



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет  
Пятьдесят пятая сессия**

**Бухарест, Румыния, 12–15 сентября 2005 г.**

Пункт 6(b) предварительной повестки дня

EUR/RC55/8  
+EUR/RC55/Conf.Doc./4  
6 июня 2005 г.  
53653  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Основы политики достижения здоровья для всех в  
Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.**

Страны Европейского региона ВОЗ одобрили свою первую стратегию достижения здоровья для всех в 1980 г. Одновременно они также взяли на себя обязательство осуществлять на регулярной основе мониторинг реализации и эффективности этой стратегии. Обновление основ региональной политики достижения здоровья для всех имело место в 1991 и 1998 гг. Настоящий документ представляет собой третье обновление, проведенное в соответствии с рекомендациями Регионального комитета.

Подготовка настоящего документа была начата в начале 2003 г. Региональный комитет и Постоянный комитет Регионального комитета руководили этим процессом, осуществляя общий надзор за используемыми подходами, методологией и направлениями работы Регионального бюро. Их инструкции были очень четкими: нужно не разрабатывать новый стратегический документ, а пересмотреть предыдущий вариант основ политики достижения здоровья для всех и определить его релевантность применительно к нынешним потребностям государств - членов Европейского региона. Таким образом, данное обновление – это не новая политика, а пересмотр обновленной в 1998 г. политики ЗДОРОВЬЕ-21, который включает знания и опыт, приобретенные за прошедший с того времени период. Его конечная цель – обеспечить лиц, принимающих решения на национальном уровне, практическими методами, которые могут быть использованы как для обеспечения соответствия национальных стратегий общественного здравоохранения ценностям стратегии “Здоровье для всех”, так и для претворения этих ценностей в жизнь.

Настоящее обновление основ политики основывается на результатах опроса, проведенного Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения, и на предложениях и замечаниях широкого круга экспертов, большинство из которых были участниками “мозгового центра”, созданного для этой цели. Помимо этого с 52 государствами-членами Региона и основными международными партнерскими организациями было проведено консультативное обсуждение, имевшее форму предоставления предложений, дополнений и замечаний по проекту основ, который был доступен для всех желающих на четырех рабочих языках Европейского региона ВОЗ в течение четырех месяцев в начале 2005 г. За этот период Региональное бюро получило огромное число комментариев, идей и рекомендаций. Многие из внесенных предложений отражены в настоящем документе. Другие являются более общими по своему характеру, и для их доработки необходимо больше времени, и поэтому они послужат отправным моментом для работы в рамках открытого процесса “Здоровье для всех”, который предлагается в настоящем обновлении. Этот процесс позволит отдельным странам обмениваться свежими примерами, анализами конкретных ситуаций и новыми знаниями с другими государствами-членами в рамках непрерывного развития политики достижения здоровья для всех.



## Содержание

	<i>Параграф</i>
1. Общие сведения и обоснование .....	1–23
1.1 Обоснование .....	1–9
1.1.1 Не только обязательства, но и новые возможности .....	2
1.1.2 Консультационная и направляющая деятельность .....	3–4
1.1.3 Подход и методология .....	5–9
1.2 Процесс обновления политики “Здоровье для всех”: чем он является и чем он не является.....	10–16
1.3 Согласованность с другими аналогичными инициативами .....	17–23
1.3.1 Неразрывность с политикой ЗДОРОВЬЕ-21 .....	17–20
1.3.2 Согласованность с другими важнейшими стратегиями в области здравоохранения .....	21–23
2. История движения “Здоровье для всех” .....	24–32
2.1 Глобальное движение “Здоровье для всех” .....	24–27
2.2 Здоровье для всех в Европейском регионе .....	28–32
3. Основные характеристики политики “Здоровье для всех” .....	33–51
3.1 Политика, основанная на общих ценностях и стимулируемая ими .....	34–38
3.2 В политике “Здоровье для всех” используется широкая концепция здоровья.....	39–45
3.2.1 Использование широкой концепции здоровья в рамках системы здравоохранения .....	40–42
3.2.2 Использование широкой концепции здоровья вне отрасли здравоохранения .....	43–45
3.3 Решение задач политики “Здоровье для всех” в рамках системы здравоохранения .....	46–48
3.4 Стратегии достижения здоровья для всех.....	49–51
4. Политика “Здоровье для всех” в странах Европейского региона ВОЗ.....	52–80
4.1 Политика “Здоровье для всех” в государствах-членах.....	54–70
4.1.1 Национальная и субнациональная политика .....	54–55
4.1.2 Сроки выполнения.....	56
4.1.3 Последовательность или непоследовательность действий применительно к политике “Здоровье для всех” .....	57
4.1.4 Политика “Здоровье для всех”: обеспечение ее реализации и ее правовой статус.....	58–65
4.1.5 Ценности .....	66–67
4.1.6 Задача в области здравоохранения .....	68–70
4.2 Какое влияние европейская политика “Здоровье для всех” оказала на формирование национальных стратегий здравоохранения?.....	71–74
4.2.1 Влияние, о котором сообщают сами страны.....	71
4.2.2 Реализация основ европейской политики “Здоровье для всех” в условиях конкретных стран.....	72
4.2.3 Влияние европейской политики “Здоровье для всех” на формирование национальных стратегий здравоохранения.....	73
4.2.4 Влияние на субнациональном уровне .....	74
4.3 Планирование в области финансирования, инфраструктурного обеспечения и мониторинга осуществления политики.....	75–76

4.4	Повлияли ли национальные стратегии “Здоровье для всех” на реализацию инициатив в области здравоохранения?.....	77–80
4.4.1	Незначительное влияние или отсутствие какого-либо прямого влияния.....	77
4.4.2	Множество примеров “мягкого” осуществления.....	78–79
4.4.3	Независимое осуществление отдельных элементов политики.....	80
5.	Этическое управление и ценности политики достижения здоровья для всех.....	81–127
5.1	Введение.....	81–89
5.1.1	Общие ценности.....	81–83
5.1.2	Ценности в их политическом контексте.....	84
5.1.3	Путь вперед.....	85–89
5.2	Вопросы охраны здоровья в правовой системе обеспечения прав человека.....	90–97
5.2.1	Право на здоровье.....	90–91
5.2.2	Охрана здоровья в широком контексте обеспечения прав человека.....	92–97
5.3	Здоровье в рамках системы общих моральных ценностей: ценности политики достижения здоровья для всех.....	98–121
5.3.1	Справедливость.....	100–109
5.3.2	Солидарность.....	110–114
5.3.3	Участие.....	115–121
5.4	Этическое и основанное на ценностях управление.....	122–127
6.	Инструментарий политики достижения здоровья для всех: практические подходы к воплощению ценностей политики “Здоровье для всех”.....	128–180
6.1	Как создать основу для обеспечения этического управления здравоохранением?.....	132–153
	Первая категория – От обязательств к возможностям: международные правовые акты по правам человека.....	132–144
	Вторая категория – Постановка международных целей: Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия.....	145–150
	Третья категория – Обеспечение участия общественности.....	151–153
6.2	Как использовать новейшие данные при разработке стратегий здравоохранения?.....	154–167
	Четвертая категория – Сбор и аналитическая обработка медико-санитарной информации.....	155–156
	Пятая категория – Разработка и обеспечение функционирования систем мониторинга кризисов здравоохранения.....	157–161
	Шестая категория – Мониторинг детерминантов здоровья.....	162–167
6.3	Как могут быть оценены результаты воплощения стратегических ценностей?.....	168–174
	Седьмая категория – Оценка деятельности системы здравоохранения.....	168–170
	Восьмая категория – Оценка качества: аккредитация.....	171–174
6.4	Как можно обеспечить дальнейшее совершенствование стратегий и действий в области здравоохранения?.....	175–180
	Девятая категория – Использование фактических данных для формирования политики здравоохранения.....	175–176
	Десятая категория – Проведение оценки воздействия на здоровье.....	177–180

7.	На пути к достижению здоровья для всех: перечень контрольных вопросов для лиц, определяющих политику .....	181–195
7.1	Поддерживает ли национальная политика основные ценности движения “Здоровье для всех”? .....	183–184
7.2	Основана ли рассматриваемая политика на широком видении вопросов здравоохранения? .....	185–186
7.3	В какой степени национальная система здравоохранения привержена политике “Здоровье для всех”? .....	187–192
7.4	Какое влияние на принятие и осуществление политики достижения здоровья для всех оказывают другие факторы? .....	193–195
7.4.1	Анализ содержания политики достижения здоровья для всех .....	194
7.4.2	Анализ контекста: возможности государств-членов в отношении понимания, принятия и реализации политики достижения здоровья для всех .....	195
	Выводы .....	196
	Библиография	
	Приложение 1. Европейский региональный комитет – ключевые стратегические документы, относящиеся к развитию процесса “Здоровье для всех”	



## **1. Общие сведения и обоснование**

### **1.1 Обоснование**

1. С 1980 г., когда Европейский регион ВОЗ выпустил в свет свою первую региональную стратегию достижения здоровья для всех, он взял на себя обязательства проводить на периодической основе обновление этой стратегии. В рамках этого процесса предусматривается регулярный мониторинг, оценка, переосмысливание и пересмотр тех подходов и методов, которые Регион использует для развития и реализации своей политики достижения здоровья для всех.

#### **1.1.1 Не только обязательства, но и новые возможности**

2. С одной стороны, нынешнее обновление является выполнением принятого обязательства, так как Региональный комитет принял решение о том, что следующее обновление региональной политики “Здоровье для всех” будет представлено на его рассмотрение в 2005 г. (1). С другой стороны, выполнение этого обязательства также открывает хорошую возможность рассмотрения тех взаимосвязей, которые существуют между функционированием систем здравоохранения и вопросами этики и прав человека. Кроме того, настоящее обновление дает нам возможность обеспечить в начале 21-го столетия тесную взаимосвязь между разработанными ВОЗ концепциями достижения здоровья для всех и практической работой по разработке политики здравоохранения в странах.

#### **1.1.2 Консультационная и направляющая деятельность**

3. Постоянный комитет Регионального комитета десятого созыва принимал постоянное участие в работе по пересмотру основ европейской политики “Здоровье для всех”. Он выработывал руководящие указания относительно концепции, процесса и методологии обновления этой политики. Он предложил, что этические аспекты системы здравоохранения должны быть важнейшим элементом этого обновления, и одобрил ключевые ценности, лежащие в основе стратегии достижения здоровья для всех и документа “ЗДОРОВЬЕ-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ, обновление 1998 г.” (2). Постоянный комитет также призвал к тому, чтобы в нынешнем обновлении было уделено должное внимание изменяющимся политическим и экономическим условиям, а также возрастающей потребности преобразования руководящих принципов в практические методы и подходы, несмотря на всю сложность этой задачи. И наконец, он настоятельно призвал к разработке концепции этического управления как нового подхода к использованию общих ценностей в практической работе (3).

4. Региональный комитет обсудил это обновление политики на двух сессиях – до и во время ее подготовки. На пятьдесят третьей сессии государства-члены приняли решение, что процесс обновления должен обеспечивать преемственность процессов реализации стратегии ЗДОРОВЬЕ-21, отражая в то же время новые знания и последние события и реалии, и что особое внимание в процессе обновления следует уделить основанным на знаниях стратегиям общественного здравоохранения и этическим аспектам работы систем здравоохранения (4, 5). Региональный комитет также одобрил методологию и подходы, используемые Региональным бюро при подготовке данного обновления. Затем на пятьдесят четвертой сессии государствам-членам был представлен доклад о ходе работы в этом направлении (6).

#### **1.1.3 Подход и методология**

5. Региональное бюро отнеслось к работе по подготовке нынешнего обновления как к хорошей новой возможности. Оно приступило к процессу обновления заблаговременно, с тем чтобы обеспечить хорошее сотрудничество и консультирование с государствами-членами. В 2003 г., когда была начата эта работа, Региональное бюро приняло решение о целесообразности разработки этого документа на основе трех методологических подходов. Эти три подхода, каждый из которых отвечает на один ключевой вопрос, легли в основу настоящего обновления.

### **Методологический подход 1: Какое влияние на процесс разработки политики в государствах-членах оказала политика “Здоровье для всех”?**

6. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения попыталась ответить на этот вопрос, проведя комплексный обзор того, каким образом политика “Здоровье для всех” использовалась в Европейском регионе. Для этой цели Обсерватория провела в 2003 г. два исследования. Первое исследование позволило подготовить сводный обзор о фактическом принятии и применении концепции политики “Здоровье для всех” в государствах-членах. Второе исследование, которое все еще продолжалось на момент публикации данного документа, посвящено оценке опыта стран с целевыми программами здравоохранения и анализу характера национальных задач в области здравоохранения и прогресса в деле их выполнения. Некоторые из результатов исследований приведены в Главе 4 “Политика “Здоровье для всех” в странах Европейского региона ВОЗ”.

### **Методологический подход 2: Какие ценности политики “Здоровье для всех” поддерживают и стимулируют разработку и развитие политики в странах?**

7. Для того чтобы ответить на этот вопрос, была создана международная группа, выполняющая функции мозгового центра и состоящая из экспертов с широким кругом знаний и опыта в формировании, оценке и реализации стратегий здравоохранения на международном, национальном и субнациональном уровнях. Основные задачи, стоящие перед группой, включали следующее:

- идентифицировать и охарактеризовать ценности, имеющие отношение к процессу принятия решений в области здравоохранения и широко принятые в рамках всего Региона, учитывая при этом различающиеся условия и обстоятельства;
- выработать определения этих общих ценностей, с тем чтобы лучше их понять с прагматической и этической точек зрения;
- проследить связь между этими ценностями и факторами, определяющими характер стратегий и действий в области здравоохранения;
- рассмотреть международные правовые механизмы, относящиеся к этим ценностям (например, существующие международные документы по правам человека, такие как конвенции, декларации и договоры); и
- разработать концепцию этического управления в области здравоохранения как потенциального способа преобразования этих ценностей в практические действия.

Описание выводов, сделанных этой группой, приведено в Главе 5 “Этическое управление и ценности политики достижения здоровья для всех”.

### **Методологический подход 3: Каким образом ценности политики “Здоровье для всех” могут быть реализованы на практике?**

8. Чтобы ответить на этот вопрос, был проведен обзор механизмов, помогающих организаторам здравоохранения разрабатывать национальные стратегии и программы достижения здоровья для всех. Во многих странах уже существует целый ряд таких механизмов. Хотя последние и не были разработаны специально для реализации или оценки ценностей, они могут быть использованы для этой цели. Из всех рассмотренных механизмов для демонстрации имеющихся возможностей было выбрано 10 основных типов. В качестве критериев отбора использовались следующие вопросы: продемонстрировали ли такие механизмы свою полезность на национальном уровне и были ли они целостными и пригодными к адаптации в различных условиях, было ли проведено их испытание, ведется ли их дальнейшее усовершенствование и являются ли они практически применимыми. Методология и предложенные механизмы представлены в Главе 6 “Инструментарий политики достижения здоровья для всех: практические подходы к воплощению ценностей политики “Здоровье для всех”.

9. И наконец, в Главе 7 “На пути к достижению здоровья для всех: перечень контрольных вопросов для лиц, определяющих политику” для руководителей и организаторов здравоохранения предлагаются некоторые руководящие принципы, позволяющие определить, насколько хорошо их собственные национальные стратегии здравоохранения способствуют достижению здоровья для всех.

## **1.2 Процесс обновления политики “Здоровье для всех”: чем он является и чем он не является**

10. При подготовке настоящего обновления основ европейской политики “Здоровье для всех” была сделана попытка придать этому документу вдохновляющий, а не предписывающий характер. Не являясь моделью, которую государства-члены должны принять или копировать, он представляет собой возможную общую основу политики здравоохранения, основывающуюся на вполне определенных концепции и ценностях. Предполагается, что при разработке своих собственных стратегий страны будут использовать эту основу в том виде, который для них представляется наиболее целесообразным и полезным, адаптируя ее к своим конкретным здравоохранительным, экономическим, культурным и историческим условиям и потребностям. В конечном итоге успех зависит от того, насколько эффективное участие в таком процессе принимают конкретные страны, и лицам, определяющим политику, следует самим решать, какие именно элементы политики “Здоровье для всех” будут воплощены в их национальной политике здравоохранения. Иными словами, настоящее обновление призвано служить основой, способствующей свободе выбора.

11. Так, например, каждая страна должна сама решить, выделять ей или нет специальные фонды для реализации политики “Здоровье для всех”. В тех странах, где финансовые ресурсы ограничены, целевое выделение финансовых средств может быть использовано в качестве механизма, обеспечивающего должное внимание к ценностям политики “Здоровье для всех” в рамках отрасли здравоохранения. Однако принятие такого финансового механизма должно основываться на учете конкретных условий той или иной страны, и поэтому давать какую-либо общую рекомендацию на региональном уровне было бы нецелесообразно. Также на национальном уровне решаются вопросы, относящиеся к тому, принимать или не принимать какую-либо единую политику достижения здоровья для всех или же включать концепцию “Здоровье для всех” в рамки любой проводящейся национальной стратегии, оказывающей влияние на здоровье населения, принимая меры к тому, чтобы она соответствовала ценностям стратегии “Здоровье для всех”, а также концепции этического управления.

12. Важно подчеркнуть, что настоящий документ – это только обновление основ европейской политики по достижению здоровья для всех, а не новая политика. После принятия политики ЗДОРОВЬЕ-21 прошло только семь лет, и поэтому, по мнению Постоянного комитета Регионального комитета, ввиду относительно короткого периода времени, прошедшего с тех пор, сейчас было бы преждевременно разрабатывать и предлагать для Европейского региона фундаментально новую политику (3).

13. Традиционный подход к разработке европейской политики “Здоровье для всех” заключался в постановке ряда общих задач. В последнее время, однако, сложилось согласованное мнение о том, что постановка одних и тех же задач для всех стран Региона часто может быть искусственной и несправедливой по своему характеру или что такие задачи не являются достаточно стимулирующими, так как в них не учитываются значительные различия в состоянии общественного здравоохранения и в этапах экономического развития. С другой стороны, постановка задач может послужить важным механизмом на национальном и иногда субнациональном уровнях. Национальные задачи могут выполнять функции прекрасного механизма осуществления и управления, равно как и средства, позволяющего стране определить свой уровень устремлений. Более того, вовлечение всех задействованных сторон в процесс формулирования национальных задач в области здравоохранения способствует усилению их совместной приверженности выполнению таких задач.

14. Рекомендации, приведенные в этом обновленном документе, не являются ни исчерпывающими, ни охватывающими все аспекты общественного здравоохранения. Акцент в них ставится на областях и методах, которые либо являются новыми, либо были значительно усовершенствованы в период после 2000 г. Несмотря на то, что основы политики ЗДОРОВЬЕ-21 были приняты сравнительно недавно, за прошедшее время в системах здравоохранения государств-членов произошло много значительных изменений. В настоящем документе дается частичное описание опыта и знаний, накопленных в этой области.

15. Иными словами, настоящая обновленная версия должна служить не нормативным документом с утвержденной для Региона политикой “Здоровье для всех”, а документом, стимулирующим неограниченный по срокам процесс достижения здоровья для всех. Эта политика может постоянно обогащаться за счет широкого ряда мероприятий по ее реализации, которые выбирают сами страны. Некоторые страны могут приступить к анализу конкретных примеров на национальном уровне, а другие могут рассматривать это обновление как возможность дополнительного анализа и пересмотра своих стратегий в области здравоохранения. Третья группа стран может принять решение уделить особое внимание вопросам коммуникации, поставив перед собой цель нахождения наиболее эффективных средств распространения ценностей политики “Здоровье для всех”, концепции здоровья и прав человека и модели этического управления с учетом особенностей различных заинтересованных сторон и партнеров. Кроме того, некоторые страны могут выбрать такой подход, как установление конкретных стандартов, с помощью которых можно будет измерять реализацию стратегии “Здоровье для всех”. Параллельно с этим в странах, считающих, что децентрализация и удовлетворение потребностей местного населения в здравоохранении – это важнейшее условие для успешного достижения здоровья для всех, основной акцент может быть поставлен на работе на местном уровне. И наконец, ряд стран может приступить к работе по разработке национальных и субнациональных задач в области здравоохранения, привязывая их к целям в области развития, сформулированным в Декларации Тысячелетия Организации Объединенных Наций.

16. Большинство этих идей были предложены отдельными странами в процессе консультирования по настоящему обновлению. Они представляют собой лишь несколько из множества возможных мероприятий и разработок на национальном уровне, которые могут помочь придать европейскому процессу развития и осуществления политики “Здоровье для всех” новаторский и открытый характер. Этот процесс может послужить своего рода форумом для обмена современными данными, опытом и идеями по политике здравоохранения. В свою очередь, проведение обновления политики на национальном и субнациональном уровнях может привести новые элементы и идеи в непрерывно совершенствующуюся в Европейском регионе политику “Здоровье для всех” в рамках постоянного процесса обновления и совершенствования. Такое развитие событий будет наилучшим свидетельством актуальности и пользы настоящего документа. Хочется также надеяться, что настоящее обновление рассматриваемой политики послужит ценным механизмом для содействия разработке стратегий здравоохранения с должным учетом основных этических принципов.

### **1.3 Согласованность с другими аналогичными инициативами**

#### **1.3.1 Неразрывность с политикой ЗДОРОВЬЕ-21**

17. Одной из важнейших характеристик движения “Здоровье для всех” в Европейском регионе ВОЗ была его последовательность, и настоящее обновление политики представляет собой еще один этап этого постоянно развивающегося процесса. Со времени его принятия в 1998 г. политика ЗДОРОВЬЕ-21 получила широкое признание в рамках всего Региона. В этом рамочном документе излагается широкая концепция общественного здравоохранения, основанная на основополагающих ценностях глобального движения “Здоровье для всех”, и в нем обозначены общие подходы и направления деятельности, которых могут придерживаться отдельные страны. Эта концепция продолжает сохранять свою ценность и актуальность, и нынешняя обновленная версия подтверждает ценность политики ЗДОРОВЬЕ-21 как широкой концептуальной основы, на

которой основывается деятельность Регионального бюро, направленная на оказание поддержки государствам-членам.

18. В обновлении 2005 г. сохранены и расширены основные ценности и принципы политики ЗДОРОВЬЕ-21, а также охват и общая стратегическая установка данной политики. В частности, в обновленном документе еще раз ставится акцент на следующих ключевых принципах, лежащих в основе политики “Здоровье для всех”.

- Конечная цель политики здравоохранения – полная реализация всеми людьми имеющегося потенциала здоровья.
- Устранение различий в состоянии здоровья между странами и внутри них (т.е. солидарность) имеет огромную важность для общественного здравоохранения в Регионе.
- Участие населения – это ключевое условие для развития здравоохранения.
- Развитие здравоохранения может быть обеспечено только с помощью межотраслевых стратегий и межотраслевого инвестирования, направленного на улучшение детерминантов здоровья.
- Каждый сектор общества несет ответственность за те последствия, которые его деятельность оказывает на здоровье людей.

19. В частности, в обновленном документе ставится акцент на содержащемся в политике ЗДОРОВЬЕ-21 призыве “обеспечивать современный инструментарий, основывающийся на подтвержденных достоверных данных, которые страны могли бы использовать для преобразования стратегий, основывающихся на принципах достижения здоровья для всех, в конкретные меры и действия”. И наконец, в ней еще раз повторяется значимость 21 задачи политики ЗДОРОВЬЕ-21, потому что в них определены основные направления деятельности для всего Региона и потому что они служат стимулом для постановки соответствующих задач на страновом и местном уровнях. В задачах политики ЗДОРОВЬЕ-21 отмечается, что они являются не нормативом, обязательным для внедрения, а концептуальной основой региональной политики в области здравоохранения (7). Авторы обновленного документа также придерживались этого гибкого принципа.

20. Говоря вкратце, в настоящем документе усиливается роль документа ЗДОРОВЬЕ-21 как хартии социальной справедливости, содержащей научно обоснованные принципы более эффективного развития здравоохранения и указывающей на процесс, который позволит обеспечить последовательное улучшение здоровья людей.

### **1.3.2 *Согласованность с другими важнейшими стратегиями в области здравоохранения***

21. Обновленная политика “Здоровье для всех” также хорошо согласовывается с другими важнейшими стратегиями здравоохранения. Она разрабатывалась параллельно с подготовкой Одиннадцатой Общей программы работы, которая после ее принятия в 2006 г. будет определять основные направления работы Организации до 2015 г. Оба этих документа характеризуются рядом одних и тех же ключевых особенностей, включая следующие: использование в качестве основополагающих принципов ключевых ценностей ВОЗ и движения “Здоровье для всех”, подтверждение той руководящей роли, которую эти ценности играют в деятельности ВОЗ; постановка особого акцента на правах и потребностях уязвимых групп населения; использование гибкого подхода к реализации политики, предусматривающего всесторонний учет национальных условий.

22. Это обновление также неразрывно взаимосвязано с рядом ключевых стратегий Регионального бюро. В частности, признание в этом документе необходимости развития здравоохранения с учетом особенностей стран, а также интерпретации и реализации общерегиональных концепций на национальном уровне соответствует концепции, на которой основывается деятельность проводимой Региональным бюро стратегии поддержки стран

“Адаптация услуг к новым потребностям” (8). Между обновлением основ политики “Здоровье для всех” и стратегией поддержки стран также имеются консенсус и относительно необходимости развития партнерств вне отрасли здравоохранения. Более того, в соответствии со следующим этапом стратегии поддержки стран, акцент в котором поставлен на укреплении систем здравоохранения, в данном обновлении уделяется большое внимание системам здравоохранения как наиболее оптимальной структуре для проведения работы по достижению здоровья для всех на национальном уровне.

23. И наконец, настоящее обновление также согласовывается с той позицией, которую Региональное бюро заняло в отношении Целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия ООН (ЦРТ) (9). Такие ценности, как справедливость, солидарность и участие, лежат в центре обновления политики “Здоровье для всех”, а также являются ключевыми ценностями стратегии Регионального бюро по достижению ЦРТ. Эти три ценности имеют особенно важное значение в связи с экономической разнородностью Региона, в котором вопросы бедности продолжают требовать нашего внимания. Более того, это утверждение относится не только к странам с низким и средним уровнями доходов, но и к самым богатым странам. Этим ценностям также придается особое значение в связи с поставленным в стратегии достижения ЦРТ акцентом на следующих двух проблемах: как обеспечить достижение этих целей в странах, которым вряд ли удастся это сделать, и как идентифицировать на основе национальных агрегированных данных в отдельных странах те уязвимые подгруппы населения, по отношению к которым ЦРТ наиболее применимы, с тем чтобы приложить соответствующие усилия для оказания им необходимой помощи.

## **2. История движения “Здоровье для всех”**

### **2.1 Глобальное движение “Здоровье для всех”**

24. В принятом в 1946 г. Уставе Всемирной организации здравоохранения говорится, что “здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности” (10). В Уставе ВОЗ также признается, что “обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья” является одним из основных прав человека. К концу 1970-х годов широкомасштабная реализация этого права все еще оставалась недостижимой целью, поскольку около миллиарда жителей нашей планеты продолжали жить в такой бедности, при которой достижение приемлемого уровня здоровья было невозможным. Признавая эту проблему, ВОЗ и ее государства-члены приступили к созданию концептуальной основы, которая бы позволила перейти от теоретической постановки задачи “Здоровье для всех” к практической стратегии и политике, необходимой для выполнения данной задачи. Этот процесс был начат в 1977 г. с призыва к национальным правительствам и ВОЗ приложить совместные усилия для достижения единой цели: обеспечить для населения мира к 2000 г. возможности достичь такого уровня здоровья, который позволит им вести социально активную и экономически продуктивную жизнь. Эта концепция и движение получили название “Здоровье для всех”.

25. Концепция “Здоровье для всех” была обнародована в 1978 г. на международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате (в бывшем СССР). В Алма-Атинской декларации говорится, что достижение здоровья для всех в рамках общего развития начинается с первичной медико-санитарной помощи, основанной на “социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить”.

26. В последующем государствам-членам всегда настоятельно предлагалось учитывать положения концепции “Здоровье для всех” при разработке своих стратегий и планов действий. Считалось, что, адаптируя принципы политики достижения здоровья для всех к своим

социальным, политическим и экономическим условиям, страны смогут внести реальный вклад в достижение глобальной цели “Здоровье для всех к 2000 г.”.

27. Призыв к здоровью для всех был и по сути остается призывом к социальной справедливости, равенству, солидарности и общественным действиям, направленным на достижение единства с должным учетом особенностей, присущих каждой стране. Эта политика означает не постановку какой-то единой конечной цели, а скорее процесс объединения стран в движение, направленное на последовательное улучшение состояния здоровья всех граждан. В глобальном масштабе ВОЗ продолжила свою работу по выполнению этой задачи. В частности, для этой цели:

- в 1981 г. была принята глобальная стратегия по достижению здоровья для всех к 2000 г. (13), а годом позже был утвержден глобальный план действий по осуществлению этой стратегии (14);
- в 1995 г. была обновлена стратегия “Здоровье для всех” (15) с постановкой особого акцента на разработку целостной политики здравоохранения (которая продолжала основываться на принципах справедливости и солидарности, но с приданием большего значения той ответственности за здоровье, которую несут отдельные лица, семьи и местные сообщества), рассматривая вопросы охраны здоровья в контексте общего развития;
- для реализации обновленной стратегии стали приниматься программные бюджеты и проводиться соответствующая оценка (16);
- в 1999 г. – после соответствующего консультирования с государствами-членами и на национальном уровне – была принята глобальная политика достижения здоровья для всех в 21-м столетии (17).

## 2.2 Здоровье для всех в Европейском регионе

28. В 1980 г. Европейский региональный комитет одобрил Европейскую стратегию достижения здоровья для всех к 2000 г. (18). Он также принял решение осуществлять мониторинг реализации этой стратегии каждые два года начиная с 1983 г. и оценивать ее эффективность каждые шесть лет начиная с 1985 г.

29. После принятия европейской политики достижения здоровья для всех Региональный комитет предложил сформулировать конкретные региональные задачи в поддержку реализации региональной стратегии. Согласно общему мнению, такие задачи были необходимы для того, чтобы стимулировать и активно вовлечь государства-члены в работу по достижению здоровья для всех. Первые документы по политике и задачам достижения здоровья для всех в поддержку региональной стратегии были приняты в 1984 г. (19). В этих документах была представлена широкая, но четко описанная концепция развития здравоохранения в Регионе. В соответствии с этими задачами вместо того, чтобы концентрировать все внимание на инвестициях в службы здравоохранения, что является характерной особенностью замкнутой и ориентированной на больницы отрасли здравоохранения, приоритет следует отдавать конечным результатам, содействуя переходу к такой отрасли здравоохранения, которая не ограничивается рамками медицинских учреждений и ориентирована на первичную медико-санитарную помощь. Кроме того, для оценки хода работы в этом направлении был разработан список из 65 показателей, относящихся к 38 региональным задачам.

30. Также в 1984 г. Региональный комитет принял план осуществления региональной стратегии. В этом плане было дано описание функций и действий, которые должны быть выполнены соответственно государствами-членами, Региональным комитетом и Региональным бюро. Хотя этот план и был непосредственно связан с региональными задачами, в нем также предусматривалась возможность для каждой страны определить свои собственные приоритеты и стратегии.

31. Приняв эти три документа в 1984 г., Региональный комитет тем самым создал основу для политики здравоохранения в Европейском регионе. Параллельно он также учредил механизм, позволяющий проводить на регулярной основе мониторинг и оценку хода работы по достижению здоровья для всех в Регионе к 2000 г. В рамках выполнения взятых обязательств в 1991 г. было проведено обновление региональных политики, стратегии и задач (20). Региональный комитет также проводил оценки хода работы по выполнению региональных задач каждые три года (в 1985, 1988, 1991, 1994 и 1997 гг.).

32. В 1998 г. были приняты пересмотренные основы европейской политики достижения здоровья для всех, получившей название ЗДОРОВЬЕ-21 (1). В этой политике нашли отражение необычайные изменения, произошедшие в Регионе за период, прошедший после принятия предыдущей региональной политики, включающие, в частности, появление 20 новых плюралистических обществ, выражающих свои собственные мнения и пожелания, а также – несмотря на множество положительных событий – выраженный спад в экономике стран, приведший к тяжелому кризису в здравоохранении. В политике ЗДОРОВЬЕ-21 были изложены две основные цели, три основополагающие ценности и четыре основные стратегии деятельности. Кроме того, 21 задача, обозначенная в этой политике, выполняет функции контрольных показателей для измерения прогресса в деле сохранения и улучшения здоровья и снижения факторов рисков.

### **3. Основные характеристики политики “Здоровье для всех”**

33. Политика здравоохранения, которую можно охарактеризовать как политику достижения здоровья для всех, имеет ряд ключевых составляющих, краткое резюме которых представлено в данной главе.

#### **3.1 Политика, основанная на общих ценностях и стимулируемая ими**

34. Движение “Здоровье для всех” основывается и всегда основывалось на определенных ценностях, и в основах политики “Здоровье для всех” предусматривается, что при разработке политики здравоохранения должен быть использован определенный набор основополагающих ценностей. Для политики “Здоровье для всех” важнейшей такой ценностью является справедливость. Применительно к данной политике справедливость означает, что каждый человек должен иметь равную возможность для реализации своего полного потенциала здоровья.

35. Повышенное внимание, уделяемое вопросам справедливости, оказывает самое непосредственное влияние на то, какие приоритетные задачи руководители и организаторы здравоохранения ставят перед собой при формировании политики здравоохранения, и в частности принимая решения о том, каким вопросам общественного здравоохранения и каким группам населения следует уделить особое внимание. Стратегии здравоохранения, основанные на принципах справедливости, направлены на обеспечение того, чтобы все группы населения получали медицинскую помощь на справедливой основе, в частности, за счет постановки особого акцента на нуждах бедных и других уязвимых и социально незащищенных групп населения. Системы здравоохранения, основанные на принципах справедливости, содействуют усилению прав и возможностей таких неблагополучных групп населения и их социальной интеграции.

36. Политика “Здоровье для всех” также включает ценность солидарности (тесно связанную с предыдущей ценностью), которую обычно определяют как готовность всех групп общества к совместной ответственности. В контексте политики “Здоровье для всех” солидарность означает, что каждый вносит в систему здравоохранения такой вклад, на какой он способен. Солидарность может рассматриваться как способ обеспечения справедливости. Политика здравоохранения, основанная на принципах солидарности, лучше способна скомпенсировать влияние детерминантов здоровья на доступность медицинской помощи и возможности сохранения и укрепления здоровья. Напротив, политика здравоохранения, не основанная на принципе солидарности, как правило,

будет давать больше тем людям, которые уже богаты, более образованны и активнее реализуют возможности, предоставляемые системой здравоохранения.

37. Справедливость и солидарность непосредственно связаны с третьей ценностью, приобретающей все большее значение в движении “Здоровье для всех”, а именно участие в процессе охраны здоровья. Активное участие всех заинтересованных в здравоохранении сторон, как отдельных лиц, так и организаций, способствует улучшению качества решений, принимаемых в области общественного здравоохранения.

38. Три эти ценности – справедливость, солидарность и участие – непосредственно воздействуют на характер финансирования системы здравоохранения, доступ к службам медицинской помощи, деятельность по улучшению здоровья населения, а также на развитие программ высокого качества. Они также влияют на распространение медико-санитарной информации, поскольку нехватка информации – одна из важнейших причин несправедливости и, напротив, обмен информацией – хороший способ борьбы с несправедливостью. Несмотря на то, что информирование населения в целом по тем или иным вопросам здоровья необходимо всегда, при акцентировании внимания на тех или иных отдельных выборах образа жизни и стилях поведения не следует принижать важность стратегий общественного здравоохранения и структурных межотраслевых инициатив. Уважительное или, наоборот, неуважительное отношение к ключевым общественным ценностям влияет на такие стратегии и инициативы в такой же степени, как и на обслуживаемое население.

### **3.2 В политике “Здоровье для всех” используется широкая концепция здоровья**

39. В Преамбуле к Уставу ВОЗ здоровье определяется как “состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов”. В политике “Здоровье для всех” эта концепция здоровья получила дальнейшее развитие.

#### **3.2.1 Использование широкой концепции здоровья в рамках системы здравоохранения**

40. В соответствии с основами политики достижения здоровья для всех политика здравоохранения не должна ограничиваться только вопросами оказания медицинской помощи. На сегодняшний день эта установка является широко распространенной, особенно в странах, принявших и разработавших национальные стратегии “Здоровье для всех”. Тем не менее, в рамках Европейского региона лица, определяющие политику, часто сталкиваются с трудностями включения других элементов в политику здравоохранения. В ряде стран политика здравоохранения в основном нацелена на оказание медицинской помощи населению. Несмотря на то, что в политике “Здоровье для всех” признается тот факт, что качество медицинской помощи вносит существенный вклад в здоровье населения, эта помощь рассматривается скорее как один из множества факторов, обеспечивающих улучшение здоровья. Другие важные такие факторы включают различные социальные и экономические условия жизни и работы людей. Имеется множество фактических данных о том, что такие структурные детерминанты здоровья населения играют одну из ключевых ролей в Европейском регионе, переживающем этап быстрых изменений. Именно поэтому основы политики достижения здоровья для всех содержат призыв к лицам, определяющим политику, рассматривать вопросы охраны здоровья населения не только с точки зрения медицинского обслуживания. В обновленных основах также рекомендуется обеспечить большую сбалансированность всех ключевых факторов, влияющих на здоровье населения. В политике “Здоровье для всех” такая сбалансированность, естественно, будет отражена и в характере бюджетных ассигнований. Это созвучно усилиям ряда стран, направленным на повышение эффективности программ борьбы с определенными болезнями через использование более общего подхода к укреплению своих национальных систем здравоохранения.

41. В контексте политики “Здоровье для всех” улучшению здоровья населения способствуют следующие четыре категории факторов:

- **Оказание больным медицинской помощи** – это необходимый, но не единственный элемент политики “Здоровье для всех”.
- **Медицинская профилактика** включает такие направления деятельности, как иммунизация, санитарно-эпидемиологический надзор и осуществление программ раннего выявления болезней, каждое из которых, как правило, хорошо интегрировано в рутинное медицинское обслуживание населения.
- **Формирование здорового образа жизни** предусматривает работу в таких областях, как улучшение питания, усиление физической активности населения, борьба с потреблением табака, алкоголя и других психоактивных веществ. Необходимость формирования здорового образа жизни широко признается самыми различными сторонами, но зачастую только в виде абстрактной концепции. Когда же речь идет о разработке и реализации конкретной политики укрепления здоровья населения и об обеспечении финансирования работы в этом направлении, прогресс может быть довольно медленным.
- **Улучшение детерминантов здоровья** – это деятельность, тесно связанная с укреплением здоровья, но выходящая за рамки поведения отдельных лиц и направленная на улучшение различных аспектов физической, социальной и экономической среды, во многом определяющих состояние здоровья, и прежде всего на борьбу с бедностью. Действия, направленные на улучшение детерминантов здоровья, включают принятие соответствующих законов и нормативов, разработку политики и информационно-пропагандистскую работу, охватывающую все ведомства и сектора.

#### *Развитие всех составляющих здоровья*

Одной из областей, в которой должны быть предприняты действия для улучшения составляющих здоровья, является гигиена окружающей среды. Большинство стран признают важность этой сферы, однако далеко не всегда это осознание находит отражение на практике. Общей приверженности делу улучшения санитарного состояния окружающей среды недостаточно для успеха, так как наилучшие результаты наблюдаются в случае широкой осведомленности населения по этому вопросу и при наличии политической готовности к действиям.

Другой ключевой сферой деятельности является борьба с бедностью. Поскольку бедность – это одна из важнейших причин несправедливости в отношении здоровья, в политике “Здоровье для всех” должна предусматриваться деятельность по уменьшению бедности, прежде всего за счет обеспечения того, чтобы система здравоохранения уделяла особое внимание вопросам удовлетворения потребностей малоимущих, маргинальных и уязвимых групп населения. В политике “Здоровье для всех” действия, направленные на уменьшение бедности и развитие других составляющих здоровья, рассматриваются, прежде всего, как межотраслевая деятельность, ведущую роль в которой призвана играть отрасль здравоохранения.

42. Для того чтобы процесс разработки политики был как можно более сбалансированным и основывался на соответствующей и полной информации, особый акцент в политике ЗДВ ставится на важности создания для работников здравоохранения возможностей для принятия участия в обсуждении, оценке и улучшении стратегий здравоохранения. Большинство работников здравоохранения занимаются, главным образом, оказанием медицинской помощи населению, и они могут не только привнести медицинские знания и навыки в этот политический процесс, но и повысить степень общественного доверия к нему. Кроме того, некоторые из них могут дать полезные советы, основанные на опыте в других областях здравоохранения, например, в сестринском обслуживании и укреплении здоровья.

#### **3.2.2 Использование широкой концепции здоровья вне отрасли здравоохранения**

43. Согласно политике “Здоровье для всех”, улучшение здоровья населения не является исключительной прерогативой отрасли здравоохранения. В мире имеется слишком много примеров того, как стратегии и деятельность других отраслей и ведомств приводили к негативным

последствиям в области здоровья, которые затем приходилось устранять отрасли здравоохранения. Такие проблемы могут быть предотвращены посредством вовлечения других отраслей и секторов в работу, направленную на улучшение здоровья населения. Действия, относящиеся к табаку, алкоголю и питанию, – это хороший пример трех направлений работы, в которых отрасли здравоохранения следует действовать с другими отраслями и ведомствами, например, занимающимися вопросами образования, сельского хозяйства и промышленности. Межотраслевое сотрудничество позволяет повысить эффективность деятельности и создает множество дополнительных возможностей для охраны и укрепления здоровья. Так, например, вопросы развития системы здравоохранения должны быть помещены во главу местных, региональных и национальных программ развития, а не рассматриваться исключительно в рамках отрасли здравоохранения в качестве одного из пунктов общественных расходов.

44. Более здоровые люди – это больший человеческий капитал и, следовательно, отрасль здравоохранения имеет значительный потенциал в плане содействия общему развитию и экономическому росту страны. Взаимодействие между отраслью здравоохранения и другими отраслями представляет собой двусторонний процесс.

45. Специалисты других категорий, такие, например, как учителя или экономисты, также могут играть важную роль в вопросах здоровья. Важно, однако, помнить о том, что эти специалисты часто являются просто наиболее видимыми элементами других отраслей и ведомств, влияющих на здоровье населения, и поэтому такие ценности, как справедливость в отношении здоровья, должны быть интегрированы во все звенья структуры каждой из этих отраслей.

### **3.3 Решение задач политики “Здоровье для всех” в рамках системы здравоохранения**

46. Системы здравоохранения – это один из общественных институтов, и поэтому их потребности развития основываются на ряде общих ценностей. Для того чтобы характер национальной системы здравоохранения соответствовал концепции и целям политики “Здоровье для всех”, она должна обеспечивать наличие следующих важных условий (21).

- **Всеобщее наличие.** В том что касается медицинского обслуживания и общественного здравоохранения, в каждой стране должно быть такое количество соответствующих учреждений, товаров и служб, которое бы обеспечивало удовлетворение потребностей всего населения. Программные возможности страны также должны быть достаточными для удовлетворения потребностей населения. Определение того, что необходимо для той или иной страны, зависит от уровня ее развития и характерных для нее условий.
- **Всеобщая доступность.** Доступность медицинской помощи должна обеспечиваться на всех уровнях здравоохранения, но на первичном уровне это имеет особое значение. Понятие доступности характеризуется целым рядом различных аспектов, включая экономический (финансовая доступность), географический (физическая доступность), этический, в том числе применительно к обеспечению прав человека (равная доступность для всех групп населения без какой-либо дискриминации), и информационный, или коммуникационный (доступность информации).
- **Всеобщая приемлемость.** Все учреждения, товары и службы здравоохранения, в том числе относящиеся к коммуникации и информации, должны быть приемлемы с точки зрения культуры и предоставляться с должным уважением к культурным различиям и традициям.
- **Улучшение качества.** Механизмы непрерывного улучшения и совершенствования служб здравоохранения приобрели еще большую важность в рамках политики “Здоровье для всех”. Такой процесс совершенствования должен приносить пользу всем социальным группам, а не только тем, кто в состоянии платить за новые методы и технологии. Прилагая те или иные усилия для улучшения качества, следует учитывать, в какой именно степени предлагаемые изменения в сфере здравоохранения могут улучшить здоровье населения. Так, например,

принятие нормативов, обеспечивающих безопасность пациентов, – это один из эффективных способов улучшения качества медицинской помощи. Повышение качества позволяет улучшить здоровье людей и взаимоотношения между населением и медработниками, а также сократить число дорогостоящих неудач лечения.

47. Применительно к условиям Европы можно отметить, что перед системами здравоохранения стоят три важнейшие цели: улучшение здоровья населения, обеспечение справедливости, гибкое реагирование на потребности. Все эти цели прекрасно согласуются с концепцией достижения здоровья для всех. Улучшение здоровья – это не только самоцель, но и один из важнейших факторов общего развития, что является еще одним аргументом в пользу того, что любые позитивные сдвиги в здоровье населения должны равномерно распределяться между всеми группами населения. Справедливость применительно к финансовым расходам на здоровье требует достаточного финансирования здравоохранения, способного обеспечить всеобщую доступность медицинской помощи без затрат, ведущих к обнищанию отдельных лиц или семей. Система здравоохранения, руководствующаяся целями здоровья для всех, должна также удовлетворять и немедицинские ожидания граждан и общества в целом, например, в таких областях, как обеспечение достоинства, конфиденциальности и независимости пациентов; уважительное отношение к правам пациентов; чуткое реагирование на потребности всех групп населения с учетом тех факторов, которые могут делать их особенно уязвимыми; содействие социальной интеграции; уменьшение бедности. И наконец, следует отметить, что система здравоохранения, придерживающаяся концепции достижения здоровья для всех, является эффективной, так как она обеспечивает получение наилучших результатов для здоровья на основе имеющихся ресурсов.

48. Выбранные этические ценности находят свое отражение в характере функционирования системы здравоохранения. Это утверждение справедливо для всех четырех ключевых функций системы здравоохранения: оказание медицинских услуг; финансирование; наращивание ресурсов; стратегическое и общее управление. Применительно к этим функциям наибольшую значимость для обеспечения солидарности и справедливости имеют механизмы финансирования системы здравоохранения. В системе, основанной на ценностях ЗДВ, при составлении бюджетов следует учитывать относительную важность вклада различных элементов в улучшение здоровья. Так, например, принимая политику, в которой особый акцент ставится на инвестициях в сложные технологии, следует принять меры к тому, чтобы пользу от этого могли получать все группы населения.

### **3.4 Стратегии достижения здоровья для всех**

49. В соответствии с концепцией “Здоровье для всех” для сохранения и укрепления здоровья населения необходимо широкое партнерское сотрудничество. Европейское региональное бюро работает с целым рядом международных партнеров, включая Совет Европы, Всемирный банк, Европейскую комиссию, неправительственные организации, частных партнеров. Благодаря этому сотрудничеству та поддержка, которую Региональное бюро оказывает отдельным странам, соответствует поддержке, оказываемой другими сторонами, занимающимися вопросами общественного здравоохранения. Такой совместный подход также обеспечивает более эффективную охрану здоровья посредством объединения сил различных партнеров и разработки общих программ, а также посредством взаимовыгодного использования сильных сторон и возможностей каждого партнера. Применительно к основам политики достижения здоровья для всех такое синергическое взаимодействие является важнейшим элементом успешной работы.

50. Все страны Европейского региона придерживаются определенных единых общественных ценностей, и уважительное отношение к этим ценностям находит отражение в стратегиях и действиях всех международных партнеров. Хорошим примером вышеуказанного является работа, проводимая в рамках системы Европейского союза (ЕС). Благодаря своим правовым и финансовым механизмам ЕС смог добиться значительных успехов в области общественного здравоохранения в рамках всего Европейского региона ВОЗ. Так, например, экологические

нормативы в настоящее время не только воплощены в законодательстве ЕС и автоматически применяются в странах, вступающих в ЕС, но и используются в качестве эталонных нормативов соседними странами. Помимо этого, многочисленные учреждения ЕС вносят вклад в относящуюся к здравоохранению деятельность, например, проводимую в рамках европейских банков развития и Европейской комиссии с помощью таких программ, как программы общественного здравоохранения, TACIS (Техническая помощь Содружеству независимых государств) и программа Phare (22). В целом, законодательство ЕС укрепляет позиции здравоохранения во всех стратегиях, относящихся к социальному и экономическому развитию государств - членов ЕС.

51. Благодаря общим ценностям легче инициировать и поддерживать международное сотрудничество в интересах здравоохранения. В настоящее время концепция достижения здоровья для всех и ее ценности находят отражение в целом ряде технических стратегий Европейского региона, а также в обязательствах, которые государства-члены берут на себя на сессиях Регионального комитета (см. Приложение 1). Это было бы очень важным событием для Региона в целом, если бы основные стороны, интересующиеся вопросами общественного здравоохранения, интегрировали в свою политику концепцию этического управления, основанного на общих ценностях (см. раздел 6.1).

#### **4. Политика “Здоровье для всех” в странах Европейского региона ВОЗ**

52. В данной главе представлены результаты исследования, проведенного Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения в 2003–2004 гг. В ходе этого исследования было проанализировано влияние концепции достижения здоровья для всех на национальную политику здравоохранения в 52 государствах - членах Европейского региона ВОЗ. (Что касается субнациональных стратегий, которые были включены для того, чтобы отразить децентрализацию, проводимую в ряде стран, то их описание будет приведено ниже.) Для целей данного исследования национальная политика здравоохранения классифицировалась как политика, отражающая концепцию “Здоровье для всех”, в том случае, если она соответствовала четырем следующим критериям:

- приверженность национальной политики цели достижения здоровья для всех имеет документальное подтверждение;
- в ней используется многоотраслевой подход;
- она четко ориентирована на общие ценности;
- она включает в себя конкретные задачи в области здравоохранения.

53. С методологической точки зрения это исследование включало анализ документов, обзор литературы, анализ конкретных примеров из стран и интервью с экспертами. Основные результаты данного исследования подытожены ниже.

- Основы европейской политики достижения здоровья для всех оказали значительное влияние на формирование политики здравоохранения в большинстве государств-членов.
- С точки зрения влияния этих основ на процесс разработки национальной политики здравоохранения, степень воздействия варьировалась в пределах следующей шкалы: никакого воздействия – источник вдохновения – план действий.
- Ключевые ценности политики “Здоровье для всех” широко приняты во всех частях Региона.
- В то же время почти каждая страна выбрала свой собственный подход, о чем наглядно свидетельствует постановка странами своих собственных национальных задач в области здравоохранения.
- Между формированием политики “Здоровье для всех” и ее практической реализацией продолжает оставаться большой разрыв.

## 4.1 Политика “Здоровье для всех” в государствах-членах

### 4.1.1 Национальная и субнациональная политика

54. Из числа 52 проанализированных документов по политике здравоохранения 40 отвечают всем четырем вышеприведенным критериям политики “Здоровье для всех”. Девять из них представляют собой только проекты политики. В то же время следует отметить, что некоторые государства-члены, в настоящее время разрабатывающие такую политику, ранее уже принимали другие стратегии “Здоровье для всех”. Среди оставшихся 12 государств-членов два имеют отраслевые документы по политике здравоохранения, соответствующие всем вышеуказанным критериям за исключением межотраслевого подхода. Российская Федерация представляет собой уникальный пример, так как в ней опубликован ряд документов по политике “Здоровье для всех”, посвященных отдельным направлениям здравоохранительной работы (например, организация медицинского обслуживания).

55. Документы по субнациональной политике “Здоровье для всех” были идентифицированы в 22 государствах-членах. В то же время следует отметить, что данные по ним являются менее полными по сравнению с данными о национальной политике. Некоторые страны, которые пока что не разработали национальную политику “Здоровье для всех”, имеют субнациональные стратегии такого рода и наоборот. В подавляющем большинстве стран политика “Здоровье для всех” принята по крайней мере на одном уровне.

### 4.1.2 Сроки выполнения

56. Реализация политики “Здоровье для всех” начинается с даты ее принятия и заканчивается датой, когда обеспечивается достижение всех поставленных в ней задач в области здравоохранения.

- **Начало реализации политики.** Тридцать шесть документов по политике “Здоровье для всех” были приняты в период с 1994 по 2003 гг.
- **Продолжительность.** Большинство принятых стратегий рассчитаны на семь–десять лет. Самые короткие из них рассчитаны на три года, а самые продолжительные – на 20 лет. В трех случаях политика не имеет какой-либо завершающей даты.
- **Вариабельность сроков выполнения.** В 11 документах по политике задачи в области здравоохранения имеют не один конечный срок их выполнения, а несколько.

### 4.1.3 Последовательность или непоследовательность действий применительно к политике “Здоровье для всех”

57. Многие государства-члены продемонстрировали устойчивый интерес к разработке политики “Здоровье для всех”. Двадцать семь государств-членов уже имели опыт с разработкой предыдущей политики “Здоровье для всех”. Форма этого устойчивого интереса может сохраниться или измениться с течением времени, как об этом свидетельствуют приведенные ниже примеры.

*Финляндия: последовательность как в выработке политики, так и в ее общей ориентации*

Финляндия может послужить хорошим примером такой приверженности концепции “Здоровье для всех”, которая не зависит от политических изменений. Принятая в Финляндии в 1987 г. политика “Здоровье для всех” была впоследствии проанализирована, оценена и пересмотрена. После ее завершения в 2001 г. была подготовлена новая аналогичная политика, в которой был учтен уже накопленный опыт (23–25).

*Соединенное Королевство: последовательность с точки зрения приверженности политике и изменение ее ориентации*

Начатая в 1992 г. реализация национальной политики здравоохранения была временно остановлена после общих выборов 1997 г. Оценка политики выявила ряд слабостей: ключевые задействованные стороны подвергали сомнению практическую целесообразность, выполнимость и релевантность задач; они не чувствовали своей сопричастности к данной политике; политика не оказывала никакого влияния на практику распределения ресурсов. Несмотря на все эти проблемы, правительство страны продолжало считать целесообразным данный подход и предоставило Англии, Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсу автономное право на разработку своей собственной политики в этой области. При сравнении четырех новых вариантов политики с предыдущей национальной политикой выявляется несомненный сдвиг акцента, так как в новых документах вопросы справедливости и детерминантов здоровья приобрели приоритетное значение (26, 27).

*Германия: разрыв в процессе формирования политики*

После принятия государствами-членами первой европейской политики “Здоровье для всех” Федеративная Республика Германия предприняла попытку разработать собственную политику такого рода. Министр здравоохранения выдвинул лозунг “Сдерживание расходов – это не самоцель” и распорядился подготовить доклад о приоритетных проблемах здравоохранения. Он был опубликован в 1987 г., а затем – после воссоединения Германии – этот доклад был переработан, чтобы включить в него данные по восточной части страны (бывшая Германская Демократическая Республика), и переиздан в 1990 г. (28, 29). Несмотря на его достоинства и, безусловно, высокое качество, доклад был подвергнут критике за его политическую ориентацию. Оппоненты доклада утверждали, что подход “Здоровье для всех” не подходит для промышленно развитых стран. Они также утверждали, что политика достижения здоровья для всех с ее задачами напоминает социалистический экономический план. Лишь по прошествии почти десятилетия Федеральное министерство здравоохранения Германии смогло начать новую инициативу по разработке политики, содержащей определенные цели, в подготовку которой были вовлечены 70 учреждений и свыше 200 экспертов в области медицины и общественного здравоохранения. В 2003 г. подготовленный документ с целями в области здравоохранения был принят в качестве политики здравоохранения Германии (30).

**4.1.4 Политика “Здоровье для всех”: обеспечение ее реализации и ее правовой статус**

58. Из числа 40 проанализированных стратегий “Здоровье для всех” 35 были изложены в официальных документах, а 5 – в виде неофициальных докладов (см. табл. 1).

Таблица 1. Национальные стратегии “Здоровье для всех” в Европейском регионе в разбивке по статусу и виду документа

	Официальные документы	Неофициальные доклады	Всего
Реализуется	28	3	31
Имеет вид проекта	7	2	9
<b>Всего</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>40</b>

59. По характеру документов можно обычно судить, кто играл ведущую роль в разработке политики. Обычно эту роль играет правительство или соответствующее министерство, однако в двух случаях в этот процесс были вовлечены законодательные органы, а в одном случае ввиду важности этой политики общее руководство процессом ее разработки взял на себя руководитель государства.

60. Правовой статус различных стратегий “Здоровье для всех” различается в очень широкой степени. Некоторые страны принимают закон по политике здравоохранения, как, например, это

сделала Франция, которая быстро придала статус закона политике, разработка которой заняла много времени. В Италии национальная политика “Здоровье для всех” имеет достаточно сильный обязывающий характер, хотя она и не утверждена каким-либо законодательным актом. В частности, она представляет собой важную концептуальную основу для многих национальных программных документов, таких, например, как национальный план развития здравоохранения и доклад о состоянии здоровья населения Италии.

61. В некоторых странах в целях повышения статуса политики здравоохранения она была утверждена специальным декретом или актом. В 2003 г. парламент Швеции принял национальную политику “Здоровье для всех”, направленную на улучшение всех основных составляющих здоровья. Благодаря этому вопросы общественного здоровья заняли более видное место в политической повестке дня, и был назначен специальный министр по общественному здравоохранению. Кроме того, в этом правительственном акте на Шведский национальный институт общественного здравоохранения была возложена особая ответственность за реализацию национальной политики общественного здравоохранения. В 1998 г. Национальная ассамблея Турции официально приняла основы европейской политики достижения здоровья для всех, выразив этой политике четкую приверженность. В частности, Ассамблея приняла национальную программу, включающую план действий до 2020 г., на основе которой было сформулировано 10 конкретных национальных целей в области здравоохранения.

62. В ряде государств-членов принятие официального программного документа может скорее иметь место в рамках непрерывного совершенствования политики. Используемый в этих странах политический механизм, больше всего напоминающий такой программный документ, – это правительственный документ, имеющий название “белой книги” или “белого доклада” и используемый правительствами ряда стран (например Соединенного Королевства) для изложения политики или ее проекта. Как правило, такой документ свидетельствует о четком намерении правительства придать выносимой на рассмотрение политике статус закона. В некоторых странах политические намерения излагаются с помощью других методов, например, в партийных программах и избирательных платформах. Однако независимо от того, в какую форму облачены эти намерения, о них часто забывают, как только меняется политическая ситуация.

63. Программные заявления рекомендательного характера можно отнести к категории мягких законов. Такие заявления, даже когда они не играют никакой роли в подготовке проекта законов, могут иметь стимулирующее и вдохновляющее значение. Тем не менее, открытым остается вопрос о том, можно ли считать целесообразным их необязательный характер. Ответ на этот вопрос будет прежде всего зависеть от характера конкретной ситуации.

64. Та или иная форма документа по политике “Здоровье для всех” может также зависеть от человека, который продвигает ее. Политическая ответственность за разработку и реализацию такой политики может быть возложена на руководителя правительства, кабинет министров или соответствующего министра. В принципе, глава правительства обычно определяет основные политические направления, кабинет министров определяет государственную политику, а министры реализуют ее, однако эти роли могут значительно варьироваться.

65. И наконец, политика может быть облачена в ту или иную конкретную форму из соображений политической целесообразности, например для того, чтобы укрепить те или иные союзы, обеспечить легитимность политики или способствовать ее реализации.

#### **4.1.5 Ценности**

66. В политике ЗДОРОВЬЕ-21 дается описание трех основополагающих ценностей: здоровье как одно из важнейших прав человека; справедливость в отношении здоровья и солидарность действий; участие и ответственность. Из 40 национальных стратегий “Здоровье для всех”, проанализированных в проведенном Обсерваторией исследовании, 20 стратегий содержат конкретные ссылки на эти три ценности, 12 – на две, 6 – одну, а в 2 стратегиях нет ссылок ни на

одну из этих ценностей. Более конкретно, 25 из этих стратегий указывают на здоровье как на право человека, 34 – на справедливость и солидарность и 31 – на участие и ответственность.

67. Фактические данные убедительно свидетельствуют о том, что ценности, сформулированные в политике ЗДОРОВЬЕ-21, отражены в документах по национальной политике здравоохранения, разработанных до подготовки политики ЗДОРОВЬЕ-21. Это, по-видимому, указывает на то, что эти ценности не были впервые сформулированы при подготовке документа ЗДОРОВЬЕ-21, и что он скорее отражает общую этическую ориентацию стран Европейского региона.

#### **4.1.6 Задачи в области здравоохранения**

68. В первой европейской политике “Здоровье для всех”, принятой в 1984 г. и обновленной в 1991 г., было 38 задач в области здравоохранения. В 40 проанализированных национальных стратегиях “Здоровье для всех” число задач варьировалось от 4 до 100. В восьми стратегиях число задач превышало 38, предложенных в документе 1984 г., а в 16 стратегиях число задач превышало 21, сформулированную в политике ЗДОРОВЬЕ-21. В четырех государствах-членах каждая задача политики ЗДОРОВЬЕ-21 была принята без каких-либо изменений.

69. По мнению некоторых, при постановке задач в области здравоохранения в связи с трудностью выполнения большого числа задач во многих странах акцент ставился на небольшом их числе. Однако фактические данные, подтверждающие это утверждение, не являются абсолютно убедительными. Более того, даже в стратегиях с ограниченным числом задач число подзадач может быть достаточно большим.

70. Государства-члены обычно выбирали те задачи политики ЗДОРОВЬЕ-21, которые соответствовали технической ориентации их стратегий. Анализ задач 40 национальных стратегий “Здоровье для всех” позволил выявить ряд интересных моментов.

- Три задачи имеются в 75% всех стратегий, а именно: “Улучшение психического здоровья”, “Более здоровый образ жизни”, “Уменьшение ущерба, связанного с употреблением алкоголя, наркотиков и табака”.
- Три задачи имеются в менее 25% национальных стратегий, а именно: “Солидарность в интересах здоровья в Европе”, “Мобилизация партнеров в интересах здоровья”, “Политика и стратегии достижения здоровья для всех”.
- Государства-члены адаптировали многие задачи политики ЗДОРОВЬЕ-21 с учетом своих собственных потребностей и условий.
- В некоторые национальные стратегии были также включены задачи в области здравоохранения, не охваченные политикой “Здоровье для всех”, но отражающие конкретные национальные и субнациональные приоритеты.

## **4.2 Какое влияние европейская политика “Здоровье для всех” оказала на формирование национальных стратегий здравоохранения?**

### **4.2.1 Влияние, о котором сообщают сами страны**

71. Наиболее очевидным показателем общего влияния Европейской политики достижения здоровья для всех на национальные стратегии здравоохранения является факт упоминания этой политики в самих программных документах, разработанных в странах. Из 40 проанализированных стратегий “Здоровье для всех”:

- в 32 документах имеются конкретные ссылки на европейскую политику “Здоровье для всех” как на концептуальную основу или источник вдохновения;
- в 14 документах содержатся ссылки на политику “Здоровье для всех” 1991 г. или более раннего периода, в 14 – на политику ЗДОРОВЬЕ-21 (1998 г.) и в 4 – на оба этих документа;

- в 6 документах отмечается участие экспертов ВОЗ в подготовке проекта национальной политики.

*Отсутствие какого-либо упоминания политики “Здоровье для всех”*

В восьми проанализированных документах по национальной политике здравоохранения не указывается на какую бы то ни было связь с европейской политикой “Здоровье для всех”: Речь здесь идет о документах из Беларуси, Бывшей Югославской Республики Македония, Дании, Ирландии, Италии, Нидерландов, Франции, Эстонии.

**4.2.2 Реализация основ европейской политики “Здоровье для всех” в условиях конкретных стран**

72. В предыдущих разделах были приведены данные, указывающие на сходство между европейской и национальными стратегиями “Здоровье для всех”. Помимо этого, в ходе исследования были также проанализированы причинно-следственные связи, а именно: оказала ли реальное влияние на национальные (политики) стратегии здравоохранения европейская политика “Здоровье для всех”, и если да, то каким образом? При анализе этого вопроса было выявлено три механизма такого влияния.

- **Перенос (копирование) политики.** На национальном или субнациональном уровне сознательно принимается политика здравоохранения, которая первоначально была разработана в другом месте. При этом могут копироваться институциональные структуры, идеологические установки и отношения и концепции. При переносе политики могут использоваться как методы прямого копирования, так и законодательные механизмы. Однако наличие в национальной стратегии или в политике тех или иных элементов политики “Здоровье для всех” необязательно означает, что это является заслугой разработанной ВОЗ политики “Здоровье для всех”.
- **Распространение политики.** Политика здравоохранения формируется главным образом под влиянием появляющихся инновационных подходов и методов работы, а не в результате сознательного принятия и адаптации какой-либо политики другой страны или региона. Речь здесь идет о сложном процессе, посредством которого такая, например, стратегия, как целевое управление, управление по результатам или новое общественное управление, становится доминирующей в общественном секторе и постепенно ведет к формированию новой политики здравоохранения.
- **Смыкание политик.** Государства-члены могут также разработать политику достижения здоровья для всех совершенно независимо от ВОЗ и разработанных ею основ политики. Этот путь обычно выбирают страны со стабильными традициями, что позволяет им самим реагировать на общие проблемы.

*Перенос политики в Казахстане – прямая связь*

После получения независимости в 1991 г. Казахстан решил принять политику “Здоровье для всех”. Страна нуждалась в новой политике здравоохранения в силу таких причин, как экономические трудности, связанные с переходом к государственной независимости, ухудшающееся здоровье населения и неотложная потребность в решении таких вопросов, как бедность и справедливость в отношении здоровья. Кроме того, функционированию старой системы здравоохранения мешали фундаментальные проблемы, требующие принятия неотложных мер. В стране имелась острая потребность в реформировании здравоохранения, с тем чтобы от системы с доминированием больничного сектора перейти к системе, более ориентированной на первичную медико-санитарную помощь, и чтобы внедрить в здравоохранение многоотраслевой подход, включающий укрепление здоровья населения. Кроме того, в Казахстане в неотложном порядке следовало приступить к решению целого ряда важнейших проблем, включающих экологическое неблагополучие на территориях, загрязненных радиоактивными и токсичными химическими веществами в результате деятельности бывших оборонных предприятий, высыхание Аральского моря и сильное загрязнение окружающей среды в восточной промышленной части страны. Политика “Здоровье для всех” послужила для страны полезной моделью работы по решению всех этих вопросов, а эксперты ВОЗ приняли участие в подготовке проекта национальной политики Казахстана с самого начала. В процессе разработки политики сформировалось согласие рассматривать политику здравоохранения страны в более широком политическом контексте и при непосредственном участии правительства. Здравоохранение является сейчас частью общей стратегической политики, известной под названием “Казахстан-2030”, а национальная политика “Здоровье для всех” утверждена президентом.

*Распространение политики в Германии – косвенная связь*

В Германии распространение политики “Здоровье для всех” с международного до национального уровня происходило окольным путем и характеризовалось главным образом распространением инновационных концепций, относящихся к охране здоровья населения. Первая попытка сформулировать в стране политику “Здоровье для всех” не увенчалась успехом из-за политических условий, сложившихся в Германии в конце 1980-х и начале 1990-х годов. Тем не менее, многие немецкие земли внедрили свои собственные стратегии “Здоровье для всех”; первым был Гамбург (31, 32), принявший такую политику в 1992 г., а затем Северный Рейн-Вестфалия, принявшая аналогичную политику в 1995 г. и выбравшая 10 из 38 задач обновленной европейской политики ЗДВ 1991 г. (33). Вторая попытка сформулировать задачи в области здравоохранения, предпринятая в 2003 г. на федеральном уровне, оказалась более успешной. Однако при этом не было предпринято каких-либо целенаправленных или систематических усилий принять принципы ЗДВ, а политика ВОЗ рассматривалась только в качестве одного из многих источников информации и вдохновения. Так, например, при подготовке проекта федеральной политики участники этого процесса провели сравнительный анализ того, как различные государства - члены Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) разрабатывали и выполняли задачи в области здравоохранения. Они также рассмотрели различные примеры международного опыта в определении приоритетов и формировании политики здравоохранения, основанной на фактических данных.

*Сближение политик на примере Франции – отсутствие какой-либо связи*

Франция может послужить примером государства-члена, которое внедрило национальную политику “Здоровье для всех” без каких-либо ссылок на европейские политику и движение “Здоровье для всех”. В 1991 г. правительство Франции учредило Высший комитет общественного здравоохранения под эгидой министра, отвечающего за вопросы здравоохранения. Задача этого Комитета заключалась в улучшении здоровья населения посредством информационного обеспечения процесса принятия решений. Одна из конкретных задач Комитета заключалась в мониторинге состояния здоровья населения и в оказании помощи в определении целей политики здравоохранения. Комитет подготовил несколько докладов, на основе которых в 1994 г. был подготовлен общий доклад, содержащий политику здравоохранения с количественно выраженными задачами (34). В 1998 и 2002 гг. также были подготовлены доклады по этому вопросу, что помогло разработать закон по общественному здравоохранению, принятый парламентом в 2004 г. Этот закон главным образом направлен на реорганизацию фрагментарной системы принятия решений в сфере общественного здравоохранения; он также содержит ряд целей в области общественного здравоохранения и национальные стратегические планы действий. В некоторых из этих документов действительно имеются ссылки на принятое в ВОЗ определение здоровья и используются технические концепции и нормы, установленные и продвигаемые ВОЗ. Однако в них не содержится никаких ссылок на работу ВОЗ по разработке политики и особенно политики достижения здоровья для всех. Это утверждение было также подтверждено в ходе интервью, имевших место с руководителями и организаторами здравоохранения Франции, по мнению которых европейская политика “Здоровье для всех” не послужила для них источником вдохновения и не оказала на их работу никакого влияния.

**4.2.3 Влияние европейской политики “Здоровье для всех” на формирование национальных стратегий здравоохранения**

73. Что касается разработки политики здравоохранения в государствах-членах, то европейская политика “Здоровье для всех” сыграла несколько ролей. В ряде случаев она послужила сильным стимулирующим фактором, побудившим страны к разработке национальной политики здравоохранения. В других случаях она способствовала конструктивным обсуждениям в процессе формирования политики. И наконец, она также была использована для легитимизации политики, которая уже была разработана.

*Латвия: инициирование разработки политики здравоохранения*

В конце 1990-х годов в Латвии был переведен и распространен среди всех сторон, имеющих отношение к здравоохранению, проект политики ЗДОРОВЬЕ-21. После имевшего место консультирования с общественностью необходимость в латвийской стратегии “Здоровье для всех” была обсуждена на специальной совещании Кабинета министров. Правительство выразило готовность поддержать аналогичную стратегию общественного здравоохранения, после чего был подготовлен ее проект. Однако это не был первый шаг в этом направлении, так как еще раньше в стране была разработана политика “Лучшая жизнь, лучшая Латвия”, стимулом для которой послужила политика достижения здоровья для всех.

*Чешская Республика: инициирование обсуждений и содействие разработке политики*

В Чешской Республике политика “Здоровье для всех” послужила толчком к обсуждениям, относящимся к разработке политики здравоохранения, и почти в течение 20 лет она продолжала служить основой этого процесса. В 1980-х годах страна взяла на себя обязательство осуществлять политику “Здоровье для всех”, и 38 европейских задач этой политики были переведены на чешский язык. На протяжении 1990-х годов было подготовлено несколько проектов политики, основанных на принципах “Здоровье для всех”, включая предложение о реформировании системы медицинского обслуживания (которое отражало многоотраслевой подход к укреплению здоровья) и национальную программу по восстановлению и укреплению здоровья населения. В 2002 г. правительство страны одобрило долгосрочную стратегию по улучшению состояния здоровья населения, озаглавленную “Здоровье-21: здоровье для всех в 21-м столетии”. В этом документе дается описание основных целей развития национального здравоохранения, включая конкретные задачи и пути их выполнения.

*Финляндия: легитимизация разработки политики здравоохранения*

В качестве наиболее документированного примера влияния европейской политики “Здоровье для всех” на формирование национальной политики можно привести Финляндию, где европейская политика “Здоровье для всех” послужила мощным стимулом для разработки национальной политики здравоохранения. Уже в 1982 г. – всего лишь через несколько лет после принятия Алма-Атинской декларации и еще до принятия первой европейской политики “Здоровье для всех” – учреждения здравоохранения Финляндии обсуждали планы разработки и принятия комплексной политики здравоохранения. При поддержке Регионального бюро Финляндия стала первой страной, в которой европейская политика была апробирована на национальном уровне. С точки зрения Финляндии, европейская политика помогла легитимизировать уже запланированную политику и послужила мощным аргументом в спорах с критиками разработанной финской политики.

*Польша: влияние на национальную стратегию здравоохранения*

В 1980-х годах, когда Польша разработала политику здравоохранения, основанную на принципах политики “Здоровье для всех”, она только что закончила свою десятилетнюю национальную программу здравоохранения. Программа охватывала период 1996–2005 гг. и предусматривала мониторинг хода работы в 18 различных областях. Результаты оценки показали, что Польше, несмотря на трудные экономические условия переходного периода, удалось улучшить состояние здоровья населения. Реализация программы во многом зависела от инициативы местных правительств, которые провели свыше 400 местных программ здравоохранения. Опыт, приобретенный за этот период, нашел отражение в новой национальной программе здравоохранения на 2006–2015 гг.

#### **4.2.4 Влияние на субнациональном уровне**

74. Распространение политики “Здоровье для всех” на субнациональный уровень не может быть большим сюрпризом, так как применительно к основным функциям общественного здравоохранения субнациональные административно-территориальные единицы во многих европейских государствах-членах имеют соответствующие политические полномочия, административную компетентность и финансовые рычаги. Несмотря на некоторые сходные аспекты процесса формирования субнациональных стратегий “Здоровье для всех”, сильное влияние на их характер оказывают конкретные условия, что находит отражение в различных схемах их разработки и развития.

### *Субнациональные стратегии здравоохранения*

В Соединенном Королевстве в соответствии с принятыми в 1998 г. законоположениями о делегировании власти в Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии были созданы отдельные законодательные органы. Хотя полномочия этих органов и отличаются друг от друга, здравоохранение относится к кругу ведения всех трех органов. Децентрализация в Испании также оказала воздействие на развитие политики здравоохранения. Хотя характер проводимых мероприятий и значительно различается между автономными регионами Испании, согласно национальному закону, каждый из них должен сформулировать политику здравоохранения. В Италии региональные стратегии здравоохранения также тесно связаны с национальной политикой. В Германии в половине земель разработаны политика и задачи в области здравоохранения или подготовлены их проекты. Земли обратились к федеральному правительству с предложением разработать государственную политику и задачи в области здравоохранения, с тем чтобы дополнить полномочия земель в этой сфере.

### **4.3 Планирование в области финансирования, инфраструктурного обеспечения и мониторинга осуществления политики**

75. В проведенном Обсерваторией исследовании была также проанализирована взаимосвязь между формированием и осуществлением политики. Одним из путей обеспечения такой взаимосвязи является планирование инфраструктурных и финансовых ресурсов, необходимых для реализации политики “Здоровье для всех”, а также систем, требуемых для ее мониторинга. Планирование работы по удовлетворению этих потребностей неизбежно открывает дискуссию о потенциальных последствиях такой политики в сферах, не относящихся к здравоохранению. Для обеспечения устойчивости политики требуется соответствующая управленческая, медицинская и научная инфраструктура, а также достаточные финансовые средства для осуществления и мониторинга политических мер и вмешательств. Если все эти элементы не будут запланированы, маловероятно, что даже наиболее удачно сформулированная политика “Здоровье для всех” может быть успешно реализована.

76. Из 40 проанализированных политик (стратегий) 32 содержат определенные положения, относящиеся к их реализации. В частности, в них рассматриваются вопросы финансирования, инфраструктуры и мониторинга процессов или конечных результатов.

### **4.4 Повлияли ли национальные стратегии “Здоровье для всех” на реализацию инициатив в области здравоохранения?**

#### **4.4.1 Незначительное влияние или отсутствие какого-либо прямого влияния**

77. В проведенном Обсерваторией исследовании не было выявлено никаких фактических данных о том, что национальные стратегии “Здоровье для всех” оказывают непосредственное влияние на реформы, программы или проекты здравоохранения. Можно констатировать, что в то время как европейская политика “Здоровье для всех” оказывала большое и часто прямое влияние на разработку государствами-членами национальных стратегий здравоохранения, национальные стратегии “Здоровье для всех” имели очень незначительное прямое воздействие на осуществление тех или иных мероприятий в сфере здравоохранения. Прямое участие ВОЗ, по-видимому, ограничивалось рамками технических программ ВОЗ, оказанием рекомендаций и помощи технического, а не стратегического характера. Возможно, что никаких примеров такого влияния не удалось обнаружить из-за характера используемой методологии проведения исследования и выбора обследуемых стран. Последние события, например, такие как принятие новой политики здравоохранения во Франции и Швеции, могут оказать большее влияние на практическую работу системы здравоохранения в ближайшем будущем.

#### 4.4.2 Множество примеров “мягкого” осуществления

78. Влияние концепции “Здоровье для всех” не ограничивается документами по политике здравоохранения. В ряде государств-членов национальная политика “Здоровье для всех” не является единственным документом по политике здравоохранения и различные документы иногда перекликаются и дополняют друг друга. Хотя реформы, программы и проекты здравоохранения могут и не быть прямым результатом влияния политики “Здоровье для всех”, она может существенно повлиять на характер и устойчивость общих условий, в которых проводятся такие мероприятия.

*Норвегия: стратегические документы, программы и проекты, соответствующие положениям национальной политики “Здоровье для всех” (35)*

- Запрещение курения в барах, ресторанах и т.д. (с 1 июня 2004 г.)
- План действий по профилактике нежелательных беременностей и абортов (2004–2008 гг.)
- “Вместе к улучшению психического здоровья жителей Норвегии” – государственный стратегический план по охране психического здоровья детей и молодежи
- План усиления работы по охране психического здоровья
- Реформа, направленная на то, чтобы пациенты могли выбирать врача общей практики
- Медицинское обслуживание на муниципальном уровне
- Реформа больниц
- Программа, обеспечивающая право пациента на выбор больницы
- Новый закон об альтернативном лечении заболеваний

79. Национальные стратегии “Здоровье для всех” действительно могут оказывать поддержку процессу реализации политики здравоохранения, однако такая поддержка обычно носит диффузный характер и не является непосредственно связанной с какой-либо конкретной программой или проектом. Национальная политика “Здоровье для всех” может оказать следующие виды воздействия.

- **Она может изменить отношение страны к тем или иным вопросам.** Этот эффект был отмечен в Финляндии, несмотря на ее большой опыт в деле разработки и реализации политики здравоохранения и на то, что она была первой европейской страной, разработавшей политику “Здоровье для всех”. Изменение отношения может стать важным первым шагом к изменению характера принимаемых решений и осуществлению новых программ и проектов.
- **Она может повлиять на процесс принятия решений.** И в данном случае хорошим примером может послужить Финляндия, где сторонники общественного здравоохранения в своей работе часто ссылались на европейскую политику “Здоровье для всех”, поскольку она была разработана авторитетной международной организацией и одобрена ее государствами-членами.
- **Она может служить общим ориентиром для сторонников и активистов общественного здравоохранения, медицинских работников и специалистов и ученых, занимающихся вопросами общественного здравоохранения.** Этот важный, но косвенный вид влияния оказался весьма ценным в Соединенном Королевстве в период, когда вопросы справедливости в отношении здоровья не стояли на национальной политической повестке дня. В Англии национальная политика “Здоровье для всех” послужила концептуальной основой для разработки и осуществления политики здравоохранения на местах. В Швеции национальная инициатива, направленная на улучшение всех ключевых составляющих здоровья населения, используется для того, чтобы изменить ориентацию политики здравоохранения и способы межотраслевого и межсекторального сотрудничества.

- **Она может помочь обосновать необходимость совершенствования инфраструктуры системы здравоохранения.** Так, например, в Казахстане национальная политика “Здоровье для всех” во многом способствовала созданию Казахстанской высшей школы общественного здравоохранения.

#### **4.4.3 Независимое осуществление отдельных элементов политики**

80. Такая ситуация наблюдается там, где политика “Здоровье для всех” уже имеется и некоторые из ее принципов успешно осуществляются, несмотря на то, что сама политика не оказала на данный процесс какого-либо влияния. Хотя это может показаться парадоксальным, имеется ряд примеров, иллюстрирующих это явление. Так, например, иногда программа, проект или какой-либо закон реализуется еще до этапа разработки соответствующей политики.

## **5. Этическое управление и ценности политики достижения здоровья для всех”**

### **5.1 Введение**

#### **5.1.1 Общие ценности**

81. В рамках Европейского региона определенные общие ценности играют центральную роль в процессе принятия решений по вопросам здравоохранения. Нет никакого сомнения в том, что как между европейскими странами, так и внутри них имеются большие различия и что отрасли здравоохранения и социального обеспечения в современных европейских государствах благосостояния постоянно изменяются. Эти общие основополагающие ценности выходят, однако, за пределы отрасли здравоохранения и являются этической нормой для всех секторов общества. Все вместе они отражают социальное согласие – чувство коллективной социальной цели и веры в справедливость, – которое служит социальным фундаментом для справедливого, социально ответственного правительства. Эти цели включают ориентацию на социальное благо, солидарность, всеобщее участие и убежденность в необходимости жесткого общественного регулирования (36, 37).

82. В Европейском регионе ВОЗ вряд ли найдется хотя бы одна страна, где национальные органы здравоохранения сочли бы приемлемым или целесообразным заявить о том, что они не поддерживают принципы справедливости, равенства, солидарности или широкого участия. Аналогично, ни одно европейское общество не считает услуги по охране здоровья и медицинские услуги обычными рыночными товарами, которые могут быть приватизированы в целях обеспечения как можно большей прибыли. Эти широко распространенные убеждения в том, что приемлемо, а что не приемлемо, во многом определили характер дебатов в рамках национальной системы здравоохранения и содействовали развитию сильных международных связей в рамках Региона. Каждая страна, конечно же, сама определяет, как она будет внедрять эти ценности в практику. В общем и целом, даже коммерческие поставщики медицинских услуг, естественно, учитывают в своей работе этический климат, сложившийся в стране. Это особенно верно применительно к функционированию систем здравоохранения, что объясняется усиливающейся тенденцией иногда размывать границы между государственным и частным секторами в области здравоохранения, вовлекая, например, частный сектор в проведение мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья населения.

*Медицинские услуги на продажу?*

С точки зрения европейцев, большинство лечебно-профилактических услуг относятся не к группе обычных рыночных товаров, а к категории социальных благ, поскольку, по их мнению, всеобщее предоставление таких услуг, повышающее уровень жизни и усиливающее социальное единство, полезно для всего общества. Так, например, в Испании в статье 43 Конституции 1978 г. признается право людей на охрану здоровья, а органам власти вменяется в обязанность организовать медицинское обслуживание населения, включая профилактические мероприятия, и обеспечить его мониторинг. Кроме того, недавно принятый закон по обеспечению координации и качества услуг, предоставляемых национальной системой здравоохранения, предусматривает координацию органов и учреждений общественного здравоохранения, для того чтобы обеспечить право граждан на охрану здоровья. Оба этих правовых механизма направлены на обеспечение высокого качества медицинской помощи и справедливости в вопросах охраны здоровья на национальном уровне.

83. Одна из основных задач, связанных с воплощением этих общих ценностей, – это обеспечение устойчивого финансирования систем здравоохранения, с тем чтобы они могли функционировать на основе уважительного отношения к принципам достижения здоровья для всех. Во многих странах лицам, определяющим политику, необходимо обеспечивать приток ресурсов на основе принципа справедливости, когда более обеспеченные люди оказывают поддержку малоимущим.

**5.1.2 Ценности в их политическом контексте**

84. Пути воздействия ценностей на процесс разработки политики здравоохранения являются весьма сложными в силу следующих причин.

- В условиях быстро изменяющейся Европы формирование общего понимания широких этических концепций может быть особенно сложной задачей. Ценности могут по-разному интерпретироваться, и применительно к ним все еще не имеется каких-либо общих определений, которые государства-члены и все стороны, имеющие отношение к здравоохранению, признавали бы стандартными и точными. В рамках Европейского региона имеется множество примеров слов (включая “справедливость” и “солидарность”), имеющих, по мнению использующих их людей, несколько различных значений, что вызывает трудности, когда ценности должны использоваться в конкретных ситуациях. Одним из способов решения этой проблемы может быть анализ ценностей с точки зрения прав человека, что поможет лицам, формирующим политику, определить основополагающие ценности, которые будут пользоваться широкой поддержкой, а также быть фундаментальными и неизменными по своему характеру.
- Иногда уважительное отношение к ценностям может побуждать лиц, определяющих политику, к действиям, имеющим прямо противоположный характер. Этическое управление предполагает постоянный поиск компромиссных решений, касающихся таких, например, ценностей, как справедливость, с одной стороны, и экономическая эффективность – с другой. Лицам, определяющим политику, приходится порой принимать трудные решения относительно того, каким ценностям следует уделять первостепенное внимание и какие компромиссы являются приемлемыми, поскольку ценности – это только один из множества факторов, влияющих на формирование политики.
- Ценностям может иногда придаваться только второстепенное значение из-за трудностей, связанных с прогнозированием того, как они могут повлиять на реализацию политики. Хотя заявления о важности ценностей часто появляются в преамбулах документов по национальной политике здравоохранения, перевод этих ценностей из плоскости риторических высказываний в плоскость практического их воплощения – это не простая задача. Ценности могут быть интересными и заманчивыми, но они также могут казаться абстрактными и не очень практическими, а с верификацией, мониторингом и оценкой их реализации связаны значительные трудности.

### 5.1.3 Путь вперед

85. Хочется надеяться, что пересмотр ценностей политики “Здоровье для всех” в ходе настоящего ее обновления сделает их более полезными и релевантными, что будет способствовать их практическому воплощению. Они, по-видимому, были хорошо приняты государствами - членами Региона, и как об этом говорилось в предыдущей главе, большое число правительств прямо ссылались на них при формировании своей национальной политики здравоохранения. Однако заявление о важности этих ценностей еще не означает, что они определяют характер функционирования системы здравоохранения, и в этой области все еще предстоит ответить на ряд важных вопросов, а именно:

- Какую роль играют ценности в отрасли здравоохранения в странах Региона?
- Какие ценности применимы для отрасли здравоохранения в Европейском регионе в 21-м столетии?
- Лежат ли эти ценности в основе стратегий, формулируемых в других отраслях, особенно когда речь идет о широкомасштабных стратегиях, относящихся к социальному и экономическому развитию страны?
- Как можно лучше понять эти ценности и как их можно сделать более полезными для лиц, определяющих политику?
- Какие механизмы будут способствовать практическому воплощению этих ценностей?

86. Для того чтобы ответить на эти вопросы, в настоящем обновленном документе предлагаются два возможных подхода или две концептуальные схемы для работы с ценностями политики здравоохранения.

- **Правовой подход.** Ценности лежат в основе правовой системы обеспечения прав человека, которая включает международные обязательства, взятые на себя странами в процессе переговоров и принятия различных механизмов обеспечения прав человека. Европейский регион находится на относительно передовых позициях в этом отношении, так как в нем уже имеются сильные региональные механизмы, которых страны обязались придерживаться.
- **Этический подход.** Ценности также играют важную роль в общей этической системе моральных норм и стандартов поведения, которые приемлемы во всех странах и обычно соблюдаются всеми заинтересованными сторонами в каждой из них. Таким образом, решения и действия могут оцениваться с учетом этой этической системы.

87. Вместо того чтобы отдавать предпочтение той или иной системе, имеется множество убедительных аргументов в пользу их сочетания. Обе эти системы являются скорее взаимодополняющими, чем взаимоисключающими. Каждая из них является объектом постепенной реализации, переговоров, интерпретаций и модификаций, и в современных обществах ни одна из них не является более широкой, более важной или более влиятельной, чем другая.

88. Одновременный учет ценностей, характерных для обеих вышеуказанных систем, может помочь ответственным должностным лицам создать систему этического управления, основанную на общих ценностях. При таком подходе предполагается, что система здравоохранения может быть оценена на любом уровне как с точки зрения общих согласованных этических норм, так и с точки зрения юридически обязательных норм обеспечения прав человека. Таким образом, ценности могут быть использованы как для оценки и улучшения деятельности системы здравоохранения, так и для оценки управления в целом. Такая оценка является наиболее полезной, если она проводится на уровне отдельных стран. В частности, с учетом достигнутого в Регионе социального согласия страна может пожелать еще раз подтвердить свою приверженность общим ценностям. Ориентация на основные общие ценности особенно полезна в сегодняшнем мире, когда лица, определяющие политику на национальном уровне, часто получают противоречивую информацию о наиболее эффективных путях укрепления системы здравоохранения.

89. Сочетание правового и этического подходов также помогает понять и воплощать ценности политики “Здоровье для всех”. Хотя этот комбинированный подход и является наиболее полезным для лиц, определяющих политику, он также может успешно применяться другими заинтересованными сторонами, например, неправительственными организациями, населением в целом, профессиональными организациями, политическими партиями, академическими и научно-исследовательскими кругами и даже частными компаниями.

## **5.2 Вопросы охраны здоровья в правовой системе обеспечения прав человека**

### **5.2.1 Право на здоровье**

90. Как упоминалось выше, в Уставе ВОЗ говорится, что “обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека”. Именно на этой установке и основывается работа ВОЗ со своими государствами-членами. Применительно к отдельным людям, право на здоровье – это не право быть здоровым, а скорее, право на наличие комплекса социальных механизмов, норм и законов, обеспечивающих каждого человека возможностью реализовать свой полный потенциал здоровья. Применительно к правительству, это право означает, что правительство несет ответственность за создание для каждого человека, подлежащего его юрисдикции, возможностей для реализации данного права в максимально возможной степени. Это обязательство может быть выполнено с помощью многочисленных взаимодополняющих подходов, таких, например, как разработка политики здравоохранения, осуществление программ здравоохранения и принятие специальных правовых актов. Правительства обязаны не только принимать меры для улучшения здоровья населения, но и обеспечивать, чтобы медицинские учреждения, товары и услуги были высококачественными и широкодоступными (в том числе с финансовой точки зрения). Особое внимание при этом должно быть уделено удовлетворению потребностей наиболее уязвимых и маргинальных групп населения (23, 38). И наконец, право на здоровье означает право не только на медицинскую помощь, но и на предупреждение заболеваний и охрану и укрепление здоровья.

91. В национальном контексте право на здоровье часто рассматривается – с прагматической точки зрения – как право на получение определенного объема медицинской помощи, т.е. конкретных медицинских услуг, которые гарантируются жителям страны по закону.

### **5.2.2 Охрана здоровья в широком контексте обеспечения прав человека**

92. Хотя при формировании политики здравоохранения право на здоровье можно рассматривать как важнейшее право, подход к вопросам охраны здоровья с позиции обеспечения прав человека также относится и к другим правам, нормам и принципам, относящимся к людям. Большинство из них изложены во Всеобщей декларации прав человека, которая одобрена почти всеми странами и является основополагающим документом движения за права человека. Использование подхода, ориентированного на обеспечение прав человека применительно к системам здравоохранения, является относительно новым явлением как для отрасли здравоохранения, так и для организаций, занимающихся защитой прав человека, и это предусматривает признание ряда общих прав, не относящихся непосредственно к здравоохранению:

- право на равенство и свободу от дискриминации;
- право на свободное, значимое и эффективное участие;
- право на поиск и получение информации;
- право на получение пользы от научного прогресса и от применения его практических результатов;
- право на здоровую физическую и социальную окружающую среду;
- право на чистую воду, безопасные пищевые продукты и адекватное жилье;

- право на личную неприкосновенность.

93. Подход, основанный на обеспечении прав человека, особенно подходит для отрасли здравоохранения, так как обеспечение каждого из этих прав оказывает прямое воздействие на разработку, мониторинг, осуществление и оценку политики и программ здравоохранения на уровне страны (39).

94. Вопросы здравоохранения и прав человека тесно взаимосвязаны. На здоровье влияют многие социальные, экономические, экологические, культурные и политические факторы, и как указывалось выше, обеспечение права на здоровье предусматривает обеспечение и других прав человека. При описании этого взаимоотношения можно вычлениить три составляющие.

- Прямые нарушения прав человека могут наносить самый прямой и зачастую тяжелый ущерб здоровью людей, чьи права нарушаются.
- Косвенные нарушения прав человека могут быть результатом как самих конкретных стратегий и программ охраны здоровья населения, так и методов их реализации.
- Прямо или косвенно здоровье является важной предпосылкой обеспечения большинства других прав человека, признанных в международных договорах. Когда здоровье нарушено, людям может быть трудно реализовывать свое право функционировать в качестве полноправных членов общества.

95. Каждое государство - член Европейского региона ВОЗ подписало по крайней мере один договор, конвенцию или другой международный документ, обязующий их уважительно относиться к правам человека.

96. Обеспечение немедленной и полной гарантии прав, указанных в таких документах, – непростая задача для любой страны, так как для этого необходимо принять не только соответствующие законы, но и целый ряд административных, финансовых, образовательных и социальных мер. Именно поэтому широко распространено мнение о том, что обеспечение прав человека достигается путем “постепенной реализации”, что предполагает обеспечение постоянного прогресса в этом направлении настолько быстро, насколько это возможно. Этот подход является также очень подходящим и для политики здравоохранения, несмотря на то, что многие специалисты, занимающиеся развитием систем и политики здравоохранения, могут быть недостаточно осведомлены обо всех преимуществах, связанных с таким подходом.

97. В частности, ссылки на международные обязательства, взятые на себя соответствующими государствами, полезны для министерств здравоохранения в силу следующих соображений:

- Международные обязательства, определяющие юридические права и международные нормы, обеспечивают дополнительную поддержку тем ценностям, которые используются при формировании политики здравоохранения.
- Руководители здравоохранения лучше, чем кто бы то ни было, могут помочь другим ветвям государственного аппарата понять, каким образом международные обязательства страны связаны с вопросами здоровья.
- При ратификации международных договоров страны часто разрабатывают и принимают определенные национальные контрольные показатели, относящиеся к правам человека и помогающие измерять прогресс в соответствующей области. Руководители здравоохранения могут принять и использовать эти контрольные показатели.
- Основопологающие права и ценности, закрепленные в международных документах и национальных законах, содержат важные руководящие принципы организации и улучшения системы здравоохранения и помогают формировать у работников здравоохранения чувство уважительного отношения к пациентам.

- Подход, основанный на уважительном отношении к правам человека, может помочь правительствам предупредить случаи дискриминации, особенно по отношению к членам уязвимых и маргинальных групп населения, причиной которых могут быть неадекватно нацеленные стратегии и программы здравоохранения.
- Как и в случае с другими правами человека, право на здоровье не принадлежит какой-то отдельной группе населения. Уточняя этот принцип, следует отметить, что это право принадлежит не только больным, но и всему населению в целом.

### **5.3 Здоровье в рамках системы общих моральных ценностей: ценности политики достижения здоровья для всех**

98. В общей системе моральных ценностей не имеется каких-либо однозначных, универсальных и извечных критериев, указывающих, какие ценности являются важными. В определенный период времени и в определенной стране некоторые ценности могут широко расцениваться как основополагающие. Однако маловероятно, чтобы такое согласие распространялось и на все другие страны. В Европейском регионе имеется множество примеров непонимания, имеющего место, когда различные стороны используют одни и те же слова для обозначения совершенно разных вещей и явлений. В географическом регионе, претерпевающем быстрые изменения, особенно в Регионе, в котором говорят на десятках различных языков, трудно достичь согласия относительно этических понятий, имеющих широкое значение. Именно поэтому в данном обновлении рекомендуется, чтобы ценности рассматривались в конкретном контексте. Для лиц, определяющих политику здравоохранения, такой подход сам по себе означает определенный моральный выбор, вытекающий из необходимости преодоления трудностей, связанных с практическим воплощением ценностей. Иными словами, эти ценности должны использоваться не для риторического украшения теоретических рассуждений, а для проведения честного анализа, привязывая их к практическим потребностям, связанным с разработкой и реализацией политики.

99. На основе изложенной в настоящем обновлении концепции и наилучших научных идей, относящихся к политике здравоохранения, в качестве важнейших были определены следующие три основополагающие ценности: справедливость, солидарность и участие. Люди, определяющие политику на уровне стран, имеют множество возможностей для того, чтобы выбрать конкретные формы и механизмы практического воплощения этих ценностей. Каждая национальная политика здравоохранения отражает конкретные задачи и приоритеты страны, что находит выражение в тех подходах, которые используются для удовлетворения потребностей в медицинской помощи и для решения конкретных политических и экономических задач. В то же время в политике здравоохранения, ориентированной на достижение здоровья для всех, не могут не учитываться такие основополагающие ценности, как справедливость, солидарность, участие.

#### **5.3.1 Справедливость**

100. Применительно к политике “Здоровье для всех” понятие справедливости означает, что каждый человек имеет равную возможность для реализации полного потенциала здоровья и что никому не мешают реализовать этот потенциал, если это вообще возможно. Исходя из этого определения, политика здравоохранения, основанная на принципе справедливости, должна быть нацелена на устранение или минимизацию предотвратимых различий в состоянии здоровья населения. Иными словами, она будет содействовать равенству возможностей в реализации полного потенциала здоровья каждого человека. Это позволит обеспечить, чтобы лечебная помощь оказывалась независимо от таких факторов, как пол, возраст, социальный статус, финансовые ресурсы, этническая принадлежность, религиозные верования, сексуальная ориентация, страна происхождения, образовательный уровень, географическое местонахождение, политические взгляды, гражданский статус. Вопросы справедливости имеют также непосредственное отношение к тому, как используются и распределяются медицинские услуги, медико-санитарная информация, а также новые технологии и ресурсы здравоохранения. При этом, как отмечалось выше, речь идет не только о медицинской помощи, но и о работе в области

профилактики, укрепления здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

101. В рамках сектора общественного здравоохранения принцип справедливости можно понимать двояко.

- **Справедливость с точки зрения процесса** означает, что правительство делает все возможное для того, чтобы все люди имели равные возможности в плане получения медицинской помощи в соответствии со своими индивидуальными потребностями независимо от их платежеспособности.
- **Справедливость с точки зрения конечного результата** означает, что правительство делает все возможное для того, чтобы повысить потенциал здоровья членов находящихся в неблагоприятном положении групп до уровня, характерного для населения в целом. Справедливость с точки зрения конечного результата может быть усилена, например, посредством создания специальных компенсаторных механизмов для социальных групп, находящихся в неблагоприятном положении в силу тех или иных факторов, при условии, конечно же, что эти механизмы являются приемлемыми для самих этих групп.

102. Крайне важно интерпретировать и реализовывать принцип справедливости применительно к системам здравоохранения. С точки зрения достижения такой конечной цели, как улучшение здоровья населения, суть этой концепции заключается в снижении несправедливых различий в состоянии здоровья между отдельными людьми, социальными группами, регионами и т.д.

### **Справедливость и права человека**

103. Понятие справедливости тесно связано с понятием прав человека. Как принцип справедливости, так и принцип обеспечения прав человека указывают на необходимость предоставления всем людям равных возможностей для реализации их полного потенциала здоровья. О неравенстве в состоянии здоровья можно говорить, когда различия являются не только систематическими и количественно идентифицируемыми, но и предупреждаемыми. Справедливость – это нормативная этическая ценность, предусматривающая справедливое распределение ресурсов и справедливую доступность лечебно-профилактических и оздоровительных услуг как между различными группами населения, так и внутри них.

104. В области здравоохранения усилия по обеспечению справедливости предусматривают, в частности, принятие мер к тому, чтобы плоды любых инициатив в области охраны здоровья были одинаково доступны для всех людей. В комплексной программе, направленной на содействие реализации принципа справедливости, необходимо обеспечить оптимальную сбалансированность между двумя составляющими, а именно между детерминантами здоровья, с одной стороны, и потребностями в здравоохранении – с другой. С точки зрения детерминантов здоровья, основанная на принципах справедливости программа должна стремиться к минимизации эффекта всех тех детерминантов здоровья, которые создают неравные возможности для людей с одинаковыми потребностями. Все это можно обозначить понятиями горизонтальной справедливости. С точки зрения потребностей в здравоохранении, программа, основанная на принципах справедливости, должна быть нацелена на людей с большими потребностями в медицинской помощи, и этот подход можно назвать вертикальной справедливостью (40, 41). Как указано в статье 2 Всеобщей декларации прав человека (42), принцип справедливости позволяет усиливать право каждого человека на обладание всеми правами и свободами “без какого бы то ни было различия”.

105. Иногда в целях обеспечения справедливости для различных групп применяются различные стандарты, что позволяет скомпенсировать имеющиеся место различия. (Такую практику иногда называют “позитивной дискриминацией” – термин, который следует использовать с осторожностью из-за негативной коннотации, связанной со словом “дискриминация”.) В данном контексте меры по обеспечению справедливости можно рассматривать как компенсаторный

механизм, позволяющий уменьшить определенные различия в состоянии здоровья между более и менее благополучными группами населения как между странами, так и в рамках отдельных стран.

### **Справедливость применительно к политике здравоохранения**

106. Для того чтобы провести оценку степени достижения справедливости в отношении здоровья, лицам, определяющим политику, необходимо рассмотреть различные социально-экономические, культурные и средовые факторы, что, в свою очередь, требует анализа более широкого круга всех потенциальных детерминантов здоровья, которые могут поставить людей на различные ступени социальной лестницы, в результате чего некоторые группы оказываются в худшем положении. Одним из важнейших детерминантов здоровья, требующим должного учета, является бедность в таких ее различных проявлениях, как недостаточная обеспеченность продовольствием, социальное исключение и дискриминация, неадекватное жилье, недостаточная защита развития детей в раннем возрасте и небезопасные условия труда, не говоря уже о медицинской помощи низкого качества. Бедность является причиной наибольшей доли глобального бремени заболеваемости и смертности и большинства имеющихся различий в состоянии здоровья как между странами, так и внутри них. Эти эффекты зависят от социальных условий, и наилучшим способом решения этой проблемы является проведение целевых стратегий уменьшения бедности и стратегий здравоохранения, направленных на борьбу с бедностью как с причиной нездоровья.

107. Для получения более полной картины о сложных причинах различий в состоянии здоровья организаторы здравоохранения могут пожелать создать механизмы для регистрации и оценки степени неравенства в отношении здоровья между различными социальными группами, а также той степени, в которой стратегии и программы здравоохранения позволили улучшить здоровье уязвимых и обездоленных групп.

108. Что касается отрасли здравоохранения, то принципа справедливости следует придерживаться не только при организации медицинской помощи, но и в таких областях, как профилактика заболеваний, укрепление здоровья, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия. Принцип справедливости должен быть одним из ключевых критериев при оценке того, какие медицинские услуги должны обеспечиваться за счет государственных средств и каким образом следует распределять общий бюджет здравоохранения. Поэтому политика, основанная на принципах справедливости, не должна быть нацелена только на оздоровление образа жизни отдельных людей или удовлетворение потребностей маргинальных и уязвимых групп населения. По крайней мере один из детерминантов здоровья оказывает негативное воздействие на подавляющее большинство населения, а имеющиеся различия в отношении здоровья указывают на необходимость разработки и реализации стратегий здравоохранения, направленных на улучшение всех социальных и экономических детерминантов здоровья.

109. Кроме того, справедливость в вопросах охраны здоровья не может рассматриваться как задача, стоящая исключительно перед отраслью здравоохранения. Напротив, ее следует рассматривать как межотраслевой, межсекторальный вопрос. Такие социальные параметры, как доходы, жилье, образование и т.д., оказывают огромное влияние на состояние здоровья людей, и справедливость в отношении здоровья в значительной степени зависит от наличия соответствующих стратегий во всех государственных секторах. Ввиду вышеуказанного при разработке и осуществлении любых стратегий и программ здравоохранения, направленных на улучшение здоровья всего населения, следует рассмотреть вопросы налаживания сотрудничества с каждой заинтересованной стороной, независимо от того, относятся ли они к государственному аппарату или нет, в том числе с отраслями и секторами, которые главным образом занимаются социальными, образовательными, экологическими или законодательными вопросами.

### **5.3.2 Солидарность**

110. Солидарность обычно определяется как готовность общества нести совместную ответственность. Применительно к здравоохранению солидарность означает, что каждый вносит

такой вклад в систему здравоохранения, который соответствует его платежеспособности, а не объему получаемых медицинских услуг. Таким образом, солидарность прежде всего относится к распределению ресурсов или к тому, кто, сколько, за что и когда платит. Достижения в области охраны здоровья все еще не распределены равномерно даже в самых богатых странах, и именно концепция солидарности призвана обеспечить справедливое и равное распределение финансового бремени. В этом отношении солидарность означает уменьшение прямой зависимости между тем, сколько человек платит, и получаемой медицинской помощью. В системе достижения здоровья для всех приверженность принципу солидарности является ключевой, так как это означает, что система обеспечивает медицинскую помощь всем людям, включая граждан с ограниченными финансовыми ресурсами. Справедливость – это ценность, обеспечивающая справедливое и равномерное распределение финансового бремени. На различных уровнях принятия решений все в большей степени возрастает осознание того, что обеспечение справедливости – необходимая предпосылка успешной работы (43).

### **Солидарность и индивидуальная ответственность**

111. Многие европейские общества признают тот факт, что люди должны сами нести определенную ответственность за свое здоровье. Поскольку степень улучшения и поддержания здоровья ограничена, также ограничена и степень солидарности. Типичным примером, используемым в такого рода обсуждениях, является вопрос о том, должны ли оплачиваться из общественных средств медицинские вмешательства, относимые к категории дополнительных или не являющихся необходимыми по медицинским показаниям. Ответ на этот вопрос варьируется от страны к стране и даже в странах, твердо приверженных принципу солидарности, степень общественной оплаты таких вмешательств различается очень широко. Собственно говоря, решения о базовом пакете медицинских услуг, финансируемых на основе солидарности, относятся к категории политических, так как при этом во внимание принимаются не только потребности в медицинской помощи, но и имеющиеся ресурсы. В некоторых случаях страна, придерживающаяся принципов солидарности, исключает из перечня базовых медицинских услуг некоторые лечебно-профилактические мероприятия, которые, будучи клинически эффективными в отдельных случаях или ситуациях, не являются экономически эффективными в широком масштабе. Таким образом, при определении пакета базовых медицинских услуг учитываются этические нормы общества в целом. Обеспечение солидарности, однако, ни в коем случае не уменьшает индивидуальную ответственность людей за охрану своего здоровья посредством, например, соблюдения здорового образа жизни, выполнения рекомендаций медицинских работников и т.д.

### *Скрининг на рак шейки матки в Словении*

В 1960 г. в рутинную гинекологическую практику Словении была внедрена система скрининга на рак шейки матки. Тем не менее, в период с 1994 г. в Словении была отмечена тенденция к росту этого вида заболеваемости, и в 2000 г. частота рака шейки матки в Словении была одной из самых высоких в Европейском регионе. Одной из причин этого явления был тот факт, что несмотря на то, что номинально каждая женщина в Словении имеет возможность пройти такой скрининг, фактически обследовалось только 30% женского населения. Более того, в местах, где работа по увеличению охвата женщин оставалась на уровне индивидуальных инициатив, данная система часто не охватывала женщин более старшего возраста и женщин из групп более низкого социально-экономического статуса, несмотря на то, что обе эти группы подвергаются более высокому риску развития рака шейки матки.

В 1998 г. для исправления положения в этой области был начат пилотный проект. Благодаря подключению к центральному регистру народонаселения в Словении стал осуществляться мониторинг за скрининговыми обследованиями, и именные приглашения направлялись всем женщинам целевой группы в возрасте 20–64 года. Благодаря такому подходу процент прохождения скрининга среди женщин, ранее не охваченных регулярными обследованиями, составил почти 50%. В 2003 г. была начата национальная программа организованного скрининга на рак шейки матки, суть которой сводится к пропаганде и продвижению ориентированных на все население профилактических мер, основанных на современных научных методиках и процедурах контроля качества. Всеобщий доступ женщин к этой программе обеспечивается за счет того, что ее финансирует фонд обязательного медицинского страхования Словении, что наглядно свидетельствует о том, что данная система основана на принципах справедливости и солидарности.

### **Взаимозависимость концепции солидарности и справедливости**

112. Проводимые в рамках систем здравоохранения различия между солидарностью и справедливостью могут быть порой достаточно искусственными, так как солидарность – это один из способов обеспечения справедливости. Понятие справедливости предполагает, что государства применяют компенсаторные механизмы, для того чтобы все группы населения получали медицинскую помощь, обеспечивающую удовлетворение их потребностей. Меры, применяемые для усиления солидарности, могут привести к аналогичным результатам. Для оценки воплощения обеих этих основополагающих ценностей можно проанализировать, насколько справедливой является система здравоохранения, выяснив, в частности, считает ли общество в целом, что стратегии, решения и действия правительства в области здравоохранения являются справедливыми.

113. В этом отношении справедливость означает, что бедные не должны платить больше, чем богатые, в виде доли имеющихся в их распоряжении доходов, т.е. что люди оплачивают медицинскую помощь в соответствии с их платежеспособностью. Такая справедливость в плане оплаты медицинской помощи – это одна из ключевых целей стратегий достижения здоровья для всех, и она является также еще одним примером того, насколько тесно обозначенные выше ценности взаимосвязаны с функционированием систем здравоохранения. Эта концепция имеет особенно важное значение для стран экономического перехода, проводящих крупные реформы здравоохранения. В таких случаях всегда возникает искушение пожертвовать принципами справедливости и солидарности в целях немедленного достижения максимальной экономической эффективности и обеспечения наивысшего возможного улучшения здоровья на основе очень ограниченных финансовых ресурсов – искушение, которое является одной из серьезнейших опасностей для этического управления, основанного на общих ценностях. В системах с многочисленными медицинскими страховыми компаниями для обеспечения принципа солидарности в здравоохранении необходимо жесткое регулирование и четко определенные руководящие принципы, не позволяющие этим компаниям нарушать принцип справедливости,

пытаясь, например, привлечь группы населения с лучшим состоянием здоровья и, следовательно, с меньшим риском.

### **Солидарность как важнейший принцип, лежащий в основе участия населения**

114. В обществе, руководствующемся принципами солидарности, участие всех граждан – одно из обязательных условий его функционирования. Когда принцип солидарности закреплён в законах, это часто свидетельствует об активной социальной позиции людей, которые приняли решение придать этому принципу статус закона. В этом отношении подотчетность перед общественностью имеет важнейшее значение – в обществе, с уважением относящемся к принципам солидарности, органы здравоохранения должны быть ответственными перед населением за воплощение этих принципов и за демонстрацию того, помогает ли солидарность получать желаемые социальные блага и как это происходит.

#### **5.3.3 Участие**

115. Для целей данного обновления термин “участие” означает непосредственные действия людей, на коллективном или индивидуальном уровнях, направленные на то, чтобы повлиять на процесс принятия решений в общественном секторе.

116. Предоставление информации всем людям и консультирование с ними для выяснения их взглядов – это важнейшие формы участия населения. Государства - члены Европейского региона разрабатывают все более инновационные подходы к стимулированию участия населения в таких сферах, как определение приоритетов в области здравоохранения и оценка уровня удовлетворенности медицинским обслуживанием.

117. Еще одной формой коллективного участия населения являются действия, предпринимаемые группами, представляющими интересы пациентов и потребителей. В европейских странах имел место значительный рост этих групп, и они, по-видимому, вносят позитивный и существенный вклад в проходящие в плюралистических обществах обсуждения общественной политики. С другой стороны, в некоторых случаях такие группы могут представлять интересы конкретных больных или группы людей с той или иной болезнью, которые не отражают более широкие общественные потребности и интересы в области здравоохранения.

#### *Участие в Латвии*

##### **Негативный пример**

В Латвии целый ряд групп прилагают усилия для организации, оказания поддержки и просвещения пациентов, а также для того, чтобы повлиять на процесс принятия решений, относящихся к медицинской помощи. В таких организациях часто принимают участие врачи, которые также возглавляют их. Однако основными спонсорами таких ассоциаций часто бывают фармацевтические компании, преследующие иногда совсем не филантропические цели. Так, например, Латвийская ассоциация по менопаузе активно пропагандировала гормонозаместительную терапию, замалчивая тот факт, что в рамках международного научного сообщества эта терапия уже не имеет широкой поддержки. Таким образом, эта ассоциация, по-видимому, продвигает интересы фармацевтических компаний, а не тех пациентов, которых она, якобы, представляет.

##### **Положительный пример**

Латвийский офис “Права пациентов” был создан юристами. Они называют себя неправительственной организацией, которая на профессиональной основе занимается защитой интересов пациентов. Сами они являются не пациентами, а нейтральной стороной, представляющей интересы пациентов. Деятельность офиса нацелена на улучшение в стране понимания международных прав человека и механизмов обеспечения прав пациентов, и она оказала положительное воздействие на процесс принятия решений в сфере медицинского обслуживания, на законодательные усилия, а также на степень освещения вопросов прав пациентов в средствах массовой информации.

### **Усиление участия пациентов в решениях, относящихся к медицинской помощи**

118. Пациенты начинают играть все большую роль в процессе принятия решений относительно оказываемой им лечебной помощи, однако эта тенденция имеет сложный характер. Применительно к этому вопросу важно обеспечить оптимальную сбалансированность между участием пациентов и профессиональным медицинским мнением. С одной стороны, информирование пациентов об их болезни и вовлечение их в процесс принятия клинических решений представляется полезным, особенно в случаях неопределенности диагноза или прогноза или когда имеются определенные “за” и “против” применительно к альтернативным курсам лечения или видам медицинской помощи. В таких случаях при принятии того или иного решения ценности, ожидания и приоритеты пациентов должны играть центральную роль. С другой стороны, работники здравоохранения продолжают нести основную ответственность за выбор наилучшей формы лечения, и их профессиональным мнениям должен придаваться особый вес. Тем не менее, возложение ответственности за медицинскую помощь на медицинских работников не должно исключать участия пациентов в лечебном процессе или рассматриваться как придание медикам большего статуса по сравнению с пациентами. Собственно говоря, хорошо и четко изложенное профессиональное мнение содействует участию пациентов. Выражение пациентами своей точки зрения и описание своего опыта полезны не только в рамках клинических учреждений, но также и для процесса формирования политики здравоохранения.

### **Большой выбор для потребителей: польза и риск**

119. Во все большей степени в странах Европейского региона пациенты получают возможность свободного выбора поставщиков медицинских услуг как на первичном, так и на стационарном уровне. Многие европейцы считают, что такой подход – это наилучший способ эффективного воздействия на службы здравоохранения со стороны населения. Возможность выбора врача как один из механизмов усиления участия потребителей может действительно оказать влияние на политику и помочь создать более ответственные системы здравоохранения. С другой стороны, с этой практикой могут быть также связаны дополнительные расходы. Более того, в некоторых случаях этот подход может входить в противоречие с принципом солидарности и приводить к росту несправедливости в отношении здоровья. Так, например, имеется большой объем фактических данных о том, что лучше информированные группы с более высоким социальным статусом, как правило, получают большую пользу от возможности выбора поставщиков медицинских услуг, в то время как для уязвимых или менее благополучных групп эта потенциальная возможность практически остается нереализованной.

### **Проблемы и задачи в сфере политики**

120. Даже в тех случаях, когда механизмы стимулирования участия населения были разработаны и внедрены с самыми хорошими намерениями, при этом иногда игнорируются потребности уязвимых групп, таких, например, как лица с инвалидизирующими психическими расстройствами, мигранты, пожилые, одинокие, ВИЧ-инфицированные. Лицам, определяющим политику, крайне важно признать интересы таких специальных групп, а не просто реагировать на обеспокоенность по поводу негативных последствий применения механизмов стимулирования участия, начиная, например, уменьшать число таких механизмов (в частности, посредством уменьшения возможностей для выбора поставщиков медицинских услуг). Напротив, им следует сконцентрировать свои усилия на улучшении доступа населения к информации. В частности, для этого следует активно поддерживать участие наиболее уязвимых и неблагополучных групп населения, члены которых обычно не имеют ни опыта выражения своего мнения, ни уверенности в том, что они действительно могут это сделать. Для этой цели в стратегии и правовые инструменты в частности могут быть включены такие составляющие, как содействие участию и защита прав пациентов. Другая такая возможность предусмотрена в региональных стратегиях, уже принятых отдельными государствами-членами, когда граждане имеют, например, право на участие в процессе принятия решений, относящихся к их окружающей среде, и на получение соответствующей информации.

121. Одним из индикаторов того, что участие населения действительно эффективно, является тот факт, что руководители здравоохранения должны сейчас нести ответственность за принимаемые ими решения. В частности, для этого применяются следующие механизмы:

- официальное представительство потребителей в правлениях страховых компаний, органов здравоохранения, больниц;
- четкое изложение прав и обязанностей как поставщиков медицинских услуг, так и жителей;
- внедрение процедур подачи и рассмотрения жалоб;
- большее вовлечение медицинского персонала в процесс оценки реальной пользы для здоровья проводимых стратегий и мониторинг их воздействия на доступность, приемлемость и качество медицинской помощи, особенно когда речь идет о членах неблагополучных и уязвимых групп населения.

#### **5.4 Этическое и основанное на ценностях управление**

122. В европейских государствах благосостояния традиционно считается, что правительство ответственно за то, чтобы развитие и управление системами здравоохранения основывалось на этических принципах. Применительно к настоящему обновлению эта традиция рассматривается как призыв к лицам, определяющим политику здравоохранения, принять меры к тому, чтобы:

- в их странах обеспечивалось должное уважение к основным правам человека;
- такие этические ценности, как справедливость, солидарность и участие, активно продвигались, поддерживались и воплощались в практику.

Об этическом управлении можно говорить тогда, когда вышеуказанные ценности находят воплощение в реальных действиях.

123. Практика управления, конечно же, широко варьируется от страны к стране. Более того, степень, в которой система управления является этической, часто зависит от факторов, лежащих вне сферы здравоохранения, таких, например, как мир и социальная и политическая стабильность, а также наличие и характер заинтересованных групп, финансовых ресурсов и лидерства. Ситуация в этой области осложняется еще больше в связи с радикальными переменами, имевшими место во многих системах здравоохранения Европейского региона в последнее время.

124. Этическое управление в отрасли здравоохранения в Европейском регионе должно быть неотъемлемым элементом развития европейского движения “Здоровье для всех”. Этическое управление может проявляться в различных формах, например: принятие решений на основе фактических данных, приоритизация вопросов развития первичной медико-санитарной помощи, многоотраслевое сотрудничество или постановка особого акцента на удовлетворении потребностей уязвимых групп населения. Обязательной составляющей этого процесса должно быть усиление ответственности и прозрачности, так как одной из задач этического управления является учреждение механизмов, обеспечивающих усиление этих ценностей на всех уровнях. Благодаря усилению ответственности и прозрачности будет также легче оценить, в какой именно степени национальные стратегии, программы и инициативы в области здравоохранения соответствуют национальным ценностям.

#### **Полезность ценностей**

125. Сильные этические убеждения могут сыграть огромную роль в усилиях, направленных на улучшение деятельности системы здравоохранения, и опыт, приобретенный рядом государств - членов Региона, показывает, что в период реформирования здравоохранения приверженность основополагающим ценностям политики “Здоровье для всех” может быть весьма полезной целью. В ряде государств-членов этический компонент рассматривается как один из ключевых критериев в общей оценке деятельности системы здравоохранения, наряду с клиническими и финансовыми аспектами. Это явление свидетельствует об усилении признания ценностей как все более важного

элемента практической реализации политики здравоохранения в связи с тем, что для улучшения деятельности любой системы необходимо сочетание видения, технических знаний и способностей управлять процессом изменений. Иными словами, этическое и основанное на ценностях управление может послужить в качестве необходимой концепции и основы изменений, которые позволят улучшить деятельность системы здравоохранения.

126. Для обеспечения этического управления в области здравоохранения необходимо, чтобы как правовые механизмы обеспечения прав человека, так и общие моральные ценности всегда учитывались при принятии решений и использовались при разработке и оценке стратегий, программ и инициатив в области здравоохранения. Для того чтобы сделать это наиболее эффективным образом, лица, определяющие национальную политику здравоохранения, могут пожелать иметь в наличии инструментарий, который поможет им определить, в какой степени принимаемые ими решения соответствуют основополагающим ценностям политики “Здоровье для всех” (см. раздел 6.3).

127. И наконец, поскольку этический подход представляет особую важность для обеспечения эффективного стратегического и общего управления системами здравоохранения, он должен использоваться в рамках каждой политики или действия, которые могут повлиять на здоровье населения независимо от того, какая отрасль или сектор являются их инициатором. Отрасль здравоохранения любой страны должна сотрудничать с другими государственными отраслями, и это сотрудничество должно основываться на общих этических ценностях. В рамках Европейского региона руководители других отраслей и ведомств вряд ли будут подвергать сомнению важность принципов солидарности и справедливости, когда речь идет об инициативах в области здравоохранения. Их следует настоятельно призывать оценивать любое принимаемое ими решение в своей сфере деятельности с точки зрения его потенциального воздействия не только на здоровье населения, но и на усиление ценностей политики “Здоровье для всех”.

## **6. Инструментарий политики достижения здоровья для всех: практические подходы к воплощению ценностей политики “Здоровье для всех”**

128. В данной главе дается описание различных правовых актов, практических мер и действий, методов и подходов. Некоторые из них уже широко используются, а другие еще находятся на этапе разработки. Министерства здравоохранения могут использовать их при разработке и реализации стратегий, направленных на достижение здоровья для всех. Этот инструментарий может помочь ответственным работникам взглянуть на традиционные аспекты общественного здравоохранения с новой точки зрения, обозначить ценности, которыми они хотят руководствоваться при разработке и реализации своих стратегий, а также обеспечивать воплощение этих ценностей на практике. Этот инструментарий включает следующее: программные документы, договоры, различные ведомства и организации, сети, сложившиеся практики и концептуальные подходы, методологии, базы данных, инициативы.

129. Описанные ниже средства и методы не разрабатывались специально для воплощения в практику ценностей политики “Здоровье для всех”. Большинство из них уже доказали свою полезность на уровне стран и в настоящее время используются лицами, определяющими политику. В зависимости от обстоятельств они могут использоваться в существующем виде, адаптироваться к конкретным условиям и потребностям или служить стимулом к разработке дополнительных подходов.

130. Приводимые в данной главе десять категорий таких средств и методов не являются исчерпывающим перечнем, а отобраны лишь в качестве примеров того, чем располагают ответственные работники, желающие предпринимать действия, направленные на достижение здоровья для всех.

131. Для удобства пользования эти 10 категорий средств и методов были разбиты на четыре группы, соответствующие следующим четырем основным вопросам, относящимся к практической деятельности:

- Как лица, формирующие политику в области здравоохранения, могут создать основу для реализации принципов этического управления?
- Как они могут использовать новейшие данные при разработке и реализации стратегий здравоохранения?
- Как они могут оценить результаты своих усилий по реализации политических ценностей?
- Как они могут повысить эффективность стратегий и инициатив по улучшению здоровья населения?

## **6.1 Как создать основу для обеспечения этического управления здравоохранением?**

### ***Первая категория – От обязательств к возможностям: международные правовые акты по правам человека***

132. Международные соглашения и договоры содержат обязательства, имеющие силу закона для правительств подписавших их стран. Они представляют собой одно из важнейших практических средств, которыми располагают министерства здравоохранения. Каждая страна обязана, при необходимости, вносить изменения в национальное законодательство для выполнения этих обязательств, а ответственные работники здравоохранения, знакомые с такими правовыми актами, могут ссылаться на них в своей деятельности. Они могут использовать международные правовые акты для оценки эффективности существующих стратегий, для внесения предложений об их изменении, а также для привлечения к активному обсуждению этих вопросов других заинтересованных сторон. Лица, принимающие решения, законодатели и неправительственные организации также могут использовать эти правовые акты для внесения относящихся к здравоохранению изменений в работу финансовых, правовых и образовательных структур.

### ***A. Глобальная перспектива: договоры Организации Объединенных Наций***

133. Всеобщая декларация прав человека является основой всех международных правовых актов по правам человека. Согласно ее статье 25, “Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи”. Эта статья служит основой для всех действий, направленных на обеспечение права людей на здоровье. Право на здоровье предусматривается также в семи основных договорах и конвенциях Организации Объединенных Наций, имеющих юридическую силу (см. текст в рамке ниже). Каждое из этих соглашений содержит по меньшей мере одну статью, непосредственно касающуюся права на здоровье, а также другие статьи, косвенно затрагивающие вопросы здоровья и условий для его сохранения и охраны.

134. Деятельность по реализации этих основных договоров в области прав человека контролируется комитетами независимых экспертов (“органами, осуществляющими контроль за выполнением договоров”), созданными под эгидой Организации Объединенных Наций и действующими при ее поддержке. Государства, подписавшие какое-либо соглашение, должны представлять регулярные отчеты о ходе выполнения обязательств, вытекающих из соглашения. В соответствии с положениями некоторых конвенций отдельные лица и организации также могут подавать жалобы по поводу нарушения прав человека.

*Договоры Организации Объединенных Наций по правам человека*

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) содержит наиболее авторитетное трактование права на здоровье. Замечание общего порядка в отношении права на здоровье уточняет характер соответствующих прав физических лиц и обязательств государства (21). В этом замечании право на здоровье определяется как всеобъемлющее право, которое включает в себя право не только на своевременную и адекватную медицинскую помощь, но и на такие основополагающие предпосылки здоровья, как доступ к безопасной питьевой воде и адекватное питание и жилищные условия, безопасные условия жизни, труда и окружающей среды, а также доступ к просвещению и информации по вопросам здоровья. В этом документе также говорится, что право на здоровье не следует понимать просто как право быть здоровым. Право на здоровье охватывает некоторые свободы (контроль за своим телом, сексуальные и репродуктивные права, а также право быть свободным от пыток и не подвергаться медицинским или научным опытам) и смежные права (право на систему охраны здоровья). Наконец, в нем констатируется, что государство должно обеспечивать участие населения в принятии всех решений, касающихся вопросов здравоохранения, на всех уровнях государственной власти.

135. К другим основным документам Организации Объединенных Наций по правам человека относятся Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП), Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (МКЛРД), Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), Конвенция о правах ребенка (КПР), Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (КПП) и Международная конвенция по защите прав всех рабочих-мигрантов и членов их семей (КРМ).

***Б. Европейская перспектива***

**Система защиты прав человека в рамках Совета Европы**

136. **Конвенция о защите прав человека и основных свобод** (известная также как **Европейская конвенция по правам человека, или ЕКПЧ**) (44). Основным постулатом этой Конвенции является то, что право на здоровье проистекает из права на жизнь. Она затрагивает также ряд смежных прав: право на защиту человеческого достоинства, право на неприкосновенность частной жизни и на защиту личной информации, а также право на личную и семейную жизнь. Стороны, подписавшие ЕКПЧ, обязуются соблюдать все эти права и свободы для всех граждан, находящихся под их юрисдикцией. ЕКПЧ также установила международные механизмы, обеспечивающие соблюдение ее положений.

137. **Европейский суд по правам человека (Страсбург)**. Этот суд рассматривает обращения отдельных лиц, групп граждан и государств, касающиеся нарушений ЕКПЧ подписавшими ее сторонами. При вынесении решений по конкретным делам этот суд иногда подвергает детальному рассмотрению содержание права на здоровье. В частности, он заявил, что право на здоровье подразумевает, что государство обязано защищать своих граждан от излишних рисков для здоровья путем принятия превентивных мер, создания эффективных механизмов, обеспечения должного соотношения индивидуальных и коллективных прав, а также защиты от бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

138. **Европейская социальная хартия**. В число прав, гарантируемых Хартией всем физическим лицам, входят права на доступность эффективных служб здравоохранения, профилактику, устранение вредных и опасных производственных факторов и безопасное материнство (45).

139. **Европейский комитет по социальным правам**. Этот орган определяет, соответствует ли национальное законодательство государств - членов Совета Европы и осуществляемая ими практическая деятельность принятым ими обязательствам в рамках Европейской социальной

хартии. Каждое государство - участник данной Хартии должно ежегодно представлять отчет о правовых и практических аспектах реализации Хартии.

### **Система Европейского союза (ЕС)**

140. **Амстердамский договор.** В статье 152 этого договора говорится, что “высокий уровень защиты здоровья людей должен быть гарантирован при разработке и осуществлении всех направлений политики и деятельности Сообщества” (46).

141. **Хартия Европейского союза об основных правах.** Хотя данная Хартия не обладает юридической силой, она представляет собой важное заявление государств - членов ЕС, объединяя в одном документе все гражданские, политические и социальные права, которыми пользуются граждане ЕС (47). В главе 4, касающейся принципа солидарности, содержится описание права на социальное обеспечение и помощь; права на защиту в случае рождения ребенка, болезни, производственной травмы или достижения преклонного возраста; права на профилактическую помощь; и права на лечебную помощь.

142. **Суд Европейских сообществ.** Этот орган может рассматривать дела, связанные с различными аспектами здравоохранения, и принимаемые им решения содержат ссылки на международные или европейские правовые акты, принятые государствами - членами ЕС. Решения Суда основываются на принципах, закрепленных в ЕКПЧ. К другим важным соглашениям, на которые ссылается данный Суд, относятся конвенции Международной организации труда (МОТ), Европейская социальная хартия и Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП).

### ***В. Эффективность и сфера охвата международных правовых актов***

143. Основным недостатком международных правовых актов считается отсутствие в них механизмов применения санкций в случае нарушения этих актов. В рамках системы контроля за выполнением договоров Организации Объединенных Наций существует система составления докладов по странам, открывающая широкие возможности для освещения и обсуждения вопросов, относящихся к основным правам человека. Отчеты стран, представляемые Организации Объединенных Наций, могут послужить хорошим стимулом к проведению таких обсуждений. Однако, в конечном итоге, органы контроля не могут оказать воздействие на страну, которая не предпринимает активных действий или воздерживается от осуществления необходимых преобразований, а также не могут обязать какую-либо страну придать представляемые ими отчеты широкой гласности. Что касается решений Суда Европейских сообществ, то они (хотя и медленно) оказывают значительный долговременный эффект, так как в большинстве случаев они в конце концов включаются в национальные законодательства.

144. Кроме этого в ряде технических областей, таких, например, как борьба против табака и охрана окружающей среды, имеются другие международные правовые инструменты, которые могут быть использованы аналогичным образом.

### ***Вторая категория – Постановка международных целей: Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ)***

145. В 2000 г. представители 189 стран приняли Декларацию тысячелетия Организации Объединенных Наций. В ней декларируется, что некоторые принципы и ценности имеют основополагающее значение для международных отношений в 21-м столетии, и определяются восемь целей в области развития, которые каждая страна должна попытаться достичь к 2015 г. Цели 4, 5 и 6, относящиеся, соответственно, к детской смертности, материнскому здоровью и ВИЧ и другим болезням, имеют самое непосредственное отношение к здравоохранению. После принятия Декларации Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Международный валютный фонд (МВФ) и Организация экономического сотрудничества и

развития (ОЭСР) помогли разработать 18 конкретных задач и 48 количественных показателей для оценки прогресса по достижению восьми поставленных целей.

146. Контроль за ходом работ по достижению ЦРТ осуществляется с помощью отчетов стран, в которых анализируются изменения соответствующих показателей. Эти показатели предназначены для оценки степени улучшения или ухудшения состояния здоровья населения в соответствии с каждой из поставленных целей, что позволяет им служить механизмом, способствующим повышению уровня справедливости и солидарности, и обеспечивает возможность сравнения прогресса различных государств и регионов в достижении их целей. В то же время с технической точки зрения эти показатели остаются несовершенными, и лицам, определяющим политику, необходимо принимать во внимание их два основных недостатка, а именно:

- качество информации варьируется от страны к стране; и
- показатели отражают лишь средние значения для каждой страны, не представляя информации в отношении малоимущих или других групп населения, которых эти задачи касаются в наибольшей степени.

147. В Европейском регионе широко признается, что показатели ЦРТ позволяют получать лишь приблизительные данные, за которыми могут скрываться определенные различия. В этой связи следует также отметить, что собираемые данные по странам часто являются неадекватными, особенно когда речь идет о целях, относящихся к бедности, детской смертности и здоровью матерей.

#### **Связь с ценностями политики “Здоровье для всех”**

148. Акцент, ставящийся в ЦРТ, на вопросах справедливости, повышаемой прежде всего за счет уменьшения нищеты на глобальном и региональном уровнях, совпадает с видением политики “Здоровье для всех”. Усилия ЕС, недавно предпринятые для уменьшения бедности посредством облегчения бремени задолженности, новых финансовых механизмов и усиления помощи в целях развития, служат хорошим примером того, как международное сообщество предпринимает интенсивные усилия для достижения ЦРТ.

149. Другие ЦРТ также имеют непосредственное отношение к национальным усилиям по достижению здоровья для всех. Они включают цель 7 “Обеспечение экологической устойчивости”, поскольку водоснабжение, качество воды и санитарно-гигиенические условия продолжают оставаться проблемой для некоторых стран и групп населения, и цель 8 “Формирование глобального партнерства в целях развития”, поскольку содержащийся в ней призыв проводить работу в области развития целостностным и устойчивым образом соответствует призыву политики “Здоровье для всех” обеспечить в области здравоохранения широкое партнерское сотрудничество, выходящее за пределы отрасли здравоохранения.

150. Глубокое изучение взаимосвязей между здоровьем и развитием требует дальнейшего рассмотрения взаимосвязей между принципом справедливости и развития, и ВОЗ планирует подвергнуть анализу характер взаимозависимости между этими понятиями в своем Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2006 г.

*Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие*

В январе 2000 г. ВОЗ создала Комиссию по макроэкономике и здоровью с целью включения вопросов здравоохранения в программы экономического развития во всем мире. Впоследствии Европейское региональное бюро ВОЗ открыло в Венеции Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие, с тем чтобы улучшить знания о детерминантах здоровья в Европейском регионе, а затем приступить к работе по их улучшению. Офис в Венеции проводит анализ конкретной ситуации в каждой из стран Региона с низким уровнем доходов населения и разрабатывает меры в области здравоохранения с учетом конкретных обстоятельств. В рамках одного из научных проектов Офиса – адаптации отчета Комиссии по макроэкономике и здоровью для Европейского региона – проводится анализ значимости ЦРТ для стран Европейского региона. В рамках другого проекта изучаются вопросы оказания официальной помощи в целях развития (ОПР), предназначенной для развития систем здравоохранения в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Результаты этого проекта наглядно свидетельствуют о том, что уровень ОПР, предназначенный для совершенствования систем здравоохранения, которую получает эта часть Региона, далеко не соответствует реальным потребностям.

**Третья категория – Обеспечение участия общественности**

151. Практика учета взглядов и ожиданий широкой общественности при выработке политики в области здравоохранения получила распространение относительно недавно. Ее достоинства хорошо отражены в Амстердамской декларации о защите прав пациентов в Европе и в Люблянской хартии по реформированию здравоохранения. В соответствии с этими документами участие населения и расширение его прав и возможностей являются наилучшими подходами к разработке системы здравоохранения, отражающей потребности, ценности и предпочтения населения, поощряя его при этом к принятию здорового образа жизни. Комитет министров Совета Европы также рекомендовал правительствам стран обеспечить возможности для того, чтобы граждане этих стран играли ведущую роль при принятии решений, касающихся их собственного здоровья, считая, что определение целей политики в области здравоохранения относится к числу основополагающих прав граждан.

152. Каждое государство - член Европейского региона должно самостоятельно разрабатывать соответствующие стратегии в целях расширения участия населения. Подойдя постепенно к признанию необходимости в обеспечении такого участия, несколько стран Западной Европы провели экспериментальное изучение различных путей решения этой задачи, преимущественно с помощью открытых публичных дискуссий. Важным условием успеха этих усилий является распространение соответствующих знаний во всех слоях общества, что представляется невозможным без активного привлечения неправительственных организаций и тесного сотрудничества со средствами массовой информации (СМИ).

153. Для расширения участия общественности лица, определяющие политику, могут сделать следующее:

- выявить представителей различных общественных групп и побуждать их к тому, чтобы в процессе консультирования они не придавали излишне большого внимания конкурентным, частным, профессиональным или корпоративным интересам;
- обеспечить пропорциональное и справедливое участие в консультационном процессе наиболее уязвимых и наименее обеспеченных групп населения;
- обеспечить объективность и прозрачность информации и форм ее представления;
- обеспечить ясное понимание с самого начала процесса той степени, в которой мнение общественности может реально повлиять на выработку государственной политики;
- обеспечить обратную связь с населением в отношении результатов консультаций и характера их использования.

### *Консенсусные конференции*

Этот метод был разработан в 1970-е годы в США и Канаде, преимущественно в качестве профессионального средства для выработки медицинских рекомендаций. Соединенное Королевство и Франция получили опыт проведения таких конференций в 1990-е годы, а в Дании они использовались в качестве основного подхода к разработке политики. Консенсусная конференция предусматривает участие группы людей, представляющих какую-либо группу населения с определенным состоянием здоровья или все общество в целом. Участники получают предварительную информацию об обсуждаемых вопросах, после чего они принимают участие в работе специального совещания, на котором они выслушивают мнения экспертов по вопросам, вызывающим разногласия. Затем данная группа высказывает свои замечания, задает вопросы экспертам и, действуя в качестве жюри, вырабатывает свои рекомендации. Эти рекомендации обычно широко освещаются средствами массовой информации и стимулируют обсуждение данных вопросов в обществе, после чего лица, ответственные за принятие решений, рассматривают возможность их учета при принятии решений нормативного характера. Этот метод доказал свою эффективность в обеспечении широкого участия общественности в процессе выработки стратегий с учетом основных ценностей политики “Здоровье для всех”.

### *Национальные форумы по вопросам здравоохранения*

Национальный форум по вопросам здравоохранения – это обмен мнениями по вопросу, характер решения которого будет зависеть, прежде всего, от мнения общественности. Период подготовки к такому форуму может длиться несколько месяцев и принимать различные формы (семинары, пленарные заседания, частные рабочие группы). Общественные форумы обычно широко освещаются в прессе, что способствует дальнейшему обсуждению этих вопросов. Они обеспечивают возможность обобщения личного опыта, профессиональных и иногда корпоративных мнений, а также различного рода данных (технических, финансовых и научных). Во Франции в рамках процесса “Etats Généraux de la Santé” обеспечивается широкое участие населения, регулярно проводятся национальные и региональные конференции, благодаря чему в 2004 г. был принят закон, в котором определена роль пациентов и организаций, представляющих их в рамках системы здравоохранения. В Соединенном Королевстве Министерство здравоохранения в 2004 г. начало процесс широких национальных консультаций. Белая книга “Выбери здоровье” содержит широкий круг вопросов, касающихся возможных путей борьбы против предотвратимых факторов риска, таких как ожирение, курение и инфекции, передаваемые половым путем. Этот документ послужил основой для общенациональных консультаций, в рамках которых в стране были проведены сотни мероприятий, организуемые национальными и местными органами власти, а также организациями общественного здравоохранения. Участие в обсуждениях приняли участие как отдельные граждане, так и представители средств массовой информации, промышленности, некоммерческих организаций, а также национальных и местных органов власти.

## **6.2 Как использовать новейшие данные при разработке стратегий здравоохранения?**

154. Этическое управление в здравоохранении подразумевает непрерывный сбор и мониторинг данных о здоровье населения, факторах риска и детерминантах здоровья, благодаря чему органы здравоохранения могут принимать решения на основе самых последних фактических данных и знаний. Хотя сбор данных вряд ли можно назвать новым инструментом для разработки и осуществления стратегий, специалисты постоянно совершенствуют его, благодаря чему повышается его полезность. Одним из способов такого совершенствования стал сбор дезагрегированных данных, что позволяет лицам, определяющим политику, оценивать распределение пользы стратегий для различных групп населения. Иными словами, это позволяет провести оценку справедливости.

#### **Четвертая категория – Сбор и аналитическая обработка медико-санитарной информации**

155. Тщательный мониторинг состояния здоровья населения – это необходимое условие для того, чтобы стратегия здравоохранения имела практическую ценность (т.е. была эффективной и выполнимой на основе имеющихся ресурсов) и основывалась на этических принципах (т.е. была основана на ценностях и ориентирована на удовлетворение потребностей). В свою очередь, для выполнения этой задачи необходимы постоянные мониторинг и интерпретация широкого круга показателей здоровья.

156. При разработке постоянной системы показателей здоровья лица, определяющие политику, должны убедиться в соблюдении этических норм, включая право человека на неприкосновенность частной жизни и выбор образа жизни. Применительно к сбору и мониторингу данных это означает, что информация, касающаяся отдельных лиц, должна быть анонимной и что должны быть приняты жесткие меры для обеспечения ее конфиденциальности.

#### *Информационные ресурсы, подготовленные Европейским региональным бюро ВОЗ*

Европейская база данных “Здоровье для всех” содержит информацию почти о 600 показателях здоровья для каждого из 52 государств - членов Региона. Она доступна на веб-сайте: <http://www.euro.who.int/hfadb>.

Различные технические базы данных (например, по потреблению табака и инфекционным болезням), позволяющие проводить сравнения на международном уровне, также доступны на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int>.

Периодически публикуемый Доклад о состоянии здравоохранения в Европе содержит обобщенные данные о состоянии здоровья населения всех стран Региона и основных показателях здоровья в каждом из государств-членов и определяет направления деятельности. Целью доклада является предоставление лицам, принимающим решения, текущей информации для непосредственного использования. Некоторые страны подготавливают собственные национальные доклады о состоянии здравоохранения с аналогичной целью.

#### *Информационные ресурсы, разработанные другими организациями*

Медико-санитарная информация ОЭСР является крупнейшим статистическим источником для сопоставления данных о состоянии здоровья среди государств - членов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Эта уникальная интерактивная база данных является фундаментальным прикладным инструментом для ученых, специалистов и советников, занимающихся вопросами здравоохранения, в государственных структурах, в частном секторе и в научно-исследовательских учреждениях. В ней собраны данные по более чем 1200 показателям, а также результаты углубленных исследований, проводимых методом опроса.

В докладе “Key data on health” обобщается информация, полученная из широкого круга научных источников, включая данные о состоянии здоровья и здравоохранения, заболеваемости, экологических и дорожно-транспортных рисках, факторах образа жизни, а также о самой системе здравоохранения. Этот доклад, подготавливаемый Евростатом (Статистическое бюро европейских сообществ), предназначен для лиц, определяющих политику здравоохранения в ЕС, медицинских специалистов, экономистов и научных работников в области здравоохранения, а также средств массовой информации и широкой общественности.

Другие органы ЕС, занимающиеся информационным обеспечением здравоохранения, включают программу общественного здравоохранения ЕС, которая активно разрабатывает показатели здоровья в рамках своей деятельности по медико-санитарной информации, а также подгруппу по показателям Комитета социальной защиты, которая также работает с показателями здоровья, для того чтобы обеспечить лучшую информационную основу для инициатив, относящихся к службам здравоохранения.

*Протокол по проблемам воды и здоровья*

Данный Протокол к Конвенции по охране и защите трансграничных водотоков и международных озер 1992 г. – мощный механизм для сбора медико-санитарных данных. Принятый в 1999 г. на Третьей министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья Протокол также является первым крупным международным правовым инструментом, относящимся к профилактике, борьбе и уменьшению в Европе болезней, связанных с водой. Он войдет в силу в августе 2005 г. и станет юридически обязательным для ратифицировавших его стран. На совещании сторон, подписавших Протокол, сбор качественных данных был признан в качестве важнейшего элемента успешного эпидемиологического надзора и создания эффективных механизмов отчетности.

**Пятая категория – Разработка и обеспечение функционирования систем мониторинга кризисов здравоохранения**

157. Системы мониторинга кризисов здравоохранения – это важнейшее средство предупреждения развития катастрофических чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, когда это возможно, или оптимального и оперативного реагирования на них. В то время как системы предупреждения в здравоохранении главным образом ориентированы на инфекционные заболевания, в системах мониторинга кризисов здравоохранения все большее внимание начинает уделяться мониторингу основных экологических факторов риска. Такие системы стали неотъемлемой частью усилий по борьбе с катастрофами в мире, характеризуем все большей глобализацией, и, следовательно, все более легким и быстрым распространением болезней.

158. Системы мониторинга кризисов здравоохранения приносят практическую пользу, поскольку они позволяют:

- выявлять важнейшие опасности и чрезвычайные ситуации в области здравоохранения;
- обеспечивать сбор и критический анализ существующих знаний о факторах риска;
- проводить оценку и анализ чрезвычайных ситуаций;
- оповещать органы власти о потенциальных угрозах, представляющих большую опасность;
- подготовить основу как для специфических, так и общих рекомендаций;
- поддерживать усилия медработников, осуществляющих надзор за кризисной ситуацией.

159. Для максимальной эффективности такие системы должны создаваться на основе сети национальных, региональных и глобальных партнеров. Для того чтобы гарантировать оперативное реагирование на вспышки заболеваний на уровне местных сообществ, обычно необходимо располагать централизованной группой, тесно связанной с местными эпидемиологическими службами. Эта группа должна также взаимодействовать с сетью научно-исследовательских эпидемиологических лабораторий и хорошо организованной транспортной системой.

160. Эффективность системы мониторинга кризисов здравоохранения зависит от ее гибкости, ее способности выявлять непредвиденные риски, степени координации межотраслевой и межсекторальной деятельности, финансовой поддержки, ее независимости от политических органов власти и их программ, а также от ее коммуникационных возможностей.

**Связь с ценностями политики “Здоровье для всех”**

161. Во многих чрезвычайных ситуациях лишь коллективные действия могут обеспечить проведение жизненно важных мер защиты наиболее уязвимых и малообеспеченных слоев населения (и, таким образом, всего общества в целом). При возникновении эпидемий эффективная защита здоровья населения обеспечивается преимущественно путем принятия общенациональных мер в возможно кратчайшие сроки и, при необходимости, авторитарного характера. При

осуществлении таких мер необходимо соблюдать принципы справедливости и солидарности. При проведении любых международных программ в случае чрезвычайных ситуаций в здравоохранении также следует уважительно относиться к ценностям политики “Здоровье для всех”.

#### *Усилия ВОЗ*

Международные медико-санитарные правила были пересмотрены и приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2005 г. Обновление этих Правил представляет собой крупный шаг в деле защиты здоровья населения мира от болезней, независимо от их источника или происхождения.

Глобальная сеть оповещения о вспышках заболеваний и реагирования на них (GOARN) объединяет экспертов, медицинские учреждения и органы здравоохранения. В число многочисленных элементов этой электронной сети входят, в частности, следующие:

- глобальная информационная сеть по вопросам общественного здравоохранения – всемирная база данных, обеспечивающая возможность полномасштабного поиска; для выявления вспышки эпидемии в эту базу данных можно вводить ключевые слова на семи языках; и
- сеть лабораторий ВОЗ – в настоящее время она объединяет 110 лабораторий в 84 странах.

GOARN позволяет ВОЗ оперативно реагировать на кризисы, незамедлительно распространяя предупреждения об опасностях для здоровья, рассылая информационные бюллетени, предоставляя рекомендации отдельным лицам, разрабатывая стратегии преодоления кризиса и оказывая поддержку правительствам стран. Ее возможности были продемонстрированы в ходе кризиса, связанного со вспышкой ТОРС (тяжелый острый респираторный синдром).

#### ***Шестая категория – Мониторинг детерминантов здоровья***

162. В соответствии с толкованием Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам право на здоровье является всеобъемлющим правом, которое относится как к составляющим здоровья, так и к медицинской помощи. Соответственно, правительства стран должны стремиться к обеспечению защиты не только прав отдельных людей на получение своевременной и надлежащей медицинской помощи, но также их прав на безопасную питьевую воду, адекватные санитарно-гигиенические условия, адекватное снабжение безопасными пищевыми продуктами и питание, безопасное и адекватное жилье, здоровые условия труда и окружающей среды, а также на образование и получение информации по вопросам здравоохранения, в том числе о сексуальном и репродуктивном здоровье.

163. Разработка и осуществление инициатив здравоохранения наиболее эффективны, когда они основаны на четком понимании основных детерминантов здоровья. В свою очередь, мониторинг этих детерминантов требует скоординированного подхода как в рамках, так и вне отрасли здравоохранения. Важно, чтобы неравенства, относящиеся к детерминантам здоровья, отслеживались и представлялись с использованием как относительных, так и абсолютных показателей. Этот подход необходим в связи с тем, что меры, направленные на снижение заболеваемости и спасение жизней, могут быть успешными только в том случае, когда должным образом учитываются социальные детерминанты здоровья. Благодаря проведению национальных и международных проектов и исследований был собран большой объем знаний о детерминантах здоровья, однако эти знания все еще достаточно фрагментарны. Для более полного их использования они должны быть усовершенствованы и широко распространены.

164. Именно в связи с вышеуказанным докладом ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире в 2002 и 2003 гг. были посвящены бременю болезней (48, 49). Доклад 2002 г. посвящен 10 факторам риска – недостаточное питание, небезопасный секс, высокое артериальное давление, употребление табака, употребление алкоголя, нездоровая среда обитания, недостаточность железа,

использование твердых видов топлива и загрязнение воздуха внутри помещений, высокое содержание холестерина в крови, ожирение, а также тому бремени болезней, которое связано с каждым из этих факторов. Взятые вместе, эти 10 факторов риска (включающие как особенности образа жизни, так и детерминанты здоровья) являются причиной свыше одной трети всех смертей в мире.

165. В докладе за 2002 г. также приводятся расчетные данные о том, сколько случаев заболеваний, потери трудоспособности и смерти можно было бы избежать в ближайшие 20 лет в случае немедленного принятия надлежащих мер борьбы с этими факторами риска. Полученные данные показывают, что значительные успехи в увеличении ожидаемой продолжительности здоровой жизни могут быть достигнуты как в наиболее бедных, так и в самых богатых странах в течение ближайшего десятилетия с помощью относительно недорогих мер. Взяв на вооружение рекомендуемые ВОЗ методы оценки рисков, правительства стран тем самым могут повысить эффективность своих действий по снижению национального бремени болезней и улучшению состояния здоровья населения.

### **Связь с принципами этического управления**

166. Одним из наиболее эффективных способов решения проблемы увеличивающихся различий в состоянии здоровья различных групп населения является улучшение социальных составляющих здоровья, и прежде всего такой проблемы, как бедность. Действия в этом направлении имеют более широкую цель улучшения условий жизни и работы людей, что имеет решающее значение для улучшения здоровья населения и уменьшения неравенства в отношении здоровья. Поскольку основные детерминанты здоровья сами по себе носят социальный характер, по крайней мере частично, для их улучшения следует использовать также социальные подходы. Поэтому работа в этом направлении должна быть возглавлена ответственными общественными органами, занимающимися вопросами социальной политики и социальных действий.

167. Стратегии, ориентированные на улучшение основных детерминантов здоровья, не только оказывают положительное воздействие на состояние здоровья населения, но и способствуют устойчивому развитию и сокращению случаев нарушения принципов справедливости. Однако для улучшения составляющих здоровья стратегии здравоохранения часто должны воздействовать не только на индивидуальное, но и на коллективное поведение людей. Государственные органы, разрабатывающие стратегии здравоохранения в этой области, должны учитывать этические последствия принимаемых решений и с уважением относиться к личным правам и свободам, особенно когда речь идет о детерминантах, зависящих от индивидуального поведения. Выбор наилучших путей улучшения таких детерминантов может быть связан со значительными трудностями. Иногда лучшие результаты в плане изменения нездорового поведения могут быть достигнуты не введением правовых запретов, а средствами воспитания и просвещения. В некоторых случаях, однако, эффективными могут быть и запреты. Например, во Франции стратегия запретов и санкций позволила добиться резкого снижения числа случаев дорожно-транспортного травматизма в 2002–2004 гг., хотя долгосрочная устойчивость такой политики еще не доказана.

#### *Комиссия по социальным детерминантам и здоровью*

Созданная в 2005 г. вышеуказанная Комиссия – это последняя глобальная инициатива, предпринятая ВОЗ для реагирования на проблему социальных детерминантов здоровья. Одно из звеньев Европейского регионального бюро, расположенное в Венеции, – Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие занимается обобщением концепций, научных данных, технологий и стратегических подходов, необходимых для улучшения социальных и экономических детерминантов здоровья населения. В координации с новой Комиссией Венецианский офис в тесном сотрудничестве с европейскими странами прилагает усилия по расширению деятельности в этой сфере.

### 6.3 Как могут быть оценены результаты воплощения стратегических ценностей?

#### **Седьмая категория – Оценка деятельности системы здравоохранения**

168. Изначально ВОЗ приступила к оценке и анализу деятельности систем здравоохранения, чтобы лучше понять значительные различия в плане улучшения здоровья в разных частях мира. Имеется множество данных о том, что в сопоставимых странах с одинаковым объемом инвестиций в здоровье иногда наблюдаются существенно различающиеся результаты в плане улучшения здоровья населения и что, с другой стороны, аналогичные результаты достигались иногда при разном уровне инвестиций. В связи с вышеуказанным возникает вопрос об эффективности систем здравоохранения, т.е. их способности не только получить от вкладываемых средств наилучшие результаты в плане улучшения здоровья, но также и обеспечить максимальную степень учета потребностей и справедливости финансирования.

169. В “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.” представлены аналитические методы, позволяющие выявить недостатки систем здравоохранения и помогающие объяснить различия в эффективности их деятельности (50). С помощью этих средств можно оценить эффективность деятельности по достижению таких целей системы здравоохранения, как улучшение здоровья населения, оперативность реагирования на потребности и справедливость. В докладе приводятся результаты двух наблюдений, которые имеют особо важное значение для систем здравоохранения, стремящихся к достижению здоровья для всех.

- **Проблема бедности.** Последствия неудовлетворительного функционирования систем здравоохранения обратно пропорциональны уровню доходов и значительно более выражены в странах с низким уровнем доходов населения. Если система здравоохранения в странах с низким уровнем доходов не функционирует должным образом, разрыв между богатыми и бедными с точки зрения уважения человеческого достоинства пациентов и их возможностей в плане выбора поставщиков медицинских услуг также значительно больше. Иными словами, такие системы не обеспечивают в полной степени уважительного отношения к праву на здоровье своих беднейших пользователей.
- **Справедливая система оплаты медицинской помощи.** Затраты на здравоохранение должны распределяться справедливо, а это означает, что лица, определяющие политику, должны обеспечить, чтобы процент доходов, направляемых на защиту собственного здоровья, у наименее обеспеченных групп населения не был выше, чем у богатых людей.

170. Результаты анализа деятельности систем здравоохранения позволили сделать некоторые интересные сравнения и послужили толчком к обсуждению ряда важных вопросов (51). Проведение таких обсуждений и изучение причин неравенств дает положительные результаты для правительства любой страны и свидетельствует о его приверженности соблюдению основных этических норм. Однако до настоящего времени анализ такого рода связан с определенными ограничениями ввиду несовершенства как используемых показателей, так и собранной информации. Для дальнейшей деятельности по оценке систем здравоохранения необходим более совершенный инструментарий. Тем не менее, оценка деятельности системы здравоохранения – это важный шаг к воплощению ценностей политики “Здоровье для всех”.

*Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

В 1999 г. ВОЗ оказала поддержку учреждению вышеуказанной Обсерватории, чтобы помочь европейским странам переходного периода изучить деятельность своих систем здравоохранения в сопоставлении как друг с другом, так и со странами Западной Европы. За прошедший период Обсерватория провела множество исследований, включая серию национальных обзоров, помогающих лицам, ответственным за вопросы здравоохранения, оценивать свои системы здравоохранения, используя единые подходы и методологию. Эти обзоры позволяют собрать большой объем сравнительных данных, которые имеют очень важное значение для систем здравоохранения при проведении различных внутренних и совместных аналитических исследований.

**Восьмая категория – Оценка качества: аккредитация**

171. Аккредитация служб здравоохранения – это механизм, который может использоваться на различных уровнях. На национальном уровне она служит универсальным средством для обеспечения безопасности и высокого качества медицинской помощи и стимулирования ее непрерывного совершенствования. Аккредитация отдельных служб здравоохранения проводится путем оценки их практики и методов работы. Такая оценка осуществляется внешними специалистами, которые дают рекомендации о том, как данное учреждение или служба может укрепить слабые организационные, материально-технические и операционные звенья и поднять их до установленных нормативов, разработанных другими специалистами здравоохранения автономно или в сотрудничестве со специализированным независимым учреждением.

172. Потенциальные достоинства аккредитации включают следующее:

- Качество и безопасность медицинской помощи оцениваются с учетом ожиданий пациентов.
- Основное внимание в процессе аккредитации уделяется постоянному совершенствованию методов лечения и диагностики.
- Внешние эксперты дают работникам здравоохранения конкретные рекомендации о том, как улучшить свою деятельность до желаемого уровня. Ввиду того что аккредитация проводится с участием коллег по профессии, работники, подвергающиеся оценке, с большей готовностью принимают и реализуют предлагаемые изменения.
- Поскольку оценка проводится внешними экспертами, как аккредитуемые работники здравоохранения, так и пациенты знают, что суждения оценщиков – объективны и обоснованны.
- Отчеты об аккредитации доступны для широкой общественности, что повышает уровень доверия со стороны пациентов.

173. Важно помнить о том, что аккредитация – это только одно из ряда средств улучшения и обеспечения качества. Другие такие средства включают клинические рекомендации, рекомендации по вопросам качества и аудиты (инспекторские проверки).

**Связь с ценностями политики “Здоровье для всех”**

174. Аккредитация дает правительству страны возможность разрабатывать и содействовать соблюдению стандартов качества, отвечающих общим интересам. Она может также объединять и стимулировать работников здравоохранения и предоставлять гражданам информацию, помогающую им сравнивать различные виды предоставляемых медицинских услуг и выбирать наиболее оптимальные из них. Короче говоря, аккредитация – хотя она и требует вложения определенных людских и финансовых ресурсов – может способствовать повышению доступности медицинской помощи, более широкому участию и большей прозрачности.

### *Опыт стран Европейского региона*

Что касается служб здравоохранения Канады и Соединенных Штатов Америки, то системы аккредитации в них функционируют в течение уже длительного времени. В период с 1980 г. большинство европейских стран так или иначе экспериментировали с этим подходом, однако лишь в немногих из них созданы постоянные системы аккредитации. Первая попытка по созданию такой системы, хотя она и не была доведена до конца, была предпринята в Соединенном Королевстве. Британская модель была позднее апробирована в Финляндии, Португалии и Швеции, где были созданы системы добровольной аккредитации. Некоторые частные учреждения в Венгрии, Испании, Польше, Португалии, Чешской Республике и Швейцарии побуждали правительства своих стран внедрить систему аккредитации, однако в них были выбраны другие методы повышения качества медицинской помощи. В Германии существует процедура добровольной сертификации больниц, которая используется для оценки всех видов врачебной и сестринской помощи, а также административных процедур. Она основывается на использовании передового международного опыта сертификации в системах здравоохранения и проводится аккредитованными децентрализованными организациями.

В настоящее время лишь некоторые европейские страны проводят аккредитацию учреждений и программ здравоохранения. В Бельгии существует национальная система аккредитации лабораторий. Во Франции создано агентство по аккредитации, и в настоящее время все государственные и частные медицинские учреждения (3000) должны подвергнуться оценке качества и безопасности их деятельности, которая проводится специально обученными внешними экспертами. В Соединенном Королевстве отдельные схемы аккредитации для ряда приоритетных программ, например, в области онкологических заболеваний, сердечно-сосудистых болезней и психического здоровья, в настоящее время начинают внедряться в Шотландии. Хотя другие страны Европейского региона приняли обязательства по повышению качества работы систем здравоохранения в сфере клинической практики и организационной структуры, они пока что не используют для этой цели механизмы аккредитации.

## **6.4 Как можно обеспечить дальнейшее совершенствование стратегий и действий в области здравоохранения?**

### ***Девятая категория – Использование фактических данных для формирования политики здравоохранения***

175. В наше время, характеризуемое стремительным ростом знаний, стратегии здравоохранения все в большей степени основываются на научных критериях и фактических данных. Однако для того чтобы лица, ответственные за принятие решений, могли обеспечить максимальную эффективность программ здравоохранения, они должны иметь доступ к существующим данным и к самой лучшей информации. Нынешние исследования, посвященные тому, как разрабатывать политику здравоохранения на основе фактических данных, направлены прежде всего на совершенствование данного подхода и на улучшение его применимости. Хорошие фактические данные включают не только научные результаты, но и другие виды знаний, которые могут быть полезными для лиц, принимающих решения. К счастью, в настоящее время имеется несколько хороших источников идей и информации, предназначенных прежде всего для органов здравоохранения (см. текст в рамках).

### **Связь с принципами этического управления**

176. Разработка политики на основе фактических данных, безусловно, будет способствовать улучшению здоровья населения. Это – замечательная идея, которую, к сожалению, гораздо легче провозгласить, чем реализовать на практике. Хотя научные данные могут послужить хорошей основой для принятия решений, относящихся к политике здравоохранения, методы, основанные на фактических данных, не всегда легко применять на практике. Нередко фактические данные о воздействии определенного фактора не могут при необходимости быть легко продемонстрированы в связи со сложным характером различных сопутствующих факторов. Когда

же речь идет о новых факторах риска для здоровья, проведение надежных прогностических исследований требует длительного времени и значительных затрат. Другие часто встречающиеся проблемы включают либо ситуации, когда фактические данные убедительны, но они не оказывают никакого внимания на принимаемые решения, либо ситуации, когда решения должны приниматься, несмотря на отсутствие необходимых данных. Обеспечение быстрого использования фактических данных для целей политики позволит поднять на качественно новый уровень процесс разработки и реализации политики не только в отрасли здравоохранения, но и в других отраслях.

#### *Кохрановское сотрудничество*

Эта международная организация проводит систематические обзоры текущей медицинской литературы по вопросам эффективности различных медицинских вмешательств. Эти обзоры, доступные для членов на веб-сайте: <http://www.cochrane.org>, используются работниками здравоохранения, лицами, определяющими политику, и пользователями служб здравоохранения. Краткое содержание этих обзоров предлагается на веб-сайте всем желающим бесплатно. В рамках данной организации разработаны специальные протоколы для сведения к минимуму потенциального риска предвзятости со стороны лиц, подготавливающих такие обзоры, включая проведение экспертной оценки независимыми экспертами. Организация также проводит детальные методологические исследования по обобщению научных знаний в области медицины и охраны здоровья.

#### *Европейское региональное бюро ВОЗ*

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – это онлайн-информационная служба (<http://www.euro.who.int/hen>), созданная Региональным бюро и предназначенная главным образом для руководителей здравоохранения в государственном секторе, но полезная также и для других пользователей. Международный редакционный совет обсуждает предлагаемые вопросы, отбирая темы, которые в наибольшей степени отражают интересы лиц, формирующих политику. Затем эксперт в данной области, используя различные документы, обзоры и исследования, обобщает ответы на каждый выбранный вопрос и дает описание самых последних фактических данных, научных и этических аспектов, относящихся к рассматриваемому вопросу, и т.д. Все сводные доклады СФДЗ подвергаются экспертному анализу и периодически обновляются. В Региональном бюро можно также получить руководство по способам работы, основанным на фактических данных, и по методологии описания примеров из практики.

#### *Международная сеть агентств по оценке технологий здравоохранения (ИНАНТА)*

Эта сеть позволяет агентствам по оценке технологий здравоохранения и научным обществам обмениваться методиками и данными друг с другом. Объединяя 40 агентств из 20 стран, сеть ИНАНТА также позволяет ее членам действовать с учетом общих интересов. Поскольку оценка медицинских технологий представляет собой многопрофильную деятельность в области стратегического анализа, она также служит форумом для лиц, определяющих политику. На веб-сайте этой сети (<http://www.inahta.org>) даются соответствующие ссылки на базы данных, информационные бюллетени и отчеты, а обширная база данных содержит результаты как проводимых, так и опубликованных исследований, их краткие обзоры и полезные ссылки.

### **Десятая категория – Проведение оценки воздействия на здоровье**

177. Оценка воздействия на здоровье (ОВЗ) представляет собой набор методов и средств, предназначенных для включения вопросов здравоохранения во все аспекты государственной политики. С помощью ОВЗ можно судить о возможном воздействии на здоровье любой стратегии, программы или плана. Все решения, принимаемые в таких областях, как промышленность, транспорт, окружающая среда, жилищное хозяйство, сельское хозяйство и энергетика, оказывают самое разнообразное воздействие на здоровье – как прямо, так и косвенно. Целью ОВЗ является заблаговременное прогнозирование этих последствий в целях принятия обоснованных решений, и

поэтому эта сеть может послужить очень ценным механизмом, обеспечивающим учет вопросов здравоохранения в деятельности других секторов.

178. ОВЗ зарекомендовала себя в качестве эффективного средства повышения значимости вопросов здравоохранения в политической повестке дня. Так уж сложилось, что при разработке стратегий других секторов вопросам их воздействия на здоровье населения не придается большого значения. Однако когда в результате реализации этих стратегий здоровье населения ухудшается, связанные с этим затраты ложатся на отрасль здравоохранения. На основе вышеуказанного можно сделать вывод, что вовлечение представителей здравоохранения в обсуждение стратегий и планов других отраслей и ведомств может способствовать предупреждению таких последствий. Для получения эффективных результатов оценка воздействия на здоровье должна проводиться с участием всех заинтересованных сторон, включая соответствующие группы населения, и все участники должны быть готовы к критическому рассмотрению ценностей программ, которые оказывают отрицательное воздействие на здоровье населения. Для обеспечения максимальной эффективности в ОВЗ следует использовать самые лучшие фактические данные о здоровье и его составляющих.

179. Одной из проблем, относящихся к использованию ОВЗ, является возможный конфликт интересов с другими отраслями, занимающимися вопросами финансирования, развития, жилья и трудовой занятости. Положение еще более осложняется тем фактом, что отрицательное воздействие многих проектов на здоровье населения проявляется лишь со временем. Тем не менее, в некоторых странах Европейского региона было установлено, что ОВЗ может реально повышать заинтересованность и участие населения, представителей научного сообщества и местных органов власти.

180. ОВЗ продолжает находиться на стадии развития, и специалисты в этой области работают над совершенствованием процедур и созданием единого набора эталонных стандартов и протоколов.

#### *Опыт стран Европейского региона*

ЕС был первым, кто указал на необходимость обеспечения высокой степени защиты здоровья населения при разработке и реализации всех стратегий, программ и мероприятий ЕС. Это требование сформулировано в двух основополагающих документах ЕС – Договоре о Европейском союзе (Маастрихтском договоре) и Амстердамском договоре. Генеральный директорат ЕС по здравоохранению и защите потребителей обязан проводить оценку всех стратегий и программ ЕС с точки зрения их воздействия на здоровье населения. Следует отметить, что правовая основа, предусматривающая учет интересов здравоохранения при разработке стратегий других отраслей, была создана даже раньше, а именно в 1985 г., когда была принята директива, согласно которой оценка экологического воздействия стала обязательной для всех государств - членов ЕС.

Положения, относящиеся к оценке воздействия на здоровье, были также приняты правительствами целого ряда европейских стран. В Ирландии, Нидерландах, Швеции и Соединенном Королевстве были созданы национальные системы оценки воздействия на здоровье действий и программ, осуществляемых в рамках государственной политики. Хотя оценки воздействия на здоровье пока что и не проводятся широкомасштабно в рамках Европейского региона, многие страны начали осуществлять национальные, региональные или местные проекты ОВЗ, в рамках которых за последние годы был достигнут значительный прогресс. В ряде европейских стран на экспериментальной основе учреждены системы проведения ОВЗ, а также апробируются различные средства и подходы для работы в этом направлении, включая методические рекомендации, руководства, списки показателей, учебные курсы и семинары. В настоящее время имеется не только хорошо разработанная основная методология проведения ОВЗ, но и хорошие информационные источники по этому вопросу, такие, например, как Health Impact Assessment Gateway (<http://www.hiagateway.org.uk>) и веб-сайт ВОЗ по ОВЗ (<http://www.who.int/hia>).

*Европейский комитет по окружающей среде и охране здоровья*

В состав этого Комитета, созданного в 1995 г., входят представители министерств здравоохранения, министерств охраны окружающей среды, а также межправительственных и неправительственных организаций из Европейского региона. Он действует в качестве дискуссионного форума и руководящего комитета для конференций с участием министров здравоохранения и министров окружающей среды, проводимых каждые пять лет (следующая такая конференция состоится в 2009 г.). Основная задача этого Комитета заключается в обеспечении реализации Европейского плана действий по гигиене окружающей среды, принятого в 1994 г. на второй министерской конференции.

## **7. На пути к достижению здоровья для всех: перечень контрольных вопросов для лиц, определяющих политику**

181. В соответствии с концепцией “Здоровье для всех” обновление политики в этой области имеет столь же важное значение, как и ее реализация и оценка. Для охраны здоровья населения любой страны важное значение имеет регулярная ”проверка” национальной политики здравоохранения, т.е. периодического рассмотрения ее содержания и хода реализации, особенно применительно к выполнению принципов политики “Здоровье для всех”. Такая проверка не только облегчит процесс внедрения новых подходов в систему здравоохранения, но и обеспечит все заинтересованные стороны последней информацией о том, как эта система функционирует. Само собой разумеется, что такой всесторонний обзор легче проводить, когда в стране активно разрабатываются и выполняются национальные задачи в области здравоохранения.

182. Многие национальные эксперты заявили, что они хотели бы улучшить свои знания относительно оценки своих национальных стратегий здравоохранения применительно к соблюдению основных положений европейской политики достижения здоровья для всех. Данная глава содержит примерный перечень контрольных открытых вопросов, которые могут оказаться полезными при проведении систематического обзора политики. Хотя этот перечень и не является исчерпывающим, он содержит примеры тех вопросов, которые могут поставить лица, определяющие национальную политику. Так же, как и в случае с инструментарием в предыдущей главе, приведенные ниже контрольные вопросы будут стимулировать творческую инициативу и разносторонние подходы, обеспечивая в то же время ответственных работников методологией, облегчающей проведение сравнений между странами.

### **7.1 Поддерживает ли национальная политика основные ценности движения “Здоровье для всех”?**

183. При подготовке данного варианта основ акцент был поставлен на трех основных ценностях политики здравоохранения, способствующих достижению здоровья для всех. Для оценки степени политической поддержки таких ценностей, как справедливость и солидарность, целесообразно попытаться ответить на следующие вопросы.

- Обеспечена ли доступность всех служб здравоохранения для каждого человека? Особенно важно задать этот вопрос, когда речь идет о первичном уровне здравоохранения и различных географических зонах.
- Каким именно образом национальная политика обеспечивает, чтобы службы здравоохранения охватывали всех жителей?
- Каким образом осуществляется контроль за обеспечением равного доступа к службам здравоохранения, а также какие механизмы предусматриваются политикой для исправления ситуации при выявлении проблем в этой области?

- Кто относится к числу основных пользователей существующих служб здравоохранения? (Если большая их доля – это граждане с высоким уровнем доходов, в стране имеются проблемы с обеспечением равного доступа, которые нуждаются в неотложном решении.)
- Имеются ли механизмы, компенсирующие неравенство и поддерживающие наиболее уязвимые группы населения? (В частности, для этого можно обеспечить целевое информирование этих групп, а также побуждать их более активно пользоваться существующими службами.)
- Имеется ли национальная стратегия по улучшению детерминантов здоровья? Какие механизмы предусмотрены в этой стратегии для обеспечения того, чтобы воздействие этих детерминантов на здоровье различных групп населения распределялось равномерно и справедливо?
- Что делается для обеспечения того, чтобы межотраслевое сотрудничество не ставило под угрозу уважительное отношение к вопросам справедливости в политике здравоохранения?

184. Консультирование с общественностью и другими заинтересованными сторонами – это не только прекрасный источник новых идей, но и хороший способ повышения чувства сопричастности и коллективной ответственности за новые инициативы в рамках общества. Благодаря такому консультированию отрасль здравоохранения также получает более широкую общественную поддержку для воздействия на другие отрасли, например, занимающиеся вопросами финансирования, образования, окружающей среды и правосудия. Таким образом, при проведении оценки степени участия общественности следует задавать вопросы, относящиеся прежде всего к разработке стратегий и программ, например, следующие:

- Насколько чувствительна система здравоохранения к общественному мнению? Имеют ли все члены общества равные возможности для выражения своего мнения?
- Какие механизмы созданы для стимулирования участия общественности? Какие меры предпринимаются для стимулирования участия членов неблагополучных и уязвимых групп населения?
- Обеспечиваются ли достаточные возможности для общественных обсуждений и дискуссий в период, когда разрабатываются новые важные стратегии и программы здравоохранения? С какими заинтересованными сторонами проводятся консультации, а с какими они не проводятся? Организуются ли такие консультации заблаговременно и с широкой оглаской?

## **7.2 Основана ли рассматриваемая политика на широком видении вопросов здравоохранения?**

185. Второй важнейший аспект анализа политики здравоохранения заключается в выяснении того, придается ли каждому ее элементу значимость, соответствующая его вкладу в здоровье. Для оценки того, насколько хорошо сбалансированы все элементы политики, необходимо задать ряд других вопросов, например, следующих:

- Какие программы и инициативы по формированию здорового образа жизни уже имеются? Имеются ли национальные планы действий в отношении табака, алкоголя, наркомании, питания и физической активности?
- Какие критерии имеются для оценки того, действительно ли службы здравоохранения улучшают здоровье населения? Каким образом можно повысить эффективность этих критериев?
- Какие экологические программы и инициативы уже имеются? Имеется ли национальный план действий по гигиене окружающей среды?
- Какие программы и инициативы проводятся для уменьшения того воздействия, которое бедность оказывает на здоровье? Существует ли национальный план действий по снижению бедности?

- Из четырех видов программ здравоохранения (оказание медицинской помощи, профилактика, формирование здорового образа жизни, улучшение детерминантов здоровья) какие именно имеют наибольший потенциал в плане улучшения здоровья населения, а какие наименьший? Соответствуют ли нынешние бюджетные ассигнования относительной значимости этих разных видов программ? (Подробные сведения о том, что включает каждый вышеуказанный компонент, приведены в разделе 3.2.1.)

186. Региональное бюро располагает широким кругом технических документов различного характера, которые могут помочь оценить, насколько хорошо сбалансированы в национальной политике обязательства по улучшению всех основных составляющих здоровья.

### **7.3 В какой степени национальная система здравоохранения привержена политике “Здоровье для всех”?**

187. В конечном итоге, самое важное заключается в том, воплощаются ли ценности политики “Здоровье для всех” на практике. Чтобы выяснить это, нужно проанализировать целый ряд различных аспектов системы здравоохранения (С описанием роли системы здравоохранения в достижении здоровья для всех можно ознакомиться в разделе 3.3.) В этом случае так же, как и применительно к первой группе приведенных выше вопросов (раздел 7.1), ключевое значение придается доступности.

188. Повышение качества – это еще один хороший показатель того, что система здравоохранения ориентирована на ценности политики “Здоровье для всех”. При рассмотрении этого аспекта полезно ответить на следующие вопросы:

- Какие механизмы предусматриваются в системе для обеспечения того, что стандарты качества соблюдаются службами здравоохранения как с клинической, так и с организационной точек зрения?
- Какую подготовку получают работники здравоохранения по вопросам повышения качества?

189. При рассмотрении других важных аспектов деятельности системы здравоохранения можно задать следующие вопросы:

- Как определяются приоритеты политики здравоохранения? Какие механизмы помогают обеспечить, чтобы эти приоритеты нашли должное отражение в бюджетных ассигнованиях?
- Справедливо ли распределяются людские ресурсы как между медицинскими учреждениями, так и между географическими зонами?
- Учитывается ли при выработке политики здравоохранения опыт медицинских работников, а также специалистов из других отраслей?

190. Системы здравоохранения должны быть построены таким образом, чтобы свести к минимуму неравенство, связанное с различными социальными факторами. Способы организации, финансирования и управления системой здравоохранения сами по себе оказывают существенное влияние на здоровье населения и на имеющие место проявления несправедливости в отношении здоровья. Для оценки того, насколько хорошо в системе здравоохранения учитываются социальные факторы, целесообразно задать следующие вопросы:

- Спроектирована ли национальная система здравоохранения таким образом, чтобы минимизировать различия в доступности медицинской помощи? Позволяет ли она предотвратить неравенство в социальных последствиях нездоровья (например, инвалидность и обнищание)?
- Предпринимает ли система здравоохранения усилия по улучшению более широких составляющих здоровья, таких, например, как бедность и образование, через механизмы межотраслевого планирования и бюджетирования?

- Каким образом система здравоохранения компенсирует различия, относящиеся к тому, что некоторые болезни по-разному воздействуют на членов групп с различным социальным статусом или степенью уязвимости?
- Обеспечивает ли система здравоохранения для членов уязвимых групп или групп с более низким социальным статусом равные возможности в плане доступности к медицинской помощи, например, определяя приоритетные направления здравоохранительной работы или создавая механизмы позитивной дискриминации?

191. Интересным подходом к оценке национальной системы здравоохранения с точки зрения этического и основанного на ценностях управления является определение характера взаимосвязи между тремя основными целями систем здравоохранения – улучшение здоровья, справедливость и реагирование на потребности, с одной стороны, и ценностями политики “Здоровье для всех” – с другой. В этой связи целесообразно ответить на следующие вопросы.

- Согласуются ли успехи в улучшении здоровья населения с принципами справедливости и солидарности?
- Были ли учтены принципы справедливости при определении стоимости медицинской помощи для отдельных лиц? (Пропорциональна ли она платежеспособности людей?)
- Обеспечивает ли система должный учет всех потребностей и тех или иных видов уязвимости всех групп населения без какой-либо дискриминации?

192. Целесообразно также провести анализ финансового участия пациентов, особенно когда речь идет о финансировании системы здравоохранения. Для этой цели полезно ответить на следующие вопросы.

- Обеспечивается ли финансирование системы здравоохранения с помощью механизмов, основанных на принципе справедливого распределения затрат?
- Обеспечивается ли формирование пула собранных средств, с тем чтобы доступность медицинской помощи была гарантирована для всего населения?
- Когда ресурсы распределяются между поставщиками медицинских услуг, то основываются ли их решения о выборе альтернатив (что покупать, сколько и для кого) на принципах справедливости и солидарности?

#### **7.4 Какое влияние на принятие и осуществление политики достижения здоровья для всех оказывают другие факторы?**

193. При оценке политики здравоохранения полезным может быть также анализ факторов, способных повлиять на принятие и реализацию политики “Здоровье для всех”, которые могут быть сгруппированы в следующие три категории: факторы, относящиеся к содержанию, факторы, относящиеся к процессу, и факторы, относящиеся к контексту. Глубокий анализ этих факторов следует провести перед любой крупной реформой здравоохранения, связанной с политикой “Здоровье для всех”, так как это повысит вероятность ее успешной реализации, а также послужит важным дополнением к анализу на основе приведенных выше вопросов. Поскольку процессы принятия и осуществления политики в каждой стране во многом индивидуальны, акцент в данном разделе ставится на факторах, относящихся к содержанию политики и конкретному контексту.

##### **7.4.1 Анализ содержания политики достижения здоровья для всех**

194. Реализация любой политики “Здоровье для всех”, в силу самой ее природы, всегда связана с определенными сложностями или даже трудностями. Несмотря на ряд факторов, способствующих реализации обычных стратегий здравоохранения, большинство из них не применимы к политике “Здоровье для всех”. Таблица 2 поможет лицам, определяющим политику, лучше понять, почему реализация такой политики может быть связана со значительными трудностями.

Таблица 2. Факторы, относящиеся к содержанию, и их влияние на реализацию политики здравоохранения

Характеристики обычной политики здравоохранения, способствующие ее реализации	Соответствующие характеристики политики “Здоровье для всех”
<p><b>Простые технические характеристики</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы внедрены и широко используются</li> <li>• Новые ресурсы не требуются</li> </ul>	<p><b>Очень сложные технические характеристики</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто не имеется соответствующего опыта</li> <li>• Необходима специальная подготовка</li> <li>• Необходимо создать новые информационные системы</li> </ul>
<p><b>Небольшие изменения по сравнению с существующим положением дел</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимые последовательные изменения не нуждаются в одобрении или такое одобрение легко получить</li> </ul>	<p><b>Серьезные изменения по сравнению с существующим положением дел</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Крупные преобразования часто сталкиваются с сильным противодействием со стороны некоторых заинтересованных сторон</li> </ul>
<p><b>Реализация силами одной стороны</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет необходимости разрешать разногласия или находить компромиссы</li> </ul>	<p><b>Реализация силами многих сторон</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обычно участвуют множество отраслей и секторов</li> <li>• Смешанное участие частного и государственного секторов</li> <li>• Работа часто должна проводиться на разных уровнях (от местного до международного)</li> </ul>
<p><b>Цели политики четко обозначены</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие одной основной цели устраняет путаницу</li> </ul>	<p><b>Цели политики четко обозначены</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Однако они могут противоречить другим целям общества или системы здравоохранения</li> </ul>
<p><b>Быстрая реализация</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрый процесс развития ограничивает возможности противодействия и искажения политики</li> </ul>	<p><b>Медленный процесс реализации</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимость в тщательной разработке и внедрении совершенно новой системы</li> </ul>

#### 7.4.2 Анализ контекста: возможности государств-членов в отношении понимания, принятия и реализации политики достижения здоровья для всех

195. Политическая ситуация в странах Европейского региона ВОЗ различается настолько сильно, что анализ контекстуальных факторов, влияющих на реализацию политики “Здоровье для всех”, следует проводить по отдельным странам. Для этой цели с учетом национальных условий может быть полезно рассмотреть следующие вопросы.

- Какое участие руководители здравоохранения страны принимают в международном обмене знаниями, технологиями и опытом по вопросам здравоохранения? Такое участие имеет огромное значение для управления политикой здравоохранения, а также способствует созданию международных сетей. Члены этих сетей, ключевую роль в которых играют неправительственные и международные организации, вырабатывают общее понимание различных подходов и проблем, относящихся к политике.
- Каким является национальный научный потенциал в области политики и систем здравоохранения? Наличие такого потенциала нельзя считать само собой разумеющимся. Например, хотя потребности в научно обоснованных стратегиях здравоохранения возрастают, многие страны не способны удовлетворить их. В целях поддержки разработки и реализации политики достижения здоровья для всех многим странам необходимо расширить свои возможности по проведению научных исследований в этой области.
- Способствует ли существующая инфраструктура здравоохранения и оказания медицинской помощи реализации политики достижения здоровья для всех или препятствует этому? Так, например, имеются ли в стране должным образом подготовленные кадры здравоохранения? В табл. 2 показаны некоторые из требований к инфраструктуре, которые могут быть связаны

с реализацией политики “Здоровье для всех”. И в этом случае нельзя считать само собой разумеющимся, что все государства - члены Региона имеют необходимую инфраструктуру.

- Будет ли нынешняя культура в государственной отрасли здравоохранения способствовать или препятствовать реализации политики “Здоровье для всех”? Некоторые страны имеют большой опыт разработки и реализации политики здравоохранения и решения вопросов, относящихся к справедливости, пропаганде и формированию здорового образа жизни и многоотраслевой деятельности. При этом такой опыт может быть накоплен не только отраслью здравоохранения, но и многими другими государственными структурами, включая политическую и административную. В других странах, где процессы разработки и реализации политики здравоохранения в основном ограничивались рамками системы медико-санитарной помощи, многоотраслевой подход, необходимый для реализации политики “Здоровье для всех”, может рассматриваться как нечто громоздкое и странное.
- Развита ли в отрасли здравоохранения управленческий потенциал в такой степени, что она может без особых трудностей обеспечить осуществление национальной политики достижения здоровья для всех. Часто отмечается, что способность системы здравоохранения послужить хорошим примером и повести за собой другие общественные системы – это одно из средств, способствующих эффективной разработке и реализации политики. При проведении обзора политики “Здоровье для всех” почти каждое государство-член представило примеры руководящей роли отрасли здравоохранения или ее отсутствия (см. Главу 4 “Политика “Здоровье для всех” в странах Европейского региона ВОЗ”).

## Выводы

196. Благодаря подготовке нового варианта европейской политики достижения здоровья для всех сделан еще один важный шаг вперед. После принятия обновленной политики работа в этом направлении будет продолжена. В сегодняшнем мире какая-либо одна общая авторитарная стратегия уже не способна обеспечить удовлетворение быстро изменяющихся потребностей каждого государства-члена. Именно поэтому Европейское региональное бюро инициировало бессрочный процесс “Здоровье для всех”, который будет постоянно обогащаться за счет опыта, знаний и позиций стран, а также благодаря идеям и работе Регионального бюро. Благодаря процессу консультирования с государствами-членами уже получен ряд очень интересных предложений, которые будут рассмотрены в рамках этого бессрочного процесса. Ниже приводятся несколько из таких предложений:

- подвергнуть более глубокому анализу финансовые аспекты реализации стратегии “Здоровье для всех” в государствах-членах;
- провести детальный анализ взаимосвязей между этическим управлением, основанным на общих ценностях, и функционированием системы здравоохранения;
- изучить воздействие тех составляющих здоровья, которые зависят не от состояния здравоохранения, а от других отраслей;
- организовать систематический мониторинг применения и применимости модели “Здоровье для всех” в отдельных странах;
- разработать специальный инструментарий для проведения сравнительного анализа стратегий достижения здоровья для всех;
- изучить взаимосвязи между политикой “Здоровье для всех” и основополагающими стратегиями других ключевых международных сторон, занимающихся вопросами общественного здравоохранения;
- разработать контрольные показатели постепенного осуществления политики “Здоровье для всех”;
- создать широкую коммуникационную платформу “Здоровье для всех” на международном, национальном и субнациональном уровнях.

## Библиография

1. Резолюция EUR/RC48/R5 “Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в 21-ом столетии”. Источник: *Отчет о сорок восьмой сессии*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (EUR/RC48/REC/1; <http://www.euro.who.int/document/Rc48/rreport1.pdf>, по состоянию на 6 июня 2005 г.).
2. *ЗДОРОВЬЕ-21 – Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (Европейская серия № 6 “Здоровье для всех”; <http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199herusin.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
3. Обновление основ региональной политики достижения здоровья для всех. Источник: *Отчет о третьем совещании Постоянного комитета Регионального комитета десятого созыва*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (EUR/RC52/SC(3)/REP; <http://www.euro.who.int/document/scrc52/rscrcrrep3.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
4. *Обновление основ региональной политики по достижению здоровья для всех*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (EUR/RC53/8; <http://www.euro.who.int/document/rc53/rdoc08.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
5. Резолюция EUR/RC53/R3 “Обновление основ региональной политики по достижению здоровья для всех (ЗДВ)”. Источник: *Отчет о пятидесят третьей сессии*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (EUR/RC53/REC/1; <http://www.euro.who.int/document/rc53/rreport.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
6. *Дальнейшее рассмотрение вопросов, обсуждавшихся на предыдущих сессиях Регионального комитета*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (EUR/RC54/12; <http://www.euro.who.int/document/rc54/rdoc12.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
7. *ЗДОРОВЬЕ-21 – Здоровье для всех в 21-ом столетии, введение*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (Европейская серия “Здоровье для всех” № 5; <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-R.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
8. *Стратегия работы Европейского регионального бюро ВОЗ на уровне стран – “Адаптация услуг к новым потребностям”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (EUR/RC50/10; <http://www.euro.who.int/Document/RC50/rdoc10.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
9. *United Nations Millennium Development Goals*. New York, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals/>, accessed 7 June 2005).
10. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Источник: *Основные документы*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (<http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
11. Резолюция WHA30.43 Техническое сотрудничество. Источник: *Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета, Том II, 1973–1984 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1985 г. (<http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
12. *Первичная медико-санитарная помощь: отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), по состоянию на 7 июня 2005 г.).
13. Резолюция WHA34.36 “Глобальная стратегия по достижению здоровья для всех к 2000 г.”. Источник: *Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета, Том II, 1973–1984 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1985 г. (<http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).

14. Резолюция WHA35.23 “План действий по выполнению Глобальной стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 г.” Источник: *Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета, Volume II, 1973–1984 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1985 г. (<http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
15. Резолюция WHA48.16 “Действия ВОЗ в ответ на глобальные изменения: обновление стратегии достижения здоровья для всех”. Источник: *Сорок восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, 1–12 мая 1995 г. Резолюции и решения, приложения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г. (WHA48/1995/REC/1; <http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
16. Резолюция WHA50.28 “Реформы в ВОЗ: увязка обновленной стратегии достижения здоровья для всех с Десятой общей программой работы, составлением программных бюджетов и оценкой”. Источник: *Пятидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, 5–14 мая 1997 г. Резолюции и решения, приложения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г. (WHA50/1997/REC/1; <http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
17. Резолюция WHA51.7 “Политика достижения здоровья для всех на двадцать первое столетие”. Источник: *Пятьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Женева, 11–16 мая 1998 г. Резолюции и решения, приложения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г. (WHA51/1998/REC/1; <http://www.who.int/governance/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
18. Резолюция EUR/RC30/R8 “Региональная стратегия достижения здоровья для всех к 2000 г.”. Источник: *Сборник резолюций и решений Европейского регионального комитета, Том I, 12-е издание.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1989 г.
19. Резолюция EUR/RC34/R5 “Осуществление региональной стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 г. – задачи Европейского региона”. Источник: *Сборник резолюций и решений Европейского регионального комитета, Том I, 12-е издание.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1989 г. ([http://www.who.dk/governance/resolutions/20011026\\_5](http://www.who.dk/governance/resolutions/20011026_5), по состоянию на 7 июня 2005 г.).
20. Резолюция EUR/RC41/R5 “Стратегия достижения здоровья для всех к 2000 г.: обновление региональных задач по достижению здоровья для всех”. Источник: *Сборник резолюций и решений Европейского регионального комитета, Том II, 1-е издание.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. ([http://www.who.dk/governance/resolutions/20011017\\_3](http://www.who.dk/governance/resolutions/20011017_3), по состоянию на 7 июня 2005 г.).
21. *The right to the highest attainable standard of health: substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.* Geneva, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000 (E/C.12/2000/4; <http://cesr.org/generalcomment14>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
22. *Health and Consumer Protection Directorate-General: what we do: public health.* Luxembourg, European Commission ([http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health\\_consumer/publichealth.htm](http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/publichealth.htm), по состоянию на 7 июня 2005 г.).
23. *Health for all by the year 2000: the Finnish national strategy.* Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 1987.
24. *Health for All by the year 2000: revised strategy for co-operation.* Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 1993.
25. *Government resolution on the 2015 public health programme.* Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2001.
26. Department of Health. *The health of the nation: a strategy for health in England.* London, Stationery Office, 1992.

27. Secretary of State for Health. *Saving lives: our healthier nation*. London, Stationery Office, 1999.
28. Weber I et al. *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1990.
29. Weber I, Meye MR, Flatten G. *Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: Zwischenbericht*. Cologne, Eigenverlag, 1987.
30. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. *Gesundheitsziele.de: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003.
31. *Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg*. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1992.
32. *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg: Zwischenbilanz 1994*. Hamburg, Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1995.
33. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. *Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW*. Bielefeld, LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995.
34. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France: Rapport général*. Paris, la Documentation française, 1994.
35. *Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health*. Oslo, Ministry of Social Affairs, 2002 (Report No. 16 (2002–2003) to the Storting (short version); <http://www.dep.no/archive/hdvedlegg/01/07/folke013.pdf>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
36. Danis M, Clancy C, Churchill LR, eds. *Ethical dimensions of health policy*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
37. McKee M. Values and beliefs in Europe. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. London, BMJ Publishing Group, 2002.
38. *The human rights, ethical and moral dimensions of health care: 120 case studies*. Strasbourg, Council of Europe, 1998.
39. Nygren-Krug H. *25 Questions & Answers on Health and Human Rights*. Geneva, World Health Organization, 2002 (Health and Human Rights Publication Series Issue No. 1; [http://www.who.int/hhr/activities/en/25\\_questions\\_hhr.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/en/25_questions_hhr.pdf), по состоянию на 7 июня 2005 г.).
40. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 1993, 12(4):431–457.
41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429–445.
42. *General Assembly Resolution A 217 (III). Universal Declaration of Human Rights*. New York, United Nations, 1948 (<http://www.un.org/documents/ga/res/3/ares3.htm>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
43. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goals of 3 by 5. *Lancet*, published online 19 May 2005 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360566518X/fulltext>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
44. *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms: as amended by Protocol No. 11*. Strasbourg, Council of Europe, 1998 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/005.htm>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
45. *European Social Charter (revised)*. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>, по сосоянию на 16 июня 2005 г.)

46. Consolidated Version of the Treaty Establishing the European Community. *Official Journal of the European Communities*, C325/35, 24 December 2002 (<http://europa.eu.int/abc/obj/amst/en>, по состоянию на 7 июня 2005 г.).
47. Charter of Fundamental Rights of the European Union. *Official Journal of the European Communities*, 2000/C 364/01, 18 December 2000 ([http://europa.eu.int/comm/justice\\_home/unit/charte/index\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/charte/index_en.html), по состоянию на 7 июня 2005 г.).
48. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействий здоровому образу жизни*. Женева, Всемирная ассамблея здравоохранения, 2002 г. ([http://www.who.int/whr/2002/en/Overview\\_Russ.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_Russ.pdf), по состоянию на 16 июня 2005 г.).
49. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г. – Формирование будущего*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (<http://www.who.int/whr/2003/en/Overview-ru.pdf>, по состоянию на 16 июня 2005 г.).
50. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. – Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. ([http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf), по состоянию на 16 июня 2005 г.).
51. Murray CJL, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization, 2003.

## **Приложение 1**

### **Европейский региональный комитет – Ключевые стратегические документы, относящиеся к развитию процесса “Здоровье для всех”**

#### 2004 г.

К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями (EUR/RC54/8, 2004)

Партнерства в области здравоохранения: сотрудничество в рамках системы Организации Объединенных Наций и с другими межправительственными и неправительственными организациями (EUR/RC54/Inf.Doc./3, 2004)

#### 2003 г.

Психическое здоровье в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC53/7, 2003 г.)

Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC53/11, 2003 г.)

#### 2002

Партнерства в области здравоохранения (EUR/RC52/7, 2002 г.)

Бедность и здоровье – фактические данные и деятельность в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC52/8, 2002 г.)

Туберкулез, ВИЧ/СПИД и малярия (EUR/RC52/9, 2002 г.)

Роль частного сектора и приватизации в европейских системах здравоохранения (EUR/RC52/10, 2002 г.)

Европейская стратегия борьбы против табака (EUR/RC52/11, 2002 г.)

Бедность и здоровье – фактические данные и деятельность в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC52/BD/1, 2002 г.)

#### 2001 г.

Партнерство в интересах здоровья (EUR/RC51/6, 2001 г.)

Бедность и здоровье – фактические данные и действия в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC51/8, 2001 г.)

#### 2000 г.

Пищевые продукты и питание: их воздействие на общественное здоровье (EUR/RC50/8, 2000 г.)

Окончательная ликвидация полиомиелита в Европейском регионе и план действий по ее сертификации в 2000–2003 гг. (EUR/RC50/9, 2000 г.)

Стратегия работы Европейского регионального бюро ВОЗ на уровне стран – “Адаптация услуг к новым потребностям” (EUR/RC50/10, 2000 г.)