

---

Резюме

---

Доклад о состоянии  
здравоохранения в Европе

2012

---

Курс на благополучие



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Резюме

---

Доклад о состоянии  
здравоохранения в Европе

2012

---

Курс на благополучие

## АННОТАЦИЯ

В предлагаемом документе содержится обзор подготавливаемого к изданию *Доклада о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: курс на благополучие* – самой важной публикации Европейского регионального бюро ВОЗ, которая издается раз в три года. Более подробно содержание доклада излагается в четырех разделах, в которых рассматриваются состояние здоровья населения в Европе, целевые ориентиры для Европейского региона, касающиеся здоровья и благополучия, аргументы, обосновывающие необходимость оценивать уровень благополучия, и пути решения проблем, связанных с количественной оценкой.

ISBN 978 92 890 4429 5

### Ключевые слова

Delivery of health care  
Epidemiology and statistics  
Health policy  
Health status indicators  
Public health - trends  
Mortality - statistics  
Regional health planning

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

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City  
Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

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

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

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или

продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

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

---

Резюме

---

Доклад о состоянии  
здравоохранения в Европе

2012

---

Курс на благополучие



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

---

## Сокращенные обозначения стран, используемые в некоторых иллюстрациях

AND	Андорра	SRB	Сербия
ARM	Армения	SVK	Словакия
AUT	Австрия	SVN	Словения
AZE	Азербайджан	SWE	Швеция
BEL	Бельгия	SWI	Швейцария
BLR	Беларусь	TUR	Турция
BUL	Болгария	UKR	Украина
CRO	Хорватия	UNK	Соединенное Королевство
CYP	Кипр		
CZH	Чешская Республика		
DEN	Дания		
DEU	Германия		
EST	Эстония		
FIN	Финляндия		
FRA	Франция		
GEO	Грузия		
GRE	Греция		
HUN	Венгрия		
ICE	Исландия		
IRE	Ирландия		
ISR	Израиль		
ITA	Италия		
KAZ	Казахстан		
KGZ	Кыргызстан		
LTU	Литва		
LUX	Люксембург		
LVA	Латвия		
MAT	Мальта		
MDA	Республика Молдова		
MNE	Черногория		
NET	Нидерланды		
NOR	Норвегия		
POL	Польша		
POR	Португалия		
ROM	Румыния		
RUS	Российская Федерация		
SMR	Сан-Марино		
SPA	Испания		

# Содержание

Обзор .....	vii
-------------	-----

<b>01</b>	<b>Ситуация сегодня: здоровье населения в Европе – аргументы в пользу политики Здоровье–2020 .....</b>	<b>1</b>
	Демографические тенденции .....	2
	Продолжительность жизни .....	2
	Смертность .....	4
	Причины смерти .....	5
	Преждевременная смертность .....	7
	Бремя болезней .....	9
	Факторы риска .....	10
	Социальные детерминанты здоровья, в том числе системы здравоохранения, и неравенства в отношении здоровья .....	11

<b>02</b>	<b>Наши устремления: европейские целевые ориентиры для здоровья и благополучия .....</b>	<b>15</b>
	Предшествующий опыт установления и мониторинга целевых ориентиров .....	16
	Технические проблемы, возникающие при выборе целевых ориентиров и индикаторов для их оценки .....	18
	Консультации с представителями европейских государств-членов .....	19
	Всеобъемлющие целевые ориентиры .....	21

## 03

Пути достижения поставленных целей и наши ценности: почему необходимо измерять уровень благополучия .....	22
Прямая связь с основами политики Здоровье-2020 .....	23
На чем строить работу .....	25
Трудности и актуальные задачи .....	25

## 04

Обратный отсчет времени до 2020 г.: мониторинг прогресса .....	29
---	----

---

## Обзор

Мандат Европейского регионального бюро ВОЗ включает осуществление контроля за состоянием здоровья почти 900 миллионов человек, живущих в Европейском регионе ВОЗ, и предоставление информации об этом, поэтому данный доклад является самой важной публикацией Регионального бюро, которая издается раз в три года. В этом докладе преследуются три цели. Во-первых, выбор времени публикации дает прекрасную возможность предоставить лицам, формирующим политику, и специалистам общественного здравоохранения базу эпидемиологических данных, на основании которых были определены стратегические цели, целевые ориентиры и приоритеты основ новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020. В докладе также содержится анализ социальных, экономических и экологических детерминант здоровья и выносятся в повестку дня вопрос о благополучии как об одном из показателей социального прогресса в Европейском регионе. Наконец, в нем обозначены ключевые проблемы, которые будут затруднять оценку состояния здоровья населения в ближайшее десятилетие, и изложена программа сотрудничества по сбору, анализу и использованию данных о состоянии здоровья в масштабах всего Региона.

В докладе четыре раздела. Первый раздел представляет собой введение в доклад: в нем описаны нынешнее состояние и тенденции здоровья населения в Европе во всех 53 странах и выделены отдельные страны и группы стран. Охваченные в этом разделе темы включают демографические тенденции, продолжительность жизни, смертность, причины смерти, бремя болезней, факторы риска, детерминанты здоровья и социальные неравенства, в том числе детерминанты, связанные с системами здравоохранения. Основные выводы, вытекающие из этого анализа, заключаются в том, что люди на территории Европы живут дольше, но при этом меняется структура бремени болезней и растут социальные неравенства в отношении здоровья и его детерминант. Продолжительность жизни возросла до более 76 лет в целом у мужчин и женщин, главным образом в результате снижения распространенности некоторых причин смерти и улучшений в распространенности факторов риска и в социально-экономических и жизненных условиях. Однако эти улучшения и способствующие им условия распределяются внутри стран и между странами неравномерно: по-прежнему сохраняются, а во многих случаях и увеличиваются существенные различия.



Во втором разделе представлены данные, взятые в качестве исходных для постановки всеобъемлющих целевых ориентиров, выбранных для отслеживания прогресса в основах новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020. В частности, в нем описываются интенсивный процесс консультаций с представителями государств-членов и работа нескольких групп экспертов, в результате которых были определены шесть всеобъемлющих целевых ориентиров, которые должны быть достигнуты к 2020 г. Целевые ориентиры установлены на региональном уровне и определяются количественно, для них выбраны индикаторы для мониторинга и оценки, которые позволяют отмечать прогресс в достижении целей, намеченных на 2020 г. Применение целевых ориентиров базируется на опыте предыдущих европейских программ и стратегий, таких как основы политики «Здоровье для всех» и «Здоровье-21». Опыт установления целевых ориентиров насчитывает уже почти 30 лет, и из этого опыта были извлечены ценные уроки и выводы, которые могут быть полезны и для государств-членов, когда они будут устанавливать целевые ориентиры на национальном уровне.

В третьем разделе констатируется, что центральным аспектом основ политики Здоровье-2020 является улучшение благополучия населения, прежде всего в контексте здоровья. Этот тезис может послужить платформой для выработки общей для различных секторов и заинтересованных сторон программы действий, а также для реализации общегосударственного подхода. Данный аспект вытекает из определения здоровья, данного ВОЗ: «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Однако ВОЗ не оценивала благополучия и не предоставляла информации о нем. Для того чтобы включить аспект благополучия в деятельность ВОЗ и выработать целевой ориентир для Европы и соответствующие индикаторы для его мониторинга и оценки к 2013 г., в данном разделе описываются связанные с этим вопросы и процессы, необходимые для выработки единой концепции и подхода к благополучию с позиций его количественной оценки, который позволил бы собирать действительные и сопоставимые данные и получать информацию, полезную для лиц, формирующих политику, и для оценки эффективности программ.

В четвертом, заключительном разделе доклада обозначены серьезные проблемы оценки, возникающие в тех случаях, когда необходимо оценить прогресс в достижении целей политики Здоровье-2020, и в общих чертах намечена программа действий

по преодолению этих проблем в сотрудничестве с партнерами и государствами-членами. в этой программе также отражены поддержка, оказываемая странам Европейским регионом в улучшении систем сбора, анализа и предоставления информации о здравоохранении на национальном уровне, и взаимодействие с Европейской комиссией (ЕК) и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в создании единой интегрированной системы информации здравоохранения для Европы, охватывающей все 53 государства-члена.





01

---

Ситуация сегодня:  
здоровье населения  
в Европе – аргументы  
в пользу политики  
Здоровье–2020

---

## Демографические тенденции

В Европейском регионе ВОЗ происходят важные демографические и эпидемиологические изменения, которые формируют потребности в укреплении здоровья, профилактике заболеваний и уходе в будущем. Однако такая эволюция в разных группах стран и у разных групп населения происходит с разной скоростью и интенсивностью, что создает новые вызовы и приводит к пестроте ситуации в области здравоохранения, требующей в каждом случае особых подходов. Этим подчеркиваются некоторые наиболее важные проблемы здравоохранения в Европе, рассматриваемые в политике Здоровье-2020. Информация, представленная в данном разделе, позволяет обозначить ключевые элементы, на которых строится политика Здоровье-2020, наметить программу действий и определить исходную точку для мониторинга прогресса в достижении поставленных приоритетных целей и в областях, намеченных для стратегических действий.

В 2010 г. население в 53 странах Европейского региона достигло почти 900 миллионов человек. Однако снижение уровней фертильности во всех странах Региона означает, что вскоре рост населения прекратится. Кроме того, происходит быстрое старение населения, и к 2050 г., согласно прогнозным оценкам, 25% всего населения Региона будут составлять люди старше 65 лет.

В Европейском регионе проживают примерно 73 миллиона мигрантов, на долю которых приходится почти 8% всей численности населения, причем 52% мигрантов составляют женщины. в целом, в результате этого притока населения, в основном в страны ЕС, численность мигрантов возросла по сравнению с 2005 г. на 5 миллионов человек – это составляет 70% роста общей численности населения за этот период.

Доля населения Европейского региона, живущего в городах, достигла в 2010 г. примерно 70%, и ожидается, что к 2045 г. она превысит 80%. Как следствие, люди подвергаются действию разных факторов риска и детерминант здоровья.

---

## Продолжительность жизни

С 1980 г. продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, увеличилась на 5 лет и в 2010 г. достигла 76 лет. Между странами существуют различия в показателях средней продолжительности

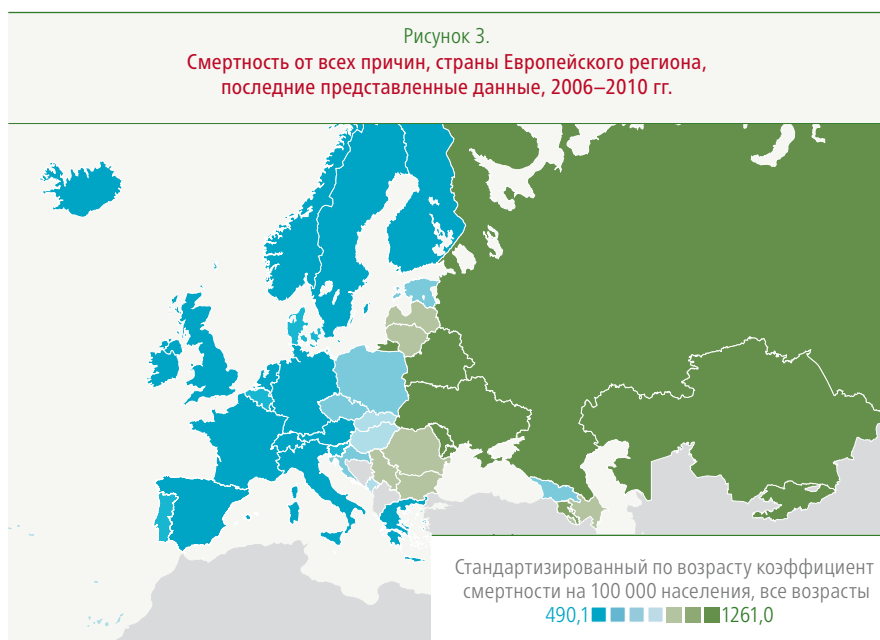


особенно после 1993 г (рис. 2). Как показывают прогнозы, к 2050 г. продолжительность жизни в Европейском регионе увеличится почти до 81 года – это такие же темпы роста, что наблюдались в период с 1980 по 2010 гг. Данные по отдельным странам также свидетельствуют о больших различиях в продолжительности жизни и достигнутом ее увеличении, особенно если проанализировать их с разбивкой по полу и по субрегионам.

Больше людей в Европейском регионе перешагнули возрастной рубеж 65 лет: согласно оценкам, это 15% населения по состоянию на 2010 г. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни после этого возраста для мужчин в среднем составляет 15,5 лет. Прогнозируется, что к 2050 г. эта возрастная группа будет составлять более 25% общей численности населения Региона.

## Смертность

Общая смертность от всех причин в Европейском регионе продолжает снижаться и в 2010 г. достигла стандартизированного по возрасту коэффициента смертности 813 на 100 000 населения. Между разными группами стран в Регионе наблюдаются широкие различия в тенденциях в отношении показателей смертности (рис. 3). Повозрастная структура смертности в Регионе характеризуется



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайновая база данных], Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, по состоянию на 23 января 2012 г.)

низким или очень низким уровнем в первые годы жизни вплоть до раннего взрослого возраста, а затем резким возрастанием – и этот быстрый рост смертности продолжается в старших возрастных группах. Показатели детской смертности в Европейском регионе самые низкие в мире и с 1990 г. неуклонно снижались. После снижения на 53% за период 1990–2010 гг. средний коэффициент регистрируемой младенческой смертности в 2010 г. составил 7,3 на 1000 живорожденных.

Коэффициент материнской смертности в Европейском регионе в 2010 г. составил 13,3 смертей на 100 000 живорожденных – это на 50% меньше, чем в 1990 г., хотя между странами наблюдаются большие различия в проценте снижения. На материнскую смертность влияет уровень образования и социально-экономический статус женщин. Это подчеркивает важность стратегий и мер вмешательства с целью воздействия на гендерные и прочие социальные детерминанты здоровья, включая такую детерминанту, как функционирование системы здравоохранения.

По мере того, как происходит старение европейского населения, тенденции в смертности помогают уже сейчас предвидеть некоторые проблемы, с которыми придется столкнуться в будущем системам здравоохранения: им нужно будет приспосабливаться к новым условиям, чтобы эти проблемы преодолеть. В целом, в Европейском регионе в смертности от всех причин среди людей старше 65 лет проявляется тенденция к снижению: в 2010 г. этот показатель был самым низким и составил 4549 смертей на 100 000, снизившись с 1980 г. на 25%.

---

## Причины смерти

Наибольшая доля смертности приходится на неинфекционные заболевания – в 2009 г. она составила около 80% всех смертей в Европейском регионе. Почти 50% всех смертей происходит по причине сердечно-сосудистых заболеваний, второй ведущей причиной смертности является рак (около 20% всех смертей) (рис. 4). На такие внешние причины, как травматизм и отравления, приходится 8% всех смертей. в структуре распределения причин по субрегионам наблюдаются изменения во времени.

Основными сердечно-сосудистыми заболеваниями являются ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, общая доля которых в Европе составляет 35% всех смертей.



Однако между странами имеются широкие различия в доле этих заболеваний среди причин смерти по возрасту, полу и распределению их детерминант. Факторы риска описываются ниже.

Как явствует из базы данных «Здоровье для всех», общие показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний в Европейском регионе составляют, соответственно, 379 и 168 случаев на 100 000 населения. За период, прошедший с середины 80-х годов прошлого века, показатель заболеваемости увеличился на 32%, а показатель смертности снизился на 10%. Снижение показателей смертности наблюдается при таких онкологических заболеваниях, в отношении которых улучшились диагностика, профилактика и медико-санитарная помощь. Среди мужчин примерно 50% смертей от онкологических заболеваний приходится на рак легкого, толстой кишки, желудка и предстательной железы, а среди женщин 60% смертей происходят по причине рака молочной железы, легкого, желудка, толстой кишки, шейки матки и яичников.

Мониторинг тенденций в смертности от главных внешних причин дает дополнительную информацию для прогнозов на будущее и позволяет правильно оценить состояние безопасности окружающей среды и влияние некоторых вредных для здоровья форм поведения среди населения. Например, хотя показатели



суицида и находятся на разных уровнях, во всех субрегионах Европы после роста в середине 90-х годов прошлого столетия они снизились на 25–40%. Однако последние тенденции указывают на замедление темпов снижения, совпадающее с экономическим спадом, начиная с 2008 г. Смертность по причине дорожно-транспортных происшествий дает нам информацию о безопасности дорожного движения, в том числе о состоянии инфраструктуры, мерах защиты и законодательном регулировании. Общие тенденции во всем Европейском регионе указывают на снижение показателей смертности на 50% по сравнению с 1990 г.: в 2010 г. они составили 10 на 100 000 населения. Это может быть связано со снижением числа дорожно-транспортных происшествий, особенно обусловленных употреблением алкоголя.

Инфекционные болезни распространены в Европейском регионе меньше, чем в других регионах мира. Главные причины беспокойности связаны с распространенностью туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, других заболеваний, передаваемых половым путем, и вирусных гепатитов. Однако недавние эпидемии полиомиелита, краснухи и кори в некоторых странах Европы также вновь подтвердили необходимость сохранять или совершенствовать систему мер общественного здравоохранения, таких как эпиднадзор за заболеваниями и профилактика болезней, включая меры по укреплению здоровья и иммунизации. После роста в 90-е годы прошлого века показатели смертности от туберкулеза в Европейском регионе снижаются и в 2010 г. достигли уровня 6 на 100 000 населения – снижение за этот период на 30%. Новые трудности на пути к снижению смертности от туберкулеза создает сочетанная инфекция ВИЧ, особенно в районах Восточной Европы, где сосуществуют обе инфекции и имеет место множественная лекарственная устойчивость (в том числе устойчивость к противомикробным препаратам). Между субрегионами существуют различия в моделях динамики тенденций в заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Во всех субрегионах отмечается снижение заболеваемости СПИДом, что указывает на важность действенного лечения.

---

## Преждевременная смертность

Более 70% случаев смерти происходят в возрастной группе старше 65 лет, когда болезненные процессы длятся уже несколько лет. Мониторинг преждевременной смертности (смерти людей в возрасте до 65 лет) дает ценную информацию для выработки

политики, программ и вмешательств в области общественного здравоохранения, направленных на то, чтобы отсрочить болезнь и наступление инвалидности. Разница между мужчинами и женщинами в этом отношении выражается в том, что у мужчин, достигших возраста 60 лет, риск смерти на 50% выше, а по достижении возраста 65 лет в два раза выше, чем у женщин. Тем не менее, быстрое старение населения требует проводить мониторинг смертности и особенно заболеваемости и инвалидности в возрастной группе старше 65 лет.

В 28 из 53 стран Европейского региона на первое место среди причин преждевременной смерти вышли онкологические заболевания, опередив сердечно-сосудистые заболевания. Это объясняется устойчивым снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и сопутствующим ростом ожидаемой продолжительности жизни, а также длительным латентным периодом в развитии онкологических заболеваний. Что касается отдельных стран, тенденции преждевременной смертности от рака легкого характеризуются наиболее высокими показателями в Центральной Европе, особенно в Венгрии, Сербии и Польше, где они составляют более 25 случаев на 100 000 населения. Такая закономерность связана с распространенностью табакокурения, которая в свою очередь обусловлена доступностью табачных изделий по стоимости, стратегиями маркетинга и либеральностью политики общественного здравоохранения. в течение последнего десятилетия в Регионе снижаются показатели преждевременной смертности от рака молочной железы, которые сегодня дошли до уровня 14 случаев на 100 000 населения – по сравнению с пиком в середине 90-х годов прошлого столетия это снижение на 21%.

С середины 90-х годов прошлого столетия в Европейском регионе устойчиво снижаются показатели преждевременной смертности от респираторных заболеваний: они снизились на 40% и в 2010 г. составили 16 случаев на 100 000 населения. Смертность от респираторных заболеваний наносит тяжелый урон в двух отдельных группах населения – среди детей и лиц пожилого возраста. Конкретно главными причинами смерти являются хроническая обструктивная болезнь легких, астма, пневмония и грипп, и все эти болезни тесно связаны с условиями и воздействиями окружающей среды снаружи и внутри помещений. Вмешательства по профилактике этих болезней общеизвестны, но для осуществления некоторых из них требуются действия на межсекторальном уровне.

В преждевременной смертности от заболеваний пищеварительной системы в Европейском регионе в период с 1990 до 2010 гг. наблюдались тенденции к росту: в 2010 г. показатель преждевременной смертности достиг 25 случаев на 100 000 населения (рост за этот период на 30%). Главными причинами смерти в этой группе населения являются хронические болезни и цирроз печени и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые преимущественно обусловлены вредным употреблением алкоголя и прошедших переработку пищевых продуктов. Хронические болезни и цирроз печени также связаны с целым спектром вирусных причин, таких как инфекции вирусами гепатита В и С, а также с токсинами и употреблением наркотиков. Однако наиболее значителен, пожалуй, вклад злоупотребления алкоголем, особенно когда алкоголь в течение длительного времени употребляется в больших количествах.

Одной из главных проблем здоровья населения в Европе является сахарный диабет в силу его прямого и косвенного влияния на организм людей, страдающих этой болезнью, – от поражения мелких кровеносных сосудов почек, периферической нервной системы и глаз до поражения сосудов конечностей, головного мозга и сердца – с различными тяжелыми последствиями. В преждевременной смертности от диабета в Европейском регионе наблюдаются тенденции к снижению: за период 1995–2010 гг. произошло снижение этого показателя на 25%, и в 2010 г. он достиг 4 случаев на 100 000 населения. Определение диабета как причины смерти представляет некоторые трудности, поэтому данный показатель может быть занижен.

---

## Время болезней

По состоянию на 2004 г. (последний год, по которому к середине 2012 г. имелись данные) распределение суммарного бремени болезней в Европейском регионе (включающего смертность, заболеваемость и инвалидность) характеризуется диапазоном числа потерянных лет жизни с учетом неполного здоровья (DALY) в расчете на численность населения страны от 10% до 28%. Это означает почти трехкратную разницу между наиболее благоприятной и наименее благоприятной ситуацией в стране. Общее число потерянных DALY объяснялось разными ведущими факторами риска в разных странах Европейского региона. Эта информация позволяет установить наиболее важные

области (такие как питание, физическая активность и снижение потребления вызывающих зависимость веществ), в которых требуются вмешательства главным образом с целью снижения распространенности ожирения, повышенного содержания холестерина и повышенного кровяного давления и потребления алкоголя и табака. Для осуществления подобных вмешательств необходимо участие различных секторов и применение различных стратегий с благоприятным соотношением затрат и результатов.

---

## Факторы риска

Одним из важных элементов в профилактике заболеваний и борьбе с ними и в укреплении здоровья является понимание коренных причин болезни, в том числе факторов риска и социально-экономических детерминант и детерминант, связанных с системами здравоохранения. Среди основных групп заболеваний, которыми обусловлены высокие уровни смертности, заболеваемости и инвалидности, таких как отмеченные выше сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, внешние причины смерти, заболевания респираторной системы и болезни пищеварительной системы, есть два главных фактора риска, с которыми необходимо вести борьбу: это курение и вредное употребление алкоголя. Распространенность этих двух факторов риска и уровни потребления указанных веществ среди населения Европы остаются высокими во всем Регионе, несмотря на наличие знаний и технологии, позволяющих вести с ними борьбу.

Около 2008 г. распространенность табакокурения в Европейском регионе достигла уровня 27% населения в возрасте 15 лет и старше, однако затем постепенно снизилась до 25%, в частности, среди мужчин. Еще одним фактором, определяющим частоту нарушения здоровья, является потребление алкоголя: согласно оценкам ВОЗ, на него приходится около 6,5% всех смертей в Европе. Помимо потребляемого объема, большое значение имеют тип потребляемого алкоголя и модели потребления в больших количествах за один раз, так как эти факторы могут оказывать негативное влияние на здоровье. К сожалению, от нескольких стран Региона не было получено самых последних данных.

Известно, что частота серьезных нарушений здоровья, в том числе заболеваний сердечно-сосудистой, респираторной и пищеварительной систем, онкологических заболеваний

и внешних причин смерти, обусловлена различиями в доступе к разнообразным факторам окружающей среды или в подверженности их воздействию на протяжении всей жизни. На формирование характеристик здоровья европейского населения прямо или косвенно влияют доступ к чистой воде и улучшенным санитарно-гигиеническим удобствам, жилищные условия, безопасность дорожного движения, качество воздуха, окружающая среда на работе и подверженность воздействию экстремальных погодных условий.

---

### Социальные детерминанты здоровья, в том числе системы здравоохранения, и неравенства в отношении здоровья

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья определяет социальную справедливость в отношении здоровья как «отсутствие несправедливых и предотвратимых или устранимых различий в состоянии здоровья между группами населения». Фактические данные по всему миру свидетельствуют о том, что не менее 25% неравенств в отношении здоровья (различий, наблюдаемых среди населения данной страны) обусловлены отсутствием доступа к полноценным медико-санитарным услугам, и эта цифра будет еще больше, если прибавить к этому неравный доступ к элементарным мерам вмешательства в сфере общественного здравоохранения, например, доступ к безопасной воде. Еще 50% неравенств в отношении здоровья обусловлены социальными детерминантами здоровья, которые охватывают политические, социально-экономические и экологические факторы. Эти различия несправедливы по своей сути, поэтому социальная несправедливость в отношении здоровья в разных ее проявлениях составляет основную долю неравенств в отношении здоровья. Эти несправедливые неравенства также называют «причинами причин» неравенств в отношении здоровья, что отражает их основополагающее влияние на этиологию заболеваний и систематическое формирование социальных закономерностей в конечных показателях здоровья, включая продолжительность жизни. В Европе социальные неравенства в отношении здоровья являются вопросом, вызывающим наибольшую обеспокоенность, учитывая расширяющийся разрыв и социальный градиент в продолжительности жизни между странами и внутри многих стран. Гендерные нормы и отношения как одна из важнейших социальных детерминант продолжают диктовать способ

организации систем здравоохранения и предоставления услуг, причем часто в ущерб интересам девочек и женщин или тех, кто не вписывается в общепринятые гендерные роли.

К числу предпосылок успешного преодоления социальных неравенств в отношении здоровья относятся следующие:

- а. приверженность обеспечению такого положения, при котором все люди имеют равные возможности укреплять или поддерживать свое здоровье;
- б. оценка стратегий и программ здравоохранения с точки зрения их конкретного влияния на социальное неравенство в отношении здоровья, начиная с вводимых факторов и кончая итоговыми показателями здоровья, с использованием данных с разбивкой по разным подгруппам населения;
- в. понимание путей, ведущих от социальных детерминант к различиям в подверженности воздействиям, уязвимости, взаимодействии с системой здравоохранения и различиям в конечных показателях здоровья;
- г. определение точек входа и практических шагов для осуществления перемен с участием населения и других заинтересованных сторон, используя базу фактических данных о том, что можно сделать для уменьшения социальных неравенств в отношении здоровья.

Практические шаги внутри сектора здравоохранения или системы здравоохранения могут включать принятие стратегий пересмотра существующих программ таким образом, чтобы расширить и облегчить справедливый доступ к помощи и повлиять на процессы, исключая обездоленных или уязвимых людей из числа тех, кто имеет право на такой доступ. Меры, принимаемые в отношении социальных детерминант здоровья, часто требуют, чтобы многие секторы согласовывали между собой свои цели, действовали сообща и стремились к достижению одновременно многих социальных целей. Например, программы развития детей раннего возраста ассоциируют с улучшением конечных показателей в плане здоровья, образования и питания в детстве и на протяжении всей жизни, а также с повышением уровня доходов и вклада в усиление сплоченности общества.

Показатели распределения материальных благ, образования и статуса занятости (внутри стран или между ними) отражают степень расслоения населения, и эти показатели также являются

важными социальными детерминантами здоровья внутри стран и на межстрановом уровне. в целом Европейский регион, где среднегодовой доход на душу населения в 2009 г. был равен 24 000 долл. США, характеризуется как один из самых богатых в мире. Хотя с 1990 г. в Регионе и происходит рост уровней доходов на душу населения, между этими уровнями по-прежнему существуют огромные различия: они колеблются от немногим более 700 до 105 000 долларов США, причем в девяти странах Региона уровни доходов ниже 5000 долларов США (рис. 5). Наблюдаемый в последнее время экономический спад, затронувший Европейский регион, привел к повышению среднего уровня безработицы в 2009 г. до 8,7% экономически активного населения, что означает изменение на противоположную более оптимистичной тенденции в предыдущее десятилетие. Что касается отдельных стран, разница между странами с низким и высоким уровнями безработицы составляет 35 раз.

Еще одну важную детерминанту здоровья представляет собой окружающая среда. Согласно последним оценкам вклада факторов окружающей среды в состояние здоровья, на их долю может приходиться от 13% до 20% бремени болезней в Европе, в зависимости от их классификации по модели обусловливаемой ими смертности. Недавно ВОЗ была проведена оценка воздействия факторов окружающей среды на неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе.

Одной из предпосылок для реагирования на меняющуюся эпидемиологическую ситуацию и потребности населения в услугах здравоохранения является эффективно функционирующая система здравоохранения, которая обеспечивает необходимые для этого стратегическое руководство, финансирование здравоохранения, кадровые ресурсы и учреждения, оказывающие услуги, которые охватывают профилактику, лечение и паллиативную помощь. Важной составной частью всеобщего охвата без финансового риска является прогрессивное финансирование систем здравоохранения и обеспечение социальной защиты домашних хозяйств от катастрофических расходов. Хорошим показателем финансового риска и уровня социальной справедливости в финансировании здравоохранения является процент прямых платежей или платежей из собственного кармана домашних хозяйств в общих расходах на здравоохранение. Данные по этому показателю имеются от всех 53 государств-членов Европейского региона. Средняя доля платежей



из собственного кармана в Европейском регионе составляет примерно 23%, однако эта цифра различается между странами в значительных пределах – от высокой, почти 69,4%, до низкой, чуть меньше 5,7%, т.е. разница в двенадцать раз. Фактические данные во всем мире показывают, что, когда зависимость от прямых платежей снижается до уровня менее 15–20% общих расходов на здравоохранение, частота финансовых катастроф обычно падает до пренебрежимо низких уровней (финансовая катастрофа определяется как ежегодное расходование домашними хозяйствами более 40% своих доходов, остающихся после расходов на питание, на медико-санитарные услуги).



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайнная база данных], Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad>, по состоянию на 23 января 2012 г.)

Примечание: ВВП – внутренний валовой продукт



02

Наши устремления:  
европейские целевые  
ориентиры для здоровья  
и благополучия

В настоящее время совместно с государствами-членами окончательно дорабатываются стратегические цели основ политики здравоохранения Здоровье-2020. Европейский региональный комитет ВОЗ на своей шестьдесят первой сессии, состоявшейся в сентябре 2011 г. в Баку (Азербайджан), одобрил предложения, согласно которым в политике Здоровье-2020 будет:

- а. сформулирована основа для действий, направленных на ускорение достижения более высокого уровня здоровья и благополучия для всех;
- б. обеспечена возможность ее адаптации к разным условиям, существующим в Регионе, и
- в. будут сформулированы целевые ориентиры для Региона, которые должны быть достигнуты к 2020 г.

Форма и содержание процесса установления целевых ориентиров определены исходя из предыдущего опыта этой работы и в результате подробного обсуждения с широким участием заинтересованных сторон, письменных консультаций и одобрения со стороны представителей руководящих органов на каждом этапе обсуждения.

---

### Предшествующий опыт установления и мониторинга целевых ориентиров

Целевые ориентиры для Европейского региона были предложены в самом первом документе с изложением общей политики здравоохранения в Регионе – европейской стратегии достижения Здоровья для всех. в начале 80-х годов прошлого столетия тогдашние 32 государства-члена Европейского региона ВОЗ вели полемику о целевых ориентирах, или задачах для Европы, согласующихся с новой политикой. Достижение согласия по целевым ориентирам потребовало немалых усилий, в которых было задействовано более 250 экспертов из разных стран Региона, работавших вместе с Секретариатом ВОЗ. Было написано более 20 проектов задач и был проведен процесс углубленных консультаций с государствами-членами, в результате чего на рассмотрение руководящих органов Региона было вынесено 82 задачи. в 1984 г. на тридцать четвертой сессии Европейского регионального комитета, состоявшейся в Копенгагене, был единодушно принят набор задач, число которых было уменьшено до тридцати восьми. Была опубликована первая европейская политика в области здравоохранения, содержащая эти 38 задач и 65 региональных

индикаторов для мониторинга и оценки прогресса в достижении целевых ориентиров.

Информация об этих европейских задачах и индикаторах для их оценки была помещена в базе данных «Здоровье для всех». к 2012 г. база данных «Здоровье для всех» расширилась настолько, что охватывает 53 страны; доступ к ней широко открыт, и она активно используется во всем Регионе. Эта база данных содержит подборку основных статистических данных о здравоохранении, включающих основные демографические показатели, данные о состоянии здоровья, детерминантах здоровья и факторах риска, а также о ресурсах медико-санитарной помощи, пользовании медицинской помощью и расходах на медицинскую помощь. Эти данные собираются из разных источников, используются при обновлении атласов здоровья ВОЗ в Европейском регионе и дважды в год обновляются.

Для того чтобы отразить изменения, происшедшие в Регионе с середины 80-х годов прошлого века, 38 первоначальных задач были в 1991 г. пересмотрены. Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживало реализацию этих задач, откликаясь на просьбы государств-членов и приводя структуру бюджетов и программную деятельность организации в соответствие с целевыми областями.

В 90-е годы серьезные политические, экономические и социальные перемены в Регионе изменили европейский ландшафт. Одним из результатов этих изменений было резкое увеличение числа европейских государств-членов, которое на сегодняшний день составляет пятьдесят три. Региональное бюро пересмотрело свою европейскую политику здравоохранения и региональные задачи. в 1998 г. в документе «Здоровье-21: здоровье для всех в 21-м столетии» был определен новый набор из 21 задачи. Эти задачи, утвержденные на сорок восьмой сессии Регионального комитета в 1998 г., были опубликованы в 1999 г. в этом втором обновлении был оставлен акцент на выработке целей на страновом и местном уровнях без предоставления отчетности для регионального уровня.

В Европейском регионе ВОЗ накоплен примерно тридцатилетний опыт установления целевых ориентиров в рамках региональных политики и стратегий здравоохранения в контексте Европы, претерпевшей драматичные перемены. Уроки из этого опыта можно свести к следующему:

- а. необходимо выработать широкий консенсус среди заинтересованных сторон;
- б. количество целевых ориентиров необходимо ограничить некоторым управляемым числом;
- в. любой план должен основываться на фактических данных об эффективности;
- г. целевые ориентиры должны быть увязаны с ресурсами;
- д. всегда остаются технические проблемы, которые требуют сотрудничества с партнерами и оказания технической поддержки странам, которые ее просят.

Опыт Региона свидетельствует о том, что установление целевых ориентиров и индикаторов для их мониторинга может быть мотивирующим фактором огромной силы, поскольку страны собирают и включают в свои работающие в обычном режиме информационные системы необходимые данные, чтобы с их помощью определить содержание политики здравоохранения, даже если в прошлом таких данных не существовало.

---

### Технические проблемы, возникающие при выборе целевых ориентиров и индикаторов для их оценки

Для того чтобы сформулировать конкретные, поддающиеся измерению, достижимые, актуальные и имеющие временные рамки (иными словами, соответствующие принципу SMART) целевые ориентиры, важно иметь хорошо отлаженный механизм. Целевые ориентиры, соответствующие этому принципу, могут быть достигнуты с большей вероятностью, нежели общие цели. Для того чтобы выработать поддающиеся измерению или оценке целевые ориентиры, должны быть установлены конкретные критерии для оценки прогресса. Для того чтобы целевые ориентиры были достижимыми, они должны быть реалистичными, но при этом быть поставлены в определенные временные рамки – в данном случае на период до 2020 г. – и должен проводиться мониторинг промежуточного прогресса. Целевые ориентиры считаются актуальными, когда они представляют собой цели, достижение которых может быть обеспечено принятой политикой. При условии достижения каждый целевой ориентир должен отражать реальный прогресс, который может иметь количественное выражение.

После того как определены область, охватываемая целевым ориентиром, и возможные индикаторы для ее оценки, можно выбрать уровень целевого ориентира, используя для этого

несколько методов. При методе от обратного определяется некоторая биологически достижимая или теоретическая минимальная или максимальная величина, которая сравнивается с существующей ситуацией исходя из имеющейся информации. Анализ трендов показывает, где можно использовать тенденции в показателях с тем, чтобы в будущем прийти к целевому ориентиру. Объединение результатов исследований с вмешательством и сравнительные оценки риска также могут служить методами выбора уровней целевых ориентиров на основании фактических данных о том, что дает эффект в разных условиях и группах населения. Необходимо также иметь систему мониторинга и структурированной отчетности, а также методическое руководство по интерпретации индикаторов для мониторинга и оценки и целевых ориентиров. С учетом этих уроков и выводов были проведены широкие консультации с государствами-членами и техническими экспертами для выработки целевых ориентиров для Региона, которые соответствовали бы разрабатываемой политике Здоровье-2020. Шаблон для системы мониторинга приведен в полном тексте доклада.

---

### Консультации с представителями европейских государств-членов

Было проведено три совещания Европейского форума по вопросам политики здравоохранения для государственных должностных лиц высшего звена, на которых состоялось подробное обсуждение и были высказаны предложения относительно этого процесса для выработки ограниченного числа европейских целевых ориентиров, а также для определения технических критериев, согласования показателей с основами политики Здоровье-2020 и достижения согласия в отношении общих рамок и окончательного перечня целевых ориентиров. Делегации из стран Европейского региона собирались в марте 2011 г. в Андорре, в ноябре 2011 г. в Израиле и в апреле 2012 г. в Бельгии. в качестве механизма обеспечения подотчетности и солидарности в Регионе был определен окончательный перечень из шести всеобъемлющих целевых областей для Европы, и было отмечено, что необходимо поощрять государства-члены к тому, чтобы они разрабатывали и свои собственные целевые ориентиры в области здравоохранения.

Вклад в технические дискуссии и консультации внесли и государства-члены, которые тесно сотрудничали с Секретариатом ВОЗ, что стало отражением предложения,



выдвинутого в мае 2011 г. Постоянным комитетом Регионального комитета (ПКРК). в созданную с этой целью рабочую группу были включены представители следующих государств-членов: Андорры (предыдущий председатель ПКРК), бывшей югославской Республики Македония (бывший председатель ПКРК), Польши, Соединенного Королевства, Турции, Украины, Швеции (очередной председатель ПКРК). Председателем группы был представитель одного из государств-членов (Швеции), имеющий богатый опыт в данной области, а сопредседателем стала директор Европейского регионального бюро ВОЗ. Результатом каждого заседания этой группы было принятие предназначенных для более широких консультаций ясных рекомендаций, направленных на сужение списка потенциальных целевых ориентиров и индикаторов для их оценки в соответствии с тремя широкими областями, обозначенными в политике Здоровье-2020:

- а. бремя болезней и факторы риска;
- б. потребности здоровых людей, благополучие и детерминанты и
- в. процессы, в том числе стратегическое руководство и деятельность систем здравоохранения.

Секретариат ВОЗ собирал и обобщал предложения и рекомендации относительно процесса установления целевых ориентиров, а также относительно возможных целевых ориентиров для включения в список, чтобы выносить их на различные описанные выше консультации с государствами-членами. Предложения о возможных целевых ориентирах и индикаторах для их мониторинга были внесены всеми техническими отделами Европейского регионального бюро ВОЗ. Из первоначального списка, в котором был 51 предложенный целевой ориентир, рабочая группа ПКРК рекомендовала в январе оставить 21 ориентир. Этот окончательный список стал предметом широких консультаций со странами путем переписки и личных встреч в феврале и марте 2012 г. в результате была согласована первоначальная основа из 16 возможных целевых ориентиров и связанных с ними индикаторов для оценки и мониторинга, в значительной степени почерпнутая из имеющихся в странах систем представления данных; затем эти 16 показателей были сведены в шесть всеобъемлющих, или «главных» целевых ориентиров. На своем заседании в мае 2012 г. в Женеве ПКРК выразил полную поддержку работе по выработке целевых ориентиров, одобрил предложенные шесть всеобъемлющих целевых ориентиров и согласился с тем, чтобы они фигурировали во всех документах, касающихся политики Здоровье-2020,

и подтвердил, что индикаторы для мониторинга и оценки будут использоваться для отслеживания прогресса и достижения поставленных целей к 2020 г.

---

## Всеобъемлющие целевые ориентиры

На шестьдесят второй сессии Регионального комитета, которая состоялась на Мальте в сентябре 2012 г., были утверждены шесть всеобъемлющих целевых ориентиров; при этом было указано на необходимость их количественного выражения, определения показателей для них и дальнейшей доработки, если возникнет в этом необходимость. Выбор этих целевых ориентиров (они перечислены ниже) обосновывался тем, что они либо согласуются с нынешними усилиями по установлению глобальных целевых ориентиров, например, в области неинфекционных заболеваний, либо представляют собой расширение и обновление предыдущих стратегий и подходов к установлению целевых ориентиров для Европы, которые уже признаны или одобрены европейскими государствами-членами. Вот эти целевые ориентиры:

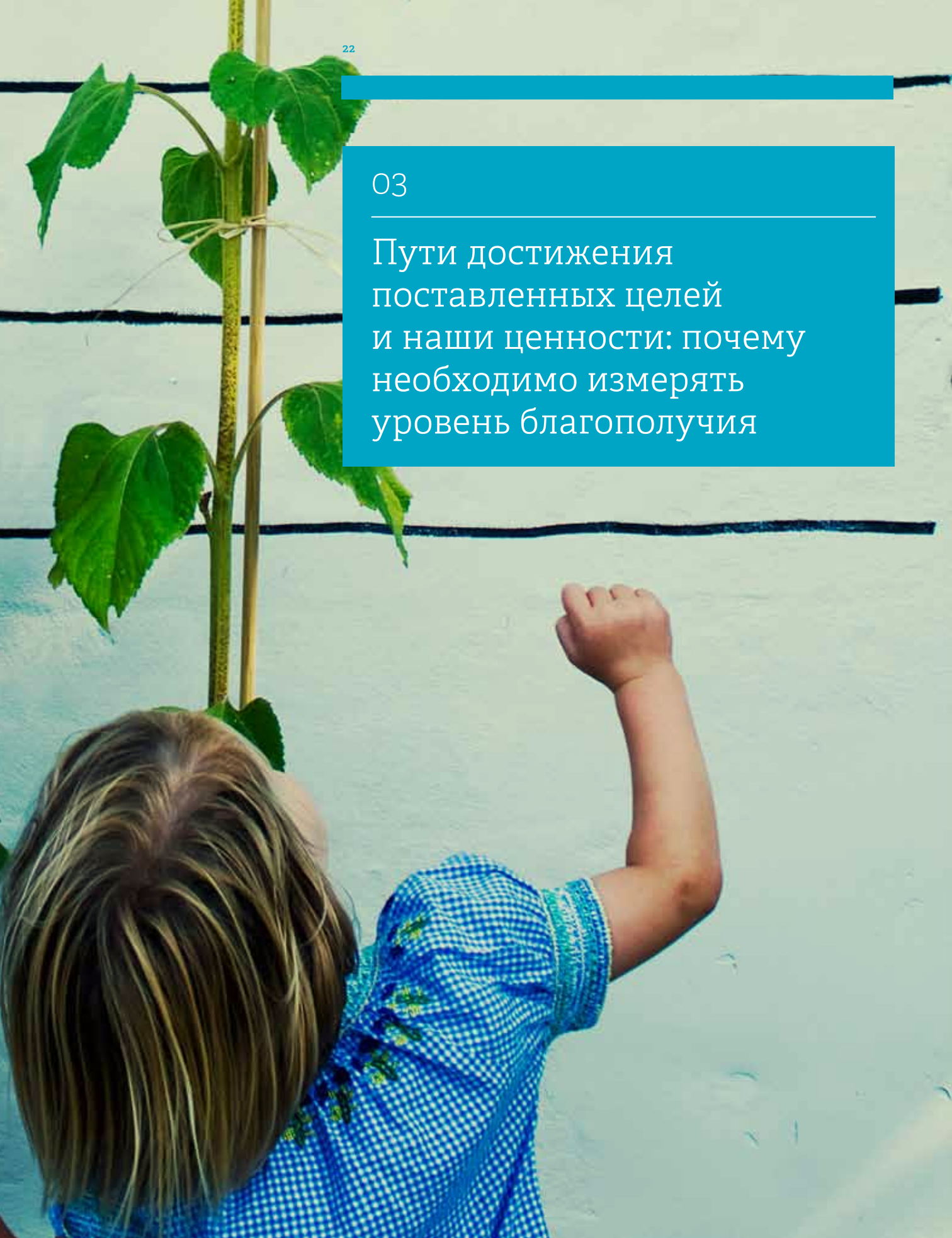
1. Снижение преждевременной смертности в Европе.
2. Увеличение продолжительности жизни в Европе.
3. Снижение социальных неравенств в отношении здоровья в Европе.
4. Повышение уровня благополучия европейского населения.
5. Обеспечение всеобщего охвата медицинскими услугами в Европе.
6. Принятие государствами-членами национальных целевых ориентиров.

С помощью группы международных экспертов Секретариат ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами в течение 2013 г. будет завершать определение индикаторов для мониторинга и оценки с тем, чтобы затем представить их на рассмотрение Регионального комитета в сентябре 2013 г. Разные примеры из опыта государств-членов Европейского региона также позволят проиллюстрировать усилия, предпринимаемые для разработки целевых показателей на национальном уровне.



03

Пути достижения поставленных целей и наши ценности: почему необходимо измерять уровень благополучия



Согласно определению ВОЗ, здоровье – это «не только отсутствие болезней и физических дефектов», но и «состояние полного физического, душевного и социального благополучия». Однако более чем за 60 лет своего существования ВОЗ не проводила оценки благополучия и не представляла информации об этом, а все внимание в своих докладах и отчетах уделяла смерти, болезни и инвалидности. Разумеется, эта функция мониторинга является одной из центральных и профильных для Организации, однако в настоящее время ВОЗ устанавливает партнерства с другими учреждениями, чтобы иметь возможность описать благополучие населения и оценить прогресс в повышении уровня благополучия в Европе в контексте политики Здоровье-2020.

Что же такое благополучие? Вопрос о том, что составляет «хорошую жизнь», – это один из основных нравственных вопросов, рассматриваемых всеми философскими учениями. Во всех странах люди обычно приходят к согласию в отношении общего понятия или минимальных составляющих благополучия, даже если определение важных областей или составляющих остается ничем иным, как предписанием желательных норм поведения людей. На удивление неизменным остается и то, что занимает важное место в жизни людей: это свидетельствует о том, что наши ценности меняются не так-то легко. Концепция эта многомерная. Благополучие и здоровье суть понятия взаимодействующие, и у них есть некоторые общие детерминанты, такие как система здравоохранения.

---

## Прямая связь с основами политики Здоровье-2020

В результате дискуссий на этапе широких консультаций с представителями европейских государств-членов и техническими экспертами в процессе разработки политики Здоровье-2020 были получены качественные данные о том, что в Европейском регионе люди ценят здоровье и хотят свести до минимума болезни. Если говорить о важных более широких детерминантах здоровья и благополучия, они ценят социальную сплоченность и возможность участвовать в жизни общества, чтобы у всех людей были равные возможности в отношении здоровья. Люди также ценят безопасность и защищенность, которые в контексте благополучия связаны со здоровьем. Наличие общих ценностей во всей Европе увеличивает возможность принятия регионального целевого показателя здоровья и благополучия.

Почему все это так важно для здоровья? Лица, формирующие политику, практические работники общественного здравоохранения и люди, живущие в местных сообществах в Европе, согласны в том, что благополучие включает в себя здоровье и что здоровье является существенным элементом (если не предпосылкой) благополучия. Здоровье, особенно несколько его аспектов, таких как физическое, душевное и социальное здоровье, очень важно для благополучия. Более того, как показывают научные исследования, зависимость между различными областями благополучия обоюдная: очевидно, что здоровье влияет на общее благополучие, но благополучие также является показателем будущего здоровья или нездоровья. Обзоры проведенных на сегодняшний день исследований также свидетельствуют о том, что благополучие оказывает на здоровье весьма существенное (хотя и неодинаковое) влияние, сопоставимое с влиянием факторов риска, которые традиционно являются объектом мер вмешательства в области общественного здравоохранения, таких, например, как обеспечение здорового питания.

Почему это важно для государства и общества в странах Европы? в последние несколько лет стали появляться национальные и международные инициативы, направленные на содействие использованию в политике показателей благополучия, идущих дальше оценки результатов экономической деятельности, а в секторе здравоохранения – таких показателей, которые могут заменить собой стандартную систему показателей смертности, инвалидности или заболеваемости. Эти инициативы различаются по сфере действия, методам, целям и основной аудитории, для которой они предназначены. Общей для некоторых из этих инициатив является цель вовлечь граждан в определение мер оценки благополучия и прогресса.

Повышение – или по крайней мере поддержание – благополучия предусматривается социальным договором между государством и народом, который оно представляет. Обеспечение хорошей жизни не является исключительной функцией какого-то одного сектора или какой-либо одной службы, так как это концепция многомерная, связанная с множеством детерминант. Повышение благополучия населения может стать платформой для выработки общей повестки дня различных секторов и заинтересованных партнеров, в том числе и основанной на применении общегосударственного подхода. Кроме органов государственной власти, основными партнерами, заинтересованными в повышении благополучия, являются группы гражданского общества, группы

пациентов, практические работники в области поддержания физической формы и укрепления здоровья и средства массовой информации.

---

## На чем строить работу

Действия, в которых была предусмотрена оценка благополучия на популяционном уровне, на практике оказываются более ценными для выработки целевых ориентиров и индикаторов для мониторинга и отчетности о состоянии здоровья и благополучия на уровне Европейского региона, чем усилия, сосредоточенные на отдельных клинических группах населения. Для того чтобы повысить уровень понимания в данной области, Европейским региональным бюро ВОЗ был проведен систематический обзор литературы, посвященный методикам оценки благополучия с подтвержденной эффективностью.

В полном тексте доклада также описывается и анализируется деятельность тех, кто сотрудничает с Региональным бюро в качестве партнеров в решении этой общей задачи, – это правительства стран Европы, другие международные организации, ВОЗ на глобальном уровне, частные фирмы, – а также проекты, осуществляемые по поручению Организации Объединенных Наций. Во всей этой деятельности здоровье фигурирует как одна из главных составляющих благополучия или как фактор, непосредственно влияющий на благополучие. в некоторых работах используются одни и те же наборы данных, собираемых в ходе международных обследований, а во многих исследованиях оцениваются одни и те же элементы, или аспекты, того, что составляет хорошую жизнь, хотя иногда в них используются другие слова для обозначения того или иного аспекта, такого, например, как качество жизни, субъективное благополучие или счастье.

---

## Трудности и актуальные задачи

Несмотря на общее согласие в отношении того, что составляет хорошую жизнь, а также наличие множества методик и подходов, используемых для оценки здоровья и благополучия, ученые единодушно признают, что в область оценки благополучия нужно внести больше ясности и применять в этой области более строгие в научном отношении методы оценки. К числу трудностей также

относятся узость концептуального представления здоровья и благополучия, ограниченность источников данных при огромном числе методик сбора и индикаторов, зависимость в большей степени от показателей смертности или заболеваемости, чем от показателей оценки хорошего здоровья, и отсутствие конструктивных подходов к распространению многомерных концепций и их толкованию.

Идея включения в новую европейскую политику здравоохранения Здоровье-2020 всеобъемлющего целевого ориентира, касающегося здоровья и благополучия, получила широкую поддержку, и теперь Европейское региональное бюро ВОЗ ведет работу совместно с техническими партнерами по обеспечению практической ясности в вопросе о том, как оценивать здоровье в контексте благополучия. Параллельно с этой работой Региональное бюро начало процесс интенсивных консультаций с государствами-членами. При согласии руководящих органов Региональное бюро рассчитывает получить к 2013 г. следующие результаты, более подробно описанные в полном тексте доклада:

- концептуально выверенные рамки и определение благополучия: практический подход к оценке должен в максимальной степени опираться на существующие модели, которые использовались на популяционном уровне;
- определение спектра областей и соответствующих индикаторов для их оценки: например, увязанных с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая представляет собой принятую ВОЗ систему оценки здоровья и ограничений жизнедеятельности как на индивидуальном, так и на популяционном уровне и дополняет утвержденную ВОЗ Международную классификацию болезней (МКБ);
- выбранные для оценки каждого аспекта области здоровья индикаторы и метод их оценки, которые привязаны к согласованному целевому ориентиру, выбранному для мониторинга прогресса в осуществлении политики Здоровье-2020, т.е. показателю укрепления здоровья населения в контексте благополучия;
- ясность в отношении того, как лица, формирующие политику, работники здравоохранения и другие заинтересованные стороны в Европейском регионе могут пользоваться этой информацией в качестве вводных при выработке политики и мер вмешательства, осуществляемых совместно с



различными другими секторами: для использования в рамках политики Здоровье-2020 нужно тщательно анализировать как информационное содержание мер оценки благополучия, так и точки входа, а также учитывать потенциальные ограничения в использовании показателей благополучия;

- признание того факта, что в Регионе есть также немало стран, в которых в настоящее время не проводится на общенациональном уровне (ни в министерстве здравоохранения, ни в других министерствах или национальных статистических управлениях) какой-либо работы по концептуализации, сбору и использованию информации о здоровье и благополучии: в любых действиях, направленных на повышение благополучия на уровне Региона, должны учитываться варианты, при которых будет необходимо оказывать поддержку большому числу стран с разными исходными позициями в отношении данных и системы оценки.

Укрепление здоровья и повышение благополучия признаны важнейшими элементами политики Здоровье-2020. Благодаря широкому спектру осуществляемых в настоящее время мероприятий по оценке благополучия на международном уровне в Европе, а также многочисленным инициативам на уровне стран, у Европейского регионального бюро ВОЗ имеется прочная основа,



на которой оно может строить свою деятельность в этой области, в частности, в сфере оценки состояния здоровья в контексте благополучия и определения программы научных исследований с целью совершенствования как методов оценки показателей и распространения информации о результатах, так и процессов в области политики, направленных на улучшение использования информации, ведущего к повышению уровня здоровья и благополучия.

Региональное бюро также намерено оказывать поддержку использованию показателей оценки состояния здоровья и благополучия при выработке и осуществлении политики:

- опираясь при этом на стратегии, отражающие сравнительное преимущество Европейского региона ВОЗ в нескольких областях, таких как методы распространения важной информации, имеющей значение для политики, работа в сотрудничестве с европейскими институтами – партнерами ВОЗ и с государствами-членами;
- предоставляя профессиональные консультации в отношении того, как нужно интерпретировать и использовать показатели благополучия в сочетании со стандартными показателями оценки смертности и заболеваемости и показателями деятельности систем здравоохранения;
- выполняя более новую функцию предоставления фактических данных о механизмах и методиках, позволяющих сектору здравоохранения продвигать интересы благополучия в других секторах.

04

Обратный отсчет  
времени до 2020 г.:  
мониторинг прогресса





Хотя в предыдущих разделах и отражается обилие имеющейся в Европейском регионе ВОЗ информации по вопросам здоровья и здравоохранения, проблемы оценки по-прежнему остаются значительными. Не по всем странам имеются данные, необходимые для оценки прогресса; в странах применяются разные определения и отсутствует единообразное применение классификаций болезней; регистрация событий естественного движения населения по своему охвату населения неодинакова и пока не во всех странах Региона является обязательной.

Одной из главных трудностей, препятствующих реализации политики Здоровье-2020 и достижению ее положительного эффекта, является наличие данных для мониторинга прогресса на уровне отдельных стран. Всеобъемлющие «главные» целевые ориентиры и индикаторы для их мониторинга и оценки были выбраны не только потому, что они очень важны для достижения целей политики Здоровье-2020, но и потому, что они имеются в наличии. Большинство предложенных индикаторов для мониторинга и оценки перечисленных целевых ориентиров обеспечиваются информацией, которая собирается в большинстве европейских стран либо в порядке обычной практики, либо на регулярной основе. Однако из-за различий в определениях, охвате населения и качестве данных сравнение становится проблематичным. ВОЗ твердо намерена оказывать помощь государствам-членам в улучшении систем предоставления информации здравоохранения и в мониторинге прогресса в осуществлении политики Здоровье-2020.

Ниже приведены основные задачи, которые необходимо решить для преодоления трудностей, встающих перед Европейским региональным бюро ВОЗ. Это также те области, в которых действия Регионального бюро и его партнеров могли бы привести к реальным улучшениям:

- решение вопроса о номенклатуре источников данных и нормативах/стандартах, касающихся данных – от статистики естественного движения населения до обследований домашних хозяйств – таким образом, чтобы в них содержались единые методы разбивки данных обо всем населении по социальным слоям или другим типам слоев общества, что даст возможность осуществлять мониторинг неравенств в отношении здоровья внутри стран и между странами и повысить уровень подотчетности за него;
- определение того, каким образом распределять данные по всем 53 государствам-членам внутри агрегированных групп

субрегионального уровня, имеющих практический смысл и значение с точки зрения политики, и предоставление информации о субрегиональных тенденциях. Это важно потому, что 14 государств-членов не входят ни в одну из трех используемых для целей статистики субрегиональных групп стран (охватывающих ЕС и Содружество Независимых Государств);

- повышение валидности и достоверности данных, представляемых в базу данных «Здоровье для всех» всеми пятьюдесятью тремя странами, в свете совместной работы с государствами-членами и другими региональными структурами;
- улучшение количественных оценок и соответствующей отчетности об общем бремени болезней, в том числе о заболеваемости и о других состояниях, в частности, касающихся психического здоровья, и получение благодаря этому более полной картины регионального бремени болезней;
- сбор, увязывание и обеспечение доступности данных по сектору здравоохранения и другим секторам, чтобы поддерживать реализацию принципа учета интересов здоровья во всех видах деятельности и в межсекторальном анализе, при выработке политики и проведении мониторинга и оценки;
- достижение прогресса в области эпиднадзора и мониторинга вспышек болезней, а также обеспечение выполнения требований Международных медико-санитарных правил (ММСП) на всей территории Европейского региона и укрепление в этих целях связей с другими регионами (путем решения вопросов стратегического руководства в интересах здоровья и борьбы с инфекционными болезнями);
- разработка дорожной карты для решения указанных выше задач и преодоления проблем, в которой должны быть определены партнеры, необходимые ресурсы и процессы, а также составление программы исследований для научного обеспечения единых и согласованных действий.

Для того чтобы достойно ответить на эти вызовы, ВОЗ будет поддерживать создание, обновление или изменение методик и инструментов, используемых для улучшения систем сбора, анализа и предоставления информации о здравоохранении на страновом уровне. ВОЗ сотрудничает с ЕК и ОЭСР в создании одной интегрированной информационной системы здравоохранения для Европы, охватывающей все 53 государства-члена. Эта работа идет полным ходом параллельно с выработкой стратегии в отношении информации здравоохранения для Европы.





**Всемирная организация  
здравоохранения  
Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00  
Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

**Европейское региональное бюро ВОЗ**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья

населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

**Государства-члены**

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



9 789289 044295