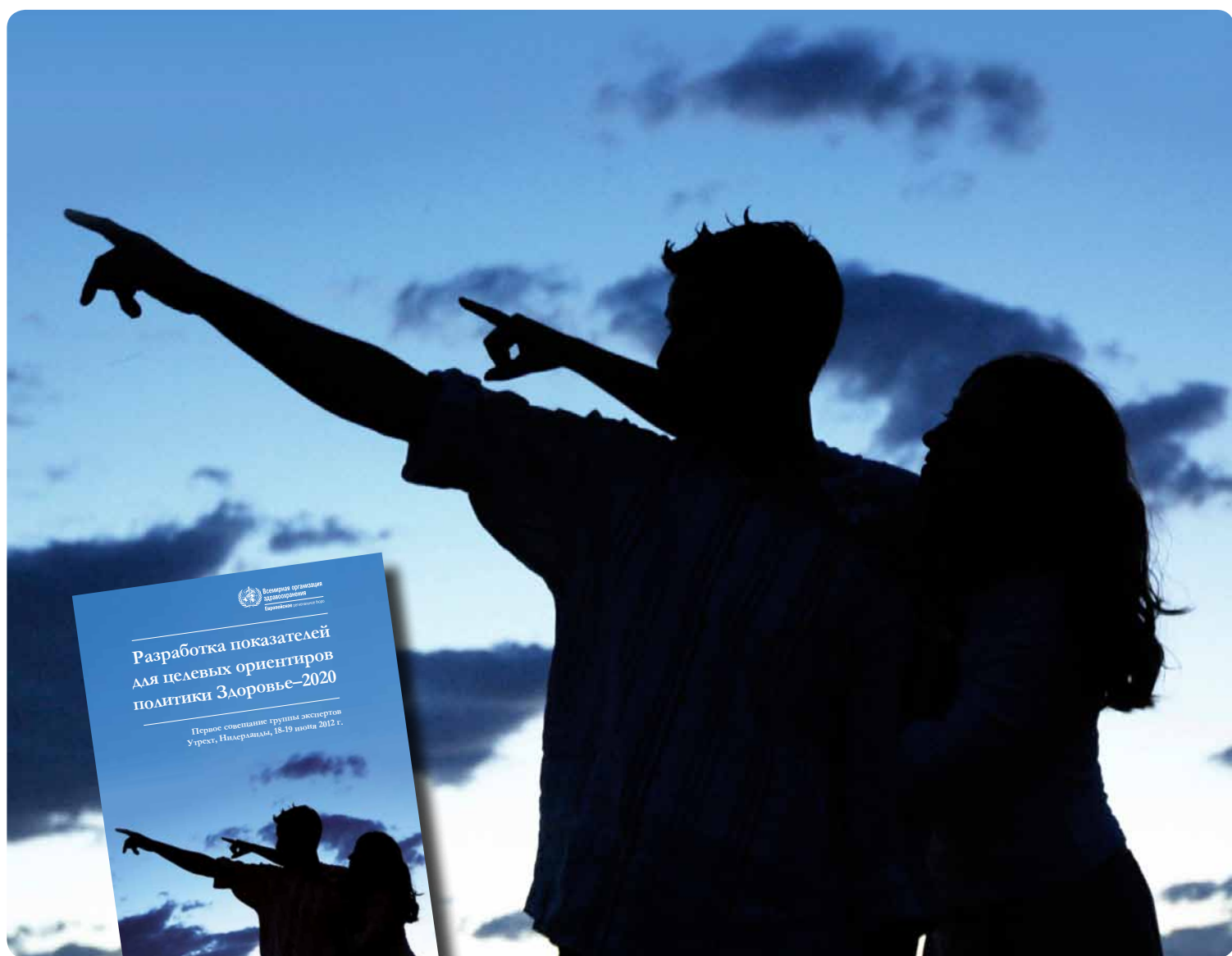


Информационный документ

Резюме Доклада о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: Содействовать движению Европы по пути к здоровью и благополучию



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейский региональный комитет
Шестьдесят вторая сессия

Мальта, 10–13 сентября 2012 г.



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Европейский региональный комитет

Шестьдесят вторая сессия

EUR/RC62/Inf.Doc./1

Мальта, 10–13 сентября 2012 г.

29 июня 2012 г.

121566

Пункт 2(b) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Резюме Доклада о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: Содействовать движению Европы по пути к здоровью и благополучию

В предлагаемом информационном документе содержится обзор подготавливаемого к изданию Доклада о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г. – 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.

Содержание

	стр.
Обзор	1
Где мы находимся сейчас: состояние здоровья населения в Европе – аргументы в пользу политики Здоровье–2020	2
Демографические тенденции	2
Продолжительность жизни	3
Смертность	3
Причины смерти.....	4
Преждевременная смертность	5
Бремя болезней.....	6
Факторы риска.....	6
Детерминанты здоровья, системы здравоохранения и социальные неравенства	7
К чему мы стремимся: целевые ориентиры здоровья и благополучия для Европы	9
Прежний опыт установления и мониторинга целевых ориентиров.....	9
Технические проблемы, возникающие при выборе целевых ориентиров и индикаторов для их оценки.....	10
Консультации с представителями европейских государств-членов	11
Всеобъемлющие целевые ориентиры	12
Как мы идем к своим целям и что мы ценим: обоснование необходимости оценивать благополучие	12
Прямая связь с основами политики Здоровье-2020	13
На чем мы можем строить свою работу	14
Какие трудности встают перед нами?.....	14
Обратный отсчет времени до 2020 г.: как отмечать прогресс	16

Обзор

1. 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.

2. Первый раздел представляет собой введение в доклад: в нем описаны нынешние 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.

3. 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.

4. В третьем разделе констатируется, что центральным аспектом основ политики Здоровье-2020 является улучшение благополучия населения, прежде всего в контексте

здоровья. Этот аспект, кроме того, воплощен в определении здоровья, данном 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 общей концепции и подхода к благополучию, которые позволили бы правильно его оценить и получить информацию, полезную для лиц, формирующих политику, и для оценки эффективности программ.

5. 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 и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в создании единой интегрированной системы информации здравоохранения для Европы, охватывающей все 53 государства-члена.

Где мы находимся сейчас: состояние здоровья населения в Европе – аргументы в пользу политики Здоровье-2020

Демографические тенденции

6. 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.

7. В 2010 г. население в 53 странах Европейского региона достигло почти 900 миллионов человек; 44% живут в странах, входивших в Европейский союз (ЕС) до мая 2004 г. (ЕС-15), еще 33% живут в странах Содружества Независимых Государств (СНГ). Однако снижение уровней фертильности во всех странах Региона означает, что вскоре рост населения прекратится.

8. 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.

9. 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

10. С 1980 г. продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, увеличилась на 5 лет и в 2010 г. достигла 76 лет. Наибольшее увеличение – на 6,5 лет – наблюдалось в субрегионе ЕС-15, тогда как в субрегионе СНГ, где продолжительность жизни значительно ниже, средний ее рост составил только полтора года. 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.

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

Смертность

12. Общая смертность от всех причин в Европейском регионе продолжает снижаться и в 2010 г. достигла стандартизированного по возрасту коэффициента смертности (СКС) 813 на 100 000 населения. Между разными группами стран в Регионе наблюдаются широкие различия в тенденциях в отношении показателей смертности. Повозрастная структура смертности в Регионе характеризуется низким или очень низким уровнем в первые годы жизни вплоть до раннего взрослого возраста, а затем резким возрастанием – в два раза в странах ЕС-15 и в три раза в 12 странах, вступивших в ЕС после мая 2004 г. (ЕС-12), и в странах СНГ, 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.

13. Коэффициент материнской смертности в Европейском регионе в 2010 г. составил 13,3 смертей на 100 000 живорожденных, при этом между субрегионами наблюдались следующие различия: в субрегионе СНГ этот показатель был на 73% выше среднего, а в субрегионах ЕС-12 и ЕС-15 – соответственно на 36% и 62% ниже среднего. На материнскую смертность влияет как уровень образования, так и социально-экономический статус. Это подчеркивает важность принятия мер в отношении гендерных и других социальных детерминант здоровья при осуществлении стратегий и вмешательств.

14. 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

15. 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). На такие внешние причины, как травматизм и отравления, приходится 9% всех смертей. В структуре распределения причин по субрегионам наблюдаются изменения во времени.

16. 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 в пунктах с 26 по 28.

17. 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.

18. 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.

19. Инфекционные болезни распространены в Европейском регионе меньше, чем в других регионах мира. Главные причины обеспокоенности 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

20. Более 70% случаев смерти происходят в возрастной группе старше 65 лет, когда болезненные процессы длятся уже несколько лет. Для выработки политики, программ и вмешательств в области общественного здравоохранения, направленных на то, чтобы отсрочить болезнь и наступление инвалидности, более полезную информацию дает мониторинг преждевременной смертности (смерти людей в возрасте до 65 лет). 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.

21. 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%.

22. 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 (ХОБЛ), 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.

23. 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.

24. 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.

Бремя болезней

25. По состоянию на 2004 г. (последний год, по которому имеются 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

26. 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 всех субрегионах, несмотря на наличие знаний и технологии, позволяющих вести с ними борьбу.

27. 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. В субрегионе СНГ она остается на уровне примерно 30%, хотя последних данных в целом по СНГ нет. 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.

28. 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.

Детерминанты здоровья, системы здравоохранения и социальные неравенства

29. 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 включить сюда элементарные меры вмешательства в сфере общественного здравоохранения. Еще 50% неравенств в отношении здоровья обусловлены социальными детерминантами здоровья, которые охватывают политические, социально-экономические и экологические факторы. Эти факторы 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 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.

30. 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, взаимодействию с системой здравоохранения и различиям в конечных показателях здоровья; и (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, исключаящие 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.

31. 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 715 до 105 000 долларов США, причем девять из двенадцати стран с уровнем доходов ниже 5000 долларов США находятся в субрегионе СНГ. 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.

32. 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.

33. 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 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 варьирует примерно от 37% в странах СНГ примерно до 22% в странах ЕС-12 и менее 15% в странах ЕС-15. 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).

К чему мы стремимся: целевые показатели здоровья и благополучия для Европы

34. 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. Эти региональные целевые ориентиры будут вынесены на окончательное утверждение на шестьдесят второй сессии Регионального комитета, которая состоится в сентябре 2012 г. на Мальте. Целевые ориентиры и индикаторы для их мониторинга будут представлены во всей полноте в *Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 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.

Прежний опыт установления и мониторинга целевых ориентиров

35. 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.

36. 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 "Атласа здоровья в Европе" и дважды в год обновляются.

37. 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.

38. 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 более пятидесяти. 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.

39. 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

40. 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.

41. 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. Описание системы мониторинга приведено в полном тексте доклада.

Консультации с представителями европейских государств-членов

42. 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.

43. 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 (нынешний 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.

44. 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

45. Выбор шести всеобъемлющих 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:

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

46. С помощью группы международных экспертов Секретариат ВОЗ заблаговременно, до открытия шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета, которая состоится на Мальте в сентябре 2012 г., завершает определение индикаторов для мониторинга и оценки. С одобрения Регионального комитета в полном тексте доклада о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г. будет содержаться подробное описание исходных позиций для каждого целевого ориентира на европейском уровне, рассматриваться каждый индикатор, выбранный для мониторинга и оценки, оцениваться возможность достижения каждого целевого ориентира и будет показано, что будет означать достижение целевого ориентира к 2020 г. Разные примеры из опыта государств-членов Европейского региона также позволят проиллюстрировать усилия, предпринимаемые в этих целевых областях на национальном уровне.

Как мы идем к своим целям и что мы ценим: обоснование необходимости оценивать благополучие

47. 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.

48. 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

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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 мы можем строить свою работу

53. 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.

54. 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 в некоторых для рассмотрения того, что составляет хорошую жизнь, используются другие выражения – например, качество жизни, субъективное благополучие или счастье.

Какие трудности встают перед нами?

55. 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.

56. 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 мы начали процесс интенсивных консультаций с государствами-членами. При согласии руководящих органов мы рассчитываем получить к 2013 г. следующие результаты, более подробно описанные в полном тексте доклада:

- концептуально выверенные рамки и определение благополучия: практический подход 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.

57. 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.

58. 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, 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, и выполнение более новой функции предоставления фактических данных о механизмах и методиках, позволяющих сектору здравоохранения продвигать интересы благополучия в других секторах.

Обратный отсчет времени до 2020 г.: как отмечать прогресс

59. 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; охват населения системами регистрации событий естественного движения населения неодинаков и до сих пор не во всех странах Региона является полным.

60. 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 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.

61. Ниже приведены основные требования, касающиеся преодоления трудностей, встающих перед Европейским региональным бюро ВОЗ. Они сгруппированы в категории информации здравоохранения, ее интерпретации и воплощения в практику. Это также те области, в которые Региональное бюро вместе со своими партнерами могло бы добавить что-то новое и лучшее. В полном тексте доклада будет детально описан план действий по преодолению трудностей и выработке приемлемых решений с указанием партнеров, ресурсов и процессов, которые могут обеспечить объединенные действия.

- Информация здравоохранения
 - Решить вопрос о номенклатуре источников данных и нормах/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 и способы повышения подотчетности.
 - Решить вопрос о способе отражения данных по всем 53 государствам-членам внутри значимых европейских субрегиональных агрегаций, т.е. вопрос о субрегиональных тенденциях. Это важно потому, что в настоящее время 14 государств-членов не входят в субрегиональные группы стран, такие как ЕС-12, ЕС-15 и СНГ.
 - Собирать, увязывать и делать доступными данные по сектору здравоохранения и другим секторам для поддержки соблюдения интересов здоровья во всех секторах и межсекторального анализа, выработки политики, мониторинга и оценки.
 - Улучшить эпиднадзор и мониторинг вспышек заболеваний и соблюдение Международных медико-санитарных правил (ММСП) на всей территории Европейского региона, а также связи с другими регионами (в вопросах

стратегического руководства в интересах здоровья и борьбы с инфекционными болезнями).

- Интерпретация
 - Усовершенствовать методы использования сводных показателей здоровья населения (например, показателя DALY), которые объединяют информацию о летальных и нелетальных исходах и благодаря этому позволяют видеть более полную картину бремени болезней в Регионе.
 - Выработать более полное понимание путей, ведущих к здоровью и благополучию, и их распределения в Европейском регионе и внутри стран. Это также включает способность более точно определять долю и степень воздействия того или иного вмешательства (исходящего из сектора здравоохранения или из других секторов) на здоровье и снижение социальных неравенств в отношении здоровья.
 - Обеспечить возможность оценки благополучия в контексте здоровья и установления в конечном итоге его целевого ориентира. В разделе 3 содержится подробная дорожная карта, которая приведет к объявлению в 2013 г. предлагаемых индикаторов для мониторинга и оценки благополучия.
- Воплощение в практику
 - Активнее использовать новые технологии и нововведения, в частности, в области электронного здравоохранения. Необходимо поддерживать обмен надежной и актуальной информацией на европейском уровне, оставаясь при этом в рамках законов о защите данных, норм патентного права и ответственности.
 - Поддерживать инициативы по воплощению фактических данных в политику; это позволит рассматривать и решать вопросы политики, используя наилучшие имеющиеся фактические данные.

62. 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 Европейской комиссией и ОЭСР в создании единой интегрированной системы информации здравоохранения для Европы, охватывающей все 53 государства-члена. Эта работа идет полным ходом параллельно с выработкой стратегии в отношении информации здравоохранения для Европы.