





02

Наши
устремления:
европейские
целевые
ориентиры
для здоровья
и благополучия

В итоге интенсивных консультаций и работы ряда экспертных групп были сформулированы и затем на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ утверждены шесть целей (всеобъемлющих целевых ориентиров) политики Здоровье-2020 для достижения к 2020 г. В их числе снижение преждевременной смертности, рост ожидаемой продолжительности жизни, сокращение масштабов неравенств в отношении здоровья, повышение уровня благополучия и всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи, а также объективно демонстрируемое наращивание усилий по постановке целевых ориентиров на страновом уровне. Директор Европейского регионального бюро ВОЗ будет представлять отчеты о достигнутом прогрессе в достижении этих целей с использованием усредненных региональных показателей, однако для их расчета необходимо проводить мониторинг соответствующих параметров на уровне стран. Для этого следует максимально использовать информацию по вопросам здравоохранения, которая в плановом порядке собирается странами, по возможности избегая нового сбора данных. Нужно предпринять все необходимые усилия для того, чтобы используемые целевые ориентиры и индикаторы были приведены в полное соответствие с устанавливаемыми глобальными целевыми показателями.

В контексте политики Здоровье-2020 целевой ориентир может быть определен как «желаемая цель» (desired goal). В конечном итоге такой целью является улучшение здоровья, и поэтому в сформулированных целевых ориентирах отражены, например, такие итоговые результаты (outcomes), как снижение смертности и заболеваемости. Кроме того, там, где на основе научных данных удастся достоверно связать итоговые результаты с соответствующими процессами или промежуточными результатами деятельности (outputs), последние также можно использовать для формулирования целевых ориентиров. Примерами могут служить такие промежуточные результаты, как увеличение расходов на общественное здравоохранение или укрепление законодательных мер, направленных на охрану общественного здоровья.

Одна из трудностей заключается в том, чтобы подобрать оптимальную комбинацию индикаторов, достоверно и надежно отражающих прогресс в достижении стратегических целей и целевых ориентиров. Нередко значительный временной интервал между осуществлением стратегических вмешательств и проявлением их воздействия на здоровье населения, а также трудности определения причинно-следственных связей эффекта с конкретным стратегическим вмешательством являются

причиной того, что при мониторинге хода реализации политики здравоохранения наряду с итоговыми показателями широко используют и показатели процесса или промежуточных результатов. Центральное значение в оценке прогресса в достижении поставленных целей и связанных с ними целевых ориентиров имеет согласованность индикаторов процессов, а также промежуточных и итоговых результатов. В условиях отсутствия стопроцентной доказанности причинных связей необходимо измерять все возможные параметры. Все должно развиваться динамично, и наличие таких связей следует проверять в широком разнообразии контекстов. Так, например, если улучшаются индикаторы процесса, влечет ли это за собой измеримое улучшение итоговых результатов?

При рассмотрении роли целевых ориентиров в политике Здоровье-2020 следует уделять внимание принципам оценки деятельности и подотчетности. В контексте политики Здоровье-2020 подотчетность может реализовываться только коллективно – среди самих государств-членов и с их непосредственным участием. Поскольку конечной инстанцией в комплексной цепи подотчетности в каждой стране являются ее жители, международное сообщество на уровне Региона должно получать ответ на вопрос, насколько эффективно стратегии и системы удовлетворяют потребности населения. В данной главе изложен процесс, приведший к согласованной постановке целей – всеобъемлющих целевых ориентиров, привязанных к политике Здоровье-2020, – и предлагаются более частные целевые области и индикаторы для оценки прогресса на европейском уровне (вставка 9).

По ряду индикаторов даны исходные значения, отражающие наиболее новые данные, представленные в Европейское региональное бюро ВОЗ из 53 государств-членов Региона. Глава завершается описанием механизма мониторинга целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020, который будет подвергнут дополнительному уточнению в ходе консультаций с государствами-членами.

Прежний опыт установления и мониторинга целевых ориентиров

Использование целевых ориентиров

Исторически в Европейском регионе ВОЗ целевые ориентиры (targets, ранее обозначались как «задачи») были впервые использованы в качестве компонента первой общей политики здравоохранения – Европейской стратегии по достижению здоровья для всех. В политике содержался призыв к формулированию конкретных региональных задач в поддержку реализации стратегии. На сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, состоявшейся в 1984 г. в Копенгагене, были приняты 38 конкретных региональных задач, метко описанных как «удивительное сочетание сегодняшней реальности и завтрашней мечты» (47), а также определены 65 индикаторов для мониторинга и оценки прогресса на региональном уровне. В 1991 г. Европейская политика «Здоровье для всех» (ЗДВ) и соответствующие задачи были обновлены, а затем, в 1998 г., Региональный комитет принял обновленную политику «ЗДОРОВЬЕ-21 – здоровье для всех в XXI веке».

Здоровье для всех

В 1981 г. ВОЗ опубликовала свою глобальную стратегию «Здоровье для всех к 2000 году» (48). По словам д-ра Хальфдана Малера, занимавшего в то время пост генерального директора ВОЗ, это была «не одна из изолированных “стратегий ВОЗ”, но, скорее, выражение индивидуальной и коллективной ответственности стран, которую ВОЗ полностью поддерживает». Вскоре после этого региональные бюро ВОЗ приступили к разработке региональных задач (целевых ориентиров) в области здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ было в авангарде этого процесса, сформулировав в 1984 г. наиболее полный перечень таких задач.

Государства-члены Европейского региона ВОЗ (которых в то время насчитывалось 32) подвергли всестороннему обсуждению новую Европейскую политику здравоохранения «Здоровье для всех к 2000 году», и к этой политике были привязаны региональные задачи. Разработка Европейских задач вылилась в масштабный процесс, занявший около трех лет, в котором наряду с сотрудниками Регионального бюро участвовали свыше 250 экспертов из различных стран Европы. Было составлено более 20 проектов

и проведены комплексные консультации с государствами-членами (49). Сформулированные в результате этой работы 82 задачи были представлены в 1984 г. на рассмотрение Регионального комитета, который в итоге единогласно утвердил сокращенный набор из 38 задач. Затем новая Европейская политика здравоохранения была официально опубликована (50).

Политика и привязанные к ней задачи послужили стимулом для европейских государств-членов: они провели углубленную оценку своих стратегий в области здравоохранения и во многих случаях наметили собственные целевые ориентиры по улучшению здоровья населения. Изначальные 38 задач относились к целям в области здравоохранения (задачи 1–12), к стратегиям по их достижению (задачи 13–21), а также к вопросам устойчивого обеспечения соответствующей политической, управленческой и финансовой поддержки и мобилизации усилий (задачи 22–38) (50). Впервые в Европейском регионе появилась четкая политика в области здравоохранения с конкретно обозначенными целями, стратегиями и целевыми ориентирами (задачами) (см. вставку 9).

Вставка 9
Термины, употребляемые
при постановке целевых ориентиров

Политика (policy) – это соглашение о целях и задачах, приоритетной очередности данных задач и основных путях их решения.

Цель (goal) отражает долгосрочные устремления общества и обычно выражена в достаточно общей формулировке.

Стратегия (strategy) обозначает совокупность широких направлений действий для достижения целей и решения задач.

Целевой ориентир (target) – это намеченный промежуточный итог в процессе достижения целей и решения задач; он носит более конкретный характер, имеет определенные временные рамки и нередко, хотя и не всегда, количественные характеристики.

Индикатор (indicator) – это измеримый параметр, помогающий понять, где мы находимся, куда движемся и как далеко мы от целевого ориентира. Понятия «целевой ориентир» и «индикатор» иногда путают друг с другом. Целевые ориентиры следует устанавливать в первую очередь и только после этого отбирать индикаторы для мониторинга хода достижения этих ориентиров.

В 1991 г. ранее сформулированные 38 задач были пересмотрены для того, чтобы учесть изменения, произошедшие в Регионе за период после середины 1980-х годов. Основным намерением было обеспечить современное понимание проблем, лежащих в основе поставленных задач, и подходов к их решению. Были сохранены шесть основных направлений, содержащихся в первоначальном наборе целевых ориентиров (всермерное обеспечение социальной справедливости в отношении здоровья, участие местных сообществ, укрепление здоровья и профилактика болезней, переориентация системы здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь и межсекторальное сотрудничество в интересах здоровья). К ним были добавлены в качестве актуальной проблематики вопросы этики и неравенств среди различных групп населения. Региональное бюро поддержало процесс решения поставленных задач, привязав к ним свои бюджеты и программную работу, а также оказывая помощь государствам-членам в ответ на поступающие запросы.

Здоровье-21 – стратегия с более конкретной направленностью

В 1990-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 к концу этого

десятилетия превысило 50. Как и следовало ожидать, Европейское региональное бюро ВОЗ вновь пересмотрело свою европейскую политику здравоохранения и региональные задачи. В 1999 г. вышел в свет стратегический документ «Здоровье-21», в котором был изложен новый набор целевых ориентиров «21 задача на XXI столетие». Были сформулированы две основные цели, три основополагающие ценности и четыре основные стратегии (4). В новой стратегии был сделан первый шаг в развитии подходов к мониторингу соблюдения ее основных положений; в ней были указаны пути достижения целевых ориентиров и предложены области для определения индикаторов. Помимо этого, стратегия «Здоровье-21» была приведена в соответствие с программным документом ООН «Повестка дня на XXI век» – по проблемам устойчивого развития. На практике основное внимание по-прежнему уделялось выработке целевых ориентиров на страновом и местном уровнях без региональной отчетности.

В 2005 г. Региональное бюро выпустило обновление к Европейской политике здравоохранения, в котором была проанализирована и подтверждена стратегия «Здоровье-21», а также «нашли отражение знания и опыт, накопленные за период с 1998 г.» (3). В этой публикации (3) отмечается, что задачи стратегии «Здоровье-21» продолжают составлять «концептуальную основу региональной политики», и вместе с тем подчеркнуто, что эти целевые ориентиры служат стимулом «для постановки соответствующих задач на страновом и местном уровнях».

Некоторые полезные уроки из опыта постановки целевых ориентиров

В Европейском регионе ВОЗ накоплен примерно тридцатилетний опыт установления целевых ориентиров в рамках региональных направлений политики и стратегий здравоохранения, хотя эта работа проводилась в контексте Европы, претерпевшей драматичные перемены. Д-р Джо Э. Асвалл, занимавший пост директора Европейского регионального бюро ВОЗ в период с 1985 по 2000 г. (51) так охарактеризовал функции целевых ориентиров:

Эти целевые ориентиры и индикаторы придали Европейской политике «Здоровье для всех» дополнительную остроту и конкретность и представили модель на уровне Региона, которую страны могли адаптировать для своих условий. Они также

дали в руки защитников интересов общественного здоровья, специалистов, ученых и государственных руководителей низовых уровней мощный рычаг для активного продвижения идей «Здоровья для всех» в своих странах.

Опыт прошедших десятилетий дал ряд полезных уроков.

- Необходимо выстраивать широкий консенсус среди заинтересованных сторон. Разработка стратегии здравоохранения на политическом уровне требует как осознания необходимости действий, так и наличия политической воли для их реализации.
- Число целевых ориентиров не должно быть выше определенного управляемого оптимума. Первоначальные 38 задач, поставленные ВОЗ, по общему мнению были слишком многочисленными, и это же, вероятно, относилось и к последующей стратегии «Здоровье-21», содержащей 21 задачу. В большинстве национальных и региональных программ насчитывается 5–10 задач.
- Любой план должен опираться на объективные свидетельства эффективности. Эффективность вмешательств, направленных на укрепление здоровья, в большей мере подкреплена фактическими данными, чем часто считается, однако многие ее аспекты остаются недостаточно оцененными, и она нередко находится в значительной зависимости от контекста.
- Достижение целевых ориентиров требует их привязки к ресурсам.
- После принятия согласованной стратегии на основе целевых ориентиров сохраняются технические проблемы и трудности. Определение целевых ориентиров требует наличия четких представлений о текущем состоянии и характеристиках здоровья населения, включая детерминанты и прогностические проекции, рассчитываемые на оптимальных имеющихся моделях (52).

Задачи по достижению «Здоровья для всех» (50) в целом не имели количественных параметров и планировались для решения на уровне стран, а не Региона, в то время как задачи стратегии «Здоровье-21» (4), вероятно, носили слишком частный характер, и – как показало время – во многих отношениях решить их не удалось.

База данных «Здоровье для всех»

База данных «Здоровье для всех» (6) является основой мониторинга и отчетности по европейским целевым ориентирам и индикаторам.

На современном этапе своего развития она охватывает 53 страны и активно используется во всем Регионе. База данных содержит статистические сведения по таким параметрам, как основные демографические показатели, состояние здоровья населения, детерминанты здоровья и факторы риска, а также ресурсы, использование услуг и расходы на здравоохранение. Содержащаяся в ней информация поступает из различных источников, на ее основе действуют интерактивные атласы здравоохранения Европейского региона (20). Данные обновляются два раза в год.

Вставка 10
Интерактивные атласы
Визуализация баз данных Евростат

Для создания интерактивных атласов были использованы находящиеся в открытом доступе данные по социально-экономическим и медико-санитарным показателям из различных европейских баз данных, в частности из системы Евростат (бюро статистики ЕС). В качестве основных географических единиц для анализа используются регионы NUTS 2 – регионы второго уровня в Номенклатуре единиц территориальной статистики, используемой в ЕС (Nomenclature of Units for Territorial Statistics). Данные, представляемые на картах, графиках и в таблицах, отражают свыше 600 отдельных показателей. Для анализа и графического представления данных Европейское региональное бюро ВОЗ разработало следующие интерактивные атласы: атлас карт корреляции, атлас социальных неравенств и атлас региональных сравнений (20).

Предназначение атласов – не только более наглядно отобразить субнациональное распределение показателей здоровья и его детерминант, но также показать, как комплексную информационную систему такого типа и заложенные в ней данные можно использовать в целях разработки политики для различных европейских стран. Так, например, атласы социальных неравенств дают наглядное отображение различий между целевым значением того или иного показателя и его значением в конкретном регионе или группе регионов. Целевое значение – это взвешенное по численности населения усредненное значение показателя для наиболее привилегированного квинтиля населения, по которому имеются данные; эта величина рассматривается в качестве достижимой цели. Различия между целевым значением и данными по конкретному региону наглядно отображаются как в абсолютных (зональные целевые различия), так и в относительных (зональные целевые соотношения) показателях. Атласы устранимой смертности дают пример социально-экономического параметра – располагаемого дохода на основе стандартного расчета чистой покупательной способности по конечному уровню потребления на душу населения.

В 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ объявило о выпуске новой ежегодной публикации, которая будет информировать об основных показателях здравоохранения, опираясь на базу данных «Здоровье для всех». Кроме того, Региональное бюро в 2013 г. введет в действие новый веб-портал, с помощью которого пользователи смогут получать доступ ко всем базам данных одновременно, с одного сайта. Среди дополнительных удобств для пользователей – новые средства визуализации данных, в том числе индикаторные панели и интерактивные атласы (вставка 10).

Целевые ориентиры политики Здоровье-2020 – дальнейшее развитие и обновление стратегий «Здоровье для всех» и «Здоровье-21» в современном контексте

Консультативное обсуждение и принятие целевых ориентиров 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 должны быть предусмотрены следующие характеристики:

- сформулирована основа для действий, направленных на ускоренное достижение более высокого уровня здоровья и благополучия для всех;
- обеспечена возможность адаптации политики к разным условиям, существующим в Регионе;

- сформулированы целевые ориентиры для Региона, которые должны быть достигнуты к 2020 г.

Форма и содержание процесса установления целевых ориентиров были определены исходя из предыдущего опыта этой работы и по итогам подробного обсуждения с широким участием заинтересованных сторон, письменных консультаций и одобрения со стороны руководящих органов ВОЗ на каждом этапе обсуждения. На своей шестьдесят второй сессии в Мальте в сентябре 2012 г. Региональный комитет одобрил политику Здоровье-2020, ее всеобъемлющие целевые ориентиры и подтвердил необходимость принятия частных целевых ориентиров и индикаторов для мониторинга хода их достижения к 2020 г. (53) (вставка 11).

Вставка 11 Ключевые этапы консультативного процесса, 2011–2012 гг.	
Даты	Действия
Май 2011 г.	Постоянный комитет Регионального комитета (ПКРК) утвердил решение о разработке целевых ориентиров и учредил рабочую группу ПКРК по целевым ориентирам и индикаторам, которая возглавила этот процесс.
Ноябрь 2011 г.	Технические подразделения Европейского регионального бюро ВОЗ предложили «длинный перечень» главных целевых ориентиров (общим числом 51) и индикаторов мониторинга по каждой основной области политики Здоровье-2020.
Январь 2012 г.	Опираясь на согласованные критерии, рабочая группа ПКРК сократила число предложенных целевых ориентиров до 21 (короткий перечень).
Февраль 2012 г.	Региональное бюро провело обширные письменные и очные консультации с государствами-членами, в результате которых был составлен первоначальный набор из 16 возможных целевых ориентиров и связанных с ними индикаторов, в значительной степени опирающийся на существующие системы поступления данных из стран.
Апрель 2012 г.	Третье совещание Европейского форума по политике здравоохранения для государственных должностных лиц высшего звена предложил, на основе результатов консультативного обсуждения, шесть всеобъемлющих региональных целевых ориентиров.
Май 2012 г.	ПКРК выразил полную поддержку процессу выработки целевых ориентиров, одобрил предложенные шесть всеобъемлющих целевых ориентиров, согласился с тем, чтобы они фигурировали во всех документах, касающихся политики Здоровье-2020, и подтвердил, что для отслеживания прогресса в достижении поставленных целей к 2020 г. будут использоваться конкретные индикаторы.
Сентябрь 2012 г.	Региональный комитет утвердил шесть всеобъемлющих региональных целевых ориентиров, указав на необходимость использования количественных параметров и определения детальных индикаторов в соответствии с резолюцией, одобряющей политику Здоровье-2020 (53).

На своей шестьдесят второй сессии Региональный комитет подверг скрупулезному обсуждению принципы и критерии отбора целевых ориентиров как элемент формулирования и осуществления политики Здоровье-2020, а также примерные индикаторы для отслеживания прогресса и компоненты механизма мониторинга (53). Было отмечено, что постановка целевых ориентиров несомненно поможет в определении основных направлений и целей политики Здоровье-2020 и что в этой области уже проделана большая работа. Основное указание Регионального комитета по вопросам мониторинга и отчетности заключалось в том, чтобы в максимально возможной мере использовать уже имеющуюся, поступающую информацию по здравоохранению, а также чтобы целевые ориентиры носили не страновой, а региональный характер и достигаемый прогресс учитывался на Европейском уровне. Представители делегаций государств-членов и неправительственных организаций поздравили Европейское региональное бюро ВОЗ в связи с успешно проведенной работой и подчеркнули необходимость приведения целевых ориентиров и индикаторов в соответствие с принципом SMART (конкретные, измеримые, достижимые, актуальные и имеющие временные рамки).

Региональное бюро вновь соберет группу экспертов, которая руководила процессом, и после дополнительных широких консультаций представит окончательный перечень индикаторов на рассмотрение ПКРК и затем для утверждения на сессии Регионального комитета в 2013 г. Ключевые аспекты дискуссий и принятые решения в рамках этих процессов изложены ниже в данной главе.

Формулирование целевых ориентиров – общие принципы и частные критерии

Целевые ориентиры нередко ассоциируют с редуционистскими взглядами на системное поведение и показатели деятельности, а также с механизмами иерархического мышления и контроля. Однако в новейшей литературе по системам здравоохранения целевые ориентиры все в большей мере характеризуются такими чертами, как комплексность и неопределенность. Таким образом, они могут играть полезную роль в уточнении ожиданий, мотивировании деятельности и улучшении подотчетности в данном контексте. Выделяют понятие «коллективного сопоставительного анализа» (collective benchmarking) (54) –

коллективного процесса постановки целей и целевых ориентиров, участники которого подотчетны друг другу, что способствует общему прогрессу. Во вставке 12 представлены в обобщенном виде сильные стороны целевых ориентиров и имеющиеся ограничения в их пользу.

Целевые ориентиры должны позволять адаптацию и динамическую оценку. В контексте осуществления политики целевые ориентиры представляют собой эвристический механизм, дающий конкретные пути оценки и корректирования деятельности по ходу процесса. При этом важнейшим условием является наличие данных. Мониторинг прогресса в достижении целевых ориентиров зависит от наличия сравнимых данных, обладающих достаточным качеством

Вставка 12 Преимущества и недостатки целевых ориентиров	
Преимущества	Недостатки
Целевые ориентиры – это конкретный механизм, позволяющий выразить направление политики, повысить уровень осведомленности и стимулировать политическую и организационную поддержку (пример – ЦРТ).	Целевые ориентиры трудно привести в соответствие со стратегией.
Они отражают научный взгляд на будущее в плане достижимых улучшений здоровья населения.	Существует риск, что будет отдан приоритет достижению лишь тех целевых ориентиров, которые легко поддаются измерению («что можно измерить, то и делается»).
Они дают заинтересованным сторонам материал для обмена опытом.	Они могут провоцировать так называемый «бюрократический захват» (bureaucratic capture) – элементы организационной бюрократии будут оправдывать свое существование наличием относящихся к ним целевых ориентиров.
Они рассматриваются как инструмент укрепления подотчетности и коммуникации.	Целевые ориентиры подчиняются «закону уменьшения отдачи» – достижение последних остающихся процентных пунктов в целевом ориентире может требовать диспропорционально больших вложений.
Они предоставляют оперативную картину проводимой деятельности для ориентации партнеров.	Они иногда провоцируют гейминг – погоню за показателями, при которой забывается об основной сути решаемой задачи.
Они используются в качестве отправных точек в повседневной работе.	При избыточной многочисленности или сложности они могут расцениваться в качестве ненужного и демотивирующего бремени.
Они дают стимул для действий, создавая «добродетельный цикл».	Их нередко выражают в усредненных значениях (как, например, в случае ЦРТ), что может скрадывать неравномерность распределения и нарушения социальной справедливости – вопросы, имеющие фундаментальное значение в политике Здоровье-2020.

и надежностью. На практике в этом нередко состоит основная проблема. Наличие данных – это один из критериев отбора как региональных, так и страновых индикаторов для мониторинга целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Вместе с тем опыт Европейского региона свидетельствует о том, что установление целевых ориентиров и отбор индикаторов могут служить мощным инновационным стимулом для укрепления и/или расширения масштабов сбора данных и включения соответствующей отчетности в национальные системы планового информационного обеспечения. При этом стимулируется также использование новых и имеющихся данных для обоснования политики общественного здравоохранения, включая более широкие направления государственной политики, содействующие укреплению здоровья. В некоторых странах это явилось катализатором привлечения, анализа и использования данных, сбор которых на национальном уровне ранее не проводился.

Все эти вопросы были рассмотрены внутренней и внешней руководящими группами политики Здоровье-2020, а также в рамках более широких консультаций Регионального бюро с государствами-членами и экспертами. Были установлены четкие руководящие принципы и критерии для использования целевых ориентиров политики Здоровье-2020. С самого начала государства-члены пришли к согласованному решению, что эти ориентиры следует установить не на страновом, а на европейском уровне с отчетностью по средним региональным показателям. Таким образом, целевые ориентиры должны носить актуальный характер для всего Региона и представлять важность для каждого государства-члена. Целевой ориентир европейского уровня должен всемерно стимулировать обмен полезным опытом, солидарность и творческое участие в решении общих проблем, в частности (но не исключительно) трансграничного характера. В то же время государствам-членам было рекомендовано определять собственные национальные целевые ориентиры и направления действий в контексте разработки национальных стратегий здравоохранения.

Кроме того, подчеркивалось, что необходимо обеспечить рациональный баланс между различными типами целевых ориентиров в рамках тематики Здоровье-2020: сочетание итоговых результатов, детерминант, факторов риска и процессов; целевые ориентиры в таких, например, областях, как инвестиции, потенциал

и ресурсы; ориентиры по вопросам распределения показателей в стране или между странами – для сокращения неравенств в отношении здоровья (градиенты и пробелы, относительные и абсолютные) и содействия «подтягиванию» отстающих к верхнему уровню (levelling up) вместо низведения к усредненным показателям.

Другое важное решение заключалось в требовании сохранять реалистичный и экономный подход, но без необоснованных упрощений: так, например, речь может идти о создании набора из 5–10 ясных и измеримых целевых ориентиров, возможно с количественными и качественными оценочными критериями. В консультациях с государствами-членами и руководящими органами была подтверждена необходимость механизмов подотчетности.

Помимо этого, было согласовано мнение о том, что целевые ориентиры должны четко отражать принятые всеми странами глобальные механизмы, цели и стратегии, а также подписанные конвенции и международные соглашения. В современном контексте важно соблюдать соответствие не только ЦРТ, но также и основным глобальным целевым ориентирам по НИЗ и другим общемировым и региональным задачам.

Целевые ориентиры, соответствующие принципу SMART, могут быть достигнуты с большей вероятностью, нежели цели, носящие общий характер. Целевые ориентиры должны быть сформулированы предельно ясно и однозначно. Чтобы выработать измеримые целевые ориентиры, следует установить конкретные критерии для количественной оценки прогресса. Достижимость целевых ориентиров обуславливается их реалистичностью и постановкой в определенные временные рамки; наличие таких рамок, желательно с контрольными сроками, поддерживает темпы работы и стимулирует коллективные действия. Целевые ориентиры считаются актуальными, когда они представляют собой задачи, в решение которых принятая политика может внести полезный вклад. Несмотря на свой эвристический характер, каждый целевой ориентир должен отражать реальный прогресс, оцениваемый с применением качественных или количественных показателей. Фактически принципу SMART должны соответствовать как качественные, так и количественные целевые ориентиры.

Установление частных целевых ориентиров для политики Здоровье-2020

Процесс

Процесс определения целевых ориентиров и индикаторов носит комплексный характер; предшествующий опыт формирования подхода «Здоровье для всех» в 1980-х и 1990-х годах и в более недавний период – при составлении ЦРТ – показал, что для достижения итоговых результатов, отвечающих принципу SMART, важно иметь хорошо организованный механизм. Он должен включать систему мониторинга и структурированной отчетности, методику интерпретации индикаторов, а также представление о том, что будет означать для Европейского региона достижение целевых ориентиров, составленных в соответствии с принципом SMART. Процесс следует осуществлять с участием всех заинтересованных сторон, но он не должен быть слишком сложным и громоздким. ПКРК предложил сформировать небольшую рабочую группу по целевым ориентирам и индикаторам в следующем составе:

- эксперты из государств-членов (представленных в составе ПКРК и в Форуме для государственных должностных лиц высшего звена), обладающих опытом и знаниями в предметных областях и по вопросам информации здравоохранения;
- старшие должностные лица Европейского регионального бюро ВОЗ;
- сотрудники Регионального бюро, обладающие опытом и навыками в формулировании целевых ориентиров и в работе с медико-санитарной информацией.

Вклад в технические дискуссии внесли и государства-члены, которые тесно сотрудничали с Секретариатом ВОЗ в соответствии с предложением, выдвинутым ПКРК в мае 2011 г. В Рабочую группу вошли представители следующих государств-членов: Андорра (председатель ПКРК прежнего созыва), бывшая югославская Республика Македония (председатель ПКРК прежнего созыва), Польша, Соединенное Королевство, Турция, Украина и Швеция (председатель ПКРК последующего созыва). Сопредседателями группы стали представитель Швеции, имеющий богатый опыт в данной области, и директор Европейского регионального бюро ВОЗ. Группа проводила совещания в формате видео- и телеконференций каждые 1–2 месяца, а также очные встречи,

Вставка 13
Рабочая группа ПКРК
по целевым ориентирам и индикаторам

Рабочая группа ПКРК по целевым ориентирам и индикаторам во время первой телеконференции согласовала свой круг ведения:

- составить окончательный вариант порядка работы Группы, включая дорожную карту;
- суммировать результаты обсуждений, проведенных на уровне ПКРК и Европейского регионального бюро ВОЗ в отношении целевых ориентиров политики Здоровье-2020, и проанализировать предшествующие процессы установления целевых ориентиров;
- согласовать техническую методологию для определения целевых ориентиров и индикаторов, в частности составить рекомендации по процессу и методике разработки качественных целевых ориентиров;
- определять значимые вопросы для представления Региональному комитету;
- определить по два целевых ориентира высокого уровня для каждой области, а также обсудить и предложить вплоть до двух подчиненных целевых ориентиров для каждого целевого ориентира высокого уровня;
- изучить и предложить индикатор(ы) для каждого целевого ориентира, которые отвечают согласованным принципам и по которым имеется информация;
- принять участие в проведении консультации с государствами-членами, координируемой Региональным бюро;
- предложить и окончательно доработать целевые ориентиры для представления на шестьдесят второй сессии Регионального комитета совместно с заключительным вариантом политики Здоровье-2020.

Группа по мере необходимости вводила в свой состав дополнительных экспертов и поддерживала тесные связи с коллективами, осуществляющими научные исследования в рамках разработки политики Здоровье-2020, в частности с целевой группой по измерениям и целевым ориентирам, участвующей в составлении обзора социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европе. Результатом каждого совещания группы было принятие четких рекомендаций по сужению списка потенциальных целевых ориентиров и индикаторов в соответствии с тремя широкими областями, изначально обозначенными в политике Здоровье-2020:

- бремя болезней и факторы риска;
- здоровые люди, благополучие и детерминанты;
- процессы, в том числе стратегическое руководство и деятельность систем здравоохранения (47).

Секретариат Регионального бюро собирал и обобщал предложения и рекомендации относительно процесса, а также относительно возможных целевых ориентиров для включения их в список и дальнейшего обсуждения в серии консультаций с государствами-членами.

приуроченные к совещаниям ПКРК и сессиям Регионального комитета, в соответствии с установленным кругом ведения (см. вставку 13).

Целевые ориентиры политики Здоровье-2020

Как отмечено выше, Региональный комитет утвердил текст с изложением шести всеобъемлющих целевых ориентиров и постановил разработать индикаторы для оценки прогресса в осуществлении политики Здоровье-2020 в масштабах Европы. Положительной чертой целевых ориентиров является их неотъемлемая связь со стратегическими задачами и приоритетами политики Здоровье-2020. Их выбор обоснован тем, что они либо согласуются с предпринимаемыми в настоящее время усилиями по установлению глобальных целевых ориентиров, например в области НИЗ, либо представляют собой расширение и обновление предыдущих стратегий и подходов к установлению целевых ориентиров для Европы, которые уже признаны или одобрены европейскими государствами-членами.

Всеобъемлющие целевые ориентиры:

1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе.
2. Повысить среднюю продолжительность жизни населения Европы.
3. Сократить несправедливости в отношении здоровья в Европе.
4. Повысить уровень благополучия европейского населения.
5. Обеспечить всеобщий охват европейского населения услугами здравоохранения.
6. Обеспечить принятие государствами-членами национальных целевых ориентиров.

В таблице 2 показаны соотношения между целевыми ориентирами Здоровье-2020 и задачами «Здоровье для всех» и «Здоровье-21» применительно к основным целевым областям.

Несмотря на то что прогресс в достижении всеобъемлющих целевых ориентиров будет формально оцениваться на уровне Европейского региона, большая часть фактической работы будет проводиться в самих странах. Этот принцип содержится в формулировке всеобъемлющего целевого ориентира 6, который отражает происходящее в настоящее время включение целевых ориентиров в национальную политику здравоохранения многих европейских стран (вставка 14).

Поиск путей для установления уровней целевых ориентиров и выбора индикаторов

Следующим шагом после определения областей целевых ориентиров является установление конкретных количественных значений, или уровней этих ориентиров, а также отбор индикаторов для мониторинга прогресса. Поскольку директору Европейского регионального бюро ВОЗ предстоит отчитываться о ходе достижения целевых ориентиров с использованием усредненных

Таблица 2

Области, охваченные всеобъемлющими целевыми ориентирами Здоровье-2020 и задачами, поставленными в более ранних европейских стратегиях

Целевые области Здоровье-2020	Всеобъемлющие целевые ориентиры Здоровье-2020	Аналогичные целевые ориентиры (задачи)	
		«Здоровье для всех» (50)	Здоровье-21 (4)
Бремя болезней и факторы риска	1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе	Прямого эквивалента нет, косвенная аналогия – задачи по сокращению младенческой, детской и материнской смертности, а также по обеспечению здорового старения	Задачи по сокращению преждевременной смертности, включенные в различные рубрики: в отношении здоровья людей молодого возраста, безопасности дорожного движения, инфекционных болезней и НИЗ
Здоровые люди, благополучие и детерминанты	2. Повысить среднюю продолжительность жизни населения Европы	«К 2000 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах Региона должна составлять не менее 75 лет и должно обеспечиваться последовательное и постоянное улучшение состояния здоровья всех лиц в возрасте 65 лет и старше»	«К 2020 г. ...расхождение в отношении ожидаемой продолжительности жизни в одной трети европейских стран с наиболее высоким показателем и в одной трети стран с самым низким показателем должно быть сокращено по крайней мере на 30%»
	3. Сократить несправедливости в отношении здоровья в Европе (целевой ориентир, относящийся к социальным детерминантам)	«К 2000 г. наблюдаемые в настоящее время различия в состоянии здоровья между странами и между отдельными контингентами населения внутри стран сократятся по крайней мере на 25%; инвалиды должны иметь возможность жить полноценной в социальном, экономическом и психическом отношении жизнью»	К 2020 г. обеспечить «сокращение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами по крайней мере на 25%; более ровное распределение основных показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в различных социально-экономических группах»
	4. Повысить уровень благополучия европейского населения (подлежит дальнейшей разработке в течение 2012–2013 гг.)	«К 2000 г. всем людям должна быть обеспечена возможность развития и использования их собственного потенциала здоровья, с тем чтобы вести полноценную в социальном, экономическом и психическом плане жизнь»	К 2020 г. следует добиться повышения уровня психосоциального благополучия людей
Процессы, стратегическое руководство и системы здравоохранения	5. Обеспечить всеобщий охват европейского населения услугами здравоохранения	Задача сформулирована в категориях доступа к услугам, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи, без финансового бремени для семей	К 2020 г. должно быть обеспечено «финансирование систем здравоохранения, гарантирующее универсальный охват и соблюдение принципов солидарности и стабильности»
	6. Обеспечить принятие государствами-членами национальных целевых ориентиров	Предоставление поддержки процессам постановки целевых ориентиров и в области информации по здравоохранению, включая отбор индикаторов и создание адекватных информационных систем на страновом уровне	Значительная часть целевых ориентиров также предназначена для достижения на уровне стран

Вставка 14

Пример из практики:

Австрия – целевые ориентиры в действии (55)

Австрийское федеральное министерство здравоохранения на основе широких консультаций, проведенных в течение 2011–2012 гг., сформулировало 10 основных национальных целевых ориентиров по развитию здравоохранения. Для их разработки ранее был сформирован комитет, в состав которого вошли следующие участники: представители почти 40 государственных органов на федеральном, региональном и местном уровнях (от различных секторов); партнерские организации в области социального страхования и социальной поддержки; эксперты в области систем здравоохранения и работники здравоохранения; сотрудники различных учреждений системы здравоохранения и социальной поддержки; представители групп пациентов: детей и подростков, пожилых и уязвимых в социально-экономическом отношении лиц.

Все заинтересованные граждане имели возможность принять участие в разработке путем использования интернет-платформы, которая позволяла им внести свой вклад в начале процесса и затем направить свои замечания по представленным проектам целевых ориентиров на финальном этапе. Были проведены две крупные конференции: в начале процесса в мае 2011 г. и для представления проектов целевых ориентиров в области здравоохранения в мае 2012 г.; в этих конференциях приняли участие многочисленные специалисты в области здравоохранения и представители общественности.

Целевые ориентиры охватывают широкий круг аспектов: среди них такие вопросы, как здоровая окружающая среда, социальная справедливость в отношении здоровья, медико-санитарная грамотность, социальная сплоченность и развитие здорового образа жизни, медицинская помощь, здоровое детство, питание, укрепление психосоциального здоровья. Всеобъемлющий целевой ориентир – в течение предстоящих 20 лет добиться увеличения ожидаемой продолжительности здоровой жизни на 2 года. После одобрения, полученного от Федеральной комиссии здравоохранения, и соответствующего постановления Совета министров, принятого в июле 2012 г., Австрия в настоящее время разрабатывает соответствующие индикаторы для каждого из 10 целевых ориентиров и составляет обязательный для исполнения план действий и обеспечения медико-санитарной отчетности. В целях реализации и оценки будет сформирована аналогичная межсекторальная группа государственных и общественных организаций и заинтересованных сторон – совет по мониторингу целевых ориентиров.

европейских показателей, для расчета последних будет необходимо проводить мониторинг по соответствующим индикаторам на уровне стран.

В июне 2012 г. Региональное бюро провело совещание группы экспертов, специально посвященное вопросу отбора индикаторов (56). На этом совещании было принято согласованное решение о принципиальных критериях для отбора индикаторов по 5 из 6 областей (за исключением аспектов благополучия). Индикаторы должны отвечать следующим требованиям:

- сбор данных по индикаторам по мере возможности должен осуществляться в плановом порядке, не представлять трудностей и не требовать от государств-членов значительных расходов; оптимальный вариант – использование сведений, подготавливаемых для представления в международные базы данных;
- индикаторы должны иметь высокий уровень надежности и достоверности, необходимый для точной оценки степени достижения целевых ориентиров;
- индикаторы должны использоваться для выбора вариантов политики и обоснования решений по установлению приоритетов;
- индикаторы должны предусматривать возможность деагрегирования данных на самом низком региональном или субнациональном уровне, что позволит проводить мониторинг региональных различий как в пределах государств-членов, так и между ними;
- индикаторы должны позволять разбивку данных по возрасту и полу и, где возможно, по этнической принадлежности, социально-экономическим характеристикам и уязвимым группам;
- возможность сбора соответствующих данных должна быть обеспечена в большинстве государств-членов.

Для этого необходимо максимально использовать информацию по вопросам здравоохранения, которая в плановом порядке собирается странами, по возможности избегая нового сбора данных.

Методы установления уровней целевых ориентиров

Технические методы, используемые для установления уровня того или иного целевого ориентира, а также для отбора существующих или разработки новых индикаторов варьируют в зависимости от поставленных задач. Существует ряд подходов, которые отличаются друг от друга по характеру требуемых фактических

данных, а также по сложности методов расчета (см. вставку 15 по установлению уровней целевых ориентиров и отбору индикаторов для НИЗ). В последующих разделах кратко описаны альтернативные методы на примере первой целевой области – бремя болезней и факторы риска.

Вставка 15

Иллюстрация подходов к установлению уровней целевых ориентиров и определению индикаторов для НИЗ

Контрфактуальный метод

Можно использовать индикатор преждевременной смертности от болезней системы кровообращения – одной из целевых областей по НИЗ. (Показатель преждевременной смертности приведен здесь исключительно в иллюстративных целях и на практике не является оптимальным, поскольку исключает из учета такую важную уязвимую группу, как пожилые люди.) Содержание целевого ориентира может быть представлено по-разному, возможны следующие формулировки:

- ежегодное сокращение смертности от болезней системы кровообращения в Европейском регионе к 2020 г. не менее чем на 1,5% с наиболее значительным снижением, достигаемым в странах, где в настоящее время уровни наиболее высокие;
- сокращение смертности от заболеваний

системы кровообращения в Регионе до уровня, соответствующего наиболее низким средним субрегиональным показателям, регистрируемым в настоящее время. Это сразу же даст количественное значение для ориентира, поскольку будет поставлена задача снизить к 2020 г. средние показатели по Европейскому региону от 100 на 100 000 (по состоянию на 2010 г.) до уровня, наблюдаемого в настоящее время в пределах Региона.

Индикатором для данного целевого ориентира мог бы быть «стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от болезней системы кровообращения на 100 000 населения, 0–64 года». На графике внизу показаны значения этого коэффициента для всех стран Европейского региона, а также средние показатели для следующих ранее выделяемых подгрупп стран в пределах Европейского региона:

- 15 стран, входившие в состав ЕС до 1 мая 2004 г. (ЕС-15);
- 12 стран, присоединившиеся к ЕС за период с 1 мая 2004 г. (ЕС-12);
- Содружество Независимых Государств (СНГ), в составе до 2006 г. (более подробно – см. приложение 1).

Нулевое значение стандартизованного по возрасту коэффициента смертности – это теоретический минимум, который, однако, не является физиологически возможным. Вместе с тем можно утверждать, что при создании оптимальной окружающей среды и других необходимых условий все страны Европы должны быть в состоянии достичь минимального показателя (в данном примере такого, как в Израиле), поскольку это уже является биологической реальностью и поэтому возможно. Либо, как указано выше, достичь самого низкого текущего субрегионального усредненного уровня

Преждевременная смертность от болезней системы кровообращения в странах и субрегионах Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



Контрфактуальный метод

Этот метод основан на сравнении биологически достижимого или теоретического минимума с существующей реальной ситуацией в соответствии с имеющейся информацией. Murray и Lopez (57) описали этот метод в 1999 г. в рамках классификации распределения контрфактуальных воздействий, которую можно использовать для определения вариантов реализации политики. Классификация

(в данном примере соответствующему ЕС-15), поскольку он также уже наблюдается на практике и поэтому такая задача является практически осуществимой.

Аналогичным образом можно предполагать, что страны с наиболее высокими уровнями смертности должны быть в состоянии сократить их до средних значений в масштабе всего Региона. Для обсуждения затратоэффективного минимума потребуются дальнейшая информация от интервенционных исследований. Выбор стандарта (часто называемого контрфактуальным) для оценки прогресса и определения целевого ориентира будет осуществляться либо путем экспертных мнений, консенсуса, либо другими методами (описано ниже).

Самый высокий страновой показатель на данном графике более чем в 10 раз превышает самый низкий и более чем вдвое превышает среднее значение для Европейского региона. В зависимости от того, какое значение используется в качестве контрфактуального или целевого коэффициента, процентное сокращение, заложенное в целевом ориентире, будет варьироваться. Альтернативно можно использовать позитивные параметры: например, вместо смертности – показатель ожидаемой продолжительности жизни. Наиболее высокое значение ожидаемой продолжительности жизни в Регионе могло бы затем использоваться в качестве контрфактуального ориентира для региональных сравнений.

Для оптимального расчета количественных выражений требуется дальнейшая работа. Различия в значениях коэффициентов определяются многочисленными факторами, при этом наиболее важным параметром является общая смертность, поскольку низкие показатели смертности от одних конкретных причин могут лишь отражать высокие уровни конкурирующей смертности от других предотвратимых причин.

Анализ тенденций

На другом примере смертности от болезней системы кровообращения продемонстрированы пути

использования тенденций в динамике показателей для формулирования целевого ориентира, на этот раз в области неравенств. На графике справа внизу показано, как менялась в Европе преждевременная смертность от болезней системы кровообращения. Он демонстрирует, что различия в показателях между странами Региона увеличились, особенно за последние 20 лет. Опираясь на эти данные можно сформулировать такой целевой ориентир, как «сокращение неравенств в уровнях смертности от болезней системы кровообращения в масштабах Европейского региона на х%». Индикатором могло бы тогда служить «пропорциональное различие в уровнях смертности от болезней системы кровообращения между странами с наиболее высоким и с наиболее низким показателями». В качестве альтернативного целевого ориентира можно предложить следующую формулировку: «сократить на х% степень различий в показателях смертности от болезней системы кровообращения между определенными подгруппами стран (которые будет необходимо определить)»; возможны и многие другие варианты. В обоих случаях процент сокращения необходимо устанавливать по согласованию с государствами-членами.

Дальнейший анализ требуется для определения реалистичности количественного целевого ориентира. Он включает выявление корреляций с использованием прогностических переменных, особенно тех, которые склонны реагировать на вмешательство, либо анализ квинтилей, где страны, входящие в наилучший квинтиль, исследуются на предмет наличия общих характеристик. Это требует более детального знания эффективности вмешательства, направленных на сокращение либо заболеваемости, либо детерминант/факторов риска. Такой анализ позволит определить общие черты в странах, подгруппах или регионах с наиболее высокими и с наиболее низкими показателями.

Консолидация результатов интервенционных исследований

В качестве гипотетического примера, если допустить, что активное использование статинов и внедрение определенных усовершенствований в деятельность

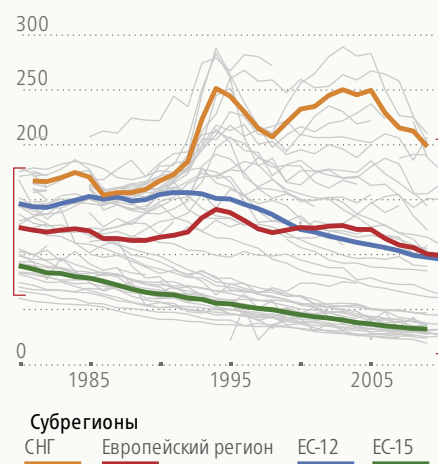
системы здравоохранения позволили сократить смертность от болезней системы кровообращения в некоторых странах на 5%, тогда потенциальный целевой ориентир мог бы быть установлен как 5%-ное сокращение преждевременной смертности от болезней системы кровообращения.

Сравнительная оценка рисков

Еще один гипотетический пример. Если снижение потребления табака сопровождается сокращением смертности от болезней системы кровообращения в некоторых странах на 10%, тогда потенциальный целевой ориентир мог бы быть установлен как 10%-ное сокращение коэффициентов преждевременной смертности от болезней системы кровообращения.

Динамика преждевременной смертности от болезней системы кровообращения в странах и субрегионах Европейского региона, 1980–2010 гг.

(стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения, 0–64 года)



содержит такие категории, как теоретический (theoretical) минимум, возможный (plausible) минимум, практически достижимый (feasible) минимум и затратоэффективный (cost-effective) минимум – применительно к любому рассматриваемому фактору риска или целевому ориентиру. Для данной целевой области метод учитывает тот факт, что определенное бремя болезни не удастся предотвратить вне зависимости от того, насколько благоприятными будут условия окружающей среды.

Анализ тенденций

Данный часто используемый метод включает наблюдение и документирование тенденций в разбивке по территориальному признаку (в пределах конкретной страны или между странами или группами стран) либо по социальным, экономическим или демографическим характеристикам населения, таким как пол, уровень образования или принадлежность к той или иной профессиональной группе. Он дает основу для анализа эволюции более общих детерминант здоровья, факторов риска, а также итоговых показателей в отношении здоровья или последствий для здоровья различных групп населения. Таким образом, можно установить, например, целевой ориентир по сокращению различий в соответствующих показателях между группами стран.

Прочие методы

Существует множество других методов, включая подходы к дальнейшему уточнению и усовершенствованию процесса установления целевых ориентиров. Один из них основан на обобщении результатов интервенционных исследований: результаты научных работ, посвященных анализу и количественной оценке эффективности вмешательств (включая затратоэффективность), из различных стран Европы можно консолидировать и обобщить; полученный процент снижения (улучшения) соответствующего показателя в результате вмешательства можно использовать как количественный параметр для целевого ориентира. Данные методы имеют важное значение, поскольку они непосредственно связаны с процессом анализа вариантов политики.

Еще один возможный подход – это оценка сравнительного риска: такие исследования изучают и дают количественную оценку влияния факторов риска на развитие болезни и прогнозируют динамику бремени болезни на основе расчетных тенденций изменения детерминант с течением времени. По этому вопросу имеется обширная литература, особенно из стран Европы.

Установление уровней целевых ориентиров и отбор индикаторов для мониторинга прогресса на период до 2020 г.

На совещании группы экспертов в июне 2012 г. был предложен предварительный набор потенциальных индикаторов для мониторинга шести всеобъемлющих целевых ориентиров (56). Ниже кратко изложены основные решения, принятые на этом совещании, которые следует учитывать в свете индикаторов, имеющихся в настоящее время в базе данных «Здоровье для всех» и в ряде других источников.

- Необходимо иметь набор основных индикаторов, данные по которым должны быть в наличии в различных странах Европейского региона, но так, чтобы у стран была возможность расширить этот перечень и использовать дополнительные индикаторы, имеющиеся в их распоряжении.
- Государства-члены должны представлять сведения по этим основным индикаторам и при наличии ресурсов добавлять также сведения по расширенному перечню.
- Необходимо иметь параметры подотчетности: перечень основных индикаторов может помочь в решении этой задачи.

Как решили государства-члены, исходный уровень для мониторинга целевых ориентиров политики Здоровье-2020 следует установить по состоянию на 2010 г. – это дает 10-летний период для мониторинга и отчетности о прогрессе.

На основании составленных критериев, предложенных для мониторинга прогресса, группа экспертов предложила значения целевого ориентира для каждой из всеобъемлющих целевых областей и составила проекты двух наборов индикаторов для дальнейшего обсуждения (см. табл. 3): основные индикаторы, которые четко соответствуют всем или почти всем критериям, и дополнительные индикаторы в виде «меню», из которого государства-члены могут выбрать наиболее соответствующие параметры и в которое они могут вносить дополнения по мере целесообразности.

Индикаторы, предложенные группой экспертов, – это предварительные поля-шаблоны для последующего заполнения реальными значениями. В период после сессии регионального комитета 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ начало обширные консультации с государствами-членами в целях окончательной доработки перечня индикаторов для согласованных целевых ориентиров с перспективой

Таблица 3
Мониторинг прогресса в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020

Всеобъемлющие целевые ориентиры Здоровье-2020	Ключевые целевые области	Предлагаемые основные индикаторы	Потенциальные дополнительные индикаторы
1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе	<p>1.1. Относительное ежегодное снижение на 1,5% в период до 2020 г. общей смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, диабета и хронических болезней органов дыхания</p> <p>1.2. Обеспечение устойчивой элиминации отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин (полиомиелит, корь, краснуха, профилактика синдрома врожденной краснухи)</p> <p>1.3. Сокращение к 2020 г. на 30% частоты травм, связанных с дорожно-транспортными происшествиями</p>	<p>1.1а. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин на 100 000 населения в разбивке по полу и широким причинам смерти</p> <p>1.1b. Распространенность основных факторов риска, в том числе включенных в глобальный механизм мониторинга НИЗ</p> <p>1.1с. Младенческая смертность на 1000 живорожденных</p> <p>1.2а. Процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи</p> <p>1.3а. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения от всех внешних причин</p>	<p>а. Общая и преждевременная смертность в разбивке по полу от четырех основных НИЗ (болезни системы кровообращения, новообразования, диабет и хронические болезни органов дыхания)</p> <p>б. Распространенность ежедневного табакокурения среди населения в возрасте 15 лет и старше к 2020 г.</p> <p>с. Потребление алкоголя</p> <p>1.3а. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения от всех внешних причин</p> <p>д. Избыточная масса тела / ожирение</p> <p>е. Дорожно-транспортные несчастные случаи</p> <p>ф. Случайные отравления</p> <p>г. Алкогольные отравления</p> <p>h. Самоубийства</p> <p>i. Случайные падения</p> <p>j. Убийства и нападения</p>
2. Повысить среднюю продолжительность жизни населения Европы	2.1. Дальнейший рост ожидаемой продолжительности жизни с сохранением текущих темпов, наряду с сокращением к 2020 г. на 50% или 25–30% различий в показателях ожидаемой продолжительности жизни между различными группами европейского населения	2.1а. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	<p>а. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении и в возрасте 1 года, 15, 45 и 65 лет</p> <p>б. Ожидаемая продолжительность предстоящей здоровой жизни при рождении и в возрасте 65 лет</p>
3. Сократить несправедливости в отношении здоровья в Европе (целевой ориентир, относящийся к социальным детерминантам)	3.1. Сокращение разрыва по показателям здоровья между группами, подверженными социальному отчуждению и бедности, и остальной частью населения	<p>3.1а. Процент детей, преждевременно прекративших учебу в школе</p> <p>3.1b. Уровень бедности, в частности в конкретных группах (дети, пожилые)</p> <p>3.1с. Младенческая смертность на 1000 живорожденных</p> <p>3.1d. Качественный показатель, документирующий наличие национальной политики, направленной на сокращение несправедливостей в отношении здоровья</p> <p>3.1е. Ожидаемая продолжительность жизни</p> <p>3.1f. Коэффициент Джини</p> <p>3.1g. Индекс развития человеческого потенциала</p> <p>3.1h. Частота суицидов и убийств</p> <p>3.1i. Частота случаев подростковой беременности</p>	<p>а. Процент детей соответствующего возраста, обучающихся в начальной школе</p> <p>б. Процент детей, подверженных риску бедности</p> <p>с. Ожидаемая продолжительность жизни в разбивке по полу и месту проживания (в сельской или городской местности)</p> <p>д. Индекс развития человеческого потенциала – с поправкой на уровень социальной несправедливости</p>
4. Повысить уровень благополучия европейского населения	Подлежит разработке в течение 2012/2013 г.	<p>4.1а. Распространенность ожирения среди детей</p> <p>4.1b. Подлежат разработке (включая аспекты психического здоровья, других нарушений здоровья, смертности, включая частоту самоубийств; объективные и субъективные параметры)</p>	а. Степень участия лиц с психическими расстройствами в работе по найму

5. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения и «право на здоровье» в Европе	5.1. К 2020 г. системы финансирования здравоохранения должны гарантировать всеобщий охват, солидарность и устойчивость в предоставлении услуг	5.1a. Расходы домохозяйств на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение 5.1b. Процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи 5.1c. Процент младенцев с низкой массой тела при рождении (<2,5 кг) 5.1d. Расходы на здравоохранение на душу населения (процент от ВВП)	а. Более детальные показатели, характеризующие прямую оплату населением услуг здравоохранения
6. Обеспечить принятие государствами-членами национальных целевых ориентиров	6.1. Процессы национального целевого планирования организованы, и целевые ориентиры сформулированы	6.1a. Качественный показатель, документирующий процесс и принятые формулировки 6.1b. Качественный показатель, документирующий внедрение принципа учета интересов здоровья в политике всех секторов 6.1c. Качественный показатель, документирующий: (i) принятие национальной политики Здоровье-2020; (ii) план реализации; (iii) механизм подотчетности	

их представления региональному комитету в 2013 г. Это включает обсуждения на всех совещаниях руководящих органов, а также письменную онлайн-консультацию.

В целях стимулирования обсуждений по соответствующим индикаторам для утвержденных всеобъемлющих целевых ориентиров политики Здоровье-2020 ниже приведены некоторые из индикаторов, предложенных группой экспертов, иллюстрирующие исходные данные, включая тенденции по четырем из всеобъемлющих целевых ориентиров. Кроме того, для одного из индикаторов приведен механизм мониторинга.

Целевой ориентир 1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе

Ключевые целевые области включают: относительное сокращение общей смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, диабета и хронических болезней органов дыхания; элиминацию отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин; сокращение частоты дорожно-транспортных несчастных случаев.

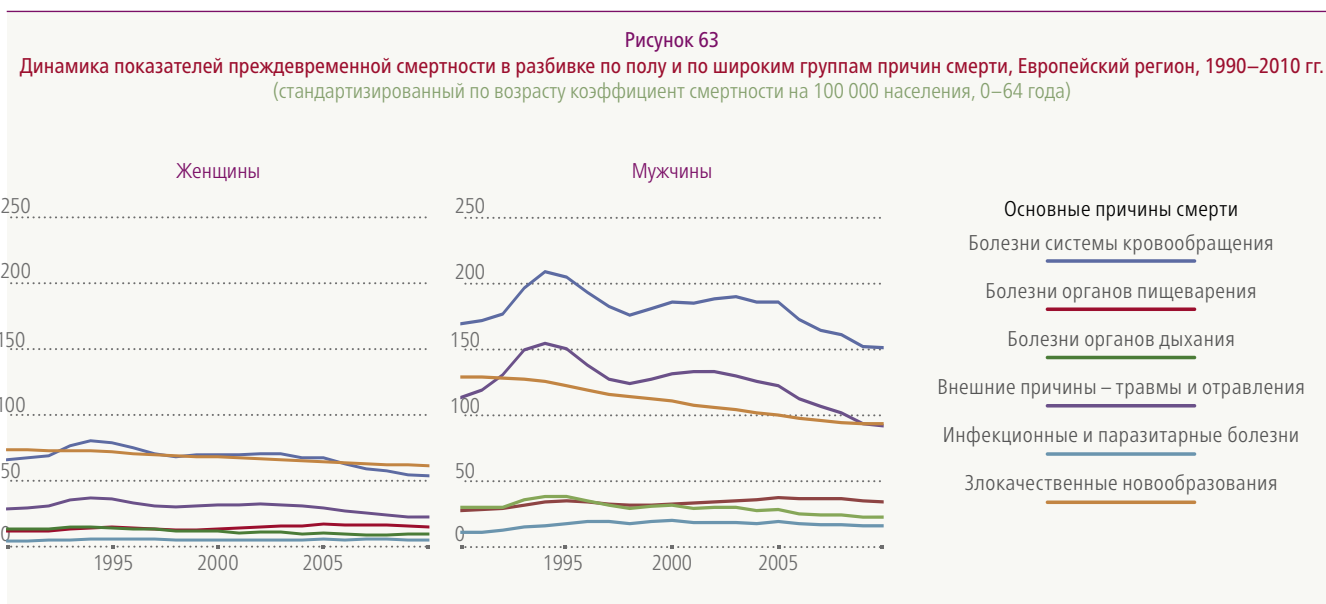
Индикатор: стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин на 100 000 населения в разбивке по полу и широким причинам смерти

Как указано в главе 1, несмотря на то, что общие усредненные уровни смертности от всех причин за последние годы снизились, значения этого показателя характеризуются существенным разбросом между различными странами Европейского региона (см. рис. 10, стр. 12).

В качестве потенциального дополнительного индикатора для данного целевого ориентира предложено использовать показатель преждевременной смертности (случаи смерти до достижения возраста 65 лет) в разбивке по широким группам причин смерти и полу (рис. 63). Тенденции в Европейском регионе демонстрируют значительные различия в уровнях данных показателей между мужчинами и женщинами: в два раза или более для всех групп причин, но особенно выраженные для болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин смерти. Также различается распределение конкретных причин: в настоящее время женщины в равной мере подвержены как болезням системы кровообращения, так и онкологическим заболеваниям, но реже умирают от внешних причин. У мужчин на первый план среди причин смерти выступают болезни системы кровообращения, за которыми следуют внешние причины и новообразования. Показатели смертности по большинству групп причин смерти снижаются, хотя и различными темпами, за исключением болезней органов пищеварения (преимущественно в отношении хронических болезней печени и цирроза печени).

Индикатор: распространенность основных факторов риска

Другой предложенный основной индикатор – это распространенность важнейших факторов риска НИЗ, включая табакокурение и потребление алкоголя. Распространенность регулярного курения снизилась в Европе до 25%. Однако учет



данного показателя ведется не во всех странах, что создает определенные проблемы для мониторинга.

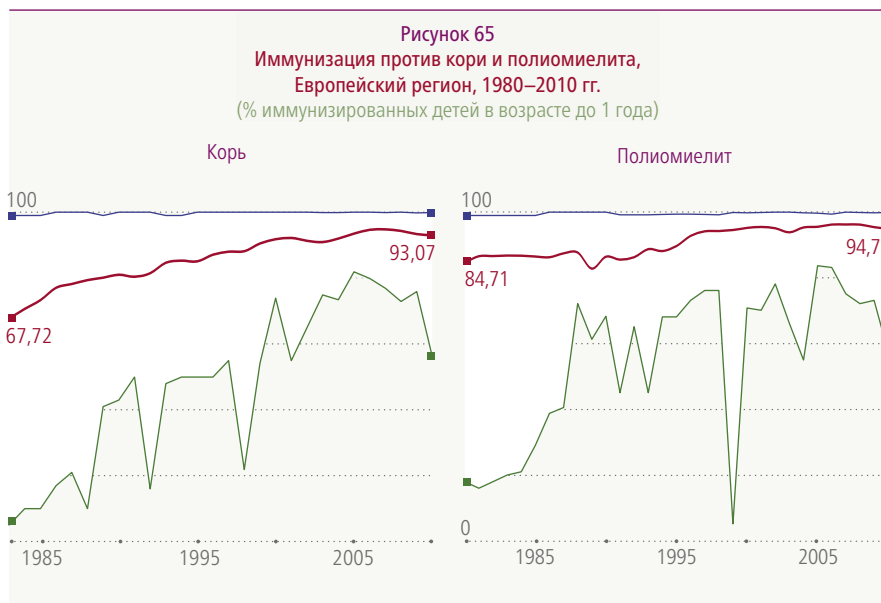
В противоположность этому, уровень потребления алкоголя в некоторых частях Региона стремительно повышается, хотя это и маскируется значениями усредненного показателя для Европейского региона в целом (рис. 64). Это сопровождается соответствующими характеристиками смертности от причин, связанных с алкоголем.

Индикатор: процент детей, вакцинированных против кори, полиомиелита и краснухи

Важнейшей целевой областью по сокращению преждевременной смертности является достижение и поддержание элиминации отдельных болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. Потенциальные индикаторы для мониторинга относятся к усилиям, предпринимаемым системой здравоохранения, в частности в области иммунизации. В течение последнего десятилетия доля детей в Европейском регионе, защищенных против кори и полиомиелита, превысила 90% (рис. 65). В странах Восточной Европы и Центральной Азии эти уровни несколько выше. В некоторых странах недавнее сокращение в уровнях иммунизации создало условия для возникновения вспышек. При таких сценариях требуются дополнительные усилия для того, чтобы достичь эффективной защиты населения.

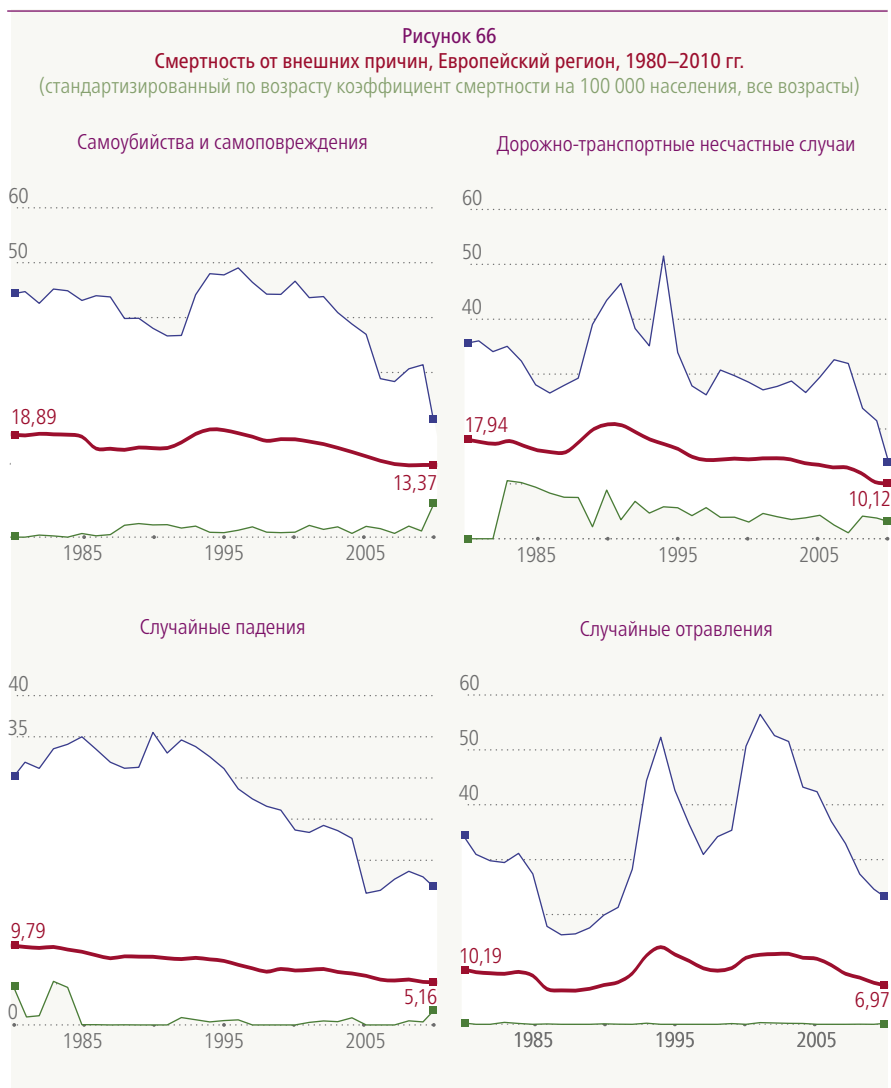


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Индикатор: стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности на 100 000 населения от всех внешних причин
 Еще одной значимой целевой областью являются дорожно-транспортные несчастные случаи (и другие внешние причины смерти) с учетом их места в структуре смертности. В 2010 г. уровни смертности от внешних причин в Регионе варьировались от 25 до 103 на 100 000 населения, что составляет почти четырехкратный разброс (см. рис. 35, стр. 32). Как показано в главе 1, уровни смертности от конкретных внешних причин также значительно различаются между странами (рис. 66).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» и база данных по смертности (6,11).

Целевой ориентир 2. Повысить среднюю продолжительность жизни населения Европы

Основная целевая область – последовательное увеличение ожидаемой продолжительности жизни текущими темпами в сочетании с сокращением разрыва в значениях данного показателя между различными группами населения.

Индикатор: ожидаемая продолжительность жизни при рождении

За период последних трех десятилетий ожидаемая продолжительность жизни населения Европы ежегодно увеличивалась в среднем на 0,17 года (см. рис. 4, стр. 5). В соответствии с прогнозами при сохранении таких же темпов роста, как в 1980–2010 гг., к 2050 г. она достигнет почти 81 года (7). Вместе с тем сохраняется значительный разрыв между группами стран. Например, некоторые западноевропейские страны уже в 2010 г. достигли уровня продолжительности жизни, ожидаемого для всего Региона к 2050 г. Этот показатель в данных странах продолжит рост и к 2050 г. достигнет 85 лет. В противоположность этому, в ряде других стран к 2050 г. ожидаемая продолжительность жизни по прогнозам составит лишь 75 лет – уровень, достигнутый в Европейском регионе в целом уже в 2010 г., а в некоторых странах – в 1985 г.

Целевой ориентир 3. Сократить несправедливости в отношении здоровья в Европе (целевой ориентир, относящийся к социальным детерминантам)

Целевая область посвящена сокращению градиентов и разрывов по показателям здоровья между подгруппами населения в странах. Основное внимание, по всей вероятности, должно быть уделено группам, в большей степени подверженным социальному отчуждению и бедности в сравнении с остальной частью населения. Один из учитываемых показателей – различия в прогнозируемой к 2020 г. средней ожидаемой продолжительности жизни между группами европейского населения.

Целевой ориентир 4. Повысить уровень благополучия европейского населения

Данная целевая область требует значительного объема работы по новому направлению. По инициативе Европейского регионального

бюро ВОЗ группа международных экспертов приступила к анализу и отбору методов количественной оценки благополучия и установлению целевых ориентиров в данной области. Предложение данной группы по индикаторам будет активно обсуждаться с государствами-членами (см. в главе 3). Группа предложила в качестве одного из таких индикаторов использовать распространенность детского ожирения.

Индикатор: распространенность ожирения среди детей

Новые данные о распространенности ожирения в европейских странах появляются медленно, поэтому в качестве альтернативы нередко используют опосредованные количественные показатели, которые характеризуют поведение, влияющее на здоровье. Последний опрос школьников, проведенный в рамках исследования HBSC, дает информацию об их поведении в отношении здоровья, включая физическую активность и характер питания (40). В то время как 15% из числа опрошенных 15-летних подростков сообщили о том, что они поддерживают ежедневный уровень физической активности от умеренного до высокого (рис. 67), среди мальчиков это наблюдалось в два раза чаще, чем среди девочек (соответственно 19 и 10%). Самый высокий уровень (суммарно для мальчиков и девочек) был почти в 3 раза выше, чем самый низкий. Что касается здорового питания, 31% подростков сообщили, что они употребляют фрукты каждый день, при этом уровни были выше для девочек, чем для мальчиков (соответственно 35 и 27%). По этому показателю также отмечались значительные различия между странами с максимальным двукратным разрывом между мальчиками и девочками.

Целевой ориентир 5. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения и «право на здоровье» в Европе

Ключевые целевые области включают финансирование систем здравоохранения для всеобщего охвата услугами, достижение которого к 2020 г. требует соблюдения принципов солидарности и устойчивости.

Индикатор: расходы домохозяйств на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение

Данный индикатор дает информацию о прямых расходах на услуги здравоохранения, которые несут семьи и которые не покрываются за счет консолидированных фондов (формируемых за счет налогообложения либо по схемам страхования); это ключевой

индикатор в отношении всеобщего охвата (характеризуя один из трех его параметров). Как было описано в главе 1, средняя доля расходов на прямую оплату услуг «из собственного кармана» в общих расходах на здравоохранение в 2009 г. в Европейском регионе была равна 23% (рис. 68), однако разброс значений составлял от 5,7 до 79,5% (14-кратный разрыв между странами).

Рисунок 67

Распространенность физической активности (от умеренной до высокой) и потребления фруктов среди 15-летних подростков в странах Европейского региона, в разбивке по полу, 2009/2010 гг.



Источник: Currie et al. (40). Примечания: *Бельгия (фламандская часть) ^bБельгия (французская часть) ^cHBSC среднее (по полу) ^dHBSC среднее (всего)

Целевой ориентир 6. Обеспечить принятие государствами-членами национальных целевых ориентиров

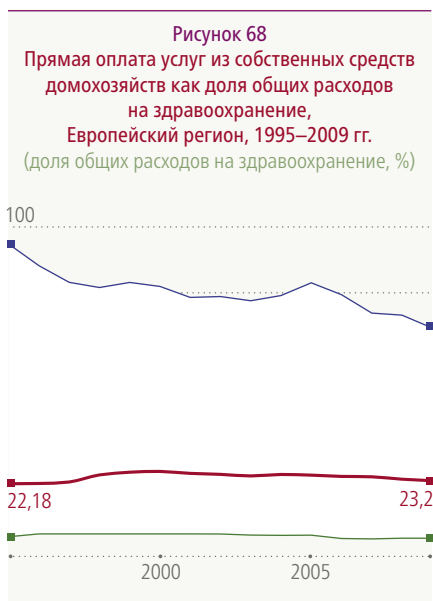
Данная целевая область отражает процессы, начатые или наращиваемые государствами-членами в масштабах Европейского региона (см. пример во вставке 14), которые более детально описаны ниже. Основное внимание будет, по всей вероятности, уделено обновлению текущих усилий и добавлению новых областей в соответствии с политикой Здоровье-2020, а также вопросам укрепления мониторинга и отчетности по целевым ориентирам и индикаторам на страновом уровне. Европейское региональное бюро ВОЗ будет также всячески поддерживать обмен опытом наилучшей практики между странами Региона.

Мониторинг целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020

Региональное бюро, в консультации с государствами-членами, завершает разработку схемы мониторинга целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020. На сессии Регионального комитета 2012 г. был дан благоприятный отзыв относительно нижеизложенных механизмов.

Механизмы представления отчетности от государств-членов

Необходимо в максимальной степени использовать существующие механизмы представления отчетности. К ним относятся ежегодные или двухгодичные отчеты, представляемые в базу данных «Здоровье для всех» и другие базы данных, которые ведет Европейское региональное бюро ВОЗ, включая систему совместного с Евростат и ОЭСР сбора данных. На Региональное бюро будет возложена обязанность осуществлять мониторинг и сбор информации из этих баз данных и обеспечивать ее надлежащий синтез, анализ и презентацию государствам-членам.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Платформы для представления отчетности от государств-членов

Государствам-членам не нужно будет представлять дополнительную информацию, кроме тех случаев, когда потребуются данные, не собираемые в плановом порядке (потенциально для целевых ориентиров 4 и 6). В тех случаях, когда показатели в плановом порядке не собираются (через национальную систему отчетности либо посредством регулярно проводимых обследований) и не поступают в ВОЗ, можно будет использовать согласованные с государствами-членами оценочные величины, получаемые из штаб-квартиры ВОЗ или в рамках совместных проектов на уровне Организации Объединенных Наций. Европейское региональное бюро ВОЗ будет проводить обсуждения с государствами-членами, чтобы определить оптимальные варианты решения данной задачи, и постоянно пользоваться консультативной поддержкой со стороны ПКРК.

До того момента, пока Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций не внедрит общую платформу, объединяющую все базы данных Регионального бюро (запланировано на 2013 г.), следует использовать существующие платформы, в частности механизм ежегодного сбора сведений для включения в базу данных «Здоровье для всех» (6). Система совместного с Евростат и ОЭСР сбора данных также поставляет сведения в эти механизмы, поэтому дополнительного представления отчетности не потребуется.

Однако в ближайшие годы на смену этой платформе должна прийти интегрированная Европейская система информации по здравоохранению, которую Региональное бюро создает в сотрудничестве с Европейской комиссией и ОЭСР. Принципиальная идея Регионального бюро заключается в том, чтобы эта система при ее вводе в действие опиралась на основные индикаторы мониторинга и отчетности о ходе осуществления политики Здоровье-2020, поскольку с этим согласятся все государства-члены. Региональное бюро продолжит обсуждение данного важного вопроса с Европейской комиссией и ОЭСР в целях согласования дальнейших совместных действий. На последующих этапах диапазон учитываемых показателей и функциональные параметры системы могут быть расширены, с учетом возможностей, имеющихся вариантов и достигнутых соглашений. Так, например, в настоящее время Региональное бюро рассматривает вопрос о том, как можно перевести существующие платформы в электронную

инфраструктуру для новой системы, и будет регулярно предоставлять государствам-членам информацию о состоянии дел.

Что касается показателей, по которым данные в настоящее время в плановом порядке не собираются (к таким относятся, например, проводимые работы по установлению национальных целевых ориентиров и по благополучию), любые новые усилия следует предпринимать, опираясь на существующие механизмы. Региональное бюро предлагает следующие пути решения данной задачи.

- Сбор страновой информации по качественным индикаторам можно проводить в рамках технических программ Регионального бюро, используя краткие вопросники, в которых в основном требуется ответ «да/нет»; при желании можно прилагать развернутое пояснение. Сотрудники Регионального бюро должны активно привлекать к этой работе своих технических партнеров в странах.
- Разрабатываемые в 2013 г. индикаторы благополучия будут включать как данные, представляемые в плановом порядке, так и субъективные сведения на основе самооценки респондентов; это потребует дополнительного представления отчетности. Региональное бюро будет регулярно проводить консультации с государствами-членами и руководящими органами ВОЗ по подходам к сбору данных в этой области. Следует изучить возможность использования существующих механизмов (таких как, например, ежегодные опросы, проводимые во всех европейских странах Институтом Гэллага и другими агентствами по изучению общественного мнения). В настоящее время Региональное бюро анализирует, в сотрудничестве с такими организациями, возможные варианты (которые не должны создавать для стран дополнительного бремени, включая финансовое) и, несомненно, будет консультироваться со странами, например в ходе ежегодного сбора сведений для базы данных «Здоровье для всех».

Синтез отчетных данных в формате публикации «Статистика европейского здравоохранения» и отчета Регионального директора

Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает каждые два года помещать в виде специального раздела новой публикации

под предварительным названием «Статистика европейского здравоохранения» синтезированную сводку всех данных, получаемых через существующие механизмы. Перед публикацией Региональное бюро будет проводить широкие письменные консультации с государствами-членами. Эта информация может быть изложена в форме детального анализа данных и представления в таблицах и на графиках региональных средних показателей, в потенциале – новых субрегиональных усредненных показателей, диапазонов данных с указанием максимальных и минимальных значений, а также с детальной интерпретацией и рабочими резюме.

В дополнение к такому двухгодичному докладу Директор Европейского регионального бюро ВОЗ будет включать краткий раздел об индикаторах политики Здоровье-2020 в свой ежегодный отчет для Регионального комитета. Это откроет дополнительные возможности для прямых консультаций и получения обратной связи. Предлагается включить в отчет анализ по представленной выше схеме. Кроме того, каждые 2–3 года Региональный директор будет представлять обновленную информацию о прогрессе в достижении количественных целевых ориентиров для Европейского региона. При подготовке отчета Регионального директора на сессии Регионального комитета еще одной платформой для консультаций по достигнутым результатам сможет служить проводимое в мае каждого года совещание ПКРК.

Планируется, что этапные промежуточные итоги в области целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020 будут приводиться в качестве раздела «Доклада о состоянии здравоохранения в Европе», публикуемого каждые три года под эгидой Регионального бюро. Это также позволит проводить более детальный анализ и обсуждение. Таким образом, первый этапный отчет будет опубликован в 2015 г., второй – в 2018 г., заключительный отчет – в 2020 г. Кроме того, Региональное бюро ВОЗ возобновляет издание серии «Обзорные сводки о состоянии здоровья в странах»; этот формат представления данных позволяет сразу увидеть достигнутый прогресс. Региональное бюро также возвращается к практике издания краткой ежегодной публикации об основных показателях в той или иной отобранной для конкретного года тематической области по всем странам Европы. Региональное бюро будет публиковать информацию, содержащуюся в перечисленных выше докладах и отчетах, используя разные медийные каналы, в том числе свой веб-сайт.

Вставка 16

Пример из практики: сравнительный анализ показателей здравоохранения в Нидерландах по отношению к индикаторам здоровья Европейского сообщества

В соответствии с провозглашенным в 2006 г. амбициозным планом вернуть Нидерланды в перечень пяти наиболее здоровых стран Европы, страна приняла новый стратегический подход к вопросам профилактики. Для получения объективных фактических данных Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта поручило Национальному институту общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM) обновить сведения о состоянии общественного здоровья в стране и провести анализ соответствующих показателей в Нидерландах в сравнении с другими государствами-членами ЕС. В 2008 г. RIVM опубликовал доклад под образным названием «Осмелимся сравнить» (*Dare to compare*) (58), в котором были даны ответы на следующие вопросы.

- Как выглядит общественное здоровье в Нидерландах по сравнению со здоровьем населения в других европейских странах в целом и с особым вниманием к детям, молодежи и пожилым людям. По мере возможности предусматривалось исследовать вопросы социально-экономических неравенств.
- Какова полнота имеющихся данных по Нидерландам, в какой мере они соответствуют характеристикам Краткого перечня показателей здоровья Европейского сообщества и каковы основные пробелы и узкие места при международных сравнениях на основе этого перечня.

Тщательное рассмотрение Краткого перечня показателей здоровья Европейского сообщества, охватывающих и общественное здравоохранение, показало, что по одним показателям Нидерланды входят в первую пятерку наиболее здоровых европейских стран, однако по другим – находятся среди наименее благополучных стран. Эти различия подчеркнули необходимость дальнейшего исследования причинно-следственных отношений и характеристик. Директор RIVM поднял важнейшие вопросы, в частности: почему страна настолько благополучна в отдельных областях и какие уроки можно из этого извлечь для стратегических действий в отношении других проблем, которые тянут страну назад.

Важно, что доклад главным образом адресован разработчикам политики и специалистам общественного здравоохранения в Нидерландах и содержит прямые сравнения между Нидерландами и другими государствами-членами ЕС по множеству современных показателей. Среди них такие, как состояние здоровья населения, детерминанты здоровья, профилактика и медицинская помощь, а также демографическая и социально-экономическая ситуация. В докладе также уделено специальное внимание вопросам здоровья людей на различных этапах жизни, включая детей, молодежь и пожилых людей.

Подотчетность

Секретариат Регионального бюро в настоящее время разрабатывает процедуру, которая определяла бы, какие действия нужно предпринимать в следующих случаях:

- государства-члены не отчитываются регулярно по всем показателям;
- становится очевидным отставание в достижении предложенных целевых ориентиров.

Кроме того, секретариат должен будет активно распространять сведения о том, как различные страны Региона используют информацию на национальном уровне – возможно, в сравнении с региональным уровнем и другими странами Региона – как обоснование своих программ и политики здравоохранения, а также проводить анализ эффективных подходов в различных контекстах. Широкий спектр проводимых мероприятий четко иллюстрирует улучшенные возможности для аналитического осмысления, которые открываются перед странами благодаря более полному использованию национальной и региональной информации по здравоохранению. Один из примеров – применение результатов национальных и международных сравнительных исследований в процессе формирования национальной политики здравоохранения в Нидерландах (вставка 16).

Система мониторинга

Европейское региональное бюро ВОЗ составит детальную схему со всеми индикаторами, как показано в таблице 4, и представит ее государствам-членам для обсуждения и принятия решений. В этой системе для всех целевых ориентиров и индикаторов определены механизмы сбора данных, консультативные мероприятия, форматы и сроки представления отчетности.

В главе 2 документирован процесс установления основополагающих целевых ориентиров политики Здоровье-2020 – чего мы хотим достичь на уровне Региона – и предложен подход к формулированию реалистичных целевых ориентиров и индикаторов для мониторинга прогресса на региональном уровне. Одна из ключевых областей для дальнейших разработок – это измерение прогресса здоровья в контексте благополучия, иными словами – наших ценностей. Этот вопрос является темой главы 3.

Таблица 4
Фрагмент детальной схемы мониторинга, которая в окончательном виде будет заполнена по всем индикаторам

Всеобъемлющие целевые ориентиры	Ключевые целевые области	Потенциальное количественное выражение	Потенциальные дополнительные индикаторы	Число стран, представляющих сведения	Механизм сбора данных	Консультация с государственными членами	Отчетность	
							Формат	Сроки
1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе	1.1. Относительное ежегодное снижение на 1,5% в период до 2020 г. общей смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, диабета и хронических болезней органов дыхания (подлежит приведению в соответствие с устанавливаемыми глобальными целевыми ориентирами)	1.1а. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин на 100 000 населения (первый индикатор) в разбивке по полу и широким причинам смерти	а. Общая и преждевременная смертность в разбивке по полу от четырех основных НИЗ (болезни системы кровообращения, новообразования, диабет и хронические болезни органов дыхания)	43	База данных «Здоровье для всех», через существующий механизм ежегодного сбора данных (по запросу ВОЗ)	В контексте сбора сведений для базы данных «Здоровье для всех» Майское совещание ПКРК Дополнительная письменная консультация Информационный документ на сессии регионального комитета	Напрямую странам (применяется в настоящее время)	2013
							Отчет Регионального директора на сессии Регионального комитета	2014
							Статистика европейского здравоохранения Доклад о состоянии здравоохранения в Европе	2015