



ЕВРОПА

Пути повышения безопасности здоровья населения



Дискуссионный документ на тему «Кризисы здравоохранения, недавно имевшие место в Европейском регионе ВОЗ»

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Безопасности здоровья населения Европы все в большей степени угрожают такие опасности, как инфекционные заболевания, стихийные бедствия и крупномасштабные катастрофы, конфликты, сложные чрезвычайные ситуации и климатические изменения. Недавно имевшие место кризисы здравоохранения, связанные в частности с птичьим гриппом и угрозой развития пандемии человеческого гриппа, периодом сильной жары в 2003 г. и вооруженными конфликтами в Юго-Восточной Европе, наглядно продемонстрировали ту серьезную угрозу, которую они представляют для здоровья населения.

В настоящей публикации рассматривается опыт, приобретенный в противодействии вышеуказанным опасностям. Хотя сектор здравоохранения и возглавляет работу в этой области, состояние здоровья населения зависит от многих секторов, и поэтому службы здравоохранения должны сотрудничать с другими секторами и направлять их деятельность. Функция ВОЗ – ведущего учреждения по вопросам здравоохранения в рамках системы Организации Объединенных Наций – заключается в содействии развитию эффективных партнерств с другими заинтересованными сторонами, будь то правительства, международные организации, организации гражданского общества или частный сектор. Все вместе они могут помочь государствам – членам Европейского региона ВОЗ повысить свою готовность к принятию эффективных мер по предупреждению и смягчению кризисов здравоохранения.

В данной публикации, предназначенной для лиц, определяющих политику, дается описание того, как международное сообщество может применять уже накопленный опыт для противодействия будущим опасностям, а также подчеркивается важность подготовки систем здравоохранения к решению тех задач и проблем, которые встанут перед ними в будущем.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int





Пути повышения безопасности здоровья населения

Дискуссионный документ на тему
«Кризисы здравоохранения, недавно имевшие место
в Европейском регионе ВОЗ»

Под редакцией:
Gerald Rockenschaub, Jukka Pukkila и Maria Cristina Profili

Резюме

В данном дискуссионном документе рассматриваются недавно имевшие место угрозы безопасности здоровья в Европейском регионе ВОЗ, которые вызываются инфекционными заболеваниями, стихийными бедствиями, крупномасштабными катастрофами, конфликтами и сложными чрезвычайными ситуациями, а также потенциальными будущими вызовами, создаваемыми изменением климата. В документе рассматриваются уроки прошлого, новые основы, предлагаемые пересмотренными Международными медико-санитарными правилами (2005), подчеркивается необходимость укрепления систем здравоохранения для управления кризисами и важность международных партнерств в целях обеспечения безопасности здоровья.

Ключевые слова

SECURITY MEASURES
DISEASE OUTBREAKS
NATURAL DISASTERS
EMERGENCIES
WAR
RISK ASSESSMENT – TRENDS
COMMUNICATION
DELIVERY OF HEALTH CARE – ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
INTERNATIONAL COOPERATION

ISBN 978 92 890 7293 9

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

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

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

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

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

Редактирование текста: David Breuer и Pamela Charlton

Концепция дизайна: Lars Moller

Макет: Phoenix Design Aid

Фото на обложке: WHO и Scanpix

Перевод на русский язык: Издательство «Весь Мир», Российская Федерация

Отпечатано в Дании

Содержание

Выражение признательности	4
<i>Предисловие</i>	5
Общий обзор	6
1. Введение	8
Обсуждение проблем здоровья и безопасности	11
Рамки настоящего дискуссионного документа	14
2. Угрозы и вызовы безопасности здоровья в Европейском регионе	16
Инфекционные заболевания	16
Природные и антропогенные катастрофы	26
Конфликты и сложные чрезвычайные ситуации	36
Потенциальные будущие вызовы, порожденные глобальными изменениями	38
3. Международные медико-санитарные правила (2005) — обновленная рамочная основа контроля над угрозами безопасности здоровья	45
Национальные цели охраны здоровья	46
Большой охват	46
Определение чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение	46
Уведомление	46
Рекомендации и национальные пункты контроля	48
Юридически обязательные рамки	48
Роль ВОЗ	48
4. Путь, ведущий вперед	49
Уроки прошлого опыта	49
Региональная повестка дня: укрепление систем здравоохранения для управления кризисами	50
5. Развитие партнерств в целях обеспечения безопасности здоровья	56
Уникальная роль ВОЗ	56
Значение сотрудничества	56
Институциональный потенциал	60
6. Заключительные замечания: к безопасности здоровья населения в Европе	63
Библиография	65
Приложение 1. Избранные международные инициативы, включающие вопросы безопасности здоровья	72

Выражение признательности

Координационная редакционная группа благодарит за вклад и техническую поддержку ряд других технических программ Регионального бюро ВОЗ, в частности экспертов и основных составителей, за их большой вклад и ценные мнения, которые они высказали по своим специальным областям знаний.

Директора

Gudjón Magnússon, Директор,
Отдел программ здравоохранения
Roberto Bertollini, Директор,
Специальная программа
«Здоровье и окружающая среда»
Gérard Schmets, И.о. директора,
Отдел поддержки систем здравоохранения
в странах

Обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям и реагирование на них

Gerald Rockenschaub,
Региональный советник
Maria Cristina Profili, Референт
Åsa Nihlen Holmblad, Координатор проекта
Ute Sylvia Enderlein, Координатор
медико-санитарной помощи
при чрезвычайных ситуациях
Geraldine McWeeney, Менеджер программы
«Здоровая окружающая среда»
Jukka Pukkila, Советник

Управляемые инфекции и иммунизация

Nedret Emiroglu, Региональный советник
John Spika, Медицинский сотрудник

Эпиднадзор за инфекционными болезнями и борьба с ними

Roberta Andraghetti,
Медицинский сотрудник
Caroline Sarah Brown,
Технический сотрудник

Инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ/СПИД

Srdan Matic, Региональный советник
Jeffrey V. Lazarus, Сотрудник по связям
с общественностью

Глобальные изменения и здоровье

Bettina Menne, Медицинский сотрудник
Tanja Wolf, Статистик

Внешнее сотрудничество и партнерство

Frank Georg, Региональный советник
Svenja Herrmann, Младший специальный
сотрудник

Стационарная помощь

Enrico Davoli, Технический сотрудник

Борьба с туберкулезом

Risards Zaleskis, Региональный советник

Службы общественного здравоохранения

Maria Haralanova, Региональный советник

Офис ВОЗ, Приштина

Skender Syla, Сотрудник по национальной
политике и системам здравоохранения

Предисловие

Безопасность здоровья — не новая тема, однако в последнее время она приобрела дополнительную актуальность для лиц, определяющих политику, и, следовательно, для ВОЗ. Одиннадцатая общая программа работы ВОЗ на 2006–2015 гг., наметившая основные направления дальнейшей работы Организации, называет укрепление глобальной безопасности ключевым приоритетом и выступает в поддержку интегрированного подхода к обеспечению ответных действий всего общества на уже возникшие и новые угрозы здоровью, включая катастрофы и конфликтные ситуации.

Здоровье и безопасность стали темой Всемирного дня здоровья 2007 г. и темой готовящегося к выходу доклада о состоянии здравоохранения в мире. В течение 2007 г. — года, когда вступают в силу пересмотренные Международные медико-санитарные правила — внимание будет сосредоточено на глобальной безопасности здоровья и на рисках и опасностях для него, имеющих международное значение. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2008 — года 60-летия ВОЗ и 30-летия Алма-атинской декларации — первой международной декларации, подчеркнувшей важность первичной медико-санитарной помощи, — будет уделено основное внимание первичной медико-санитарной помощи и ее роли в укреплении систем здравоохранения с акцентом на более личностном измерении безопасности здоровья.

В Европейском регионе дискуссионный документ о безопасности здоровья был представлен в сентябре 2006 г. на 56-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Он инициировал последующий анализ и стратегические разработки, посвященные тому, как помочь государствам-членам в укреплении готовности на случай угроз для здоровья, чреватых последствиями для безопасности, и обеспечить эффективные и всеобъемлющие ответные меры систем здравоохранения. В резолюции о будущей деятельности Регионального бюро до 2020 г. Европейский региональный комитет утвердил шесть стратегических направлений; согласно одному из них ВОЗ уполномочен возглавить ответные меры на международном уровне по сохранению безопасности здоровья в Европейском регионе.

Безопасность здоровья — это вопрос межотраслевого характера, и странам необходимо иметь хорошо отлаженные механизмы координации, включающие правительственные и неправительственные организации в государствах-членах. На региональном уровне ВОЗ тесно сотрудничает с такими партнерами, как Европейская Комиссия и Европейский центр профилактики и контроля над заболеваниями, чтобы придать работе международного масштаба, создать необходимый потенциал, собирать данные и совместно пользо-

ваться необходимой информацией, а также обеспечить трансграничную взаимосвязь планирования готовности и планов реагирования в случае угрозы безопасности здоровья.

В ходе всех дискуссий было отмечено значение повышения уровня готовности национальных систем здравоохранения. Главные рекомендации предусматривают улучшение качества управления, придание планированию готовности характера постоянного процесса, учитывающего весь спектр угроз, развитие устойчивого кризисного управления и программ министерств здравоохранения, направленных на уменьшение опасностей для здоровья, а также учреждение механизмов межотраслевой координации. Программы должны обеспечивать планирование готовности и управление кризисом в сфере здравоохранения таким образом, чтобы медицинский сектор мог играть ведущую и координирующую роль и направлять технические рекомендации другим секторам, затронутым кризисом.

На карту поставлено многое. Кризис в области здравоохранения и страдания, которые он причиняет людям, могут поставить под угрозу прогресс, достигнутый системами здравоохранения в обеспечении устойчивого развития и выполнения Целей ООН в области развития на пороге нового тысячелетия. Вот почему планирование готовности приобретает ключевое значение.

В настоящей публикации представлены некоторые из главных опасностей безопасности здоровья в Европейском регионе ВОЗ и угроз, которые они представляют системам здравоохранения. В ней приводится ряд важнейших фактов и практических уроков, которые могли бы использоваться лицами, определяющими политику, на благо своих народов. Это шаг вперед на пути определения стратегических планов для укрепления безопасности здоровья в Европейском регионе.

Система здравоохранения, которая может прогнозировать потребности населения, пострадавшего от кризиса здравоохранения, в состоянии принять эффективные меры по спасению многих жизней и воспрепятствовать перерастанию событий в кризис безопасности здоровья. На региональном уровне ВОЗ будет продолжать работать с государствами-членами для лучшего понимания всей сложности проблем безопасности здоровья в региональном контексте и будет проводить консультации в поисках эффективных путей ее укрепления. Настоящая публикация призвана внести свой вклад в эту работу.

Ната Менабде,
Заместитель регионального директора
Европейского регионального бюро ВОЗ.

Общий обзор

Ключевой приоритет

Вопросы безопасности общественного здоровья в последнее время приобрели приоритетное значение для стран-членов ВОЗ. Теме безопасности в области здравоохранения посвящен Всемирный день здоровья 2007 г. и очередной готовящийся к выпуску доклад о состоянии здравоохранения в мире. В 2007 г. вступают в силу пересмотренные Международные медико-санитарные правила, в связи с чем особое значение придается вопросам глобальной безопасности в отношении здоровья, а также тем факторам риска и угрозам, которые воздействуют на общественное здоровье в международном масштабе. В Одиннадцатой общей программе работы ВОЗ (2006–2015 гг.) укрепление глобальной безопасности в области здравоохранения выделено в качестве ключевого приоритетного направления дальнейшей деятельности ВОЗ. На 56-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (сентябрь 2006 г.) был рассмотрен рабочий документ по проблемам безопасности общественного здоровья и была принята резолюция, утвердившая шесть стратегических направлений региональной деятельности ВОЗ на период до 2020 г. В соответствии с одним из этих направлений ВОЗ вменяется задача осуществлять руководство международными действиями по обеспечению безопасности здоровья в Европейском регионе.

На пути к обеспечению безопасности в Европейском регионе ВОЗ

Публикация «Пути повышения безопасности здоровья населения» базируется на материалах обсуждений данной проблемы, начатых на заседаниях 56-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2006 г. Ее цель — стимулировать дальнейшие консультации с государствами-членами для определения оптимальных путей оказания поддержки странам в их усилиях по повышению уровня готовности и обеспечению эффективных и всесторонних ответных действий системы здравоохранения на такие угрозы здоровью, которые могут влиять на состояние общественной безопасности. В публикации приведен обзор тех видов угроз здоровью и региональных факторов риска в отношении безопасности, которые в настоящее время наиболее часто рассматриваются при обсуждении данной тематики. Особое внимание уделено таким угрозам здоровью, которые являются непосредственным следствием или усугубляются в результате взаимодействий между различными странами и контактов между их народами.

Анализ регионального контекста проведен в отношении следующих областей общественного здравоохранения:

- инфекционные болезни;
- природные и антропогенные катастрофы;
- конфликты и сложные чрезвычайные ситуации;
- потенциальные будущие угрозы, обусловленные глобальными изменениями, в частности изменением климата.

В публикации не затрагиваются некоторые специфические аспекты безопасности здоровья, такие как социально-экономические детерминанты здоровья или риск случайного и/или намеренного выброса в окружающую среду биологических, химических или радиоактивных веществ, опасных для здоровья людей.

Использование примеров из практики

В публикации приведен ряд конкретных примеров недавних кризисных ситуаций, имевших отношение к вышеперечисленным областям общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

Некоторые общие уроки, извлеченные из опыта преодоления этих кризисов, подчеркивают важность усилий по планированию готовности систем здравоохранения к эффективным ответным действиям при любой потенциально возможной критической ситуации в отношении общественного здоровья и безопасности. Полученный опыт ясно показывает, что неподготовленные системы здравоохранения могут стать критически слабым звеном в цепи ответных действий, что создаст серьезные помехи для эффективного преодоления чрезвычайной ситуации.

Представлены важные концепции — такие, как концепция управления, — которые предлагается использовать в качестве эффективных стратегий предупреждения и смягчения последствий возможных будущих кризисов, затрагивающих общественную безопасность. К их числу относятся такие меры, как планирование готовности систем здравоохранения в качестве непрерывного процесса с учетом множественных факторов риска, учреждение в министерствах здравоохранения постоянных программ преодоления кризисов и снижения уровня рисков для здоровья, а также создание межотраслевых механизмов координации.

Международные медико-санитарные правила (2005) — обновленная рамочная основа контроля над угрозами безопасности здоровья

Пересмотренные Международные медико-санитарные правила (ММСП-2005), входящие в силу 15 июня 2007 г., обеспечивают правовые рамки, позволяющие странам защитить

здоровье своего населения при любых имеющих международное значение чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения, а также предпринять все необходимые меры для повышения уровня безопасности во всем мире.

ВОЗ обладает исключительным международным мандатом на всемерное содействие и поддержку ММСП (2005), данным ей резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения, принятой в мае 2005 г. 193 государствами — членами ВОЗ. Организация выполняет функции секретариата ММСП (2005), реализует программу координации ММСП, обеспечивая техническую поддержку государствам-участникам (странам, обязавшимся следовать ММСП) в создании необходимого потенциала, осуществляет раннее оповещение и ответные действия в соответствии с установленным протоколом. Развитие партнерств на национальном и международном уровнях будет с максимальной пользой способствовать усилению надзора и ответных действий.

Направление регионального развития — наращивание потенциала систем здравоохранения для управления кризисами

Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает содействие государствам-членам в целях повышения готовности национальных систем здравоохранения, когда необходимо принять необходимые меры для сведения к минимуму медико-санитарных последствий кризисов. Надежные, хорошо подготовленные и четко управляемые системы здравоохранения могут своими действиями эффективно способствовать предотвращению перерастания возникших нештатных ситуаций в области здравоохранения в кризис общественной безопасности. Инициатива «Безопасные больницы», нацеленная на обеспечение кризисной готовности в больницах, учреждениях первичной и неотложной медицинской помощи, — это конкретный пример усилий, направленных на уменьшение уязвимости учреждений здравоохранения.

Оптимальное осуществление функций управления и руководства предполагает наличие отлаженных информационных систем здравоохранения, способствующих эффективной координации как внутри сектора здравоохранения, так и на межсекторальном уровне, принятию стратегических и оперативных решений, внедрению мер по оповещению о рисках с целью снижения уровня тревог и опасений в обществе.

Развитие партнерств в целях обеспечения безопасности общественного здоровья

Поскольку современные проблемы в отношении безопасности общественного здравоохранения носят все более комплексный характер, реализация эффективных ответных мер требует тесного взаимодействия правительств различных стран, международных организаций, гражд-

данского общества, частного сектора и других партнеров. ВОЗ будет продолжать усилия по развитию эффективных партнерских отношений в целях охраны здоровья, а также укреплять сотрудничество с Европейским центром по профилактике и контролю над заболеваниями и Европейской Комиссией в целях обеспечения безопасности здоровья на общеевропейском уровне. В процессе реформы системы ООН по оказанию гуманитарной помощи придается все большее значение роли ВОЗ при чрезвычайных ситуациях, особенно в качестве ведущей организации медико-санитарного кластера, отвечающей за координацию гуманитарных ответных мер, касающихся вопросов здоровья.

Уникальная роль ВОЗ

В сотрудничестве с другими партнерскими организациями ВОЗ удалось создать глобальные механизмы, позволяющие на международном уровне быстро мобилизовать необходимые кадры опытных специалистов с целью осуществления ответных действий при чрезвычайных ситуациях и вспышках инфекционных болезней. Создание объединенной региональной платформы для своевременной мобилизации международных экспертов и необходимых ресурсов будет способствовать совершенствованию оперативных аспектов ответных действий по преодолению кризисных ситуаций в будущем.

Постоянное присутствие ВОЗ имеется в 29 странах Европейского региона. Цель такого присутствия на уровне стран — обеспечить для всей Организации возможность оказывать поддержку странам в достижении национальных целей охраны здоровья и в участии в глобальных и региональных инициативах общественного здравоохранения, а также перенимать опыт каждой страны по различным аспектам общественного здравоохранения для использования в других странах. Офисы ВОЗ в разных странах представляют собой центральные звенья в механизме реализации технического сотрудничества ВОЗ с министерствами здравоохранения. Ведущую роль в этом процессе играют руководители офисов в странах, имеющие поддержку на всех уровнях Организации.

Выводы

Существует настоятельная необходимость сбора и систематизации фактических данных, анализа извлеченных уроков и их практического применения. Опыт эффективных ответных действий должен лечь в основу планов готовности систем здравоохранения, что позволит снизить уровень уязвимости сектора здравоохранения к потенциальным угрозам.

Необходимо продолжать консультации с государствами-членами с целью определения и согласования приоритетных сфер сотрудничества и вмешательств и в итоге для разработки совместной региональной стратегии по обеспечению безопасности здоровья.

1. Введение

В настоящей публикации рассматриваются как глобальные проблемы и задачи в области здравоохранения, так и те меры, которые могут быть приняты международным сообществом для их решения в следующем десятилетии.

безопасности, а также подготовить системы здравоохранения к принятию эффективных и комплексных действий в случае возникновения таких угроз. Приняв резолюцию EUR/RC56/R3 о будущей деятельности Регионального бюро до 2020 г., Региональный комитет одобрил шесть стратегических направлений его работы (3). Согласно пятому стратегическому направлению работы, обозначенному в документе по данному вопросу, ВОЗ должна возглавить международную деятельность по повышению безопасности здоровья населения в Европейском регионе.

В обновленных в 2005 г. основах европейской политики «Достижение здоровья для всех» (4) делается вывод о том, что в сегодняшнем мире какая-либо одна общая директивная стратегия уже не способна обеспечить удовлетворение быстро изменяющихся потребностей каждого государства-члена.

Этот вывод особенно применим к новым угрозам для безопасности здоровья населения, которые часто даже невозможно предсказать. Именно поэтому проводимая Европейским региональным бюро ВОЗ стратегия поддержки стран «Адаптация услуг к новым потребностям» особенно своевременна и эффективна для решения задач, относящихся к обеспечению безопасности здоровья населения (5).

Беспрецедентное инновационно-технологическое и экономическое развитие в минувшем веке принесло повышение жизненных стандартов и увеличение продолжительности жизни большинству людей, живущих в Европейском регионе ВОЗ, который включает как Европу, так и Центральную Азию. Тем не менее, если не считать оспы, эти успехи не привели к ликвидации — или существенному уменьшению — угроз здоровью и безопасности человека. В последние годы Европейский регион столкнулся со многими событиями, создававшими опасность для здоровья и безопасности людей и обществ. Некоторые из этих событий привели к возникновению чрезвычайных ситуаций, имевших трансграничные последствия; другие оказали более локальное, но все же тяжелое воздействие на затронутые ими сообщества.

В период с начала 1990-х годов в ряде государств-членов Европейского региона ВОЗ имели место фундаментальные политические и социально-экономические перемены. Большинство жителей региона рассматривают их в основном как позитивное явление. С другой стороны, во многих странах такое развитие событий привело к тому, что отдельные лица,

В Одиннадцатой общей программе работы ВОЗ на 2006–2015 гг., утвержденной на 59-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2006 г. резолюцией WHA59.4, выделяется семь приоритетных областей, которые в совокупности представляют собой концептуальную основу для будущей глобальной стратегии укрепления здоровья населения, известной также под названием «Глобальная повестка ВОЗ в области здравоохранения» (1, 2). Одним из этих семи приоритетов является повышение индивидуальной и глобальной безопасности в области здравоохранения, предусматривающее объединение усилий всего общества для противодействия возникающим и новым угрозам для здоровья населения, включая природные и антропогенные катастрофы и различные конфликты.

В Европейском регионе дискуссионный документ по вопросам безопасности здоровья населения был представлен в сентябре 2006 г. на 56-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Данный документ стимулировал дальнейшую аналитическую и стратегическую работу, цель которой заключалась в том, чтобы помочь государствам-членам укрепить механизмы готовности к преодолению тех угроз для здоровья населения, которые касаются его

© ВНИ



местные сообщества и системы здравоохранения живут сейчас в небезопасных условиях и не располагают достаточными ресурсами и возможностями для предупреждения и преодоления опасностей для здоровья (6, 7).

Кризисы 1991–2002 гг. в Юго-Восточной Европе принесли болезненный опыт, который перевернул представления о безопасности и на европейском, и на глобальном уровнях. Насильственные конфликты в сердце Европы подорвали меры, гарантировавшие безопасность, и само чувство защищенности в европейских обществах. Уроки, извлеченные из реакции на вызовы здоровью, которые были порождены конфликтами в Юго-Восточной Европе, существенно повлияли на международный подход к оказанию медицинской помощи в последующих конфликтах и постконфликтных ситуациях по всему миру (8–11).

В последние пятнадцать лет в Европейском регионе жертвами насильственных конфликтов стали свыше 300 тыс. человек и почти 100 тыс. погибли в результате природных и антропогенных катастроф (12); причем количество природных бедствий, по-видимому, увеличивается. Значительную долю этого увеличения сейчас уверенно относят на счет глобального изменения климата, и этот рост, согласно прогнозам, будет продолжаться. Оценка и прогнозирование воздействия глобальных климатических изменений на здоровье — очень сложная задача, к решению которой еще только приступают. В то же время изучение последствий для здоровья некоторых предшествовавших катастроф, самая известная из которых Чернобыльская авария, случившаяся 21 год назад, все еще продолжается.

Гуманитарные катастрофы, включая стихийные и антропогенные бедствия, конфликты и сложные чрезвычайные ситуации, традиционно считаются главной угрозой для безопасности здоровья населения во всем мире. Однако помимо традиционных опасностей для общественного здоровья, таких как эпидемические болезни, природные и технологические риски, сейчас появились новые опасности, например, потенциальная пандемия гриппа или случайное высвобождение или преднамеренное применение биологических и химических веществ или радиоактивных материалов, в результате чего у людей возникает чувство небезопасности и страха, что ставит новые задачи и проблемы перед национальными системами здравоохранения и правительствами.

Некоторые инфекционные болезни, такие как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), также известный под названием атипичной пневмонии, и грипп, способны нанести внезапный и широкомасштабный ущерб здоровью и благополучию целых популяций, в том числе в богатых странах Западной Европы.

Именно поэтому эти и другие эпидемические болезни, как правило, рассматриваются как болезни, представляющие угрозу для безопасности здоровья населения.

Прочие инфекционные заболевания типа ВИЧ и туберкулеза (ТБ) еще более усугубляют общее бремя болезней на глобальном уровне и в некоторых частях Европейского региона. В 2000 г. Совет Безопасности ООН объявил ВИЧ-инфекцию, потенциально способную к почти экспоненциальному распространению среди молодых и дееспособных людей, вопросом безопасности (13). Столь «высокий статус» ВИЧ поднимает некоторые серьезные этические проблемы. Увеличение числа случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью может служить примером болезни, которая потенциально становится вопросом безопасности здоровья. Искоренение таких опасных заразных заболеваний, как оспа в 1970-е годы, а также поставленная задача избавления от полиомиелита и кори, парадоксальным образом могут создать новые нестандартные сценарии, если не будет поддерживаться необходимый потенциал общественного здравоохранения на национальном и международном уровнях.

Продовольственная безопасность и качественные продукты, доступ к безопасной воде, чистый воздух и энергоснабжение по разумным ценам многообразно и непосредственно связаны со здоровьем. Данная публикация, однако, не рассматривает, в какой мере все это считается вопросами обеспечения безопасности здоровья.

Хотя хронические проблемы, касающиеся таких факторов образа жизни, как курение, употребление алкоголя, нездоровое питание, небезопасный секс, недостаточная физическая активность или ожирение, приносят жителям Европейского региона гораздо больше страданий, немощи и потерь, чем инфекционные заболевания, они не имеют своего прямого измерения с точки зрения безопасности здоровья. Другие угрозы общественному здоровью тоже тесно связаны с индивидуальным поведением — самоубийства, межличностное насилие, дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи в быту и на производстве. Система здравоохранения вполне признает взаимосвязь между здоровьем индивидуумов, сообществ и стран и их личной безопасностью и сохранностью их жизненной среды. Вопрос о том, относятся ли перечисленные моменты к проблемам безопасности здоровья, заслуживает дальнейшего обсуждения.

Лицам, определяющим политику, надлежит разработать и осуществить стратегии, которые выявляют и помогают противостоять главным опасностям, уменьшают неопределенности, снижают риски и укрепляют в людях ощущение безопасности здоровья (14). Пред-

назначение ВОЗ состоит в том, чтобы помочь государствам-членам реализовать эти ожидания путем выполнения резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения и региональных комитетов ВОЗ (см. вставку 1).

Хорошо подготовленные системы здравоохранения, укрепляющие потенциал сектора здравоохранения и причастных к нему секторов и улучшающие международную координацию, могут внести эффективный вклад в сокращение заболеваемости и смертности, обусловленные угрозами здоровью, которых можно избежать — такова основополагающая цель работы

ВОЗ в отношении кризисных ситуаций. Инвестирование в здоровье может реально помочь построить более безопасное будущее.

Главная функция ВОЗ — оказывать правительствам помощь в укреплении их систем здравоохранения и координировать международные усилия в области медицинского обеспечения. Работу ВОЗ направляют ее руководящие органы: Всемирная ассамблея здравоохранения на глобальном уровне и региональные комитеты на региональном. Во вставке 1 перечислены резолюции и документы ВОЗ последних лет, имеющие отношение к безопасности здоровья.

Вставка 1. Резолюции и документы ВОЗ, связанные с безопасностью здоровья, 1998–2006 гг.

2006

WHA 59.1	Ликвидация полиомиелита
WHA 59.2	Применение международных медико-санитарных правил (2005)
WHA 59.19	Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними: глобальная стратегия
WHA 59.22	Готовность к чрезвычайным ситуациям и ответные меры
WHA 59.26	Международная торговля и здоровье
EUR/RC56/9 Rev.1	Повышение безопасности здоровья населения: задача, стоящая перед Европейским регионом ВОЗ, и действия сектора здравоохранения

2005

WHA 58.1	Мероприятия в области здравоохранения, связанные с кризисом и катастрофами, с особым акцентом на землетрясения и цунами, произошедшие 26 декабря 2004 г.
WHA 58.3	Пересмотр Международных медико-санитарных правил
WHA 58.5	Повышение готовности к пандемическому гриппу и реагирования на него
WHA 58.15	Проект Глобальной стратегии иммунизации
WHA 58.29	Укрепление биобезопасности лабораторий
EUR/RC55/ R4	Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.
EUR/RC55/ R7	Укрепление национальных систем иммунизации через ликвидацию кори, краснухи и профилактику врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ
EUR/RC55/ R8	Укрепление систем здравоохранения в Европе в рамках дальнейшего развития проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран «Адаптация услуг к новым потребностям»
EUR/RC55/ R9	Предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ

2004

WHA 57.14	Расширение масштабов лечения и ухода в рамках согласованных и всесторонних ответных мер на ВИЧ/СПИД
EUR/RC54/ R3	Окружающая среда и здоровье

2003

WHA 56.19	Предупреждение пандемий и ежегодных эпидемий гриппа и борьба с ними
WHA 56.20	Снизить глобальную смертность от кори
WHA 56.25	Роль контрактных соглашений в улучшении деятельности систем здравоохранения

WHA 56.28	Пересмотр Международных медико-санитарных правил
WHA 56.29	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)
WHA 56.30	Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу
EUR/RC53/R2	Ход выполнения принятой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран «Адаптация услуг к новым потребностям»
EUR/RC53/R3	Обновление основ региональной политики по достижению здоровья для всех (ЗДВ)
2002	
WHA 55.11, WHA 55.11 Corr.1	Здоровье и устойчивое развитие
WHA 55.15	Ликвидация оспы: уничтожение запасов вируса натуральной оспы
WHA 55.16	Глобальные действия общественного здравоохранения в ответ на естественное и случайное высвобождение или преднамеренное применение биологических или химических агентов или радиационно-ядерных материалов, воздействующих на здоровье
EUR/RC52/ R2	Сертификация Европейского региона ВОЗ как территории, свободной от местного дикого полиовируса
EUR/RC52/ R6	Четвертая конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья.
EUR/RC52/ R8	Усиление противотуберкулезной деятельности в Европейском регионе ВОЗ
EUR/RC52/ R9	Усиление деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европейском регионе ВОЗ
2001	
WHA 54.10	Увеличение масштабов действий по борьбе против ВИЧ/СПИДа
WHA 54.14	Глобальная безопасность в вопросах здравоохранения: предупреждение об эпидемиях и ответные меры
EUR/RC51/ R6	Бедность и здоровье — фактические данные и действия в Европейском регионе ВОЗ
EUR/RC51/ R7	Здоровье и устойчивое развитие: Всемирная встреча на высшем уровне по устойчивому развитию
2000	
WHA 53.1	Остановить туберкулез
WHA 53.12	Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации (ГАВИ)
WHA 53.14	ВИЧ/СПИД: борьба с эпидемией
EUR/RC50/Inf.Doc./4	Отчет о ходе работы по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и стихийным бедствиям в Европейском регионе
EUR/RC50/ R3	Борьба с полиомиелитом
EUR/RC50/ R5	Стратегия работы Европейского регионального бюро ВОЗ на уровне стран «Адаптация услуг к новым потребностям»
1999	
EUR/RC49/ R4	Окружающая среда и здоровье
EUR/RC49/ R6	Необходимые действия общественного здравоохранения в случае стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций и международное сотрудничество с целью обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям
1998	
EUR/RC48/R5	Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в 21-м столетии
A51/21	<i>Вопросы окружающей среды: изменение климата и здоровье человека — участие ВОЗ в межведомственной повестке дня по проблемам климата. Доклад Генерального директора</i>

Источник: Governance (15).

Обсуждение проблем здоровья и безопасности

Устав ВОЗ (16) определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. В Уставе также говорится, что достижение высших возможных стандартов здоровья является одним из основополагающих прав каждого человека и что успехи любого государства в осуществлении мер по охране здоровья представляют ценность для всех, поскольку здоровье людей — главная предпосылка для обретения мира и безопасности.

Более полувека спустя, в 2004 г., Группа высокого уровня по угрозам, вызовам и переменам, учрежденная Генеральным секретарем ООН (17), предложила аналогичную формулировку взаимосвязи здоровья и безопасности: угрозой международной безопасности является «любое событие или процесс, которые ведут к массовой гибели людей или уменьшению шансов на выживание и ослабляет государства как базовые элементы международной системы».

После распада СССР в ходе международных политических дебатов была выдвинута идея о смещении парадигмы от традиционной концепции национальной безопасности — где главной фигурой является государство — в сторону более широкого подхода к безопасности людей, при котором в центре внимания находится сам человек. «Доклад о развитии человека, 1994 г.» Программы развития ООН (18) рассмотрел концепцию безопасности человека в мире, который с момента создания ООН был признан состоящим из двух компонентов: мир «свободный от нужды» и «свободный от страха». Хотя политическая реальность в дальнейшем склонила эту концепцию в сторону первого компонента, а не второго, в докладе 1994 г. высказывается мнение, что настало время придать одинаковое звучание им обоим. Документ определяет безопасность здоровья как один из семи компонентов безопасности человека. Другими категориями, обобщающими большинство аспектов безопасности человека, являются экономическая, продовольственная, экологическая, личная, общинная и политическая безопасность.

После событий 11 сентября 2001 г. в международной политике ощутимо усилился акцент на интересы национальной безопасности. Параллельно, однако, продолжает развиваться более широкая концепция безопасности человека, в центре которой стоит здоровье. Одной из трех задач, поставленной независимой Комиссией по безопасности человека, учрежденной

в январе 2001 г. в ответ на призыв Генерального секретаря ООН на Саммите тысячелетия 2000 г. добиваться двойной цели — «свободы от нужды» и «свободы от страха», — является «разработка концепции безопасности человека как операционного инструмента для формулирования и проведения политики» (19, 20).

В докладе Комиссии в 2003 г. «Безопасность человека сегодня» (21), прослеживается связь между здоровьем и безопасностью человека, и определяются четыре критерия, влияющих на прочность этой связи: а) масштаб заболеваний; б) быстрота принимаемых мер; в) масштабы воздействия на общество; г) взаимозависимости или внешние факторы, потенциально могущие вызвать эффект «прилива». Применив эти критерии, авторы доклада приходят к выводу, что в наибольшей степени безопасности людей угрожают: глобальные инфекционные заболевания; угрозы, обусловленные бедностью; насилие и кризис (21).

Глобализация и возрастающая взаимозависимость способствовали изменению роли здоровья в международной повестке дня. Многие последние события и ситуации повлияли на текущие дискуссии о безопасности здоровья. Во вставке 2 приводятся некоторые наиболее значительные события, имеющие последствия для Европейского региона.

За последние 15 лет межправительственные и неправительственные организации, независимые фонды, аналитические и иные группы выдвинули немало новых международных инициатив, затрагивающих вопросы здоровья и безопасности. В приложении 1 приводятся некоторые из тех, которые считаются важными для Европы. Особенное значение имеют многие инициативы в области безопасности здоровья Европейского союза (ЕС), и прежде всего учреждение в 2004 г. Европейского центра профилактики и контроля над заболеваниями (ЕЦКЗ) (22). Тесно связаны со здоровьем и безопасностью несколько недавних совместных инициатив и мероприятий ООН, неизменное участие в которых принимает ВОЗ в качестве специализированного агентства ООН в области здравоохранения. Эти многочисленные новые инициативы показывают, что глобальная безопасность здоровья все более признается в качестве политического приоритета.

Было также отмечено, что здоровье и безопасность — главные условия выживания человека в 21 веке (21). Это новое осознание ситуации и необходимых ответных мер должны быть надлежащим образом использованы для будущего улучшения безопасности здоровья

Вставка 2. События и ситуации, повлиявшие на обсуждение проблемы безопасности здоровья в Европе

- Распространение ВИЧ, при этом самые быстрые в мире темпы роста эпидемии в первые годы 21 века — отмечены в Европейском регионе (Российская Федерация, Украина и Эстония).
- Ядерная авария в Чернобыле 26 апреля 1986 г.
- Губчатая коровья энцефалопатия (болезнь «коровьего бешенства») и связанный с ней вариант болезни Крейтцфельда-Якоба — с конца 1980-х годов и до настоящего времени.
- Окончание «холодной войны» и последующий сдвиг от прежней поляризации Восток—Запад к разделению на страны с высоким и страны с низким доходом, а также рост фундаментализма.
- Распад СССР и вызванный этим политический и социально-экономический переходный период в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии, которому сопутствовали такие проблемы, как увеличение социально-экономического неравенства, падение темпов рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни и продолжительные конфликты в некоторых частях региона.
- Распад Социалистической Федеративной Республики Югославия с последующим периодом конфликта внутри Европейского региона в 1991–2002 гг.; статус провинции Косово, находящейся под управлением ООН, еще должен быть урегулирован.
- Преднамеренное использование нервно-паралитического газа (зарин) в Японии: инцидент Мацумото 27–28 июня 1994 г. и преднамеренное использование газа в токийском метро 20 марта 1995 г.
- Террористическая атака 11 сентября 2001 г. и атаки с использованием возбудителей сибирской язвы осенью 2001 г. в США.
- Вспышка ТОРС в 2002–2003 гг.
- Многочисленные террористические акты с применением взрывчатки по всему миру, включая Европу: взрывы в мадридских поездах 11 марта 2004 г. и в лондонском метро 7 июля 2005 г.
- Цунами 26 декабря 2004 г. в Юго-Восточной Азии и ураган «Катрина» в августе 2005 г. в США.
- Вспышки птичьего гриппа А/Н5N1 со случаями заражения людей и угроза пандемии гриппа (с 2003 г. и по настоящее время).
- Изменение климата, особенно экстремальная жара в Европе в 2003 г.

на глобальном, национальном и общинном уровнях.

Бесспорной посылкой для деятельности в будущем является то, что ухудшение здоровья населения может привести к социально-экономической нестабильности и утрате безопасности в более общем плане, в то время как более здоровые люди имеют тенденцию формировать более стабильные и безопасные общества. Остается неизвестным, однако, в какой мере плохое здоровье действительно способствует внутренней нестабильности и может ли улучшение здоровья и медицинского

обслуживания стабилизировать государства, особенно в постконфликтный период (23).

Хотя наличие общей основы и взаимосвязи между здоровьем, безопасностью и внешней политикой признаются повсеместно, McIness & Lee (23) считают, что «в двух вопросах, критически важных для формировании будущей повестки дня, наблюдается отсутствие ясности: чье именно здоровье и чья безопасность подвергаются риску и какие вопросы должны быть частью повестки дня о глобальной безопасности здоровья (а какие нет)». Они также считают, что «без более широкого понимания призна-

ваемых всеми вызовов, с которыми сталкиваются институты здравоохранения, внешней политики и безопасности, меры реагирования могут оказаться контрпродуктивными для всех участников».

Рамки настоящего дискуссионного документа

Настоящая публикация, приуроченная к проведению в Европе Всемирного дня здоровья 2007 г., предлагает обзор некоторых региональных угроз и вызовов здоровью. На протяжении года в Европейском регионе ВОЗ будет проведен ряд политических дискуссий и технических консультаций, которые внесут свой вклад в Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по системам здравоохранения, которая будет проведена в Таллине, Эстония, в июне 2008 г. Безопасность здоровья и анализ эффективных стратегий по улучшению систем здравоохранения будут одними из главных тем этой конференции, в которой примут участие министры здравоохранения 53 государств-членов ВОЗ из Европейского региона. Рекомендации форума послужат руководством для государств-членов и будут способствовать проведению более эффективных ответных мер для обеспечения безопасности здоровья и более безопасной ситуации в Европейском регионе.

Выбранные для обсуждения в этом документе региональные угрозы и вызовы здоровью соответствуют тому, что наиболее часто включается в концепцию безопасности здоровья в текущих дебатах; особое внимание уделено угрозам, возникающим либо усиленным в результате взаимодействия стран и их народов на международном уровне. В Главе 2 рассматриваются четыре главные сферы общественного здравоохранения и приводятся конкретные примеры из недавнего кризиса здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: инфекционные заболевания, стихийные и антропогенные бедствия, конфликты и сложные чрезвычайные ситуации, а также потенциальные вызовы будущему от глобальных перемен, прежде всего изменение климата. Ряд конкретных примеров иллюстрируют опыт, полученный в недавних кризисных ситуациях в Европейском регионе ВОЗ.

- Инфекционное заболевание, вызванное вирусом птичьего гриппа А/Н5N1, связанные с этим случаи заражения людей и подготовка к противодействию пандемии, — пример эпидемического заболевания, показывающий, насколько важно повышать степень готовности систем здравоохранения к противодействию. ВИЧ выявляет дилеммы, возникающие с приданием проблеме здоровья «параметра безопасности». Борьба

с туберкулезом показывает, что сопротивляемость его возбудителя лекарствам растет и распространяется на международном уровне, становясь вопросом безопасности здоровья. Тесная взаимосвязь между бедностью и здоровьем и заболеваемостью тоже затрагивается и рассматривается в общем плане в тематиках ВИЧ и туберкулез. Примеры полиомиелита и кори иллюстрируют проблему уничтожения и искоренения болезней и предупреждения их путем вакцинации.

- Деятельность человека вызывает или усугубляет стихийные и антропогенные катастрофы, многие из которых происходят неожиданно, — наводнения, экстремальные температуры, засухи, пожары, землетрясения, различные несчастные случаи. Конкретные примеры недавних бедствий в Европейском регионе дают представление об их влиянии на безопасность и здоровье.
- Примеры конфликтов и сложных чрезвычайных ситуаций демонстрируют возможные сценарии действий служб здравоохранения во время кризисов и постконфликтного восстановительного периода.
- Потенциальные будущие угрозы, вызываемые глобальными переменами, включают усиливающиеся изменения климата и их последствия для здоровья людей.

Социально-экономические детерминанты здоровья и связанные с ними факторы — бедность, безработица, миграция, небезопасность рабочего места, городские трущобы, слабый доступ к системе здравоохранения, гендерное неравенство, старение, исключенность из общества и маргинализация тесно переплетены; они влияют, усиливают и, возможно, даже порождают угрозы для безопасности здоровья. Хотя эти проблемы весьма существенны для региона, особенно для стран с переходной экономикой (6, 7), в настоящей публикации они не рассматриваются. Подробно они будут обсуждаться в 2008 г. когда «личностные измерения» безопасности здоровья, в том числе доступ к услугам, станут темой Всемирного дня здоровья и Доклада о состоянии здравоохранения, 2008 и когда Комиссия по социальным детерминантам здоровья, созданная в марте 2005 г., опубликует свой итоговый доклад (24).

Хотя в настоящее время в Европейском регионе не происходит широкомасштабного противостояния, по-прежнему сохраняются потенциал для новых конфликтов или возрождения старых, а также для террористических актов

типа взрывов в Мадриде в 2004 г. и в Лондоне 2005 г. Реальным остается опасность преднамеренного использования биологических, химических или радиоактивных материалов с целью нанесения ущерба здоровью людей (что видно на примере инцидента с полонием-210 в Лондоне, Соединенное Королевство, в ноябре 2006 г.). Анализ вероятности, масшта-

бов и последствий случайного высвобождения или преднамеренного применения биологических, химических и радиоактивных материалов тоже выходит за пределы данной публикации, однако рекомендации ВОЗ от 2004 г. по мерам реагирования общественного здравоохранения на биологическое и химическое оружие покрывает эту тему (25).

2. Угрозы и вызовы безопасности здоровья в Европейском регионе

Инфекционные заболевания

В последние 60 лет ВОЗ играла важную роль в осуществлении, координации и реализации программ инициатив в области общественного здравоохранения и инициатив, связанных с инфекционными заболеваниями. Примерами могут служить ликвидация оспы, продолжающиеся усилия по искоренению полиомиелита и кори, расширенная программа иммунизации, партнерство «Остановить туберкулез», согласование глобальных эпидемиологических мер контроля за ТОРС, продолжающиеся усилия по сдерживанию распространения вируса птичьего гриппа А/Н5N1 и подготовке к противодействию пандемии гриппа (26).

Углубление разрывов в развитии, развал инфраструктуры общественного здравоохранения, бедность, урбанизация, гражданские беспорядки, изменение и ухудшение состояния окружающей среды, глобализация перемещений людей по всему миру и торговли усугубляют проблемы, возникшие в мире в результате инфекционных болезней эпидемического типа и появляющихся новых заболеваний.

На долю инфекционных заболеваний в Европейском регионе приходится 9% бремени болезней, измеренного в годах жизни, скорректированных по оценочному расчету «потерянных лет» нормальной жизни из-за болезни, инвалидности и преждевременной смерти (так называемая методика DALY — disability adjusted life years). В значительной мере это объясняется высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, растущим распространением ВИЧ, особенно в центрально- и восточноевропейских странах и Центральной Азии и появлением или повторными вспышками болезней эпидемического типа (27) (см. вставку 3).

В начале 21 столетия мир по-прежнему борется с:

- появлением новых или недавно признанными патогенами, такими как вирусы Нипах, Эбола, Марбург, коронавирусы, вызывающий ТОРС и грипп А/Н5N1;

- новым возвращением хорошо известных эпидемических заболеваний — холеры, денге, гриппа, кори, менингита, шигеллезов и желтой лихорадки;
- случайным высвобождением или умышленным применением биологических агентов, таких как сибирская язва.

Болезни эпидемического типа требуют от ВОЗ ответных мер, направленных на то, как минимизировать риски их распространения по всему миру, как помочь странам подготовиться к эпидемиям и контролировать их, как координировать и сосредоточивать глобальные ресурсы, когда никакой институт не обладает в одиночку нужным потенциалом.

Вспышки заболеваний могут причинить серьезный экономический ущерб; например вспышка холеры в Перу в 1991 г. обошлась в 770 млн долл., чума в Индии в 1994 г. — 1,7 млрд долл.; коровья губчатая энцефалопатия стоила в Соединенном Королевстве, по оценкам, 38 млрд долл. до 2000 г. (28), а глобальная эпидемия ТОРС в 2002–2003 гг. обошлась в 100 млрд долл. (29).

Пересмотренные Международные медицинские санитарные правила (ММСП), которые вошли в силу в июне 2007 г., дают правовую основу для оказания странам содействия в охране здоровья своего населения против любой потенциальной чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении, имеющей международное значение, в проведении необходимых мер и укреплении основ безопасности мира.

ВОЗ, которая обладает мандатом, данным ей резолюцией WHA58.3 Всемирной ассамблеи здравоохранения, принятой в мае 2005 г. 193 государствами-членами, находится в уникальном положении. Организация выполняет функции секретариата ММСП (2005), имеет координационную программу ММСП, которая предоставляет государствам-членам, связанным с ММСП, техническую поддержку в развитии их потенциала и осуществляет операции раннего оповещения и ответные меры, подкрепленные стандартными оперативными

процедурами (см. вставку 3). Партнерства с национальными институтами и национальными и международными партнерами будут содействовать улучшению надзора и принятых ответных мер в случае угрозы безопасности здоровью населения.

Вставка 3. Оповещение о вспышках эпидемий, проверка сообщений, оценка риска и ответные меры ВОЗ в Европейском регионе (1 января 1998 г. — 31 декабря 2006 г.)

Чтобы обеспечить своевременное обнаружение событий, которые потенциально могут создать чрезвычайные ситуации для общественного здравоохранения, имеющие международное значение, Европейское региональное бюро ВОЗ помимо использования официальных сведений от национальных медицинских служб систематически изучает широкий круг официальных и неофициальных источников информации на нескольких языках.

Начиная с 1 января 1998 г. и по 31 декабря 2006 г. ВОЗ выявила 2031 событие, потенциально создающее чрезвычайную ситуацию в общественном здравоохранении, имеющую международное значение. В ответ на запрос ВОЗ была осуществлена эпидемиологическая проверка этих событий. 290 из этих событий были выявлены в Европейском регионе ВОЗ через формальные и неформальные источники (такие как сообщения прессы), причем последние дали большую информацию. Официальные источники (министерства или национальные институты общественного здравоохранения) изначально информировали ВОЗ об одной трети из 195 событий, в последующем подтвержденных в регионе (30). По крайней мере одно из подтвержденных событий, потенциально создавало чрезвычайную ситуацию в общественном здравоохранении, имеющую международное значение, было выявлено в 39 государствах — членах Европейского региона ВОЗ.

В табл. 1 показаны синдромы и болезни, связанные со 195 событиями, выявленными в Европейском регионе с 1998 по 2006 г. В дополнение к событиям, представленным в табл. 1, с 10 февраля 2003 г. до 31 июля 2003 г. 10 государств-членов сообщили о 34 случаях ТОРС, включая один со смертельным исходом. Это составляет 4% всех случаев, зарегистрированных в мире за тот же период.

Таблица 1. Синдромы и заболевания, сообщения о которых были проверены в ответ на запрос ВОЗ и которые угрожали созданием чрезвычайных ситуаций, имеющих международное значение для общественного здравоохранения Европейского региона ВОЗ в 1998–2006 гг.

Синдром/болезнь	Количество событий	% общего числа
Заболевания, вызванные водой или пищей	42	22
Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)	34	17
Синдром острой геморрагической лихорадки	32	16
Другие зоонозные заболевания	20	10
Острый неврологический синдром	16	8
Трансмиссивные болезни	11	6
Управляемые инфекции	10	5
Грипп (вирус А/Н5)	2	1
Грипп (новый вирус, не Н5)	2	1
Холера	4	2
Желтая лихорадка	3	2
Чума	2	1
Прочие	8	4
Невыясненные	9	5
Всего	195	100

Грипп и готовность к борьбе с пандемией

Птичий грипп и готовность к пандемии

Хотя вирус птичьего гриппа с момента своего появления в 2003 г. первоначально поражал животных, его способность инфицировать человека и вызывать высокую смертность заставляет серьезно задуматься о связанной с ним угрозе пандемии. На глобальном уровне с 20 марта 2007 г. в 12 странах-членах был лабораторно подтвержден 281 случай заражения человека вирусом А/Н5N1, из которых 169 имели смертельный исход (летальность 60%) (см. рис. 1). В 2006 г. в Европейском регионе 20 заболеваний человека (включая девять со смертельным исходом) были зарегистрированы в двух странах — Турции (12 случаев, четыре смерти) и Азербайджане (восемь случаев, пять смертей). Подавляющее большинство заболеваний людей птичьим гриппом было связано с их контактами с зараженными животными.

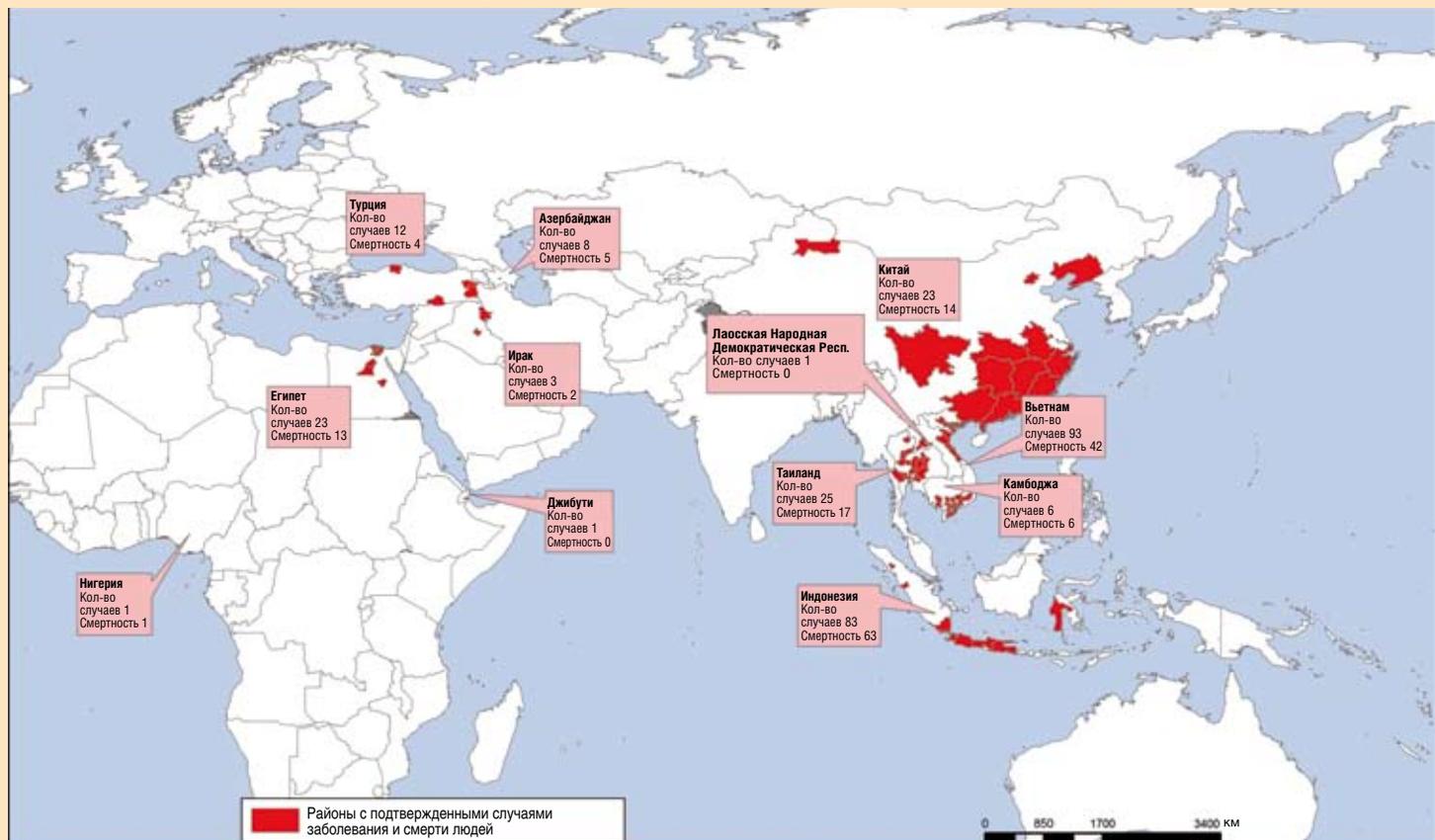
Поскольку риск для безопасности общественного здоровья вызван беспрецедентными

вспышками А/Н5N1 в популяциях животных, в мае 2006 г. 59-я Ассамблея Всемирного здравоохранения единогласно одобрила резолюцию WHA59.2 (32, 33), призвавшую государства-члены обеспечить на добровольной основе незамедлительное соблюдение положений, пересмотренных Международных медико-санитарных правил ММСП (2005), относящихся к гриппу. В публикации ВОЗ *Реагирование на опасность пандемии птичьего гриппа: рекомендованные стратегические действия* (34) предложены ключевые мероприятия, включающие: контролирование птичьего гриппа среди животных и уменьшение возможностей инфицирования людей; усиление системы раннего оповещения; сдерживание или замедление распространения в источнике; снижение заболеваемости, смертности и социальной дезорганизации; проведение исследований для руководства ответными мерами.

Роль ВОЗ в сдерживании птичьего гриппа

В тесном взаимодействии с Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН и Всемирной организацией здоровья животных

Рис. 1. Подтвержденные случаи заболевания и смерти людей в мире от птичьего гриппа А/Н5N1 с 2003 г.



ВОЗ играет ведущую роль в мониторинге распространения птичьего гриппа среди людей и противодействии этому заболеванию. Помимо систематических оповещений об эпидемии, проверки сообщений о случаях заболевания и оценки рисков, Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает государствам-членам поддержку, предоставляя по их требованию экспертов. Для мониторинга распространения птичьего гриппа А/Н5N1 был разработан глобальный план действий. Он позволяет государствам-членам и лицам, отвечающим за готовность к чрезвычайным ситуациям, общественному здравоохранению, медицинским и ветеринарным службам выступить с ответными мерами в случае угрозы пандемического гриппа.

В начале 2006 г. после сообщений о вспышке птичьего гриппа среди домашних и диких птиц и подозрительных случаях острого респираторного заболевания среди жителей Турции и Азербайджана Региональное бюро оказало помощь государствам-членам, направив по их просьбе экспертов ВОЗ и ЕЦКЗ, организовав координацию и поддержку ответных действий и миссии по оценке рисков в нескольких странах восточной части региона, в которых также участвовали партнерские институты из Глобальной сети ВОЗ по предупреждению о вспышках заболеваний и ответным мерам (см. вставку 4).

Лаборатории ВОЗ Глобальной сети по наблюдению за гриппом (GISN) (36) собирают по всему миру и анализируют штаммы обоих вирусов — птичьего и сезонного гриппа. Это позволяет вырабатывать рекомендации о выборе штамма гриппа для приготовления нужной вакцины. Это также дает возможность наблюдать за изменениями вируса А/Н5N1, которые могут указывать на его возросшую способность передаваться от человека к человеку и его восприимчивость к антивирусным препаратам. Сеть GISN была создана в 1952 г. после того, как экспертный комитет ВОЗ рекомендовал Организации наладить через международную сеть лабораторий консультирование государств-членов о том, «какие меры контроля за гриппом полезны, бесполезны или вредны». В Европейском регионе сейчас работают два взаимодействующих центра ВОЗ: по изучению гриппа и справочные лаборатории ВОЗ для диагностики инфекций вируса А/Н5 — Национальный институт медицинских исследований в Лондоне, Соединенное Королевство, и Институт Пастера в Париже, Франция (37). Сеть GISN обеспечивает механизм глобального предупреждения о чрезвычайных случаях, связанных с вирусами гриппа, обладающими пандемическим потенциалом. Деятельность этой организации существенно углубила знания об эпидемиологии гриппа. Важнейшую роль в этом процессе играют желание и обя-

Вставка 4. Ответные меры Европейского регионального бюро ВОЗ на вспышки птичьего гриппа среди людей

Между 31 декабря 2005 г. и мартом 2006 г. были лабораторно подтверждены 20 случаев заражения людей вирусом гриппа А/Н5N1, девять из которых имели смертельный исход; они были зарегистрированы в Турции (12 заболеваний, четыре смерти) и Азербайджане (восемь случаев заболевания, пять смертей). В обеих странах Региональное бюро руководило международными миссиями, имевшими целью помочь правительствам осуществить ответные действия и принять меры против вспышек этой болезни среди людей; миссии работали на местах в тесном взаимодействии с национальными многоотраслевыми кризисными комитетами и агентствами ООН. ВОЗ содействовала министерствам здравоохранения двух стран в эпидемиологическом выявлении источника инфекции и каналов ее передачи от человека к человеку, консультировала по вопросам практического контроля за инфекцией и управления ситуацией, помогла осуществить фармацевтические и нефармацевтические меры в области общественного здравоохранения и провести социальную мобилизацию с целью снижения рискованного поведения людей. ВОЗ содействовала этим странам в доставке клинических образцов, взятых у предполагаемых больных, в национальную лабораторию и Национальный институт медицинских исследований в Лондоне, Соединенное Королевство — центр, с которым ВОЗ сотрудничает и который является ее экспертной лабораторией — для окончательного заключения о наличии вирусной инфекции типа А/Н5N1 (35).

Выявить источник инфекции в Азербайджане оказалось трудно, поскольку вспышка гриппа среди домашней птицы носила ограниченный характер и во время обследования птица в зараженной деревне была здорова. Однако вблизи от деревни, где произошли семь из восьми зарегистрированных случаев, была отмечена гибель большого количества диких лебедей; в конечном счете опросы членов семей заболевших показали, что вероятной причиной инфицирования было ошипывание перьев с мертвых лебедей.

зательства государств-членов предоставлять GISN клинические образцы на наличие вируса. ВОЗ также обеспечивает государства-члены рекомендациями о практике контроля за рас-

пространением инфекции и управления ситуациями, инструкциями о средствах медицинского ухода и другими техническими руководствами типа инструкций ВОЗ об использовании вакцин и противовирусных препаратов, контрольных листов и иных публикаций.

Региональное бюро тесно сотрудничает с государствами-членами в развитии функций раннего оповещения в существующих системах наблюдения с целью своевременного обнаружения случаев с подозрением на птичий грипп и укрепления лабораторных потенциалов по диагностике сезонного и птичьего вида гриппов. Государствам-членам, не имеющим национальных противогриппозных центров с сертифицированными ВОЗом лабораториями, рекомендуется направлять образцы и сведения в сеть GISN для дальнейшего изучения и подтверждения наличия вируса, а также организовывать приобретение статуса национального противогриппозного центра. Цель состоит в том, чтобы каждая страна региона имела национальную лабораторию, которая могла бы тщательно и быстро диагностировать заболевания людей птичьим гриппом и обеспечивать поддержку лабораторий при вспышках этой болезни. Региональное бюро поддерживает межрегиональные сети противогриппозных лабораторий, особенно в юго-восточной части региона, для улучшения обучения их сотрудников диагностике птичьего гриппа, а также развития сотрудничества с GISN с целью организации межрегиональных референтных лабораторий ВОЗ H5 для выявления гриппа A/H5.

Пандемия гриппа

Пандемии человеческого гриппа — это редкие, но повторяющиеся события. На протяжении письменной истории они, как правило, происходили каждые 10–50 лет. Последние три пандемии гриппа были зафиксированы в 20-м столетии — в 1918 г., когда умерли 40 млн человек, в 1957 г. — более 2 млн смертей и в 1968 г. — около 1 млн смертельных случаев. Пандемии зачастую охватывают всю систему здравоохранения, особенно сферу медицинских услуг, поскольку вызывают неожиданный всплеск заболеваний и смертей и помимо человеческих страданий и жертв могут принести серьезные социальные потрясения и экономические убытки.

Мир плохо подготовлен к возможной пандемии. Пандемии гриппа — это катастрофа, которая способна быстро охватить практически все страны. С началом распространения инфекции в международном масштабе глобальная пандемия считается почти неизбежной, поскольку она вызывается вирусом, который

стремительно передается в капельной форме (через кашель, чихание) и к которому у населения нет ранее выработанного иммунитета. Поскольку зараженные люди могут разносить вирус еще до того, как проявятся его клинические симптомы, международное распространение его через людей, пересекающих границы и не имеющих явных симптомов, вызывает большую озабоченность.

Степень тяжести заболевания и число смертельных исходов во время последних пандемий сильно варьировались и остаются непредсказуемыми для любой возможной будущей вспышки. В последних из них уровень инфицированности достигал 25–35% всего населения. Даже если пандемия обусловлена вирусом, который вызывает заболевание умеренной тяжести, в мире все равно, согласно оценкам, может погибнуть 2,0–7,4 млн человек (использованы данные, полученные во время пандемии 1957 г.). Прогнозы относительно более вирулентного вида вируса еще менее утешительны. Во время пандемии 1918 г., которая исключительна в своем роде, во всем мире умерло почти 40 млн человек.

Следует также серьезно задуматься об ответных действиях на пандемию гриппа. Дело в том, что, поскольку все страны, по-видимому, окажутся в чрезвычайных условиях одновременно — в отличие от природных бедствий или более локализованных вспышек заболеваний, возможность получить необходимую международную помощь будет ограниченной (правительства всецело сосредоточатся на защите собственного населения), и пандемия выявит нехватку профессиональных медиков, что еще более ухудшит любой механизм восстановления.

Пандемия может привести к резкому росту числа людей, которые ожидают необходимое либо больничное лечение, а также людей, стремящихся его получить. Это на время перегрузит как отдельные службы здравоохранения, так и систему здравоохранения в целом. Массовое отсутствие людей на работе может нарушить деятельность других важных служб, таких как транспорт, связь и обеспечение правопорядка. Поскольку население будет полностью заражено пандемическим вирусом типа A/H5N1, смертность может быстро возрасти, что повлечет за собой временные локальные социальные и экономические невзгоды. Последствия могут быть еще более тяжелыми в силу взаимосвязанности и взаимозависимости современных систем торговли и коммерции. Опыт прошлого позволяет предположить, что вторая глобальная волна вируса может накатиться уже в течение года после первой.



© ISTOCK

Роль ВОЗ в планировании пандемической готовности

В тесном взаимодействии с разными агентствами ООН, Европейской комиссией и ЕЦКЗ и другими партнерами в Европейском регионе Региональное бюро оказывало государствам-членам техническую помощь, направленную на повышение их готовности к противодействию пандемии гриппа. Это осуществлялось путем оценки пандемической готовности по странам, предоставления экспертов для работы с целевыми группами и/или комитетами планирования соответствующих мер, организации региональных и субрегиональных семинаров; причем последние включали компьютерные имитационные тренинги.

Стратегический план действий ВОЗ в отношении пандемического гриппа (38) и Контрольный вопросник ВОЗ для планирования готовности к пандемии гриппа (39) предоставляют государствам-членам основу, которая позволяет им строить собственные планы под-

готовки с учетом национальной специфики. Как подчеркивается в Глобальном плане ВОЗ по подготовке к борьбе с гриппом на случай пандемии гриппа, пятью задачами готовности немедленно отреагировать в случае угрозы и развития пандемии гриппа являются планирование и координация, оценка ситуации и мониторинг, ответные мероприятия систем здравоохранения, фармацевтические и нефармацевтические вмешательства, связь и обмен информацией (40). В любой стране ресурсы, координационные мероприятия и действия, необходимые для отражения пандемического гриппа, должны быть включены в национальный план подготовки, включающий правовые аспекты, межотраслевое участие и подотчетность на национальном и субнациональном уровнях.

Цель планов готовности к борьбе с пандемией — минимизировать ее воздействие посредством снижения уровней заболеваемости и смертности, а также ослабления экономических и социальных последствий. Важным ком-

понентом планирования борьбы с пандемией являются исходные данные, на основе которых разрабатываются аналитические схемы и сценарии. Эти исходные данные базируются на ожидаемых уровнях клинических атак вируса (как упоминалось выше, они могут составлять 25–35% населения) и количества людей, которым может понадобиться госпитализация, количества госпитализированных людей, которым могут понадобиться помещения с вентиляцией, количества смертельных исходов. Знание демографических характеристик групп высокого риска, особенно подверженных гриппу, облегчает процесс планирования и идентификацию приоритетных групп для получения вакцин и противовирусных лекарств (если таковые имеются) и разработку планов для обеспечения медицинского ухода в непредвиденных обстоятельствах. Государствам надлежит определить, где будет проходить лечение заболевших гриппом, следует ли полагаться на существующие медицинские структуры или следует рассмотреть возможность создания клиник для больных с высокой температурой и как обеспечить снабжение основными лекарствами. Необходимо разработать планы хранения противовирусных препаратов и вакцин. Эти планы должны включать те категории населения, которые будут пользоваться приоритетом при получении лекарств. Считается, что высший приоритет должен быть отдан работникам «передовой линии», таким как медики.

Планы для чрезвычайных ситуаций следует сочетать с долгосрочными мерами по укреплению институционального потенциала, поскольку это повышает эффективность таких планов в ситуациях, когда возникают вспышки других инфекционных заболеваний эпидемического типа. Достижение успеха в противодействии пандемии требует также изучения прошлого опыта и оценки безопасности и действенности мер, принимаемых как совместно странами, так и внутри отдельных стран.

Планы пандемической готовности имеются у большинства стран региона. Они варьируются по степени включения механизмов межотраслевой координации и по степени их применимости на национальном, региональном и субрегиональном уровнях. Планы пандемической готовности необходимо сочетать с планами и мероприятиями для чрезвычайных обстоятельств, в том числе в области пограничного контроля.

Таким образом, национальные планы основываются в равной мере на чрезвычайных и долговременных потребностях по усилению коллективной защиты от будущих угроз пандемического гриппа. Планы следует протестировать на имитационных занятиях, которые охватывают все включенные в них сектора.

В конкретном примере плана подготовки к противодействию птичьему гриппу (см. вставку 5) содержатся несколько практических моментов, которые следует учитывать при разработке и осуществлении планов в ситуациях уже вспыхнувшей болезни.

Стратегия противогриппозной вакцинации и другие вмешательства

Важным элементом безопасности здоровья является правительственная стратегия по определению безвредности и эффективности новых противовирусных препаратов и вакцин, используемых во время эпидемии. Европейский регион в настоящее время является крупнейшим производителем вакцин против сезонного гриппа. Спрос на них растет, и страны на базе рекомендаций ВОЗ должны выявить у себя группы риска и обеспечить наличие достаточного количества вакцин. Для увеличения запасов вакцин, их доступности и безопасности ВОЗ помогает компаниям-производителям в странах с низкими доходами приобрести лицензии на их выпуск. ВОЗ также участвует в исследованиях «допандемической» вакцины. Оценка допандемической вакцины, базирующейся на нынешнем вирусе А/Н5N1, имеет важное значение: если она безопасна, то страны будут с большей уверенностью совершенствовать ее с помощью штамма А/Н5N1 и применять в медицинской практике (42).

Средства коммуникации и грипп

Кризис в области здравоохранения может иметь последствия, выходящие далеко за пределы угрозы только здоровью. Он порождает чувство страха и неопределенности и способен оказать воздействие на политические, экономические и культурные силы общества, что, вероятно, может причинить наибольший вред. В прошлом ущерб был больше в силу слабых коммуникационных связей. Главная цель кризисных коммуникаций — снизить вред от этих факторов. Коммуникационная стратегия в кризисных условиях должна быть частью плана пандемической подготовки и плана подготовки к чрезвычайной ситуации любой национальной системы здравоохранения.

В главе 4 подробнее рассматриваются вопросы коммуникации в условиях риска, которые устраняют разрыв между оценкой риска и представлениями о нем.

ВИЧ и туберкулез — глобальные угрозы, с которыми медицина одна не справится

ВИЧ в сочетании с туберкулезом быстро превращается во многих частях Европейского региона в главную угрозу здоровью, экономичес-

Вставка 5. План подготовки к борьбе с птичьим гриппом

Вспышки птичьего гриппа необходимо выявлять быстро, проверять и осуществлять незамедлительные меры. Это предполагает участие не только ветеринарных служб и специалистов-медиков, но и населения в целом. Опыт показал необходимость тщательного продумывания практических аспектов плана действий — например, сообщения о произошедших случаях заболевания будут поступать с опозданием, если не предусмотрена компенсация за выбракованную и уничтоженную домашнюю птицу или если птицеводы недостаточно ознакомлены с порядком компенсации. Население должно быть информировано о необходимости немедленно сообщать о подозрительных заболеваниях у птиц и эффективных мерах защиты: о строгой гигиене, недопущении прямого контакта с птицей, строжайшей гигиене рук и тщательной термической обработке мяса. Ветеринары, врачи, водители медицинских автомобилей и все, кто непосредственно имеет дело с птицами, а также заболевшие с подозрением на птичий грипп должны быть снабжены личными средствами защиты и дезинфицирующими материалами.

Региональное бюро поддерживает и обучает мобильные группы реагирования ряда стран для работы в полевых условиях. Эти полевые группы состоят из экспертов, которые могут быть быстро задействованы после уведомления о замеченной вспышке болезни, будут вести расследование возможных случаев, отслеживать контакты и осуществлять меры контроля. План готовности на случай птичьего гриппа должен предусматривать, каких экспертов следует включать в указанные группы, и как и где они смогут получить личные средства защиты, препарат Тамифлю (озельтамивир), наборы медтехники для взятия проб, дезинфицирующие спреи и пр. Задача этих людей — скоординировать ответные меры на вспышку заболевания и обеспечить, чтобы лица с подозрениями на заболевание были направлены в ближайшую специально выделенную для этого больницу.

В плане обеспечения готовности следует также учитывать тот факт, что люди с подозрением на птичий грипп могут получить помощь в системе здравоохранения разными путями. Они могут получать консультации у частных врачей, в местных поликлиниках или департаменте по чрезвычайным ситуациям; они могут быть и ошибочно диагностированы. Больницу следует выбирать, выяснив, сумеет ли ее персонал оказать помощь в случае заболевания птичьим гриппом, и уточнив расположение зоны заражения. Минимальные требования для соответствующих учреждений включают наличие вентиляции и лекарств (антивирусных и иных препаратов), обученного персонала с достаточными средствами личной защиты, рентгеновского оборудования, лаборатории для биохимических и гематологических анализов и возможности хранения проб для лабораторного подтверждения результатов. Желательно, чтобы эти образцы для окончательного лабораторного подтверждения заболевания были отобраны в указанной больнице и доставлены в лабораторию, способную проверить их на наличие H5N1, а также в соответствующий центр ВОЗ. Транспортировка образцов должна осуществляться в соответствии с современными международными и национальными правилами (41).

Для доставки пациентов в больницу необходимы медицинский автомобиль или иное транспортное средство, поэтому выбранные клиники должны располагать транспортной службой, обладающей необходимым оборудованием и подготовленным персоналом, а также достаточным количеством надежных средств личной защиты. В каждой задействованной больнице, а также на районном уровне нужно иметь небольшие запасы препарата. Некоторые вышеперечисленные конкретные примеры являются лишь частью из обширного круга вопросов, которые требуют внимания и планирования.

кой стабильности и развитию человека (43). В июле 2000 г. Резолюция 1308 Совбеза ООН охарактеризовала ВИЧ/СПИД как угрозу безопасности (13). В резолюции подчеркивается, что пандемия ВИЧ/СПИД, если ее не остановить, обладает потенциалом разрушения обществ и государств и может «создавать угрозу стабильности и безопасности» — эти два момента заслуживают более пристального внимания.

В восточной части региона причинно-следственная связь между ВИЧ, туберкулезом и

бедностью очевидна: самые бедные являются и самыми уязвимыми перед болезнью, а инфицированные люди более всего подвержены лишениям. В свою очередь, сохраняющаяся бедность способствует ужесточению других проблем общества, многие из которых влекут глобальные последствия, например нелегальную миграцию, насилие и неустойчивость среды обитания.

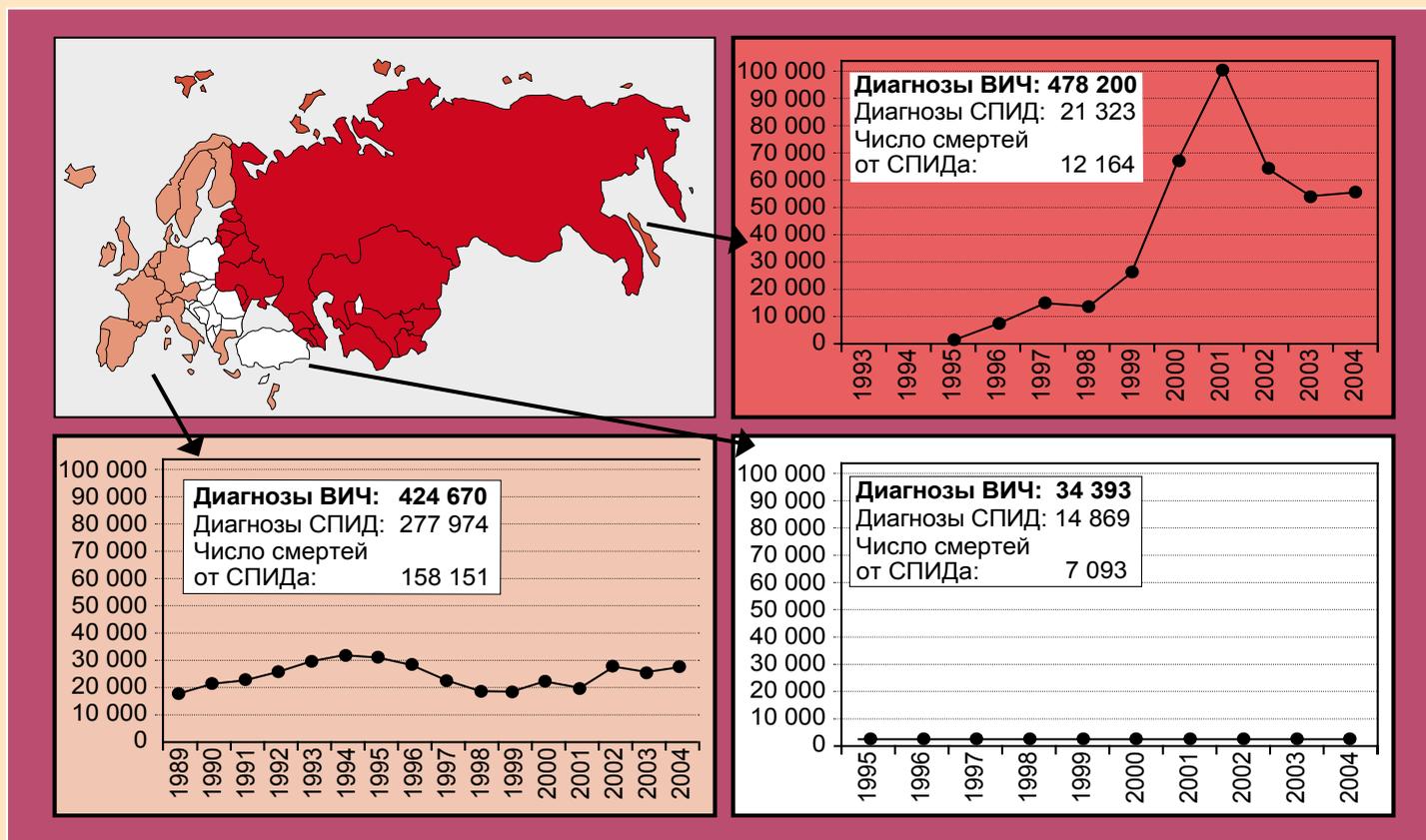
Лица или общественные группы, воздействующие на процесс принятия и осуществления решений, должны рассматривать ВИЧ не как

вопрос национальной или международной безопасности, но как кризис в области здравоохранения и развития. В силу своей долговременной и дестабилизирующей природы ВИЧ отличается от классических угроз геополитической безопасности, хотя борьбу против этого вируса часто называют «войной». Эмпирический анализ отнюдь не предполагает, что ВИЧ реально повысил где-либо риск военного конфликта. Однако придание ему статуса угрозы безопасности вызывает ряд серьезных опасений этического характера.

По оценкам ВОЗ и ЮНАИДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу), к концу 2006 г. в 53 странах Европейского региона насчитывалось 2,44 млн человек, зараженных ВИЧ (доверительный интервал 1,78–3,57 млн), большинство из которых — 1,7 млн (1,2–2,6 млн) — проживали в странах Восточной Европы и Центральной Азии (44). Число реально зарегистрированных больных намного ниже (см. рис. 2). В трех европейских странах — Российской Федерации, Украине и Эстонии — распространен-

ность ВИЧ среди взрослого населения превышает 1%. Тем не менее перспектива улучшения доступа нуждающихся к антиретровирусной терапии позволяют разработать всеобъемлющие ответные меры общественного здравоохранения на эпидемии, которые предусматривают мероприятия по предупреждению заболевания, его лечение, уход и поддержку больных. Факты свидетельствуют, что проведение лечения в инфицированных сообществах может уменьшить страхи, осуждение и дискриминацию заболевших, что часто сопутствует ВИЧ и СПИДу, увеличить число желающих пройти ВИЧ-тестирование и консультирование и улучшить работу по предупреждению заболевания (45). Антиретровирусная терапия также снижает у многих людей остроту ВИЧ до непрослеживаемых уровней (46). Хотя вирус при этом не уничтожается — и никто не излечивается — риск его передачи заболевшим лицом при эффективной антиретровирусной терапии значительно снижается. Таким образом меры в сочетании со стратегиями, нацеленными на необходимость более безопасного поведения,

Рис. 2. Число вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции по годам и общее число диагнозов ВИЧ, СПИД и смертей в трех группах стран Европейского региона, 1989–2004 гг.



Источник: Sexually transmitted infections/HIV/AIDS programme (47).

которое препятствует передаче ВИЧ, могут существенно повлиять на распространение этой инфекции.

По оценкам ВОЗ, от туберкулеза в 2005 г. в Европейском регионе умерло 66 тыс. человек, и было зарегистрировано еще 445 тыс. новых случаев заболевания. Около 80% случаев приходится на восточную часть региона; в странах Западной Европы явления социальной маргинализации и миграции из стран с высоким уровнем ТБ обусловили возникновение очагов повышенной заболеваемости, особенно в крупных городах. В восточной части региона из-за слабого контроля за распространением этого заболевания каждый год регистрируется почти 70 тыс. случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, что составляет 15% всех случаев и является самым высоким в мире. Некоторые из них устойчивы по отношению к самым эффективным противотуберкулезным препаратам «первой линии» и лекарствам «второй линии». В восточной части региона, как сообщается, растет количество зарегистрированных случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, что вызывает опасения относительно возможной в будущем эпидемии практически нелечимого туберкулеза. Хотя этой болезнью может заболеть каждый, к группам самого высокого риска относятся бездомные, алкоголики, наркоманы и лица, находящиеся в местах лишения свободы.

ВИЧ является наибольшим фактором риска для развития латентной или недавно приобретенной инфекции туберкулеза в активную его форму, а туберкулез — одна из главных причин смерти среди людей, живущих с ВИЧ. В 2005 г. распространенность ВИЧ среди взрослых, больных туберкулезом, составила в Восточной Европе 4,6%, или 13 568 случаев. Поскольку опасность заражения туберкулезом ВИЧ-инфицированными выше там, где выше его распространенность, то самыми «горячими точками» для сочетания туберкулез/ВИЧ являются Российская Федерация (по оценкам, 170 422 случая туберкулеза) и Украина (46 183 случая туберкулеза). Только сейчас в Европейском регионе начали осу-

ществляться совместные действия в отношении туберкулез/ВИЧ, учитывающие различные эпидемиологические ситуации и специфику стран. Около половины государств сообщают, что осуществляют национальные программы, включающие консультации по ВИЧ и тестирование на туберкулез. Однако лишь 20% стран обладают национальными системами эпиднадзора за распространением ВИЧ, что объясняется ограниченными знаниями о реальной интенсивности коинфекции туберкулез/ВИЧ. Слабость систем контроля и эпиднадзора — одно из главных препятствий на пути повышения безопасности здоровья в Европе.

Полиомиелит и корь — старые угрозы, которые можно устранить

Мир узнал о возможности уничтожения болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, в 1970-е годы, после зафиксированного последнего случая оспы в мире. Кандидатами на искоренение являются лишь несколько болезней, патогены которых, как и у оспы, циркулируют исключительно среди людей и не имеют другого природного резервуара сохранения; однако чтобы предотвратить инфицирование людей, нужны высокоэффективные средства.

Вакцинация — это хорошо действующая и эффективная по стоимости мера сдерживания распространения инфекционных заболеваний, которая может остановить естественное распространение некоторых болезней в обширных географических районах или воспрепятствовать распространению других заболеваний, грозящих превратиться в глобальную угрозу. Учитывая наличие сильнодействующих вакцин и тяжесть болезни, вызываемой полиовирусом, Всемирная ассамблея здравоохранения в 1988 г. поставила задачу уничтожения полиомиелита. Корь тоже сегодня является объектом ликвидации в четырех из шести регионов ВОЗ (см. вставку 6).

С точки зрения глобальной безопасности процесс уничтожения или искоренения болезни имеет целый ряд достоинств, но в то

Вставка 6. Практическое исследование кори в группах населения высокой мобильности и риска, и последствия для международного здоровья

Вспышка кори в западной Румынии, зафиксированная к концу 2004 г., к моменту своего окончания в середине 2006 г. привела в конечном счете к более, чем 8 тыс. случаев заболевания в одной только этой стране; 13 из них имели смертельный исход. Она была непосредственно связана со вспышками в пяти других странах Европейского региона. 75% случаев были зарегистрированы у детей в возрасте до семи лет. Интервьюеры сообщили, что большинство исследованных случаев в Румынии выявлено в маргинализованных группах, таких как цыгане.

Согласно одному из исследований, 32% матерей не посещали школы и 28% не получили дородовой медицинской помощи в период последней беременности; 75% отцов были безработными и только 44% детей своевременно получили вакцинацию против кори. Вызывает тревогу тот факт, что 20% детей не было сделано никаких прививок против полиомиелита. В рассмотренных случаях эти дети и их семьи чаще, чем дети из контрольных групп общин, не имели семейного врача и чаще обращались в службу по чрезвычайным ситуациям. Лица, обеспечивавшие уход за детьми, тоже реже, чем аналогичные лица в контрольных детских группах, признавали безопасность вакцин или соглашались с тем, что без проведения своевременной вакцинации болезни могут принести вред и могут быть предупреждены с помощью прививок.

Вспышки кори в Германии, Испании, Италии, Португалии и Швейцарии, которые с эпидемиологической и/или вирусологической точки зрения были связаны с Румынией, тоже включали детей из цыганских общин; они привели как минимум еще к одному смертельному исходу. Отдельный очаг заболевания корью среди цыган Греции в 2005 г. был эпидемиологически и вирусологически прямо связан с вспышкой кори в Албании.

Эти вспышки заболевания корью показывают возможность и опасность потенциально предотвратимых инфекционных заболеваний распространяться международными маршрутами через отдельных людей и/или группы, которые не пользуются услугами служб медицинской профилактики в силу наличия реальных или воображаемых барьеров, различий в культуре либо отсутствия адекватной информации о пользе таких служб. Качество работы национальных систем здравоохранения по оказанию подобных услуг маргинальным и мобильным группам высокого риска может повлиять на уровень общей безопасности здоровья во всех странах региона. Заболеваемость детей из этих групп болезнями, которые возможно предотвратить вакцинацией, увеличивает риски для всех детей Европейского региона и ограничивает возможность выполнения поставленной перед регионом цели уничтожения к 2010 г. кори и краснухи и поддержания обозначенного в 2002 г. статуса территории, свободной от полиомиелита.

же время он подвергает государства-члены определенным рискам, таким как случайное высвобождение и/или преднамеренное использование патогенов. Чтобы достигнуть и поддерживать состояние, когда болезни уничтожены или искоренены, необходима хорошая организация всей системы здравоохранения на национальном и международном уровнях, обеспечивающая эффективное использование существующих вакцин. Необходимо также добиться, чтобы системы здравоохранения не создавали реальных или мнимых барьеров для иммунизации; нужны надежные системы эпиднадзора, способные быстро обнаруживать случаи заболевания, если они возникнут; а при выявлении болезни надлежит быстро принять ответные меры.

Природные и антропогенные катастрофы

Наводнения, периоды экстремальной жары, засухи, лесные пожары и аварии ежегодно уносят в Европейском регионе тысячи жизней и причиняют экономический ущерб в миллиарды евро. Между 1990 и 2006 гг. База данных по бедствиям (EM-DAT) — глобальная система информации о бедствиях, управляемая Центром исследований эпидемиологии катастроф (12), который сотрудничает с ВОЗ,

зарегистрировал 1483 события, от которых пострадали 42 млн человек и 98 119 — погибли. Нанесенный материальный ущерб составил 168 млрд долл. (126 млрд фунтов стерлингов). Частота таких стихийных бедствий, по-видимому, возрастает.

В табл. 2 приведен общий обзор событий, зарегистрированных в Европейском регионе. Максимальное число случаев смерти приходится на ситуации, связанные с экстремальной температурой, особенно жарой, затронувшей Западную Европу, и землетрясениями, тогда как наводнения, хотя происходящие гораздо чаще, относительно мало влияют на смертность.

Наводнения

Наводнения являются, без сомнения, наиболее часто происходящим стихийным бедствием в Европейском регионе, которые оказывают значительное воздействие на здоровье людей (см. рис. 3). Большинство исследований разделяет это воздействие на прямое, вызываемое поднявшимися водами (утонувшие и раненные люди), и косвенное, вызываемые другими факторами наводнения (например, болезнями, передающимися различными переносчиками инфекции, с водой и грызунами), острыми или

Таблица 2. Стихийные бедствия и другие несчастные случаи в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2006 гг.

Тип события	Кол-во событий	Кол-во смертей	Пострадавшее население	Экономический ущерб (тыс. долл. США)
Наводнения	344	3 593	11 566 509	66 093 052
Экстремальная температура	112	52 119	1 389 529	9 024 788
Засуха	31	2	14 865 575	14 297 309
Лесные пожары	58	228	286 969	3 540 357
Землетрясения	102	21 840	5 875 138	30 225 449
Несчастные случаи ^a	609	16 856	137 638	11 697 048
Оползни и лавины	57	2 084	90 196	156 589
Ураганы	170	1 397	8 063 234	33 114 822
Всего	1483	98 119	42 274 788	168 149 414

^a Только несчастные случаи, которые повлекли за собой гибель 10 и более человек и/или от которых пострадало 100 или более человек. Понятие «несчастный случай» включает следующие категории:

- 1) несчастные случаи на производстве: технологические аварии промышленного происхождения либо относящиеся к промышленному строительству (например, заводов), в том числе распространение или утечки химических веществ, взрывы, утечки радиоактивных элементов и газов, отравление, пожары и иные технологические случаи, происходящие в промышленных зонах;
- 2) транспортные происшествия: технологические транспортные аварии с участием механизированных видов транспорта, включая самолеты, вертолеты, дирижабли и воздушные шары; происшествия с участием парусных лодок, паромов, круизных судов, иных плавучих средств; инциденты с поездами, инциденты с автомобилными средствами и грузовиками;
- 3) другие различные несчастные случаи: технологические аварии неиндустриального или нетранспортного характера, в том числе взрывы, разрушения, пожары и прочие происшествия в жилых и непромышленных помещениях.

Примечание: Поскольку временной период обзора начинается с 1990 г., он не включает несколько серьезных катастроф, обсуждаемых в этом документе, таких как Чернобыльская авария и землетрясение в Спитаке, Армения.

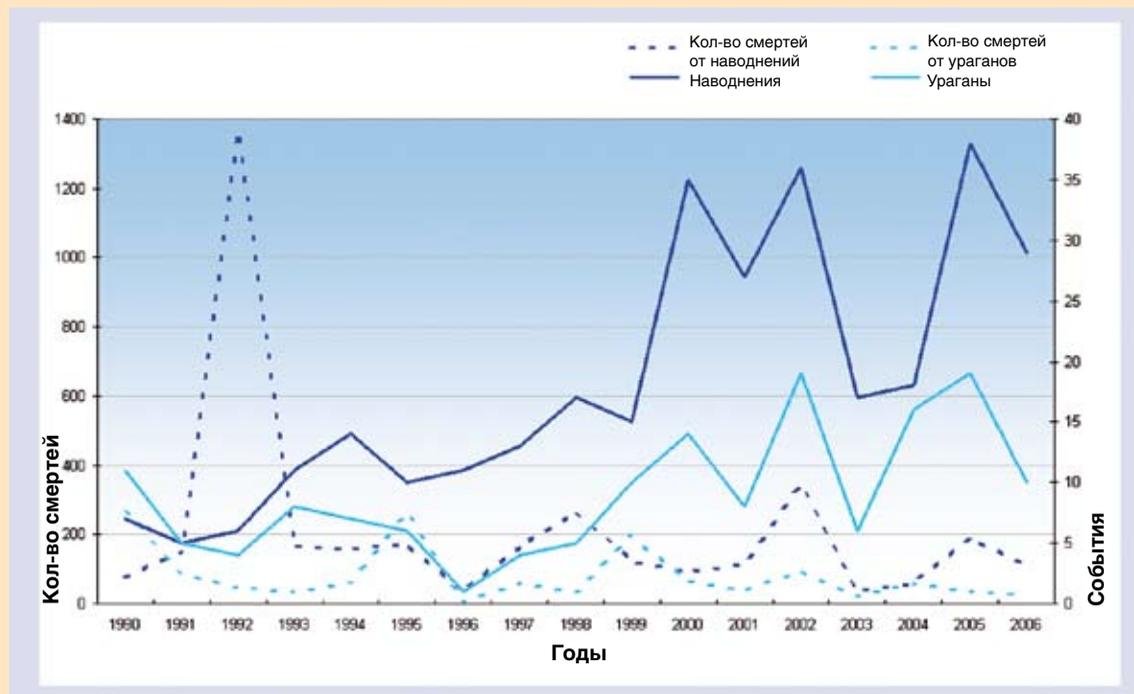
Источник: EM-DAT: Emergency Disasters Data Base (12).

хроническими заболеваниями от попавших в воду химических загрязнителей, а также нехваткой питьевой воды.

С 1990 г. от прямых или косвенных последствий наводнений в Европейском регионе умерли 3593 человека (см. табл. 2). Количество смертей, связанных с этим бедствием, близко соотносится с поведенческими характеристиками людей в ситуациях, представляющих угрозу для жизни. Основные последствия наводнений для здоровья включают утопления, травмы, болезни, передающиеся с водой и переносчиками инфекции, болезни, переносимые грызунами, такие как лептоспироз, укусы змей (поскольку змеи имеют обыкновение искать убежище от наводнения в человеческих домах), заражение источников питьевой воды канализационными стоками и отходами, посттравматические стрессы и отравление ядовитыми веществами. Негативные последствия для здоровья усугубляются



Рис. 3. Частота наводнений и ураганов, а также количество связанных с ними смертей в Европейском регионе, 1990–2006 гг.



Источник: EM-DAT: Emergency Disasters Data Base (12).

развалом служб медицинского ухода и перемещениями населения (см. вставки 7 и 8).

Лишь в немногих краткосрочных и долговременных эпидемиологических исследованиях приведены данные и оценка последствий европейских наводнений для здоровья. Хотя о роли чрезвычайно сильных дождей в по-

явлении переносимых водой болезней или о воздействиях засух на человеческий организм известно мало, ливни и их побочные явления могут увеличить общую микробную нагрузку в водных бассейнах и в резервуарах с питьевой водой (48). Крупные вспышки криптоспориоза были связаны с сильными дождями (49).

Вставка 7. Сезонные наводнения на юго-востоке Европы в 2006 г.: призыв к совместным действиям

С апреля по июль 2006 г. центральная и юго-восточная часть Европы (Болгария, Венгрия, Польша, Сербия и Черногория^а, Словакия, Хорватия, Чешская Республика) подверглась сезонным наводнениям, вызванным быстрым повышением температуры, таянием зимнего снега и обильными дождями, которые привели к самому значительному более чем за сто лет повышению уровня Дуная. В результате вторая по длине река континента затопила сотни тысяч гектаров в Центральной и Юго-Восточной Европе, вынудив покинуть дома людей, живших на равнинах. Министерства иностранных дел Венгрии, Румынии, Сербии и Черногории заявили о необходимости объединить силы для противодействия наводнению, восстановления ущерба, улучшения степени готовности к таким бедствиям для принятия мер реагирования на них в будущем. Три правительства согласились начать консультации о совместных усилиях по предотвращению наводнений и разработке ответных мер на них. ВОЗ в составе страновых групп ООН (подробнее об этом см. вставку 8), оказала помощь министерствам здравоохранения в оперативном проведении миссий по оценке здоровья в пострадавших районах и координации и мониторинга состояния общественного здравоохранения.

^а Черногория стала членом ВОЗ в августе 2006 г.

Вставка 8. Наводнение в Болгарии 2005 г.

Летом 2005 г. в Болгарии от наводнений и дождей пострадали 2 млн человек. В частности, в связи с наводнениями 20 человек погибли, а около 10 тыс. оказались без крова. Согласно оценкам, ущерб, нанесенный экономике, составил около 642 млн долл., в связи с тем что огромные площади земельных угодий и большая часть жизненно важной инфраструктуры были разрушены. В число наиболее пострадавших районов входят Тырговиште, Русе, Велико Тырново, Стара Гора, Хасково, Пазарджик, Шумен и Бургас.

В пострадавших от наводнения районах был объявлен режим чрезвычайной ситуации. Оперативные действия по оценке ситуации, а также поиску и спасению пострадавших были проведены государственным агентством гражданской защиты в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и другими государственными ведомствами.

Было организовано оказание международной помощи для того, чтобы обеспечить жителей пострадавших районов доброкачественной водой, одеялами, продуктами питания, а также для того, чтобы оказать соответствующую техническую поддержку государственным органам. Эта деятельность координировалась страновой группой Организации Объединенных Наций.

После наводнения ВОЗ в короткие сроки провела медико-санитарную оценку ситуации в пострадавших районах для выявления экологических угроз здоровью и определения объема медико-санитарной помощи населению. Эта оценка включала в частности, следующие сферы: вода, санитария и гигиена, контроль за переносчиками заболеваний, эпидемиологический надзор и основная медицинская помощь, опасность загрязнения химическими элементами в пострадавших районах, а также вопросы питания и информированности населения.

Система эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями продолжала функционировать, и плановые прививки проводились без отсрочек. Медицинские учреждения мало пострадали от наводнений и не испытывали какого-либо дефицита лекарств или вакцин. Основные виды медицинской помощи оказывались непрерывно. Хотя каких-либо крупных всплесков инфекционных заболеваний не было зарегистрировано, заражение источников воды и пищи создало потенциальную угрозу для здоровья, средств к существованию и безопасности людей.

Культивированные земли, которые обычно являлись главным источником основных продуктов питания для семей, оказались под водой и были загрязнены вредными отходами. Это повлекло экономические потери, в результате которых пострадало большее число людей от наводнений, после чего многие, особенно из уязвимых групп населения, оказались в трудной ситуации. Несмотря на то, что система водоснабжения продолжала функционировать, колодцы в частных домах во многих случаях были загрязнены сточными водами. Местные власти предупредили население о риске возможного загрязнения воды и рекомендовали пользоваться только минеральной водой, что еще больше усугубило финансовое бремя, под гнетом которого оказались сельские жители. Средства массовой информации сообщили о гибели нескольких человек, утонувших в результате наводнения, а также о смерти мужчины, убитого молнией, когда он пытался спасти свой домашний скот.

Оценка ВОЗ также выявила высокий уровень стресса среди населения, особенно среди пожилых. Научные исследования предыдущих наводнений свидетельствуют о том, что помимо опасности, связанной непосредственно с наводнением, многие из проблем психического здоровья, такие как возросшая частота клинических случаев тревоги и депрессии, являются результатом проблем, связанных с изменением места жительства, ущербом, нанесенным дому, или потерей своего имущества. Отсутствие страховки также затрудняет процесс восстановления. На основании результатов ряда ранее проведенных исследований можно предположить рост самоубийств в период после наводнения, хотя в Болгарии имеющиеся фактические данные не подтверждают это предположение.

В то время как для устранения последствий наводнения для здоровья населения Болгарии предпринимались такие действия общественного здравоохранения, как эпидемиологический надзор за болезнями, проведение анализов воды и ее обработка, а также санитарное просвещение и информирование населения, более отдаленные последствия для здоровья, такие, например, как влияние наводнения на психическое здоровье и уменьшение доступности медицинской помощи для уязвимых групп населения, привлекли меньше внимания.

На примере Болгарии можно сделать вывод, что наводнения угрожают безопасности населения в результате их одновременного воздействия и на здоровье людей, и на экономическую стабильность, что увеличивает уязвимость местных сообществ и отдельных лиц, сказываясь на их способности справиться с трудностями и вернуться к нормальной жизни в возможно более короткие сроки.

Ввиду вышеуказанного большее внимание следует уделять вопросам повышения готовности к бедствиям, а также стратегиям уменьшения риска на случай возможного наводнения в будущем. Работа в этом направлении должна основываться на межотраслевом подходе и включать следующие элементы: принятие законов по перемещению имеющихся инфраструктурных объектов из зон, подверженных наводнениям, соответствующая практика землепользования, содержание водных путей в надлежащем состоянии, совершенствование системы раннего оповещения и прогнозирования наводнений, а также улучшение политики в области страхования. Работа в этом направлении также предусматривает международное сотрудничество с точки зрения как использования земельных и водных ресурсов, так и прогнозирования наводнений.

Трудно дать количественную оценку воздействию наводнений на безопасность, экономику, здоровье и политику в Европейском регионе. Однако если прогнозы относительно повышения частоты наводнений в результате потенциального будущего изменения климата правильны, то Европейскому региону необходимо будет решать связанные с этим проблемы с помощью скоординированного планирования, взаимодействия и сотрудничества.

Источник: Rapid health assessment of flooding in Bulgaria (57).

Уязвимость различных общин перед связанными с наводнениями последствиями в существенной мере зависит от информированности людей об угрозах для здоровья, от экономических условий, от проведения системных и несистемных защитных мер на местах, включая поддержание в порядке берегов реки и канализации, потенциала институционального реагирования и планирования восстановительной деятельности.

Исследования, проведенные в странах как с высокими, так и с низкими доходами, указывают на недостаточное изучение влияния связанных с наводнениями последствий на разные аспекты психического здоровья (50–52). Систематическое исследование посттравматических стрессовых расстройств в странах с высоким доходом показало наличие у пострадавших небольшого, но все же значимого стрессового эффекта, вызванного этими бедствиями (53). Пожилые люди, инвалиды, дети, женщины, этнические меньшинства и люди с низкими доходами более уязвимы и нуждаются в особом внимании во время проведения ответных мер и восстановления (54).

Наводнения могут привести к загрязнению водных систем опасными химикалиями из хранилищ или предприятий и пестицидами. Опубликованные данные и материалы в недостаточной мере выявляют причинно-следственные связи между химическим заражением и моделями заболеваемости и смертности в период после наводнений (55, 56).

Экстремальные температуры

Под экстремальными температурами понимаются периоды сильной жары и холода. Мы ограничимся здесь драматическими событиями в Европе в 2003 г., вызванными жарой.

Экстремальные температуры (волны сильной жары) становятся все более частыми погодными явлениями, которые, вероятно, в будущем станут еще более привычными. В первую очередь мы отметили неожиданную жару, поразившую районы Европы в августе 2003 г., результатом чего стало беспрецедентное число смертей в одном только августе — 35 тыс. Больше всего пострадала Франция, где за первые 20 августовских дней умерло на 14 800 человек больше обычного — 60% прироста по сравнению с теми же периодами в 2000–2002 гг.. Цифры избыточной смертности были статистически значимы во всех регионах и для всех возрастных групп после 45 лет. Серьезное повышение смертности было отмечено также в Бельгии, Германии, Испании, Италии, Нидерландах, Португалии, Соединенном Королевстве, Чешской Республике и Швейцарии.

Ниже приведены сделанные из этих драматических событий некоторые основные выводы о том, кто пострадал больше всех и что представляли из себя факторы риска. Эти сведения призваны помочь государствам-членам из Европейского региона принять меры по предотвращению повторения аналогичных ситуаций в будущем и ослаблению последствий явления, вызванных повышенной температурой.



Кто пострадал в первую очередь?

Больше всех пострадали люди старше 70 лет. Этот факт вызывает особую тревогу, учитывая старение населения во многих европейских странах. Во Франции количество смертей среди людей 75 и более лет возросло на 70%, в Соединенном Королевстве — на 22 (в районе Лондона — на 59), в Португалии — на 47, в Италии — на 21%, что составило 92% всех смертей.

Особенно сильно жара отразилась на женщинах. Во Франции смертность среди них была во всех возрастных группах выше обычной на 15–20%, в Италии — на 32–33%, в Португалии — более чем вдвое (58–60).

Пострадали и более молодые группы. Во Франции среди лиц 45–74-летнего возраста смертность увеличилась на 20%.

Увеличение количества смертей от жары имеет целый ряд причин. Тепловые удары — хотя о них повсюду сообщалось не в полной мере — в 10–50% всех случаев приводили к фатальному исходу; у 20–30% пострадавших они могли также повлечь за собой нервные расстройства. Причинами смертей назывались, кроме того, сердечно-сосудистые и респираторные заболевания.

Вопреки ожиданиям, сведения о количестве пострадавших, поступивших в больницы, сильно варьировались, и никакого видимого увеличения этой цифры в период жары выявлено не было.

Кто подвергается риску более всего?

В наибольшей опасности находятся люди с хроническими заболеваниями. К ним от-

носятся сердечно-сосудистые заболевания, респираторная недостаточность, расстройства психики и нервной системы, расстройства кровоснабжения, метаболизма и эндокринных желез, диабет и недоедание. Особое внимание необходимо больным, которым предписан постельный режим.

Многие виды медицинских препаратов могут прямо влиять на центральные и периферийные механизмы терморегуляции и/или увеличивать нагрузку на сердце и, таким образом, теплообмен. Экстремальная жара может усилить токсичность препаратов и/или ослабить их действие. Рекомендации, которые врачи дают людям, принимающим лекарства, должны быть тщательно продуманными.

Важное значение имеют и такие связанные с возрастом факторы, как социальная изолированность, часто наблюдаемый у пожилых людей пониженный социально-экономический статус, потребность в общественной и медицинской заботе. Чаще всего увеличение смертности регистрировалось среди уязвимых малообеспеченных лиц (+18% в Риме) и среди групп с более низким уровнем образования (+43% в Турине) (59). В домах престарелых в северной Италии (61) и домах для пенсионеров во Франции были зафиксированы более значительные, чем ожидалось, уровни избыточной смертности.

Городские и сельские районы различаются по своей уязвимости; эффекты «знойного острова» в городской среде, например в Афинах, могут привести летом к повышению температуры дополнительно до 4,6°C (62). Избыточная смертность во Франции колебалась от 4% в Лилле до 142% в Париже, что позволяет предположить, что на этот показатель могло повлиять тепло, накопленное зданиями или исходящее от городского транспорта (63). Исключение составляет Испания, где смертность в сельских населенных пунктах была выше, чем в столицах провинций (64). Расположение и местонахождение домов, температура внутри них, подверженность высоким концентрациям озона и взвешенных частиц, а также волнам интенсивной и продолжительной жары увеличили риск смерти в жаркий период.

Ключевые элементы плана противодействия жаре

В разгар жары 2003 г. многие страны предприняли конкретные шаги и превентивные меры. Венгрия, Германия, Испания, Италия, Португалия, Соединенное Королевство и Франция разработали планы противодействия жаре, и многие европейские государства создали системы информирования населения о ее последствиях

для здоровья (65). Италия, Португалия, Соединенное Королевство и Франция разработали системы оперативного выявления периодов сильной жары.

Анализ данных, полученных системой EuroHEAT (66) в странах, которые осуществляют планы противодействия жаркой погоде, позволяет выявить ключевые элементы последних. Ниже приводятся шесть основных элементов планирования готовности системы здравоохранения на случай жары: прогнозирование волн сильной жары в будущем; системы раннего оповещения; подготовка систем здравоохранения; оперативное выявление; медицинские и публичные рекомендации; планирование жилищного и городского строительства.

- Планы на случай жары в основном опираются на обычные меры, необходимые в такой ситуации — в частности, они включают взаимодействие с метеорологической службой для получения точных и своевременных прогнозов, ясное понимание воздействия жары на здоровье, установление главного ответственного агентства, разработку и осуществление планов предупреждения об опасности, связанной с жарой, выявление групп высокого риска для оказания целевой приоритетной помощи, наличие охлаждающих средств, участие социальных служб, привлечение «клиентов» и целевых групп к процессу планирования, разработка способов связи, осуществление тщательного мониторинга и оценки плана.
- Системы раннего оповещения о последствиях жары для здоровья тесно увязывают действия системы здравоохранения с прогнозами опасной погоды и имеют целью предотвратить ее отрицательные последствия. Некоторые страны разработали системы, которые выявляют негативные погодные явления за один—три дня до их наступления, распространяют информацию по общественным каналам и приводят в действие соответствующие институты и органы управления (67). Дополнительно EuroHEAT обнаруживает и предсказывает потенциально опасные ситуации на период до 10 дней вперед.
- Системы здравоохранения, особенно системы базового медицинского обслуживания и относящиеся к ним службы, должны готовить планы действий в непредвиденных обстоятельствах для обеспечения необходимого штата сотрудников и создания мобилизационного подразделения, ведающего набором дополнительных сотрудников на период жаркого сезона. Эти планы должны, в частности, предусматривать установ-

ку системы охлаждения, разработку и распространение стандартных операционных процедур, инструкций и протоколов лечения для широкого обмена информацией и ценным практическим опытом, для того чтобы ослабить и предупредить последствия жаркой погоды на здоровье.

- Важное значение имеет своевременное информирование населения о последствиях жары, особенно для стран, где отсутствует система раннего оповещения о ее опасностях для здоровья. Италия, Португалия, Соединенное Королевство и Франция разработали системы оперативного выявления периодов жары, соединенные обратной связью с центральным реестром сведений, который основывается на регистрации смертей в 72-часовые сроки и на регистрации количества срочных вызовов и выездов врачей, что позволяет при необходимости направлять или корректировать действия системы здравоохранения.
- Медицинские и публичные рекомендации: необходимо широко распространять навыки оказания первой помощи людям, испытывающим тепловые удары. Наиболее эффективный способ уберечь людей — сократить время их пребывания в условиях жары. Этого можно достичь путем ряда бытовых и поведенческих мер. Население должно знать об эффективных способах уменьшить время нахождения в условиях жары, основных методах регидрации и охлаждения организма и о необходимости снижения своей физической активности.
- Планирование городского строительства: долгосрочная стратегия, предусматривающая снижение последствий жары, должна быть включена в городское планирование и найти свое отражение в реестрах правил строительства в средах с высокими рисками.

Засухи и природные пожары

Существует вполне очевидная связь между экстремальной жарой, засухой и природными пожарами. Засухи приводят к нарушению питания (протеиновое энергетическое недопоставление и/или недостаток микроэлементов), респираторным заболеваниям и болезням, передаваемых через воду. Засухи уменьшают разнообразие и объем потребляемой пищи и поэтому могут вызвать в организме нехватку микроэлементов. Недостаточное питание повышает риск приобретения инфекционного заболевания или смерти от него. Засухи в странах Центральной Азии, как сообщалось, приводили к замедлению роста и недоеданию детей.



© SCANPIX

Аральское море — особый случай медленной антропогенной экологической катастрофы, которая с 1960 г. привела к сокращению на 60% его объема и удвоению в нем концентрации солей. Жители региона Аральского моря страдают от широкого спектра болезней, вызванных этим продолжающимся бедствием (68).

Засухи также могут влиять на снабжение питьевой водой и ухудшать ее качество. Понижение уровня рек может увеличить концентрацию загрязняющих веществ в системах водоснабжения. В Болгарии во время засухи 2004 г. возросло количество случаев заражения вирусным гепатитом А и шигеллезной дизентерией. Кроме того, потеря людьми средств к существованию в результате засухи является важной причиной массовых перемещений населения.

Более теплые и сухие климатические условия в конечном счете приведут к более

частым и длительным засухам с возросшей опасностью лесных и кустарниковых пожаров, особенно в районе Средиземноморья. За период с 1990 г. от таких пожаров в Европейском регионе погибли 228 человек, и пострадали от причиненных ими разрушений почти 300 тыс. человек.

Землетрясения

Мощные землетрясения в местах проживания людей — это катастрофические события, чреватые обширными разрушениями и гибелью населения. Они не только приносят значительный экономический ущерб, но и оказывают огромное влияние на состояние здоровья пострадавшего населения.

Прямым следствием этих бедствий может быть большое число погибших от травм и асфиксии. Для лечения соответствующих ранений, в том числе преодоления синдрома длительного сдавливания, необходимы неотложные поисково-спасательные операции и медицинская помощь. Растет общее понимание того, что устранение психологических последствий

таких бедствий и других явлений, вызванных чрезвычайными ситуациями, требует всеобъемлющего подхода на основе вмешательства социальных служб и путем включения психологической реабилитации в службы обеспечения общего здоровья.

За последние два десятилетия Европейский регион пережил несколько сильных землетрясений, в том числе Спитакское, которое поразило Армению в 1988 г., и землетрясение в Мармаре, Турция в 1999 г. (см. вставку 9).

Несчастные случаи катастрофического масштаба

Крупная технологическая авария типа взрыва, пожара или неконтролируемого выброса химических веществ может создать для общественного здравоохранения чрезвычайную ситуацию. С 1990 г. в Европейском регионе было зарегистрировано более 600 подобных катастроф (табл. 2) (12), в результате которых в общей сложности погибли 17 тыс. человек. Авария 1986 г. на Чернобыльской атомной станции (см. вставку 10) и катастрофа с танкером



Вставка 9. Землетрясение в Мармаре, Турция, в 1999 г.

Семнадцатого августа 1999 г. в 03:02 утра в районе Мармара в Турции произошло землетрясение мощностью 7,8 балла по шкале Рихтера. От землетрясения пострадала плотно населенная территория, где в пяти городах проживало около 2 млн человек. Землетрясение затронуло в основном городские территории. Согласно официальной статистике, последствия землетрясения были таковы: 18 256 погибших, 48 905 раненых и значительные повреждения 357 322 зданий, из которых треть была полностью разрушена. Согласно оценкам, 200 тыс. человек в этом районе остались без крова.

Синдром длительного сдавливания был диагностирован у 639 освобожденных из-под развалин. Больницы были плохо оснащены аппаратурой для диализа, необходимой для лечения ассоциированной почечной недостаточности, и ни спасательные команды, ни команды скорой медицинской помощи не могли оказать на месте неотложную медицинскую помощь пациентам с синдромом длительного сдавливания. В результате основной причиной смерти среди пострадавших от землетрясения был именно этот синдром.

В период после землетрясения в турецких средствах массовой информации появились сообщения, отражающие множество мифов и ложных представлений относительно опасности его последствий для здоровья. Сообщения СМИ об угрозе развития эпидемии холеры и брюшного тифа в целом не имели под собой серьезных оснований, как об этом можно судить, исходя из опыта предыдущих землетрясений. СМИ также преувеличивали угрозу, которую тела погибших представляли для здоровья населения.

Разрушение систем водоснабжения и канализации, в результате чего питьевая вода оказалась небезопасной, действительно повысило риск развития диарейных заболеваний. Однако эта проблема была надлежащим образом решена с помощью обеспечения населения тысячами бутылок чистой питьевой воды. ВОЗ оказала помощь правительству Турции в создании системы раннего оповещения, задача которой заключалась в мониторинге пяти основных болезней, включая диарею и корь; при этом особое внимание уделялось группам людей, которые в результате землетрясения оказались без крова.

Переоценка опасности, которую якобы представляют тела погибших, привела к потере времени и нерациональному направлению ресурсов на проведение таких санитарно-эпидемиологических мер, как рассыпание хлорной извести вокруг зданий, разбрызгивание в воздухе дезинфицирующих средств и массовая и быстрая кремация умерших. Эти действия отвлекали внимание от более неотложных мер, таких как лечение пострадавших с синдромом длительного сдавливания, и мало способствовали восстановлению социальной стабильности, поскольку родственникам умерших не было дано времени для идентификации своих близких и прощания с ними.

Более отдаленные последствия землетрясения для здоровья проявились в увеличении распространенности проблем психического здоровья, особенно посттравматических стрессовых расстройств. При этом надлежащее лечение смогли получить только небольшое число лиц с этими проблемами. После землетрясения значительно ухудшилась доступность медицинской помощи для уязвимых групп населения, таких как пожилые, дети, женщины и безработные. Экономическая безопасность и безопасность здоровья этих групп была значительно подорвана в результате дополнительного бремени расходов, связанных с землетрясением.

Одним из основных уроков, извлеченным в ходе ликвидации последствий землетрясения в Турции состоит в том, что и правительственные органы, и средства массовой информации должны тесно взаимодействовать и располагать точной информацией относительно угроз для здоровья, связанных с землетрясением, а также о надлежащих действиях служб здравоохранения.

Основным препятствием для эффективного реагирования на землетрясения была недостаточная координация как между министерствами, так и между гуманитарными организациями. Отсутствие скоординированного призыва о донорской помощи привело к случаям неуместных поставок, а также к направлению излишне большого числа международных медработников-добровольцев. В Министерстве здравоохранения было создано Центральное управление медицинских катастроф. Прделана большая работа в такой области, как сбор данных о важнейших

видах ран, получаемых во время землетрясения, а также о том, какие лекарства, оборудование и кадровые ресурсы необходимы для уменьшения последствий землетрясения.

В период после землетрясения некоторые постройки, например такие, как больницы, школы и административные здания, пришлось перестроить или реконструировать, с тем чтобы они могли противостоять опасности и продолжали функционировать в условиях каких бы то ни было бедствий. В инженерных вузах были созданы последипломные программы подготовки к бедствиям, а учебные программы медицинских факультетов и законодательства были изменены, с тем чтобы лучше подготовить государственные структуры к принятию эффективных действий в случае возникновения бедствий в будущем.

Меры по повышению готовности к бедствиям должны проводиться параллельно с усилиями по обеспечению устойчивого развития. Дело в том, что местные сообщества с образованными, хорошо информированными в вопросах здоровья и организованными гражданами, живущими и работающими в здоровых условиях, значительно менее уязвимы по отношению к бедствиям и лучше оснащены и подготовлены к преодолению медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

Источник: Strengthening health systems' response to crises. Towards a new focus on disaster preparedness (69).

«Престиж» у побережья Испании в 2002 г. — два примера крупных катастроф, случившихся в Европейском регионе.

Конфликты и сложные чрезвычайные ситуации

Конфликты с применением насилия — наиболее очевидная и прямая угроза безопасности

здоровья населения, ибо они приводят к гибели людей, перемещению населения, серьезному подрыву систем здравоохранения и тяжелым социально-экономическим последствиям. С 1990-х годов в Европейском регионе ВОЗ произошло несколько войн и насильственных конфликтов, повлекших за собой значительные политические, социальные и гуманитарные последствия.

Вставка 10. Авария на Чернобыльской АЭС

Двадцать шестого апреля 1986 г. мир стал свидетелем самой серьезной ядерной аварии в истории. Высвобожденное значительное количество радиоактивных веществ вызвало серьезное заражение прилегающих районов; причем следы загрязнения прослеживались в Восточной и Западной Европе. Эта катастрофа имела серьезные социальные и экономические последствия и нанесла значительный урон окружающей среде и здоровью людей. Чернобыльская авария стала человеческой трагедией, поскольку привела к широкомасштабным переселениям людей: в 1986 г. из прилегающих районов были эвакуированы 116 тыс. человек, а после 1986 г. поменяли место жительства еще около 220 тыс. В результате аварии также были заражены обширные земельные угодья с населением около 5 млн человек (70), лишившихся средств к существованию. Люди, пострадавшие от аварии, внезапно столкнулись с ситуацией, которую они не могли осознать и против которой не имели средств защиты. Психические травмы, испытываемые людьми, которые были вынуждены эвакуироваться, усугубили и без того невыносимую ситуацию, поскольку им пришлось оборвать связи с привычным домашним и социальным окружением.

К последствиям Чернобыльской аварии для здоровья людей следует отнести воздействие ионизирующего излучения, утрату средств к существованию, обусловленную изменением места жительства. Наиболее сильно пострадавшей группой населения были рабочие-спасатели, особенно те, которые активно действовали в зонах первичного заражения, и люди, жившие в районах с большим выпадением радионуклидов. Два человека погибли во время взрыва реактора, и 134 получили острую лучевую болезнь; 28 из них умерли в течение нескольких дней или недель после аварии.

После 1986 г. были проведены многочисленные исследования, имевшие целью определить, возросло ли после аварии количество заболеваний раком, и оценить другие ее возможные последствия для здоровья (70). Среди детей всех возрастов, проживающих в зараженных зонах Беларуси и Украины, было отмечено существенное увеличение заболеваний раком щитовидной железы (71, 72). Это увеличение — после неожиданно короткого латентного периода — было обусловлено особой восприимчивостью детских организмов, возможно усиленной прошлым недостатком йода. На первых порах возрастание случаев лейкемии или иных типов рака не могло быть с уверенностью отнесено на счет радиоактивного облучения в результате Чернобыльской аварии (73). Но недавно рост, в зависимости от полученной дозы, риска рака, связанный с выпадением чернобыльских осадков, был зафиксирован в Беларуси (74) и Швеции (75). Из европейских стран с меньшими уровнями радиоактивного загрязнения в результате аварии в Чернобыле поступают противоречивые сообщения о последствиях для здоровья, которые могут быть отнесены на счет радиоактивного облучения плода, в том числе случаи мертворождения, врожденные пороки развития, младенческая смертность и детская лейкемия (76, 77). Исследование этих проблем продолжается.

В рамках Международной программы ВОЗ по изучению последствий Чернобыльской катастрофы для здоровья Организация осуществила несколько проектов по оказанию помощи Белоруссии, России и Украине для уменьшения медицинских последствий аварии. На основе результатов этой программы ВОЗ участники Международного проекта «Лечение заболеваний щитовидной железы» и ряда пилотных проектов Международного агентства по изучению рака пытаются оценить пригодность различных подходов к эпидемиологическому мониторингу пострадавших людей.

ВОЗ продолжает и развивает свою деятельность по дальнейшему изучению Чернобыльской аварии, интегрируя результаты деятельности и опыт своих бюро и специализированных программ. В сотрудничестве с тремя пострадавшими странами она определила следующие приоритетные области:

- сохранение банков тканей щитовидной железы и ДНК для своевременного диагноза и подтверждения заболевания щитовидной железы, а также для изучения рака, вызываемого радиацией.
- проведение оценок риска при однократном и многократном получении низких доз радиации.
- предоставление медицинской помощи детям, пострадавшим от Чернобыльской аварии, путем разработки и осуществления медицинской телематерики.

Из Чернобыльской аварии было извлечено много уроков, и некоторые страны предприняли подготовку к принятию ответных мер для ослабления последствий аналогичных событий в будущем; к этому относится и Сетевая структура медицинской готовности и помощи в условиях чрезвычайной радиационной обстановки ВОЗ (70).

Вставка 11. Утечка нефти из танкера «Престиж» в 2002 г.

14 ноября 2002 г. у северо-западного побережья Испании получил пробоину и затонул нефтяной танкер «Престиж», что привело к появлению на воде самого долгого (по времени) и самой протяженного (по длине) нефтяного пятна в истории северо-восточной Атлантики. До того как судно затонуло, из него вылилось порядка 4 тыс. тонн тяжелой нефти, и еще 60–70 тыс. тонн осталось на борту. Основное воздействие утечка оказала на живую природу вдоль 100-километрового участка берега; рыболовство в этой зоне было прекращено.

Главные угрозы здоровью людей исходили от полициклических ароматических углеводородов, которые могут абсорбироваться кожей или через дыхание. Полициклические ароматические углеводороды являются человеческими канцерогенами, классифицируемыми Международным агентством по изучению рака как Группа 2, что показывает связь между кожными и легочными опухолями у пострадавших. Эти вещества вызывают проблемы пищеварения (такие, как тошнота,

рвота, боли и диарея), головные боли, возбуждение и раздражение. Профилактические меры, которые необходимо принять для недопущения ущерба здоровью людей от употребления в пищу зараженной рыбы, обойдутся, как ожидается, в сумму до 100 млн фунтов стерлингов. Из-за химической устойчивости и токсичности вытекшего вещества опасность от нефтяных осадков может сохраняться в течение 20 лет.

В период 1991–2002 гг. вооруженные конфликты разной интенсивности в Словении, Хорватии, Боснии и Герцеговине, Сербии (особенно в южной ее части и в крае Косово, управляемом администрацией ООН) и бывшей югославской республике Македония привели к большим человеческим жертвам и нанесли серьезный ущерб базовым структурам социального обеспечения. По оценкам, погибли более 125 тыс. человек и до 3 млн человек поменяли место жительства.

Распад СССР вызвал ряд насильственных инцидентов во время формирования новых государственных образований и перехода их к самоопределению. Хотя статистические данные на этот счет носят противоречивый характер, столкновения в Абхазии (Грузия), в регионе Северного Кавказа (Российская Федерация), Нагорном Карабахе (Азербайджан), Приднестровье (Республика Молдова) и Таджикистане, возможно, унесли жизни более 200 тыс. человек.

Участие ВОЗ в координации гуманитарной помощи медицинского характера во время острых конфликтных ситуаций всегда преследует цель — даже при самых тяжелых обстоятельствах — обеспечить функционирование национальных и местных систем здравоохранения и доступ наиболее пострадавших людей к базовым медицинским услугам. Одновременно ВОЗ стремится объединить руководителей здравоохранения и специалистов конфликтующих сторон для обсуждения общих вопросов здоровья. В Юго-Восточной Европе благодаря здравоохранительным программам ВОЗ и Департамента международного развития Соединенного Королевства систематически устанавливались перемирия, о чем свидетельствуют несколько эпизодов в Боснии и Герцеговине и в Хорватии (Восточная Славония) (8,9).

Эффективная координация усилий в области здравоохранения, как это имело место в Юго-Восточной Европе и на Северном Кавказе (см. вставки 12, 13 и 14), реально позволила местным властям направить международную помощь туда, где она была наиболее необходима. В главе 4 описываются другие полезные уроки, извлеченные из недавних конфликтов в Европейском регионе.

Чтобы восстановить в постконфликтной среде минимально необходимые основы безопасности здоровья нужна скоординированная стратегия по реконструированию потенциала общественного здравоохранения и укреплению его систем. Компонент здоровья, внесенный в Пакт стабильности для Юго-Восточной Европы (10, 11), представляет собой новую форму институционального договора для решения основных вопросов здоровья, имеющих международное значение (см. вставку 12). Путем создания доверия и улучшения здоровья эта инициатива способствует осуществлению более широких стратегий по предотвращению конфликтов в регионе.

В контексте реформы гуманитарных действий ВОЗ как лидирующее учреждение Кластера глобального здравоохранения МПК ООН будет продолжать работу по укреплению партнерства с другими организациями системы ООН, национальными учреждениями, правительственными и неправительственными организациями и другими партнерами в сфере здравоохранения (26). (Более подробно о концепции кластеров см. вставку 16 в главе 5).

Потенциальные будущие вызовы, порожденные глобальными изменениями

Растет количество свидетельств того, что изменения климата, окружающей среды, истощение стратосферного озона и рост взаимозависимости в результате перемен в торговле, перемещении людей по всему миру и технологиях потенциально способны повлиять на здоровье человека через систему сложных и взаимосвязанных механизмов. Рост населения и нарастающая интенсивность экономической деятельности влекут за собой целый ряд глобальных экологических угроз для благосостояния и здоровья людей, которые по своим масштабам беспрецедентны и носят системный характер (80). Некоторые направления воздействия этих изменений на человеческий организм хорошо известны. Результатами могут быть рост массовой смертности и заболеваемости по причине экстремальных погодных условий, изменения в моделях инфекционных болезней, в снабжении водой и продовольствием, появление новых

Вставка 12. Пакт стабильности для Юго-Восточной Европы как процесс предотвращения конфликтов и восстановления

В 1999 г. международное сообщество учредило Пакт стабильности для Юго-Восточной Европы с целью предотвращения конфликтов и содействия развитию региона. Более 40 партнеров объединили усилия для того, чтобы в этом регионе прежняя политика реагирования на возникающие кризисные ситуации уступила место всеобъемлющей долговременной стратегии предупреждения конфликтов.

Вскоре международное сообщество осознало, что здоровье является жизненно важным элементом этого процесса: без здорового населения восстановительный процесс невозможен. В 2001 г. в повестку дня Пакта стабильности был добавлен компонент общественного здравоохранения и был подписан Дубровникский призыв об удовлетворении соответствующих потребностей уязвимых групп населения Юго-Восточной Европы — уникальное политическое обязательство в области обеспечения здоровья (78). Этот компонент был облечен в форму плана совместных действий в рамках Структуры здравоохранения Юго-Восточной Европы, для которой Совет Европы и Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время выполняют функции секретариата. План действий инициировал политический процесс регионального сотрудничества через проекты в области общественного здравоохранения в девяти странах (Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Бывшая Югославская Республика Македония, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Хорватия, Черногория).

Одной из областей сотрудничества является психическое здоровье. С середины 1990-х годов ВОЗ работала с правительствами Албании, Сербии (включая управляемый ООН край Косово), Черногории и БЮР Македонии для оказания незамедлительной помощи по восстановлению психического здоровья граждан, многие из которых страдают от травм, полученных во время вооруженных конфликтов и переселения. В постконфликтный период ВОЗ начала проводить реформы услуг в области психического здоровья, которые включили деинституционализацию психиатрических пациентов, зачастую содержавшихся в невыносимых условиях, создание более 60 новых общинных центров психологической помощи и увеличение штата социальных и медицинских специалистов, организуя их обучение и обмен с соответствующими институтами и партнерами в Европе.

Вооруженные конфликты, политические кризисы, экономические катастрофы и целый комплекс унаследованных проблем привели к серьезному ухудшению помощи, оказываемой психически больным людям в странах Юго-Восточной Европы, в то время как спрос на такие услуги увеличивался. Пакт стабильности дал крайне необходимый импульс этим усилиям и определил задачи в области психического здоровья для всего региона.

Помимо сферы психического здоровья приоритеты в сфере общественного здравоохранения, высказанные в Дубровникском призыве, также нашли свое выражение в проектах в области инфекционных заболеваний, хранения крови, безопасности продуктов питания, систем медицинской информации и контроля над курением. Сегодня страны Юго-Восточной Европы совместно работают над трансграничными здравоохранительными проектами в целях обеспечения политического диалога, улучшения системы здравоохранения, приближения национальных законодательств к законам ЕС, восстановления обществ и воссоздания добрососедских отношений внутри стран и между ними.

Вставка 13. Улучшение базовых услуг медицинского обеспечения в Чеченской Республике, Российская Федерация

Спустя десятилетие после острых конфликтов Чеченская Республика, как считается, вступила в фазу восстановления. Однако внутренние беспорядки продолжают, и хотя в 2006 г. степень безопасности ситуации по классификации ООН была понижена с Уровня V до Уровня IV, Чеченская Республика остается труднодоступной для сотрудников ООН. В соседней Республике Ингушетия положение остается неустойчивым, поступают сообщения о выступлениях против органов и государственной власти.

Общее состояние здоровья жителей республик Северного Кавказа несопоставимо с аналогичным средним показателем по Российской Федерации. Ввиду почти полного коллапса структуры здравоохранения доступ к медицинскому обслуживанию там ограничен, а качество медицинских услуг остается низким во всем регионе. Основные медицинские потребности, особенно уязвимых слоев, удовлетворяются слабо. Система здравоохранения страдает от нехватки квалифицированного технического, административного и управленческого персонала, специального и базового медицинского оборудования, мебели и расходных материалов. Медицинские объекты находятся в упадке и часто испытывают проблемы со снабжением необходимыми материалами и удалением отходов.

Присутствие большого количества вынужденно перемещенных лиц из Чечни в Ингушетии (около 30 тыс. человек) и Дагестане (10 тыс.) создает дополнительную нагрузку на уже и без того перегруженную и ослабленную систему здравоохранения.

Укрепление служб первичных звеньев здравоохранения в республиках Северного Кавказа является первоочередной задачей национального сектора здравоохранения. В 2006 г. регион получил дополнительные ассигнования из федерального бюджета на цели укрепления системы здравоохранения, особенно на восстановление медицинской инфраструктуры, оснащение оборудованием и организацию обучения в целях реализации первоочередных задач, поставленных в плане развития национального здравоохранения. Однако насущные потребности региона далеко не удовлетворены, и медицинский сектор остается тяжелой проблемой для федеральных властей в плане управления, финансирования и неравенства внутри и между республиками.

Общей гуманитарной задачей, стоящей перед системой здравоохранения, как это подчеркнуто в Межучрежденческом плане работы на Северном Кавказе в условиях переходного периода (79), остается координация усилий по уменьшению воздействия хронического системного кризиса на здоровье и ослаблению его социальных и экономических последствий. Особые задачи состоят в том, чтобы совершенствовать и расширить доступ к профилактическим и лечебным службам первичных и вторичных звеньев общественного здравоохранения для уязвимых слоев населения, нуждающихся в продолжении гуманитарной поддержки, а также укрепить систему здравоохранения и усилить потенциал местных медицинских органов, чтобы они, при содействии других заинтересованных сторон, занялись решением безотлагательных проблем уже на начальных стадиях восстановления.

ВОЗ вносит свой вклад в реализацию этих задач:

- предоставляет техническую поддержку местным медицинским органам для развития систем здравоохранения и программ в области общественного здоровья;
- взаимодействует с Группой глобального здоровья Межведомственного постоянного комитета, включающего более 30 международных и национальных организаций, занимающихся проектами общественного здравоохранения;
- осуществляет проекты по укреплению местных медицинских структур через развитие их потенциала и участие в реформе сферы общественного здравоохранения.

Гуманитарная и международная помощь по-прежнему необходима для реконструкции и восстановления и развития государственных медицинских структур, развития основных программ общественного здравоохранения (здоровье матери и ребенка, болезни, передающиеся половым путем, ВИЧ/СПИД, эпиднадзор за инфекционными заболеваниями, контроль за распространением туберкулеза, психическое здоровье и психологическая реабилитация, поддержка пострадавших от мин), и для улучшения доступа к первичному и специализированному медицинскому обслуживанию.

Пятнадцатого февраля 2007 г. ЕС, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ официально начали осуществлять программы в области здоровья и образования для Северного Кавказа. Деятельность ВОЗ в этом партнерстве будет сосредоточена на укреплении систем здравоохранения в Чеченской Республике и Ингушетии, для чего будет создан кадровый потенциал в 3 тыс. медицинских работников, учреждены центры обучения и информации и предоставлено необходимое медицинское оборудование и медикаменты.

Источник: Inter-Agency Transitional Workplan for the North Caucasus (79).

Вставка 14. Риски для здоровья уязвимых групп населения

После конфликта в крае Косово, находящемся под управлением ООН, в северной части района Митровица возникла сложная ситуация в области безопасности здоровья, вызванная политическими и социально-экономическими трудностями. Она еще более усугублялась ухудшением состояния здоровья значительных групп населения в сочетании с постоянным воздействием загрязнения окружающей среды. Общины, проживающие в городе Митровица, состоят преимущественно из сербов (на севере) и албанцев (на юге).

Закрытие в 2000 г. завода ТРЕПЏА, одного из крупнейших металлургических и горнодобывающих комбинатов бывшей Югославии, еще больше ограничило возможности найти работу в уже и без того тяжелых экономических условиях. Шестидесять лет горнодобычи привели к сильному загрязнению окружающей среды и создали угрозу для здоровья местного населения, между тем как хвостовые отвалы и места расположения металлургического комбината продолжают источать отравленную свинцом пыль.

Социально-экономическое положение меньшинств — групп цыган, ашкали и египтян — остается особенно неблагоприятным. Это самые маргинализированные этнические группы района с точки зрения экономической деятельности, образования, медицинского и социального обеспечения и доступа к общественным услугам, участия в гражданском обществе. В 1999 г. их переселили в три лагеря для перемещенных лиц, где они жили в очень плохих условиях и подвергались воздействию крайне высоких уровней свинца. Три лагеря, в которые они переехали после 1999 г., никогда не планировалось сделать полупостоянными поселениями, однако продолжавшаяся в то время напряженность помешала переехавшим вернуться в южную Митровицу.

Множественный эффект, возникающий от постоянного воздействия на человеческий организм свинца, носит в основном бессимптомный характер и часто неверно диагностируется. Накопление свинца в организме детей наносит ущерб мозгу и нервной системе, тормозит речь, ведет к проблемам со слухом и психической отсталости, уменьшает способности к обучению, вызывает поведенческие проблемы и затрудняет рост.

Результаты оценок риска и специальных миссий ВОЗ свидетельствуют, что отравление детей этого региона свинцом следует рассматривать как одну из самых серьезных кризисных ситуаций в современной Европе, связанных с окружающей средой и здоровьем детей. В июле 2002 г. ВОЗ приступила в крае Косово, находящемся под управлением ООН, к реализации программы по снижению подверженности населения воздействию тяжелых металлов. В 2004 г. ВОЗ предложила провести немедленное и добровольное перемещение наиболее пострадавших жителей трех лагерей — цыганского, ашкали и египетского — в более безопасное место. Выявленные случаи повышения содержания свинца в крови у большинства детей в возрасте до шести лет были отнесены к категории случаев, требующих неотложного специального лечения (хелационная терапия). Хотя дело было безотлагательным, сложная местная ситуация породила неопределенность и задержки, и рекомендации ВОЗ не были выполнены до конца 2005 г. В 2005 г. была сформирована специальная группа экспертов, занявшаяся свинцовым кризисом.

Перемещение лагерей цыган, ашкали и египтян — это только временное решение. Ввиду общей зараженности северной части Митровицы тяжелыми металлами реально не существует свободных от свинца территорий для переселения, так что цыгане, ашкали и египтяне не могут вернуться в свое первоначальное поселение. Это поселение пока так и не было восстановлено в силу отсутствия средств, хотя возвращение в него является единственным решением в долгосрочном плане. Поэтому был обновлен бывший французский военный лагерь Остероде, принявший 550 цыган, ашкали и египтян; однако не все захотели вновь переезжать, желая вернуться только домой. В марте 2006 г. большая часть общины переехала на новое место после того, как один из лагерей частично пострадал от наводнения.

Это переселение было необходимой предпосылкой для начала хелационной терапии ввиду возможности побочных эффектов в зараженной среде. В дальнейшем местные органы самоуправления решили повысить эффективность использования затребованных хелационных лекарств, и был разработан протокол для лечения на месте в лагере Остероде, где раньше размещался

французский военный контингент, поскольку число пострадавших детей превышало возможности местной больницы. Таким образом, в лагере была сформирована клиническая группа по свинцу, которая проводила лечение его жителей, а также проверку и мониторинг концентрации свинца в крови.

К октябрю 2006 г. курс терапии прошло большинство детей. В настоящее время подготавливается второй этап лечения для тех детей, которые еще не прошли его или нуждаются в его продолжении.

Со стороны общественного здравоохранения ВОЗ поддерживает эту программу следующими мерами: кампанией по оповещению общественности с целью снижения риска нового отравления свинцом, экспертизой продуктов питания (продуктовой корзины), которые потребляют большинство семей, программой укрепления физического здоровья в школах.

растительных и животных видов, изменение путей миграции животных и сопутствующие всему этому экономические потери. Другие направления более сложны и требуют новых научных исследований для полной оценки масштабов их потенциального воздействия.

Потенциальное изменение климата

Изменение климата становится реальностью. За минувшие 100 лет средняя приземная температура повышалась на $0,74 \pm 0,18^\circ\text{C}$, средний уровень мировых вод повышался с 1961 г. на 1,8 мм в год, а льды Арктики «съеживаются» на $2,7 \pm 0,6\%$ каждое десятилетие. Помимо этого растет температура поверхностных морских вод, горные ледники отступают, верхние слои океанов становятся более кислотными, и все чаще происходят экстремальные погодные явления. Потенциальные изменения климата в Европе выглядят следующим образом (81, 82).

- Прогнозируемое кумулятивное повышение ежегодной средней температуры с 1980–1999 гг. по 2080–2099 гг. колеблется от 2,3 до $5,3^\circ\text{C}$, в зависимости от предложенных допущений и сценариев.
- В Северной и Центральной Европе среднее количество зимних осадков, как ожидается, увеличится, а количество летних осадков сократится в Центральной Европе и в районе Средиземноморья.
- Уровень морей вокруг Европы в 20 веке повышался на 0,8–3,0 мм в год. Прогнозируемый подъем уровня за период с 1990 г. по 2100 г. в 2,2–4,4 раза выше, чем в минувшем столетии.

- В нескольких разных сценариях (A1B, A2 и B1) Межправительственная группа экспертов по изменению климата в своем *Специальном докладе. Сценарии выбросов (83)* сообщила, что значительные районы Северного Ледовитого океана к концу 21 века не будут иметь ледового покрытия годичного возраста.

- В *Специальном докладе по сценариям выбросов* предсказывается снижение в 21 веке показателя pH на величину от 0,14 до 0,35 единиц (в зависимости от сценария) при том, что с конца доиндустриальной эпохи он снизился всего на 0,1 единицы.

- Количество дней и ночей с низкими температурами, вероятнее всего, уменьшится.

- Количество дней и ночей с высокими температурами, по-видимому, увеличится.

- Частота, интенсивность и продолжительность теплых периодов и волн жары, по всей вероятности, будут возрастать.

- Частота выпадения обильных осадков, вероятно, для большинства районов увеличится.

- В Европейском регионе засухи, по-видимому, будут случаться чаще.

Межправительственная группа экспертов по изменению климата в одном из разделов своего Четвертого оценочного доклада («Последствия, адаптация и уязвимость к изменению климата») представила предварительные варианты двух кратких обзоров для лиц, определя-



© J. R. G. ALFANI, SWISSEDDUC (HTTP://WWW.SWISSEDDUC.CH)

ющих политику о причинах изменения климата с точки зрения физики (81) и о воздействиях климатических изменений, адаптации к ним и уязвимости (82). Итоговый доклад будет содержать подробную подборку фактов и сценариев, поэтому прогнозируемые последствия изменения климата для здоровья и безопасности на данной стадии не детализируются. Ниже перечислены несколько возможных сценариев для Европейского региона.

Возможные сценарии

Количество смертей от волн жары может существенно возрасти. Уроки 2003 г., когда жара в Европе унесла жизни 35 тыс. человек, должны быть учтены в будущих действиях по повышению готовности системы здравоохранения.

Общая смертность может потенциально увеличиваться в летние периоды. Экстраполяции показывают, что долговременные изменения

средних температур могут способствовать повышению смертности в будущем.

Количество наводнений, от которых страдает большое количество людей, может увеличиться. Прогнозируется также увеличение количества осадков в разных частях Европы. Затопления морского побережья в результате штормов и повышение уровня моря способны потенциально увеличивать в Европе каждый год число пострадавших до 2,5 млн, нанося вред здоровью людей и разрушая инфраструктуру, поскольку соленая вода затопляет прибрежные пресноводные источники и причиняет ущерб рыбным экосистемам. Все больше будут воздействовать на Европу ураганы с сильными зимними циклонами (84).

Может участиться появление новых растительных и животных видов, а географический ареал и сезонность некоторых видов могут

изменить карты заболеваний. Географический ареал некоторых болезней, передающихся переносчиками инфекции, в ряде районов уменьшится (климат некоторых районов на юге станет слишком сухими), но в остальных местах ареал будет расширяться с удлинением сезонов переноса заболеваний.

Количество приземного озона с течением времени увеличилось с сопутствующим воздействием на здоровье, которое более серьезно в летний период, что в значительной мере обусловлено ростом выбросов метана, окиси углерода и окиси азота; эта тенденция, как ожидается, будет продолжаться (85, 86). Случаи загрязнения воздуха и соответствующие последствия для здоровья получили хорошее документальное подтверждение — как, например, лондонский смог в 1952–1953 гг.

Может усилиться нехватка микроэлементов и возрасти количество заболеваний, передающихся через пищу и воду, что связано с периодами засухи. Более частые засухи и более продолжительные сухие периоды могут негативно повлиять на продуктивность сельского хозяйства с вытекающими из этого последствиями для здоровья, обусловленными питанием.

По причине более высоких концентраций приземного озона может увеличиться количество сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в летние сезоны. Растет озабоченность относительно того, что климатические изменения могут повысить заболеваемость и смертность, связанные с газовыми загрязнителями и микрочастицами.

Утрата людьми средств к существованию по причине климатических перемен может усилить миграцию населения и увеличить количество временных переселений. Недавний документ Всемирного банка (87) указывает на

потенциальную возможность переезда миллионов людей из-за повышения в 21 столетии уровня моря.

Серьезное социально-экономическое воздействие климатических изменений потенциально может затронуть инвестиции в здоровье и общественное благосостояние. В обзоре Стерна, опубликованном Казначейством Великобритании в октябре 2006 г. (88), приводится оценка, согласно которой ежегодные потери от наводнений в стране могут возрасти с 0,1% ВВП до 0,2–0,4%, а климатические изменения могут снизить глобальное душевое потребление в мире на 11%.

Планы сотрудничества

Системы здравоохранения должны учитывать эти растущие угрозы здоровью в своей многосторонней деятельности по повышению готовности к предотвращению и управлению медицинскими последствиями изменений окружающей среды. Междисциплинарное сотрудничество играет решающую роль в прогнозировании погодных явлений, обеспечении раннего оповещения и своевременных действий, облегчении соответствующего планирования готовности.

Активное взаимодействие национальных и международных агентств и исследовательского сообщества, широкое участие гражданского общества имеют фундаментальное значение в понимании ситуации и составлении сценариев возможных будущих угроз для Европейского региона. Реалистичные сценарии позволяют планомерно готовиться к потенциальным будущим событиям, что обеспечивает широкие контакты с общественностью и консультации с заинтересованными сторонами. Важное значение для этого процесса имеют координация и интеграция проблем здравоохранения, окружающей среды, развития, торговли и безопасности.

3. Международные медико-санитарные правила (2005) – обновленная рамочная основа контроля над угрозами безопасности здоровья

Эпидемии, пандемии и любые чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения могут поставить перед правительствами, обществами и системами здравоохранения неожиданные и серьезные проблемы. Они расширяют существующие бреши в этих системах, и в дополнение к своим прямым последствиям — росту заболеваемости и смертности, могут подрывать экономическую деятельность и развитие. Перемещение людей по всему миру и глобализация необычайно возросли за последние десятилетия, что позволяет заболеваниям распространяться значительно быстрее; кроме того появляются новые и вновь возникающие инфекции. В связи с этим международному сообществу, которое несет ответственность за безопасность здоровья людей, необходимо принять ответные меры. ММСП (2005) создают правовую основу, чтобы поддерживать страны в осуществлении этих ответных действий (89).

ММСП (2005) являются результатом совместных усилий стран по безопасности здоровья, усилий, впервые предпринятых в 13 в., когда карантинные правила защищали население от чумы. Международные соглашения, защищающие государства от распространения инфекционных заболеваний, появились еще в 19 в. Эпидемии холеры, которые опустошали Европу в период между 1830 и 1847 гг., дали толчок интенсивной дипломатии и многостороннему сотрудничеству в сфере здравоохранения и привели к первой Международной санитарной конференции в Париже в 1851 г. В 1948 г. вступил в силу Устав ВОЗ, и три года спустя государства-члены ВОЗ приняли Международные санитарные правила, которые были заменены и переименованы в Международные медико-санитарные правила в 1969 г. и затем изменялись в 1979 и 1981 гг. ММСП изначально

предназначались для выявления и контроля серьезных инфекционных заболеваний. Согласно ММСП (1969), государства-члены были обязаны своевременно информировать ВОЗ о трёх заболеваниях: холере, чуме и желтой лихорадке — в случае появления этих заболеваний на их территориях.

В 1990-х годах государства-члены ВОЗ высказались в пользу пересмотра ММСП. Эта работа осуществлялась в тесном сотрудничестве и в каждом регионе ВОЗ. Венцом этой работы стала Межправительственная рабочая группа, созданная ВОЗ в ноябре 2004 г. для обсуждения пересмотренных ММСП. Группа должна была соблюсти необходимый баланс, учитывая, с одной стороны, национальные интересы государств, а с другой — обеспечить максимальную безопасность общественного здравоохранения, не создавая при этом препятствий для передвижения людей, способствуя защите населения, предоставляя отчетную документацию и разрабатывая меры немедленного реагирования на чрезвычайные ситуации. Достичь этого баланса было трудно, но опыт вспышки ТОРС помог в осуществлении пересмотра правил. В результате обсуждений Всемирная ассамблея здравоохранения приняла пересмотренные ММСП (2005) 23 мая 2005 г. (WHA58.3) (89). Они вступают в силу 15 июня 2007 г., но государства-члены должны удовлетворить всем требованиям ММСП до 2012 г.

ММСП (2005) обеспечивают правовую основу для содействия странам в защите здоровья своего населения от любых потенциальных чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение, а также для осуществления необходимых ответных мер. В Статье 2 ММСП (2005) утверждается, что цель пересмотренных

правил состоит «в предотвращении международного распространения болезней, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер на уровне общественного здравоохранения, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими, и которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли» (89).

Национальные цели охраны здоровья

Согласно ММСР (2005) страны должны развивать собственный потенциал мониторинга состояния здоровья населения, создавая и укрепляя его на базовом, среднем и общегосударственном уровнях, для того, чтобы определять риски для общественного здоровья, сообщать о них, делиться полученной информацией и реагировать на них и на потенциальные чрезвычайные ситуации для общественного здоровья международного масштаба, применяя соответствующие меры. Лучший способ предотвращения распространения заболевания в международном масштабе — действовать пока проблема не приобрела остроту: к этому относится раннее обнаружение эффективными национальными системами надзора, не только выявляющими случаи заболевания, но и следящими за событиями, основываясь на возможно более широком числе официальных и неофициальных источников информации. ММСР (2005) также предусматривает предоставление и совместное использование информации, что само по себе побуждает страны к ведению постоянного диалога с ВОЗ. Правила ведут к созданию систем, обеспечивающих ответные действия на всех уровнях, за счет выработки и применения контрольных мер. Согласно ММСР (2005) страны также принимают на себя широкие обязательства, включающие, например, укрепление национального потенциала повседневной заботы об общественном здоровье в портах, аэропортах, на границах страны и на транспорте, используемом для внутренних и международных перевозок.

Большой охват

ММСР (2005) шире, чем ММСР (1969), которые были разработаны для того, чтобы осуществлять мониторинг и контролировать лишь наиболее серьезные инфекционные заболевания. И хотя ММСР (2005) подтверждают индивидуальный подход к болезням, включая оповещение об оспе, атипичном гриппе, ТОРС и полиомиелите, масштаб их применения отражает подход, основанный на оценке риска для своевременного выявления и применения ответных мер по отношению к любым потенциальным чрезвычайным ситуациям в области

здравоохранения, имеющим международное значение.

Определение чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение

Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, — это экстраординарное событие в здравоохранении, которое означает риск для здоровья населения других стран из-за распространения заболевания в международных масштабах и, потенциально требующее скоординированных ответных международных медико-санитарных мер. Случай отдельного заболевания по своей природе не предоставляет достаточной информации для оценки риска распространения заболевания в международных масштабах. Географическое местоположение, время, размер вспышки, близость к границе или аэропорту, скорость распространения и способ переноса — все это важно для анализа того, является ли событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

Для того чтобы помочь государствам определить, что является чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, в Приложении 2 ММСР (2005) (89) представлен механизм, помогающий принять решение (см. таб.4). С его помощью государства могут оценить риск для здравоохранения в связи с событиями, происходящими на их территории, а также консультироваться с ВОЗ и информировать Организацию о случаях, которые могут расцениваться как чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, в соответствии со следующими критериями:

- серьезное влияние события на здоровье населения;
- необычное или неожиданное происхождение события;
- возможность распространения события в международных масштабах;
- риск ограничений для международных перевозок или торговли, который возник в результате события

Уведомление

Меры по борьбе с отдельными заболеваниями предполагают наличие системы оповещения об оспе, атипичном гриппе, ТОРС и полиомиелите. Тем не менее, государства-участники также обязаны уведомлять ВОЗ о всех случаях, которые могут представлять собой чрез-

Рисунок 4. Схема принятия решений для оценки и уведомления о событиях, которые могут представлять чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение



Источник: составлено по IHR (2005) (89).

вычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, в течение 24 часов с момента медико-санитарной оценки, а также отвечать на последующие запросы о необходимости предоставить более подробную и проверенную информацию, касающихся таких случаев. Это позволит ВОЗ обеспечить соответствующее техническое взаимодействие в целях эффективной защиты в таких чрезвычайных ситуациях и в определенных оговоренных условиях сообщать другим государствам о рисках для безопасности здоровья населения, которые заслуживают действий с их стороны.

Рекомендации и национальные пункты контроля

Генеральный директор ВОЗ определяет, является ли событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, советуясь с теми государствами-участниками, которых это касается, и чрезвычайным комитетом экспертов, назначаемых государствами-участниками из реестра экспертов. Как только установлено, что случай является чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, ВОЗ дает временные рекомендации об ответных мерах здравоохранения, которые должны быть приняты. Они вырабатываются на основе специального анализа конкретного случая, привязаны ко времени и специфике риска. Они могут включать меры, рекомендованные к принятию непосредственно затронутыми государствами-участниками, другими государствами-участниками и операторами международного транспорта.

Следующей важной категорией ММСП (2005) являются постоянные рекомендации. Они обозначают соответствующие мероприятия, которые должны постоянно применяться в связи с конкретными постоянными рисками для здоровья населения в определенных международных аэропортах, портах и пограничных переходах; они могут осуществляться регулярно или периодически. Эти меры могут относиться к лицам, багажу, грузам, контейнерам, судам, воздушным судам, дорожным транспортным средствам, товарам или почтовым посылкам.

ММСП (2005) также предусматривают, что страны определяют национальные пункты контроля ММСП и что будут определены соответствующие контактные лица или чиновники, которые будут предоставлять информацию ВОЗ и получать от нее информацию 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

Юридически обязательные рамки

ММСП (2005) определяют роли и государств-участников, и самой ВОЗ в установлении чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения в разработке ответных мер, и совместном использовании информации. ММСП (2005) содержат международный правовой инструмент, юридически обязательный для всех государств-членов ВОЗ, которые не отклонили их (или, если эта процедура была предусмотрена в ММСП (2005), сделали дополнение), и для всех государств не членов ВОЗ, которые согласились присоединиться к ним.

Роль ВОЗ

ВОЗ выполняет функции секретариата ММСП (2005), реализует программу координации ММСП, обеспечивающую техническую поддержку государствам-участникам в создании необходимого потенциала, а также осуществляет раннее оповещение и ответные меры, в соответствии с протоколами об оповещениях и ответных мерах. ВОЗ создала контактные группы ММСП в каждом региональном офисе, ведет базу данных национальных пунктов контроля. Организацией сформирован реестр экспертов и создана Рабочая группа ВОЗ по пандемическому гриппу. ВОЗ обеспечивает руководство системами раннего оповещения, разрабатывает определения и стратегии ответных мер и составляет протоколы по пунктам статей. Офисы ВОЗ в странах мира совместно с Глобальной сетью предупреждения о вспышках заболеваний и реагирования на них обеспечивают оперативную поддержку странам в определении и реагировании на вспышки заболеваний.

ВОЗ имеет привилегированный доступ к информации посредством ММСП (2005). Согласно ММСП (2005) Организация имеет следующие обязательства:

- определять события, которые могут представлять угрозу общественному здравоохранению, за пределами международных границ;
- оценивать риск того, что ситуация будет иметь международные последствия;
- помогать затронутым государствам-участникам отвечать на угрозы безопасности;
- информировать другие государства-участники в целях содействия их готовности к ответным мерам;
- инициировать действия по устранению чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, которые могут потребовать временных рекомендаций по международным контрольным мерам.

4. Путь, ведущий вперед

Уроки прошлого опыта

В любых кризисах, бедствиях и сложных чрезвычайных ситуациях здоровье людей является предметом основной заботы. Укрепление безопасности здравоохранения требует ясного понимания национального контекста: основных угроз, рисков и их последствий, состояния управленческой структуры и возможностей системы здравоохранения. Приоритеты для укрепления национального потенциала следует устанавливать, основываясь на этом понимании.

Планирование готовности системы здравоохранения требует тщательного анализа для определения основных угроз здоровью населения и имеющихся проблем, чтобы выбрать соответствующие подготовительные меры. Постоянный процесс планирования готовности с использованием многоотраслевого и многорискового подхода дает возможность скоординировать планы национальной подготовки и определить приоритетные действия, направленные на улучшение способности систем и национальных органов здравоохранения реагировать на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение.

Эффективная координация ответных действий системы здравоохранения тесно связана с наличием тщательно разработанных и устойчивых программ антикризисного управления в министерствах здравоохранения с применением в них многоотраслевого и многорискового подхода и комплексных стратегий снижения рисков, предусматривающих принципы оповещения об угрозах. Эти программы должны быть ответственны за планирование готовности системы здравоохранения и управление кризисами в здравоохранении, чтобы сектор здравоохранения был готов взять на себя функцию лидера, координатора и технического руководителя другими секторами, сталкивающимися с кризисом безопасности здоровья.

Программы антикризисного управления должны быть закреплены за министерством здравоохранения, и должны иметь тесные связи с другими отраслями, при этом первостепенное значение следует уделять многоотраслевому и многоаспектному подходу к укреплению готовности систем здравоохранения. Для того чтобы

службы здравоохранения были готовы спасти жизни людей в период кризисов, то есть именно тогда, когда они наиболее необходимы, крайне важно обеспечить наличие функционирующих и апробированных сетей частных и государственных учреждений, привлечь силы гражданской обороны и безопасности, неправительственные организации и добровольцев.

В период кризиса странам часто безвозмездно направляются большие количества медицинских поставок, в том числе основные вакцины и лекарственные средства. Несомненно, многие из них спасают жизни и облегчают страдания людей, однако некоторые виды донорских поставок могут непреднамеренно усугубить проблемы стран-получателей. Межучрежденческие рекомендации по безвозмездным поставкам лекарственных средств (90) и рекомендации по безопасному удалению ненужных фармацевтических средств во время и по окончании чрезвычайных ситуаций (91), разработанные ВОЗ в сотрудничестве с другими партнерами, следует распространять как можно шире и активно доводить до сведения доноров, их партнеров-исполнителей и потенциальных стран-реципиентов, рассматривая эти меры как действия по повышению готовности к чрезвычайным ситуациям до наступления возможной кризисной ситуации. Создание систем мониторинга материально-технической базы и поставок, а также заранее внедренные механизмы получения гуманитарной помощи, включающие процедуры оперативной регистрации пандемических вакцин, могут способствовать предотвращению ситуации, когда местные системы здравоохранения оказываются в трудном положении из-за внешних донорских поставок.

Чрезвычайные ситуации, как правило, рождают нереалистичные мифы, которые могут привести к нерациональному поведению и неадекватной реакции. Надежные средства коммуникации в кризисных ситуациях необходимы для обеспечения точной и надежной информации о состоянии здравоохранения, и для того чтобы избежать продиктованных паникой действий, способных подорвать безопасность здравоохранения. Государствам и средствам массовой информации необходима точная информация об угрозах для

здоровья населения и обеспечения надлежащих мер по поддержке системы здравоохранения.

После крупного конфликта возрождение и укрепление систем общественного здравоохранения и медицинской помощи — важнейший компонент процессов восстановления и реабилитации. На этом этапе, всесторонняя оценка общего состояния систем здравоохранения и их возможность контролировать чрезвычайные ситуации в области здоровья выявляют важнейшие упущения, которые необходимо учесть в будущем. Вероятность положительного результата для безопасности здоровья населения существенно возрастает, если меры восстановления после кризиса хорошо спланированы и скоординированы с общей стратегией системы общественного здравоохранения, учитывают наличие персонала и опираются на инфраструктуру здравоохранения.

Ключевые уроки недавних региональных кризисов здравоохранения

Неожиданные, быстро возникающие и развивающиеся ситуации могут породить хаос, смятение и промедление в действиях даже в хорошо развитых системах здравоохранения. Заблаговременное предупреждение о возможных угрозах и рисках является необходимым элементом планирования готовности систем здравоохранения.

Точное, надежное и своевременное оповещение и совместное использование информации являются основными инструментами принятия решений в сфере здравоохранения и имеют большое значение для уменьшения и смягчения последствий кризиса для здоровья населения.

Межотраслевая координация и предварительно отработанная стратегия принятия решений имеют решающее значение в кризисных и чрезвычайных ситуациях для минимизации последствий для здоровья и безопасности.

Хорошо подготовленные службы системы здравоохранения и налаженные меры по смягчению послекризисной ситуации, такие как устойчивая к наводнениям и землетрясениям инфраструктура, безотказные системы водоснабжения и канализации, наличие средств для оказания неотложной помощи и резервных линий снабжения, эффективно уменьшают отрицательное воздействие на здоровье и безопасность населения.

Осведомленность общественности, связь с лицами, принимающими решения, и рекомендации по действиям в условиях риска представляют собой эффективные инструменты по принятию и осуществлению необходимых предупредительных мер.

Недоверия и неопределенности можно избежать, если иметь проверенную и надежную информацию, а в процессе принятия решений находиться в постоянном диалоге с ключевыми участниками выработки политики.

Чтобы восстановить основу безопасности здоровья в постконфликтных условиях, необходима скоординированная стратегия по восстановлению и укреплению потенциала общественного здравоохранения.

Региональная повестка дня: укрепление систем здравоохранения для управления кризисами

Хорошо подготовленные системы здравоохранения могут эффективно способствовать предотвращению кризиса безопасности, который может вызвать чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение. Многие недавно возникшие сценарии угроз, такие как преднамеренное использование биологических и химических веществ или радиоизотопного материала, а также возможные нападения террористов, направлены на то, чтобы нанести ущерб здоровью и, следовательно, безопасности сообществ, а первыми жертвами таких атак могут стать сотрудники системы здравоохранения.

Слабые системы здравоохранения могут стать узким местом, затрудняющим эффективное управление кризисами здравоохранения, и слабым звеном в цепи подготовки и ответных мер системы здравоохранения. Укрепление сотрудничества и постоянный диалог между профессиональными медиками, лицами, ответственными за безопасность, и теми, кто отвечает за выработку политики, жизненно необходимы для улучшения понимания ими работы друг друга, существующих операционных процедур, а также для обеспечения функциональной совместимости планов национальной подготовки к отражению угроз.

Обеспечение многоаспектного и многоотраслевого подхода

Современная концепция обеспечения готовности, как правило, склоняется в пользу использования многоаспектного подхода, предусматривающего готовность ко всем видам стихийных и антропогенных бедствий, эпидемиям, а также случаям преднамеренного использования биологических, химических и радиоактивных веществ. Необходимо предпринять меры к обеспечению того, чтобы важнейшие функции общественного здравоохранения были интегрированы в межотраслевые скоординированные действия. Укрепление общего руководства, планирование готовности систем здравоохранения в качестве постоянного процесса с многоаспектным подходом, принятие в министерствах здравоохранения надежных программ



© ИНО / ЛУКА РИККА

антикризисного управления и снижения рисков, а также создание механизмов многоотраслевой координации являются эффективными стратегиями предотвращения и смягчения будущих кризисов безопасности здоровья населения.

Разработка планов готовности системы здравоохранения

Для решения вопросов, связанных с рисками в отношении здоровья и безопасности населения, необходимо, чтобы системы здравоохранения располагали комплексными стратегиями предотвращения и готовности. Под понятием «готовность» подразумеваются действия и меры, заблаговременно предпринимаемые для обеспечения эффективного реагирования на угрозы, включая распространение своевременных и эффективных ранних предупреждений, а также временную эвакуацию людей и имущества с территорий, подвергающихся опасности.

Перед системами здравоохранения многих стран Европы стоят такие проблемы, как высокие ожидания населения, многочисленные угрозы здоровью, ограниченные ресурсы. Умелое стратегическое и надлежащее административное управление предполагает хорошо отлаженные системы информационного обеспечения здравоохранения, которые призваны содействовать и поддерживать скоординированные действия внутри сектора здравоохранения, а также между сектором здравоохранения и другими секторами; оно также должно способствовать принятию стратегических и оперативных решений и решений по передаче информации о рисках в целях снижения страхов и неуверенности населения.

В отрасли здравоохранения следует заблаговременно создать механизмы координации действий, командные и контрольные структуры, отработанные

процедуры действий служб здравоохранения для проведения ответных мер, включая мобилизацию дополнительных ресурсов и персонала, а также основные протоколы лечения.

Широкое распространение примеров наилучшей практики и основанных на фактических данных подходов к подготовке планов работы больниц и первичных звеньев здравоохранения необходимы в чрезвычайных ситуациях, когда требуется оказать помощь в местах массовых поражений, отсортировать пациентов по приоритетности и оказать экстренную медицинскую помощь (92).

Национальные планы готовности к чрезвычайным ситуациям в здравоохранении должны обозначать роли и сферу ответственности привлеченных лиц и структур, определять задачи на всех институциональных уровнях системы здравоохранения и конкретно указывать административные и оперативные процедуры и стратегии для скоординированных усилий по наращиванию потенциала дееспособности. Следует формализовать обучение медицинского персонала управлению в условиях чрезвычайных ситуаций в здравоохранении и включить его в медицинские учебные планы, как приоритетный компонент национальных планов образования.

Ответные меры по решению проблем здравоохранения в Европейском регионе традиционно организовывались главным образом по линии вертикальной технической поддержки странам, учитывая конкретную ситуацию развития кризиса. Этот подход, однако, страдает серьезными системными недостатками, поскольку требует значительных затрат и стимулирует параллельные структуры и дублирование.

Для того чтобы успехи отдельных вертикальных технических программ переросли в устойчивые долгосрочные положительные сдвиги в области укрепления безопасности здоровья населения, необходима постепенная интеграция вертикальных программных подходов в согласованную и систематическую структуру с координацией по горизонтали. Чтобы построить всеохватывающую систему реагирования на будущие угрозы здоровью и безопасности, нужен мощный стратегический и операционный потенциал.

Организация и управление системой здравоохранения в каждой стране уникальна. Поэтому обсуждения не ограничиваются разработкой концепций систем здравоохранения, а нацелены прежде всего на решительные действия, которые страна может инициировать для достижения целей, поставленных ее собственной системой здравоохранения, включая эффективное реагирование на различные кризисы в области здравоохранения.

Сделать службы здравоохранения способными повышать безопасность здоровья

Инициатива обезопасить больницы от бедствий

Система здравоохранения особенно чувствительна к угрозам безопасности, и необходимо включить основные службы здравоохранения в планирование и разработку мер по межотраслевому координированию.

Больницы и первичные звенья здравоохранения играют важнейшую роль в чрезвычайных ситуациях, как медицинские учреждения, предоставляющие базовые услуги. Больницы и медицинские учреждения должны быть построены и спланированы так, чтобы они функционировали во время кризисов. Система здравоохранения во многом зависит от работы других ключевых секторов, в том числе служб безопасности, основных коммунальных служб (водо- и энерго-снабжение), а также транспорта, систем образования, управления и экономики в целом.

Выживание и восстановление общины после масштабной чрезвычайной ситуации в значительной степени зависит от способности медицинских учреждений бесперебойно функционировать и справляться с возросшим спросом на медицинскую помощь как во время кризиса, так и в последующий период. Меры по смягчению последствий следует рассматривать в качестве компонентов программ безопасности здоровья и стратегий уменьшения опасности бедствий, и их следует использовать в качестве ключевых звеньев в целях обеспечения эффективной управленческой роли министерств здравоохранения.

Программы готовности национальных систем здравоохранения должны предусматривать, чтобы планы готовности больниц в свою очередь предусматривали круглосуточную работу и больницы были постоянно готовы предоставить необходимый минимум средств для оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим и обеспечить, чтобы инфраструктура медицинских услуг действовала непрерывно.

Снижение функциональной и структурной уязвимости лечебных учреждений — в том числе за счет создания резервных линий электро- и водоснабжения — является обязательным для обеспечения непрерывности их деятельности.

«Больницы следует строить таким образом, чтобы обеспечить их безопасность во время бедствий», — это одна из ключевых рекомендаций Хиогской рамочной программы действия (93), принятой в январе 2005 г. на Всемирной конференции по уменьшению опасности бедствий, состоявшейся в Кобе, Япония (93). Европейское региональное бюро ВОЗ активно поддерживает инициативу, выдвинутую Международной стратегией уменьшения опасности бедствий, и призывающую следовать концепции лечебных учреждений, способных выстоять в любых стихийных бедствиях. Европейское региональное бюро опубликовало рекомендации для руководителей медицинских учреждений по оценке уязвимости больниц в областях, подверженных землетрясениям (94,95).

Улучшение подготовки больниц и служб неотложной медицинской помощи к кризисам

При наступлении чрезвычайной ситуации в области здравоохранения больницы и медицинские учреждения всех размеров и типов неожиданно сталкиваются с огромным спросом на свои услуги. Незамедлительный доступ к медицинской помощи высокого качества является решающим фактором уменьшения числа смертей. Больницам и медицинским учреждениям необходимо немедленно начинать работать в режиме, сильно отличающемся от обычного. Переключиться нелегко, поскольку это требует реорганизации предоставления услуг, работы сотрудников, управления персоналом и отношения к людям. Необходимо координировать деятельность с широким кругом партнеров общественного здравоохранения вне больницы, поскольку больницы вынуждены предоставлять информацию о своих действиях общественности.

Не все медицинские учреждения готовы к работе в таком режиме. Немногие больницы имеют планы действий в условиях чрезвычайных ситуаций для здоровья людей. Тем не менее, укрепление служб неотложной медицинской помощи может предотвратить много смертей и значительную часть случаев длительной нетрудоспособности.

способности населения. Все страны могли бы внести посильный вклад в оптимизацию использования доступных ресурсов посредством лучшей организации и планирования.

Европейское региональное бюро ВОЗ работает с государствами-членами над улучшением планирования готовности больниц. Эксперты из нескольких государств-членов в Европейском регионе совместно выработали типовой план (96), содержащий основные структурные элементы того, что собственно следует планировать и что предпринять в больнице при наступлении кризиса. Этот типовой план рассматривается как примерное руководство для администрации медицинских учреждений, ответственной за разработку планов готовности к кризисам. В руководстве представлен перечень мероприятий, которые должны быть запланированы, и указаны основные проблемы, которые надо решить:

- как организовывать и управлять ответными мерами в кризисной ситуации: потоки информации и координация, соподчинение, мобилизация, планирование транспорта, связи с добровольными учреждениями здравоохранения и т.п.;
- как предоставить специалистам возможность эффективно помогать пострадавшим: постоянный штат больниц должен быть заблаговременно подготовлен и обучен, тогда как резервные сотрудники должны вызываться по мере необходимости; следует планировать привлечение социальной и медицинской помощи со стороны;
- как осуществлять эффективную помощь в чрезвычайных ситуациях; и
- какие еще факторы должны быть учтены заранее: возможная перепланировка помещений в медицинском учреждении, обеспечение безопасности пациентов и персонала, необходимость предусмотреть дополнительные потребности в поставках и логистике и т.д.

Службы неотложной медицинской помощи находятся на передовой линии в борьбе за безопасность здравоохранения в качестве важнейшего фактора защиты и поддержки населения во время кризисной ситуации. Тем, кто первый начинает действовать, — специалистам-медикам и службам безопасности — необходима более тесная координация усилий в целях предупреждения и смягчения подобных ситуаций, а также отработанные функционально совместимые планы, компетенция, технические навыки и оборудование, позволяющее уменьшить урон в случае худшего развития событий.

Случаи с большим количеством жертв ясно показывают, что четкие и проверенные меры системы здравоохранения спасают жизнь многих людей. На международном уровне эффективное внеде-

ление ММСП (2005) под руководством ВОЗ определено может способствовать раннему оповещению о событии и принятию своевременных ответных мер по отношению к любой чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, имеющей международное значение. По этой причине обязательным является активизация действий по следующим направлениям неотложной помощи:

- улучшение планирования и организация служб неотложной медицинской помощи;
- ускорение создания межотраслевых и эффективных сетей, которые обеспечивают неотложную медицинскую помощь населению;
- укрепление служб неотложной медицинской помощи во всех функциональных аспектах, в том числе обеспечение четкого управления, соответствующее финансирование, квалифицированный персонал и рациональное предоставление услуг; и
- обеспечение будущей устойчивости посредством постоянного контроля и оценки.

Европейское региональное бюро ВОЗ уже давно приняло на себя обязательства по предоставлению технической поддержки больницам, службам первой помощи для обеспечения их готовности к кризисной ситуации. Европейское региональное бюро также предоставляет стандартизированные руководства и методики для оценки необходимости добровольной и неотложной медицинской помощи, а также поддерживает государства-члены в их деятельности по пересмотру и внесению изменений в законодательство, организацию и управление всеми связанными со здравоохранением службами.

Улучшение передачи информации о рисках

Безопасность здравоохранения включает общение с населением способами, увеличивающими доверие. В глобализованном мире, где и слухи и новости распространяются быстро, трудно скрыть информацию. Люди имеют право знать, что оказывает влияние на их жизни. Организационная культура, основанная на прозрачности, является необходимым условием для принятия ответных мер в случае возникновения рисков для здоровья и информирования об этих рисках. Раннее оповещение способствует созданию доверия, которое тесно связано с принятием официальных решений.

Прозрачная, своевременная информация необходима: она способствует стойкости населения перед лицом угроз и готовит его к участию в соответствующих ответных мерах и, таким образом, к участию в контроле над кризисом.

Поскольку кризисы трудно прогнозировать, стратегия коммуникации может и должна быть

спланирована заранее. В разгар кризиса решающее значение имеет эффективная связь со средствами массовой информации, поскольку они могут оказать непосредственное влияние на события. Выработка принципов общественной коммуникации, образования и информированности как части заранее подготовленной и проверенной стратегии коммуникации для будущих кризисов может предотвратить перерастание угрозы здравоохранению в политический кризис или кризис безопасности. Стратегия кризисной коммуникации должна быть частью любого плана готовности национальной системы здравоохранения к отражению угрозы для безопасности здоровья населения.

Стратегии кризисной коммуникации должны быть разработаны и внедрены, если органам здравоохранения надо завоевать доверие населения и сохранить легитимность появления сообщений о наступлении неясной ситуации и существовании рисков для здоровья. Во вставке 15 перечислены ключевые принципы ВОЗ передачи информации о рисках.

Планы коммуникации должны выявить все основные заинтересованные стороны; координировать предоставление информации; определить, кто примет на себя ответственность за взаимодействие со средствами массовой информации; установить основные инструменты и каналы для информирования и обновления информации для сообщества, в т.ч. особые категории населения — детей, родителей, преподавателей, духовных лиц, медицинского персонала и тех, кто находится на первой линии борьбы с рисками для здоровья (35, 97, 98). Эти планы предусматривают предоставление населению прозрачной информации и ее обновление. Что происходит? Что делают, чтобы мне помочь? Что я могу сделать сам?

Передача информации о рисках заполняет пробел между оценкой риска и его восприятием. Суждения людей о риске подвержены влиянию многих факторов, отличных от статистических данных, таких как их ценности, эмоции, групповая принадлежность, социально-экономический статус, доверие к государственным учреждениям и осознание контроля над ситуацией. Все эти факторы во многом определяют поведение людей.

Точная, надежная и своевременная связь и совместное использование информации являются основными инструментами принятия решений в области здравоохранения, и могут уменьшить и смягчить воздействие рисков для здоровья населения.

Простые для понимания, надежные и точные сообщения, переданные средствами массовой информации, а также такие меры как социальная мобилизация и санитарное просвещение, могут

помочь людям принимать элементарные защитные меры по снижению риска для здоровья. Проведение основных мероприятий по снижению риска для здоровья осуществляется гораздо легче, если лица, ответственные за принятие решений, должным образом используют средства связи, обсуждают ситуацию, оповещают население.

Во время кризиса общественная потребность в информации (и действиях) такова, что, если официальные источники не предоставляют информации, этот пробел восполняют другие источники. Властям необходимо говорить что-то, даже когда им нечего сказать (14). Кризисы в области здравоохранения как правило ведут к кризисам в области коммуникации. На основе накопленного опыта в Европейском регионе в отношении информирования о существующей кризисной ситуации были извлечены следующие уроки:

- Понимание широкой общественностью рисков и восприятие этих рисков разительно отличается от понимания и восприятия таких же рисков медицинскими работниками, что следует учитывать при разработке и осуществлении коммуникационных стратегий. Коммуникационные стратегии должны принимать во внимание необходимость диалога с общественностью, чтобы оценка риска и его восприятие не были столь различными.
- Доверие — основа эффективной работы средств связи в условиях риска.
- Когда государственные службы не способны принять эффективные меры для устранения рисков для здоровья населения, часто возникает атмосфера недоверия, подозрительности и взаимных обвинений, в основе которых лежит неадекватная и противоречивая информация.
- Мифы, слухи и субъективно воспринимаемые попытки утаить ключевую информацию могут способствовать росту паники и поставить под угрозу безопасность населения.
- Прозрачность информации жизненно необходима для эффективного противодействия рискам здоровью.

Восстановление и реабилитация

Кризисы считаются завершившимися, когда жизненно важные системы исправлены и восстановлены. Гуманитарные действия должны быть сосредоточены на том, чтобы проложить «дороги жизни» к тем, кто в этом нуждается, но помощь с самого начала должна быть дополнена осознанными усилиями, направленными на установление и восстановление ключевых элементов социально-экономической системы и системы безопасности, функционировавших до кризиса.

Вставка 15. Ключевые принципы оповещения о потенциальной опасности

Доверие

Основной целью является установление таких способов связей с общественностью, которые создают, сохраняют и восстанавливают доверие. Это касается любых культур, политических систем и уровней развития. Доверие при связи с общественностью необходимо в обоих направлениях. Факты свидетельствуют, что случаи общественной паники редки, особенно, когда людей откровенно информируют.

Раннее оповещение

Первое официальное сообщение устанавливает параметры доверия. Своевременность, объективность и полнота этого сообщения могут сделать его самым важным способом общения.

Прозрачность

Чтобы сохранить общественное доверие на всем временном протяжении события, необходима прозрачность. Прозрачность означает прямоту, простоту понимания, полноту и точность фактов. Прозрачность должна характеризовать отношения между теми, кто держит происшествие под контролем, и общественностью. Она дает возможность общественности контролировать процессы сбора информации, оценки рисков и принятия решений, связанных с происшествием.

Общественность

Сообщения об опасности должны включать информацию о том, что люди могут сделать для обеспечения собственной безопасности. Способность понимать людей является абсолютно необходимым условием для эффективного общения с ними. Изменить предубеждения бывает трудно без прямого обращения к населению. Почти невозможно составить правильное сообщение, способное преодолеть разрыв между экспертом и общественностью, если не знать того о чем думают люди. Раннее предупреждение об опасности предназначено для того, чтобы информировать общественность о технических решениях (известно как стратегия «Решил -- сообщи»).

Задача коммуникатора заключается в том, чтобы понять, каковы предубеждения людей, их мнения и знания об отдельных рисках, что иногда называется коммуникативным наблюдением. Сегодня специалисты по общению в условиях опасности учат тому, что кризисное общение является диалогом.

Планирование

Оповещение об опасности следует предусмотреть во всех планах готовности к крупным катастрофам и при подготовке ответных медико-санитарных мер на вспышки заболеваний. Решения и действия органов общественного здравоохранения оказывают большое влияние на доверие и восприятие опасности общественностью, чем оповещение. Воздействие оказывает всё, что делают менеджеры, осуществляющие контроль над вспышкой заболевания, а не только то, что они при этом говорят. Поэтому оповещение об опасности тогда становится эффективным, когда интегрировано в анализ опасности и управление риском.

Источник: адаптировано из WHO outbreak communication guidelines (99).

Для системы здравоохранения приоритетным является обеспечение безопасных и надежных условий для работы сотрудников на национальном и международном уровнях. Когда это достигнуто, следует восстанавливать основные службы.

В местностях, переживших конфликт, необходимым условием для восстановления основ безопасности здоровья является проведение координированной стратегии по восстановлению потенциала и укреплению общественного здравоохранения. В период восстановления

особо важное значение приобретают усилия по координации донорской помощи. Роль ВОЗ заключается в том, чтобы содействовать этой координации, обеспечивая мобилизацию экспертных ресурсов и предоставляя стратегическое руководство органам здравоохранения в государствах-членах. ВОЗ имеет отработанные механизмы смягчения воздействия на здравоохранение чрезвычайных ситуаций, возникающих вследствие вооруженных конфликтов и стихийных бедствий. Роль ВОЗ в укреплении партнерств будет рассмотрена в главе 5.

5. Развитие партнерств в целях обеспечения безопасности здоровья

Как отмечалось в предыдущих главах, существует много различных угроз здоровью людей. Эти угрозы не признают никаких границ и, следовательно, являются предметом озабоченности на глобальном, региональном и национальном уровнях. ВОЗ является лишь одной из заинтересованных сторон в борьбе с угрозами здоровью населения. Margaret Chen, Генеральный директор ВОЗ, подчеркивает: «В связи с возрастающей сложностью задач, стоящих в области здравоохранения и безопасности, и необходимых ответных действий, их решением должны заниматься не только правительства, но и международные организации, гражданское общество и деловые круги. Признавая это, Всемирная организация здравоохранения укрепляет безопасность мира, работая в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами над решением этих общих задач» (100).

Уникальная роль ВОЗ

К числу бесспорных сравнительных преимуществ ВОЗ относятся беспристрастность, нейтральность и значительная объединяющая сила, а также ее приверженность ценностям своего Устава и легитимность, вытекающая из тесной связи с правительствами государств-членов. ВОЗ совместно с Европейским центром по профилактике и контролю над заболеваниями также играет важную роль в борьбе с заболеваниями и воплощении на практике своих рекомендаций. ВОЗ содействует проведению основанных на фактических данных дискуссий и имеет многочисленные официальные и неофициальные сети по всему миру (2). Одной из самых сильных сторон ВОЗ в международной работе в области здравоохранения является способность накапливать и совместно использовать новейшие достижения науки, опыт и возможности различных экспертов, организаций и стран всего мира, а также способность ставить их знания на службу развитию здравоохранения (101).

Еще одно достоинство ВОЗ заключается в ее структуре, сочетающей наличие бюро на уровне стран и регионов, что позволяет одновременно следовать не только глобальным целям, разделяемым на всех уровнях организации, но

и принимать во внимание особенности каждой страны и региона, давая возможность ВОЗ усиливать те или иные из своих функций на региональном уровне и приспосабливать свои услуги к специфическим потребностям государств-членов.

Сильной стороной ВОЗ в Европейском регионе является ее способность служить мостом между государствами, особенно между восточной и западной частями региона, а также между различными социальными секторами (3). Региональная стратегия на страновом уровне «Адаптация услуг к новым потребностям» (5) определяет общую цель партнерства ВОЗ в Европе следующим образом: «...Быстро инициировать мобилизацию сил международного сообщества, помогать государствам самим координировать мероприятия различных организаций и добиваться, чтобы эти меры вели к совершенствованию систем здравоохранения конкретных государств и в конечном счете к улучшению здоровья населения» (5).

Значение партнерства

ВОЗ принимает участие в более чем 80 всемирных партнерствах по здравоохранению и в многочисленных всемирных, региональных и национальных сетях здравоохранения. Эти партнерства и сети по-разному содействуют достижению целей ВОЗ. Они помогают включать вопросы здравоохранения во все секторы, обеспечивают целевую помощь государствам-членам, широко распространяют миссию ВОЗ, эффективно используют ресурсы и увеличивают объем привлекаемых финансов, численность вовлеченных работников и экспертных ресурсов. Организации – партнеры ВОЗ в свою очередь получают выигрывать от использования объединяющей силы и технической компетентности Организации (26).

ВОЗ будет и в дальнейшем содействовать созданию эффективных партнерств в интересах здравоохранения, формировать всемирную среду здравоохранения и проводить в жизнь реформу системы ООН на глобальном, региональном и страновом уровнях. Кроме того, ВОЗ продолжит обеспечивать проведение форумов для диалога со все большим числом участни-

ков и для самых разных типов организаций, связанных со здравоохранением и развитием, видя в них систематический контакт гражданского общества и промышленности, в том числе международного здравоохранения и фармацевтики (26).

Учитывая сложный контекст вопросов безопасности здоровья населения и проблему ограниченных ресурсов, национальные и международные стороны приступили к улучшению управления и повышению эффективности содействия развитию. Эти совместные усилия в интересах большей гармонизации и выравнивания масштабов помощи развитию отражены в Римской декларации о гармонизации (102) и Парижской декларации об эффективности помощи (103), подписанных важнейшими многосторонними и двусторонними международными организациями, странами – получателями помощи и главными донорами.

В процессе реформирования Организации Объединенных Наций, начавшегося в 1997 г., особое значение придается координации и сотрудничеству внутри системы ООН в целях укрепления и упрощения операционной деятельности, особенно в странах (см. вставку 16). ВОЗ, в качестве специализированной организации ООН по здравоохранению, участвует в этих инициативах и принимает активное участие во всех связанных с этим процессах на глобальном, региональном и национальном уровнях. В целях гармонизации и упрощения ВОЗ в последние годы также приступила к ре-

формированию. ВОЗ подчеркнула ключевую роль, которую играет партнерство в улучшении оказания помощи, особенно в том, что касается деятельности ВОЗ в конкретных странах.

В сфере обеспечения безопасности здоровья населения и гуманитарной деятельности ВОЗ является активным партнером различных органов ООН и осуществляет эффективную координацию действий в чрезвычайных ситуациях и при оказании гуманитарной помощи. ВОЗ является активным членом Рабочей группы Межучрежденческого постоянного комитета (МПК) ООН и других межведомственных инициатив, а также тесно сотрудничает с Управлением по координации гуманитарных вопросов ООН. ВОЗ также активно взаимодействует с Европейской экономической комиссией ООН, Международной стратегией по уменьшению опасности стихийных бедствий и с Всемирной метеорологической организацией в разработке и применении рекомендаций, таких как рекомендации по предотвращению наводнений и разработке систем предупреждения тепловых угроз. Недавно начатый процесс гуманитарной реформы ООН и связанное с этим учреждение ведущих агентств для кластера организаций (так ВОЗ стала ведущим агентством Кластера глобального здравоохранения МПК ООН) предоставляют ВОЗ еще более широкие полномочия для осуществления будущих гуманитарных операций.

Рост числа заинтересованных сторон, работающих в здравоохранении как на национальном,

Вставка 16. ВОЗ и гуманитарная реформа ООН: направление и руководство

Со времени создания Организации Объединенных Наций в конце Второй мировой войны мир коренным образом изменился. Возможности, равно как и угрозы, и проблемы, становятся все более взаимосвязанными. С момента создания ООН число государств-членов увеличилось более чем в три раза. Мандат системы ООН постоянно расширяется как в масштабе, так и в сложности. ООН придает особое значение релевантности, эффективности, результативности и подотчетности.

Охрана здоровья все больше рассматривается в качестве ключевого аспекта безопасности человека (104). Примеры синдрома тяжелого острого респираторного заболевания (ТОРС) и птичьего гриппа подчеркивают растущую комплексную природу проблем здравоохранения в рамках международной повестки дня, затрагивая все области, являющиеся приоритетными для системы ООН, включая гуманитарную помощь, развитие, окружающую среду и безопасность.

Итоги Всемирного саммита по устойчивому развитию в 2005 г. придали новый импульс обсуждению реформы ООН; при этом было заявлено о необходимости более всеобъемлющего и результативного подхода к реформированию. Этому новому подходу также уделено большое внимание в докладе Группы высокого уровня по вопросу о сложности в системе Организации Объединенных Наций в области развития, гуманитарной помощи и защиты окружающей среды при Генеральном секретаре ООН. Этот Доклад под названием «Единство действий» был представлен Генеральному секретарю 9 ноября 2006 г. (105).

Тем не менее эта повестка дня выходит за пределы того, что многосторонняя система может сделать в одиночку. ВОЗ сотрудничает с ЮНИСЕФ, Фондом народонаселения ООН и многими другими партнерами системы ООН, но в условиях расширения числа заинтересованных в здравоохранении сторон далеко за границы системы ООН работа ВОЗ на всех уровнях требует сильного руководства, координации и партнерств. Такие партнерства, в том числе тесные рабочие связи с партнерами, выполняющими более практические задачи и способные действовать непосредственно на месте, формируются на основании взаимного дополнения ролевых функций и компетенций.

В настоящее время ВОЗ работает над адаптацией своего вклада в работу по реформированию ООН. Исполнительный комитет ВОЗ определил основные компоненты и приоритеты реформы с точки зрения ВОЗ (106). Предполагается, что вклад ВОЗ в реформу ООН увеличит способность ее самой и других организаций системы ООН создавать эффективные партнерства с широким кругом участников, заинтересованных в улучшении работы здравоохранения.

Работа ВОЗ на страновом уровне включает в себя создание национального потенциала и внедрение норм и стандартов, постоянную готовность выступить с ответными мерами на возникающие и вновь появляющиеся риски для здоровья, способные перерасти в угрозы глобальному здравоохранению, развитию и безопасности, а также последовательную реализацию всемирных соглашений, таких как ММСП (2005).

ВОЗ принимает участие в решении комплексных проблем глобального характера, в том числе в работе по сохранению окружающей среды, защите гендерных прав, прав человека, а также занимается аспектами здравоохранения в деятельности других организаций, играющих главную роль в смежных вопросах, таких как образование, сельское хозяйство, торговля и экономическое развитие. В то же время ВОЗ получает поддержку партнеров из других секторов, там и тогда, где это необходимо.

Примером успешной связующей роли системы ООН являются эффективные рабочие соглашения о применении подхода кластерного руководства в гуманитарной деятельности. Для обеспечения предсказуемых и эффективных действий все заинтересованные агентства совместно договорились о создании группы кластеров, представляющих секторы или сферы деятельности, и о том, что руководящее агентство соответствующего кластера берет на себя обеспечение тесного взаимодействия и выработку необходимых мер.

МПК ООН принял подход кластерного руководства в качестве механизма, способного преодолеть обозначившиеся разрывы в выработке мер и повышении качества гуманитарных действий посредством укрепления партнерства между негосударственными, международными организациями, Международным Красным Крестом и Движением Красного Полумесяца и организациями ООН. Это является частью более широкого процесса реформирования, направленного на улучшение эффективности гуманитарного реагирования за счет обеспечения большей подотчетности, планирования и партнерства.

ВОЗ избрана ведущей организацией для Кластера глобального здравоохранения МПК ООН в контексте гуманитарного реагирования. Опираясь на план совместных действий, Кластер глобального здравоохранения МПК ООН служит эффективной платформой для сохранения ключевого значения безопасности здоровья людей в чрезвычайных ситуациях.

На глобальном уровне в соответствии с соглашением МПК ООН о распределении обязанностей ведущие агентства кластеров подотчетны координатору оказания помощи в чрезвычайных обстоятельствах, что обеспечивает адекватный уровень готовности и эффективность мер в конкретных секторах или сферах деятельности.

На уровне страны гуманитарный координатор – при поддержке Управления по координации гуманитарных вопросов ООН – несет полную ответственность за обеспечение эффективного гуманитарного реагирования; он подотчетен координатору помощи в чрезвычайных обстоятельствах. Ведущее агентство кластера на страновом уровне подотчетно гуманитарному координатору для обеспечения адекватного уровня готовности и эффективных ответных действий в конкретных секторах или сферах деятельности. Это должно осуществляться способами,

создающими взаимное дополнение действий различных заинтересованных сторон, усиливающими участие национальных и местных учреждений и использующими наилучшим образом все доступные ресурсы.

Лидер кластера обеспечивает совместную оценку потребностей населения и возможностей различных субъектов внутри кластера разрабатывать стратегию и план ответных мер. Если в плане реагирования есть критические бреши, то лидер кластера делает все возможное, чтобы их закрыть, и обращается к соответствующим гуманитарным партнерам.

Таким образом, подход кластерного лидерства направлен скорее на укрепление, чем на замещение секторной координации. В прошлом некоторые секторы выигрывали от существования четко определенных ведущих организаций с определенными функциями, но это касалось не всех секторов и областей гуманитарной деятельности. Задачей подхода кластерного лидерства является исправление такого положения путем внедрения четкой системы руководства и подотчетности во всех областях гуманитарной деятельности.

так и на международном уровнях, а также возросшее финансирование из государственных и частных источников международной деятельности в области общественного здравоохранения в течение последних нескольких лет создают дополнительные потребности в совместном использовании информации, совместном планировании и действиях. ВОЗ осознает необходимость быстрого и гибкого реагирования на эти перемены и намерена использовать свою объединяющую силу для поощрения действий, выходящих за пределы отдельных секторов, и в то же время намерена помогать национальным правительствам укреплять их потенциал для принятия на себя аналогичной роли на национальном уровне. ВОЗ и в дальнейшем намерена способствовать проведению дискуссий, опирающихся на фактические данные, поддерживать анализ и выработку стратегий в области здравоохранения как через свои бюро, так и через работу экспертных и консультативных групп, сотрудничающих центров и многочисленных официальных и неофициальных сетей, в которых участвует ВОЗ. ВОЗ будет продолжать играть лидирующую роль в деле общественного здравоохранения, максимально используя свое преимущество, присущую ей беспристрастность и то, что ее членами являются почти все страны мира (26).

Мощный региональный участник: Европейский союз

В настоящий момент Европейский союз включает 27 государств-членов ВОЗ Европейского региона и является важнейшим партнером по обеспечению международной безопасности здравоохранения. В 2001 г. ЕС учредил Комитет безопасности здоровья (см. вставку 17). Внутри ЕС различные учреждения находятся в процессе уточнения своей собственной роли в области безопасности, придавая при этом особое значение антикризисному управлению, и ведут

широкое обсуждение, призванное определить направления и масштабы возможных угроз безопасности ЕС, а также уточняют характер необходимых полномочий учреждений ЕС для координации действий и мер по предупреждению возможных угроз. Этот процесс обычно интерпретируют как попытку противопоставить будущим вызовам безопасности переход от концепции Европейского сообщества безопасности к безопасному Европейскому сообществу.

Приоритеты и принципы планирования заблаговременной готовности в Европейском союзе были определены Европейской комиссией в 2005 г. в документе о коммуникации (107) и техническом документе (108). Они осуществляются на политическом и техническом уровнях и частично финансируются в рамках программы общественного здравоохранения и получают помощь в виде научных консультаций, технической поддержки и обучения со стороны Европейского центра по профилактике и контролю над заболеваниями. В соответствии с концепциями, обозначенными в документе ЕС под названием «Временный документ: техническое руководство по общему планированию подготовки к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения» (108), ВОЗ поддерживает постоянный, устойчивый, всеобъемлющий, многоаспектный подход к планированию готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения, учитывающий многосекторную деятельность. Новые роли ВОЗ, в частности роль ведущего агентства Кластера глобального здравоохранения МПК в деле международной подготовки к кризисам в системах здравоохранения и принятия ответных мер, а также лидерство в следовании ММСР (2005), дополняют стратегические приоритеты ЕС и Европейского центра по профилактике и контролю над заболеваниями.

Вставка 17. Полномочия Комитета по безопасности здоровья ЕС

Министры здравоохранения и Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей в 2001 г. учредили Комитет по безопасности здоровья ЕС в качестве неофициального органа сотрудничества и координации. Он имеет следующие полномочия:

- обмениваться информацией по поводу угроз, имеющих отношение к здоровью, таких как акты терроризма или иное преднамеренное использование биологических или других веществ с целью причинения вреда здоровью;
- совместно использовать информацию, опыт поддержания готовности, планы реагирования и стратегии антикризисного управления;
- быть в состоянии быстро провести оповещение в случае критических ситуаций, связанных со здоровьем;
- консультировать министров здравоохранения и службы Европейской комиссии по вопросам готовности и ответных мер, а также по вопросам координации планирования в чрезвычайных ситуациях на уровне ЕС;
- совместно координировать действия государств-членов ЕС и Европейской комиссии, предпринимаемые в ответ на кризисные ситуации, связанные со здоровьем;
- оказывать содействие и поддержку усилиям и инициативам по координации и сотрудничеству, предпринимаемым в ЕС на международном уровне, а также помогать и принимать участие в их применении на национальном уровне.

Источник: Подготовлено по материалам 2786th Council Meeting, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs (109).

Институциональный потенциал

Для того чтобы быть надежным партнером в случае возможных кризисов систем здравоохранения, ВОЗ постоянно стремится к дальнейшему повышению своего профессионального и операционного потенциала, чтобы быстро и эффективно реагировать на прогнозируемые и неожиданные события. Содействие координированным, комплексным мерам со стороны систем здравоохранения все больше становится основной задачей Региональных бюро. Постоянная работа по укреплению взаимодействия между всеми уровнями Организации – штаб-квартирой, региональными и страновыми структурами – позволит ВОЗ добиться того, чтобы согласованные меры по взаимодействию с системой общественного здравоохранения были отработаны для надлежащего ответа на любые сценарии быстро развивающихся чрезвычайных ситуаций и соответствовали потребностям обеспечения безопасности здравоохранения.

Мобилизация международного опыта – реестры экспертов

ВОЗ выработала механизмы, действующие на глобальном уровне, для быстрой мобилизации специалистов из состава заранее тщательно подобранных сетей международных экспертов, способных действовать в условиях бедствий, чрезвычайных ситуаций и вспышек заболеваний.

Вместе с другими членами МПК ООН ВОЗ разработала межведомственную предкомандировочную учебную программу по общественному здравоохранению для медико-санитарного персонала гуманитарных миссий. Эта программа была задумана в дополнение к программе обучения в рамках Глобальной системы оповещения о бедствиях и координации деятельности по ликвидации их последствий ООН, проводимой Управлением по координации гуманитарных вопросов ООН для общегуманитарных специалистов. Первые региональные курсы были проведены в Российской Федерации в апреле 2007 г. (110).

Предкомандировочная учебная программа по общественному здравоохранению предназначена для того, чтобы содействовать тесному взаимодействию с партнерами, а командную работу сделать общими принципами всех медико-санитарных мер гуманитарного здравоохранения на страновом уровне. В ходе обучения специалисты знакомятся с актуальными стандартными способами работы и с платформами возможной оперативной поддержки, а также готовятся к тому, чтобы войти в реестр специалистов, которых будут использовать от имени ВОЗ в будущих кризисах. Те, кто окончит курс в качестве членов команды, могут действовать в составе групп по принятию медико-санитарных мер. Такие группы создаются для обеспечения достижения наилучших гуманитарных результатов для здоровья людей, оцениваемых в свою очередь

на основе руководств и стандартов. ВОЗ необходимо дальше развивать и поддерживать на самом современном уровне свое умение и способность работать в кризисных и чрезвычайных ситуациях, совершенствовать свою собственную институциональную готовность, включая тонкую настройку внутренних механизмов мобилизации на региональном уровне, расширение и поддержание реестров внешних экспертов, а также привлекая к работе сотрудничающие центры и донорские организации.

Всемирная сеть по оповещению и реагированию в случае эпидемии, учрежденная Глобальной сетью по предупреждению о вспышках заболеваний и реагирования на них представляет собой пример технического сотрудничества существующих учреждений и сетей, которые объединяют людские и технические ресурсы для быстрого определения и принятия медико-санитарных мер при вспышках заболеваний, имеющих международное значение (111). Сеть предоставляет операционную структуру для объединения экспертных знаний и навыков в целях постоянного поддержания международного сообщества в полной боевой готовности в случае угрозы вспышек заболеваний.

ВОЗ также является частью Глобальной системы оповещения о бедствиях и координации деятельности по ликвидации их последствий ООН, которая представляет собой резервную команду специалистов по управлению бедствиями, назначаемую и финансируемую государствами-членами, Управлением по координации гуманитарных вопросов ООН, Программой развития Организации Объединенных Наций и такими операционными гуманитарными агентствами ООН, как Мировая продовольственная программа, ЮНИСЕФ и ВОЗ. По запросу государства, застигнутого бедствием, команда Глобальной системы оповещения о бедствиях и координации деятельности по ликвидации их последствий ООН может быть развернута в течение нескольких часов для того, чтобы быстро оценить приоритетные потребности и помочь национальным властям и резиденту-координатору ООН в координировании международной помощи на месте. Члены команды Глобальной системы оповещения о бедствиях и координации деятельности по ликвидации их последствий ООН находятся в состоянии постоянной готовности к развертыванию миссий помощи в случае возникновения бедствий и гуманитарных чрезвычайных ситуаций.

Прочное присутствие на страновом уровне

Принятая на глобальном уровне инициатива по сосредоточению усилий на уровне стран (112) и страновая стратегия Регионального бюро «Адаптация услуг к новым потребностям» (5)

подчеркивают необходимость целевого оказания услуг в конкретных странах. В прошлом десятилетии ВОЗ совершила в Европейском регионе важный сдвиг в сторону действий на страновом уровне. ВОЗ направила увеличенные финансовые ресурсы в страновые офисы ВОЗ, которые теперь составляют надежную сеть ВОЗ, обеспечивая постоянное присутствие в 29 странах региона.

Цель присутствия ВОЗ в конкретных странах заключается в том, чтобы сделать Организацию в целом способной помогать странам в достижении их национальных целей в охране здоровья, внося тем самым вклад в глобальные и региональные действия по укреплению общественного здравоохранения, и затем заимствовать из опыта и знаний стран о развитии систем здравоохранения то, что может быть полезным для остального мира. Во главе со своим руководителем и при поддержке всех других уровней Организации страновой офис ВОЗ является центром Организации по техническому сотрудничеству ВОЗ с министерствами здравоохранения конкретных стран.

Главы страновых офисов ВОЗ служат своего рода интерфейсом между технической компетенцией ВОЗ и ее странами-членами. Они стоят на передовом рубеже любого кризиса здравоохранения в стране, координируя разработку первичной оценки происшедшего и определение необходимых ответных мер системы здравоохранения. Именно их постоянное тесное сотрудничество с министерствами здравоохранения и координация ими действий всех заинтересованных сторон являются важнейшим преимуществом ВОЗ, особенно на ранних стадиях развития кризиса здоровья населения. Поэтому ВОЗ может оказывать незамедлительную помощь государствам-членам в оценке приоритетных потребностей в охране здоровья подвергшегося кризису населения, в эффективном координировании ответных действий со стороны здравоохранения, в определении критических проблемных мест, в содействии восстановлению необходимых функций охраны здоровья, а также в восстановлении системы здравоохранения в целом.

В контексте реформы гуманитарных действий ООН страновые офисы ВОЗ играют все более важную роль в поддержке действий Кластера глобального здравоохранения МПК по координации гуманитарной помощи здравоохранению при его кризисах со стороны всех заинтересованных сторон и партнеров на уровне страны.

Совместная операционная платформа
Региональная совместная рабочая платформа для своевременной мобилизации международных экспертных и иных ресурсов могла

бы улучшить логистику будущих операций антикризисных мер. Разработка такой платформы потребует тесной координации соответствующих программ в штаб-квартире и региональных офисах ВОЗ для обеспечения необходимых резервов и поддержки, а также координации с внешними партнерами. Работа идет в тесном сотрудничестве с Мировой продовольственной программой и другими партнерами для повышения логистического и транспортного потенциала и для заблаговременного предоставления медикаментозных средств и материалов в целях улучшения операционных возможностей в будущих кризисах здравоохранения.

Делиться опытом и извлеченными уроками

Недавно приобретенный опыт участия экспертов Регионального бюро в антикризисных действиях по преодолению последствий цунами в Юго-Восточной Азии, землетрясения в Пакистане, событий в Беслане на Северном Кавказе, исхода беженцев в Киргизстан из Анджана, по ликвидации вредных для здоровья людей последствий выбросов свинцовой пыли в окружающую среду в управляемом ООН крае Косово, экстремальной жары в Западной Европе и вспышек вируса А/Н5N1, поразившего людей в Турции и Азербайджане, – все это ясно показало важность изучения и документирования полученных уроков в целях улучшения готовности в будущем и выработки соответствующих ответных мер.

Совершенно ясно, что необходимо учесть все факты и сделать достоянием общественности извлеченные уроки, чтобы обеспечить их максимальное использование. Примеры эффективных медико-санитарных мер должны быть отражены в документах и включены в планы подготовки систем здравоохранения по снижению уязвимости сектора здравоохранения по отношению к потенциальным рискам и угрозам.

© УНО / МЕЛЛТА ДЖКАВ



6. Заключительные замечания: к безопасности здоровья населения в Европе

Региональное бюро продолжит свои усилия в области координации и сотрудничества с государствами-членами, другими учреждениями системы ООН, а также с такими общеевропейскими учреждениями, как различные структуры ЕС, Европейская комиссия и Европейский центр профилактики и контроля над заболеваниями для обеспечения того, чтобы накопленные фактические данные и приобретенный опыт, в том числе относящиеся к механизмам раннего предупреждения и оперативных действий, были интегрированы в стратегии повышения готовности национальных систем здравоохранения, с особым акцентом на важности такого аспекта, как комплексная многоотраслевая готовность к решению вопросов, связанных с безопасностью здоровья населения.

Согласно некоторым из прогнозов, упомянутых в этом документе, население Европы в самом ближайшем будущем столкнется с новыми проблемами и рисками, обусловленными изменениями в окружающей среде, климате, появлением новых или недавно обнаруженных патогенов, тенденцией роста торговли опасными веществами и их транспортировки, а также растущей мобильностью людей и миграцией.

В сочетании с уже существующими рисками возрастающее социально-экономическое неравенство и очаги бедности, увеличивающаяся стоимость услуг здравоохранения и демографические изменения могут усугубить бремя и давление на уже испытывающие перегрузки системы здравоохранения, национальные власти и правительства.

Следовательно, наступило время совместной работы и действий.

- Национальные системы должны быть укреплены для эффективного предупреждения и прогнозирования опасностей как на международном, так и на национальном уровнях и должны быть готовы к применению стратегий эффективного обеспечения готовности.
- Безопасность здоровья во все возрастающей степени должна учитываться любой политикой

и быть в числе ее целей; рассматриваться как вопрос, требующий комплексного подхода, и как важный компонент социальных стратегий и систем.

- Органам общественного здравоохранения необходимо лучше понимать региональный и национальный контекст, а также комплексные аспекты обеспечения безопасности здоровья посредством открытого анализа рисков и процесса постоянной готовности обеспечения безопасности здравоохранения.
- В настоящее время системам здравоохранения необходимо лучше подготовиться к введению и укреплению программ снижения рисков для здоровья и программ антикризисного управления с тем, чтобы они могли взять на себя техническое руководство другими секторами в целях совместной заботы об охране здоровья.
- Применение пересмотренных ММСП (2005) является необходимым инструментом и международной правовой основой для улучшения здравоохранения и безопасности в 21 в.

Наделенная уникальной пропагандистской ролью ВОЗ обеспечит платформу для мобилизации экспертных сил в международном масштабе для осуществления предупредительных и координационных действий в вопросах безопасности здоровья.

Региональное бюро будет продолжать предоставлять техническую помощь государствам-членам, разрабатывать рекомендации, собирать и совместно использовать данные о том, как эффективно повысить национальную безопасность общественного здравоохранения за счет укрепления управления, внедрения планирования готовности систем здравоохранения к рискам как постоянного процесса с использованием многоаспектного подхода, внедрять программы устойчивого антикризисного управления и снижения рисков для здоровья в министерствах здравоохранения и внедрять механизмы многосекторной координации, а также поддерживать принципы оповещения о потенциальной опасности для здо-

ровья и безопасности. Потребуется дальнейшие консультации с государствами-членами для выявления и совместного определения приоритетных областей для сотрудничества и принятия мер и в итоге для определения развития региональной стратегии безопасности здоровья.

Под руководством Регионального директора (Marc Danzon) Региональное бюро продолжит эту работу с государствами-членами и партнерами для укрепления национального и регионального потенциала по недопущению того, чтобы угрозы здоровью привели к политическому кризису или кризису безопасности.

Библиография

1. *Engaging for health. Eleventh General Programme of Work, 2006–2015. A global health agenda.* Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/about/finance/en/index.html>, accessed 6 April 2007).
2. *World Health Assembly resolution WHA59.4. Eleventh General Programme of Work, 2006–2015.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/gb/e/e_wha59.html, accessed 6 April 2007).
3. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC56/R3 on the future of the WHO Regional Office for Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2006/20060919_5, accessed 6 April 2007).
4. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (European Health for All Series, No. 7; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1, accessed 6 April 2007).
5. *The WHO Regional Office for Europe's country strategy "Matching services to new needs".* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (EUR/RC50/10; <http://www.euro.who.int/document/RC50/edoc10.pdf>, accessed 6 April 2007).
6. Suhrcke M et al. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
7. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Working Paper 2005/1; http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf, accessed 6 April 2007).
8. Hess G. *WHO/DFID peace through health programme: a case study.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/e67081.pdf>, accessed 6 April 2007).
9. Hess G, Pfeiffer M. *Comparative analysis of WHO "Health as a Bridge for Peace" case studies.* Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/comparative_analysis/en/index.html, accessed 4 March 2007).
10. Stability Pact for South Eastern Europe [web site]. Brussels, Stability Pact for South Eastern Europe, 2007 (<http://www.stabilitypact.org>, accessed 6 April 2007).
11. South-eastern Europe Health Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/stabilitypact>, accessed 6 April 2007).
12. EM-DAT: Emergency Disasters Data Base [online database]. Brussels, Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2007 (<http://www.em-dat.net>, accessed 6 April 2007).
13. *United Nations Security Council resolution 1308 (2000).* New York, United Nations, 2000 (<http://daccess-ods.un.org/TMP/4127821.html>, accessed 6 April 2007).

14. McInnes C. *Health, security and the risk society*. London, The Nuffield Trust, 2005 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/HSecrisky.pdf>, accessed 6 April 2007).
15. Governance [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Governance>, accessed 6 April 2007).
16. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*. 45th ed. Geneva, World Health Organization, 2005.
17. *A more secure world: our shared responsibility. Report of the Secretary-General's High-level Panel on Threats, Challenges and Change*. New York, United Nations, 2004 (<http://www.un.org/secureworld>, accessed 6 April 2007).
18. New dimensions of human security. In: United Nations Development Programme. *Human development report 1994*. New York, Oxford University Press, 1994:22–46 (http://hdr.undp.org/reports/global/1994/en/pdf/hdr_1994_ch2.pdf, accessed 6 April 2007).
19. Commission on Human Security [web site]. New York, Commission on Human Security, 2003 (<http://www.humansecurity-chs.org>, accessed 6 April 2007).
20. *Human security now*. New York, Commission on Human Security, 2003 (<http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/index.html>, accessed 6 April 2007).
21. Better health for human security. In: *Human security now*. New York, Commission on Human Security, 2003 (<http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/English/chapter6.pdf>, accessed 6 April 2007).
22. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [web site]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2007 (<http://www.ecdc.eu.int>, accessed 6 April 2007).
23. McInnes C, Lee K. Health, security and foreign policy. *Review of International Studies*, 2006, 32:5–23.
24. Commission on Social Determinants of Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/en, accessed 6 April 2007).
25. *Public health response to biological and chemical weapons. WHO guidance*. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/csr/deliberations/biochemguide/en>, accessed 6 April 2007).
26. *Draft Medium-term Strategic Plan 2008–2013*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/gb/eb_e_mtsp.html, accessed 6 April 2007).
27. *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>, accessed 6 April 2007).
28. *Global outbreak alert and response. Report of a WHO meeting. Geneva, Switzerland, 26–28 April 2000*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_2000_3/en, accessed 6 April 2007).
29. *SARS: down but still a threat*. Washington, DC, National Intelligence Council, 2003 (Intelligence Community Assessment ICA 2003-09; http://www.dni.gov/nic/NIC_specialproducts.html, accessed 6 April 2007).
30. GeoForschungsZentrum Potsdam [web site]. Potsdam, GeoForschungsZentrum, 2007 (<http://www.gfz-potsdam.de/index.html>, accessed 6 April 2007).
31. Public Health Mapping and GIS Map Library [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://gamapserv.who.int/mapLibrary/default.aspx>, accessed 15 March 2007).

32. *Strengthening pandemic-influenza preparedness and response, including application of the International Health Regulations (2005)*. Report by the Secretariat. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_5-en.pdf, accessed 6 April 2007).
33. *World Health Assembly resolution WHA59.2. Application of the International Health Regulations (2005)*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_2-en.pdf, accessed 6 April 2007).
34. *Responding to the avian influenza pandemic threat: recommended strategic actions*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-EN.pdf, accessed 6 April 2007).
35. *Making preparation count: lessons from the avian influenza outbreak in Turkey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E89139.pdf>, accessed 6 April 2007).
36. The WHO Global Influenza Surveillance Network (GISN) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/influenzanelwork/en/index.html>, accessed 6 April 2007).
37. WHO reference laboratories for diagnosis of influenza A/H5 infection [web site]. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/referencelabs/en/index.html, accessed 6 April 2007).
38. *WHO strategic action plan for pandemic influenza 2006–2007*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_2c.pdf, accessed 6 April 2007).
39. *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4/en/index.html, accessed 6 April 2007).
40. *WHO global influenza preparedness plan*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5/en/index.html, accessed 6 April 2007).
41. *Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2007–2008*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2007_2.pdf, accessed 6 April 2007).
42. *Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_1/en/index.html, accessed 6 April 2007).
43. Matic S et al., eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051123_2, accessed 6 April 2007).
44. Global summary of the AIDS epidemic, December 2006. In: *AIDS epidemic update. December 2006*. Geneva, UNAIDS, 2006 (http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/02-Global_Summary_2006_EpiUpdate_eng.pdf, accessed 6 April 2007).
45. Global HIV Prevention Working Group. *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. Seattle, Bill & Melinda Gates Foundation, 2004 (<http://www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/aids/PWG2004Report.pdf>, accessed 6 April 2007).
46. Porco TC et al. Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 2004, 18:81–88.
47. Sexually transmitted infections/HIV/AIDS programme. *WHO/Europe survey on HIV/AIDS and antiretroviral therapy: 31 March 2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

48. Kistemann T et al. Microbial load of drinking water reservoir tributaries during extreme rainfall and runoff. *Applied and Environmental Microbiology*, 2002, 68:2188–2197.
49. Howe A et al. *Cryptosporidium* oocysts in a water supply associated with a cryptosporidiosis outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 2002, 8:619–624.
50. Ohl CA, Tapsell S. Flooding and human health. *British Medical Journal*, 2000, 321:1167–1168.
51. Tapsell S et al. Vulnerability to flooding: health and social dimensions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 2002, A 360:1511–1525.
52. Maltais D et al. Soutien social et santé psychologique de victimes d'inondations [Social support, coping and mental health after a flood]. *Sciences Sociales et Santé*, 2005, 23:5–38.
53. Galea S et al. The epidemiology of post-traumatic stress disorders after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 2005, 27:78–91.
54. Hajat S et al. The human health consequences of flooding in Europe and the implications for public health: a review of the evidence. *Applied Environmental Science and Public Health*, 2003, 1:13–21.
55. Euripidou E, Murray V. Public health impacts of floods and chemical contamination. *Journal of Public Health*, 2004, 26:376–383.
56. Ahern MJ et al. Global health impacts of floods: epidemiological evidence. *Epidemiological Reviews*, 2005, 27:36–45.
57. *Rapid health assessment of flooding in Bulgaria*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/document/EHA/RA_Bulrep.pdf, accessed 6 April 2007).
58. Empereur-Bissonnet P et al. Heatwave in France, July 2006: 112 excess deaths so far attributed to the heat. *Eurosurveillance*, 2006, 11(8):E060803.3.
59. Michelozzi P et al. The impact of the summer 2003 heat waves on mortality in four Italian cities. *Eurosurveillance*, 2005, 10(7):161–165.
60. Nogueira PJ et al. Mortality in Portugal associated with the heat wave of August 2003: early estimation of effect, using a rapid method. *Eurosurveillance*, 2005, 10(7):150–153.
61. Rozzini R et al. Elevated temperature and nursing home mortality during 2003 European heat wave. *Journal of the American Medical Directors' Association*, 2004, 5:138–139.
62. Livada I et al. Determination of places in the great Athens area where the heat island effect is observed. *Theoretical and Applied Climatology*, 2002, 71:219–230.
63. Vandentorren S, Empereur-Bissonnet P. Health impact of the 2003 heat-wave in France. In: Kirch W et al., eds. *Extreme weather events and public health responses*. Berlin, Springer, 2005.
64. Simón F et al. Mortality in Spain during the heat waves of summer 2003. *Eurosurveillance*, 2005, 10(7):156–161.
65. Koppe C et al. *Heat-waves: risks and responses*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health and Global Environmental Change Series, No. 2; <http://www.euro.who.int/document/E82629.pdf>, accessed 6 April 2007).
66. Improving public health responses to extreme events. Bonn, Germany, 22–23 March 2007 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/globalchange/topics/20070227_2, accessed 6 April 2007).
67. Pascal M et al. France's heat health watch warning system. *International Journal of Biometeorology*, 2006, 50:144–153.
68. Lindgren E. The human health situation in the Aral region: causes and concerns. *International Conference on the Aral Sea, Royal Swedish Academy of Sciences, Stockholm, Sweden, 18 October 2006*.

69. *Strengthening health systems' response to crises. Towards a new focus on disaster preparedness*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/Document/E87920.pdf>, accessed 6 April 2007).
70. *Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594179_eng.pdf, accessed 6 April 2007).
71. Baverstock K et al. Thyroid cancer after Chernobyl. *Nature*, 1992, 359:21–22.
72. *Assessment of radiological consequences and evaluation of protective measures*. Vienna, International Atomic Energy Agency, 1991.
73. Baverstock K, Williams D. The Chernobyl accident 20 years on: an assessment of the health consequences and the international response. *Environmental Health Perspectives*, 2006, 114:1312–1317.
74. Pukkala E et al. Breast cancer in Belarus and Ukraine after the Chernobyl accident. *International Journal of Cancer*, 2006, 119:651–658.
75. Tondel M et al. Increased incidence of malignancies in Sweden after the Chernobyl accident – a promoting effect? *American Journal of Industrial Medicine*, 2006, 49:158–168.
76. Dolk H, Nichols R. Evaluation of the impacts of Chernobyl on the prevalence of congenital abnormalities in 16 regions of Europe. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28:941–948.
77. M Iler A, Mousseau T. Biological consequences of Chernobyl: 20 years on. *Trends in Ecology and Evolution*, 2006, 21:200–207.
78. *Health and economic development in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89184.pdf>, accessed 6 April 2007).
79. *Inter-Agency Transitional Workplan for the North Caucasus*. Moscow, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2007 ([http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2006.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/B37C7A809DA8FD284925724200268B27-Full_Report.pdf/\\$File/Full_Report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2006.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/B37C7A809DA8FD284925724200268B27-Full_Report.pdf/$File/Full_Report.pdf), accessed 6 April 2007).
80. Confalonieri U, McMichael A, eds. *Global environmental change and human health. Science plan and implementation strategy*. Paris, Earth System Science Partnership, 2006 (ESSP Report No. 4; http://www.essp.org/fileadmin/redakteure/pdf/GEC_HHSciPlan.pdf, accessed 6 April 2007).
81. *Climate change 2007: the physical science basis. Summary for policymakers. Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Geneva, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007 (<http://www.ipcc.ch/SPM2feb07.pdf>, accessed 6 April 2007).
82. *Working Group II contribution to the Intergovernmental Panel on Climate Change Fourth Assessment Report. Climate change 2007: climate change impacts, adaptation and vulnerability. Summary for policymakers*. Geneva, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007 (<http://www.ipcc.ch/SPM6avr07.pdf>, accessed 6 April 2007).
83. Nakicenovic N, Swart R, eds. *Special report on emissions scenarios. A special report of Working Group III of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000 (<http://www.grida.no/climate/ipcc/emission/index.htm>, accessed 6 April 2007).
84. Leckebusch GC, Ulbrich U. On the relationship between cyclones and extreme windstorm events over Europe under climate change. *Global and Planetary Change*, 2004, 44:181–193.
85. Prather M et al. Fresh air in the 21st century? *Geophysical Research Letters*, 2003, 30:1100.
86. Anderson HR et al. *Air pollution and climate change. An expert review for comment*. London, Department of Health, 2001:219–237.

87. Dasgupta S et al. *The impact of sea level rise on developing countries*. Washington, DC, World Bank, 2007 (World Bank Policy Research Working Paper 4136; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/02/09/000016406_20070209161430/Rendered/PDF/wps4136.pdf, accessed 6 April 2007).
88. *Stern review on the economics of climate change*. London, HM Treasury, 2006 (http://www.hm-treasury.gov.uk/independent_reviews/stern_review_economics_climate_change/stern_review_report.cfm, accessed 6 April 2007).
89. *Revision of the International Health Regulations*. Resolution WHA58.3. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/csr/ihr/en>, accessed 6 April 2007).
90. *Guidelines for drug donations. Revised 1999*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_PAR_99.4.pdf, accessed 6 April 2007).
91. *Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf, accessed 6 April 2007).
92. Davoli A, ed. *A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/e89231.pdf>, accessed 6 April 2007).
93. *Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. Geneva, International Strategy for Disaster Reduction, 2005 (<http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>, accessed 6 April 2007).
94. Disaster preparedness and response. Publications [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/emergencies/publications/20020611_1, accessed 6 April 2007).
95. *Health facility seismic evaluation. A handbook*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/e88525.pdf>, accessed 6 April 2007).
96. *Health systems. Emergency-care systems. Report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization, 2007 (EB120/27; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_27-en.pdf, accessed 6 April 2007).
97. *WHO outbreak communication. WHO handbook for journalists: influenza pandemic*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/don/Handbook_influenza_pandemic_dec05.pdf, accessed 6 April 2007).
98. *Outbreak communication. Best practices for communicating with the public during an outbreak*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf, accessed 6 April 2007).
99. *WHO outbreak communication guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28en.pdf, accessed 6 April 2007).
100. Message from the Director-General [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/world-health-day/2007/toolkit/dg_message/en/index.html, accessed 6 April 2007).
101. *Reports of advisory bodies and related issues. WHO policy concerning expert committees. Report by the Director-General*. Geneva, World Health Organization, 1998 (EB102/10, http://ftp.who.int/gb/pdf_files/EB102/ee10.pdf, accessed 6 April 2007).
102. *Rome Declaration on Harmonization. Rome, Italy, February 25, 2003*. Suva, Pacific Islands Forum Secretariat, 2003 (http://www.forumsec.org/_resources/main/files/Rome%20Declaration%20-%20Harmonisation.pdf, accessed 6 April 2007).
103. *Paris Declaration on Aid Effectiveness. Ownership, harmonisation, alignment, results*

- and mutual accountability. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, accessed 6 April 2007).
104. *In larger freedom: towards development, security and human rights for all. Report of the Secretary-General.* New York, United Nations, 2005 (A/59/2005; <http://www.un.org/largerfreedom/report-largerfreedom.pdf>, accessed 6 April 2007).
105. *Delivering as one. Report of the Secretary-General's High-level Panel.* New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/events/panel/resources/pdfs/HLP-SWC-FinalReport.pdf>, accessed 6 April 2007).
106. *WHO and reform of the United Nations system. Report by the Secretariat.* Geneva, World Health Organization, 2007 (EB120/31; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/B120_31-en.pdf, accessed 6 April 2007).
107. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on strengthening coordination on generic preparedness planning for public health emergencies at EU level.* Brussels, Commission of the European Communities, 2005 (COM(2005) 605 final; http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/preparedness_en.print.htm, accessed 6 April 2007).
108. *Interim document: technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies.* Brussels, Commission of the European Communities, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/preparedness_en.print.htm, accessed 6 April 2007).
109. *2786th Council Meeting, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs.* Brussels, Council of the European Union, 22 February 2007 (Press release 6226/07 (Presse 23); http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/92911.pdf, accessed 23 February 2007).
110. Public Health Pre-Deployment Training, 15–28 April 2007, Moscow, Russian Federation [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hac/techguidance/training/predeployment/en/index.html>, accessed 6 April 2007).
111. Global Outbreak Alert and Response Network [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en>, accessed 6 April 2007).
112. *Country focus initiative. Report by the Director-General.* Geneva, World Health Organization, 2002 (EB111/33; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/eeb11133.pdf, accessed 6 April 2007).

Приложение 1. Избранные международные инициативы, включающие вопросы безопасности здоровья

- Появление концепции «безопасности человека» вместо «национальной безопасности» в Докладе о развитии человека, 1994, подготовленном Программой развития ООН (глава 2. Новые измерения безопасности человека) (1).
- Расширение сектора негосударственного здравоохранения и общее увеличение числа заинтересованных сторон в международном общественном здравоохранении с 1990-х годов.
- Новые академические инициативы, посвященные вопросам, связанным со здравоохранением и безопасностью, такие как деятельность Фонда Наффилда в Соединенном Королевстве в области глобализации и здравоохранении с 1997 г. и разработанная им программа Глобального здравоохранения 2002–2006 (2), а также учреждение в США Рэнд корпорейшн Центра внутренней и международной безопасности здравоохранения (3).
- Учреждение Межправительственной группы по климатическим изменениям в 1988 г. Всемирной метеорологической организацией и Программой ООН по окружающей среде, ставшее признанием проблемы возможного глобального изменения климата (4).
- Принятие в 1992 г. Рамочной конвенции ООН об изменении климата, которая вступила в силу в 1994 г. (5).
- Несколько многосторонних соглашений по проблеме окружающей среды, связанных со здравоохранением и безопасностью, в том числе Венская конвенция по защите озонового слоя 1985 г. (6) и Монреальский протокол по веществам, разрушающим озоновый слой, 1987 г. (7); Базельская конвенция о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением, 1989 г. (8); Конвенция о биологическом разнообразии, 1992 г. (9); Конвенция Организации Объединенных Наций по борьбе с опустыниванием, 1992 г. (10); Рамочная конвенция Организации Объединенных Наций об изменении климата, 1992 г. (11) и Киотский протокол к Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций об изменении климата, 1997 г. (12); Роттердамская конвенция о процедуре предварительного обоснованного согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле, 1998 г. (13); Картахенский протокол о биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии, 2000 г. (14) и Стокгольмская конвенция о стойких органических загрязнителях, 2001 г. (15).
- Процесс реформирования Организации Объединенных Наций (с 1997 г.) в целом (16) и гуманитарная реформа ООН в частности (доклад Единство действий, ноябрь 2006 г.) (17).
- Учреждение Международной стратегии по сокращению стихийных бедствий ООН от 22 декабря 1999 г. как договоренности, сменившей Международное десятилетие по сокращению стихийных бедствий в 1990-х годах (18).
- Выработка Целей развития тысячелетия в 2000 г., причем три из восьми задач, восемь из восемнадцати целей и 18 из 48 показателей непосредственно связаны со здоровьем (19).
- Учреждение Всемирной сети ВОЗ по оповещению и реагированию в случае эпидемии, Совещание в штаб-квартире ВОЗ, апрель 2000 г. (20).
- Принятие Пакта о стабильности для Юго-Восточной Европы в 1999 г. в качестве процесса предупреждения конфликтов и вос-

становления в регионе. В 2001 г. в результате совместных действий Европейского регионального бюро ВОЗ и Совета Европы компонент здравоохранения был добавлен к Инициативе по социальному сплочению Пакта о стабильности, что положило начало Сети здравоохранения для Юго-Восточной Европы (21, 22).

- Создание независимой Комиссии по безопасности человека — инициатива правительства Японии — в январе 2001 г. (23) как итог Саммита тысячелетия ООН, который обратил особое внимание на необходимость безопасности человека в мире, «свободном от страха» и «свободном от нужды». Комиссия опубликовала документ «Безопасность человека сейчас» в 2003 г. (24, 25).
- Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН, посвященная ВИЧ/СПИДу, в июне 2001 г., где ВИЧ/СПИД был объявлен вопросом, угрожающим безопасности здоровья (26), что уже было объявлено Советом Безопасности ООН в 2000 г. в резолюции 1308 (27).
- Решение создать Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией на саммите Большой восьмерки в июле 2001 г. (28).
- Принятие министерской декларации на совещании ВТО на министерском уровне в Дохе в ноябре 2001 г.; причем особое внимание было обращено на обеспечение доступа к необходимым вакцинам и лекарствам для борьбы с чрезвычайными ситуациями в области общественного здравоохранения на национальном уровне (29).
- Решение ЕС о расширении к 2007 г. до 27 государств-членов (30), учреждение Комитета безопасности здравоохранения в октябре 2001 г. (31), основание Европейского центра по профилактике и контролю над заболеваниями (ЕЦКЗ) в 2004 г. (32) и принятие общего плана о готовности ЕС 28 ноября 2005 г. (33, 34).
- Учреждение Глобальной инициативы по обеспечению здоровья населения на Первой министерской конференции (Германия, Канада, Италия, Мексика, Соединенное Королевство, США, Франция, Япония, ВОЗ и Европейская комиссия) в Оттаве, Канада, 7 ноября 2001 г.; ВОЗ является техническим консультантом. Перед рабочей группой экспертов была поставлена задача разработки предложений и конкретных действий для улучшения глобальной охраны здоровья. Группа должна обеспе-

чить сеть быстрой связи и реагирования в случае кризиса (35).

- Первая Открытая научная конференция по глобальным изменениям в Амстердаме привела к созданию четырех международных программ исследования изменений окружающей среды (Международная программа науки о биоразнообразии, Международная биосфера/ Программа биосферы, Международная программа по изучению человеческих факторов глобальных экологических изменений и Всемирная программа исследования климата) с целью учреждения совместного Партнерства по научным системным исследованиям Земли в 2001 г. Совместный проект Партнерства по научным системным исследованиям Земли был инициирован конференцией Партнерства по научным системным исследованиям Земли в Пекине, Китай, 9–12 ноября 2006 г. (36).
- Всемирный экономический форум учредил Сеть глобальных рисков в 2004 г., чтобы помочь международному и всемирному деловому сообществу вырабатывать более совершенные меры в ответ на изменение глобальной картины рисков (37).
- Публикация доклада Группы высокого уровня по угрозам, вызовам и переменам при Генеральном секретаре ООН под названием «*Более безопасный мир: наша общая ответственность*» в 2004 г. (38).
- Одобрение Генеральной Ассамблеей ООН 22 декабря 2005 г. (резолюция A/RES/60/195) Хиогской декларации и Хиогской платформы действий 2005-1015: *Построение устойчивости к бедствиям наций и сообществ*, принятой на Всемирной конференции по сокращению стихийных бедствий, проводимой в Кобе, Хиого, Япония, 18–22 января 2005 г. (39, 40).
- Единогласное принятие пересмотренных ММСП (2005) 58-й Всемирной ассамблеей здравоохранения 23 мая 2005 г. Они должны вступить в силу 15 июня 2007 г. (41).
- Публикация в Соединенном Королевстве в октябре 2006 г. «Доклада Стерна об экономике климатических изменений», названного по имени сэра Николаса Стерна, главы Экономической службы Соединенного Королевства и советника правительства по вопросам экономики изменения климата и развития (42).
- Публикация в феврале 2007 г. Всемирным банком доклада «Влияние поднятия уровня моря на развивающиеся страны», прогнозирующего в этом столетии перемещение

сотен миллионов людей по причине подъема уровня моря (43).

- Публикация в феврале и апреле 2007 г. проектов двух сводок для лиц, принимающих решения, о естественно-научной основе изменения климата (44) и о воздействии климатических изменений, адаптации и

уязвимости (45) в качестве части Четвертого отчета по оценке Межправительственной группы по климатическим изменениям, которые должны быть опубликованы в течение 2007 г. Другие части Доклада будут посвящены вопросам о смягчении последствий изменения климата и о сводных предложениях.

Библиография

1. New dimensions of human security. In: United Nations Development Programme. *Human development report 1994*. New York, Oxford University Press, 1994:22–46 (http://hdr.undp.org/reports/global/1994/en/pdf/hdr_1994_ch2.pdf, accessed 6 April 2007).
2. The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services [web site]. London, The Nuffield Trust, 2006 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk>, accessed 6 April 2007).
3. RAND Center for Domestic and International Health Security [web site]. Washington, DC, RAND Corporation, 2007 (<http://www.rand.org/health/centers/healthsecurity/index.html>, accessed 6 April 2007).
4. Intergovernmental Panel on Climate Change [web site]. Geneva, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007 (<http://www.ipcc.ch>, accessed 6 April 2007).
5. *United Nations Framework Convention on Climate Change*. New York, United Nations, 1992 (<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/conveng.pdf>, accessed 6 April 2007).
6. *Vienna Convention for the Protection of the Ozone Layer*. New York, United Nations Environment Programme, 1985 (http://ozone.unep.org/Treaties_and_Ratification/2A_vienna_convention.shtml, accessed 6 April 2007).
7. *Montreal Protocol on Substances that Deplete the Ozone Layer*. New York, United Nations Environment Programme, 1987 (http://ozone.unep.org/Treaties_and_Ratification/2B_montreal_protocol.shtml, accessed 6 April 2007).
8. *Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and their Disposal*. Geneva, Secretariat of the Basel Convention, 1989 (<http://www.basel.int/text/documents.html>, accessed 6 April 2007).
9. *Convention on Biological Diversity*. Montreal, Secretariat of the Convention on Biological Diversity, United Nations Environment Programme, 1992 (<http://www.biodiv.org/convention/default.shtml>, accessed 6 April 2007).
10. *United Nations Convention to Combat Desertification*. Bonn, Secretariat of the United Nations Convention to Combat Desertification, 1992 (<http://www.unccd.int/convention/menu.php>, accessed 6 April 2007).
11. *United Nations Framework Convention on Climate Change*. Bonn, Secretariat of the United Nations Framework Convention on Climate Change, 1992 (http://unfccc.int/essential_background/convention/background/items/2853.php, accessed 6 April 2007).
12. *Kyoto Protocol to the United Nations Framework Convention on Climate Change*. Bonn, Secretariat of the United Nations Framework Convention on Climate Change, 1997

- (http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/background/items/1351.php, accessed 6 April 2007).
13. *Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade*. Geneva, Secretariat for the Rotterdam Convention, 1998 (<http://www.pic.int/home.php?type=t&id=49&sid=16>, accessed 6 April 2007).
 14. *Cartagena Protocol on Biosafety to the Convention on Biological Diversity*. Montreal, Secretariat of the Convention on Biological Diversity, United Nations Environment Programme, 2000 (<http://www.biodiv.org/biosafety/protocol.shtml>, accessed 6 April 2007).
 15. *Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants*. Geneva, Secretariat for the Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants, United Nations Environment Programme, 2001 (<http://www.pops.int>, accessed 6 April 2007).
 16. Reform at the United Nations. Reference reports and materials [web site]. New York, United Nations 2007 (<http://www.un.org/reform>, accessed 6 April 2007).
 17. *Delivering as one. Report of the Secretary-General's High-level Panel*. New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/events/panel/resources/pdfs/HLP-SWC-FinalReport.pdf>, accessed 6 April 2007).
 18. *Resolution adopted by the General Assembly 54/219. International Decade for Natural Disaster Reduction: successor arrangements*. New York, United Nations, 2000 (A/RES/54/219; http://www.unisdr.org/eng/about_isdr/basic_docs/GA-resolution/a-res-54-219-eng.pdf, accessed 6 April 2007).
 19. UN Millennium Development Goals [web site]. New York, United Nations, 2005 (<http://www.un.org/millenniumgoals>, accessed 6 April 2007).
 20. *Global outbreak alert and response. Report of a WHO meeting*. Geneva, Switzerland, 26–28 April 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_2000_3/en, accessed 6 April 2007).
 21. Stability Pact for South Eastern Europe [web site]. Brussels, Stability Pact for South Eastern Europe, 2007 (<http://www.stabilitypact.org>, accessed 6 April 2007).
 22. South-eastern Europe Health Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/stabilitypact>, accessed 6 April 2007).
 23. Commission on Human Security [web site]. New York, Commission on Human Security, 2003 (<http://www.humansecurity-chs.org>, accessed 6 April 2007).
 24. *Human security now*. New York, Commission on Human Security, 2003 (<http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/index.html>, accessed 6 April 2007).
 25. Better health for human security. In: *Human security now*. New York, Commission on Human Security, 2003 (<http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/English/chapter6.pdf>, accessed 6 April 2007).
 26. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, 25–27 June 2001 [web site]. New York, United Nations, 2001 (<http://www.un.org/ga/aids/coverage>, accessed 6 April 2007).
 27. *United Nations Security Council resolution 1308 (2000)*. New York, United Nations, 2000 (<http://daccess-ods.un.org/TMP/4127821.html>, accessed 6 April 2007).
 28. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [web site]. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2007 (<http://www.theglobalfund.org/en>, accessed 6 April 2007).
 29. *Ministerial declaration*. Geneva, World Trade Organization, 2001 (http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm, accessed 6 April 2007).

30. European Commission, DG Health and Consumer Protection, Public Health [web site]. Brussels, Commission of the European Communities (http://ec.europa.eu/health/index_en.htm, accessed 6 April 2007)
31. *2786th Council Meeting, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs*. Brussels, Council of the European Union, 22 February 2007 (Press release 6226/07 (Presse 23); http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lisa/92911.pdf, accessed 23 February 2007).
32. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [web site]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2007 (<http://www.ecdc.eu.int>, accessed 6 April 2007).
33. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on strengthening coordination on generic preparedness planning for public health emergencies at EU level*. Brussels, Commission of the European Communities, 2005 (COM(2005) 605 final; http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/preparedness_en.print.htm, accessed 6 April 2007).
34. *Interim document: technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies*. Brussels, Commission of the European Communities, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/preparedness_en.print.htm, accessed 6 April 2007).
35. Global Health Security Initiative (GHSI) [web site]. Global Health Security Initiative, 2007 (<http://www.ghsi.ca/english/index.asp>, accessed 6 April 2007).
36. Earth System Science Partnership (ESSP) [web site]. Paris, Earth System Science Partnership, 2007 (<http://www.essp.org/en/home.html>, accessed 6 April 2007).
37. Global Risk Network [web site]. Geneva, World Economic Forum, 2007 (<http://www.weforum.org/en/initiatives/globalrisk/index.htm>, accessed 6 April 2007).
38. *A more secure world: our shared responsibility. Report of the Secretary-General's High-level Panel on Threats, Challenges and Change*. New York, United Nations, 2004 (<http://www.un.org/secureworld>, accessed 6 April 2007).
39. *Resolution adopted by the General Assembly 60/195. International Strategy for Disaster Reduction*. New York, United Nations, 2006 (http://www.unisdr.org/eng/about_isdr/basic_docs/GA-resolution/a-res-60-195-eng.pdf, accessed 6 April 2007).
40. *Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. Geneva, International Strategy for Disaster Reduction, 2005 (<http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>, accessed 6 April 2007).
41. *Revision of the International Health Regulations*. Resolution WHA58.3. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/csr/ihr/en>, accessed 6 April 2007).
42. *Stern review on the economics of climate change*. London, HM Treasury, 2006 (http://www.hm-treasury.gov.uk/independent_reviews/stern_review_economics_climate_change/stern_review_report.cfm, accessed 6 April 2007).
43. Dasgupta S et al. *The impact of sea level rise on developing countries*. Washington, DC, World Bank, 2007 (World Bank Policy Research Working Paper 4136; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/02/09/000016406_20070209161430/Rendered/PDF/wps4136.pdf, accessed 6 April 2007).

44. *Climate change 2007: the physical science basis. Summary for policymakers. Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change.* Geneva, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007 (<http://www.ipcc.ch/SPM2feb07.pdf>, accessed 6 April 2007).

45. *Working Group II contribution to the Intergovernmental Panel on Climate Change Fourth Assessment Report. Climate change 2007: climate change impacts, adaptation and vulnerability. Summary for policymakers.* Geneva, Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007 (<http://www.ipcc.ch/SPM6avr07.pdf>, accessed 6 April 2007).