третья стадия (2005–2009 гг.)	Четвертая европейская конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья
7	2005		Утверждение обновленных основ региональной политики ЗДВ	Опубликование и "маркетинг" основ политики ЗДВ Семинар для старшего звена организаторов здравоохранения
4	2005			Конференция по высокоприоритетному вопросу

Приложение 4

Список сокращений

СПИД	AIDS	Синдром приобретенного иммунодефицита
ИБДР	BFHI	Инициатива больниц доброжелательного отношения к ребенку
КГЭ	BSE	Коровья губчатая энцефалопатия
ОАП	CAP	Общая аграрная политика
ЦАРАК	CARAK	Центральноазиатские республики, Азербайджан и Казахстан
СЦВЕ	CCEE	Страны Центральной и Восточной Европы
ИБС	CHD	Ишемическая болезнь сердца
СИНДИ	CINDI	Общенациональная программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний
СНГ	CIS	Содружество независимых государств
ЦНС	CNS	Центральная нервная система
ГЖКИ	DALY	Год жизни с корректировкой на инвалидность
ГЖСИ	DFLY	Год жизни, свободный от инвалидности
ИКОПЗ	DFMT	Индекс кариозных, пломбированных и отсутствующих зубов
ДНК	DNA	Дезоксирибонуклеиновая кислота
КТНН	DOTS	Краткосрочная терапия непосредственного наблюдения
ДСК	DTP	Дифтерия/столбняк/коклюш
ЕБРР	EBRD	Европейский банк реконструкции и развития
ЕК	EC	Европейская комиссия
ЭКЮ	ECU	Европейская валютная единица
ЕАОС	EEA	Европейское агентство по окружающей среде
ЕКОСЗ	EENC	Европейский комитет по окружающей среде и охране здоровья
СРЭ	EME	Сложившаяся рыночная экономика
ЕС	EU	Европейский союз
ЕВРООЗ	EUROHIS	Европейский опрос по вопросам здравоохранения
ФАО	FAO	Продовольственная и сельскохозяйственная организация
БСС	FSE	Бывшие социалистические страны
ВВП	GDP	Валовый внутренний продукт
ВНП	GNP	Валовый национальный продукт
ОПВ (ВОП)	GP	Общепрактикующий врач (врач общей практики)
ККТАСО	НАССР	Критические контрольные точки анализа степени опасности

ВВГ	HBV	Возбудитель вирусного гепатита В
ЗДВ	HFA	Здоровье для всех
ВИЧ	HIV	Вирус иммунодефицита человека
МАГАТЭ	IAEA	Международное агентство по атомной энергии
МАИР	IARC	Международное агентство по изучению рака
ЙоД	IDD	Йоддефицитные состояния
МФККП	IFRC	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца
МККИ	ИСС	Межучрежденческий координационный комитет по иммунизации
КПК	MMR	Корь, паротит, краснуха
НПДГОС	НЕНАР	Национальный план действий по гигиене окружающей среды
НПО	NGO	Неправительственные организации
ННГ	NIS	Новые независимые государства
НМА	NMA	Национальная медицинская ассоциация
ОЭСР	OECD	Организация экономического сотрудничества и развития
ПРС	ORS	Пероральные регидратационные соли
ПФП	PCF	Польская федерация потребителей
ЧТА	PCTA	Чрескожная транслуминальная ангиопластика
ПМСП	PHC	Первичная медико-санитарная помощь
ГЖКК	QALY	Год жизни с корректировкой на качество
РЕМПАИ	REMPAN	Сеть (ВОЗ) по обеспечению готовности к оказанию медицинской помощи в случае радиационных аварийных ситуаций
ПКРК	SCRC	Постоянный комитет Регионального комитета
СИДА	SIDA	Шведское агентство по международному развитию
БППП	STD	Болезни, передаваемые половым путем
ТБ	TB	Туберкулез
ЕЭК/ООН	UN/ECE	Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций
ООН-СПИД	UNAIDS	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по СПИДу
ПРООН	UNDP	Программа развития Организации Объединенных Наций
УВКБ ООН	UNHCR	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
ЮНИСЕФ	UNICEF	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮСАИД	USAID	Агентство США по международному развитию
ВПП	WFP	Всемирная продовольственная программа
ВАЗ	WHA	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВОЗ	WHO	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	WTO	Всемирная торговая организация

Приложение 5

Глоссарий терминов

Больница, занимающаяся вопросам укреплению здоровья (Health-promoting hospital), – это такое учреждение, которое не только оказывает высококачественную всестороннюю врачебную и сестринскую помощь, но и стремится к обретению “корпоративного” стиля в отношении: укрепления здоровья; развития способствующей укреплению здоровья оргструктуры и учрежденческой культуры, включая активное участие самих пациентов и всех сотрудников в этом процессе; создания благоприятной для здоровья среды при активном взаимодействии с местной общиной. (4)

Борьба с болезнями (Control of disease) – Снижение частоты новых случаев, распространенности, заболеваемости или смертности в результате целенаправленных усилий. Хотя болезнь может и не относиться к числу приоритетных с точки зрения общественного здравоохранения, для удержания заболеваемости на низком уровне требуются дальнейшие профилактические мероприятия. (8)

Вторичная (медико-санитарная) помощь (Secondary care) – Службы направления больных к специалистам, которые первыми обеспечивают предоставление такой медико-санитарной помощи, которая является более специализированной, нежели та, которая может предоставляться на периферийном уровне, и включает, например, рентгенодиагностику, общую хирургию, патронажное наблюдение женщин с осложнениями, связанными в беременностью или родами, а также диагностику и лечение редко встречающихся или трудноизлечимых болезней. Этот вид помощи обеспечивается прошедшим определенную подготовку персоналом в таких лечебных заведениях, как районные или областные больницы. (1)

Города здоровья (Healthy city) – Города, которые неуклонно занимаются созданием и совершенствованием такой физической и социальной среды, а также изысканием таких дополнительных общественных средств, которые помогают людям оказывать друг другу взаимную поддержку в выполнении всевозможных жизненных функций и в наиболее полной реализации их потенциальных способностей. Проект “Города здоровья” – это долгосрочная программа развития, в которой ставится цель включить вопросы охраны здоровья в повестку дня лиц, принимающих решения в городах Европы, а также обеспечить

как можно более активное и действенное продвижение интересов общественного здравоохранения на местном уровне. Сеть городов здоровья представляет собой совокупность европейских городов, решивших в порядке эксперимента апробировать новые методы укрепления здоровья и улучшения качества окружающей среды. (2)

Детерминанты здоровья (Determinants of health) – Комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельных людей или групп населения. Влияющие на здоровье многочисленные факторы взаимодействуют между собой. Выполнение задачи укрепления здоровья самым непосредственным образом связано с конкретными действиями и пропагандистскими мероприятиями при формировании целого комплекса потенциально совершенствуемых детерминант здоровья, причем не только тех, которые ассоциируются с действиями конкретного лица (например, с его образом жизни или поведением), но и таких факторов, как размер дохода и социальный статус, уровень образования, состояние производственной среды, условия работы на найму, наличие доступа к соответствующему медицинскому обслуживанию и качество окружающей человека среды. Определенное сочетание вышеперечисленных факторов предопределяет конкретные условия жизни человека, оказывающие влияние на его здоровье. Те или иные изменения в образе жизни и жилищных условиях, от которых зависит состояние здоровья человека, рассматриваются в качестве промежуточных показателей здоровья. (4)

Деятельность общины по охране здоровья (Community action for health) – Под здравоохранительной деятельностью по достижению здоровья подразумеваются совместные меры, предпринимаемые на коммунальном уровне и направленные на усиление общественного контроля за определяющими факторами здоровья, способствуя тем самым его укреплению. (4)

Жизненные навыки (умения) (Lifeskills) – Личные, социальные, познавательные и физические навыки и умения человека, благодаря которым люди контролируют и направляют свою жизнь, а также развивают свои способности, позволяющие им видоизменять окружающую среду и самим адаптироваться к ее изменениям. (2)

Задача по достижению здоровья для всех (ЗДВ) (Health for all (HFA) target) – Европейская (или общенациональная) задача по достижению здоровья для всех является целью, к которой надлежит стремиться в соответствии с согласованной общеевропейской (или общенациональной) политикой ЗДВ. Она предполагает политическую готовность и обязательство использовать ресурсы и возможности страны для достижения этой цели. (1)

“Здоровая компания” (Healthy company) – Принципы “здоровой компании” предполагают следующее: безопасные для здоровья условия труда; благоприятную для здоровья производственную практику; программы по укреплению здоровья и управлению психосоциальными факторами риска на рабочем месте; оценку поступающих на рынок

изделий с точки зрения их воздействия на здоровье; и, наконец, вклад в развитие медико-социальной инфраструктуры для населения.

Здоровье (Health) – 1. Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов. 2. Снижение уровней смертности, заболеваемости и инвалидности, обусловленных выявляемыми заболеваниями или нарушениями, и повышение ощущаемого уровня здоровья. Первое определение, приведенное в Уставе ВОЗ, – это идеальная цель (т.е. здоровье как основополагающее право человека и глобальная социальная цель, к которой нужно стремиться в рамках многогранной деятельности по развитию здравоохранения, однако такое состояние невозможно оценить с объективной точки зрения, в связи с чем на практике используется более узкое определение этого понятия. Именно с этой целью предпочтение, как правило, отдается второму определению (например, в медико-санитарной статистике). (2)

Здоровье для всех (ЗДВ) (Health for all (HFA)) – Все люди во всех странах должны иметь по крайней мере такой уровень здоровья, который позволяет им вести активную производственную и социальную жизнь в той общине, в которой они проживают (см. также “Здоровье”). (1)

Инвалидность (Disability) – В здравоохранительном отношении ... любое ограничение или потеря (в результате нарушения, отклонения или увечья) способности осуществлять деятельность в таких пределах или таким образом, которые считаются нормальными для человека. (1)

Инвестиции в здоровье (Investment for health) – Инвестиции в здоровье имеют прямое отношение к ресурсам, целевое назначение которых самым непосредственным образом связано с обеспечением и улучшением здоровья. Такие капиталовложения могут быть предоставлены как государственными, так и частными организациями, а также населением, в том числе отдельными лицами или группами лиц. Инвестиции для осуществления здравоохранительных стратегий базируются на знаниях о детерминантах здоровья и ориентированы на обеспечение политической приверженности целям укрепления здоровья в рамках государственной политики. (4)

Качество жизни (Quality of life) – Степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются. (1)

Качество медико-санитарной помощи (Quality of care) – Степень, в которой оказываемая в определенных экономических рамках помощь позволяет добиться наиболее благоприятных конечных результатов с точки зрения сбалансированного сочетания факторов риска и выгод. (1)

Компетентность в вопросах охраны здоровья (Health competence) – Компетентность, позволяющая в отдельных случаях влиять на определяющие состояние здоровья факторы. (1)

Комплекс государственных и частных форм медобслуживания (Public/private mix) – Сочетание государственных (общественных) и частных форм финансирования и/или организации медобслуживания. (2)

Комплексная система здравоохранения (Comprehensive health system) – [Система здравоохранения], включающая все элементы, необходимые для удовлетворения здравоохранительных потребностей и нужд населения. (1)

Конечный/планируемый результат (Outcome) – В области здравоохранения – это результат или последствия определенной политики или здравоохранительных мер в плане связанных с этим изменений в состоянии здоровья или влияющих на здоровье стереотипов поведения. (2)

Контрольная функция при направлении больных к специалистам (Gatekeeper function) – Общепризнанная роль конкретного специалиста или организационной единицы (например, на уровне первичного звена), посредством которой обеспечивается доступ к другим, зачастую дорогостоящим и дефицитным, ресурсам медобслуживания. (2)

(Медико-) санитарное просвещение (Health education) – Сознательное обеспечение возможностей для подготовки и обучения в целях содействия изменениям в стереотипах поведения. (1)

Межправительственная организация (Intergovernmental organization) – Любая организация, учреждаемая в рамках межправительственного соглашения. К таким организациям можно отнести, например, ВОЗ, Совет Европы, ОЭСР, другие специализированные учреждения системы Организации Объединенных Наций. (2)

Межсекторальные действия (Intersectoral action) – Действия, при которых осуществляется сотрудничество сектора здравоохранения и соответствующих других секторов для достижения общей цели, при точном согласовании вклада различных секторов. (1)

Многосекторальные действия/меры (Multisectorial action) – Из соображений практической целесообразности межсекторальные действия и многосекторальные действия/меры используются в качестве синонима. В то же время при использовании последнего термина подчеркивается вклад и ответственность ряда секторов. (1)

Нарушение (дефект) (Impairment) – С медицинской точки зрения, любая утрата или отклонение от психологической, физиологической или анатомической структуры и функций. (1)

Неправительственная организация (Nongovernmental organization) – Любая созданная в стране или международная организационная структура (например, группа граждан, ассоциация, группа деятелей церкви или фонд), являющаяся независимой от государства или коммерческого сектора и играющая в данном случае роль разумного противовеса. (2)

Общественная политика, способствующая укреплению здоровья (Healthy public policy) – Четко выраженная ориентация на обеспечение здоровья и равноправия во всех областях здравоохранительной политики, а также ответственность за последствия для здоровья. Главная цель ... заключается в создании благоприятной окружающей среды, позволяющей людям вести здоровый образ жизни. (1)

Общественное здравоохранение (Public health) – Наука и искусство профилактики болезней, продления жизни, укрепления психического и физического здоровья и достижения необходимой результативности благодаря целенаправленным усилиям населения. Понятие “общественное здравоохранение” может включать в себя структуры и процессы, посредством которых интерпретируется, обеспечивается и укрепляется здоровье различных групп населения за счет целенаправленной деятельности всего общества. (2, 10)

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни человека (Health expectancy) – Показатель демографической статистики, характеризующий ожидаемую продолжительность здоровой жизни человека на том отрезке его жизненного пути, который, согласно общепринятым нормам и представлениям, а также заключениям специалистов, ассоциируется со здоровьем и благополучием или с отсутствием каких-либо расстройств, болезней и инвалидности. В частности, используемые в настоящее время показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни человека включают в себя такие показатели, как продолжительность жизни без инвалидности (ПЖБИ) и продолжительность жизни, скорректированная по ее качеству (ПЖСК). Названные параметры здоровья в основном отражают период в жизни индивидуума, не омраченный инвалидностью, расстройствами и/или хроническим заболеванием. (4)

Окружающая среда, санитария (гигиена, оздоровление) (Environmental health) – Те аспекты здоровья и заболеваний людей, которые определяются факторами окружающей среды. Это касается также теории и практики оценки факторов окружающей среды, могущих повлиять на здоровье, и борьбы с ними. Санитария (гигиена, оздоровление) окружающей среды ... включает как прямое патологическое воздействие/влияние химических веществ, облучения и тех или иных биологических агентов, так и последствия/эффекты (часто косвенные) для здоровья и благосостояния физической, психологической, социальной и эстетической сред в самом широком смысле этого слова, включая также жилищные условия, градостроительство, землепользование и транспорт. (1)

Ориентация на передовые достижения и методы (Benchmarking) – Сравнение результатов деятельности за счет сопоставления различных аспектов функционирования в целях заимствования образцовых методов или контрольных показателей эффективности. (2)

Оценка воздействия на здоровье (Health impact assessment) – Комплексная оценка как прямых, так и косвенных последствий с точки зрения состояния здоровья, развития здравоохранения и социально-экономического развития в целом, проведения определенной политики или программы, или деятельности конкретных служб или учреждений. (6)

Первичная медико-санитарная помощь (Primary health care) – Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является центральной функцией и основным звеном системы здравоохранения любой страны, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу “от периферии к центру”. ПМСП – неотъемлемая составная часть социального и экономического развития той или иной страны. (1)

Первичная помощь (Primary care) – Медико-санитарная помощь первого уровня, оказываемая, как правило, в амбулаторных условиях (в отличие от вторичной/специализированной и третичной/высокоспециализированной помощи, которая обычно предоставляется в условиях стационара). (1)

Переориентация служб здравоохранения (Reorienting health services) – Переориентация служб здравоохранения характеризуется более выраженной озабоченностью по поводу достижения таких результатов в охране здоровья населения, которые отвечают требованиям организации и финансирования системы здравоохранения. Такие усилия в конечном итоге должны привести к такому изменению ориентации и организации служб здравоохранения, при котором в центре внимания окажутся потребности индивидуума как целостной личности, приведенные в соответствие с потребностями различных групп населения. (4)

Поддерживающая среда (Supportive environments) – Поддерживающая здоровье среда, позволяющая людям оградить свое здоровье от возможной угрозы и способствующая расширению их потенциальных возможностей и укреплению опоры на собственные силы в плане здоровья. В медико-санитарном смысле ... как физические, так и социальные аспекты окружающей нас среды, включающие: места, где живут люди, их местную общину/сообщество; их дом и семью; места, где люди работают и отдыхают. Сюда же относятся и рамки, определяющие доступ к необходимым для жизнеобеспечения ресурсам, а также возможности для роста и развития. Таким образом, направленные на создание поддерживающих сред мероприятия и действия имеют множество измерений и параметров: физических, социальных, духовных, экономических и политических. Каждый из этих аспектов неразрывно связан с другими в рамках динамического взаимодействия. (4, 1)

Подотчетность (Accountability) – Процесс, в результате которого лица, принимающие решения на всех уровнях, выполняют возложенные на них обязанности и несут ответственность за свои действия. Постановка определенных целей и задач в области здравоохранения и определение средств мониторинга хода работы по их претворению в жизнь позволили обеспечить благоприятные условия для более строгой и совершенной подотчетности путем вынесения такой информации на суд общественности или гласности. (2)

Показатели (Indicators) – Переменные величины, позволяющие прямо или косвенно измерить [изменения ситуации в здравоохранении] или оценить степень достижения целей или решение задач соответствующей программы. Применительно к региональным задачам по достижению ЗДВ используются как количественные, так и качественные показатели. (1)

Политика (достижения) здоровья для всех (ЗДВ) (Health for all (HFA) policy) – Согласованная структура по осуществлению и развитию такой политики здравоохранения, которая основана на концепции и ценностей достижения здоровья для всех. (1)

Политика здравоохранения (Health policy) – Совокупность принятых решений или взятых обязательств по проведению определенного курса действий, ориентированного на реализацию конкретных целей и задач в области укрепления здоровья. (3)

Полная ликвидация (Eradication) – Постоянное сохранение на нулевом уровне числа встречающихся в мире свежих случаев инфекции, вызванных конкретным возбудителем, в результате целенаправленных усилий; при этом дальнейшее проведение профилактических мероприятий не требуется. (8)

Потенциал здоровья (Health potential) – Максимально достижимый уровень здоровья человека. Потенциал здоровья определяется способностью заботиться о своем собственном здоровье и здоровье других, способностью принимать решения и контролировать свою собственную жизнь, а также обеспечивать создание обществом, членом которого является тот или иной человек, условий, обеспечивающих достижение здоровья всеми членами этого общества. (1)

Права пациента/больного (Patients' rights) – Основные права пациента/больного на охрану своего здоровья с точки зрения обеспечения доступа к медобслуживанию, принципа равного доступа в лечении и в отношении качества помощи. (2)

Принцип “платит тот, кто загрязняет” (“Polluter pays” principle) – Предусмотренный законами некоторых стран принцип, в соответствии с которым все расходы, связанные с компенсационными выплатами за нанесенный ущерб, а также расходы по ликвидации последствий загрязнения возлагаются на тех, кто виновен в таком загрязнении. (3)

Профилактика болезней (Disease prevention) – Мероприятия, направленные не только на предупреждение заболевания, такие, как иммунизация, борьба с переносчиками болезней или кампания по борьбе с курением, но и на то, чтобы сдержать его развитие и уменьшить его последствия после установления факта заболевания. (1)

Равноправие (Equity) – Равноправие в вопросах охраны здоровья подразумевает, что, в принципе, всем должна предоставляться равная и справедливая возможность полностью реализовать свой “потенциал здоровья” и, в более практическом смысле, никто не должен ставиться в неблагоприятные для реализации этого потенциала условия, если их можно избежать. Термин “неравноправие” ... касается различий в отношении здоровья, которые не только не являются необходимыми и могут быть предотвращены, но и, кроме того, считаются необоснованными и несправедливыми. (1)

Развитие здравоохранения (Health development) – Непрерывный и последовательный процесс улучшения состояния здоровья населения. (3)

Репродуктивное здоровье (Reproductive health) – В рамках охраны репродуктивного здоровья рассматриваются вопросы, касающиеся процессов, функций и системы репродукции на всех этапах жизни человека. При этом имеется в виду, что люди способны вести ответственную, приносящую удовлетворение и безопасную для здоровья сексуальную жизнь, могут воспроизводить потомство и пользуются свободой выбора при принятии решения, пойти или нет на такой шаг, когда и сколько иметь детей. Последнее условие подразумевает безоговорочное право мужчин и женщин на получение информации и предоставление доступа к безопасным, эффективным, недорогостоящим и приемлемым методам регулирования рождаемости по их выбору, а также право на соответствующее медико-санитарное обслуживание, обеспечивающее женщинам благоприятные для вынашивания плода и рождения ребенка условия, а супружеским парам – оптимальные возможности иметь здорового ребенка. (5)

Самопомощь (Self-care) – Всевозможные медико-санитарные мероприятия, осуществляемые отдельными гражданами в своих интересах или в интересах членов своей семьи. Они направлены на укрепление здоровья, предупреждение болезней, самостоятельную постановку диагноза и самолечение. (2)

Сексуальное здоровье (Sexual health) – Такое взаимодействие соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных факторов сексуальной сути человека, благодаря которому его внутренний мир становится богаче, а его личные качества, способности к общению и выражению любви проявляются с новой силой. Поэтому под сексуальным здоровьем подразумевается позитивное отношение к проявлению сексуальности, причем цель охраны сексуального здоровья должна состоять в создании благоприятных условий для жизни и межличностного общения, а не сводиться лишь к

проблемам консультирования и лечения по поводу болезней, передаваемых половым путем, или воспроизведения потомства. (5)

Сектор здравоохранения (Health sector) – Сектор здравоохранения включает в себя действующие государственные и частнопрактикующие службы здравоохранения (в том числе отвечающие за укрепление здоровья, профилактику болезней, диагностику, лечение больных и уход за ними), департаменты и министерства здравоохранения со своей политикой и практической деятельностью, занимающиеся вопросами здравоохранения неправительственные организации и группы населения, а также профессиональные ассоциации. (4)

Сестринское дело (Nursing) – В широком смысле слова – предоставление сестринской помощи отдельным лицам, семьям или общинам в связи с восстановлением или сохранением здоровья, а также выполнение функций компонента сестринского дела в рамках оказания централизованной лечебно-профилактической помощи. В сестринском обслуживании участвует персонал, начиная с санитарок и кончая дипломированными медсестрами и акушерками. (9)

Сеть “здоровые регионы” (Regions for Health network) – Созданная по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ сеть регионов в Европе, призванная изменить мировоззрение людей в отношении защиты, сохранения и укрепления здоровья и обеспечить принятие в регионах необходимых для этого мер. Ее целью является оказание поддержки правительствам стран в их приверженности принципам ЗДВ путем разработки и формулирования на региональном уровне соответствующей политики охраны здоровья. (2)

СИНДИ (CINDI) – Проводимая под эгидой ВОЗ общенациональная программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний. Перед учрежденной в 1982 г. программой поставлена общая цель добиться повышения уровня здоровья населения и качества жизни путем сокращения преждевременной смертности, заболеваемости и инвалидности. Назначение программы – предоставить в распоряжение стран - участниц СИНДИ концептуальную основу по предупреждению факторов риска и борьбе с ними (включая курение, высокое кровяное давление, отклонение липидов крови от нормы и чрезмерное потребление алкоголя), которые характерны для многих хронических неинфекционных болезней. В рамках программы также рассматриваются проблемы, связанные с детерминантами факторов риска социальной среды. (2)

Система здравоохранения (Health system) – Официально действующая структура для определенного контингента населения со своими принятыми в законодательном порядке целями и задачами, финансовыми и управленческими ресурсами, благодаря которой обеспечивается организация медобслуживания и проводятся содействующие укреплению здоровья мероприятия на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах, в общественных местах, в общинах, в больницах и клиниках, и которая может оказать свое воздействие на формирование определенной физической и психосоциальной среды. (3)

Службы здравоохранения (Health service) – Всякая форма обслуживания, которая содействует выполнению задачи укрепления здоровья или постановки диагноза, лечения и реабилитации больных, а не только обеспечивает чисто медико-санитарное обслуживание. Кроме того, сюда же относится и ранее созданная система действующих учреждений и организаций, многоцелевая функция которых состоит в удовлетворении всевозможных потребностей и запросов населения в медобслуживании. (3, 2)

Соответствующая технология здравоохранения (Appropriate health technology) – Методы, процедуры, совокупность технических приемов и операций, а также оборудование, являющиеся научно обоснованными, соответствующими местным потребностям и приемлемыми для тех, кто их использует, и тех, для кого они предназначены, и которые могут поддерживаться на должном уровне и применяться, используя ресурсы и возможности того или иного сообщества или страны. (1)

Состояние здоровья (Health status) – Общий термин для характеристики здоровья граждан, групп населения или народа, измеряемого согласно общепринятым стандартам. Разработанная ВОЗ система контрольных показателей здоровья представляет собой международно признанные стандарты по различным аспектам состояния здоровья. (3)

Социальная маргинализация (Social marginalization) – Процесс, в результате которого определенные уязвимые группы/контингенты людей могут лишаться возможности полноценного участия в социальной, политической и экономической жизни сообщества. Это происходит при отсутствии необходимой межсекторальной политики и механизмов поддержки, которые бы обеспечивали всемерное участие вышеназванных групп. (1)

Социальный потенциал (Social capital) – Социальный потенциал является прямым отражением той степени социального согласия, которое присуще обществу. Речь идет о таких происходящих между людьми процессах, благодаря которым формируются системно-сетевые связи и контакты, устанавливаются общественные нормы и доверительные отношения между людьми, а также создаются благоприятные условия для координации и сотрудничества ради достижения взаимной выгоды. (4)

Стратегия (Strategy) – Рассчитанный на долгосрочную перспективу, комплексный вид деятельности, в рамках которого осуществляются отдельные мероприятия и виды деятельности. (1)

Третичная (высокоспециализированная) помощь (Tertiary care) – Специализированная помощь, предполагающая наличие высокоспециализированных учреждений, оборудования, аппаратуры и т.д., а также оказание высокоспециализированной помощи силами медицинских работников, например, в области нейро- или кардиохирургии. (1)

Укрепление здоровья (Health promotion) – Процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над определяющими здоровье факторами и улучшить тем самым состояние здоровья. Это понятие еще окончательно не определилось и охватывает поощрение здорового образа жизни и обеспечение других социально-экономических, экологических и личностных факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья. (1)

Улучшение здоровья (Health gain) – Рост показателей здоровья индивидуума или населения, включая продолжительность и качество жизни. (3)

Управление (Governance) – Система, благодаря которой общество организует деятельность различных секторов и партнеров и направляет ее для достижения своих целей. (7)

Управление общественным здравоохранением (Public health management) – Структуры и процессы, посредством которых определяются и эффективным образом осуществляются необходимые для всего общества преобразования в целях укрепления здоровья. (10)

Условия, связанные со здоровьем (Settings for health) – Конкретное место или социальные условия, где проходит повседневная деятельность людей на фоне взаимодействующих между собой средовых, организационных и личностных факторов, воздействующих на их здоровье и благополучие. (4)

Устойчивое, стабильное развитие (Sustainable development) – Такое развитие, которое позволяет удовлетворять потребности нынешнего поколения, не ставя под угрозу потенциальные возможности по удовлетворению потребностей грядущих поколений. (11)

Участие населения (Community participation) – Активное вовлечение населения, проживающего в рамках той или иной формы социальной организации, в согласованное и последовательное участие в планировании, обеспечении функционирования и контроля в вопросах первичной медико-санитарной помощи, с использованием местных, общенациональных и иных ресурсов и возможностей. (1)

Учет факторов, обусловленных половой принадлежностью (Gender sensitivity) – Формулирование стратегий и политики здравоохранения с учетом особенностей половой принадлежности. Такой подход способствует более глубокому пониманию реалий, оказывающих влияние на здоровье женщин и мужчин. В рамках такого подхода принимаются во внимание не только биологические особенности женского и мужского организма и репродуктивная функция женщины, но и признается определенное влияние культурно-социальных и поведенчески обусловленных взаимоотношений, ролей и ответственности мужчин и женщин, особенно на уровне охраны здоровья индивидуума, семьи и общины. (7)

Фактор риска (Risk factor) – Социально-экономическое положение, биологический статус, стереотипы поведения или условия окружающей среды, ассоциируемые или являющиеся причиной повышенной восприимчивости к конкретному заболеванию, ухудшению здоровья или травме. (4)

Цель (Goal) – Общая установка, к достижению которой следует стремиться. В рамках сектора здравоохранения поставленная ВОЗ цель состоит в достижении здоровья для всех к 2000 г., которая означает, что “как минимум все люди во всех странах должны иметь такой уровень здоровья, который позволит им работать продуктивно и принимать активное участие в социальной жизни общества, в котором они живут”. (3)

“Ценности” достижения здоровья для всех (ЗДВ) (Health for all (HFA) value) – Охрана здоровья как право человека; равенство и солидарность в вопросах охраны здоровья; участие населения и подотчетность. (1)

Частичная ликвидация болезней (Elimination of disease) – Доведение до нуля частоты новых случаев конкретного заболевания в определенном географическом районе (применительно к “Здоровью-21” речь идет о Европейском регионе ВОЗ) в результате целенаправленных усилий; при этом требуется проведение дальнейших профилактических мероприятий. (8)

Школа, содействующая укреплению здоровья (Health-promoting school) – Школа, которая стремится к формированию здорового образа жизни у всего контингента учащихся и преподавателей путем создания в школе благоприятной для укрепления здоровья среды. Такая школа обеспечивает реальные возможности и предполагает принятие конкретных обязательств по формированию безопасной и благоприятной для здоровья социальной и физической среды. Школа данного типа постоянно укрепляет свою учрежденческую инфраструктуру, где люди проводят часть своей жизни, учатся и работают в способствующей укреплению здоровья обстановке. (2, 4)

Источники определений

- (1) *Задачи по достижению здоровья для всех: европейская политика здравоохранения.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1993 г. (Серия “Здоровье для всех”, № 4).
- (2) *Terminology for the European Health Policy Conference.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.
- (3) Roberts, J.L. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reform.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.
- (4) Nutbeam, D. *Health promotion glossary.* Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/HPR/HEP/98.1).
- (5) *Technical definitions and commentary.* Geneva, World Health Organization, 1994 (briefing document prepared for use at the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, 5–13 September 1994).
- (6) *Planning and managing WHO's programmes.* Geneva, World Health Organization, 1997 (Annex III – Glossary of terms on programme management).
- (7) *Health for all in the twenty-first century.* Geneva, World Health Organization, 1998 (document A51/5).
- (8) Recommendations of the International Task Force for disease Eradication. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, **42**: 1–38 (1993) (Reports and Recommendations RR–16).
- (9) *Glossary of health care reform terminology.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (background document compiled for the WHO Consultation of Chief Government Nurses, Reykjavik, 11–13 April 1996).
- (10) *Developing public health in the European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/RC48/13).
- (11) World Commission on Environment and Development. *Our common future.* Oxford University Press, 1987.

Приложение 6

Библиография

Информацию о дополнительных материалах можно получить в Европейском региональном бюро ВОЗ. Просьба направлять ваши запросы по факсу: +45 39 17 18 18, с пометкой “ЗДОРОВЬЕ-21”; или по электронной почте по адресу: postmaster@who.dk.

Глава 1

Atlas of mortality in Europe. Subnational patterns 1980/1981 and 1990/1991. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 75).

Copenhagen Declaration and Programme of Action. World Summit for Social Development 6–12 March 1995. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1995 г.

CORNIA, G.A. *Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis, research in progress.* United Nations University/World Institute for Development Economics Research, 1996.

Достижение здоровья для всех в 21-м столетии. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г. (документ WHA 51/5).

Здоровье населения в Европе – 1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996–1997 гг.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 83).

The state of health in the European Community. Luxembourg, Office for Publications of the European Communities, 1996.

Отчет о состоянии здравоохранения в мире, 1998 г. Жизнь в 21-м столетии: что нас ожидает. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report.* Oxford, Oxford University Press, 1997.

WORLD BANK. *World development report 1997. The state in a changing world*. New York, Oxford University Press, 1997.

World population prospects 1950–2050 (1996 revision). New York, United Nations, 1996.

Глава 2

DIEREN, W. VAN, ED. *Taking nature into account*. New York, Springer, 1995.

LEVIN, L.S. ET AL. *Economic change, social welfare and health in Europe*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1994 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 54).

MACKENBACH, J. ET AL. Socioeconomic inequalities in mortality and morbidity in western Europe. *Lancet*, **349**: 1655–1659 (1997).

MARMOT, M.G. Improvement of social environment to improve health. *Lancet*, **351**: 57–60 (1998).

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. ED. *The global burden of disease*. Boston, MA, Harvard University Press, 1996.

WILKINSON, R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.

Глава 3

BARTLEY, M. ET AL. Socioeconomic determinants of health: health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, **314**: 1194–1196 (1997).

BELLAMY, C., ED. *The state of the world's children 1997*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

FERRUCCI, L. ET AL. *Pendulum health and quality of life in older Europeans*. Florence, Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, 1995.

Health promotion for old age. London, Eurolink Age, 1998.

Health, economics and development: a people centered approach. Fort Worth, World Federation of Public Health Associations, 1996.

Investing in women's health: central and eastern Europe. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 55).

KING, A. ET AL. *The health of youth: a cross-national survey*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 69).

Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 81).

Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Washington DC, US Department of Health and Human Services, 1996.

Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4–15 September 1995. New York, United Nations, 1995 (document A/CONF.177/20).

Steering Committee on Social Policy – social protection, family policies. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (document CDPS CP (96) 3).

Глава 4

БЕЕК, Е.Ф. VAN, ET AL. Medical costs and economic production losses due to injuries in the Netherlands. *Journal of trauma*, **42**(6): 1116–1123 (1997).

CHEN, M. ET AL. *Comparing oral health care systems: a second international collaborative study.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/ORH/ICSII/97.1).

LABARTHE, D.R. *Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: a global challenge.* Gaithersburg, Aspen Publishers, 1998.

MANN, J.M. & TARANTOLA, D.J.M. *AIDS in the world (II).* Oxford, Oxford University Press, 1996.

Protocol and guidelines: countrywide integrated noncommunicable diseases intervention (CINDI) programme. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (документ EUR/ICP/CIND 94 02/PB04).

The Victoria Declaration on Heart Health. Declaration of the Advisory Board – International Heart Health Conference – Victoria, Canada, May 28, 1992. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1992.

Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 2-е изд. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/ТВ/97.220).

Серия технических докладов ВОЗ, № 862, 1996 г. (*Hypertension control: report of a WHO Expert Committee*).

Worldwide efforts to improve heart health. A follow-up to the Catalonia Declaration – selected program descriptions. Washington DC, US Department of Health and Human Services, 1997.

Глава 5

Алкоголь: чем меньше, тем лучше. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 70).

Assessing the health consequences of major chemical incidents – epidemiological approaches. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 79).

BERTOLLINI, R. ET AL. *Environmental epidemiology. Exposure and disease*. Boca Raton, CRC Press, 1996.

Декларация о действиях по охране окружающей среды и здоровья в Европе. Вторая европейская конференция по окружающей среде и охране здоровья, Хельсинки, Финляндия, 20–22 июня 1994 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 1994 г. (документ EUR/ICP/СЕН 212).

EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol policy and the public good*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1994.

EUROPEAN ENVIRONMENT AGENCY. *Europe's environment: the Dobříš assessment*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997.

EUROPEAN ENVIRONMENT AGENCY. *Europe's environment: the second assessment*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1998.

EVANS, R.G. ET AL., ED. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine De Gruyter, 1994.

Food safety and foodborne diseases. *World health statistics quarterly*, **50**:(1/2):1–154 (1997).

Food safety and globalization of trade in food: a challenge to the public health sector. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/FSF/FOS/97.8).

Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.

HARKIN, A.M. ET AL. *Smoking, drinking and drug-taking in the European Region*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г.

Health and environment in sustainable development: five years after the Earth Summit. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/EHG/97.8).

HOLDER, H.D. & EDWARDS, G. ED. *Alcohol and public policy. Evidence and issues*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1995.

LEVIN, L. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy. *Health promotion international*, **11**: 33–40 (1996).

MACARTHUR, I. & BONNEFOY, X. *Environmental health services in Europe 2: Policy options*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 77).

РЕТО, R. ET AL. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1994.

Tobacco or health: a global status report. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЦЕНТР ВОЗ ПО ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ. *Забота о завтрашнем дне Европы. Здоровье и окружающая среда в Европейском регионе ВОЗ*. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1995.

Глава 6

ABLESON, J. & HUTCHISON, B. *Primary health care delivery models: a review of international literature*. Ontario, McMaster University, 1994 (working paper 94-15).

BERGREM, H. ET AL. 1989–1994. *Five years with the St Vincent Declaration*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г.

BOERMA, W.G.W. & FLEMING, D.M. *The role of general practice in primary health care*. London, H.M. Stationery Office, 1998.

Continuous quality development: a proposed national policy. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1993 г. (документ EUR/ICP/CLR 059).

Drugs for the elderly, 2-е изд. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 71).

Реформы здравоохранения в Европейском регионе. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г.

Promotion of the rights of patients in Europe. Proceedings of a WHO consultation. The Hague, Kluwer Law International, 1995.

Quality assurance of pharmaceuticals. A compendium of guidelines and related materials. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. Том 1.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 72).

SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Critical challenges for healthcare reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.

STARFIELD, B. Primary care and health, a cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association*, **266**: 2268–2271 (1991).

TARIMO, E. & WEBSTER, E.G. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/ARA/CC/97.1).

WEEL, C. VAN. Primary care: political favourite or scientific discipline? *Lancet*, **348**(11): 1431–1432 (1996).

WHO Technical Report Series, No. 867, 1997 (*The use of essential drugs: model list of essential drugs (ninth list). Seventh report of the WHO Expert Committee*).

WHO Technical Report Series, No. 869, 1997 (*Improving the performance of health centres in district health system: report of a WHO Study Group*).

Глава 7

BLANE, D. ET AL., ED. *Health and social organization. Towards a health policy for the twenty-first century*. London, Routledge, 1996.

GREEN, G. *Health and governance in European cities. A compendium of trends and responsibilities for public health in 46 Member States of the WHO European Region*. London, European Hospital Management Journal Limited, 1998.

HARRINGTON, P. & RITSATAKIS, A., ED. *European Health Policy Conference: opportunities for the future. Vol. 2. The policy framework to meet the challenges: intersectoral action for health*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (документ EUR/ICP/HFAP 94 01/CN01(II)).

Intersectoral action for health. Addressing environment and health concerns in sustainable development. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/PPE/PAC/97.1).

KICKBUSCH, I. ET AL., ED. *International handbook on health promotion*. Westport CT, Greenwood Press Inc. (in press).

Our global neighbourhood. Report of the Commission on Global Governance. Oxford, Oxford University Press, 1995.

Renewing the United Nations. A programme for reform. General Assembly, 51st session. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1997 г. (документ 97-18979 (E)).

Джакартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-м столетии. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (документ WHO/HPR/NEP/41CHP/BR/97.4).