

Здоровье во всех стратегиях

Использование возможностей, реализация стратегий

Под редакцией
Kimmo Leppo
Eeva Ollila
Sebastián Peña
Matthias Wismar
Sarah Cook



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
Finland



NATIONAL INSTITUTE
FOR HEALTH AND WELFARE

European

Observatory



on Health Systems and Policies

a partnership hosted by WHO



UNRISD
United Nations Research Institute for Social Development



MINISTRY FOR FOREIGN
AFFAIRS OF FINLAND

Здоровье во всех стратегиях

Здоровье во всех стратегиях

Использование возможностей, реализация стратегий

Под редакцией

**Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastián Peña,
Matthias Wismar, Sarah Cook**



Ключевые слова:

Globalization
Health in all policies
Health inequities
Health Management and Planning
Health policy
Policy making

© Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, 2013 г.

Все права защищены.

Мнения, выраженные авторами или редакторами, не обязательно отражают решения или официальную политику Правительства Финляндии, Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, Министерства иностранных дел Финляндии, Научно-исследовательского института социального развития при ООН (ЮНРИСД), Всемирной организации здравоохранения или Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, или любого из их партнеров.

Запросы на получение разрешения на воспроизведение, перевод или публикацию следует направлять в Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Департамент по продвижению социального обеспечения и здравоохранения, Финляндия, kitjaamo@stm.fi

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Правительства Финляндии, Министерства социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, Министерства иностранных дел Финляндии, Научно-исследовательского института социального развития при ООН (ЮНРИСД), а также Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Правительство Финляндии, Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, Министерство иностранных дел Финляндии, Научно-исследовательский институт социального развития при ООН (ЮНРИСД), а также Европейская обсерватории по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Правительство Финляндии, Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, Министерство иностранных дел Финляндии, Научно-исследовательский институт социального развития при ООН (ЮНРИСД), а также Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Мнения, выраженные авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно отражают решения или официальную политику любого из участвующих учреждений или любого из их партнеров.

ISBN 978-952-00-3539-6 (в печати)

ISBN 978-952-00-3540-2 (онлайн)

Содержание

Приветственное слово премьер-министра Финляндии	vii
Приветственное слово Генерального директора ВОЗ	ix
Благодарности	xi
Список таблиц, вставок и рисунков	xiii
Список примеров	xvi
Список сокращений	xviii
Часть I	1
Глава 1: Введение в “Здоровье во всех стратегиях” и аналитическая основа книги <i>Eeva Ollila, Fran Baum, Sebastián Peña</i>	3
Глава 2: История подхода HiAP <i>Fran Baum, Eeva Ollila, Sebastián Peña</i>	27
Глава 3: Здоровье и развитие: проблемы и пути к HiAP в странах с низким уровнем доходов <i>Sarah Cook, Shufang Zhang, Ilcheong Yi</i>	47
Глава 4: Обеспечение справедливости в отношении здоровья <i>Michael Marmot, Jessica Allen</i>	69
Глава 5: Глобализация и место политики здравоохранения и подхода HiAP в политике государства <i>Meri Koivusalo, Ronald Labonte, Suwit Wibulpolprasert, Churnnurtai Kanchanachitra</i>	91
Часть II	117
Глава 6: Обеспечение равенства, начиная с развития в раннем детстве, и применение подхода HiAP <i>Raúl Mercer, Clyde Hertzman, Helia Molina, Ziba Vaghri</i>	119
Глава 7: Работа, здоровье и занятость <i>Jorma Rantanen, Joan Benach, Carles Muntaner, Tsuyoshi Kawakami, Rokho Kim</i>	143
Глава 8: Укрепление психического здоровья: важный компонент государственной политики <i>Rachel Jenkins, Alberto Minoletti</i>	181
Глава 9: Сельское хозяйство, продовольствие и питание <i>Stuart Gillespie, Florence Egal, Martina Park</i>	203

Глава 10: Табак или здоровье <i>Douglas Bettcher, Vera Luiza da Costa e Silva</i>	225
Глава 11: Алкоголь <i>Peter Anderson, Sally Casswell, Charles Parry, Jürgen Rehm</i>	249
Глава 12: Окружающая среда и здоровье: уроки для HiAP <i>Carlos Dora, Michaela Pfeiffer, Francesca Racioppi</i>	283
Глава 13: Эффективное содействие развитию здравоохранения через применение подхода HiAP <i>Ravi Ram</i>	317
Часть III	341
Глава 14: Роль сектора здравоохранения в HiAP <i>Kimmo Leppo, Viroj Tangcharoensathien</i>	343
Глава 15: Уроки для политиков <i>Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastián Peña, Matthias Wismar, Sarah Cook</i>	363
Глоссарий	379
Сведения об авторах	384

Приветственное слово премьер-министра Финляндии

Одной из важнейших целей моего правительства является создание неравнодушной и благополучной Финляндии. Правительство Финляндии выступает за решительные действия в вопросах развития и укрепления основных структур общества всеобщего благосостояния.

Правительство определило три основные приоритетные направления: сокращение уровня бедности, неравенства и социального отчуждения; консолидация государственного бюджета; и расширение возможностей для устойчивого экономического роста, занятости населения и конкурентоспособности. В то время, как страна работает в режиме строгой экономии и ищет пути решения проблемы старения населения, достижение результатов по основным приоритетам является сложной задачей и требует участия каждого из нас.

Здоровье – это право человека и один из основных элементов благосостояния общества. Здоровье общества является необходимым условием для решения поставленных перед правительством задач.

Одной из основных задач является продление трудоспособного периода жизни: обеспечение наиболее быстрого вступления молодежи в трудовую среду, что гарантирует наличие здоровой, мотивированной и эффективной рабочей силы, а также сохранение людьми предпенсионного возраста своей трудоспособности. Мы проводим большую работу во всех секторах по предотвращению социального отчуждения молодых людей, по поддержанию трудоспособности среди незанятого населения и обеспечению их трудоустройства. Здоровье является необходимым условием трудоспособности: оно играет центральную роль в борьбе с бедностью и социальной изоляцией, увеличивает потенциал экономического роста и конкурентоспособности. Однако нельзя игнорировать и обратную сторону медали: мы должны гарантировать возможность трудоустройства для всех граждан и сделать так, чтобы условия труда и рабочие места способствовали укреплению здоровья и предотвращению ухудшения состояния здоровья.

Большинство направлений государственной политики способны влиять на здоровье и равенство в отношении здоровья либо положительно,

либо отрицательно, и многие социальные цели не могут быть достигнуты без здорового и образованного населения. Финляндия имеет давние традиции совместной работы административных секторов, а механизмы и методы для осуществления этого вырабатывались годами. Открытый и прозрачный процесс принятия политических решений является основой крепкой государственной политики, для ее реализации и дальнейшего мониторинга абсолютно необходимо наличие соответствующих ресурсов. Образованное и хорошо информированное население является основой функциональной демократии.

Нам необходима хорошая информационная база, чтобы вырабатывать политические решения на основе фактических данных. Что касается “Здоровья во всех стратегиях”, нам нужна помощь Министерства социального обеспечения и здравоохранения, а также организаций, ему подчиняющихся, в том, чтобы включить вопросы охраны здоровья в разработку политических решений и достичь наших общих целей: повышения благосостояния, укрепления здоровья и уменьшения неравенства.

Мое правительство поставило перед собой задачу включения вопросов содействия благополучию, здоровью и сокращению неравенства в процесс формирования всех политических решений. Во времена строгой экономии для улучшения здоровья и равенства в отношении здоровья нам приходится выбирать инструменты, отличные от тех, которые мы бы использовали в благополучные экономические времена. Поэтому нынешнее правительство пошло по пути использования налоговых механизмов для решения проблем здравоохранения и охраны окружающей среды.

Глобализация мирового сообщества делает всех нас зависимыми друг от друга. Формирование политического курса происходит на всех уровнях, от глобального до регионального, от национального до местного. Возможности и задачи, а также предлагаемые решения, выходят за пределы границ отдельных государств. Мы должны стремиться предвосхитить грядущие возможности и угрозы, чтобы наши усилия – в том числе принимаемые нормы, стандарты и правила – всегда были актуальны. Мы должны обмениваться знаниями и опытом по вопросам выработки наилучших политических решений, совершенствующих наши цели и задачи, и стремиться сделать наше общество более справедливым, счастливым и здоровым. Эта книга выпускается с целью обмена опытом во всем мире. Я надеюсь, что политики и разработчики стратегий во всех секторах на всех континентах найдут ее полезной в собственной работе.

Jyrki Katainen
Премьер-министр Финляндии

Приветственное слово Генерального директора ВОЗ

Я горячо приветствую данную публикацию и разнообразный мировой опыт, представленный в ней. Его отправная точка идейно проста: детерминанты здоровья – широкое понятие; политические решения, принятые за пределами сектора здравоохранения, глубоко, и часто отрицательно, сказываются на здоровье людей. Такие политические меры могут быть следствием решений государственных министерств или деятельности международных систем, регулирующих торговлю, деловые отношения и финансовые рынки.

В некотором смысле, тут нет ничего нового. Революция в сфере санитарии, которая началась в XIX веке, показала, что основные угрозы здоровью населения были в основном экологическими, а не медицинскими. Значительные улучшения в состоянии здоровья, особенно бедных слоев населения, стали последствием введения мер, направленных на устранение антисанитарии в городах и улучшение условий жизни и труда: строительство систем канализации, повышение безопасности пищевых продуктов и воды.

В то время основной задачей было предотвращение эпидемий, процветающих в грязи и нищете. Сегодня постоянная задача борьбы с заболеваниями, обусловленными социальными, экономическими и экологическими факторами, приобретает дополнительную актуальность в связи с неустанным ростом хронических неинфекционных заболеваний в каждом уголке земного шара.

Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, принятая в 2011 году, выделила профилактику в качестве основного решения в борьбе с неинфекционными заболеваниями. Я полностью поддерживаю эту позицию. Растущее число фактов показывает, что экономический рост во взаимосвязанном мире создает предпосылки для роста таких заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, диабет и рак (особенно виды рака, связанные с употреблением табака и ожирением). Эти болезни обходятся государствам наиболее дорого. В некоторых странах только на лечение диабета тратится 15 % национального бюджета здравоохранения.

Такие предпосылки обусловлены рядом значительных мировых тенденций: старение населения, быстрая незапланированная урбанизация и глобализация нездорового образа жизни. Эти тенденции трудно обратимы. Например, еще ни одна страна не смогла полностью остановить эпидемию ожирения.

Профилактика подразумевает работу на уровне всего населения в целом, что в значительной степени превосходит возможности министерства здравоохранения. Работники здравоохранения и медицинские сотрудники могут лишь взывать к изменениям образа жизни и ужесточению законов о табакокурении, лечить пациентов и выписывать счета за медицинское обслуживание, но они не могут перестроить социальную среду так, чтобы она поощряла навыки здорового образа жизни. Сектор здравоохранения не может, действуя в одиночку, создать возможности для трудоустройства (или обучения) людей и таким образом решить проблему бедности.

Мы знаем, что изменения совершенно необходимы, но вопрос состоит в одном – как? В тесно связанном и взаимозависимом мире границы политических сфер оказались размытыми. Политические решения, имеющие смысл для одного сектора, могут иметь катастрофические последствия для другого. Во многих случаях усилия по профилактике неинфекционных заболеваний поставили цели общественного здравоохранения против интересов крупных и высокоприбыльных корпораций. Как сделать аргументы в пользу здоровья вескими для наиболее влиятельных секторов с собственными полномочиями и обязательствами? Какие фактические данные для этого нужны? И будет ли достаточно только данных? Являются ли экономические аргументы ответом на эти вопросы, или же кроме этих аргументов есть что-то еще?

Данная публикация представляет собой долгожданный сборник полезных рекомендаций с акцентом на практические, осуществимые решения для ряда проблем в ряде условий. Надеюсь, что эта книга сможет убедить политиков, что акцент на вопросах здоровья при разработке каждого руководящего принципа является разумным и осуществимым политическим решением.

Д-р Маргарет Чен
*Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения*

Благодарности

Авторы выражают глубокую признательность Министерству социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, Министерству иностранных дел Финляндии и Национальному институту здравоохранения и социального обеспечения Финляндии за предоставленную финансовую и административную поддержку данного проекта. Мы также благодарим Европейскую обсерваторию по системам и политике здравоохранения и Научно-исследовательский институт социального развития при ООН (ЮНРИСД) за организацию редакционного процесса, а также за всестороннюю поддержку.

Авторы также благодарят за поддержку и комментарии Международный консультативный комитет (см. ниже), а также авторов, редакторов и гостей семинара, проходившего в Хельсинки в марте 2012 года, которые приняли участие в обсуждении и внесли свой неоценимый вклад в данный проект. Особо благодарим Shufang Zhang за бесценную поддержку по содержанию книги на протяжении всего процесса ее создания, а также Taru Kovisto, Aino-Inkeri Hansson, Kristian Wahlbeck, Marja Anttila, Timo Ståhl, Heli Kuusipalo и Sirpa Sarlio-Lähteenkorva за помощь в ходе проекта. Выражаем теплую благодарность Pieta Näsänen-Gilmore за предоставление помощи в редактировании книги.

Мы также благодарим двух независимых анонимных рецензентов, чьи отзывы значительно улучшили отдельные главы и книгу в целом.

Издатели особенно благодарят учреждения и организации – места работы авторов, за оказание им поддержки во время их работы над книгой.

Международный консультативный комитет

Ala Alwan	Директор Регионального бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, Египет
Mary Amuyunzu-Nyamongo	Исполнительный директор Африканского института Здоровья и Развития, Кения
Paulo Buss	Директор Всемирного Центра здоровья, Фонд Освальдо Круса, Бразилия

Gauden Galea	Директор отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Дания
Ronald Labonte	Заведующий кафедрой научных исследований по вопросам глобализации и равноправия в отношении здоровья, Институт Здоровья Населения при Университете Оттавы, Канада
Pekka Puska	Генеральный директор Национального института здравоохранения и социального обеспечения, Финляндия
Viroj Tangcharoensathien	Директор Международной программы по политике и управлению в области здравоохранения, Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Финляндия
Jeanette Vega	Управляющий директор, Фонд Рокфеллера, Соединенные Штаты Америки

Список таблиц, вставок и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Примеры структур и механизмов HiAP для содействия сотрудничеству, согласованности и участию	13
Таблица 2.1	История HiAP	29
Таблица 2.2	Международные конференции ВОЗ и основные документы по ПМСП, укреплению здоровья и социальным детерминантам здоровья: значимость для подхода HiAP	36
Таблица 3.1	Основные показатели и факторы более широкого контекста развития	53
Таблица 7.1	Факты глобального мира труда	145
Таблица 7.2	Доля занятых в общей численности населения по регионам	146
Таблица 7.3	Примеры незащищенных групп	148
Таблица 7.4	Руководство для создания национальной системы занятости, достойного труда и СОЗ	160
Таблица 8.1	Эффективные меры по укреплению психического здоровья	185
Таблица 10.1	Доля смертей от употребления табака, 2004 г.	226
Таблица 11.1	Стоимость и экономическая эффективность мер, направленных на снижение употребления алкоголя, в рамках политики общественного здравоохранения, по целевым областям	258
Таблица 13.1	Модели содействия развитию и возможности для HiAP	324

Вставки

Вставка 1.1	Целевая аудитория книги	5
Вставка 1.2	Определение HiAP	7
Вставка 1.3.	Определение здоровья в Уставе ВОЗ	8
Вставка 1.4	Благоприятные условия для HiAP	9
Вставка 1.5	Глобальные стратегии профилактики НИЗ и борьбы с ними	16
Вставка 2.1	Выдержки из Устава ВОЗ	32
Вставка 2.2	Выдержки из Рио-де-Жанейрской Политической декларации по социальным детерминантам здоровья	38
Вставка 4.1	Специальные подходы к пониманию и продвижению справедливости в отношении здоровья	75
Вставка 4.2	Эффективное воздействие на социальные детерминанты здоровья: основные черты систем стратегического руководства в интересах здоровья	86
Вставка 5.1	Дохинская Декларация о Соглашении по ТРИПС и общественном здравоохранении	99

Вставка 6.1	Реализация политики в отношении развития ребенка в раннем детстве	128
Вставка 7.1	Действия по точкам входа	166
Вставка 9.1	Укрепление связей между сельским хозяйством, питанием и здоровьем: основные препятствия и задачи	214
Вставка 9.2	Сельское хозяйство, питание и здоровье: направление дальнейших действий	216
Вставка 9.3	Руководящие принципы для создания чувствительной в отношении питания сельскохозяйственной политики	221
Вставка 10.1	РКБТ ВОЗ: основная структура	230
Вставка 11.1	Основные заболевания, связанные с употреблением алкоголя	252
Вставка 12.1	“Здоровье в “зеленой” экономике”	298
Вставка 12.2	Необходимость стратегических оценок воздействия на здоровье в добывающих отраслях	298
Вставка 14.1	Развитие институционального потенциала	356
Вставка 15.1	Ключевые проблемы, связанные с применением подхода HiAP	365

Рисунки

Рис. 1.1	Иллюстрация нелинейных потоков Дж. Кингдона для процесса принятия решений	18
Рис. 1.2	Влияние окон возможностей на формирование долгосрочной политики	21
Рис. 3.1	Экономическое развитие и здоровье	49
Рис. 3.2	Роль преобразующей социальной политики в укреплении здоровья и благополучия	52
Рис. 4.1	Тенденции в ожидаемой продолжительности жизни мужчин, ЕС и СНГ, 1980–2008 гг.	73
Рис. 4.2	Тенденции в ожидаемой продолжительности жизни женщин, ЕС и СНГ, 1980–2008 гг.	73
Рис. 6.1	Развитие неравенств	122
Рис. 6.2	Воздействие на развитие в раннем детстве	123
Рис. 7.1	Формы занятости в развитых странах, ЕС и в странах Африки к югу от Сахары	147
Рис. 7.2	Точки входа для мультисекторальных политических и практических мер в отношении труда и здоровья	163
Рис. 8.1	Значение благоприятного психического состояния	184
Рис. 9.1	Концептуальная основа факторов и детерминант неполноценного питания	205
Рис. 9.2	Системная основа продовольственной безопасности и питания	206
Рис. 10.1	Основные вехи борьбы против табака	233
Рис. 11.1	Соотношение между учтенным потреблением алкоголя на душу взрослого населения и ВВП в 189 странах мира	256
Рис. 11.2	Многогранный характер маркетинга	263
Рис. 13.1	Круг игроков в сфере содействия развитию здравоохранения	321
Рис. 13.2	Парижские принципы эффективности содействия развитию	327

Рис. 14.1	Политические процессы	347
Рис. 14.2	Процент взрослых (18–64), не имеющих медицинской страховки, по расовой и этнической принадлежности, среднее значение за три года, графство Кинг, штат Вашингтон, США, 2008–2010 гг.	349
Рис. 14.3	Комбинация силы знаний, социальной силы гражданского общества и государственной власти	350

Список примеров

Пример 2.1	Примеры реализации подхода HiAP на национальном и местном уровнях	40
Пример 3.1	Решение межсекторальных проблем: внутренняя миграция и здоровье в Китае	55
Пример 4.1	Инициативы в Индии	81
Пример 4.2	Англия: Обзор Мармота и разработка подходов по социальным детерминантам здоровья	84
Пример 5.1	Светофорная маркировка закусовых пищевых продуктов в Таиланде	96
Пример 5.2	Торговля услугами здравоохранения в Таиланде	101
Пример 6.1	Политика, ориентированная на семью и ребенка, в Швеции	125
Пример 6.2	Чилийская система всесторонней защиты детей “Chile Crece Contigo” (“Чили растет вместе с тобой”)	132
Пример 6.3	Выполнение положений Замечания общего порядка № 7 (GC7) в странах с низким и средним уровнем дохода	136
Пример 6.4	Оценка развития детей раннего возраста на уровне популяции в Канаде и Австралии	137
Пример 7.1	Охрана труда и техника безопасности (ОТТБ) для рядовых фермеров во Вьетнаме и на Филиппинах	152
Пример 7.2	Подходы к улучшению охраны, безопасности и условий труда, предполагающие активное участие в неформальной экономике Юго-Восточной Азии	153
Пример 7.3	Пилотные проекты по CO3 в Китае	158
Пример 8.1	Стратегия школ здоровья (HPS) в провинции Чжэцзян в Китае	186
Пример 8.2	Повышение психологической устойчивости и укрепление психического здоровья на протяжении трудовой жизни в Финляндии	191
Пример 8.3	Информационная кампания по укреплению психического здоровья и прав людей с психическими заболеваниями в Египте	196
Пример 9.1	Неполноценное питание в Индии: от осознания проблемы к поиску решений	210
Пример 9.2	Чувствительная в отношении к питанию политика развития в Малави: объединение отраслевых подходов	216
Пример 9.3	На пути к всеобъемлющей и последовательной политике продовольственной безопасности и полноценного питания для Афганистана	218
Пример 10.1	Бразилия: успехи и проблемы в области борьбы против табака	238

Пример 11.1	Смертность, связанная с вредным употреблением алкоголя, в России	254
Пример 11.2	Сокращение уровня убийств в городе Диадема, Бразилия	262
Пример 11.3	Разработка антиалкогольной политики в Замбии	268
Пример 11.4	Уроки Антиалкогольной стратегии правительства Соединенного Королевства	269
Пример 12.1	Инцидент с “Пробо Коала” в Кот-д’Ивуаре и необходимость соблюдения юридических обязательств в рамках многосторонних природоохранных соглашений	291
Пример 12.2	Международные кредитно-финансовые организации как отправные точки для решения вопросов защиты экологии, общества и человека: пример Монголии	299
Пример 12.3	Краткосрочная экономическая выгода и долгосрочное воздействие на окружающую среду в Чаде	307
Пример 13.1	Меры, аналогичные подходу HiAP в странах Африки к югу от Сахары: Проект “Деревни тысячелетия”	332
Пример 14.1	Многосекторальная национальная политика по ВИЧ/СПИДу в Намибии	352

Список сокращений

ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВВП	валовой внутренний продукт
ВТО	Всемирная торговая организация
ДЭСВ ООН	Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам
Европейский обзор	Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ
ЕЭК ООН	Европейская экономическая комиссия ООН
КСДЗ	Комиссия по социальным детерминантам здоровья
МГЭИК	Межправительственная группа экспертов по изменению климата
ММСП	Международные медико-санитарные правила
МОТ	Международная организация труда
МПЗ+	Международное партнерство в области здравоохранения
МФК	Международная финансовая корпорация
НИЗ	неинфекционные заболевания
НПО	неправительственные организации
ОСГТ	основные службы гигиены труда
ОТТБ	охрана труда и техника безопасности
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПРООН	Программа развития ООН
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
СОЗ	служба охраны здоровья на производстве
ТРИПС	Соглашение ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНРИСД	Научно-исследовательский институт социального развития при ООН
DALY	годы жизни, скорректированные на инвалидность

DWA	“Программа достойного труда” МОТ
EDI	инструмент для оценки развития детей раннего возраста
HiAP	Здоровье во всех стратегиях
HPS	школы здоровья
SUN	Всемирное движение за улучшение качества питания
WIND	“Совершенствование практики труда в процессе развития местных сообществ”
WISE	“Улучшение условий труда на малых предприятиях”
WISH	“Улучшение условий труда для безопасного дома”

Часть I

Введение в “Здоровье во всех стратегиях” и аналитическая основа книги

Eeva Ollila, Fran Baum, Sebastián Peña¹

Ключевые идеи

- Здоровье является ключевым элементом благополучия и счастья человека. Здоровье – это основная движущая сила и предпосылка для достижения не только индивидуальных целей и устремлений человека, но также и социально-экономических целей общества.
- “Здоровье во всех стратегиях” (HiAP) представляет собой подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает воздействия политических решений на здоровье и системы здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных воздействий на здоровье с целью укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Подход HiAP основан на правах и обязанностях, связанных со здоровьем человека. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на детерминанты здоровья и направлен на повышение ответственности политических деятелей за воздействие на здоровье населения на всех уровнях принятия политических решений.
- Ключевой особенностью HiAP является прочная опора на права человека и вопросы социальной справедливости, и также сосредоточение на процессах формирования политических решений. Расстановка приоритетов действий, стремление к поиску общих решений с целью укрепления здоровья и достижения других важных целей, стоящих

¹ В дополнение к комментариям редакционной коллегии, независимых экспертов и участников семинара, проведенного для подготовки этой книги в марте 2012 года, мы бы хотели выразить особую благодарность Francisco Armada, Gauden Galea и Piona Kickbusch за ценные замечания по предыдущим версиям этой главы. Благодарим также Benjamin Meier за консультацию по вопросам прав человека, и Eemeli Nieminen за замечательное графическое оформление главы. Основная ответственность за полученный результат лежит исключительно на авторах этой главы.

- перед обществом, а также предотвращение отрицательных воздействий на здоровье являются важными аспектами применения подхода HiAP.
- Применение HiAP включает в себя определение стратегических направлений в различных секторах с потенциалом воздействия на здоровье и справедливость в отношении здоровья, оценку воздействий, а также продвижение перемен, для чего необходимы долгосрочное видение и постоянные усилия.
- Формирование политического курса представляет собой динамический процесс, в котором окно возможностей для принятия политических решений возникает в результате изменений экономических, социальных и политических реалий. В этой книге используется “потокковая модель” Дж. Кингдона о взаимодействии проблем, стратегий и политики и использовании окон возможностей для анализа динамики процесса выработки политического курса.

1.1. Введение

Здоровье – это важнейший ресурс. Оно является основой благополучия и счастья человека. Крепкое здоровье дает возможность вести долгую, продуктивную и полноценную жизнь, когда человек может наслаждаться жизнью, учебой, работой, а также заботиться об окружающих. Здоровые дети учатся более эффективно. Здоровые взрослые способны заботиться об окружающих. Здоровье также важно для успешного ведения бизнеса. Таким образом, здоровье является движущей силой и предпосылкой для достижения не только индивидуальных целей и устремлений, но также и социально-экономических целей общества.

Сектор здравоохранения уделяет большую часть своего внимания организации и финансированию доступной и высококачественной медико-санитарной помощи. Это очень важное направление деятельности, однако здоровье не обеспечивается только предоставлением медицинских услуг – оно в значительной степени обусловлено социальными детерминантами здоровья, которые, вместе взятые, воздействуют на здоровье индивидов и целых сообществ (1–5).

Здоровье людей зависит от социальной, физической и экономической среды, в которой они живут, а также от их индивидуальных особенностей и поведения. Неравенства в отношении здоровья, то есть социальные неравенства, которые можно предотвратить, которые носят неправомерный характер и являются несправедливыми различиями в отношении здоровья внутри стран и между ними, определяются различиями социальных детерминант или условий, влияющих на обстоятельства, в которых люди рождаются, растут, учатся, живут и стареют, а также систем, созданных для борьбы с заболеваниями (1, 6). Государственная

политика может существенно изменить ситуацию в вопросах здоровья и справедливости в отношении здоровья путем создания здорового окружения, способствующего здоровому образу жизни (1).

Таким образом, государственная политика в области, например, водоснабжения и санитарии, образования, социальных услуг, охраны окружающей среды, сельскохозяйственного и промышленного производства, торговли, нормативно-правового регулирования, налоговой политики и распределения государственных ресурсов, может воздействовать на здоровье населения и справедливость в отношении здоровья. Инфраструктура и нормативно-правовой контекст, профессиональные системы образования, налоговая политика и распределение ресурсов воздействуют в частности на среду, в которой функционируют системы здравоохранения. Сектору здравоохранения необходимо вынести свою деятельность за пределы своего сектора и начать сотрудничать с другими секторами для достижения лучших результатов в вопросах здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Здоровье – не единственная цель общества, подверженная влиянию государственной политики во всех секторах. Идея использования скоординированной политики и действий в государственном секторе для достижения целей общества привлекла внимание и в других секторах, включая сектор устойчивого развития, окружающей среды и гендерного равенства. Были предприняты усилия по широкому внедрению этих аспектов в процессы принятия политических решений на различных уровнях управления. Хотелось бы надеяться, что политики во всех секторах смогут использовать этот опыт в приложении к подходу HiAP.

Вставка 1.1. *Целевая аудитория книги*

Эта книга написана для тех, кто формирует политику в любой стране мира на национальном уровне в рамках всех государственных секторов, имеющих влияние на вопросы здоровья. К таким относятся: секторы здравоохранения, занятости населения, жилищный сектор, сектор экономического развития, секторы финансов, торговли, окружающей среды и устойчивого развития, социального обеспечения, образования, сельского хозяйства и городского планирования. Книга также адресована тем, кто заинтересован в использовании фактических данных в процессе принятия политических решений.

В этой книге рассматриваются практические пути включения вопросов здоровья в государственную политику. Несмотря на то, что подход HiAP – это более широкое понятие, которое охватывает все уровни процесса формирования политики и функционирования систем здравоохранения, основной акцент делается на разработку национальной политики и на вопросы укрепления здоровья и социальных детерминант здоровья.

Лица, формирующие политику в сфере здравоохранения, и научные работники часто поражаются, что на практике не применяется решение проблем на

основе фактических данных. Одной из главных причин этого является то, что в формировании политики участвует целый ряд игроков с собственными различными целями и задачами, в результате процесс получается динамичным и часто беспорядочным, а не предсказуемым и обоснованным. В этой книге подчеркивается важность использования окон возможностей для улучшения политики в отношении здоровья и справедливости в отношении здоровья, подкрепленная долгосрочным видением, целями и стратегиями, а также компетенцией и знаниями политиков.

Эта книга рассматривает несколько важных вопросов.

- Каким образом вопросы здоровья включаются в политическую повестку дня?
- Как вопросы здоровья и межсекторальные решения определяются и приоритизируются?
- Что мотивирует или побуждает политиков и лиц, формирующих политику, в различных секторах учитывать воздействия своей политики на здоровье человека?
- Как могут быть использованы окна возможностей для укрепления здоровья и справедливости в отношении здоровья?
- Каковы основные детерминанты обеспечения успешного процесса формирования политики и применения подхода HiAP?
- Какова роль сектора здравоохранения в принятии политических решений и применении подхода HiAP? Какой потенциал необходим сектору здравоохранения для продвижения, обсуждения и применения подхода HiAP?

Эта глава знакомит читателей с концепцией подхода HiAP и ключевыми структурами и механизмами ее реализации. В ней также представлена нелинейная структура формирования политических решений и детерминанты, влияющие на реализацию этих решений, использованные в качестве руководства в главах части II. В последней части дается обзор последующих глав, а также предлагается резюме их ключевых идей.

1.2. Подход HiAP

1.2.1. Что такое HiAP?

В этой книге используется определение HiAP, приведенное во вставке 1.2.

Подход HiAP уходит своими корнями в раннюю историю общественного здравоохранения (см. историческую справку в главе 2). Термин для обозначения этого подхода был придуман в конце 90-х годов XX века. Подход HiAP был тщательно изучен во время второго председательства Финляндии в ЕС в 2006 году, когда он был основной темой обсуждения вопросов здоровья (7, 8).

Вставка 1.2. *Определение HiAP²*

Здоровье во всех стратегиях (HiAP) представляет собой подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает здоровье и воздействия политических решений на сферу здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных воздействий на здоровье с целью укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Подход HiAP основан на правах и обязанностях, связанных со здоровьем человека. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на детерминанты здоровья и направлен на повышение ответственности политических деятелей за воздействие на здоровье населения на всех уровнях принятия политических решений.

Источник: По материалам рабочего определения ВОЗ, подготовленного к 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, Хельсинки, 10–14 июня 2013 г.

Целью подхода HiAP является улучшение здоровья населения, справедливости в отношении здоровья и контекста, в котором функционируют системы здравоохранения, посредством внесения изменений в государственную политику во всех секторах с целью благоприятного воздействия на здоровье². Государственная политика, определяющая роль государственного сектора, нормативно-правовое пространство и потенциал, а также образование, экономическая, торговая и налогово-бюджетная политика, играют роль в определении среды функционирования систем здравоохранения (о международных аспектах этих вопросов см. главу 5). Решения, лежащие вне прямой компетенции сектора здравоохранения – и часто за пределами национальных границ – также влияют на сферу полномочий, нормативно-правовые рамки и ресурсы, которые могут быть использованы для охраны здоровья, включая гигиену труда, охрану окружающей среды и безопасность дорожного движения, а также защиту от инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Ключевой особенностью подхода HiAP является прочная опора на права человека и вопросы социальной справедливости, а также сосредоточение на процессах формирования политических решений. На практике, как правило, необходимо определить приоритеты мер и стремиться к поиску синергетических решений с целью укрепления здоровья и достижения других важных целей общества. Важно оградить от негативного влияния принятых политических решений здоровье населения, справедливости в отношении здоровья и функционирование систем здравоохранения во всех секторах, где это возможно.

HiAP использует подходы с позиции прав человека, разработанные в рамках международного права и реализуемые в национальном законодательстве и политических стратегиях многих стран. Основанный

² Термин "воздействие на здоровье" используется на протяжении всей книги для описания трех типов воздействия.

на праве человека на здоровье и других связанных со здоровьем правах, этот подход к здоровью с течением времени начал включать в себя ответственность правительств за предоставление базовых медико-санитарных услуг и обеспечение детерминант здоровья (9–11). Ценности социальной справедливости, равенства и человеческого достоинства являются сутью HiAP.

Вставка 1.3. *Определение здоровья в Уставе ВОЗ*

“Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. ... Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения”.

“Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мер социального характера в области здравоохранения.”

Источник: WHO, 2006 г. (9).

Подход HiAP акцентирует свое внимание на формировании политических решений и, таким образом, имеет отношение к разработке и проведению в жизнь законодательных актов, нормативных документов, стандартов, основных стратегий и программ по обеспечению и распределению ресурсов. Подход HiAP также применим для планирования. В то время как хорошо функционирующий сектор здравоохранения предоставляет собой благодатную почву для применения подхода HiAP, HiAP не применяется при формулировке или реализации клинической передовой практики и других видов клинической деятельности в сфере предоставления медико-санитарных услуг.

Подход HiAP не означает делать все и всегда, он означает делать все возможное в контексте наличия политической воли и соответствующих ресурсов. В идеале, применение подхода HiAP должно быть тщательно приоритизировано, включая выбор точки входа и подходящего момента, таким образом, чтобы обеспечить оптимальное использование открывающихся возможностей для продвижения вопросов здоровья. Во вставке 1.4 показаны благоприятные условия для реализации HiAP. Они включают информацию о величине и важности существующей проблемы в отношении здоровья, ее распределение по группам населения и, в особенности, информацию по основным детерминантам здоровья и причинам неравенства. Не менее важна информация о существующих (и предстоящих) проектах во всех секторах государственной политики с потенциалом положительного или отрицательного воздействия на здоровье населения. Приоритизация мер, связанных с применением HiAP, должна идти рука об руку с пониманием более широкого экономического, культурного и политического контекстов, влияющих на возможности

успешного применения подхода. Приоритизация мер по применению HiAP может также быть основана на существующих окнах возможностей, которые позволяют сделать успех легко достижимым, включая выраженную заинтересованность или приглашения к сотрудничеству из других формирующих политику сфер. Наконец, приоритизация предполагает выявление политических процессов, которые вряд ли дадут значимые результаты, и в которых не стоит предпринимать никаких действий.

Вставка 1.4. *Благоприятные условия для HiAP*

Ресурсы и практический опыт для:

- анализа воздействия основных стратегий и политических проектов на здоровье;
- межсекторального обсуждения и согласования;
- реализации политических решений;
- контроля за воздействием политических решений на детерминанты здоровья и их распределение;

Информация по:

- ситуации в отношении здоровья и причинам ухудшения здоровья, включая данные по несправедливости в отношении здоровья;
- потенциальным угрозам для здоровья;
- эффективным мерам/вмешательствам, с точки зрения обеспечения здоровья;
- политическим тенденциям и проектам, разрабатываемым в разных секторах;
- политическим процессам и игрокам за пределами сектора здравоохранения;

Благоприятная среда:

- политическая воля;
- юридическая поддержка;
- структуры управления и процессы межсекторального взаимодействия и реализации.

Во многих странах с ограниченными ресурсами реализация комплексной политики общественного здравоохранения дает хорошие результаты на местном уровне, где, например, местная политика водоснабжения и санитарии, а также продовольственная политика были разработаны совместно с сектором здравоохранения (12). Для значимого применения подхода HiAP в условиях ограниченных ресурсов, где есть сильная зависимость от внешней помощи, необходимо, чтобы доноры стремились к предсказуемому, последовательному и устойчивому сотрудничеству, способствующему благоприятному развитию (см. главы 3 и 13). Существует необходимость дальнейшего развития потенциала государственных органов и государственных служащих с целью обеспечения принятия наиболее эффективных решений по сложным вопросам политики, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Нарращивание потенциала обсуждается более подробно в главе 14.

Работающие в секторе здравоохранения несут этическую ответственность за передачу своих знаний и опыта в вопросах общественного здравоохранения принимающим политические решения, а также за пропаганду здоровья и справедливости в отношении здоровья. Однако, подход HiAP не ставит здоровье и справедливость в отношении здоровья выше всех остальных целей и ценностей общества, а скорее стремится к продвижению вопросов общественного здравоохранения путем поиска синергии с другими важными целями общества. Безусловно, время от времени будут возникать конфликты интересов между социальными идеями. В таких ситуациях подход HiAP подчеркивает важность информирования лиц, формирующих политику, о потенциальных воздействиях на здоровье принимаемых ими решений, а также важность создания механизмов отчетности, позволяющих политикам и общественности следить за этими воздействиями.

1.2.2. Применение подхода HiAP

Все подписавшие Устав ВОЗ правительства несут ответственность за здоровье своих народов (Вставка 1.3). Под “правительством” здесь понимаются структуры, на которые возложено принятие решений и их реализация (законодательные и исполнительные органы).

Однако, следует отметить, что в настоящее время некоторые полномочия национальных правительств могли бы быть переданы органам на региональном уровне (например, региональным экономическим организациям) или даже глобальном уровне (как обсуждается подробнее в главах 5 и 10), в то время как исполнение других обязанностей было возложено на органы управления более низкого уровня. Подход HiAP следует применять на всех уровнях, поэтому очень важно точно определить уровень, на котором принимается конкретное политическое решение, и то каким образом можно повлиять на процесс его принятия. ЕС предлагает наиболее яркие примеры передачи полномочий по обеспечению многих важных детерминант здоровья с национального на региональный уровень, хотя, в то же самое время, полномочия по разработке политики здравоохранения продолжают оставаться на национальном уровне. В контексте ЕС большую важность представляет гарантия включения вопросов здоровья в выработку национальной позиции в секторах за пределами сектора здравоохранения, если эта позиция содержит стратегии с потенциалом воздействия на здоровье. В то же время, необходимо продолжать работу по административному руководству здравоохранением на уровне ЕС.

Сектор здравоохранения играет важную роль в применении подхода HiAP, даже в тех случаях, когда правительство выполняет свои обязательства по созданию благоприятных условий для здоровья для всех. Роль сектора

здравоохранения состоит в сборе фактических данных о здоровье и справедливости в отношении здоровья, а также о воздействии на здоровье принятых политических решений. Для этого может быть необходимым участие в процессах поиска наиболее благоприятных для здоровья политических решений и их обсуждения. Сектору здравоохранения необходимо выступать в качестве катализатора для применения подхода HiAP (см. главу 14) и, поэтому было бы предпочтительным предоставить ему расширенные полномочия для работы с другими государственными секторами.

Работа с другими государственными секторами требует понимания разницы в полномочиях и целях и может означать пересечение административных и бюджетных барьеров между секторами. Разные игроки политики и профессиональные отрасли имеют свой собственный язык и подходы к решению проблем и перспективам развития общества. По этой причине подход HiAP должен содействовать пониманию языка, целей и методов работы разных государственных секторов. Осведомленность о специфике циклов принятия решений игроками за пределами сектора здравоохранения, а также о процессах в этих секторах, необходима для того, чтобы "открыть окна возможностей".

За пределами государственного сектора подход HiAP подразумевает обеспечение участия, сотрудничества и взаимодействия разных партнеров, включая общественность и средства массовой информации (СМИ). Участие общественности ценно само по себе, так как оно способствует обеспечению демократии и прозрачности, а также совершенствованию процессов отчетности. Кроме того, успешная реализация политики зависит от общественной поддержки.

Коммерческий частный сектор обретает все более важную роль в формировании политики. В то время как частный сектор может стать важным партнером в реализации программ здоровья, доля его участия должна быть тщательно продумана с тем, чтобы помешать частным коммерческим интересам получить приоритет над общественными интересами. Кроме того, само собой разумеется, что необходимо разработать соответствующие меры по решению проблемы конфликта интересов.

Мониторинг политических тенденций и законопроектов, разрабатываемых в различных секторах, а также своевременное предоставление обратной связи имеет решающее значение для применения подхода HiAP. Часто необходимы специальные знания по конкретным вопросам, как например, при отслеживании наиболее важных проектов торговых соглашений, которые обсуждаются министерствами

экономики или финансов на предмет экономической эффективности или в контексте расширения рынков сбыта (13, 14). Оценка их значения для здоровья требует специального набора знаний и навыков, включающих способность понимать более широкий контекст и язык, которым пишутся торговые соглашения, а также умение анализировать сложные соглашения с точки зрения их воздействия на здоровье, справедливость в отношении здоровья и системы здравоохранения (см. главу 5).

Таблица 1.1 описывает некоторые общие структуры управления, инструменты и механизмы, которые рассматриваются как предназначенные для облегчения сотрудничества между различными сторонами. Структура HiAP может быть многообразной: временной или постоянной, узкой или широкой. Но одной структуры недостаточно для обеспечения необходимых действий. Требуются также стратегическое руководство и политическая воля для принятия решений и их устойчивой реализации. Межсекторальные политические процессы - такие, как консультационные процедуры, разработка государственных стратегий и планов, систем информирования общественности, могут предоставлять благодатную почву для работы структур, а также быть полезными в продвижении политического диалога между секторами.

Широкие рамки политики, системы оценки деятельности и соглашения между субъектами сотрудничества могут способствовать четкому разделению труда и предоставлению руководства и рычагов воздействия для государственных служащих. Наконец, финансовые стимулы могут обеспечивать успешные совместные действия.

Подход HiAP призывает к прогнозированию воздействий на здоровье, для чего используются различные виды оценок воздействий политических стратегий. Среди них: оценки воздействия на здоровье, оценки воздействия на несправедливости в отношении здоровья, а также оценки воздействия экологических и социальных факторов на здоровье. За последнее десятилетие был отмечен значительный рост количества проведенных и опубликованных оценок воздействия на здоровье, включая традиционные оценки воздействий с компонентом здоровья, являющиеся обязательными для проектов с большим потенциалом воздействия на окружающую среду (глава 12) и те, которые используются в качестве основы для городского планирования. Эти оценки расцениваются как шаг навстречу HiAP (21). Многие развивающиеся страны (например, Таиланд, Лаос, Бразилия) придали официальный статус использованию оценок воздействия на здоровье (или оценок экологического воздействия с компонентом здоровья) в процессе принятия решений и провели большое количество оценок воздействия на здоровье, которые были использованы для обоснования принимаемых решений (22).

Таблица 1.1. Примеры структур и механизмов HiAP для содействия сотрудничеству, согласованности и участию

Мандаты	Описание	Примеры
Законодательные акты и нормативные документы	Правовой режим, направленный на содействие межсекторальному сотрудничеству или разработку благоприятных для здоровья стратегий.	Статья 152 Амстердамского Договора (ЕС). Международные соглашения, такие как Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (см. главу 10), Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) или Конвенция ООН о правах ребенка (см. главу 6).
Протоколы реализации соглашений	Официальные или неофициальные соглашения о сотрудничестве между правительственными или научными учреждениями, общественными организациями, частными предприятиями.	Меморандум Президента – Создание целевой группы по детскому ожирению (Соединенные Штаты Америки).
Системы подотчетности	Правовой режим, включающий механизмы прогнозирования возможного воздействия на здоровье. Оказание юридической помощи по вопросам оценки воздействий (см. выше).	Закон об охране здоровья, требующий учета воздействий на здоровье в стратегиях на муниципальном уровне (Финляндия). Стратегический план Южной Австралии, дающий полномочия для использования подхода HiAP.
Политический контекст	Политические соглашения между политическими деятелями, устанавливающие общие стратегические цели.	Принятие HiAP в качестве части Манифеста политической партии перед выборами. Двухпартийная политическая поддержка HiAP.
Структуры		
Межведомственные комитеты	Состоят из представителей различных правительственных секторов. Чаще всего горизонтальные (т.е. аналогичные административные уровни – национальные, местные, районные), но также и вертикальные. Могут включать неправительственные организации (НПО), частный сектор и политические партии и/или могут быть постоянными, ограниченными по времени, с общими задачами или созданными для выполнения конкретной задачи.	Консультативный совет по вопросам общественного здоровья (Финляндия). Межведомственная комиссия по занятости населения (Перу) (15). Межведомственная комиссия по управлению производством и контролю за использованием пестицидов, удобрений и токсичных веществ (Мексика) (16). Целевая группа по “Здоровью во всех стратегиях” (Калифорния, США).
Экспертные комитеты	Состоящие из экспертов государственных структур, научных учреждений, НПО, аналитических центров или частного сектора, часто создаются для выполнения конкретной задачи. Состав может иметь политический баланс.	Консультативный совет президента по пенсионной реформе (Чили) (17).

Таблица 1.1. (продолжение)

Группы поддержки	Структурная единица внутри министерства здравоохранения или других министерств, уполномоченная проводить работу по содействию межсекторальному сотрудничеству.	Отдел “Здоровье во всех стратегиях” (Южная Австралия, Австралия).
Сети	Механизм гибкой координации, состоящий из институциональных партнеров.	Кентерберийское партнерство “Здоровье во всех стратегиях” (Кентербери, Новая Зеландия).
Объединенные или координационные министерства	Министерства с полномочиями над несколькими секторами или ответственностью за межсекторальную координацию.	Министерство социального обеспечения и здравоохранения (Финляндия). Министерство здравоохранения и благосостояния семьи (Индия). Департамент социального развития (Южная Африка).
Институты общественного здравоохранения	Общественные институты для мониторинга здоровья населения и детерминант здоровья, а также анализа стратегий и их потенциальных воздействий на здоровье во всех секторах.	Полный список: см. IANPHI (18).
Процессы		
Официальные консультационные процедуры и диалог по вопросам разработки политики	Практика официальных консультаций и межсекторальных консультаций по вопросам основных политических законопроектов.	Парламентские слушания. Консультации по Конвенции 169 Международной организации труда (МОТ) о коренных народах.
Подготовка государственных программ и стратегий	Практика составления плана правительства на срок его полномочий, уделяющего должное внимание вопросам воздействия на здоровье этого плана.	Подготовка важных инициатив в отношении здоровья для рассмотрения правительства с целью их включения в правительственные программы. Национальные социально-экономические планы развития.
Система организации отчетности по политике в области общественного здравоохранения	Подготовленные межсекторально доклады по политике в области общественного здравоохранения и системам наблюдения за здоровьем по основным детерминантам и факторам риска, связывающие стратегии, детерминанты и воздействие на здоровье.	Национальный Доклад о состоянии здравоохранения в Финляндии (19). Отчеты по здоровью населения в Сиэтле, Графство Кинг, США (глава 14).
Инструменты		
Оценка воздействия законов, нормативно-правовых актов, политических решений или финансовых инициатив	Могут рассматриваться с точки зрения здоровья или более комплексно, реализовываться сектором здравоохранения или сектором, отвечающим за инициативу, могут быть обязательны или необязательны к исполнению.	Квебек и Таиланд, см. главу 12.

Финансовые стратегии

Гранты или финансовые механизмы поддержки для партнерской деятельности или совместного составления бюджета	Широкие программы или инициативы с целями и собственным бюджетом для межсекторального решения основных задач.	Национальная программа развития социального обеспечения и здравоохранения Финляндии (программа Kaste), предлагает финансирование для межсекторального сотрудничества на местном уровне.
--	---	---

Источник: адаптировано из St Pierre et al., 2009 г. (20).

Оценка воздействия на здоровье должна быть пропорциональна масштабам проблемы – масштабу потенциального воздействия на здоровье и справедливости в отношении здоровья, а также численности подверженного воздействию населения. Кроме того, может быть необходимо рассматривать процессы, связанные с необратимыми изменениями, связующими долгосрочными обязательствами или договорами, или крупными строительными и существенными финансовыми решениями. Очень часто в процессе принятия политических решений в министерствах и ведомствах практикуется быстрая оценка, основанная на знании общественного здравоохранения одним государственным служащим, или на фактах, взятых из литературы по общественному здравоохранению. В этой связи обращает на себя внимание опыт Австралии по разработке метода быстрой, сконцентрированной на справедливости, оценки воздействия на здоровье (названного “линзой здоровья”), который обеспечивает быструю обратную связь с учетом временных ограничений политического процесса (23). В принципе, вопросы справедливости в отношении здоровья должны быть включены во все виды оценки воздействия. Более подробное обсуждение оценки воздействия и методов оценки можно найти в главе 12.

Эта книга подчеркивает важность окон возможностей и хаотичного характера принятия политических решений (см. раздел 1.3), но серьезные перемены часто занимают большое количество времени и требуют последовательных действий. В связи с этим возникает необходимость поэтапных изменений на каждом промежутке времени, так как проведение социально-ответственных стратегий целиком и полностью зависит от политической и общественной поддержки. Глава 10 демонстрирует, как много времени понадобилось для воплощения в жизнь эффективных стратегий по снижению потребления табака – понадобились десятилетия после доказательства связи употребления табака с целым рядом вредных воздействий на здоровье. Долгосрочный характер разработки политики также демонстрирует пример разработки политики по предотвращению неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними (см. вставку 1.5), которая охватывают широкий спектр стратегий, включая те, которые касаются питания (глава 9), употребления табака (глава 10), алкоголя

(глава 11), и физического окружения, способствующего физической активности (глава 12). По аналогии, разработка практических структур и рабочих процессов для применения подхода HiAP может занять много времени (24, 25).

Вставка 1.5. *Глобальные стратегии профилактики НИЗ и борьбы с ними*

Gauden Galea, Pekka Puska

Работа по профилактике НИЗ началась во многих странах в 1970-х годах (26–28). Изначально это была деятельность, основанная на вмешательстве в “образ жизни”, чтобы разорвать причинно-следственную цепочку, начинающуюся с поведенческих рисков, проходящую через биологические изменения, и заканчивающуюся потенциальным наступлением болезни. Эта работа привела к появлению понятия множественности причин. Широкие социальные влияния на детерминанты поведения привели к пониманию необходимости межсекторального сотрудничества, чтобы сделать “здоровый выбор легким выбором”. В последнее время повышенное внимание уделяется более широкому кругу социальных детерминант, определяющих НИЗ, и их значению как движущей силе несправедливости внутри стран и между ними. В первое десятилетие этого тысячелетия стратегия борьбы с НИЗ получила новое развитие, бремя НИЗ стало связываться с глобальными проблемами развития: бедностью, торговлей, экономическим ростом и проблемами окружающей среды.

Глобальный процесс принятия решений по НИЗ показывает эволюцию подхода к решению проблем общественного здравоохранения - три направления действия развивались параллельно в течение последних нескольких десятилетий. Во-первых, медицинский подход, связанный с управлением заболеваниями и снижением факторов риска. Он становится очевидным из некоторых новаторских работ в области профилактики, таких как вмешательство в факторы риска, а также более поздних “наилучших решений” в вопросах профилактики НИЗ. Во-вторых, расширение сферы деятельности для решения проблем системы здравоохранения, признание роли секторов за пределами сектора здравоохранения, и увеличивающееся внимание к правовым и политическим мерам (от межсекторального сотрудничества в Северной Карелии до РКБТ ВОЗ). В-третьих, более широкая связь глобальных задач развития с социальными и экологическими детерминантами НИЗ, которая преобладала на встречах Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций (ЭКОСОС ООН), а также в Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Сегодня уже можно определить ряд политических вех. В 2000 году Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ) одобрила Глобальную стратегию для профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (A53/14, WNA53.17). ВАЗ приняла РКБТ в 2003 году, а Глобальную стратегию по питанию, физической активности и здоровью в 2004 году (WNA57.17). План действий по реализации глобальной стратегии по борьбе с НИЗ был принят в 2008 году (A61/8, WNA61.14), а Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя в 2011 году (29).

Стратегия и план по борьбе с НИЗ охватывают сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет и хронические респираторные заболевания, которые являются причиной около 60% всех смертей в мире. Необходимо поддерживать, особенно на национальном уровне, скоординированное, всестороннее и комплексное осуществление стратегий и мер, основанных на фактических данных. Также необходимо повышение приоритетности НИЗ, побуждение к разработке национальных стратегий и планов действий для реализации

Вставка 1.5. (продолжение)

эффективных мер по борьбе с НИЗ, активизации мониторинга и научных исследований, а также налаживанию партнерских связей. Стратегия по борьбе с заболеваниями является всеобъемлющей, но первостепенное внимание в ней уделяется интегрированному подходу к предотвращению заболеваний путем комплексной профилактики поведенческих факторов риска, общих для этих заболеваний - за счет снижения потребления табака и алкоголя, улучшения питания и повышения физической активности.

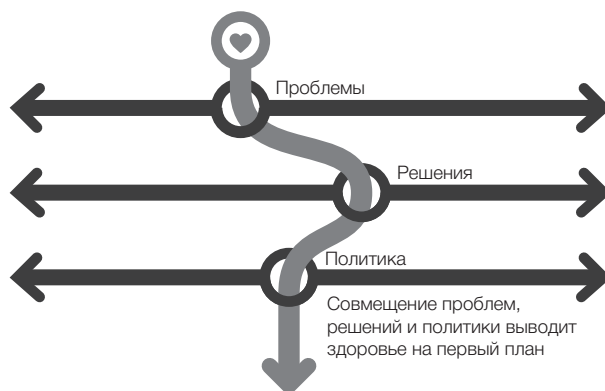
Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям была организована ВОЗ и Российской Федерацией в 2011 году в Москве. Кроме того, Организация Объединенных Наций (ООН) провела Совецание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними 19–20 сентября 2011 года. Эти встречи еще более упрочили стратегию по борьбе с НИЗ. В частности, они перенесли эту тему на самый высокий уровень глобального принятия решений, в том числе внесли ее в повестку дня различных учреждений ООН. К концу 2012 года глобальные официальные совещания заложили основу комплексного мониторинга НИЗ с целью использования результатов в качестве основы для будущего поиска решений в ответ на эпидемию НИЗ.

1.3. Аналитическая основа книги**1.3.1. Проблемы, решения и политика: динамика принятия политических решений**

Эта книга обсуждает подход HiAP в контексте динамического характера процесса принятия стратегических решений, а также важности использования окон возможностей, которые могут возникнуть в результате изменения экономических, социальных и политических реалий. Возможности для действий могут быть эффективно использованы только в том случае, когда они подкреплены долгосрочным видением и соответствующими стратегиями в области здравоохранения, вытекающими из знания общественного здравоохранения и политического контекста.

Для понимания политических процессов, стоящих за успешной реализацией подхода HiAP, в этой книге используется “потокковая модель” Дж. Кингдона (2011), которая помогает понять более детально суть проблемы и пути ее решения, основываясь на анализе и причинах возникновения проблемы (политика) (30, 31). Известный американский политолог Дж. Кингдон предположил существование трех нелинейных потоков в процессе формирования политики – “поток проблем”, “поток решений” и “политический поток” – которые взаимодействуют между собой, открывая окно возможностей для принятия политических решений (рис. 1.1).

Рис. 1.1. Иллюстрация нелинейных потоков Дж. Кингдона для процесса принятия решений



Во-первых, проблема должна быть признана в качестве **“проблемы”** политиками, лицами, формирующими политику, и обществом в целом, прежде чем она попадет в политическую повестку дня. Наиболее легкий путь для достижения этого – фокус на бедствиях, авариях или чрезвычайных ситуациях, учитывая связанное с ними внимание СМИ. К счастью, возможны более взвешенные и планомерные подходы. Например, результаты исследований, содержащие ключевые сведения о масштабах проблемы, изменении ситуации к худшему, невозможности достижения первоначальных целей, росте затрат, – все это может быть очень эффективным методом повышения осведомленности о проблеме. Международная деятельность также предоставляет сектору здравоохранения возможности для внесения подхода HiAP в национальную повестку дня – например, работа Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) (глава 4) или Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2011). Возможности для HiAP могут также возникать в процессе выработки политических решений в других секторах, и очень важно, чтобы лица, формирующие политику в области здравоохранения, сумели выявить такие возможности. В идеале, процессы принятия решений во всех секторах должны оцениваться с учетом масштаба их воздействия на здоровье, несправедливости в отношении здоровья или систем здравоохранения, после чего наиболее значимые процессы должны анализироваться дополнительно. К примеру, рост стоимости медицинского обслуживания становится фактором, стимулирующим правительство применять подход HiAP в качестве одного из ответов на ощущаемый кризис (32).

Во-вторых, необходимы предложения по разрешению проблемы – **“решения”**. Разработанные политическими сообществами (включая

общественные институты, университеты, аналитические центры и/или частные организации) стратегии часто предлагают альтернативные решения проблем. Для достижения успеха эти решения должны быть технически обоснованными, культурно и этически приемлемыми и разумными в финансовом отношении (30). Такие альтернативы принимаются с большей готовностью, если они не противоречат никаким другим интересам, а поэтому зачастую необходимо изучить другие интересы, чтобы обеспечить возможность принятия данных решений.

В-третьих, изменение политики возможно только тогда, когда есть подходящая **“политическая”** среда. Политики должны уметь распознать подходящий момент в политике, когда вероятность утверждения изменения стратегии наиболее высока. Подходящие возможности часто возникают во время избирательных кампаний, формирования нового правительства, или при изменении баланса сил в парламенте, таком, как появление новой коалиции. Финансовый кризис может также предоставить возможность для изменения стратегии, если, например, повышение налогов на товары, причиняющие вред здоровью потребителей, рассматривается как целесообразное решение. Также необходимо выявление релевантных игроков и политических процессов. Политический процесс включает в себя обсуждение проблемы всеми заинтересованными сторонами, и чем больше конфликт интересов, тем более трудным будет процесс принятия единого решения (30, 31). Анализ **“политического потока”** в главах части II определяет основных игроков, соотношение сил, конфликты интересов и политическую волю.

Дж. Кингдон обсуждает важность **“политических предпринимателей”**. Примеры политических решений, приведенные в этой книге, подчеркивают их роль в обеспечении включения здоровья в политическую повестку дня и в последующую деятельность по разработке и реализации стратегий. Основными игроками, поднимающими вопросы здоровья на уровень политической повестки дня, являются исследователи общественного здоровья и лица, формирующие политику, организации гражданского общества и само общество. Гражданское общество и (особенно) международные НПО часто играют важную роль в выявлении потенциальных отрицательных воздействий на здоровье той или иной стратегии в процессе ее обсуждения и выработки законопроекта, а также во время разработки вариантов будущей политики. Частный бизнес также может прилагать значительные усилия для включения вопросов здоровья в политическую повестку дня, либо усилия для предотвращения этого (см. главы 10 и 11). Поиск обоснованных решений требует как профессиональной компетенции (через исследования и разработки в государственном или частном секторе), так и непрофессиональных знаний и опыта (33). Глава 3 подчеркивает важность участия общественности

в формировании повестки дня, глава 8 – важность разработки политики в области психического здоровья. Ответственность за оценку жизнеспособности решений для каждой отдельной проблемы лежит на экспертном сообществе государственного сектора.

1.3.2. Важность окон возможностей

Под окном возможностей в этой книге понимается короткий период времени, в который, одновременно определяется проблема, находится решение, и политический климат благоприятен для данного решения. Окна возможностей являются ключевыми моментами для политических предпринимателей в процессе принятия решений по важным проблемам политики.

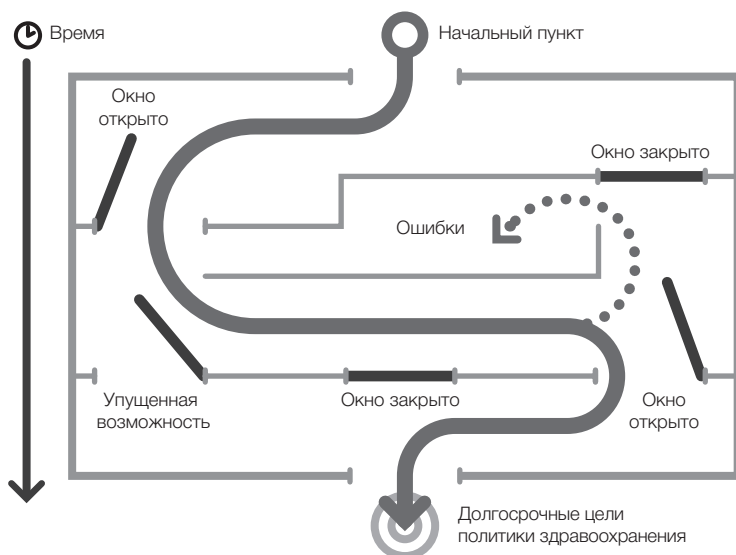
Проблема может существовать в течение долгого времени, прежде чем будут предприняты какие-либо меры по ее решению. Альтернативное решение может получить всеобщее согласие экспертов задолго до того, как возникнет возможность его воплощения. Например, политическое сообщество давно определило Эквадор как страну с высоким уровнем запойного пьянства и одним из самых высоких уровней неучтенного потребления алкоголя на душу населения среди стран Латинской Америки. Однако никаких мер не было предпринято по решению проблемы до тех пор, пока 50 человек не умерли и 14 не ослепли из-за потребления нелегального алкоголя в июне 2011 года. В ответ на это власти ввели трехдневный запрет на продажу алкоголя и выкупили весь оставшийся в обращении контаминированный алкоголь (34). В настоящий момент в Эквадоре отмечается значительный прогресс: с апреля 2012 года действует межсекторальная антиалкогольная политика, проведенная налоговая реформа значительно увеличила акцизный сбор на импортируемые виды алкоголя, а также несколько административных районов запретили продажу и потребление алкоголя на улицах во время государственных праздников (35–38).

Как обсуждалось ранее, окна возможностей могут возникать и тогда, когда проблемы политики или проблемы, выявленные в ходе мониторинга реализации политики, оказываются в благоприятном политическом, социальном и экономическом контексте, и когда есть решение (стратегия), которое может быть принято. Политики могут держать окна возможностей открытыми, например, путем продвижения от осознания проблемы к предложению альтернатив для ее решения.

В контексте принятия политических решений, политикам необходимо долгосрочное видение для руководства политическим процессом в течение более длительного промежутка времени, а также для наиболее эффективного использования окон возможностей. Прогресс осуществляется путем использования возможностей по мере их возникновения, но в любой

политический момент определенные возможности могут закрыться или быть пропущены политиками из-за недостаточной осведомленности о политических процессах в других секторах, либо могут быть допущены ошибки, способствующие ухудшению ситуации (рис. 1.2).

Рис. 1.2. Влияние окон возможностей на формирование долгосрочной политики



1.3.3. Реализация стратегий

Для того, чтобы стратегии давали результаты, их необходимо реализовывать. Это всегда оказывается сложной задачей, особенно если стратегия охватывает несколько секторов. Обычно процесс реализации определяется как этап, следующий за политическим решением. Однако, процесс реализации должен быть тщательно продуман еще до принятия решения, чтобы в самом решении уже были заложены возможности реализации. Это включает наличие четкого представления о разделении труда, имеющихся ресурсах и механизмах по контролю за реализацией стратегии и за последствиями ее реализации. Важно также, чтобы те, кого затрагивают данные решения (в том числе нижние уровни управления, например), были проинформированы об их принятии, и их мнение было учтено до принятия решения, иначе не будет достаточной вовлеченности для обеспечения успешной реализации.

В этой книге рассматриваются основные детерминанты и препятствия для успешной реализации решений, в том числе роль политической воли, нормативно-правовой базы, основных структур и способность к длительной эксплуатации.

Ответственность за воздействие на здоровье принятых политических решений и их реализация может быть увеличена за счет повышения прозрачности процесса принятия решений, обеспечения общественного обсуждения важных политических решений, повышения осведомленности о потенциальных воздействиях на здоровье принимаемых политических решений еще до их принятия, повышения роли организаций гражданского общества как органа контроля, а также за счет создания систем контроля и оценки воздействия реализуемых стратегий.

1.4. Экскурсия по остальной части книги

Эта книга была написана с целью предоставления политикам практического опыта, значимого для их окружения и страны, независимо от стадии ее развития. Книга состоит из трех дополняющих друг друга частей. Часть I описывает возникновение подхода HiAP, начиная с исторической справки о мерах по созданию всеобъемлющей политики в области здравоохранения, включая Алма-Атинскую декларацию и другие мировые конференции по укреплению здоровья (глава 2). В главе 3 рассматривается взаимосвязь здоровья и развития, а также роль подхода HiAP в условиях ограниченных ресурсов. КСДЗ, назначенная ВОЗ, проанализировала наиболее важные факторы, влияющие на здоровье людей и справедливость в отношении здоровья – в частности, условия, в которых люди рождаются, растут, играют и работают – и дала рекомендации в отношении мер по улучшению ситуации. Большинство этих детерминант и мер по борьбе с несправедливостями в отношении здоровья лежат за пределами сектора здравоохранения. Глава 4 рассматривает рекомендации и предлагает схемы развития на глобальном и национальном уровнях после публикации Заключительного доклада КСДЗ ВОЗ. В эпоху глобализации многие решения, влияющие на национальную политику здравоохранения принимаются на форумах не только за пределами сектора здравоохранения, но и за пределами национальных границ – на международном уровне. В главе 5 обсуждаются глобализация и место вопросов здравоохранения в национальной политике, а также особо акцентируются вопросы торговли и финансовой политики.

Часть II предлагает восемь примеров политических решений с использованием подхода HiAP. Цель этих примеров состоит в том, чтобы пролить свет на политические потребности, начиная с акцентов на воздействие на здоровье (главы 6 и 8 – развитие детей младшего возраста и психическое здоровье, соответственно), факторов риска (главы 10 и 11 по потреблению табака и алкоголя, соответственно), и до разнообразия политических сфер применения подхода HiAP. Анализ межсекторальных вопросов, таких, как занятость, профессиональная деятельность и

здоровье (глава 7), а также сельское хозяйство, продовольствие и питание (глава 9) дают возможность понять проблемы, возникающие в процессе межсекторального сотрудничества, и их возможные решения. Основные факторы риска НИЗ рассматриваются в главах 9–12. Глава 12 представляет собой подробное исследование проблем оценки воздействий принимаемых решений и систем отчетности в контексте охраны окружающей среды и здоровья. Вопрос о том, может ли подход HiAP быть использован для того, чтобы сделать более эффективным процесс содействия развитию здравоохранения, анализируется в главе 13.

Часть III объединяет предыдущие части для пересмотра роли сектора здравоохранения. Основные уроки для сектора здравоохранения, описанные в частях I и II, выделены в главе 14. Она определяет возможности и ресурсы, необходимые для того, чтобы обеспечить новую роль здравоохранения в подходе HiAP. В заключительной 15 главе подводятся итоги, и политикам предлагается вынести уроки из всего вышеописанного.

Многие важные проблемы, для решения которых полезно было бы использование подхода HiAP, не могли быть включены в эту книгу, в том числе вопросы старения, миграции, инфекционных заболеваний, такие важные детерминанты, как жилищные условия и транспорт, а также проблемы неравенства в вопросах расы и религии. Однако, несмотря на это, можно надеяться, что книга предлагает достаточное количество разных видов вопросов для более глубокого исследования, предоставляет обобщенные примеры для применения подхода HiAP, и (возможно) для широкого внедрения других основных социальных целей.

Библиография

1. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
2. McKeown T (1979). *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* Princeton NJ, Princeton University Press.
3. Marmot M et al. (2012). Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *The Lancet*, 379(9811):181–188.
4. Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1):32–38.
5. Rosen G (1993). *A history of public health*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
6. Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3):429–445.

7. Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
8. Ollila E et al. (2006). *Health in All Policies in the European Union and its member states. Policy brief*. Brussels, European Commission DG Health and Consumer Protection (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf, accessed 4 April 2013).
9. WHO (2006). *World Health Organization: basic documents. Constitution of the World Health Organization*. Geneva (<http://apps.who.int/gb/bd/>, accessed 12 March 2013):2.
10. United Nations (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights*. Geneva (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 1 February 2013).
11. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D (2007). History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet*, 370(9585):449–455.
12. Newell KW, ed. (1975). *Health by the people*. Geneva, World Health Organization.
13. Hawkes C (2005). The role of foreign direct investment in the nutrition transition. *Public Health Nutrition*, 8(4):357–365.
14. Hawkes C, Chopra M, Friel S (2009). Globalization, trade, and the nutrition transition. In: Labonte R et al., eds. *Globalization and health: pathways, evidence and policy*. Routledge, New York:235–262.
15. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2012). *Comisiones [Commissions]*. Lima (<http://www.mintra.gob.pe/mostrarContenido.php?id=103&tip=9>, accessed 1 February 2013).
16. Lillo JC, Provencio ED, Cortinas de Nava C (2000). *Características de peligrosidad ambiental de plaguicidas: manual de trabajo [Characteristics of environmental risk of pesticides: a handbook]*. Mexico City, National Institute of Ecology (<http://www2.ine.gob.mx/publicaciones/download/314.pdf>, accessed 7 February 2013).
17. Ministry of Finance (2010). *The pension reform in Chile: a case of the Ministry of Finance*. Geneva, International Social Security Association ([http://www.issa.int/Observatory/Good-Practices/The-Pension-Reform-in-Chile/\(language\)/eng-GB](http://www.issa.int/Observatory/Good-Practices/The-Pension-Reform-in-Chile/(language)/eng-GB), accessed 7 February 2013).
18. IANPHI (2012). *Our members*. Helsinki, International Association of National Public Health Institutes (<http://www.ianphi.org/membercountries/memberlist.html>, accessed 7 February 2013).
19. Ståhl T, Lahtinen E (2006). Towards closer intersectoral cooperation: the preparation of the Finnish national health report. In: Stehl T et al., eds. *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.

20. St-Pierre L et al. (2009). *Governance tools and framework for Health in All Policies*. The Hague, Council for Public Health and Health Care (http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf, accessed 7 February 2013).
21. Collins J, Koplan JP (2009). Health impact assessment: a step toward Health in All Policies. *JAMA*, 302(3):315–317.
22. Winkler MS et al. (2013). Untapped potential of health impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:298–305.
23. Harris-Roxas BF et al. (2011). A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: an Australian case study and impact evaluation. *International Journal for Equity in Health*, 10(1):6–12.
24. Leppo K, Melkas T (1988). Towards healthy public policy: experiences in Finland 1972–1987. *Health Promotion International*, 3(2):195–203.
25. Melkas T (2013). Health in All Policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11 suppl.):3–28.
26. Puska P et al. (1995). *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki, National Public Health Institute.
27. Puska P, Vartiainen E (2009). Community-based intervention studies in high-income countries. In: Detels R et al., eds. *Oxford textbook of public health (5th edition)*. Oxford, Oxford University Press.
28. WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Geneva, World Health Organization.
29. WHO (2013). *Governance. Documentation in all official languages of WHO for Executive Board sessions and Health Assemblies*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/gb/>, accessed 4 April 2013).
30. Kingdon J (2011). *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston MA, Longman.
31. Ollila E (2011). Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(Suppl.6):11–18.
32. Lawless A et al. (2012). Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to Intersectoral Action for Health. *Canadian Journal of Public Health*, 103(7 Suppl.):S15–S19.
33. Popay J, Williams G (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science & Medicine*, 42(5):759–768.
34. Caselli I (2011). Ecuador tackles bootleg alcohol after wave of deaths. *BBC* (London), 8 September 2011 (<http://www.bbc.co.uk/news/world-latin-america-14819253>, accessed 7 February 2013).

35. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2011). *Estrategia de Reducciyn del Consumo Nocivo de Alcohol y Otras Adicciones [Strategy for the reduction of harmful alcohol consumption and other addictions]*. Quito, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (<http://www.desarrollosocial.gob.ec/programas-y-servicios/>, accessed 7 February 2013).
36. Redacción Negocios (2012). Usuarios deben ‘apretar la billetera’ si desean comprar licor importado [Users must “tighten their wallets” if they want to buy imported alcohol]. *El Comercio* (Quito), 13 July 2012.
37. Barquero AC (2012). 876 dólares de multa a quienes consuman alcohol en una zona histórica de Quito [An 876 dollars’ fine to those consuming alcohol in Quito’s historical district]. *Ciudadanía Informada* (Quito), 14 December 2012.
38. Pacheco M, Tobar C (2012). Segundo aco de fiestas sin alcohol [Second year of celebrations without alcohol]. *El Comercio* (Quito), 5 December 2012.

История подхода HiAP

Fran Baum, Eva Ollila, Sebastián Peña

Ключевые идеи

- Формирование концепции того, что здоровье главным образом обусловлено факторами, находящимися вне компетенции медико-санитарных служб, началось еще в XIX веке и нашло свое отражение в ходе истории во многих документах, включая Устав ВОЗ, Алма-Атинскую декларацию, Оттавскую хартию, а также в недавних документах – заключительном докладе КСДЗ, Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья.
- История показывает, что изменение социальных, экономических и экологических детерминант здоровья требует совместных действий в разных секторах и часто встречает сопротивление в политическом и социальном плане.
- Меры по улучшению воздействий на здоровье принимаемых политических решений во всех секторах только недавно стали определять как HiAP, но исторически многие действия, ставшие продолжением движения “Здоровье для всех” в 1980-е годы, имели схожие цели и стратегии, включая обеспечение межсекторальных действий и здоровой общественной политики.
- Новейшая история показывает, что подход HiAP применяется по-разному в разных контекстах, отражая местную социальную и политическую культуру и административные структуры.

2.1. Введение

Идея того, что формирование здоровья зачастую обусловлено факторами, не относящимися к сектору здравоохранения, много обсуждалась в разное время и в разных контекстах. Суть этой идеи сводится к концепции социальных детерминант здоровья (объединяющих социальные, экономические и экологические детерминанты), которые являются основой для применения подхода HiAP.

В этой главе дается краткая история общественного признания важности социальных детерминант здоровья и соответствующих ответных мер в области политики. Здесь также рассматриваются социальные и политические контексты, в которых были реализованы эти меры (см. таблицу 2.1).

2.2. XIX век: Истоки HiAP в Европе

Девятнадцатый век ознаменован рождением современного движения за общественное здравоохранение в Европе. Идея того, что условия жизни и труда имеют огромное влияние на здоровье, и что здоровье формируется в условиях повседневной жизни, получила широкое признание. Начавшаяся в Соединенном Королевстве промышленная революция шла по Европе, создавая крупные города с быстро растущим населением. Инфекционные заболевания (включая холеру, тиф) быстро распространялись в антисанитарных условиях, которые приходилось терпеть рабочему классу. В Англии доклад Э. Чедвика “О санитарных условиях жизни промышленных рабочих в Соединенном Королевстве” привел к принятию в 1848 году Закона об общественном здравоохранении, который дал местным органам власти полномочия ликвидировать антисанитарные условия и создать соответствующие системы водоснабжения и канализации в городах (1). Реформаторы общественных отношений, такие как Л. Виллерме во Франции, Ф. Энгельс в Англии и Р. Вирхов в Силезии, осознали, что бедные больше подвержены болезням, чем богатые, и что социальные условия в этой зависимости имеют жизненно важное значение. Все трое документально подтверждали несправедливые различия по показателям здоровья и выступали за принятие мер в ряде секторов по улучшению участи бедных. Ф. Энгельс писал об условиях жизни рабочего класса в Манчестере в 1844 году (2). Будучи убежденным в том, что способность противостоять болезням является отражением принадлежности к классу и выражением общественного положения человека, он высказал предположение, что изменения в условиях труда и жизни вероятно будут иметь решающее значение в профилактике заболеваний. В 1848 году Р. Вирхов сделал аналогичный вывод в сообщении об эпидемии тифа в регионе прусской Верхней Силезии, отметив, что основной причиной эпидемии являются

социальные условия и условия труда (3). Р. Вирхов стал видным лидером революции 1848 года в Германии и членом прусского парламента.

Таблица 2.1. История HiAP

	Развитие идеи HiAP	Социальный и экономический контекст
XIX век	<p>Прогрессивные социальные реформаторы отмечают воздействие индустриализации на равноправие в отношении здоровья: например, Л. Виллерме (Франция), Ф. Энгельс (Соединенное Королевство), Р. Вирхов (Силезия).</p> <p>Движение за медико-санитарную реформу в Соединенном Королевстве; Э. Чедвик и Ассоциация “Здоровье городов”.</p> <p>Социальные и политические движения гражданского общества и профсоюзов способствовали обеспечению значительных улучшений в питании и бытовых условий населения (жилищное строительство и городское планирование), что привело к увеличению продолжительности жизни к концу XIX века.</p>	<p>Промышленная революция – массовые социальные беспорядки</p> <p>Либеральное правительство начала/середины XIX века</p> <p>В Европе: социальное и политическое движение за улучшение условий жизни и труда</p> <p>Рост профсоюзов</p>
XX век	<p>1948 – создание ВОЗ</p> <p>Латиноамериканское движение за социальную медицину в период 1950–1960 годов; подход с позиции первичных потребностей и пример стран с низким уровнем доходов и высоким уровнем здоровья</p> <p>1978 год – Алма-Атинская декларация ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи</p> <p>1986 год – Оттавская хартия ВОЗ по укреплению здоровья; Проект “Здоровые города” (1995 год – ВОЗ – Проект “Двадцать шагов для развития здорового города”)</p> <p>1988 год – Аделаида – рекомендации по здоровой общественной политике и последующие конференции ВОЗ по укреплению здоровья</p>	<p>Первая мировая война – большой фокус на здоровье населения</p> <p>Национальное строительство, евгеническое движение</p> <p>Великая депрессия</p> <p>“Новый курс” в Соединенных Штатах Америки</p> <p>Формирование государств всеобщего благосостояния, гарантирующих образование, здравоохранение, жилье и социальную защиту</p> <p>Рост неолиберализма, сокращение роли государства, в том числе программы структурной перестройки в период 1980–1990 годов; Вашингтонский консенсус (1989); основание Всемирной Торговой Организации (ВТО); Первичная медико-санитарная помощь;</p> <p>Доклад Всемирного банка о мировом развитии: инвестиции в здравоохранение</p>
XXI век	<p>Цели тысячелетия в области развития (ЦТР)</p> <p>2000 год – Хартия здоровья народов</p> <p>ЕС: “Здоровье во всех стратегиях”</p> <p>2008 год – КСДЗ</p> <p>2011 год – Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними</p> <p>Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья</p> <p>2013 год – 8-я Глобальная конференция по укреплению здоровья</p>	<p>Мировой финансовый кризис, спасение банков от банкротства и режим жесткой экономики</p> <p>Растущее осознание неизбежности экологического кризиса</p>

Основываясь на работе Р. Вирхова, С. Нейман подготовил проект закона об общественном здравоохранении в 1848 году (4). В законе говорилось, что общественное здравоохранение должно охватывать общество в целом, рассматривая общие физические и социальные условия, которые могут негативно отразиться на здоровье (например, состояние водопровода и канализации, промышленности, качество продуктов питания и жилищные условия), и оградить человека от факторов, которые мешают ему следить за своим здоровьем. Рекомендации С. Неймана призывали к улучшению питания, увеличению количества рабочих мест, улучшению жилищных условий и бесплатному образованию. Исследуя связи между богатством, бедностью и здоровьем в Париже, Л. Виллерме обнаружил явную зависимость между относительным уровнем бедности и смертностью в 12 городских районах Парижа (5). Таким образом, Ф. Энгельс, Р. Вирхов, С. Нейман и Л. Виллерме ясно показали, что структуры заболеваемости отражают более широкий спектр социального неравенства, и что для укрепления здоровья и снижения частоты инфекционных заболеваний необходимы действия со стороны правительства и городских властей.

Стало очевидным, что не развитие медицинской технологии, а повышение материального благосостояния, привело к снижению смертности в период с середины XIX до середины XX века (6). Также стало ясно, что экономический рост сам по себе не гарантировал улучшение здоровья. Результаты экономического роста оказали воздействие на здоровье населения благодаря действиям государства по усовершенствованию системы канализации, городского планирования и образования. За это нужно было бороться (7), и гражданское общество сыграло важную роль в борьбе за обеспечение благоприятствующих здоровью условий и пропаганде инвестиций в здоровье. Например, активная ассоциация “Здоровье городов”, основанная в Англии в 1844 году, провела общественные собрания с требованием, чтобы город и центральное правительство приняли меры по улучшению жизненных условий формирующегося промышленного рабочего класса с тем, чтобы улучшить его здоровье (8). Появляющиеся профсоюзы также играли важную роль в борьбе за здоровье рабочего класса. Вторая половина XIX века охарактеризовалась реформами центральной и муниципальной власти, приведшими к улучшению жилищных условий путем создания систем водоснабжения и канализации, городского планирования, улучшения продовольственного снабжения, а также мер по обеспечению образования и грамотности населения. М. Льюис (9) также отмечает, что демократизация середины–конца XIX века не только предоставила избирательное право, но также создала контингент избирателей, выступающих в поддержку государственных ассигнований для управления эксцессами свободного рынка.

Европейские общественные движения за охрану здоровья XIX века подчеркивают по сути политический характер общественного здравоохранения и то, как сочетание гражданских и политических действий приводит к разработке здоровой общественной политики (9). Ни одно из успешных достижений не было результатом самостоятельных действий правительства, каждое из них включало действие инициативных групп, лоббирующих и отстаивающих здоровые условия жизни и заставляющих правительство принять меры к их обеспечению.

2.3. Первые четыре десятилетия XX века

Во всех промышленно развитых странах период с 1900 года до конца 1930-х годов был охарактеризован озабоченностью об укреплении нации путем укрепления здоровья и выносливости белых граждан, а также о качестве и численности населения. Вмешательства государства в области образования, социальных услуг, промышленности и регулирования труда оказали положительное влияние на здоровье (10, 11). В Соединенных Штатах Америки президент Франклин Д. Рузвельт задумал свой “Новый курс” в ответ на Великую депрессию 1930-х годов. “Новый курс” оказался также благоприятным для здоровья населения, т.к. привел к росту занятости и обеспечил определенную защиту от последствий депрессии. Другие социальные реформы этого периода также оказали положительное влияние на здоровье, в том числе поиск формы идеальных городов и улучшение медико-санитарного просвещения (особенно для матерей и детей). В этот период во многих промышленно развитых странах забота о здоровье стала рассматриваться как обязанность достойного гражданина своей страны. Была также закреплена идея, что правительства несут определенную ответственность за здоровье граждан, и что условия жизни играют ключевую роль в вопросах здоровья.

2.4. Период после Второй мировой войны

В большинстве стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) период с середины 1940-х до 1970-х стал периодом создания государств всеобщего благосостояния и распространения многих важных социальных детерминант здоровья на все население страны в целом. Это было время высокого уровня занятости и растущего согласия относительно важности всеобщего образования, благосостояния и здравоохранения. Как и в XIX веке, эта эволюция произошла в результате политических и общественных движений, которые боролись за создание государств всеобщего благосостояния. Они способствовали сокращению несправедливостей в отношении здоровья, причем самые прогрессивные

государства всеобщего благосостояния имели самый низкий уровень несправедливостей в отношении здоровья своих граждан (12, 13).

Оптимизм послевоенного периода привел к созданию Учреждений ООН, в том числе ВОЗ. Центральное место в работе ООН занимает принятие Всеобщей декларации прав человека в 1948 году, посвященной обеспечению прав для всех людей Земли. Сформулированный в том же году Устав ВОЗ однозначно излагает более широкий подход к вопросам здоровья и отражает необходимость решать вопросы здоровья путем совместной межсекторальной работы (Вставка 2.1).

Вставка 2.1. *Выдержки из Устава ВОЗ*

Статья 2

Функциями Организации, ведущими к указанной цели, будут:

(h) в сотрудничестве, где это является необходимым, с другими специализированными учреждениями в случае необходимости способствовать предотвращению несчастных случаев;

(i) в сотрудничестве, где это потребуется, с другими специализированными учреждениями способствовать улучшению питания, жилищных условий, санитарных условий, условий отдыха, экономических условий или условий труда и других гигиенических условий окружающей обстановки;

(к) предлагать принятие конвенций, соглашений и правил, делать рекомендации по вопросам международного здравоохранения и исполнять те обязанности, которые в связи с этим могут быть возложены на Организацию и которые соответствуют ее целям.

Источник: WHO, 1948 г. (14).

Начиная с 1960-х годов многие развивающиеся страны встали на путь к независимости, чем увеличили свое значение в глобальной политике, а в 1970-х годах они призвали к установлению нового международного экономического порядка. В это время МОТ разработала стратегию основных потребностей, в которую были включены вопросы удовлетворения материальных (например, в продовольствии и питании, питьевой воде, крове, одежде, здоровье, образовании) и нематериальных потребностей, относящихся к участию народа в принятии решений, касающихся их повседневной жизни и самостоятельности. Они получили широкую поддержку как внутри ООН, так и среди доноров и развивающихся стран.

Зародившееся еще в XIX веке общественное движение за социальную медицину в Латинской Америке развивалось с сильным акцентом на необходимость уделять внимание социальной основе здоровья (15). Сальвадор Альенде (министр здравоохранения (1939 г.), Президент Чили в 1970–1973 годах) был одним из основных сторонников этого направления. Он отмечал, что: "...все предпринятые медицинские меры принесут пользу, только если они сопровождаются экономическими и финансовыми решениями, которые способствуют росту уровня жизни наших граждан" (16).

Некоторые развивающиеся страны, такие, как Коста-Рика, Куба, Шри-Ланка, а также индийский штат Керала, внедрили инновационные подходы, которые основывались на предоставлении не только первичной медико-санитарной помощи, но и услуг по обеспечению здоровых условий жизни (например, образование, жилье, водоснабжение и канализация) (17–19). Анализ подходов этих стран свидетельствует о том, что они достигли относительно высокого уровня здоровья, следуя стратегиям развития, приоритизирующим обеспечение базовых потребностей населения. Д. Вернер и Д. Сандерс отмечают, что эти страны “сосредоточили свое внимание на предоставлении равноправных форм обслуживания и/или производства, направленных на вовлечение как можно большей части населения.” Кроме того, “в этих странах приветствовался объединенный общественный подход к решению проблем и удовлетворению взаимных потребностей. Дух единства и совместной работы во имя общего блага стал основополагающим мотивом” (20). Образование стало доступно широким кругам населения, что привело к ликвидации неграмотности. Сельское хозяйство было организовано на основе мелких фермерских хозяйств, выращивающих продукты питания для местного потребления, а не на экспорт. Первичная медико-санитарная помощь стала основой системы здравоохранения.

Опыт стран с низким уровнем дохода и высоким уровнем здоровья, а также идея основных потребностей и нового международного экономического порядка, обсуждавшаяся под эгидой ООН, легла в основу принятой ВОЗ концепции первичной медико-санитарной помощи (21). Это, в свою очередь, послужило развитию подхода к здоровью, глубоко укоренившемуся в общественном понимании здоровья, и основанному на важности межсекторальных действий по укреплению здоровья населения. Учитывая потребность в участии и координации работы всех секторов, Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи призвала правительства сформулировать национальную политику, стратегии и планы действий для развертывания и поддержания всесторонней первичной медико-санитарной помощи. В этой связи ВОЗ начала работу по “межсекторальным действиям в интересах здоровья” в сотрудничестве с основными учреждениями ООН (22) посредством стратегий, разработанных в отдельных региональных офисах.

Глобальная стратегия ВОЗ “Здоровье для всех” стала больше вдохновляющим видением по улучшению доступа к первичной медико-санитарной помощи, чем точным планом действий. Трудности на пути превращения стратегии в конкретные действия включают отсутствие политической и экономической поддержки, консерватизм медицинской профессии, а также отсутствие рекомендаций по реализации. Несмотря на сосредоточенность на межсекторальных действиях, реализация концепции комплексной системы первичной медико-санитарной помощи не

оправдала ожиданий. Ее реализация была дополнительно ослаблена концепцией избирательной первичной медико-санитарной помощи (25, 26), которая ратовала за более узкий набор действий, направленный на специфические заболевания, а также подрывала более комплексное видение Алма-Атинской декларации и ее фокус на социальные детерминанты (27).

Крупнейшие доноры, оказывающие помощь развитию, продолжали поддерживать концепцию избирательной первичной медицинской помощи. Это сочеталось с программами структурной перестройки, которые наносили еще больший ущерб способности развивающихся стран предоставлять комплексные медицинские услуги. В свою очередь, ослабленная позиция сектора здравоохранения препятствовала обеспечению межсекторального сотрудничества (23–25, 28). Это произошло в глобальном контексте смещения в сторону неолиберальной политики, содействующей приватизации, в условиях повышенного внимания к целевым подходам с более четкими, ограниченными по времени действиями, а также на основе финансирования с учетом результатов, где затраты и отдача, а также потоки денежных средств могут легко прослеживаться, – подход трудно совместимый с подходом интегрированных межсекторальных действий и политики (24).

2.5. Движение за укрепление здоровья

Формально движение за укрепление здоровья началось в 1970-е годы с ориентации на изменения в образе жизни и поведении, основанные на психологических теориях по уменьшению факторов риска заболеваний. Признание того, что эти подходы имели весьма ограниченный успех при отсутствии более глубоких структурных изменений условий, формирующих здоровье людей в их повседневной жизни, привело к увеличению интереса в том, какую роль играют все секторы в укреплении или разрушении здоровья.

Другим направлением, которое привело к обращению к подходу HiAP, стала модель салютогенеза (29, 30). Идея того, что укрепление здоровья является делом, отличным от профилактики заболеваний, была в центре внимания во время проведения серии конференций ВОЗ по укреплению здоровья, которые начались в Оттаве в 1986 году (31). В Оттавской Хартии по укреплению здоровья говорится, что здоровье находится там, “где [люди] учатся, работают, играют и любят”. Хартия определила пять сфер деятельности, которые играют важное значение в формировании здоровья, включая важность здоровой общественной политики. Этот подход подразумевает включение “вопросов здоровья в повестку дня политиков всех уровней и всех секторов, направляя их в сторону осознания воздействий на здоровье их решений и принятия ответственности за обеспечение мер по охране здоровья” (31). Каждая последующая конференция по укреплению

здоровья расширяла и углубляла идеи, относящиеся к укреплению здоровья. В таблице 2.2 перечислены конференции и их ключевое значение для развития идеи HiAP. Постепенно всё большее внимание стало уделяться проблемам стран с низким и средним уровнем дохода и признанию того, что укрепление здоровья должно рассматриваться не только на глобальном уровне, но и на национальном.

В 1980-е годы движение за укрепление здоровья породило родственную концепцию межсекторальных действий по вопросам здоровья и здоровой общественной политики, которая была использована для описания единства действий в выработке государственной политики по укреплению здоровья и устранению несправедливостей в отношении здоровья. Межсекторальные действия в интересах здоровья подчеркивают совместную работу с другими секторами; здоровая общественная политика подчеркивает необходимость улучшения воздействий государственной политики на здоровье. Аналогично подходу HiAP, основная цель этой концепции – укрепление здоровья и устранение несправедливостей в отношении здоровья путем единых действий, выходящих за пределы сектора здравоохранения. С 1980 года контекст выработки политических решений сильно изменился. Как следствие этого, HiAP ставит больший акцент на многоуровневый принцип выработки политических решений в сегодняшнем глобализованном мире. Это требует однозначного определения игроков и уровней управления, на которых принимаются решения, относящихся напрямую к обеспечению права на здоровье, а также к принятию ответственности за воздействия на здоровье. Круг вопросов HiAP также распространяется на контекст предоставления медико-санитарной помощи и решения, влияющие на нормативно-правовой контекст, сбор доходов, распределение ресурсов, доступ к услугам и обучению специалистов.

Используемые все чаще в последних международных декларациях термины “всё правительство” и “всё общество” подчеркивают достижения правительства или широкие социальные цели и, в контексте здоровья, подчеркивают роль сектора здравоохранения в достижении этих целей. Подход “все правительство” относится к правительственным структурам. Однако подход “все общество” не делает различий между ролями игроков, участвующих в формировании политики, и ставит, например, коммерческий сектор в один ряд с демократически избранными органами и народными движениями. Термины “все правительство” и “все общество” пересекаются с HiAP по некоторым направлениям, но они больше связаны с правительственными или более широкими целями, в которые входят вопросы здоровья; HiAP обычно рассматривается в первую очередь с позиции сектора здравоохранения, к которому потом подключаются другие сектора.

Таблица 2.2. Международные конференции ВОЗ и основные документы по ПМСП, укреплению здоровья и социальным детерминантам здоровья: значимость для подхода HiAP

Конференция	Значимость для подхода HiAP
1978 Международная Конференция по первичной медико-санитарной помощи (Алма-Ата)	<i>Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи</i> рассматривает здоровье как социальное явление и пропагандирует важность межсекторальных действий по достижению здоровья для всех.
1986 Первая международная Конференция по УЗ (Оттава)	<i>Оттавская Хартия укрепления здоровья</i> – пять стратегий для укрепления здоровья, среди них “построение здоровой общественной политики” и “создание благоприятной среды”.
1988: Вторая Международная конференция по УЗ (Аделаида)	<i>Аделаидские рекомендации по здоровой общественной политике</i> определили “заботу о здоровье и справедливости во всех сферах политики и ответственности за воздействие на здоровье”.
1991 Третья международная Конференция по УЗ (Сундсвалль)	В <i>Сундсвальской декларации о поддерживающих здоровье средовых условиях</i> было “признано, что каждый играет роль в создании благоприятных условий для здоровья” и подчеркнута важность расширения возможностей общества.
1997 Четвертая международная Конференция по УЗ (Джакарта)	<i>Джакартская Декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21-ом столетии</i> . Уделила больше внимания, чем предыдущие декларации, странам с низким и средним уровнем дохода и призвала государственный и частный секторы способствовать укреплению здоровья, заявила, что развитие здравоохранения требует межсекторального подхода, и подчеркнула важность партнерских связей и контактов в интересах укрепления здоровья.
2000 Пятая глобальная Конференция по УЗ (Мехико)	В <i>Заявлении министров по вопросам укрепления здоровья: от идей к действиям</i> были определены основные меры “для позиционирования укрепления здоровья в качестве первостепенного приоритета для местной, региональной, национальной и международной политики и программ” и также призыв к тому, чтобы учреждения ООН несли ответственность за воздействие на здоровье своих программ развития”.
2005 Шестая Глобальная Конференция по УЗ (Бангкок)	<i>Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире</i> . Усилила основные стратегии Оттавской хартии, расширила их актуальность для глобализованного мира и сделала укрепление здоровья центральным в повестке дня глобального развития, ключевой функцией всех правительств и обязательным элементом надлежащей корпоративной практики. Она также призвала к глобальному руководству в области здравоохранения для устранения всех вредных воздействий “торговли, продуктов, услуг и стратегий маркетинга”.
2008 Заключительный доклад КСДЗ	Предоставил обширные данные о влиянии социальных детерминант здоровья и деятельности по укреплению здоровья во многих секторах. Рекомендовал использование оценки воздействия на равноправие в отношении здоровья и одобрил подход HiAP.
2009 Седьмая глобальная Конференция по УЗ (Найроби)	<i>Найробский Призыв к действию по сокращению разрыва между идеями и её реализацией в области укрепления здоровья</i> . Призыв к правительствам сделать УЗ неотъемлемой частью повестки дня политики и развития. Это включает выполнение рекомендаций КСДЗ.

2010 Международное совещание “Учет интересов здоровья во всех направлениях политики” (Аделаида)	<i>Аделаидское заявление об учете интересов здоровья во всех направлениях политики</i> подчеркнуло, “что для лучшего достижения целей в области управления необходимо, чтобы все сектора экономики включили здоровье и благополучие в качестве основных компонентов при разработке своей политики”.
2011 Всемирная конференция по СДЗ (Рио-де-Жанейро)	<i>Рио-де-Жанейрская Политическая декларация по социальным детерминантам здоровья</i> гласит: “Политика достижения Здоровья для всех вместе с межсекторальным сотрудничеством и действиями является одним из перспективных подходов к усилению подотчетности за здоровье в других секторах, так же как содействие справедливости в отношении здоровья и более инклюзивному и продуктивному обществу”.

Примечание: УЗ – укрепление здоровья; СДЗ – социальные детерминанты здоровья.

В 1980-х и 1990-х годах реализация идеи межсекторальных действий имела наибольший успех на местном уровне. Разработанная в целях реализации положений Оттавской хартии, деятельность по проекту ВОЗ “Здоровые города” велась совместно с городскими властями для реализации целого ряда мер среди муниципалитетов с целью укрепления здоровья (32). Эти инициативы были реализованы в сотнях городов по всему миру, затрагивая процессы развития города и городского планирования, привнося в них более широкую заботу о здоровье (32).

2.6. XXI век

В начале XXI века ВОЗ создала две комиссии, которым было поручено рассмотреть вопрос о более широких детерминантах здоровья. Комиссия по макроэкономике и здоровью (доклад Джеффри Д. Сакса) основывалась на мнении, что здоровье играет важную роль, потому что оно является неотъемлемой частью экономического развития. Хотя комиссия, конечно, признавала важность здоровья для других секторов, она мало говорила о необходимости действий в этих секторах. КСДЗ основывалась на понимании здоровья как одного из прав человека и видела достижение справедливости в отношении здоровья как моральный императив. Она была создана для изучения доказательств важности социальных детерминант в обеспечении справедливости в отношении здоровья, а также для выработки рекомендаций по мерам по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья (см. главу 4). Рекомендации КСДЗ включают призыв к “справедливости в отношении здоровья во всех направлениях политики, систем и программ”, отмечая также, что “согласованные действия правительства на всех уровнях имеют важнейшее значение для уменьшения несправедливостей в отношении здоровья” (33).

В 2000 году ООН приняла Декларацию тысячелетия, придавшую значимость международным отношениям и установившую цели развития на новое тысячелетие с акцентом на достижение мира, искоренение нищеты, охрану окружающей среды, содействие правам человека, демократию и

эффективное управление. На основе этой декларации ООН составила восемь Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), три из которых касаются конкретных результатов здравоохранительных мер, а четыре – основных детерминант здоровья.

В сентябре 2011 года состоялось Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое рассмотрело уход, лечение и защиту от НИЗ (см. также пример 1.1). Политическая декларация, явившаяся результатом совещания, призвала ВОЗ, другие учреждения ООН и основные международные организации к совместной работе на скоординированной основе для поддержки национальных усилий по профилактике и борьбе с НИЗ и смягчению их воздействий. Вскоре после этого, в октябре 2011 года, ВОЗ провела последующую встречу по КСДЗ в Рио-де-Жанейро. По итогам встречи в Рио-де-Жанейро была составлена Политическая декларация по социальным детерминантам здоровья, в которой освещалась важность подхода HiAP (см. вставку 2.2, а также главу 4).

В последние годы здоровье стало более заметным пунктом глобальных и национальных повесток дня. Это связано с растущим пониманием того, что проблемы здоровья, такие, как инфекционные заболевания, можно рассматривать как вопросы безопасности, а также частично потому, что медицинские услуги и технологии, как ожидается, станут потенциально быстрорастущими рынками в условиях приходящих в упадок традиционных отраслей промышленности в развитых странах. Глобализация повысила мобильность не только товаров и капитала, но также и людей, что позволяет инфекционным заболеваниям быстро распространяться за пределы национальных границ.

Правительства всего мира сталкиваются с проблемами в обеспечении приемлемого и справедливого доступа к службам здравоохранения в связи с изменением потребностей (из-за эпидемиологического и демографического переходного периода и повышенных ожиданий), увеличением стоимости медицинских технологий и лекарственных препаратов, а также давлением приватизировать систему предоставления медицинских услуг. Расходы, связанные со здоровьем, поражают уязвимые группы населения гораздо больше, чем обеспеченные слои населения, толкая их в пропасть бедности и способствуя социальной изоляции. В то же время вопросы здоровья также стали влетаться в обсуждение вопросов коммерческой деятельности, прав интеллектуальной собственности (в сфере лекарственных препаратов) и торговли услугами (в сфере здравоохранения), сокращая поле деятельности стратегий сохранения здоровья населения (см. главу 5). Кроме того, глобальные движения, выступающие за здоровье как основное право человека – например, “Народное Движение за здоровье” (35) – рассматривают доступ к медицинским услугам и социальные детерминанты здоровья как необходимые для достижения здоровья и равноправия в

Вставка 2.2. Выдержки из Рио-де-Жанейрской Политической декларации по социальным детерминантам здоровья

Статья 2. Мы осознаем, что обеспечение справедливости в отношении здоровья является общей обязанностью и требует участия всех секторов правительства, всех слоев общества и всех членов международного сообщества в глобальных действиях “всех за справедливость” для достижения “здоровья для всех”.

Статья 7. Хорошее здоровье требует универсальной, всеобъемлющей, справедливой, эффективной, гибкой и доступной, качественной системы здравоохранения. Но оно зависит также от вовлечения других секторов и участников и диалога с ними, так как их эффективность оказывает значительное воздействие на здоровье. Сотрудничество в скоординированных и межсекторальных политических действиях доказало свою эффективность. Политика достижения “Здоровья для всех” вместе с межсекторальным сотрудничеством и действиями является одним из перспективных подходов к усилению подотчетности за здоровье в других секторах, так же как содействие справедливости в отношении здоровья и более инклюзивному и продуктивному обществу. Хорошему здоровью и благополучию для всех в качестве коллективных целей должен быть придан высокий приоритет на местном, национальном, региональном и международном уровнях.

Декларация включает следующие обязательства:

- работать в различных секторах и на разных уровнях стратегического руководства, в том числе надлежащим образом с помощью национальных стратегий развития, учитывая их вклад в здоровье и справедливость в отношении здоровья и признавая ведущую роль министерств здравоохранения для пропаганды в этом отношении;
- принять согласованные политические подходы, основанные на праве обладать наивысшим достижимым уровнем здоровья, учитывая право на развитие, указанное, в частности, в Венской декларации и Плате действий 1993 года, которое усилит акцент на социальные детерминанты здоровья для достижения ЦТР;
- поддерживать минимальные уровни социальной защиты, установленные государствами-членами, для удовлетворения их конкретных потребностей и учета работы по обеспечению социальной защиты, ведущейся в системе ООН, включая работу МОТ.

Источник: WHO, 2011 г. (34).

отношении здоровья. Все эти тенденции подтверждают необходимость межсекторального сотрудничества и объясняют появление в 2006 году подхода HiAP как перспективного политического подхода.

В контексте ЕС подход HiAP основывается на положениях Маастрихтского договора 1992 года, в котором говорится, что “требования защиты здоровья являются составной частью других областей политики Сообщества” (36). Положения Маастрихтского договора в отношении здравоохранения получили дальнейшее развитие в Амстердамском договоре в ответ на эпидемию коровьего бешенства (37). В соответствии со статьей 152 Амстердамского договора о внесении изменений в Договор о Европейском союзе 1997 года “при определении и применении всех стратегий и действий Сообщества должен быть обеспечен высокий уровень защиты здоровья человека” (38). Во время первого председательства Финляндии в ЕС в

1999 году была принята резолюция Совета для обеспечения охраны здоровья во всех стратегиях и деятельности ЕС. Однако, HiAP заработал в ЕС во время второго председательства Финляндии в ЕС в 2006 году (39, 40). Вступив в силу в 2009 году, Лиссабонский договор включил HiAP в статью 168, используя формулировку, аналогичную статье 152 Амстердамского договора (41).

Тем не менее, хотя подход HiAP был одним из ключевых принципов стратегии ЕС в области здравоохранения (42), на практике он не обрел ожидаемой стратегической значимости в политике ЕС (43). Например, основной стратегический документ “Европа-2020” не содержит никаких положений в отношении здоровья помимо потенциала для инноваций, инвестиций, занятости и торговли, связанных с сектором здравоохранения и медицинскими технологиями (44).

Тем не менее, подход HiAP вызвал некоторый интерес в Юго-Восточной Европе. Например, в Бая-Луке (Сербия) министры здравоохранения 10 стран Юго-Восточной Европы подписали от имени своих правительств обязательство работать в направлении HiAP в своих странах (45, 46). За пределами Европы правительство Южной Австралии реализует подход HiAP и, совместно с ВОЗ, организовало в 2010 году в Аделаиде Международное совещание по вопросам здоровья во всех стратегиях, сыгравшее важную роль в повышении интереса к подходу HiAP за пределами Европы (47).

Обзор ситуации с практическим применением инициатив HiAP во всем мире (52), проведенный в 2010 году, обнаружил примеры использования подхода HiAP в 16 странах или административно-территориальных областях – Англии (Соединенное Королевство), Бразилии, Иране, Квебеке (Канада), Кубе, Малайзии, Новой Зеландии, Норвегии, Северной Ирландии (Соединенное Королевство), Таиланде, Уэльсе (Соединенное Королевство), Финляндии, Швеции, Шотландии (Соединенное Королевство), Шри-Ланке и Южной Австралии (Австралия). Этот обзор также показал, что подход к HiAP значительно отличался от государства к государству. Пример 2.1 иллюстрирует несколько действующих инициатив по применению подхода HiAP на национальном и местном уровне.

Пример 2.1. *Примеры реализации подхода HiAP на национальном и местном уровнях*

В **Финляндии** подход HiAP развивался на протяжении нескольких десятилетий. HiAP в Финляндии эволюционировал из ориентации на согласованные действия по приоритетным вопросам к более общей модели всеобъемлющего подхода к принятию политических решений с участием межсекторальной подготовки законодательных актов, официальных позиций и программ.

Комплексная межсекторальная система подготовки национальных позиций по политическим предложениям ЕС была создана во время

вступления Финляндии в ЕС. Комплексные оценки, в том числе здоровья, являются требованием для разработки всех законодательных предложений (48, 49). Вступивший в силу в 2010 году новый Закон о здравоохранении требует подготовки и анализа муниципалитетами отчетов о благополучии и здоровье проживающих в данном муниципалитете, а также об основных детерминантах здоровья в процессе обсуждения муниципальных стратегических планов. В Программе правительства Финляндии отмечается, что “содействие благополучию и здоровью, а также сокращение неравенства в отношении здоровья должно приниматься во внимание в процессе принятия всех социальных решений, и быть включено в деятельность всех административных секторов и министерств”. Межсекторальный Консультативный совет по здравоохранению разрабатывает стратегию по реализации этой программы правительства.

Южная Австралия разработала подход HiAP применительно к собственному контексту, делая акцент на приоритетное включение вопросов здоровья в повестку дня правительства, а также в письменные договоры о совместном стратегическом планировании и составлении бюджета. Принцип “линзы здоровья” используется для работы с другими секторами по инициативам, отбираемым и контролируемым Исполнительным комитетом Правительства Южной Австралии (подробнее см. (50)). Реализация подхода HiAP осуществляется небольшим подразделением министерства здравоохранения Южной Австралии (SA Health). Однако, полномочия по HiAP возложены на Департамент Премьер-министра и Кабинет министров, придавая ему мандат главы государства и настоящую общегосударственную ориентацию. Южная Австралия также приняла новый Закон о здравоохранении (2011), который требует от всех муниципальных властей разработки планов медицинского обслуживания.

В **Таиланде** оценка воздействия на здоровье была описана как средство разрешения конфликта между правительством и гражданским обществом (51) – граждане имеют право требовать оценки, когда у них есть сомнения по поводу воздействия на здоровье решений правительства. Подход HiAP (включая санкционированное использование оценки воздействия на здоровье) явился результатом народного движения за политическую и экономическую реформу в 1990 году. Фонд укрепления здоровья Таиланда (TaiHealth) предоставляет структуру управления HiAP. Совет TaiHealth состоит из представителей экономического и финансово-бюджетного сектора, а также секторов образования, сельского хозяйства, транспорта и здравоохранения под председательством премьер-министра (51).

2.7. Заключение и уроки для политиков

Эта краткая история HiAP подчеркивает, что достижение согласованности в политике в отношении здоровья не новая задача, она уже возникала в различных контекстах. Следующие ключевые уроки необходимо вынести из истории и принять во внимание политикам, ответственным за разработку и реализацию подхода HiAP.

- Идея оценки воздействия на здоровье и уменьшение несправедливостей в отношении здоровья во всех секторах не нова и берет свое начало по крайней мере из XIX века.
- Меры в области общественного здравоохранения, в том числе подход HiAP, неизбежно являются видом политической деятельности и не подчиняются рациональным линейным процессам развития.
- Реформы общественного здравоохранения не могут происходить без наличия политической воли. Общественные движения играют важную роль в создании этой воли – борьба за право на здоровье и условия, ему способствующие – и действуют как предшественники политических и бюрократических реформ, которые способствуют улучшению социальных условий и условий окружающей среды.
- Предшествующая комплексная работа по укреплению здоровья населения подрывалась отсутствием поддержки со стороны власть имущих. В области глобального здравоохранения крупные доноры больше стремятся поддерживать процедуры с четко установленными сроками, в которых окончательный результат может быть измерен, а денежные средства отслежены. Кроме того, медицинское сообщество не смогло обеспечить постоянную поддержку мерам, выходящим за рамки их профессиональной компетенции и прямых полномочий.

Библиография

1. Kearns G (1988). Private property and public health reform in England 1830–1870. *Social Science & Medicine*, 26(1):187–199.
2. Engels F (1993). *The condition of the working class in England*. New York, Oxford University Press.
3. Waitzkin H (1981). The social origins of illness: a neglected history. *International Journal of Health Services*, 11(1):77–103.
4. Rosen G (1993). *A history of public health*. Expanded edition. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

5. Birn A (2010). “Historicising, politicising and futurising”. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. In: Bhattacharya S, Messenger S, Overy C, eds. *Social determinants of health: assessing theory, policy and practice*. Hyderabad, Orient Black Swan:76–113.
6. McKeown T (1976). *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
7. Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain’s mortality decline c.1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1988, 1(1):1–38.
8. Ashton J, Seymour H (1988). *The new public health: the Liverpool experience*. Milton Keynes, Open University Press.
9. Lewis MJ (2003). *The people’s health. Public health in Australia 1788–1950*. Westport CT, Praeger Publishers.
10. Powles J (1988). Professional hygienists and the health of the nation. In: MacLeod RM, ed. *The commonwealth of science: ANZAAS and the scientific enterprise in Australasia, 1888–1988*. Melbourne, Oxford University Press:292–307.
11. Baum F (2008). *The new public health. 3rd ed.* South Melbourne, Oxford University Press.
12. Lundberg O et al. (2008). The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *The Lancet*, 372(9650):1633–1640.
13. Chung H, Muntaner C (2008). Welfare regime types and global health: an emerging challenge. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4):282–283.
14. WHO (2006). *Basic documents. Forty-seventh edition. Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/gb/bd/>, accessed 12 March 2013):2.
15. Waitzkin H et al. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10):1592–1601.
16. Allende S (2006). Chile’s medical-social reality –1939 (excerpts). *Social Medicine*, 1(3):151–155.
17. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, 26(9):931–940.
18. Mburu FM, Boerma JT (1989). Community-based health care 10 years post Alma Ata. *Social Science & Medicine*, 28(10):1005–1006.
19. Newell KW, ed. (1975). *Health by the people*. Geneva, World Health Organization.
20. Werner D, Sanders D, Brelsford A (1997). *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival*. Palo Alto CA, HealthWrights:117.

21. WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 7 February 2013).
22. WHO (1986). *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for Health for All*. (A39/ technical discussions/1). Geneva, World Health Organization.
23. Ollila E, Koivusalo M (2002). The World Health Report 2000: World Health Organization health policy steering off course – changed values, poor evidence, and lack of accountability. *International Journal of Health Services*, 32(3):503–514.
24. Koivusalo M, Ollila E (1997). *Making a healthy world: agencies, actors, and policies in international health*. London, Zed Books.
25. Walsh JA, Warren KS (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301(18):967–974.
26. Warren KS (1988). The evolution of selective primary health care. *Social Science & Medicine*, 26(9):891–898.
27. Baum F, Sanders D (1995). Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International*, 10(2):149–160.
28. Unger JP, Killingsworth JR (1986). Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science & Medicine*, 22(10):1001–1013.
29. Antonovsky A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):11–18.
30. Kickbusch I (1996). Tribute to Aaron Antonovsky – ‘What creates health’. *Health Promotion International*, 11(1):5–6.
31. WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, accessed 7 February 2013):1.
32. Price C, Tsouros A, eds. (1996). *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Healthy Cities Project Office:100.
33. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
34. WHO (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health* (http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf, accessed 15 March 2013):1–3.

35. People's Health Movement (2013). *Right to Health Campaign*. Cape Town (<http://www.phmovement.org/en/campaigns/145/page>, accessed 18 March 2013).
36. European Commission (1992). Treaty on European Union (Maastricht text). Article 129. Public Health. *Official Journal of the European Union*, C 191/1.
37. Lang T (2006). Food, the law and public health: three models of the relationship. *Public Health*, 120(Suppl.):30–41.
38. European Commission (1997). Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Related Acts. Article 152. Public Health. *Official Journal of the European Union*, C 340/1.
39. Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
40. Ollila E et al. (2005). *Health in All Policies in the European Union and its member states. Policy brief*. Brussels, Directorate General for Health and Consumers (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf, accessed 25 March 2013).
41. European Commission (1992). Treaty of Lisbon: amending the Treaty on European Union and the Treaty Establishing the European Community. *Official Journal of the European Union*, C306/1.
42. European Commission (2007). *Together for health: a strategic approach to the EU 2008–2013. White Paper*. Brussels (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf, accessed 18 March 2013).
43. Koivusalo M (2010). The state of Health in All Policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(6):500–503.
44. European Commission (2013). *Europe 2020*. Brussels (www.ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm, accessed 7 February 2013).
45. Third Health Ministers' Forum (2011). *The Banja Luka Pledge. Health in all Policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf, accessed 7 February 2013).
46. WHO Regional Office for Europe (2012). *Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network: an analysis of intersectoral collaboration*. Copenhagen.
47. Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
48. Melkas T (2013). Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11 Suppl):3–28.

49. Leppo K, Melkas T (1988). Towards healthy public policy: experiences in Finland 1972–1987. *Health Promotion International*, 3(2):195–203.
50. Lawless AP et al. (2012). Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health. *Canadian Journal of Public Health*, 103(Suppl 1):S15–S19.
51. Phoolcharoen W, Sukkumnoed D, Kessomboon P (2003). Development of health impact assessment in Thailand: recent experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6):465–467.
52. Shankardass K et al. (2011). *Getting started with Health in All Policies: a resource pack. Health in All Policies: a snapshot for Ontario results of a realistinformed scoping review of the literature*. Ontario, Centre for Research on Inner City Health (CRICH), St. Michael's Hospital.

Здоровье и развитие: проблемы и пути к HiAP в странах с низким уровнем доходов

Sarah Cook, Shufang Zhang, Ilcheong Yi¹

Ключевые идеи

- Сложные отношения между здоровьем и социально-экономическим развитием означают, что воздействие на детерминанты здоровья лучше всего осуществляется через широкомасштабные стратегии развития и межсекторальное участие.
- Комплексная стратегия или план, в котором здоровье выступает в качестве одной из общих приоритетных целей государственной политики, может обеспечить эффективную правовую базу для применения подхода HiAP в контексте развития. Это требует сильного институционального потенциала и механизмов отчетности.
- Лежащие в основе здоровья детерминанты можно рассматривать через социальную политику, направленную на поддержку структурных преобразований, необходимых для осуществления процессов развития. Такая политика выполняет несколько функций, связанных не только с защитой, но и с производством, перераспределением и воспроизводством.
- Сектор здравоохранения вряд ли сможет добиться больших успехов в направлении укрепления здоровья для всех в странах с низким уровнем дохода в отрыве от более широкой стратегии развития и способствующей достижению успеха экономической и социальной политики.
- Устойчивый подход к укреплению здоровья должен стать частью более широкой приверженности достижению всеобъемлющей, универсальной или основанной на правах человека социальной политики, подкрепленной финансово-бюджетными механизмами и механизмами перераспределения.

¹ Хотелось бы выразить благодарность Harald Braumann за большую помощь в проведении научно-исследовательской работы по данной главе. Авторы получили ценные комментарии от редакции и членов консультативного совета, рецензентов и участников семинара в Хельсинки. Мы также хотели бы поблагодарить участников семинара ЮНРИСД, особенно Xenia Scheil-Adlung, Timo Ståhl и Nicole Valentine, за информативные комментарии.

3.1. Введение

Применение подхода HiAP документально подтверждено в основном для более развитых экономик и систем управления (1–4). Однако, как отмечалось в главе 2, подход HiAP уходит своими истоками в страны с низким уровнем доходов – от раннего движения за общественное здравоохранение в начале XIX века в Европе к движению по укреплению здоровья в Латинской Америке в 1930-е годы и начальным этапам формирования европейских государств всеобщего благосостояния (2, 5). В таких контекстах, часто в отсутствие хорошо функционирующей системы здравоохранения, значительные улучшения в состоянии здоровья произошли через вмешательство внутри и за пределами сектора здравоохранения в сферы обеспечения питьевой водой, продовольствия и питания, санитарных условий, жилищных условий, образования и транспорта.

Эта глава рассматривает степень применимости современных принципов HiAP к условиям менее развитых стран, и способы реализации подхода HiAP в таких странах. Здоровье рассматривается как истинное благо, а также как средство и показатель развития. Давно установлено, что здоровье в значительной степени формируется за пределами сектора здравоохранения. Поэтому логично предположить, что укрепление здоровья населения должно быть единой целью государственной политики, учитывающей основные детерминанты здоровья. Однако на практике документально подтвержденные случаи применения подхода HiAP, как правило, относятся к обществам с сильным сектором здравоохранения, высокой степенью межсекторальной координации, общественным консенсусом, наличием финансовых, человеческих и технических ресурсов, а также с целенаправленной политикой достижения социальных целей, таких, как здоровье и благополучие (6, 7). Эти условия часто слабо выражены или отсутствуют в странах с низким уровнем дохода.

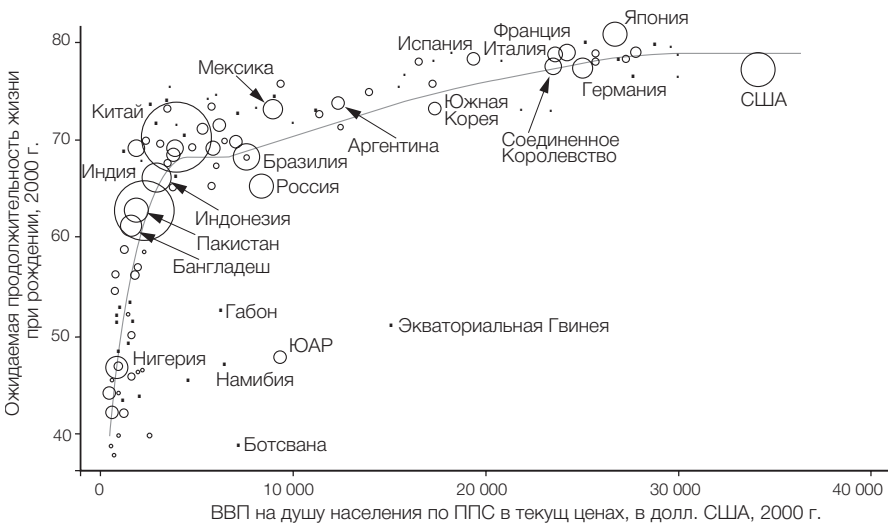
Какие политические решения или механизмы могут учитывать детерминанты здоровья и обеспечивать лучшие и более справедливые результаты в отношении здоровья в таких условиях? В этой главе речь пойдет о важности наличия HiAP в широком круге политических решений, направленных на укрепление благосостояния общества. Когда социальная политика направлена на решение задач, существенных для развития, она может играть преобразующую роль в содействии здоровью и благополучию, а также другим социально-экономическим целям. После анализа фактических данных по взаимосвязи между экономическим развитием и здоровьем обсуждается роль социальной политики в преодолении препятствий на пути укрепления здоровья в контексте развития (раздел 3.2). Затем рассматриваются ключевые аспекты условий развития (экономические, социальные и политические), которые обуславливают возможности для укрепления здоровья или применения подхода HiAP (раздел 3.3).

Глава завершается обсуждением того, как социальная политика может способствовать стратегическому межсекторальному подходу к достижению лучшего здоровья в странах с низким уровнем дохода (раздел 3.4).

3.2. Здравоохранение, экономическое развитие и роль социальной политики

Между здоровьем и экономическими показателями существуют сложные взаимоотношения. Взаимосвязь между уровнем среднего дохода и здоровьем населения уже давно принята как данное. Рост доходов населения иногда рассматривается в качестве предпосылки хорошего здоровья (8), и наоборот, хорошее здоровье способствует росту производительности труда и экономическому росту, будучи в то же время неотъемлемой частью других аспектов благосостояния (9–11). Однако широкий спектр дополнительных факторов определяет, действительно ли экономический рост или повышение доходов ведет к улучшению здоровья, и для каких социальных групп. Как видно из “Кривой тысячелетия Престона” (рис. 3.1) (12), в странах с аналогичным уровнем доходов могут наблюдаться значительные различия в отношении воздействий на здоровье. Примерами бедных стран, которые совершили прорыв в вопросах здравоохранения, являются (в разные исторические моменты): Китай (при Мао Цзэ-Дуне), Коста-Рика, Куба, Шри-Ланка и штат Керала в Индии. В то же время, в странах, независимо от уровня доходов, наблюдаются существенные различия в отношении воздействий на здоровье: по расовым, национальным и гендерным критериям, по уровню доходов, месту проживания (город/сельская местность), и по другим критериям неравенства или исключения.

Рис. 3.1 Экономическое развитие и здоровье



Источник: Deaton, 2004 г. (12). Примечание: диаметры кругов пропорциональны численности населения; ППС: паритет покупательной способности (в долл. США).

Литература по несправедливостям в отношении здоровья и социальным детерминантам здоровья выявила несколько производных внутри и за пределами сектора здравоохранения, которые определяют воздействия на здоровье (13–17). Более высокий уровень личных доходов может улучшить здоровье путем предоставления более широкого доступа к санитарии, достойным жилищным условиям, образованию и медицинскому обслуживанию (18–20). Образование (особенно у женщин) сильно связано с улучшением практики здорового образа жизни и здоровья детей (21–24). Однако такие причинно-следственные связи не означают автоматически, что индивидуальные тенденции аналогичны тенденциям всего общества. Такие факторы, как пол, возраст, национальность, раса, класс и место жительства оказывают воздействие на поддержание хорошего здоровья, и могут стать причинами значительного неравенства в доступе к медицинским услугам и разницы в состоянии здоровья (25–28).

3.2.1. Социальная политика в контексте развития

Изменение экономических, социальных и других детерминант здоровья требует реализации мер за пределами сектора здравоохранения – признание этого лежит в основе любого подхода к применению HiAP. Вопрос в том, в какой форме могут быть реализованы эти меры в контексте развития. Социальная политика содержит набор ценностей, институтов и процессов, которые обуславливают социально полезные результаты в любой стране. В идеальном варианте, социальная политика может быть преобразующей, содействуя структурным изменениям или переходам – экономическим, демографическим, эпидемиологическим и социальным. Эти изменения являются общей проблемой всех развивающихся стран. Хорошо продуманная социальная политика может поддерживать управление структурными преобразованиями с использованием методов, которые повышают благосостояние, дают экономические выгоды и предоставляют доступ к основным товарам и услугам для всех.

Как описано Тхандика Мкандавире (29), важнейшие *функции* социальной политики в контексте развития включают:

- *защиту*, особенно бедных и социально незащищенных слоев населения, от неблагоприятных и непредвиденных обстоятельств, включая плохое здоровье;
- *производство*, или поддержку экономического развития путем развития человеческого капитала и здоровой рабочей силы;
- *перераспределение*, сокращение неравенств, в том числе в отношении здоровья, а также
- *общественное воспроизводство*, включающее совместную ответственность по уходу за престарелыми, больными людьми и детьми.

Другие функции преобразующей социальной политики могут включать в себя более широкие цели: упрочение солидарности и социального единства; стимулирование участия и расширение прав и возможностей; укрепление справедливых и демократических процессов и институтов (30).

Этот подход преобразующей социальной политики отражается в ряде политических решений и программ, в зависимости от контекста. Вмешательства должны быть направлены на решение проблемы дефицита материальных потребностей, обеспечение основных жизненных стандартов, сокращение неравенства и социальной изоляции, прогрессивное увеличение охвата, а также качества и видов предоставляемых услуг (базовой инфраструктуры, здравоохранения, образования, услуг по уходу). Доступ к льготам должен базироваться на системе причитающихся социальных выплат. Доступ к трудоустройству – посредством создания рабочих мест, регулирование рынка труда и повышение производительности труда имеют важное значение для обеспечения финансово-бюджетной устойчивости. Обеспечение услуг по уходу и репродуктивных потребностей любого общества, в том числе воспроизводства рабочей силы, предусматривает включение женщин в общественную жизнь и экономику путем снижения бремени их работы по дому (например, через строительство дошкольных детских учреждений). Вместе взятые, преобразующие направления социальной политики должны способствовать обеспечению безопасности и повышению благосостояния на протяжении всего жизненного цикла.

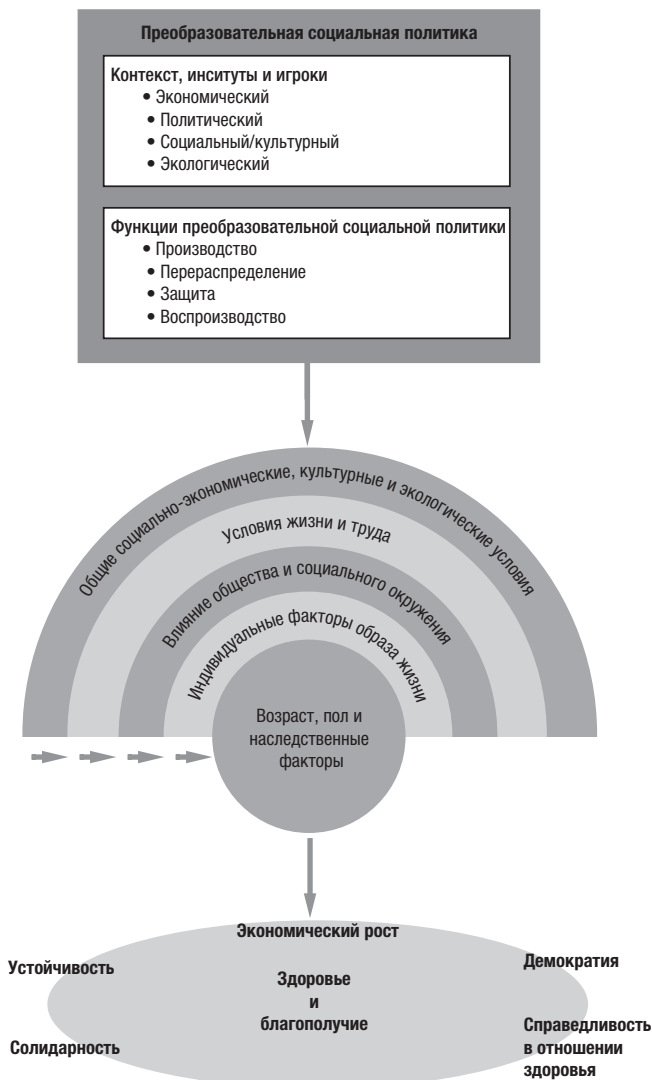
Учитывая зависимость результатов здравоохранительных мер от экономических и социальных факторов (доход, образование, занятость, этническая принадлежность, пол, социальное положение и т.д.), сектор здравоохранения не сможет предпринять значительные шаги по обеспечению лучшего здоровья для всех в странах с низким уровнем дохода без поддержки комплексной социальной и государственной политики. Такая политика может помочь сбалансировать неравномерное распределение социальных детерминант здоровья между группами населения. В её отсутствие пересекающиеся неравенства усиливают невыгодное положение, в том числе в отношении здоровья.

Остаточный подход к социальной политике, который сосредоточен главным образом на защите бедных и социально незащищенных слоев населения – или тех, кто изгнан из социального общества или подвергся негативному влиянию развития рыночной экономики – не сможет создать широкую правовую базу для синергетических связей между экономической и социальной политикой, которые будут способствовать включению вопросов здоровья в другие сферы политики. Таким образом, более широкие социальные процессы и политические стратегии должны объединиться, чтобы сформировать единый “режим” благосостояния,

который будет воздействовать на детерминанты здоровья и определять результаты развития в любом контексте.

В целом, как изображено на рисунке 3.2, преобразующая социальная политика предлагает пути решения вопросов здоровья и социального благополучия (конечная цель HiAP) путем улучшения более широких социально-экономических, культурных и экологических условий, лежащих в основе воздействий на здоровье. Одновременно она способствует обеспечению экономического роста, демократии, единства, справедливости и устойчивости – ключевых аспектов развития общества.

Рис. 3.2. Роль преобразующей социальной политики в укреплении здоровья и благополучия



Источник (для средней иллюстрации): Dahlgren & Whitehead, 1991 г. (170).

3.3. НИАР в контексте развития

Ключевые аспекты контекста развития, которые вероятнее всего будут формировать возможности для НИАР, касаются как специфических *условий* (например, уровня бедности, уровня доходов и ресурсов), так и *процессов* преобразования, включая институты и игроков, формирующих политику и отвечающих за ее реализацию. Число таких факторов, которые могут иметь решающее значение в формировании стратегических подходов к вопросам здоровья населения, приведены в таблице 3.1 и далее раскрываются подробно.

Таблица 3.1. Основные показатели и факторы более широкого контекста развития

Показатели	Факторы и примеры
Экономические	<p><i>Уровень экономического развития:</i> доход на душу населения, экономический рост; уровень бедности; распределение доходов и богатства.</p> <p><i>Экономическая структура и профиль:</i> структура экономики и занятости; урбанизация; индустриализация; интеграция в мировую экономику; зависимость от внешней помощи; финансово-бюджетные возможности.</p> <p><i>Экономическая политика и институты:</i> политика в области макроэкономики и занятости; либерализация; регулирование.</p>
Социальные	<p><i>Социальные отношения и структуры неравенства:</i> пол, раса/этническая принадлежность, классовая принадлежность, религия, место жительства.</p> <p><i>Социальная политика, институты, субъекты:</i> остаточная, перераспределительная, универсальная, регрессивная/прогрессивная, относительная роль государства, частный сектор, другие негосударственные игроки и домохозяйства.</p> <p><i>Социальная инфраструктура и услуги:</i> уровень обеспеченности, степень коммерциализации, системы государственного/частного обеспечения и финансирования.</p>
Политика и управление	<p><i>Политический режим:</i> демократический/авторитарный.</p> <p><i>Стратегическое управление институтами и возможностями:</i> механизмы, обеспечивающие прозрачность, отчетность, участие, бюрократические, технические и нормативные возможности, кадровые, административные и финансовые ресурсы.</p>
Демографические	<p><i>Демографический профиль:</i> возрастная структура населения, уровень и тенденции рождаемости, рост численности населения, мобильность населения/миграция.</p>
Здоровье и системы здравоохранения	<p><i>Санитарно-эпидемиологический/здоровоохранительный профиль:</i> ожидаемая продолжительность жизни при рождении, материнская и младенческая смертность, факторы риска (например, курение и употребление алкоголя, неполноценное питание, непригодная для питья вода, плохие санитарные условия, опасные условия труда); бремя основных болезней, распределение по заболеваниям или социально-экономическим группам.</p> <p><i>Системы здравоохранения:</i> финансирование, страховое обеспечение, кадровый потенциал, частные системы медико-санитарного обслуживания в сравнении с государственными, надзор и информационные платформы, политика и нормативно-правовые акты, профилактика в сравнении с лечением, охрана здоровья.</p> <p><i>Инфраструктура для здоровья:</i> санитария, образование, чистая питьевая вода; безопасный транспорт.</p> <p><i>Результаты функционирования системы:</i> доступность, качество и эффективность медицинских услуг, справедливость в отношении здоровья.</p>

3.3.1. Экономическое развитие: институты, стратегии и проблемы

В странах с низким доходом, а также среди малообеспеченных слоев населения во многих странах со средним уровнем дохода, имеются серьезные дефициты ключевых составляющих общественного здравоохранения: надлежащего питания, санитарии, достойных средств к существованию, базового ухода, а также отсутствие образовательной информации по вопросам здоровья. Опыт трех десятилетий, начиная с 1950-х годов – период значительных улучшений в области здоровья человека в таких непохожих странах, как Чили, Китай, Индия и Тунис (31) – продемонстрировал связь между укреплением здоровья населения и улучшением доступа к питанию, улучшением санитарии, прогрессом в оказании первичной медико-санитарной помощи, образованием и базовой инфраструктурой. Такие достижения стали возможны благодаря действиям правительства, часто при поддержке идеологии единства и эгалитаризма (32–35).

Возникновение неолиберальной политики в 1980-е годы, и ее введение посредством условий Вашингтонского консенсуса в странах с низким уровнем доходов, стало особенно разрушительным для социальных секторов, подрывая более широкий контекст для продвижения здоровья и благосостояния для всех во многих странах с низким уровнем дохода (30, 36, 37). Обеспечение доступа к медицинским услугам, а также само наличие и доступность услуг были поставлены под угрозу, так как государственный сектор урезал расходы, поставщики услуг были приватизированы, а услуги превращены в источник дохода (38). В странах Африки к югу от Сахары, Латинской Америке и Азии наблюдался резкий рост личных платежей населения, качество услуг ухудшилось, системы здравоохранения рухнули, а показатели здоровья ухудшились (30).

Несмотря на некоторое ослабление этой тенденции в 1990-е годы, социальная политика оставалась в основном остаточной, а роль государства главным образом состояла в преодолении трудностей на рынке труда или негативных последствий рыночного развития. Несмотря на документально подтвержденные негативные воздействия на здоровье и справедливости в отношении здоровья, коммерциализация социальных услуг (включая здравоохранение) остается практически несдерживаемой (38). Там, где приватизированные услуги или механизмы возмещения затрат сочетаются с целевым подходом к социальной политике, бедные часто не имеют доступа к услугам, а сами расходы на медицинскую помощь становятся одной из основных причин бедности.

Такая политика также ослабляет возможности стран с еще более сложными проблемами, связанными с вопросами здоровья и демографии. Страны с низким уровнем доходов и страны с доходами ниже среднего уровня все чаще сталкиваются с дорогим двойным эпидемиологическим

бременем – бременем инфекционных и хронических заболеваний, оба в значительной мере повышают уровень смертности и заболеваемости (39). Некоторые страны имеют более молодое население, другие сталкиваются с сокращением трудоспособного населения в связи с ВИЧ/СПИД, другие вступают в фазу быстрого старения населения. В любом случае, результатом является высокий показатель доли иждивенцев в пересчете на здоровых работников по отношению к остальной части населения, имеющий последствия для экономического роста, бюджетных поступлений и (очень гендерно) бремени социального воспроизведения или ухода за детьми, больными и престарелыми.

Каждая развивающаяся страна также имеет свою собственную историю и пути развития, что способствует появлению специфических комбинаций проблем в области здравоохранения. Безопасность дорожного движения является одной из основных проблем общественного здравоохранения во многих быстро развивающихся странах, таких как Индия, Таиланд и Вьетнам. Курение является самой большой предотвратимой причиной смертности в Китае, а загрязнение воздуха является основной причиной смертности и заболеваемости в Бангладеш, Китае, Индии, Малайзии и Вьетнаме. Безопасность продуктов питания и лекарственных препаратов является повторяющейся проблемой во многих контекстах, равно как и гигиена труда, и травматизм. Эти взаимосвязанные проблемы экономического развития и здоровья требуют принятия мер в разных секторах и на разных уровнях.

Даже в условиях быстрого экономического роста и роста доходов, как в Китае, сложность таких проблем становится очевидной при рассмотрении многочисленных и переплетающихся проблем изоляции одной значительной группы населения – китайских мигрантов из деревни в город (пример 3.1).

Пример 3.1. *Решение межсекторальных проблем: внутренняя миграция и здоровье в Китае*

Китай переживает период быстрого экономического роста, частично обусловленного трудом мигрантов из сельской местности. В 2009 году более 230 млн китайцев (или 17% населения Китая) мигрировало в города. Такая мобильность имеет огромное значение для здоровья населения Китая, для моделей и бремени болезней, для системы здравоохранения Китая, а также для принятия решений в области социальной и государственной политики.

Для **сельских мигрантов** мобильность часто означает повышенный риск производственных травм и заболеваний, подверженность

Пример 3.1. *(продолжение)*

воздействиям инфекционных заболеваний, плохие условия жизни и проблемы с психическим здоровьем. Мигранты, как правило, не попадают под схемы здравоохранения или страхования, или находятся в невыгодном положении из-за отсутствия возможности перевода социального страхования на новое место, у них более высокие затраты на медицинские услуги в городских районах, а также они не имеют права на использование многих базовых услуг, доступных для горожан. Их клеймят позором как распространителей болезней среди городского населения, тогда как зачастую они наоборот возвращаются в сельскую местность нездоровыми и становятся обузой для своих семей.

Члены семьи, оставшиеся в сельской местности, особенно пожилые люди и дети, также могут быть лишены медицинской помощи.

Несмотря на серьезные последствия для здоровья, мигранты в значительной степени остались за рамками крупных реформ здравоохранения и расширения страхового покрытия и медицинского обслуживания в последние годы.

Для решения общественных и индивидуальных проблем здоровья, вытекающих из мобильности населения, требуются:

- лучшее понимание связи между мобильностью, бременем болезней и ухудшением здоровья;
- политика в области здравоохранения, учитывающая проблемы здоровья, связанные с миграцией (например, распространение инфекционных заболеваний);
- соблюдение трудовых норм с целью сокращения профессиональных рисков для здоровья;
- равный доступ к медицинскому обслуживанию и возможность перевода льгот (независимо от места жительства);
- доступ к другим социальным услугам и льготам, а также адекватные жилищные и санитарные условия в месте пребывания;
- обеспечение ухода за членами семьи (сопровождающими или оставшимися дома), в том числе уход и воспитание детей.

Решение проблем здравоохранения, связанных с мобильностью (влияющих на мигрирующее, городское и оставшееся в сельской местности население) требует более широкого социального или государственно-политического подхода, при котором система здравоохранения будет лишь одним из многих элементов.

3.3.2. Социальные институты и неравенства

Социальные институты лежат в основе видов неравенства, определяющих проблемы здравоохранения, доступ к медицинской помощи и воздействия на здоровье. Слои населения, уязвимые более чем по одному показателю – например, полу, этнической принадлежности, местожительства и доходу, – гораздо вероятнее будут иметь плохое здоровье и ограниченный доступ к медицинским услугам. Такая межсекторальность (также имеющаяся в богатых странах) требует вмешательства сразу в нескольких сферах государственной политики. Групповым неравенствам и неравенствам доходов уделяется недостаточное внимание в текущей повестке дня развития, концентрирующейся вокруг ЦТР и искоренения абсолютной бедности (41). Во многих странах ЦТР в отношении здоровья вряд ли могут быть достигнуты. Это частично объясняется “недостигаемостью наиболее социально незащищенных групп населения, т.к. достижения по национальным индикаторам ЦТР часто маскируют увеличивающиеся неравенства в странах” (42). В других случаях, в последние годы наблюдается некоторое выравнивание или даже коренной поворот в тенденциях неравенства (по крайней мере, с точки зрения доходов). В таких странах, как Аргентина, Бразилия, Коста-Рика, Китай и Южная Корея (32, 43), правительства принимают на себя большую ответственность за благосостояние населения, применяя политику перераспределения. Уровень социальной защиты повышается, в то время как правительства поддерживают или усиливают свою роль в финансировании и управлении оказанием медицинских, а также других услуг, таких как образование, обеспечение жилищных условий и социального обеспечения.

Гендерно-дифференцированные организации являются наглядным примером межсекторальности и играют особую роль в формировании социального неравенства и воздействий на здоровье. Образованные и здоровые матери вносят важный вклад в здоровье населения: начиная с пренатального питания и развития детей дошкольного возраста женщины играют ключевую роль в физическом, эмоциональном и когнитивном развитии детей, что в последствии влияет на жизненные возможности детей (44–46). Однако во многих странах с низким уровнем доходов девушки имеют меньше шансов остаться в школе, чаще выходят замуж в очень молодом возрасте (с более высокими рисками при родах), имеют меньше возможностей для трудоустройства и, соответственно, более низкие доходы. Они также несут непосильное бремя обеспечения быта и ухода за другими членами семьи. Это включает в себя, особенно в сельских районах, большие затраты времени (на сбор дров и питьевой воды), они подвергаются воздействию неисправных кухонных плит в процессе приготовления пищи, а также другим факторам, вредным для здоровья. Непосильное бремя ухода за другими членами семьи и социальное

воспроизводство, а также его воздействия на здоровье женщин и членов их семей, статистически все еще плохо изучены и практически не отражаются в политических стратегиях (47). Однако именно эти аспекты могли бы заполнить пробелы в функционирующей системе здравоохранения.

3.3.3. Управление и государственный потенциал

Усилия по достижению существенного улучшения благосостояния и сопровождающие его сокращения несправедливостей – будь то в отношении здоровья, доходов или по другим показателям – это в конечном счете политический выбор (41). Он требует наличия соответствующих структур стратегического управления и технических возможностей. Возможность повышения благосостояния и перераспределительная политика формируются через такие факторы, как характер политического строя (демократический/авторитарный), избирательная система, степень участия населения и институциональные механизмы отчетности. Политический режим также влияет на зависимость правительств от определенных групп, механизмов закрепления, контроля за ресурсами, фискального и политического пространства, а также потенциала для регулирования и реализации.

Большинство документально подтвержденных случаев применения подхода HiAP находятся в более развитых странах или государствах всеобщего благосостояния. Эти страны, как правило, имеют демократическую форму правления, прозрачное и ответственное правительство, относительно богатые ресурсы и хорошо развитые системы здравоохранения. В таком контексте правительства обычно имеют сильный потенциал для регулирования рынков и поставщиков услуг, координации предоставления социальных услуг и реализации политики перераспределения через финансово-бюджетную систему или другие механизмы. Так, они сокращают крайнюю степень социального неравенства и обеспечивают социальное благополучие граждан. Напротив, во многих странах с низким уровнем доходов государство может иметь ограниченные возможности либо для мобилизации ресурсов, либо для вложения имеющихся ресурсов в цели развития или расширение возможностей. Возможности регулирования в отношении коммерческих поставщиков услуг, а также механизмы совместной работы и контроля могут быть слабыми. Следовательно, может быть необходимо создание или укрепление таких институтов или возможностей в рамках применения подхода HiAP.

Ряд примеров свидетельствует о том, что страны на разных этапах экономического развития и с разными политическими системами, способны предпринимать скоординированные или мультисекторальные действия для решения проблем здравоохранения (и других социальных проблем). Инициативы межсекторального сотрудничества варьируют от крупномасштабных межсекторальных национальных действий,

в первую очередь в более богатых странах (например, Англия, Норвегия, Канада, Финляндия) до направленных на единичную группу или местных инициатив (например, решение проблемы оказания медицинской помощи бедным, находящимся в неблагоприятном положении работницам секс-индустрии в районе Северной Калькутты (Индия), предоставление услуг и создание программ в области здравоохранения в районе Китгум (Уганда) после конфликта) (2, 4).

При этом комплекс межсекторальных инициатив предъявляет высокие требования к любой политической системе, которая должна лавировать между конкурирующими интересами. Переговоры о реформе здравоохранения в текущем индийском контексте предлагают пример сложности достижения консенсуса для проведения смелых реформ в демократическом обществе с сильной конституционной приверженностью к правам, но с высоким уровнем неравенства и интенсивной конкуренцией между группами интересов (48). Даже там, где с трудом достигнут консенсус вокруг политических приоритетов, и правительством приняты решения, реализация требует технократических возможностей в дополнение к политическому руководству. Схема здоровья “30 батов” в Таиланде стала важной частью избирательной платформы Таксина Чинавата в 2001 году, но ее реализация зависела от сильной системы здравоохранения и способных технократов в Министерстве здравоохранения (49). В Китае сильная административная система использует пилотные проекты для демонстрации результатов новых инициатив (например, новая кооперативная медицинская схема) с целью обеспечения политической и общественной поддержки (50). В таких случаях роль сектора здравоохранения является центральной в обеспечении успеха стратегии (см. также главу 14). В то же время, широкий консенсус по политическим стратегиям, решение вопросов о включении приоритетов в области здоровья в более масштабную политику и в процессы принятия решений, а также каким образом разрешить конкурирующие претензии на государственные ресурсы, - все это происходит за пределами сектора здравоохранения.

Местное самоуправление, гражданское общество и НПО – включая НГО, СМИ, деловые круги и общественные объединения – также играют важную роль в достижении более широких социальных целей. Местные инициативы могут иметь решающее значение для воздействия на социальные детерминанты здоровья при обеспечении надлежащего уровня соответствующих социальных и медицинских услуг (2). Содействие альянсам между группами, укрепление механизмов отчетности и сотрудничества, а также обеспечение доступа к информации играет важную роль в увеличении числа предоставляемых общественных благ (51). Местные, идущие снизу вверх, или целевые инициативы вряд ли смогут разрешить структурные

причины неравенства, которые часто лежат в основе ухудшения здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода. Тем не менее, при отсутствии политического консенсуса такие инициативы могут играть важную роль в более всеобъемлющих и перераспределительных механизмах и, в конечном итоге, могут обеспечить необходимое давление для проведения дальнейших реформ.

3.3.4. Стратегии укрепления здоровья

Вышеизложенные аргументы предлагают широкий спектр политических решений за пределами сектора здравоохранения, с важными воздействиями на здоровье и его социальные детерминанты в странах с низким уровнем дохода. К таким решениям могут относиться инициативы, которые:

- обеспечивают доступ к базовым условиям, необходимым для здоровой жизни – питьевой воде и санитарии, жилью, базовой инфраструктуре и услугам;
- повышают индивидуальные/семейные доходы населения путем создания рабочих мест, обеспечения адекватной заработной платы или вознаграждения, повышения производственного потенциала и поддержки доступа на рынки;
- защищают отдельных лиц/домохозяйства от стрессов для доходов и потребления, в том числе из-за нездоровья;
- повышают благосостояние и возможности за счет инвестиций в здравоохранение, образование и другие услуги;
- поддерживают роль женщин в экономике и обществе, разделяя бремя ухода за детьми, больными и престарелыми;
- способствуют активному и информированному участию общественности путем обеспечения доступа к информации и создания подотчетных и быстро реагирующих институтов.

Без необходимости в комплексной координации, действия правительства в разных политических сферах могут синергически соединяться для поддержки процессов экономического развития полезных также и для здоровья.

3.4. Социальная политика и здоровье: стратегии применения подхода HiAP в контексте развития

Более широкий контекст развивающихся стран – включая высокий уровень бедности, совокупные неравенства, дефицит базовых услуг и инфраструктуры, слабое управление или технические возможности, а также ограниченные финансовые и кадровые ресурсы – создает специфические проблемы для реализации HiAP внутри и за пределами

сектора здравоохранения. Но, как уже отмечалось, существуют возможности для разработки стратегий с общими экономическими, социальными и медицинскими преимуществами. Укрепление сектора здравоохранения должно стать неотъемлемой частью любой стратегии. Однако, эффективный подход HiAP в контексте развития должен быть расположен на уровне комплексной стратегии развития или плана, в котором здоровье имеет приоритетное значение как единая цель государственной политики.

Преобразующая социальная политика (как определялось ранее) нужна для того, чтобы сделать стратегию развития всесторонней и устойчивой, и, таким образом, направленной на устранение дефицитов в области здравоохранения и благосостояния в развивающихся странах. Фундаментальный подход к рынку, который (с некоторыми изменениями) доминировал в политике развития с 1980-х годов, предполагает, что рынки являются основным механизмом эффективного распределения ресурсов, а следовательно, имеют возможность максимально увеличивать благосостояние общества. Однако, как уже отмечалось, политика, связанная с этим подходом (например, предоставление медицинских услуг на коммерческой основе, принцип возмещения затрат и целевая социальная защита) оказались особенно разрушительными в контекстах с высоким уровнем бедности и слабым административным управлением.

Напротив, фактические данные ряда контекстов демонстрируют преимущества более комплексного подхода к социальной политике. Признавая необходимость мер, обеспечивающих включение самых незащищенных слоев населения, всеобщий доступ к базовому социальному обеспечению в конечном счете гарантирует лучшее качество, более широкий охват, и большую политическую и институциональную жизнеспособность, чем меры, ориентированные только на бедных (52, 53). Универсальные схемы вероятнее всего позволят уменьшить несправедливости в отношении здоровья и будут способствовать укреплению социальной сплоченности. Они могут снизить административные и операционные затраты на реализацию стратегий (таких, как HiAP), которые требуют координации между министерствами и секторами, и тем самым поспособствуют созданию благоприятных условий для межсекторальных действий в интересах здоровья в странах с низким уровнем дохода.

В настоящее время существует новый импульс к применению универсальных подходов к предоставлению социального обеспечения как основы для безбарьерного экономического роста, особенно в некоторых частях Азии и Латинской Америки. Появляются различные механизмы, стратегии политики и программы, с различными комбинациями целевой и универсальной социальной защиты, государственное и частное медицинское обеспечение, коммерческое и социальное страхование, а также финансирование из общих налоговых поступлений. В целом, эти

инициативы представляют собой более глубокое признание взаимосвязи между множественными факторами в процессе развития, включая необходимость перераспределительных механизмов, основанных на солидарности, обеспечивающих устойчивое развитие экономики и сплоченного общества. Постепенное расширение новых программ и их институционализация в области права, политики и бюджетного процесса в таких странах, как Бразилия, Чили и Мексика, предполагает, что эти изменения выдержат испытание временем (54).

На международном уровне также существует новая тенденция к расширению базового медико-санитарного обслуживания и переход к предоставлению всеобщего доступа к здравоохранению. Она прослеживается в усилиях по созданию глобальных “Минимальных норм социальной защиты” с набором минимальных социальных гарантий для всех. Они созданы под руководством ВОЗ и одобрены Генеральной Ассамблеей ООН в декабре 2012 года (56) и включают базовое медицинское обслуживание (55), а также всеобщее медицинское страхование. Оба этих вопроса занимают важное место в дебатах о содержании программы развития после 2015 года.

Как обсуждалось ранее, различные факторы или окна возможностей могут заставить правительства начать движение в сторону более универсальной перераспределительной социальной политики или реформы системы здравоохранения. Хотя иногда в основе таких реформ лежит забота о всеобщих правах, они зачастую обусловлены множеством других аспектов: политической правомерностью или успехом на выборах, управлением социальными волнениями, экономическими соображениями, включая повышение производительности через инвестиции в человеческий капитал (как в Швеции в 1930-е годы и в развивающихся странах Восточной Азии) (57, 58), или увеличением внутреннего спроса и потребления. Какой бы ни была мотивация, универсальный подход к социальной политике способствует большей солидарности, социальной сплоченности и созданию коалиции между классами, группами и поколениями. Эти факторы могут помочь в борьбе с формами неравенства, которые способствуют ухудшению здоровья.

3.5. Заключение

Политика в области здравоохранения является основным полем битвы, где “конкурирующие видения этической и политической основы общества, а также характера экономики, ведут борьбу” (38). Как обсуждалось в этой главе, сложные отношения между социально-экономическим развитием и здоровьем требуют подхода к вопросам здоровья в странах с низким уровнем доходов, который признает детерминанты здоровья в широком контексте, в то же время подтверждая, что хорошее здоровье – ключевой

фактор в достижении социальных и экономических целей развития. В этой главе были освещены основные варианты экономических, политических и социальных контекстов в экономиках с низким уровнем доходов. Такое разнообразие подразумевает, что стратегии HiAP должны соответствовать контексту: определяться политической системой и институтами данной конкретной страны, уровнем ее социально-экономического развития и неравенства, проблемами и приоритетами в отношении здоровья, а также возможностями правительства и имеющимися ресурсами.

Даже в условиях, когда системы здравоохранения являются слабыми, а доступ к услугам ограниченным, основные вопросы здоровья можно решать совокупно, в рамках более широкой стратегии развития. Государственная политика, направленная на укрепление системы здравоохранения, должна быть сопряжена с преобразующей экономической и социальной политикой развития, которые вместе могут быть более эффективны в улучшении основных детерминант здоровья. В конечном счете, выбор политики будет зависеть от значения, которое общество придает справедливости и здоровью, от политического режима и пространства для создания альянсов, управления ресурсами и формирования перераспределительной политики, а также от возможностей государства (в сотрудничестве с другими игроками, включая предприятия, НПО и граждан) пропагандировать, поддерживать и реализовывать такую политику на различных уровнях. Таким образом, устойчивый подход к укреплению здоровья в конечном итоге должен быть прочно внедрен в более широкую приверженность государства проведению комплексной, универсальной и правовой социальной политики как части общественного договора между гражданами, подкрепленного перераспределительными механизмами финансирования.

Библиография

1. Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
2. WHO (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
3. Kickbusch I, Buckett K, eds. (2010). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia.
4. Shankardass K et al. (2011). *Getting started with Health in All Policies: a resource pack*. Toronto, Centre for Research on Inner City Health (CRICH), St Michael's Hospital.

5. Allende S (2006). Chile's medical-social reality – 1939 (excerpts). *Social Medicine*, 1(3):151–155.
6. Buckett K, ed. (2010). *Editorial. International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 12–15 April 2010*. Adelaide, Government of South Australia.
7. Krech R, Buckett K (2010). The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. *Health Promotion International*, 25(2):258–260.
8. Pritchett L, Summers L (1996). Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 31(4):841–868.
9. Bloom DE, Canning D (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456):1207–1209.
10. Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization.
11. López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L (2005). *Health and economic growth: findings and policy implications*. Boston, The MIT Press.
12. Deaton A (2004). *Health in an age of globalization*. Washington DC, Brookings Trade Forum:83–130.
13. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
14. Marmot M (2006). Health in an unequal world: social circumstances, biology and disease. *Clinical Medicine*, 6(6):559–572.
15. Raphael D (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4):651–677.
16. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press:12–23.
17. Dahlgren G, Whitehead M (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Futures Studies.
18. McKeown T (1976). *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
19. Fogel RW (1986). Nutrition and the decline in mortality since 1700: some preliminary findings. In: Engerman SL, Gallman RE, eds. (1986). *Longterm factors in American economic growth*. Chicago, University of Chicago Press:439–556.
20. Schultz TP, Strauss J, eds. (2008). *Handbook of development economics. Volume 4*. Oxford, North-Holland (Handbooks in Economics 9).

21. Caldwell JC (1979). Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Population Studies*, 33(3):395–413.
22. Schultz TP (1985). Studying the impact of household economic and community variables on child mortality. *Population and Development Review*, 10(suppl.):215–235.
23. Breierova L, Duflo E (2004). *The impact of education on fertility and child mortality: do fathers really matter less than mothers?* Cambridge MA, National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper No. 10513).
24. Bicego GT, Boerma JT (1991). *Maternal education and child survival: a comparative analysis of DHS data*. Columbia MD, IRD/Macro International Inc.
25. Kawachi I, Kennedy BP (1999). Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34(1 Pt 2):215–227.
26. Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41(1):113–158.
27. Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge.
28. Wilkinson R, Pickett K (2009). *The spirit level: why equality is better for everyone*. London, Penguin.
29. Mkandawire T (2004). Introduction. In: Mkandawire T, ed. *Social policy in a development context*. Basingstoke, Palgrave Macmillan (Social Policy in a Development Context Series).
30. UNRISD (2010). *Combating poverty and inequality: structural change, social policy and politics*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development.
31. UN DESA (2001). *World population prospects: the 2000 revision*. Geneva, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
32. Myrdal G (1968). *Asian drama: an inquiry into the poverty of nations*. New York, Twentieth Century Fund.
33. Abugre C (2009). The financial crisis and social development in Africa: an opportunity for strategic change. *Coalition for Dialogue for Africa (CoDA) Conference – Global Financial Crisis: Alternative Responses of Africa, Tunis, 28 November 2009*.
34. Yi I (2010). Social protection, social security and social service in a development context: transformative social policy approach. *Journal of International Development Cooperation*, 10:57–84.
35. Adesina JO (2011). Beyond the social protection paradigm: social policy in Africa's development. *Canadian Journal of Development Studies*, 32(4):454–470.
36. Pender J (2001). From 'structural adjustment' to 'comprehensive development framework': conditionality transformed? *Third World Quarterly*, 22(3):397–411.

37. Mehrotra SK, Delamonica E (2007). *Eliminating human poverty: macroeconomic and social policies for equitable growth*. London, Zed Books Ltd.
38. Mackintosh M, Koivusalo M, eds. (2005). *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, Palgrave Macmillan (UNRISD Social Policy in a Development Context Series):xiv.
39. Kennedy G, Nantel G, Shetty P (2006). *The double burden of malnutrition: case studies from six developing countries*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO Food and Nutrition Paper No. 84).
40. UNRISD (2012) [web site]. Migration and Health in China Project. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development ([http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/\(httpProjects\)/20EF8DE635389A098025791B003906CD?OpenDocument](http://www.unrisd.org/80256B3C005BB128/(httpProjects)/20EF8DE635389A098025791B003906CD?OpenDocument), accessed 9 January 2013).
41. Bangura Y (2011). Inequality and the politics of redistribution. *European Journal of Development Research*, 23(4):531–536.
42. UN System Task Team on the post-2015 UN Development Agenda (2012). *Health in the post-2015 UN development agenda: thematic think piece*. Geneva, UNAIDS, UNICEF, UNFPA, WHO:4.
43. Huber E (1996). Options for social policy in Latin America: neoliberal versus social democratic models. In: Esping-Andersen G, ed. *Welfare states in transition: national adaptations in global economies*. London, Sage Publications/UNRISD:141–191.
44. Barker DJP, ed. (1992). *Fetal and infant origins of adult disease*. London, BMJ Publishing.
45. Behrman JR, Rosenzweig MR (2004). Returns to birthweight. *Review of Economics and Statistics*, 86(2):586–601.
46. Thomas D, Strauss J, Henriques M-H (1990). Child survival, height for age and household characteristics in Brazil. *Journal of Development Economics*, 33(2):197–234.
47. Razavi S (2007). *The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development (Gender and Development Programme Paper No. 3).
48. Sen G, Rajasekhar D (2012). Social protection policies, experiences and challenges. In: Nagaraj R, ed. *Growth, inequality and social development in India: is inclusive growth possible?* Basingstoke, Palgrave Macmillan/UNRISD (Development Pathways to Poverty Reduction):91–134.
49. Selway JS (2011). Electoral reform and public policy outcomes in Thailand: the politics of the 30-baht health scheme. *World Politics*, 63(01):165–202.

50. Xu K et al. (2009). *Health care financing in rural China: new rural cooperative medical scheme*. Geneva, World Health Organization (Technical brief for policy-makers No. 3/2009).
51. UNDP (2010). *Human development report 2010. The real wealth of nations: pathways to human development*. New York, United Nations Development Programme.
52. Mkandawire T (2005). *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development (Social Policy and Development Programme Paper No. 23).
53. Skocpol T (1991). Targeting within universalism: politically viable policies to combat poverty in the United States. In: Jencks C, Peterson PE, eds. *The urban underclass*. Washington DC, The Brookings Institution:411–436.
54. UNDP Special Unit for South-South Cooperation, International Labour Organization (2011). *Sharing innovative experiences (Vol. 18): successful social protection floor experiences*. New York, United Nations Development Programme.
55. ILO (2012). *Text of the recommendation concerning national floors for social protection*. Geneva, International Labour Organization (International Labour Conference Recommendation No. 202).
56. United Nations (2012). *Resolution on universal health coverage*. No. A/67/L.36, 6 December 2012, Geneva (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36, accessed 11 January 2013).
57. Tilak JBG (2002). *Building human capital in east Asia: what others can learn*. Washington, The World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/wbi37166.pdf>, accessed 11 January 2013).
58. Lindh T (2009). The future needs for social investment in ageing populations: Sweden as a pilot case. In: Morel N, Palier B, Palme J, eds. *What future for social investment?* Stockholm, Institute for Futures Studies:131–142.

Обеспечение справедливости в отношении здоровья

Michael Marmot, Jessica Allen

Ключевые идеи

Конкретные и скоординированные действия в интересах улучшения социальных детерминант здоровья требуют политической приверженности и повышения согласованности действий на всех уровнях государственного управления – международном, национальном и местном. Для достижения этого необходимо принять во внимание следующие аспекты:

1. Сильная общественная поддержка действий по борьбе с неравенством в отношении здоровья обеспечивает необходимую законность, ответственность и импульс.
2. Для решения вопроса социальных детерминант здоровья необходимы межправительственные действия.
3. Принятие мер по социальным детерминантам здоровья дает преимущества в других секторах.
4. Экономический кризис – время действовать, а не бездействовать в вопросах справедливости в отношении здоровья: анализ показал, что несправедливости в отношении здоровья усиливаются в условиях экономического кризиса и режима жесткой экономии. Бездействие дорого обходится – и в финансовом отношении, и в отношении общих затрат на здоровье.
5. Несправедливости в отношении здоровья и другие виды неравенства повторяются из поколения в поколение. Чтобы защитить нынешние и будущие поколения, необходимы конкретные действия. Оценка воздействия стратегий на социальные детерминанты предполагает включение вопросов справедливости в отношении здоровья во все стратегии, а также разработку механизмов оценки будущих воздействий на справедливости в отношении здоровья.

Реализация стратегий, как обсуждается далее, не простое дело, но при надлежащем стратегическом руководстве и приверженности, а также путем

выполнения конкретных мер во всех секторах и на разных уровнях можно достичь значительного сокращения потери здоровья и жизни.

4.1. Введение

Значительное и растущее число фактических данных показывает связь между здоровьем и обстоятельствами, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют. Неравенство в распределении власти, денег и ресурсов отвечает за различия в этих условиях повседневной жизни и связанные с ними различия в здоровье и продолжительности жизни (1).

Фактические данные показывают, что неравенства в отношении здоровья и ожидаемой продолжительности жизни при рождении не оправданы и несправедливы. Их преодоление должно стать задачей первостепенной важности на всех уровнях стратегического руководства – глобальном, национальном и местном. Сокращение неравноправия в отношении здоровья должно стать приоритетным направлением работы правительств во всем мире, так как здоровье является важной заботой населения. Действия по укреплению здоровья и сокращению неравенств широко поддерживаются общественностью (2).

Системы здравоохранения могут иметь влияние на уменьшение неравноправия в отношении здоровья. Однако реальное сокращение неравенства наступит только тогда, когда все слои общества начнут работать вместе, чтобы справиться с ненужной потерей жизни и здоровья. Достижение сотрудничества на международном, национальном и местном уровнях и в различных секторах – процесс чрезвычайно сложный, но, как описывается в этой книге, механизмы для достижения этой цели уже разработаны, и есть много примеров их успешного применения. Прочная политическая воля и приверженность делу сокращения неравенства в отношении здоровья и их причин способствует принятию согласованных и действенных мер, что может не всегда удаваться во времена жесткой экономии и конкурирующих приоритетов.

Какими бы трудными ни были препятствия, приверженность делу сокращения несправедливостей в отношении здоровья является необходимым условием для эффективных действий по достижению большей справедливости в отношении здоровья. Необходимо также крепкое стратегическое руководство, в частности министерств здравоохранения, с тем чтобы гарантировать внесение справедливости в отношении здоровья в политику, стратегии и действия разных секторов. Учитывая важность приверженности обеспечению справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, необходимо предупредить опасения, что здоровье во всех стратегиях и секторах является формой империализма в области здравоохранения. Хорошее здоровье – это благо, высоко

ценимое обществом, и о котором общество проявляет особую заботу. По сути, такая общественная забота о здоровье означает, что сокращение несправедливостей и укрепление здоровья населения обязательно должно стать приоритетом для всех правительств во всех областях политики. Целевая группа по справедливости, равенству и правам человека в “Обзоре социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ (Европейский обзор)” суммирует это распространенное представление о несправедливых различиях по показателям здоровья и отмечает, насколько большое значение общество придает хорошему здоровью (3).

Несмотря на озабоченность общества и требования социальной справедливости, экономический кризис во всем мире привел к тому, что стремления к большей справедливости в отношении здоровья стали рассматриваться как непозволительная роскошь, даже теми правительствами и организациями, которые ранее принимали приоритетные меры в отношении здоровья. Это вызывает особое беспокойство. Решение вопросов неравноправия в отношении здоровья должно иметь еще большую актуальность в периоды экономических кризисов и жесткой экономии.

Серьезные экономические трудности приводят к ухудшению здоровья и увеличению несправедливости в отношении здоровья, а также к высоким затратам, связанным с бездействием при решении этих проблем. Например, фактические данные, полученные из Англии, показывают, что болезни, возникающие вследствие несправедливостей в отношении здоровья, являются причиной потерь 31–33 млрд фунтов стерлингов в год в результате снижения производительности труда, 20–32 млрд фунтов стерлингов в год в результате недобора налогов и более высоких социальных выплат, а также более 5,5 млрд фунтов стерлингов в год в качестве дополнительных расходов Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства (4). В Англии оценки ущерба жизни и здоровью людей в результате разницы условий жизни по сравнению с наиболее обеспеченными слоями населения показывают, что люди, ежегодно умирающие преждевременно из-за неравенства в отношении здоровья, в противном случае могли бы в общей сложности прожить от 1,3 до 2,6 млн лет дополнительно (5).

Высокие индивидуальные и финансовые расходы, вероятно, увеличатся, благодаря спаду в экономическом росте и режиму жесткой экономии. Директор Европейского Регионального бюро ВОЗ прокомментировала Европейский обзор:

Обзор демонстрирует, что европейский экономический кризис и реакция на него отрицательно сказались на социальных детерминантах здоровья. В сегодняшней Европе, в условиях экономических трудностей и жесткой экономии, мы должны лелеять здоровье как ресурс для всех в Регионе, чтобы предотвратить дальнейшее усиление неравенства в отношении здоровья (6).

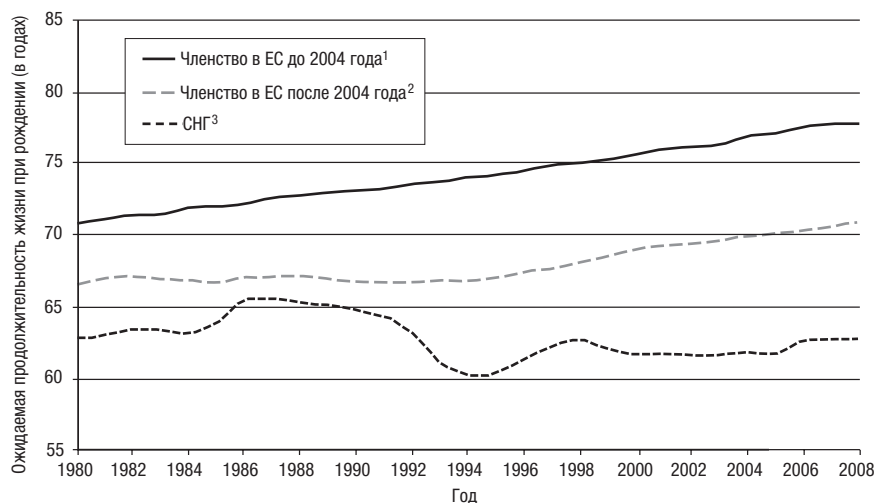
В 2005 году, в ответ на растущую озабоченность по поводу постоянной и усиливающейся несправедливости в отношении здоровья в глобальном масштабе, была создана КСДЗ. В этой главе описываются некоторые из рекомендаций к действию по сокращению несправедливости в отношении здоровья, сформулированные по итогам публикации Заключительного доклада КСДЗ в 2008 году. Здесь также представляются фактические данные и стратегические рекомендации, собранные во время подготовки Европейского обзора в 2010–2013 годах (7). Такие обзоры составляются с надеждой, что многие из рекомендаций, представленных в них, будут рассмотрены, адаптированы к местным условиям и реализованы. В этой главе обсуждаются некоторые примеры реализации выводов КСДЗ с надеждой на то, что нарастание интереса к применению концепции социальных детерминант и обеспокоенность в связи с недостаточной активностью действий, направленных на социальные детерминанты во всем мире – в сочетании с практическими действиями, направленными на повышение уровня справедливости в отношении здоровья, предпринимаемыми на многих уровнях в различных секторах – поможет добиться более широкого воздействия на уровень справедливости в отношении здоровья и упрочить политическую волю, а также приверженность правительств и гражданского общества в целом.

4.2. Несправедливости в отношении здоровья и их причины: проблемы и новые подходы

Социальное сплочение общества, рост изобилия, прочная социальная система с высококачественными услугами образования и здравоохранения – создали условия, которые позволяют многим людям вести такую жизнь, которую они могут с полным основанием высоко ценить. Как результат – замечательные достижения в показателях здоровья, хотя и неравномерно распределенные среди населения. Однако не всем странам в полной мере достались плоды такого социального и экономического развития и прогресса в области здравоохранения. Например, социальные и экономические условия улучшились в большинстве стран Европы, но различия сохраняются. И от этого страдает здоровье. Рисунки 4.1. и 4.2. отображают данные до 2008 года, но тяжелый экономический кризис еще более усугубил неравенства в отношении здоровья (8).

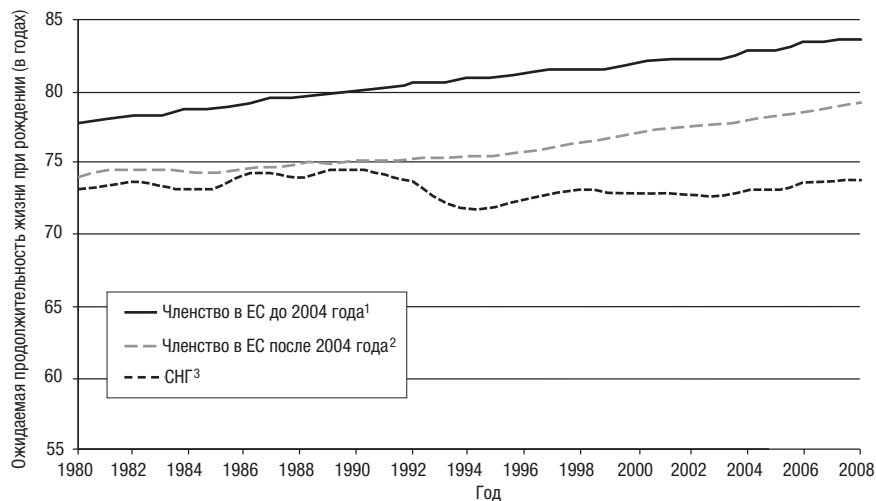
Даже среди наиболее богатых стран все заметнее становятся несправедливые различия в отношении здоровья (5). КСДЗ обратила внимание на колоссальный разрыв в показателях здоровья, отмеченных в большинстве стран. Например, все жители Англии отмечают достижения в области здравоохранения, но эти достижения не распределяются

Рис. 4.1. Тенденции в ожидаемой продолжительности жизни мужчин, ЕС и СНГ, 1980–2008 гг.



Источник: База данных ВОЗ “Здоровье для всех”, цитируется в (9). Примечание. ¹Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция и Швеция; ²Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония; ³На момент сбора данных СНГ состояло из Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана, Узбекистана и Украины.

Рис. 4.2. Тенденции в ожидаемой продолжительности жизни женщин, ЕС и СНГ, 1980–2008 гг.



Источник: База данных ВОЗ “Здоровье для всех”, цитируется в (9). Примечание. ¹Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция и Швеция; ²Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония; ³На момент сбора данных СНГ состояло из Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана, Узбекистана и Украины.

равномерно, и неравенство в отношении здоровья продолжает увеличиваться. В Лондоне, например, разница в продолжительности жизни мужчин, живущих в Tottenham Green (социально-неблагополучный район) и Queens Gate Ward (богатый район) (5) составляет 17 лет. В Глазго (Шотландия) такая разница между наиболее и наименее неблагополучными районами составляет 28 лет (10). Также нужно иметь в виду, что несправедливости в отношении здоровья не ограничиваются плохим состоянием здоровья у людей в бедных странах и хорошим здоровьем у всех остальных, они распределяются по всему социальному и экономическому градиенту.

Как уже говорилось в этой главе и в главе 1, такое неравенство социальных слоев относится к неравенству в социальной, экономической и политической сферах – таким факторам, как неравенство в вопросах трудоустройства и условий труда, качество опыта ранних лет, уровень образования, а также место проживания, путешествий и работы. Фактические данные КСДЗ и Европейского обзора освещают ключевые проблемы в понимании и достижении прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья. Они показаны во вставке 4.1. (1, 5).

В Европейском обзоре представлены разработанные в процессе работы над ним новые подходы и рекомендации для борьбы с несправедливостями в отношении здоровья в Европе. Они основаны на подходах, сформулированных КСДЗ с учетом особой региональной специфики, а также на анализе собранных фактических данных. Доказательства, представленные в Европейском обзоре, послужили основой для выработки рекомендаций для широкого спектра мер по борьбе с несправедливыми различиями в отношении здоровья по четырем темам – все этапы жизни, общество в целом, контекст на макроуровне и системы управления. Эти широкие темы раскрываются в следующих параграфах. Более подробные рекомендации в отношении практических действий описаны в Европейском обзоре и справочных документах рабочих групп (7).

1. **Все этапы жизни** – благоприятные или неблагоприятные воздействия на здоровье начинают накапливаться еще до рождения ребенка, с очень важных ранних периодов – беременности, родов и развития ребенка в раннем детстве, и продолжается далее, охватывая школьные годы, трудоустройство и пожилой возраст. Практические действия должны решать проблему совокупного воздействия неблагоприятных воздействий (и поддерживать накопление благоприятных), которые приводят к несправедливым различиям по показателям здоровья среди групп населения в зависимости от социальных и экономических факторов. Наиболее приоритетной задачей для стран должно быть вмешательство на ранних этапах жизни, чтобы обеспечить каждому ребенку наиболее благоприятный жизненный старт.

Вставка 4.1. *Специальные подходы к пониманию и продвижению справедливости в отношении здоровья*

- Наличие социального градиента по показателям здоровья (означает, что по мере улучшения социально-экономического положения людей и сообществ их здоровье также прогрессивно улучшается). Важно разрабатывать такие стратегии, которые действуют по всему градиенту, и направлять усилия на тех, кто находится в нижней части градиента, и на наиболее уязвимых членов общества. Для достижения этих двух целей необходимы стратегии, которые несут универсальный характер, но реализуются на том уровне и с такой интенсивностью действий, которые пропорциональны имеющимся потребностям – пропорциональный универсализм.
- Социальные детерминанты здоровья (например, условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют) – должны рассматриваться как ключевые детерминанты справедливости в отношении здоровья. В свою очередь эти условия повседневной жизни находятся под влиянием структурных факторов, таких как экономические механизмы, распределение власти, степень гендерного равенства, основы проводимой политики и общественные ценности.
- На протяжении всей жизни происходит накопление благоприятных и неблагоприятных воздействий. Оно начинается с очень важных ранних периодов – беременности и развития ребенка в раннем детстве – и продолжается далее, охватывая школьные годы, переход к трудовой жизни, трудоустройство и условия труда, жизненные обстоятельства пожилых людей.
- Процессы, приводящие к социальному отчуждению – меры воздействия должны быть направлены на сами процессы, а не сосредотачиваться только на отдельных характеристиках маргинализированных групп.
- Стратегии и действия должны быть разработаны на основе устойчивости к негативным воздействиям, возможностях и потенциале граждан и сообществ. Опасные факторы и риски, которым они подвергаются, должны быть устранены и минимизированы.
- Большое внимание уделялось и будет впредь уделяться справедливости в масштабах поколений. Соображения устойчивого развития и необходимость помнить о том, что социальная несправедливость может затронуть будущие поколения, означают, что необходимо уделять особое внимание соблюдению межпоколенческой справедливости и оценивать воздействие мер и стратегий в отношении несправедливости на будущие поколения и смягчать возможные риски.
- Все социальные детерминанты здоровья влияют по-разному на мужчин и женщин. Помимо биологических различий между полами, существуют также коренные социальные различия в том, как общество относится к женщинам и к мужчинам и какими они обладают ресурсами и устойчивостью к неблагоприятным воздействиям. Во всех обществах, хотя и в разной степени, эти гендерные отношения влияют на здоровье и ими должны определяться меры по сокращению несправедливостей.

Источник: Marmot et al., 2012 г. (2).

2. **Общество в целом** – формирование условий, которые создают и укрепляют социальную сплоченность и взаимную ответственность между гражданами, сообществами и странами. Наиболее ощутимые действия заключаются в том, чтобы обеспечить уровень и распределение социальной защиты, достаточные для удовлетворения потребностей людей. Чрезвычайно важно поддерживать меры по укреплению социальной солидарности и повышению устойчивости сообществ к воздействию внешних негативных факторов на местном уровне, включая создание партнерств с теми, кого больше всего затрагивают несправедливость и процессы социального отчуждения. Это включает подходы с позиции законодательства и защиты прав человека, в частности права на здоровье.
3. **Контекст на макроуровне** – жизнь, права человека и здоровье людей в Европейском регионе находятся под влиянием ряда общих факторов, действующих как внутри стран, так и на международном уровне. Негативные воздействия на здоровье людей, обусловленные недавним экономическим кризисом, – это пример, указывающий на необходимость признания последствий мер жесткой экономии для здоровья и социальной защиты населения. Справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях должна стать полезным подходом, и при формировании налогово-бюджетной политики должны быть услышаны мнения министров, отвечающих за здравоохранение и социальную защиту населения, на международном уровне право голоса в таких вопросах также должно быть предоставлено ВОЗ, Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) и МОТ.
4. **Системы управления** – улучшения здоровья и его социальных детерминант невозможно достичь без существенной переориентации систем оказания медицинских услуг на общегосударственный подход и принцип участия всего общества. Исходной точкой является система здравоохранения – то, что делает она сама и как влияет на других, чтобы достичь улучшения здоровья и повысить уровень справедливости. Для этого необходимо добиться большей согласованности действий всех секторов (политика, инвестиции и услуги) и заинтересованных сторон (население, частный сектор, добровольные организации) на всех уровнях государственного управления (транснациональный, национальный, региональный и местный). Приоритетом является всеобщий доступ к медико-санитарной помощи, а там, где он уже достигнут, его нужно защищать, и он должен поступательно распространяться на все страны в Регионе.

Основываясь на предыдущей работе в области социальных детерминант здоровья, в том числе на выводах и рекомендациях КСДЗ и Обзоре Мармота, в Европейском обзоре были выработаны новые подходы к пониманию и продвижению справедливости в отношении здоровья (11).

4.2.1. Права человека

Права человека воплощают основные свободы и социальные действия, необходимые для обеспечения этих свобод. Другими словами, более широкие воздействия общества на социальные детерминанты индивидуального здоровья имеют основополагающее значение для того, чтобы люди могли достичь такого уровня возможностей, который ведет к хорошему здоровью (12). Из права на здоровье вытекают права на справедливость в отношении социальных детерминант здоровья. Таким образом, подходы с позиции защиты прав человека способствуют реализации социальных детерминант здоровья. S. Venkataram трактует право на здоровье как моральное притязание на “способность быть здоровым”. А эта способность в значительной степени определяется социальными детерминантами здоровья (13).

4.2.2. Действия в сложных экономических условиях

Как отмечается во введении к этой главе, экономический кризис – не время для бездействия. В действительности, аргументы в пользу необходимости действовать выходят на первый план: инвестирование средств в развитие в раннем детстве, в активные стратегии на рынке труда, социальную защиту, обеспечение жильем и смягчение последствий изменения климата может защитить население от неблагоприятных воздействий экономического кризиса.

В Докладе КСДЗ, Обзоре Мармота и Европейском обзоре выдвигаются нравственные аргументы в пользу необходимости действовать. Во многих областях эти нравственные аргументы идут рука об руку с экономическими. Как было показано выше на примере Англии, несправедливости в отношении здоровья дорого обходятся обществу как в экономическом плане, так и с точки зрения человеческого фактора. Кроме того, предотвращение несправедливости в отношении здоровья за счет инвестиций в развитие в раннем детстве и в образовании могут удовлетворять требованиям, касающимся как экономической эффективности, так и справедливости. Вместе с тем, действия, предпринимаемые в отношении социальных детерминант здоровья, дают и другие выгоды обществу, которые могут в свою очередь приносить более непосредственные выгоды для экономики. Например, среди более сплоченного в социальном отношении и образованного населения будет, скорее всего, ниже уровень преступности и гражданских беспорядков, выше уровень квалификации рабочей силы и больше возможностей для того, чтобы люди жили такой жизнью, ценить которую у них будут все основания, а также имели более высокий уровень здоровья и справедливости в отношении здоровья.

4.2.3. Повторение несправедливостей в последующих поколениях

Европейский обзор показывает, что социальная несправедливость может передаваться из поколения в поколение. Поэтому необходимо оценивать воздействие мер и стратегий в отношении несправедливости на будущие поколения – оценка межпоколенческой справедливости в отношении здоровья. Фактические данные, собранные для Европейского обзора (и из других источников), показывают, что на развитие детей в раннем возрасте, на шансы в дальнейшей жизни и, в конечном счете, на здоровье большое влияние оказывают социально-экономическое положение их родителей и более старших родственников, место жительства, культура и традиции, образование и наличие работы, доходы и благосостояние, образ жизни и поведение, а также генетическая предрасположенность.

Кроме того, такие состояния, как ожирение и артериальная гипертензия, а также поведение, создающее угрозу для здоровья (например, курение), повторяются в последующих поколениях. Для того чтобы достичь устойчивого снижения несправедливых различий в отношении здоровья, необходимы действия, которые помешали бы относительно и абсолютно неблагоприятным условиям жизни родителей губительным образом отражаться на жизни их детей, внуков и последующих поколений. Самые действенные средства разорвать этот порочный круг неблагоприятных условий кроются в начале жизни. В рекомендациях Европейского обзора рассматриваются ключевые факторы, способствующие стойкому повторению несправедливостей в отношении здоровья.

4.3. Как этого добиться? Выполнение рекомендаций КСДЗ

Задачей Заключительного доклада КСДЗ было разработать подходы и рекомендации для изменения стратегии в области здравоохранения и содействия общественному движению. Обзор Мармота стал прямым продолжением этого документа. Оба доклада разработали четкие рекомендации. R. Horton – редактор журнала “The Lancet” – поздравил Майкла Мармота с тем, что он успешно возглавил работу по обоим обзорам, но выразил сожаление, что по выполнению этих рекомендаций было сделано недостаточно. Этот вопрос был поднят в материале, который является основой второй части этой главы. Опубликованный “The Lancet” в 2011 году, и озаглавленный “Формирование Всемирного движения за справедливость в отношении здоровья: от Сантьяго до Рио и далее”, он указывает на значительные и обнадеживающие тенденции по социальным детерминантам здоровья (14). Таким образом, обе точки зрения справедливы – предпринимается множество мер в отношении социальных детерминант здоровья, но их не достаточно; идет много обсуждений, но не хватает действий; есть убедительные примеры передовой практики, и в то же время много важных стратегических пробелов.

Обычно ожидается, что доклад комиссии будет в значительной степени проигнорирован, но этого, безусловно, не произошло с Докладом КСДЗ. В этой главе приводятся доказательства влияния, которое оказал данный доклад наряду с Обзором Мармота и (хочется надеяться) Европейским обзором на продвижение справедливости в отношении здоровья в Европе. Однако, было бы неразумно ожидать прямого переноса рекомендаций этих обзоров в стратегию и политику, так как политика редко работает таким образом. Попадание в политический дискурс уже может считаться критерием успеха, даже если его трудно измерить.

Фактические данные, предоставленные КСДЗ, использованы в разработке мер по сокращению бессмысленной потери жизни и здоровья людей, которая является серьезной проблемой во всем мире, но гораздо больше еще предстоит сделать. Кроме того, необходимость поиска способов выхода из глобального экономического кризиса замедлила прогресс в других областях. Созванная ВОЗ при поддержке Правительства Бразилии, Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья стала хорошей платформой для обмена опытом и формирования поддержки политики и стратегии по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, организации и принятию мер в данном направлении, обсуждению того, как могут быть выполнены рекомендации КСДЗ по соблюдению принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты. Целью саммита в Рио-де-Жанейро, состоявшегося в октябре 2011 года, было представить доклад о прогрессе, достигнутом после публикации Доклада КСДЗ и стимулировать дальнейшие действия на глобальном и национальном уровнях по социальным детерминантам здоровья и обеспечению справедливости в отношении здоровья. Конференция завершилась принятием государствами-членами Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья (15). Декларация отражает глобальную политическую приверженность применению подхода, основанного на воздействии на социальные детерминанты здоровья, для уменьшения неравенства в отношении здоровья и достижения других глобальных приоритетов, а также разработки национальной политики и планов действий.

4.3.1. Примеры мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья

Преимущество рекомендаций КСДЗ – в их глобальном охвате, они призывают к обеспечению лучшего стратегического руководства в связи с социальными детерминантами на глобальном уровне всеми соответствующими глобальными игроками. Но такой глобальный подход также создает определенные проблемы, так как нелегко сформулировать рекомендации, которые бы одновременно подходили, например, для стран Африки к югу от Сахары и также для Северной Америки или

Северной Европы. Задачей КСДЗ была выработка рекомендаций, которые не ограничивались бы только общими устремлениями, но и не были бы слишком подробными. Первые безусловно заслуживали бы внимания, но не были бы достаточно четкими для осуществления действий; последние были бы более конкретными, но в тоже время слишком объемными и трудными для формулирования. Исходя из реальных потребностей, КСДЗ (как и Рио-де-Жанейрская Декларация) призвала использовать доклад “Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья” для разработки местных планов действий, используя местные фактические данные и механизмы разработки стратегии и политики и мониторинга последующей деятельности. Примеры прогресса в выполнении мер и действий описаны в следующем разделе.

С другой стороны, многие наблюдатели видят менее позитивную картину, утверждая, что социальные детерминанты здоровья едва проникают в глобальную повестку дня. Например, справедливость в отношении здоровья вряд ли учитывается в торговых переговорах, правительства слишком заняты решением проблемы глобального кризиса и внутренних экономических проблем, чтобы заниматься вопросами справедливости в отношении здоровья; сектор здравоохранения по умолчанию занимается предоставлением медицинских услуг и профилактикой специфических заболеваний. Примеры того, что КСДЗ назвал “ядовитой смесью несовершенных социальных стратегий и программ”, несправедливых экономических условий и несовершенной политики, есть во всех регионах мира. Практически во всех этих примерах наблюдается разрыв между риторикой и практическими действиями, в котором коррупция играет немаловажную роль.

Многие страны сохранили приверженность социальным детерминантам здоровья. Кроме того, меры политики, направленные на социальные детерминанты здоровья, возможно, не были определены как таковые – многие страны могут иметь инициативы, подобные таковым в Индии (пример 4.1). Предложение провести глобальный саммит было частично обусловлено необходимостью обеспечения подотчетности в интересах социальной справедливости во всех странах, а также желанием стимулировать страны к дальнейшим действиям. В Африке, где нужда велика, такие страны, как Кения и Мозамбик выразили заинтересованность в социальных детерминантах здоровья. В Европе, в Северной и Южной Америке система мер по социальным детерминантам здоровья лучше развита, чем в других регионах. Это отражает сильную политическую волю во многих странах, основанную на долгой истории социальной защиты и социальной справедливости, более обширной базе данных о причинно-

следственных связях между детерминантами и воздействием на здоровье, а также на более полных данных мониторинга.

Пример 4.1. Инициативы в Индии

В Индии существует заинтересованность в создании программы социальных детерминант здоровья, которая позволит установить приоритеты воздействия на социальные детерминанты здоровья и обеспечит межсекторальное сотрудничество, необходимое для реализации эффективных мер.

Дополнительные примеры:

Гражданское общество

Ассоциация самозанятых женщин (SEWA) – организация и движение, представляющее интересы бедных занятых в неформальной экономике женщин (17).

Инициативы правительства

- Национальная программа гарантированной занятости в сельских районах;
- Закон о продовольственной безопасности;
- Рассматривается вопрос о реструктуризации Комплексного плана оказания услуг в сфере детского развития;
- Увеличение расходов на здравоохранение в связи с реализацией программы по воздействию на социальные детерминанты здоровья, с 1,2% до 3% ВВП;
- Планируется расширение социальной защиты для работников неформальной экономики;
- Расширение права на образование;
- Планируется улучшение жилищных условий и базовой инфраструктуры для незащищенных слоев населения в городских и сельских районах.

Борьба с коррупцией

- Массовые демонстрации в поддержку сильного антикоррупционного закона, следующие за голодовкой, объявленной антикоррупционным активистом А. Хазаре в апреле 2011 года, в результате которой рассмотрение правительством неэффективного варианта закона было прервано.
- Правительство приняло поправки А. Хазаре в антикоррупционный закон Lokpal bill и предложение о создании независимого антикоррупционного органа (18).

Источник: Mirai Chatterjee, личная переписка.

Последствия глобального финансового кризиса усугубили экономические неравенства как внутри стран, так и между ними, и потребовали, чтобы проблемам неравенств в отношении здоровья уделялось больше внимания. В процессе общего снижения уровня жизни населения многих стран, а также сокращения доходов государства в период экономического спада, охрана здоровья и социальная справедливость требуют, чтобы им уделялось еще больше внимания и чтобы меры политики отражали общественные приоритеты.

4.3.2. Примеры приоритетных мер по социальным детерминантам здоровья

Существует много примеров воздействия на социальные детерминанты здоровья для достижения большей справедливости в отношении здоровья. Некоторые из них кратко описаны ниже.

Программа развития ООН (ПРООН) в сотрудничестве с сэром Майклом Мармотом разрабатывает подход к НИЗ с учетом социальных детерминант здоровья.

Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) уделяет приоритетное внимание социальным детерминантам здоровья и справедливости в отношении здоровья. Социальные детерминанты здоровья находятся в повестке дня всех регионов ВОЗ. ВОЗ созвала Саммит в Рио-де-Жанейро в 2011 году, результатом которого явилась приверженность применению подхода, основанного на воздействии на социальные детерминанты здоровья, и обзор практической деятельности.

Есть также специфические примеры по странам/регионам.

Чили – Обзор Министерства здравоохранения о соответствии стратегий Министерства рекомендациям КСДЗ.

Аргентина – назначен заместитель министра здравоохранения, отвечающий за справедливость в отношении здоровья.

Бразилия – один из организаторов Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья – создана Национальная Комиссия по социальным детерминантам здоровья.

Коста-Рика – реализован общегосударственный правительственный подход к решению вопроса справедливости в отношении здоровья.

Штат Южная Австралия (Австралия) – инициатива ВОЗ и Южной Австралии: Аделаидское Заявление “Учет интересов здоровья во всех направлениях политики” (см. 16).

Азиатско-Тихоокеанская Сеть Глобального Действия за справедливость в отношении здоровья (AP-HealthGAEN) – региональной коллектив, продвигающий справедливость в отношении здоровья в политическую повестку дня (7).

Провинция Альберта (Канада) – правительство провинции активно развивает программу по социальным детерминантам здоровья. Использование подхода, основанного на воздействии на социальные детерминанты здоровья, в мерах по укреплению здоровья коренных народов в Арктической Канаде.

Новая Зеландия – использование подхода, основанного на воздействии на социальные детерминанты здоровья, в области общественного здравоохранения.

Перу – Стратегия мэра Лимы в области здравоохранения базируется на рекомендациях КСДЗ.

Некоторые страны и транснациональные организации (например, в Европейском регионе ВОЗ и ЕС) ведут активную работу по социальным детерминантам в Европе.

Европейское региональное бюро ВОЗ заказало Европейский обзор о социальных детерминантах здоровья в рамках разработки основ новой Европейской политики здравоохранения – “Здоровье-2020”. Обзор предложит анализ исследований и стратегические рекомендации, при осуществлении которых может быть достигнут прогресс в сокращении несправедливостей и разрыва по показателям здоровья на международном, национальном и местном уровнях и в ряде социальных, культурных, политических и экономических секторов. Создаваемый под руководством профессора сэра Майкла Мармота, этот широкомасштабный обзор будет опубликован в 2013 году после двухлетних исследований (7, 12).

ЕС заказал несколько обзоров о фактических данных и мероприятиях по неравенствам в отношении здоровья с целью принятия мер для определения, мониторинга и решения проблем неравенства в отношении здоровья и неравенства социальных детерминант здоровья по всей территории ЕС.

Журнал “The Lancet” и Университет Осло учредили совместную Комиссию по глобальному управлению в области здравоохранения.

Кроме того, многие страны Европы приняли меры на местном и национальном уровне.

- *Норвегия* – выработка стратегии по уменьшению социального градиента здоровья с использованием рекомендаций КСДЗ.
- *Дания* – анализ социальных детерминант здоровья (19).
- *Швеция, город Мальмё* – создана комиссия по социальным детерминантам здоровья (20).
- *Словения* – приверженность межведомственным действиям, основанным на недавнем докладе (21).

Пример 4.2. Англия: Обзор Мармота и разработка подходов по социальным детерминантам здоровья

После публикации Доклада КСДЗ в 2008 году Правительство Соединенного Королевства поручило Майклу Мармоту подготовить обзор неравенств в отношении здоровья и мер по их снижению. Публикация фактических данных обзора, известного под названием “Справедливое общество, здоровая жизнь” (*Fair Society, Healthy lives*), в начале 2010 года, нашла широкий отклик правительства и общества в целом.

В 2011 году правительство издало Белую книгу по вопросам здравоохранения (22), в которой основное внимание уделялось социальным детерминантам здоровья, а также мерам по уменьшению неравенств в отношении здоровья. Многие положения “Белой книги” основывались или были прямым продолжением вышеупомянутого Обзора (5). В Белой книге были представлены шесть областей рекомендаций.

1. Обеспечить каждому ребенку наиболее благоприятный жизненный старт.
2. Предоставление возможностей для образования и обучения на протяжении жизни.
3. Обеспечение занятости и достойных условий труда.
4. Обеспечение минимального уровня дохода, необходимого для здоровой жизни.
5. Создание здоровых и устойчивых сообществ.
6. Подход к общественному здравоохранению с учетом социальных детерминант.

Английская “Рамочная структура общественного здравоохранения” (Public Health Outcomes Framework) содержит сравнительную информацию по социальным детерминантам здоровья и другим показателям здоровья населения, на которые оказал непосредственное влияние Обзор “Справедливое общество, здоровая жизнь” (*Fair Society, Healthy lives*) (5).

Меры местного уровня включают в себя планы действий по борьбе с несправедливостью в отношении здоровья в Лондоне, на Северо-Западе и в графствах Йоркшир и Хамбер, а также других регионах. Более 75% местных органов власти в Англии выработали планы действий и стратегии, основанные на Обзоре Мармота.

В 2012 году в законодательство введен ряд новых обязанностей, связанных с неравенствами в отношении здоровья во всей английской системе здравоохранения, вступающих в силу в апреле 2013 года.

Эти новые законодательные рамки в настоящее время относятся только к Министерству здравоохранения и Национальной службе здравоохранения Соединенного Королевства, но если эти обязанности будут соблюдены, они могут способствовать приоритизации справедливости в отношении здоровья в рамках всей системы здравоохранения. Межправительственный законодательный подход будет иметь еще большую силу и влияние.

4.3.3. Стратегическое руководство в интересах здоровья

Европейский обзор опирается на глобальные фактические данные и содержит стратегические рекомендации, при осуществлении которых может быть достигнут прогресс в сокращении несправедливостей и разрыва по показателям здоровья во всех странах. Однако, как подчеркивалось ранее в этой главе, для решения этих проблем необходима политическая приверженность и правильная расстановка приоритетов. На каждом уровне стратегического руководства необходимо иметь механизмы, способные организовать и обеспечить совместные действия и подотчетность сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных организаций.

Вставка 4.2 предлагает описание основных элементов стратегического руководства в отношении социальных детерминант здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья (2).

Как обсуждается на протяжении всей книги, улучшение социальных детерминант здоровья потребует переориентирования на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества. Стратегическое руководство требует повышения согласованности действий во всех секторах и среди всех заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных), на всех уровнях государственного управления (международном, национальном, региональном и местном). Сектор здравоохранения имеет решающее значение в достижении этого – обеспечении медицинского обслуживания, укреплении здоровья, уменьшении масштабов несправедливостей в отношении здоровья и в повышении согласованности действий разных секторов и заинтересованных сторон таким образом, чтобы это привело к достижению лучшего здоровья и исправлению несправедливостей в отношении здоровья. Стратегическое руководство в интересах здоровья потребует от министров здравоохранения играть более активную руководящую роль в повышении приоритетности мер по предотвращению заболеваемости за счет снижения вредного для здоровья поведения и улучшения системы охраны здоровья.

Вставка 4.2. Эффективное воздействие на социальные детерминанты здоровья: основные черты систем стратегического руководства в интересах здоровья

- Прочная политическая воля и приверженность на глобальном уровне, в масштабах страны и на местах.
- Наличие транснациональных механизмов, содействующих укреплению здоровья и справедливости (например, механизмы подотчетности, которые должны быть прозрачными и основанными на расширении прав и возможностей).
- Соблюдение социальной справедливости в политике всех секторов.
- Правильно выбранные рычаги и стимулы.
- Институциональная готовность.
- Сотрудничество и действия, иницируемые ключевыми заинтересованными сторонами.
- Подход, основанный на принципе соблюдения прав.
- Вовлечение местных сообществ (использование и укрепление их возможностей и ресурсов).
- Работа на межсекторальном уровне и в рамках партнерств (этот принцип должен быть включен в действующие системы управления и оценки эффективности).

Источник: Marmot et al., 2012 г. (2).

4.4. Заключение

Согласованные и скоординированные действия в отношении социальных детерминант здоровья требуют сильной политической поддержки на местном, национальном и международном уровнях. Такая политическая поддержка обеспечивается путем приоритизации вопроса. Как мы пытались показать, существуют различные способы осуществления такой приоритизации.

Во-первых, общественная поддержка мер по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья означает, что таким мерам должен быть отдан приоритет на всех уровнях государственного управления. Подход с позиции прав человека к обеспечению справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья является хорошим средством придания вопросам здоровья политической приоритетности.

Во-вторых, признание необходимости действий на всех уровнях государственного управления для воздействия на социальные детерминанты здоровья предполагает признание того, что несправедливости в отношении здоровья тесно связаны с неравенством в социальных детерминантах здоровья. Обеспечение фактических данных и продвижение действий со

стороны “всего правительства” являются важными и необходимыми, а аудитория для аргументов в пользу приоритетности действий по воздействию на социальные детерминанты здоровья не должна ограничиваться лишь министрами здравоохранения. Необходимо широкое вовлечение органов государственного управления – содействие справедливости в отношении здоровья в экономической политике является наглядным примером.

В-третьих, необходимо осознание того, что принятие мер по уменьшению несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья позволит одновременно получить выгоды в других секторах – например, сокращение неравенства в отношении образования и развития детей раннего возраста или смягчение последствий изменения климата. Если стратегические меры вероятнее всего вызовут значительное падение уровня жизни наиболее незащищенных слоев населения, по сравнению с обеспеченными слоями населения, то очевидно, они окажут негативное воздействие и на справедливость в отношении здоровья. Если стратегии увеличивают разрыв по показателям в области образования или трудоустройства по всему социальному градиенту, следует ожидать, что они будут иметь негативное воздействие и на справедливость в отношении здоровья и на другие социальные результаты, о чем говорилось выше. Социальная сплоченность, образованное население, достойное трудоустройство и условия труда, а также стратегии, содействующие процессам социальной интеграции, будут способствовать обеспечению хорошего здоровья и созданию крепкого общества.

В-четвертых, признание того, что экономический кризис – это причина для действий, а не бездействий в отношении справедливости в отношении здоровья. Анализ показал, что несправедливости в отношении здоровья увеличиваются в условиях экономического кризиса и жесткой экономии. Бездействие дорого обходится - и в финансовом отношении, и в отношении общих расходов, связанных со здоровьем.

В-пятых, признание того, что риски для здоровья и другие виды неравенства переходят от одного поколения к другому. Необходимо принять меры для защиты нынешнего и будущих поколений. Способы оценки стратегий включают подход, учитывающий справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, а также развитие инструментов оценки будущих воздействий этих стратегий на справедливость в отношении здоровья.

Хочется надеяться, что фактические данные, представленные в недавно опубликованных обзорах (упомянутых здесь и в других публикациях), касающиеся масштабов несправедливостей в отношении здоровья, их причин, а также практические рекомендации по приданию им политической приоритетности и уменьшению их воздействий, найдут широкий отклик и приведут к еще более плодотворной работе в этом направлении.

Безусловно, примеры того, что это произойдет, есть во всем мире, как следствие Доклада КСДЗ 2008 года, а также в Соединенном Королевстве по результатам Обзора Мармота. Реализация стратегий по вышеуказанным направлениям непростое дело, но при надлежащем стратегическом руководстве, приверженности делу сокращения несправедливостей в отношении здоровья и их причин, а также путем выполнения конкретных мер во всех секторах и на разных уровнях – значительное сокращение потери здоровья и жизни может стать достижимым.

Библиография

1. Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
2. Marmot M et al. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846):1011–1029.
3. Stronks K et al. (in press). *Social justice and human rights as a framework for addressing social determinants of health. Report of the Task Group on Equity, Equality and Human Rights for the WHO European Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
4. Mazzuco S, Meggiolaro S, Suhrcke M (2010). *Benefits of reducing health inequalities*. London, UCL Institute of Health Equity (www.instituteofhealthequity.org/Content/FileManager/pdf/economic-analysis-fshl.pdf, accessed 25 March 2013).
5. Marmot Review Team (2010). *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, The Marmot Review (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 31 January 2013).
6. Jakab Z (2012). Promoting health and reducing health inequities in Europe. *The Lancet*, 380(9846):951.
7. Marmot M et al. (in press). *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
8. UCL Institute of Health Equity (2012). *The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London*. London (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/demographics-finance-and-policy-london-2011-15-effects-on-housing-employment-and-income-and-strategies-to-reduce-health-inequalities>, accessed 31 January 2013).

9. WHO (2011). *Interim second report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.instituteoftheequity.org/projects/who-european-review>, accessed 31 January 2013).
10. ScotPHO (2012). Comparative health profiles [online database]. Edinburgh, Scottish Public Health Observatory (<http://www.scotpho.org.uk/comparative-health/profiles/2010-chp-profiles>, accessed 31 January 2013).
11. WHO Regional Office for Europe (2012). *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: executive summary*. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/171337/RC62BD05-Executive-summary-Report-on-social-determinants-of-health-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region.pdf, accessed 25 March 2013).
12. Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf.
13. Venkatapuram S (2011). *Health justice: an argument from the capabilities approach*. Cambridge, Polity Press.
14. Marmot M et al. (2012). Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *The Lancet*, 379(9811):181–188.
15. World Conference on Social Determinants of Health (2012). *Rio political declaration on social determinants of health*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/index.html>, accessed 31 January 2013).
16. WHO, Government of South Australia (2010). *Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. Geneva, World Health Organization (www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf, accessed 25 March 2013).
17. Self Employed Women's Association (2013). *About us*. Ahmedabad (www.sewa.org, accessed 25 March 2013).
18. Kumar R (2011). *Vital stats: corruption cases against government officials*. New Delhi, PRS Legislative Research (<http://www.prsindia.org/administrator/uploads/general/1302269425--Vital%20Stats%20-%20Corruption%20cases%20against%20government%20officials%2008Apr11.pdf>, accessed 27 March 2013).
19. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C (2011). Ulighed i sundhed – ersager og indsatser [Health inequality – determinants and policies]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen.
20. Malmö stad (2011). *Commission for a Socially Sustainable Malmö. Directive: City council 2010-1-06*. Malmö (<http://www.malmo.se/download/18.29c3b78a132728ecb52800018807/Direktiv+kommision+101015+ENG.pdf>, accessed 27 March 2013).

21. Buzeti T et al. (2011). Health inequalities in Slovenia. Ljubljana, National Institute of Public Health (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf, accessed 27 March 2013).
22. HM Government (2010). *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England*. London, The Stationery Office (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127424.pdf, accessed 31 January 2013).

Глобализация и место политики здравоохранения и подхода HiAP в политике государства

Meri Koivusalo, Ronald Labonte, Suwit Wibulpolprasert, Churnrurtai Kanchanachitra

Ключевые идеи

- Глобальная политика и международные соглашения в секторах за пределами сектора здравоохранения могут ограничивать место политики здравоохранения в политике государства. Министерствам здравоохранения необходимо надлежащим образом организовать консультативный процесс, эффективное участие в нем, а также обеспечить лучшее понимание того, какое влияние этот процесс оказывает на место политики здравоохранения в политике государства.
- Позиция национальной политики здравоохранения в политике государства может быть укреплена за счет полного использования политического пространства в существующих международных соглашениях. Это требует: (i) понимания и использования в полной мере исключений и широких возможностей существующих торговых и инвестиционных соглашений; (ii) применения национального и международного законодательства в области прав человека в отношении здоровья; а также (iii) укрепления и, при необходимости, расширения существующих договоров и соглашений, связанных с вопросами здоровья, с тем, чтобы обеспечить наличие возможностей для регулирования в области здравоохранения.
- Основные выводы национального опыта включают в себя: (i) определение национальных интересов политики здравоохранения; (ii) усовершенствование процессов открытости, прозрачности и вовлечения широкого гражданского общества, с учетом конфликтов интересов; (iii) стремление обеспечить постановку государственных приоритетов в рамки более широкой политики и подотчетности в процессе обсуждения торговой политики, а также обеспечить присутствие вопросов, касающихся здоровья, в рамках этой

политики; (iv) принятие мер для обеспечения наличия у министерств здравоохранения потенциала и достаточных знаний по вопросам, касающимся торговли и инвестиционной политики и их отношения к здоровью, в особенности по разнице взглядов или приоритетов между политикой здравоохранения и торговлей; и (v) увеличение глобального обмена, обучения и информационного взаимодействия между министерствами здравоохранения при содействии ВОЗ.

5.1. Введение

Подход HiAP может быть применен к политике и политическим решениям на любом уровне, где принимаются решения. Обеспечение здоровья принято считать задачей национальных правительств, однако современный процесс глобализации требует, чтобы правительства сосредоточивали особое внимание на обсуждении международных договоров и принятии внешнеполитических решений, так как они влияют на национальное политическое пространство – “свободу, объем и механизмы, которые правительствам придется выбирать, для разработки и реализации государственной политики” (1). Глобальная экономическая интеграция может влиять на политическое пространство как в секторе здравоохранения, так и в секторах, осуществляющих регулирование в области здравоохранения, которые влияют на здоровье и социальные детерминанты здоровья.

В этой главе основное внимание уделяется глобализации как экономическому процессу, включающему в себя *мобильность товаров, капитала, людей и услуг*, который регулируется *международной нормативно-правовой базой в области торговой и инвестиционной деятельности, а также международными экономическими институтами и стратегиями*. Увеличение числа глобальных операторов и общей мобильности, а также международных норм, правил и прав, которые сопровождают процесс глобальной экономической интеграции, имеет непосредственное отношение к регулированию в области национальной политики здравоохранения. Возможно, самым известным примером является влияние двусторонних и многосторонних соглашений на защиту прав интеллектуальной собственности и соответствующие действия, касающиеся доступа к новым дорогостоящим лекарственным препаратам для лечения ВИЧ/СПИДа.

Очень часто глобализация характеризуется как процесс, который снижает роль и полномочия национальных правительств. Другие определения указывают, что “ответ на вызовы глобализации, можно сказать, начинается дома”, обращая внимание на роли национальных стратегических решений в формировании глобальных стратегий экономической и торговой политики (2). Глобализация и многие двусторонние, региональные и

многосторонние правила (договоры, конвенции, нормы), составляющие правовую базу для управления ей, должны пониматься как следствия принятия решений на национальном уровне, приоритизации внешней политики правительства, международных переговоров, включающих дипломатию и политическое посредничество, а также последующие ограничения, которые налагают договоры, согласованные на международном уровне, на процесс принятия решений на национальном уровне.

Рассмотрение экономических и регуляторных воздействий глобализации на место политики здравоохранения в политике государства требует рассмотрения двух составляющих: (i) международных соглашений, в том числе по вопросам торговли и инвестиций, и (ii) экономической политики, избранной (или поддержанной) в качестве ответа на вызовы глобализации и требования повышенной глобальной конкурентоспособности, которая влияет на место финансово-бюджетной политики. До сих пор миграция и международная мобильность происходили в основном за пределами влияния международных торговых соглашений. В этой главе миграция затрагивается только в отношении лечебно-оздоровительного туризма и мобильности медицинских работников.

5.2. Международная политика и место национальной политики здравоохранения

Несмотря на то, что ограничения, исходящие из международных документов, могут положительно воздействовать на здоровье населения, настоящая глава рассматривает потенциально негативные воздействия на здоровье международных ограничений политики на национальном уровне. Например, международные договоры по правам человека могут быть использованы в качестве ссылки или, когда они приняты в рамках национального законодательства, применяться сторонниками HiAP для сдерживания государственных стратегий правительства, которые нарушают обязательства в области прав человека путем негативного влияния на здоровье. Аналогичным образом, международные соглашения в области здравоохранения (например, Международные медико-санитарные правила (ММСП), Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)) направляют национальные меры по защите здоровья и могут обязывать или стимулировать национальные правительства к достижению лучших результатов в отношении здоровья. Международные трудовые и экологические стандарты и конвенции направлены на разработку или реализацию политики или постановлений правительства, которые часто влияют на укрепление здоровья, даже если здоровье не является их основной направленностью. Учитывая их нормативную силу, эти договоры представляют реальные возможности для продвижения подхода

HiAP в разных странах. Формальные механизмы урегулирования споров и экономические санкции, содержащиеся в торговых и инвестиционных соглашениях, создают реальные механизмы обеспечения соблюдения требований соглашений, но они по-прежнему отсутствуют в большинстве международных соглашений в области укрепления здоровья¹.

5.3. Торговые и инвестиционные соглашения и место политики здравоохранения

Часто высказывается мнение, что либерализация экономики и расширение торговли оказывают благотворное воздействие на здоровье человека путем формирования дохода и создания более богатого общества (5). Однако, доказательства этого факта остаются неоднозначными (6, 7). Для подхода HiAP более значимо, что торговая и экономическая политика правительства, направленная на стимулирование экономического роста, не способствует укреплению здоровья. Она может ухудшить несправедливости в отношении здоровья либо путем создания экономической неуверенности и нестабильности на рынке труда, либо путем увеличения социально-экономического неравенства (8–10, см. также главы 2 и 3).

Озабоченность в связи с ограничениями, которые накладывают торговые и экономические соглашения на национальную политику, не нова. Важность сохранения правительствами места экономической политики в рамках торговых переговоров (особенно при обсуждении отношений между торговлей и развитием) была ясно выражена и активно обсуждалась в 2004 году на Конференции Организации Объединенных Наций по торговле и развитию (ЮНКТАД) (11). Основная направленность всех соглашений о либерализации торговли – снижение тарифов – может оказывать влияние на национальную политику здравоохранения из-за снижения налогооблагаемости. Это особенно актуально для стран с низким уровнем доходов, значительная часть государственных доходов которых обусловлена тарифами, и которые не имеют в наличии достаточного количества альтернативных методов налогообложения, чтобы компенсировать снижение тарифов (12, 13). Например, по оценкам Южного центра (South Centre), в результате соглашений об экономическом партнерстве, проводимым Европейским сообществом, Кения и Маврикий понесут

1 WTO имеет механизм для урегулирования споров, который дает право накладывать торговые санкции в качестве корректирующих мер. Только правительства могут использовать этот механизм, хотя многие претензии возникают в связи с давлением и проблемами отечественной промышленности или глобальных отраслей. Инвестиционные соглашения могут включать положения о третейских механизмах, которые могут применяться корпорациями на основе принципов, используемых в коммерческом арбитраже. Для арбитражного разрешения коммерческих споров используются Правила Комиссии Организации Объединенных Наций по праву международной торговли (ЮНСИТРАЛ) (3). Однако, нормы арбитражного производства инвестиционных соглашений стали применяться к решению спорных вопросов в государственной политике, вследствие чего принципы коммерческого и частного арбитража в настоящее время используются больше для арбитража между корпорациями и правительствами (4).

потери доходов от тарифных сборов, которые превысят общий объем их расходов на здравоохранение (14).

С момента создания ВТО торговая политика вышла за пределы мер пограничного контроля (таких, как тарифы), и стала оказывать более прямое и непосредственное влияние на национальное политическое пространство. Торговые соглашения и их заключение теперь сосредоточены на обеспечении защиты прав интеллектуальной собственности и эксклюзивности данных, на услугах, санитарных и фитосанитарных мерах, государственных закупках и инвестициях. Данные соглашения заходят гораздо дальше в сферу внутреннего регулирования и национальной политики. Кроме того, они применяются не только к регулятивным мерам, связанным с вопросами здоровья и воздействия на социальные и экологические детерминанты здоровья в других секторах, но и к политике и регулированию *внутри* сектора здравоохранения.

Несколько случаев урегулирования споров в ВТО были связаны с национальными стратегиями, касающимися потребления табака и алкоголя. Комиссия по урегулированию споров до сих пор неизменно принимала решение, что в соответствии с правилами торговли, основанными на предоставлении национального режима (то есть товары зарубежного производства, аналогичные отечественным, подпадают под аналогичный режим обращения, что и отечественная продукция), дифференцированные налоги на импортируемую табачную продукцию являются дискриминационными. Однако, эти решения не принимают в расчет тот факт, что увеличение предложения вредной для здоровья категории товаров, для которой ценообразование играет важную роль (например, табак), как правило, приводит к ценовой конкуренции и увеличению потребления (15). Нормативные попытки ограничить рекламные услуги или презентацию товарных знаков на упаковке, вероятно, также станут предметом споров в рамках торговых договоров. В Австралии введение немаркированной упаковки было оспорено в контексте двустороннего инвестиционного договора. Украина, Гондурас и Доминиканская Республика подали заявление на урегулирование споров в рамках ВТО по искам, связанным с несоблюдением прав на торговые марки в соответствии с Соглашением ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС). Требования к упаковке и маркировке товаров также могут быть оспорены в соответствии с правилами ВТО, что может иметь последствия для решения правительством проблемы НИЗ (см. пример 5.1).

Торговые аспекты защиты прав интеллектуальной собственности, инвестиций, государственных закупок и торговли услугами вероятно приобретут большее значение в рамках подхода HiAP. Эти внутристрановые соглашения (то есть не просто тарифы, а ряд государственных стратегий

с потенциалом косвенного воздействия на торговлю) могут иметь широкомасштабные последствия для национальной политики в области здравоохранения, а также влять на то, например, как правительство регулирует и сдерживает расходы на медицинские услуги или осуществляет фармацевтическое лицензирование и проводит ценовую политику с целью обеспечения доступа к необходимым лекарствам.

Пример 5.1. Светофорная маркировка закусовых пищевых продуктов в Таиланде

С 2007 года сеть организаций, занимающихся обеспечением здоровья населения в Таиланде, пытается ввести светофорную маркировку закусовых пищевых продуктов (в противоположность маркировке на основе пищевой ценности, которую часто трудно понять). Этот подход был одобрен рядом местных и международных ассоциаций педиатров.

В 2009 году Национальная ассамблея здравоохранения (НАЗ)² приняла решение о разработке стратегического плана по решению проблем избыточного веса и ожирения. Светофорная маркировка была определена в качестве одного из трех путей, но Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств Таиланда решило вместо этого использовать одноцветные рекомендуемые дневные нормы (GDA). Это решение широко рассматривалось как отражающее влияние пищевой промышленности, а не основанное на технической информации и социальной значимости. Усилия по введению маркировки пищевых продуктов в Таиланде также стали предметом обсуждения Комитета ВТО по техническим барьерам в торговле в 2008 году. В 2009 году в докладе США о внешнеторговых барьерах (16) было отмечено, что, когда «Соединенные Штаты и другие страны выразили опасения по поводу предложенного [Таиландом] требования ... [создать] логотипы 'светофорной' маркировки по пяти категориям закусовых пищевых продуктов, "предложение было снято и заменено сообщением для потребителя меньше есть и больше заниматься физическими упражнениями. Даже такая не являющаяся спорной фраза привела к утверждению со стороны чиновников в области торговой политики Соединенных Штатов, что она поднимает "многие аналогичные проблемы" в связи с ее потенциальным воздействием на процессы торговли (16).

2 Основанная Национальным законом о здравоохранении в 2007 году, НАЗ Таиланда является форумом для разработки и последовательного выполнения коллективной политики охраны общественного здоровья. В НАЗ Таиланда входит более 200 заинтересованных групп и более 1000 участников от правительства, гражданских общественных организаций, местной общественности, советов медицинских работников, частного сектора и научных кругов. Государственная Комиссия по Здравоохранению (под председательством премьер-министра) назначает Оргкомитет НАЗ с условием проведения НАЗ не реже одного раза в год. Председатель Оргкомитета НАЗ служит Президентом НАЗ и имеет двухлетний срок пребывания в должности. Первый президент НАЗ был от правительства, второй – из научных кругов; нынешний президент – представитель частного сектора.

Многосторонние торговые переговоры проходят под эгидой ВТО. Связывающие механизмы урегулирования споров, а также использование торговых санкций для обеспечения соблюдения требований, расширили юридическую обоснованность соглашений ВТО. Однако, так как многосторонние переговоры продвигаются медленными темпами, многие страны принимают участие в двусторонних или плюрилатеральных переговорах по расширению обязательств, принятых в рамках ВТО, или по добавлению новых сфер, таких как государственные закупки и инвестиции. Эти сферы представляют важность для подхода HiAP, учитывая их воздействие на национальное политическое пространство и государственные полномочия по регулированию и распределению ресурсов.

Инвестиционные соглашения вызывают все большую озабоченность в связи с их потенциалом для ограничения государственного регулирования в области здравоохранения. Обычно двусторонние соглашения, являющиеся частью региональных договоров о торговле (например, Североамериканское соглашение о свободной торговле), предназначены для поощрения иностранных инвестиций путем предоставления определенных гарантий иностранным инвесторам, в том числе права на получение компенсации, если в новых государственных нормативных правовых актах усматривается возможность экспроприации их активов или инвестиций, в том числе прав интеллектуальной собственности. В отличие от спорных ситуаций ВТО (которые могут инициироваться только правительствами), инвестиционные соглашения с такими положениями для инвесторов в отношении государственных актов позволяют частным компаниям предъявлять иски правительствам, если они сочтут, что нарушаются условия соглашения. Например, транснациональные корпорации по производству табачных изделий используют такие положения, чтобы оспорить требования организаций общественного здравоохранения Австралии по немаркированной упаковке, введенные в рамках мер борьбы против табака. Табачная промышленность утверждает, что немаркированная упаковка противоречит положениям инвестиционного договора между Гонконгом и Австралией, и подпадает под статью о компенсации через инвестиционный арбитраж³ (см. главу 10).

Этот пример с табаком также подчеркивает важность потенциальных конфликтов интересов между правительствами, стремящимися сократить потребление определенных опасных для здоровья товаров, и корпорациями и инвесторами, пользующимися преимуществами от их продажи. Государства имеют законное право на регулирование в интересах общества без уплаты какой бы то ни было компенсации (18), но это оспаривается в рамках инвестиционных договоров, если регуляторная политика

³ В недавнем документе ВОЗ описывается обоснование мер по выпуску немаркированной упаковки, РКБТ ВОЗ, а также каким образом табачная промышленность использует арбитраж "инвестор-государство" как средство лоббистской тактики (17).

негативно сказывается, сдерживает или существенно ограничивает ожидаемые прибыли от инвестиций. Угрозы компенсационных исков со стороны корпораций могут удерживать правительства от ужесточения нормативных требований, даже тогда, когда они являются оправданными.

В то время, как постановления по торговым спорам могут поставить под сомнение меры общественного здравоохранения по борьбе с воздействиями вредных товаров, они также могут предложить возможности для укрепления внутренних мер в области общественного здравоохранения. Соединенные Штаты Америки попытались запретить ввоз сигарет со вкусом гвоздики из Индонезии, утверждая, что ароматизированные сигареты более популярны среди подростков, и поэтому их ввоз противоречит решению проблемы курения среди подростков. Апелляционный орган ВТО оставил в силе решение комиссии по урегулированию споров, в котором говорилось, что, так как ароматизация ментолом разрешена в отечественных марках, то американский запрет на импорт индонезийских сигарет с вкусом гвоздики является дискриминационным (19). Сторонники подхода HiAP в Соединенных Штатах Америки в настоящее время столкнулись с задачей использования постановления ВТО для проведения кампании по введению запрета на ароматизацию ментолом.

Связанные с торговлей аспекты прав интеллектуальной собственности оказывают непосредственное влияние на рынки, цены или наличие лекарств-дженериков. Заявленное предназначение этой меры заключается в совершенствовании инноваций путем создания эксклюзивных монополий, но управление фокусом инноваций – сложный процесс, особенно для товаров, имеющих ограниченные рынки, таких как лекарственные средства для лечения болезней бедных (20, 21). До сих пор акцент на доступ к лекарственным средствам доминирует обсуждения и дискуссии по вопросам торговли и здоровья на глобальном уровне. Однако, в последнее время вопросы отсутствия инноваций и поддержки инноваций в сфере производства антибиотиков и лечения забытых тропических болезней также заслужили внимание на международном уровне (21, 22).

Принятая в Дохе Декларация министров о Соглашении по ТРИПС и общественном здравоохранении имела своей целью разъяснить взаимосвязь между связанными с торговлей аспектами прав интеллектуальной собственности и общественным здравоохранением (23), подкрепив интерпретацию положений Соглашения по ТРИПС в интересах общественного здравоохранения, а также оснований и возможностей выдачи правительствами принудительных лицензий (Вставка 5.1). Между США и ЕС в рамках двусторонних и региональных торговых соглашений были согласованы более развернутые положения “ТРИПС-Плюс”, которые могут еще более существенно ограничить производство дженериков и ценовую конкуренцию за счет новых положений по эксклюзивности

данных⁴ или ограничений по принудительному лицензированию. Кроме того, важно, чтобы связанная с торговлей политика борьбы с контрафакцией и пиратством⁵ не подрывала рынки и законную торговлю дженериками.

Вставка 5.1. *Дохинская Декларация о Соглашении по ТРИПС и общественном здравоохранении*

Пункты 4 и 5 Декларации, подписанной в Дохе, содержат наиболее важные аспекты, уточняющие интерпретацию Соглашения ТРИПС.

4. Мы признаем, что Соглашение ТРИПС не препятствует и не должно препятствовать членам в принятии мер по охране общественного здоровья. Соответственно, выражая нашу приверженность Соглашению ТРИПС, мы подтверждаем, что Соглашение можно и следует понимать в качестве поддержки права членов ВТО на охрану общественного здоровья и, в частности, на расширение всеобщего доступа к лекарственным средствам.

В этой связи, мы подтверждаем право членов ВТО использовать в полной мере гибкие положения Соглашения ТРИПС для достижения этой цели.

5. В свете вышеуказанного в статье 4, сохраняя наши обязательства по Соглашению ТРИПС, мы признаем, что эти гибкие положения включают в себя:

- a. Применяя обычные правила толкования международного публичного права, каждое положение Соглашения ТРИПС следует толковать в свете объекта и цели Соглашения, как выражается, в частности, в его целях и принципах.
- b. Каждый член имеет право на выдачу принудительных лицензий и свободу в определении оснований для них.
- c. Каждый член имеет право на определение того, что представляет национальную чрезвычайную ситуацию или другие экстренные обстоятельства, с пониманием того, что кризисы в области общественного здравоохранения, в том числе касающиеся ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, малярии и других эпидемий, могут представлять собой национальную чрезвычайную ситуацию или другие экстренные обстоятельства.
- d. Положения Соглашения ТРИПС, которые имеют отношение к исчерпанию прав интеллектуальной собственности оставляют за каждым членом право самостоятельно устанавливать свой собственный режим для такого исчерпания, с учетом режима наибольшего благоприятствования и положениях о национальном режиме в статьях 3 и 4.

Источник: WTO, 2001 (23).

4 Положения позволяют фармацевтическим компаниям не предоставлять данные по проведению контрольных испытаний препарата, используемые для лицензирования запатентованного лекарственного средства, в течение нескольких лет после истечения срока действия патента, замедляя производство дженериков и тем самым расширяя собственную монополию.

5 Применяется прежде всего для проблем, связанных с товарными знаками, хотя меры по борьбе с контрафактом могут также относиться к патентным нарушениям. Меры в первую очередь связаны с торговлей и могут положительным образом влиять на здоровье, если они ограничивают наличие некачественной продукции. Однако этого недостаточно для решения основной проблемы, связанной со здоровьем, проблемы низкокачественной и фальсифицированной продукции, которая может не нарушать права товарного знака или патента.

5.3.1. Новые виды торговли услугами в сфере здравоохранения и их значение для HiAP

Одной из новых тенденций в торговле услугами является медицинский или лечебно-оздоровительный туризм, когда пациенты путешествуют в другую страну исключительно с лечебно-оздоровительной целью. Часто развивающиеся страны популяризируют такой вид торговли, так как он является потенциальным источником экономического роста (через поступления иностранной валюты, передачу технологий и другие дополнительные выгоды в сфере туризма и смежных отраслей), но это может иметь проблемные последствия для государственной политики и принятия политических решений. Наиболее тревожным аспектом медицинского туризма является потенциал широкого распространения высоко устойчивых к антибиотикам внутрибольничных инфекций возвращающимися пациентами (24). Есть также предложения по поводу регулирования роста медицинского/оздоровительного туризма и обеспечения всеобщего доступа к медицинским услугам для тех, кто живет в странах с низким и средним уровнем доходов, где правительства и/или частные медицинские учреждения делают попытки привлечения высокодоходных иностранных пациентов (25–27). Для подхода HiAP задача состоит в том, чтобы гарантировать, что экономические выгоды от привлечения иностранных пациентов в частные (как правило) клиники не происходит за счет ограничения доступа к здравоохранению для малообеспеченных граждан (см. пример 5.2).

Миграционная политика стран с высоким уровнем доходов и улучшения в области здравоохранения и медицинских образовательных институтов во многих странах с низким и средним уровнем доходов увеличили отток работников здравоохранения из более бедных стран и стран с ограниченными ресурсами в более богатые страны (28). Польза для здоровья в принимающих странах часто нивелируется потерями для стран происхождения, даже в тех странах, которые проводят намеренную политику экспорта подготовленных медицинских кадров, с тем чтобы обеспечить ремитирование и снизить рост безработицы в стране. Необходимость глобального сотрудничества в управлении миграционными потоками отражена в Глобальном кодексе ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, принятом на 63-й сессии ВАЗ 21 мая 2010 года. Кодекс стремится “устанавливать и поощрять добровольные этические принципы и практику, применимые к международному найму персонала здравоохранения, с учетом прав, обязательств и ожиданий стран происхождения, стран назначения и работников здравоохранения-мигрантов” (29).

Государственное регулирование распространяется не только на финансируемые государством услуги и контракты, и их взаимоотношения

Пример 5.2. *Торговля услугами здравоохранения в Таиланде*

Таиланд является одним из самых популярных направлений медицинского туризма уже более десяти лет. Такое развитие медицинского туризма произошло в результате избыточного предложения услуг в частных клиниках, которое значительно выросло в течение предшествующего десятилетия, в то время как экономический кризис 1997 года снизил спрос со стороны граждан Таиланда. Ряд частных клиник закрылись, многие сократили количество оказываемых услуг, а некоторые перешли к обслуживанию иностранных пациентов, чтобы оставаться экономически жизнеспособными. Правительство Таиланда в настоящее время активно поддерживает развитие страны как регионального медицинского центра через стратегии, формулируемые как канцелярией премьер-министра, так и Министерством здравоохранения.

Формирование доходов является одной из основных причин содействия медицинскому туризму в стране, однако есть и обратная сторона процесса. Основными проблемами являются миграция квалифицированных и опытных специалистов из государственного сектора в частный, что увеличивает затраты на здравоохранение для местного населения. Этические проблемы включают рост многоуровневых систем здравоохранения. Одновременно с этим, в отличие от других стран региона, Таиланд не испытал проблемы внешней утечки мозгов. Существует мнение, что медицинский туризм поможет привлечь тайских работников здравоохранения, в настоящее время работающих за рубежом, обратно в Таиланд, однако доказательств тому, что это случится, пока нет.

Основной проблемой общественности и HiAP в медицинском туризме является конкуренция за ограниченные ресурсы здравоохранения, особенно учитывая, что лечебные ресурсы на душу населения для иностранных пациентов значительно превышают таковые для граждан Таиланда. Основными задачами являются разработка соответствующего плана для наличия и удержания человеческих ресурсов, занятых в оказании медицинских услуг и управлении, чтобы восстановить потери, нанесенные медицинским туризмом; развитие информационной системы мониторинга передвижения человеческих ресурсов здравоохранения под влиянием медицинского туризма; рассмотрение, с помощью фискальных мер, возможностей перераспределения полученных от медицинского туризма доходов для смягчения воздействия на здравоохранение; и создание государственно-частного партнерства по совместному использованию ресурсов для подготовки кадров здравоохранения, особенно в областях, где имеется их нехватка. Для реализации этих задач потребуется поддержка со стороны других государственных секторов (30).

с международным коммерческим правом, но также и на практически нерегулируемые области медицинского туризма в частном секторе. Это включает в себя решение проблемы нелегальной практики, такой, как торговля людьми и органами, которая находится за пределами регулирующего надзора.

5.4. Налогово-бюджетная политика и обеспечение устойчивого финансирования для здравоохранения

Налогово-бюджетная политика – это способность правительства обеспечивать дополнительные бюджетные ресурсы для желаемой цели без ущерба для устойчивости его финансового положения (31). Правительства могут применять механизмы налогово-бюджетной политики для финансирования здравоохранительных мер, для воздействия на поведение потребителей посредством изменения размеров налогов, а также для воздействия на социальные детерминанты здоровья. В действительности, речь идет о том, каким образом правительства изыскивают и расходуют денежные средства, и какие ограничения накладывают на расходы на здравоохранение (или на сферы, затрагивающие социальные детерминанты здоровья) конкурирующие требования государственного финансирования. Многие страны с высоким уровнем доходов стараются сдерживать увеличение расходов на общественное здравоохранение, иногда путем более активного вовлечения частного сектора. В то же время, многие страны с низким и средним уровнем доходов расширяют доступ к общественным медицинским услугам, в том числе через предоставление услуг государственным сектором (32), вдохновляемые обновленным международным интересом к здоровью как к “инвестиции” в достижении целей развития (33, 34).

Обеспечение связанных с укреплением здоровья налогов на потребление и реализация налогово-бюджетных мер играют важную роль в реализации стратегических приоритетов в области здравоохранения, касающихся НИЗ. Это нашло свое отражение в Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также в глобальных стратегиях ВОЗ по диете и питанию, алкоголю и табаку (см. главу 1). Однако реализация подобных налогово-бюджетных мер в интересах здоровой политики часто сдерживается приоритетами в других секторах, имеющих ограниченные возможности в контексте торговой политики или идущих вразрез с позицией министерств финансов, торговли и промышленности. Создание политического пространства для переговоров о реализации налогово-бюджетных мер для здравоохранения является важной задачей для подхода HiAP. Это та сфера, где глобальная политика и приоритеты

могут поддерживать или подавлять усилия HiAP. Международные меры (такие как РКБТ ВОЗ) могут стать важным инструментом для стран с низким и средним уровнем доходов, стремящихся реализовать нормативные и налогово-бюджетные меры, идущие вразрез с интересами основных отраслей промышленности; хотя, как уже отмечалось, это также означает обращение особого внимания на существующие или предлагаемые торговые и инвестиционные договоры.

Многие европейские страны, столкнувшиеся с настоящим финансовым кризисом, ввели или вводили более высокие налоги на вредные для здоровья товары. В 2012 году Таиланд одобрил увеличение акцизного налога на алкоголь и табак, который должен принести значительные доходы в бюджет при одновременном снижении числа курильщиков, а также потребления алкоголя. В 2001 году Таиланд создал Фонд Таиланда по охране здоровья (ThaiHealth) для поддержки и развития программ по укреплению здоровья. Полученный от увеличения на 2% акцизного налога на табачные изделия и алкогольные напитки годовой доход в приблизительно 100 млн долл. США используется ThaiHealth на поддержание программ и проектов по укреплению здоровья. Работая совместно с гражданским обществом и местными сообществами по развитию политики в области здравоохранения, ThaiHealth также участвует в создании потенциала для решения проблем социальных детерминант здоровья, затрагивающих тайский народ.

Усилия по расширению налогово-бюджетных возможностей для применения подхода HiAP в настоящее время ущемляются в результате мирового финансового кризиса, который быстро стал первым глобальным кризисом в сфере (не)занятости трудового населения (так как потребители перестали потреблять), а затем налогово-бюджетным кризисом (так как правительства взяли на себя большие долги, чтобы поддержать международную банковскую систему и осуществить меры по экономическому стимулированию экономики). Непосредственной причиной кризиса стало нерегулируемое, чрезмерное банковское кредитование с большой долей заёмных средств, приведшее к надуванию “мыльного пузыря” нежизнеспособных активов (35). Когда в 2007–2008 годах, после трех десятилетий либерализации торговли и инвестиций, произошел обвал системы, увеличенная интеграция глобальной “реальной” и “финансализированной” экономик привела к рецессии в большинстве стран мира.

Финансовый кризис 2007–2008 годов затронул большинство стран мира и стал первым, исходящим из стран с высоким уровнем доходов, и глубоко их затронувшим. В Европе первое исследование тенденций смертности после кризиса статистически продемонстрировало значимые краткосрочные изменения (36). Десятилетия устойчивого снижения среднего числа

самоубийств сменились ростом. Страны с большим повышением уровня безработицы имели более значительное увеличение числа самоубийств. В Греции и Ирландии были наибольшие увеличения числа самоубийств между 2007 и 2009 годами – 18% и 16% соответственно. В ряде стран рост числа самоубийств предваряет рост безработицы, что указывает на экономическую незащищенность и страх безработицы как основные факторы риска. Потребление нездоровых дешевых продуктов питания возросло, однако, в противовес, количество дорожно-транспортных происшествий, также как и употребление алкоголя и табака, сократилось, когда упали доходы. Несмотря на это, вред от потребления алкоголя не может сокращаться, если количество выпитого за раз алкоголя (запой) увеличивается (см. главу 11).

Некоторые европейские страны заявили о резком сокращении бюджета здравоохранения (некоторые – более чем на 20%). Была введена плата за некоторые виды медицинских услуг, чтобы покрыть снижение поступлений (37). Недавнее исследование еще раз подтверждает, что сфера жесткой экономии быстро становится серьезным и глобальным явлением – 70 развивающихся стран (55% от числа участвовавших в исследовании) сократили общий объем расходов в среднем почти на 3% от ВВП в течение 2010 года. Ожидалось, что 91 развивающаяся страна (более 70% от числа участвовавших в исследовании) сократит ежегодные расходы в 2012 году. Наибольшие сокращения ожидаются в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, Северной Африки, Юго-Западной Азии и странах Африки к югу от Сахары. Сравнение периодов 2010–2012 годов и 2005–2007 годов показывает, что почти четверть развивающихся стран претерпевает чрезмерное сокращение, определяемое как сокращение расходов до уровня ниже докризисного по объему ВВП (38).

Тем не менее, финансовые кризисы не обязательно подразумевают или требуют политики, результатом которой является ухудшение социальной защиты в связи с мерами жесткой экономии или приватизации. Финансовый кризис в Республике Корея в 1990-е годы был связан с рядом прогрессивных реформ социальной политики, а не с сокращением расходов (39). Меры жесткой экономии (аскетизма), предпринятые вынужденно или намерено в результате финансового или экономического кризиса, являются не просто вопросом достатка ресурсов, но представляют собой политический выбор правительств, международных инвесторов и спонсоров развития в отношении здорового экономического развития, а также методов изыскания и ассигнования доходов правительствами. Альтернативы мерам жесткой экономии существуют и могут служить основой для применения подхода HiAP в рамках настоящего финансового кризиса, с которым столкнулись многие страны.

Наконец, хотя этот вопрос редко рассматривается в процессе обсуждения вопросов здравоохранения, провал международной политики по борьбе с уклонением от уплаты налогов, практика трансферного ценообразования и отток капитала также имеют отношение к государственным ресурсам и политике и, как следствие, к потенциалу для использования подхода HiAP на национальном уровне. По оценкам, 23–32 трлн долл. США сосредоточено в низконалоговых или безналоговых оффшорных зонах (налоговых гаванях) в виде личных состояний (40). Кроме того, отток незаконного капитала из развивающихся стран значительно превышает суммы, полученные в рамках программ содействия развитию (41). Такие практики сокращают налогово-бюджетное пространство стран. В то время как область охвата для односторонних мер продолжает оставаться ограниченной, правительства могут начать предпринимать меры для того, чтобы “закрыть отверстия в налогово-бюджетной политике” либо в одностороннем порядке, либо в рамках ограниченного сотрудничества на международном уровне. Одним из обсуждаемых в настоящее время примеров является реализация налога на финансовые сделки – небольшой налог на валютные сделки, который может быть использован для регулирования торговой практики на финансовых рынках (42). Доходы, полученные путем такого налогообложения, могут быть использованы для увеличения инвестиций в сферах социальной защиты, образования и здравоохранения. Это поможет смягчить экономическую нестабильность, связанную с глобализацией и, в частности, с финансовыми кризисами.

5.5. Сохранение и расширение политического пространства для вопросов здоровья в глобализирующемся мире

Сохранить политическое пространство для вопросов здоровья в глобализирующемся мире возможно, но вряд ли это удастся сделать лишь на национальном уровне, без связи с международной торговлей и экономической политикой. Более того, вполне вероятно, что министерства здравоохранения разных стран будут проявлять общий интерес к работе по сохранению политического пространства для вопросов здоровья на национальном уровне. Сохранение или расширение политического пространства для вопросов здоровья может осуществляться посредством различных механизмов:

1. Учет интересов здоровья в торгово-экономической политике и приоритетах государственной политики на национальном уровне;
2. Использование уже существующих международных обязательств и соглашений;
3. Согласование нормативных положений и договоров с учетом вопросов здоровья;

4. Участие в международных и национальных процессах, поддерживающих стратегии, направленные на укрепление здоровья и социальные детерминанты здоровья.

5.5.1. Учет интересов здоровья в торгово-экономической политике

Вопросы общественного здоровья уже играют особую роль в торговых соглашениях. Существенное внимание мирового сообщества уделяется аспектам, связанным со здоровьем, в контексте доступа к лекарственным препаратам и финансирования научно-исследовательской деятельности. Работа Межправительственной рабочей группы по общественному здравоохранению, инновациям и интеллектуальной собственности послужила основой для разработки глобальной стратегии и плана действий под эгидой ВОЗ, в котором подчеркивается необходимость включения представителей министерств здравоохранения в торговые переговоры (20). Однако на практике возможности для достижения этой цели часто становятся проблемой. Во-первых, министерства здравоохранения могут не быть приглашены к участию в разработке национальных приоритетов в области торговой политики. Во-вторых, они могут не иметь достаточного количества умений и знаний, чтобы быстро принимать решения по конкретным обсуждаемым вопросам. Там, где хорошо поставлено межсекторальное сотрудничество, были созданы специальные комитеты и проведена подготовительная работа в министерствах здравоохранения. Законом о национальном здравоохранении в Таиланде была создана Государственная комиссия по здравоохранению под председательством премьер-министра. Комиссия учредила Национальный комитет по международной торговле и медицинским исследованиям под руководством председателя Торгово-промышленной палаты Таиланда. В него вошли все заинтересованные стороны, способные предоставить базовую информацию и изучить влияние международной торговой политики на систему здравоохранения в 2010 году. Национальная ассамблея здравоохранения Таиланда приняла значительное число резолюций по торговой политике – из 40 резолюций, принятых в первые 4 года, 17 относятся к торговле и 12 содержат международные аспекты, связанные с торговлей.

В Финляндии подкомитеты объединяют различные министерства для выполнения повседневной работы. Однако, ключом к поддержанию политических приоритетов в отношении здоровья и торговли стала выработка парламентской позиции по торговле, в которую включены вопросы здоровья. Формирование парламентской позиции произошло под влиянием работы, проведенной с вовлечением гражданского общества. Консультации по вопросам торговой политики с участием гражданского общества стали важным звеном в процессе продвижения

вопросов здравоохранения и социальной политики на парламентский уровень. В Канаде общественная поддержка универсальной программы обязательного медицинского страхования позволила стране противостоять неоднократным попыткам открыть программу для конкурирующих частных моделей, таких как в Соединенных Штатах Америки (ее основного торгового партнера). Канада осталась верна парламентским и всепартийным обязательствам воздержаться от либерализации торговли услугами в области общественного здравоохранения, образования и программ социальной защиты в процессе обсуждения торговых соглашений.

Существует история консультативных процессов между государственными секторами и с организациями гражданского общества, с некоторыми сильными общественными организациями, занимающимися вопросами глобализации, торговли и политики в области здравоохранения. Уроки, вынесенные из применения подхода HiAP в условиях глобализации в Канаде и, особенно, в Финляндии и Таиланде, можно представить следующим образом:

- i) определить, где лежат интересы политики в области здравоохранения;
- ii) повысить открытость, прозрачность и участие широкого гражданского общества в противовес участию только заинтересованных сторон от промышленности;
- iii) направить усилия на поиск решений на широких форумах для формирования торговой политики в рамках более широкого принятия политических решений и подотчетности, а также обеспечить, чтобы здоровье рассматривалось в этом широком контексте;
- iv) признать, что хорошо осведомленное и информированное министерство здравоохранения при наличии политической воли является более полезным для министерства торговли в долгосрочной перспективе, даже там, где существуют различные политические приоритеты;
- v) увеличить глобальный обмен, обучение и информационное взаимодействие в области торговли, инноваций и инвестиций, чтобы министерства здравоохранения могли учиться на опыте в разных странах и лучше понимать общие задачи и возможности.

Хотя вполне возможно повысить осведомленность лишь на национальном уровне, существует необходимость международного сотрудничества, обмена и технической поддержки через ВОЗ, чтобы государства-члены имели достаточные знания и потенциал для решения проблем здравоохранения, связанных с торговлей. Кроме того, международное сотрудничество и совместные действия могут иметь важное значение в создании и законодательном закреплении политического пространства для

мер правительства в области здравоохранения на национальном уровне, как показано в контексте борьбы с употреблением табака (см. главу 10).

5.5.2. Более эффективное использование существующих правовых принципов и соглашений

Первым шагом на пути расширения национального политического пространства может стать полноценное использование уже существующего политического пространства, что потребует: (i) понимания и использования в полной мере исключений и гибких положений в существующих торговых и инвестиционных соглашениях; (ii) ссылок на национальное и международное законодательство в области прав человека, относящееся к вопросам здоровья; и (iii) укрепления права на регулирование в контексте существующих договоров и соглашений, связанных со здоровьем, таких как ММСП и РКБТ ВОЗ. Дохинская Декларация о Соглашении по ТРИПС и общественном здравоохранении представляет собой наглядный пример усилий по полноценному использованию возможностей в рамках существующих торговых соглашений на благо общественного здравоохранения. Декларация разъясняет положения Соглашения ТРИПС, которые можно использовать в интересах общественного здравоохранения, и является признанием права правительства на регулирование, в частности, путем принудительного лицензирования. Права человека и права, связанные со здоровьем, также стали важными аспектами глобальной дипломатии в последние годы, особенно в контексте политики по ВИЧ/СПИДу. В этом контексте другие глобальные конвенции, связанные с правами человека в отношении здоровья, например, Конвенция ООН о правах ребенка, также могут быть особенно актуальны (см. главу 6).

5.5.3. Укрепление международного нормативного руководства и его эффективное использование на национальном уровне

Нормативные положения и договоры, связанные с вопросами здоровья, могут быть важным средством обеспечения пространства для национальной политики, особенно в отношении транснациональных отраслей. Международные нормативные акты весьма разнообразны – от руководящих принципов на добровольной основе до формальных обязательств, содержащихся в резолюциях ВАО (например, Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения; Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока, разработанный совместно ВОЗ и ЮНИСЕФ); связующих правовых инструментов (например, ММСП); переговоров по обязывающим договорам, которые нуждаются в ратификации (например, РКБТ ВОЗ). Глобальные стратегии могут содержать дополнительные руководства к действию – например, Глобальная стратегия и План действий в области

общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности, разработанных в результате интенсивных переговоров, проведенных в рамках Межправительственной рабочей группы. Правительства могут также договориться о подписании региональных соглашений – например, Конвенция Совета Европы Медикрим является обязывающим международным документом уголовного права по фальсификации медицинской продукции и сходным преступлениям, угрожающим здоровью населения (43).

Соблюдение международных соглашений, касающихся (например) прав инвесторов, не должно иметь приоритет над обязательствами, касающимися (например) выполнения правительствами обязательств по соблюдению прав человека и его социальных прав, трудовых прав или прав ребенка. Поэтому важно, чтобы правительства могли гарантировать, что иностранные и коммерческие соглашения не вступали в конфликт с другими обязательствами. Например, в соответствии со статьей 168 Лиссабонского договора ЕС имеет договорное обязательство включить обеспечение высокого уровня охраны здоровья граждан во все направления политики (см. главу 2).

Альянсы с другими секторами, сталкивающимися с аналогичным давлением со стороны торговли и торговой политики, могут иметь важное значение. Например, многие аспекты политики общественного здравоохранения перекликаются с проблемами экологической политики в отношении инвестиционных соглашений, в частности, по вопросам мер по защите инвестиций. Есть также сходные опасения в области социальных услуг и торговли услугами образования. Кроме того, целый ряд вопросов касается условий труда, безопасности и охраны труда. Поиск общих интересов с политикой в других отраслях на национальном уровне может рассматриваться как часть необходимого стратегического мышления в рамках подхода HiAP, так же как и выделение времени и человеческих ресурсов для обеспечения достаточного понимания правовой базы торговых и инвестиционных соглашений и их интерпретаций.

Политические декларации также могут быть важным звеном в придании законности действиям в той или иной области на национальном уровне, так как они демонстрируют договоренность по политическим приоритетам. Например, политические декларации по ВИЧ/СПИДу и по НИЗ были приняты на Генеральной Ассамблее ООН и делегациями стран, подписавших Политическую декларацию по социальным детерминантам здоровья в Рио-де-Жанейро в 2011 году и утвержденную ВА3 в 2012 году (см. главы 2 и 4).

Международные обязательства, принятые в других секторах, могут способствовать расширению национального политического пространства

для решения вопросов здравоохранения в контексте НiAP – например, в Декларации тысячелетия установлены глобальные обязательства, имеющие отношение к стратегическому управлению. В свою очередь, ЦТР уделяют внимание не только конкретным вопросам, связанным со здоровьем, но и здоровью в целом посредством широкого участия в политике в области образования, питания, водоснабжения и санитарии, а также гендерного равенства. Отражение вопросов здравоохранения в целях развития после 2015 года через посредство национальных правительств или организаций гражданского общества, является важным примером использования глобального подхода НiAP. Стратегии в области здравоохранения и устойчивого развития имеют существенные сопутствующие преимущества; здоровье является частью глобальной повестки дня в интересах устойчивого развития с момента первой Конференции в Рио-де-Жанейро в 1992 году (44) (см. главу 11).

Наконец, международная нормативная деятельность МОТ, особенно в области гигиены труда и социального обеспечения, имеет важное значение для здравоохранения (см. главу 7). В сотрудничестве с ЮНИСЕФ и Департаментом ООН по экономическим и социальным вопросам (ДЭСВ ООН), МОТ выдвинула глобальную инициативу по минимальным мерам социальной защиты (призывающую правительства к реализации мер по обеспечению базового доступа всех граждан к здравоохранению, средствам к существованию и другим аспектам социальной защиты, и дающую рекомендации по реализации этих мер) и приняла Декларацию МОТ о социальной справедливости в целях справедливой глобализации, которые являются особенно значимыми для сторонников применения подхода НiAP на национальном уровне (45). Декларация, принятая по итогам деятельности Всемирной комиссии по социальным аспектам глобализации, освещает вопросы социальной защиты и гарантии социального обеспечения для всех в качестве одной из четырех стратегических задач (см. главу 3).

5.6. Заключение

Применение подхода НiAP может оказаться иллюзорной целью, если приоритеты в области здравоохранения идут вразрез с нормативными требованиями, установленными за пределами сектора здравоохранения. Кроме того, если подход НiAP применяется только на местном или национальном уровне, он, вероятно, не будет иметь достаточной возможности повлиять на решения, принимаемые на других (в частности, международных) уровнях управления. Поэтому важно, чтобы министерства здравоохранения были хорошо осведомлены о политических решениях в других секторах, имеющих отношение к здоровью, и не только на национальном, но и на региональном или международном уровне.

Глобальная политика и правовые соглашения в других секторах могут ограничивать политическое пространство для вопросов здоровья на национальном и местном уровнях. Министерствам здравоохранения необходимо знать как это может происходить, чтобы обеспечить эффективный вклад в соответствующий процесс консультаций. Использование существующих международных обязательств, нормативно-правовой базы и, при необходимости, согласование новых нормативных принципов по вопросам здравоохранения может стать важным звеном в обеспечении возможностей для HiAP на местном и национальном уровнях. Министерствам здравоохранения также необходимо повысить уровень осведомленности и понимания того, какое влияние могут оказывать законодательные акты и соглашения других секторов на регулирование в вопросах здравоохранения. Кроме того, необходимо остерегаться принятия решений в других секторах, которые могут ограничивать или негативно сказываться на политическом пространстве, отведенном для вопросов здравоохранения, или ограничивать альтернативные варианты политики в рамках сектора здравоохранения, включая сдерживание расходов на медицинские услуги и фармацевтическую политику.

Политическое пространство для решения вопросов здравоохранения не возникает автоматически, а устанавливается в контексте общих принципов и практики управления. Подходы к решению вопросов с участием общества и обеспечение прозрачности могут стать основополагающими при расширении и сохранении существующего политического пространства для решения вопросов здоровья, а также для обеспечения соответствующего рассмотрения и общественного обсуждения любых изменений приоритетов в области здравоохранения.

Библиография

1. Koivusalo M, Schrecker T, Labonte R (2007). *Globalisation and policy space for health and social determinants of health*. Ottawa, University of Ottawa, Institute of Population Health (Globalization and Health Knowledge Network: Research Papers) (http://www.globalhealthequity.ca/webfm_send/12, accessed 6 December 2012):7.
2. World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/public/english/wcsdg/docs/report.pdf>, accessed 5 December 2012):xi.
3. Dollar D (2001). Is globalization good for your health? *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9):827–833.

4. UNCITRAL (2011). *UNCITRAL arbitration rules (as revised in 2010)*. Vienna, United Nations Commission on International Trade Law (http://www.uncitral.org/uncitral/uncitral_texts/arbitration/2010Arbitration_rules.html, accessed 12 January 2013).
5. Van Harten G (2007). *Investment treaty arbitration and public law*. Oxford, Oxford University Press.
6. Birdsall N (2006). *Stormy days on an open field: asymmetries in the global economy*. Helsinki, World Institute for Development Economic Research (Report No. 2006/31).
7. Meschi E, Vivarelli M (2009). Trade and income inequality in developing countries. *World Development*, 37(2):287–302.
8. Schrecker T (2009). Labor markets, equity, and social determinants of health. In: Labonte R et al., eds. *Globalization and health: pathways, evidence and policy*. New York, Routledge:81–104.
9. Scheve K, Slaughter MJ (2004). Economic insecurity and the globalization of production. *American Journal of Political Science*, 48(4):662–674.
10. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean (2000). *Social panorama of Latin America 1999–2000. 1st edition*. Santiago, United Nations Publications.
11. United Nations Conference on Trade and Development (2008). *UNCTAD XII: Accra Accord and the Accra Declaration*. New York, United Nations (UNCTAD/IAOS/2008/2).
12. Baunsgaard T, Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Washington DC, International Monetary Fund (WP/05/112).
13. Baunsgaard T, Keen M (2010). Tax revenue and (or?) trade liberalization. *Journal of Public Economics*, 94(9-10):563–577.
14. South Centre (2007). *Fact Sheet 3: Trade liberalisation and the difficult shift towards reciprocity in the EPAs*. Geneva, South Centre (South Centre Analytical Note.SC/AN/TDP/EPA/3).
15. Taylor A et al. (2000). The impact of trade liberalization on tobacco consumption. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press:343–364.
16. USTR (2009). *2009 National trade estimate report on foreign trade barriers – Thailand*. Washington DC, Office of the United States Trade Representative (http://www.ustr.gov/archive/Document_Library/Reports_Publications/2009/2009_National_Trade_Estimate_Report_on_Foreign_Trade_Barriers/Section_Index.html, accessed 6 December 2012):491.
17. WHO (2012). *Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting_tob_epidemic/en/index.htm, accessed 6 December 2012).

18. UNCTAD (2012). *Expropriation: a sequel*. Geneva, United Nations Commission on Trade and Development (UNCTAD series on issues in international investment agreements II. UNCTAD/DIAE/IA/2011/7).
19. WTO (2012). *United States – measures affecting the production and sale of clove cigarettes*. Geneva, World Trade Organization (Appellate Body Report WT/DS406/9).
20. WHA (2008). *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property*. Geneva, World Health Assembly (Resolution WHA61.21) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf, accessed 5 December 2012).
21. WHO (2012). *Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Geneva, World Health Organization.
22. TATFAR (2012). *Recommendations for future collaboration between the US and EU 2011*. Stockholm, Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/TATFAR/Documents/210911_TATFAR_Report.pdf, accessed 5 December 2012).
23. WTO (2001). *Declaration on the TRIPS agreement and public health*. (WT. MIN(01)/ DEC/2). Geneva, World Trade Organization (http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm, accessed 6 December 2012).
24. Kumarasamy KK et al. (2010). Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infectious Diseases*, 10(9):597–602.
25. Hopkins L et al. (2010). Medical tourism today: what's the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31(2):185–198.
26. Higgins LA (2007). Medical tourism takes off, but not without debate. *Managed Care*, 16(4):45–47.
27. Sen Gupta A (2008). Medical tourism in India: winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics*, 5(1):4–5.
28. Packer C, Labonte R, Runnels V (2009). Globalization and the crossborder flow of health workers. In: Labonte R et al., eds. *Globalization and health: pathways, evidence and policy*. New York, Routledge:213–234.
29. WHO (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. (WHA63.16). Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf, accessed 5 December 2012):3.
30. Kanchanachitra C et al. (2012). Medical tourism in southeast Asia: opportunities and challenges. In: Hodges JR, Turner L, Kimball AM, eds. *Risks and challenges in medical tourism: understanding the dynamics of the global market for health services*. Santa Barbara CA, Praeger Publishers Inc.:56–86.

31. Heller PS (2006). The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy and Planning*, 21(2):75–79.
32. WHO (2010). *The world health report – health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization.
33. WHA (2011). *Sustainable health financing structures and universal coverage*. (Resolution WHA64.9). Geneva, World Health Assembly (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf, accessed 5 December 2012).
34. United Nations General Assembly (2011). *Political declaration of the Highlevel Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. (A/66/L.1). Geneva (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1, accessed 5 December 2012).
35. Wade R (2009). From global imbalances to global reorganizations. *Cambridge Journal of Economics*, 33(4):539–562.
36. Stuckler D, Basu S, McKee M (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 340:77–79.
37. Mladovsky P et al. (2011). Health policy response to the financial crisis in Europe. (Policy Summary 5). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf, accessed 6 December 2012).
38. Ortiz I, Chai J, Cumming M (2011). Austerity measures threaten children and poor households: recent evidence in public expenditure from 128 developing countries. (Social and Economic Policy Paper). New York NY, UNICEF (http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Austerity_Measures_Threaten_Children.pdf, accessed 6 December 2012).
39. Kwon H-J, Tchoe B (2005). The political economy of national health insurance in Korea. In: Mackintosh M, Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. New York, Palgrave Macmillan:234–250.
40. Henry JS (2012). *The price of offshore revisited: new estimates for “missing” global private wealth, income, inequality, and lost taxes*. Brussels, Tax Justice Network (http://www.taxjustice.net/cms/front_content.php?idcat=148, accessed 6 December 2012).
41. Ndikumana L, Boyce JK (2011). Capital flight from sub-Saharan Africa: linkages with external borrowing and policy options. *International Review of Applied Economics*, 25(2):149–170.
42. McCulloch N, Pacillo G (2011). The Tobin tax: a review of the evidence. (IDS research report 68). Brighton, Institute of Development Studies (<http://www.ids.ac.uk/idspublication/the-tobin-tax-a-review-of-the-evidence>, accessed 6 December 2012).

43. Council of Europe (2011). Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health. (CETS No. 211). Strasbourg (http://www.coe.int/t/DGHL/StandardSetting/MediCrime/Default_en.asp, accessed 5 December 2012).
44. Haines A, Alleyne G, Kickbusch I, Dora C (2012). From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development. *The Lancet*, 379(9832):2189–2197.
45. ILO (2008). *ILO Declaration on Social Justice for a Fair Globalization. Adopted by the International Labour Conference at its Ninety-seventh Session*, Geneva, 10 June 2008. Geneva, International Labour Organization (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@cabinet/documents/publication/wcms_099766.pdf, accessed 5 December 2012).

Часть II

Обеспечение равенства, начиная с развития в раннем детстве, и применение подхода HiAP

Raúl Mercer, Clyde Hertzman, Helia Molina, Ziba Vaghri*

Ключевые идеи

- Обеспечение здоровья, начиная с раннего детства, имеет важное значение для социального развития и благополучия всего общества. Здоровье в раннем детстве является одним из социальных детерминант здоровья.
- Первые пять лет жизни ребенка представляют собой окно возможностей для инвестиций и эффективного продвижения здоровья в раннем детстве.
- Существует достаточное количество фактических данных, показывающих как определить приоритеты государственной политики, чтобы организовать развитие ребенка в раннем детстве таким образом, чтобы обеспечить сокращение числа социальных проблем и проблем со здоровьем (включая НИЗ).
- Экономически эффективные стратегии, пропагандирующие здоровье в раннем детстве, предполагают предоставление времени (например, отпуск по беременности и родам), услуг и обеспечение ресурсов.
- Систематические различия в здоровье и развитии человека увеличиваются по мере возрастания рисков для развития ребенка в раннем детстве, а также многочисленных и кумулятивных рисков на протяжении всей жизни. Создание условий, благоприятных для воспитания детей и предоставления им возможностей для дальнейшего развития, могут сократить существующие несправедливости.
- Новые инициативы социальной подотчетности должны учитывать бремя ответственности политиков, продвигающих идею обеспечения здоровья в раннем детстве и подход HiAP, с точки зрения общественных затрат, вытекающих из невмешательства в активные политические стратегии, направленные на обеспечение справедливости с раннего детства.

- Существует необходимость объединения всех этапов жизни человека, контекста (социальных детерминант) и политических сил (в разных секторах) для создания эффективной политики обеспечения справедливости с раннего детства. Она послужит новой парадигмой решения проблемы повторения бедности из поколения в поколение.
- Каждый ребенок заслуживает право на здоровье и развитие. Задача государства – уважать, защищать и обеспечивать это право.
- Как компонент подхода HiAP, обеспечение здоровья в раннем детстве имеет возможность стать качественно новым инструментом укрепления общества.

6.1. Как здоровье в раннем детстве соотносится со здоровьем во взрослом возрасте и влияет на качество жизни?

Раннее детство является определяющим фактором для здоровья и целого ряда социальных вопросов на протяжении всей жизни человека. Известно, что многие проблемы взрослого возраста, связанные с НИЗ, такие как психические проблемы, ожирение/отставание в развитии, сердечно-сосудистые заболевания, сопутствующие нарушения поведения, а также преступность и насилие, уходят корнями в раннее детство. Развитие ребенка в раннем детстве и уровень детской смертности имеют аналогичные социальные детерминанты и требуют аналогичных решений: межсекторального подхода и комплексной политики.

В наличии несправедливостей в отношении здоровья детей и в результатах их развития прослеживается линейный социально-экономический градиент. В целом, уровень детской смертности тесно коррелирует с уровнем дохода в семье, причем в семьях с низкими доходами уровень детской смертности значительно выше, чем в семьях с высокими доходами (1).

Что касается детского здоровья и благополучия, картина во всем мире оказывается сложной и диспропорциональной (2).

- Развитие ребенка в раннем детстве важно для детей всех стран, и имеющих большое количество ресурсов, и бедных, но особое внимание необходимо уделять последним, в которых ребенок имеет лишь четыре шанса из десяти выжить в условиях крайней нищеты.
- Смертность среди детей в возрасте до 5 лет составляет 10,5 млн.
- В развивающихся странах проживает 559 млн детей в возрасте до 5 лет – в том числе 155 млн детей, отстающих в развитии, и 62 млн детей, не отстающих в развитии, но живущих в условиях нищеты.
- Более 200 млн детей в возрасте до 5 лет подвергается повышенному риску задержки в когнитивном и социально-эмоциональном развитии.

- Большинство подверженных подобным рискам детей – 89 млн – живут в 10 странах, на которые приходится 145 млн (66%) из 219 млн детей из неблагополучных семей в развивающихся странах.
- Потеря человеческого потенциала, охарактеризованная этими статистическими данными, связана с более чем “20%-м дефицитом в доходе взрослых и имеет последствия для национального развития в целом” (3).
- Гендерные различия берут свое начало в раннем детстве и находят свое выражение в неравноправном отношении к девочкам (например, при зачислении в школу, дифференциации родительских обязанностей, стереотипировании, дискриминации), особенно в странах с низким уровнем дохода. Само по себе это является серьезным препятствием для общего развития.

В последнее время появляются все более обоснованные биологические доказательства, подтверждающие явную связь между социально-экономическим неравенством и градиентом по показателям здоровья, поведения и умственного развития на протяжении всей жизни (4). Эта связь обусловлена опытом, полученным в раннем детстве. Она зависит от соответствующих детерминант здоровья детей, включающих здоровье матери, нормальное эмбриональное и неонатальное развитие и питание.

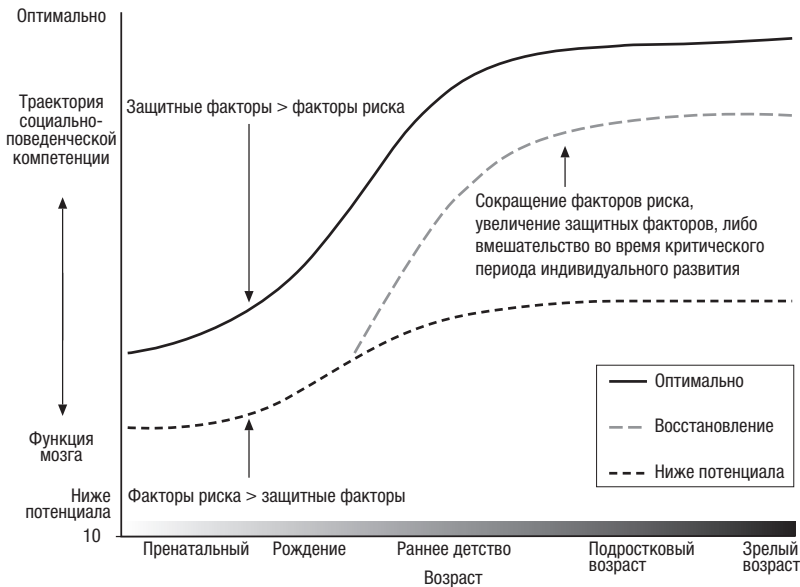
Эпигенетика, представляющая собой изучение наследственных изменений в функции гена, вызванных механизмами, не затрагивающими последовательности дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), выявила динамическое взаимодействие между биологией и обществом, бросив вызов дихотомической теории о том, какие факторы играют определяющую роль в развитии ребенка – природа или воспитание. Последние данные свидетельствуют о том, что социальное окружение оказывает глубокое влияние на функции генов человека, обеспечивая контекст и стимул для варибельной экспрессивности унаследованного гена. Развитие мозга является наиболее типичным примером: ранний опыт оказывает критическое и длительное влияние на развитие нейронов, обеспечивая потенциал для выраженной нейронной пластичности (5, 6).

Эволюция знаний по нейронной эпигенетике и влиянию раннего опыта имеет глубокие последствия для понимания здоровья и развития детей. Зависимость развития от социальной среды на протяжении всей жизни только сейчас начинает обсуждаться, но осознание того, что биология играет важную роль в этом процессе является революционным. Если опыт ранних критических периодов индивидуального развития формирует возможности развития на протяжении всей жизни, он обладает способностью порождать долгосрочные и передающиеся по наследству модели уязвимости к неблагоприятным влияниям на здоровье и развитие. Долгосрочное воздействие раннего опыта обуславливает

равенство возможностей, как в зрелом возрасте, так и из поколения в поколение. Знание этого факта вдвойне усиливает важность сглаживания неравенств социального окружения как средства ослабления устойчивых закономерностей неравенства в отношении здоровья (7).

Воздействие биологических и психосоциальных рисков влияет на развивающийся мозг и ставит под угрозу развитие детей. Неравенства в развитии ребенка начинаются с внутриутробного периода и в первые годы жизни. С кумулятивным эффектом воздействия рисков развития (8) неравенства возрастают и более прочно укрепляются (рис. 6.1).

Рис. 6.1. Развитие неравенств



Источник: Walker et al., 2011 г. (6).

6.1.1. Политика, ориентированная на ребенка, может улучшить качество жизни и обеспечить благополучие

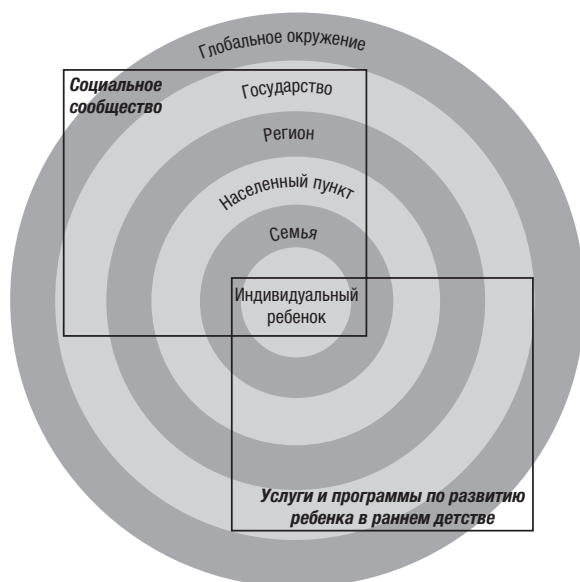
Благоприятный жизненный старт дает каждому ребенку равные шансы на успешное развитие и превращение во взрослого, способного позитивно участвовать в жизни общества. Напротив, гораздо труднее обеспечить успех на более поздних этапах жизни, если не воспользоваться окном возможностей, открывающимся в раннем детстве (как с точки зрения времени, так и ресурсов).

Развитие ребенка в раннем детстве относится к социальным детерминантам здоровья, которые, в свою очередь, определяются качеством окружения ребенка – от тесного семейного круга до широкой сферы правительственных, международных учреждений и гражданского

общества в целом, оказывающих воздействие на развитие ребенка в раннем детстве (рис. 6.2.). Правительства имеют возможность значительно и последовательно улучшать качество окружения детей в обществе путем проведения политики, учитывающей огромное количество исследований, проводимых в этой области, и выполнения своих обязательств в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка.

К счастью, политики начинают понимать необходимость интегрирования концепции важности развития ребенка в раннем детстве в общественно-политическую повестку дня. Существует признание абсолютной экономической эффективности инвестиций в развитие в раннем детстве и понимание того, что выгоды от таких инвестиций велики и не содержат риска потенциальных убытков, если они осуществлены надлежащим образом.

Рис. 6.2. Воздействие на развитие в раннем детстве



Источник: Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007 г. (10).

Фактические данные исследований процессов развития ребенка в раннем детстве настолько убедительны, что экономисты сходятся во мнении, что наиболее экономически эффективные инвестиции в человеческий капитал осуществляются на этапах раннего детства. Джеймс Хекман, лауреат Нобелевской премии в области экономики, подчеркивает: “Необходима кардинальная переориентация политики, чтобы использовать наилучшим образом знания о цикле формирования профессиональных и санитарно-гигиенических навыков человека и роли развития в раннем детстве в порождении неравенства в Америке и получении профессиональных знаний занятым населением” (9).

Ключевой вопрос: какую политику должны проводить страны, чтобы улучшить ситуацию? Инвестиции в развитие ребенка в раннем детстве не требуют тайных политических стратегий, но требуют реализации инициатив в широком диапазоне значимых секторов, связанных друг с другом и усиливающих друг друга. На национальном уровне комплексный и межотраслевой подходы к политике и процессам принятия решений хорошо применимы к сфере развития в раннем детстве, учитывая важность контекстуальных факторов как возможностей и одновременно препятствий для реализации политики (см. примеры 6.1 и 6.2 и раздел 6.2). Несмотря на то, что результаты политики в отношении развития ребенка в раннем детстве имеют тенденцию быть более успешными в богатых странах, такие страны, как Куба, также имели большой успех в осуществлении этой концепции. Очевидно, что грамотное использование 1,5–2,0% ВВП будет эффективно содействовать решению вопросов развития ребенка в раннем детстве (15). Табель ЮНИСЕФ “Инноченти” является характерным примером данного утверждения. В докладе “Инноченти” по итогам сравнительного анализа состояния дошкольного образования и ухода за детьми в 25 самых развитых странах, Скандинавские страны вышли на первое место (15). При ближайшем рассмотрении было выявлено, что Дания тратит 1,2% ВВП, а Швеция – около 2% ВВП на реализацию программ, связанных с развитием детей дошкольного и школьного возраста (11, 15).

Политика и практика, ориентированные на семью, однозначно приносят пользу детям и семьям, но вместе с тем дают экономические выгоды и обществу в целом. В глобальном масштабе, те страны, независимо богатые или бедные, которые инвестируют в семью и развитие ребенка в раннем детстве, имеют самое грамотное и многочисленное население. В таких странах население имеет наилучшее здоровье и самый низкий уровень неравенства в отношении здоровья в мире. Успех в продвижении программ развития ребенка в раннем детстве не зависит от богатства общества. Эти программы опираются в первую очередь на квалификацию воспитателей, поэтому стоимость эффективных программ варьируется в зависимости от структуры заработной платы в обществе (см. пример 6.1).

Посредством проведения политики, ориентированной на семью и ребенка, правительства должны помочь семьям выполнить свои обязательства перед детьми, гарантируя предоставление:

- **времени** (например, адекватно оплачиваемого отпуска по беременности и родам);
- **ресурсов** (например, обеспечение дохода);
- **услуг** (например, высококачественных программ по уходу за детьми и образованию детей в раннем детстве), чтобы помочь семьям с маленькими детьми создать здоровое и ненапряженное домашнее окружение и дать возможность детям рождаться, расти и развивать свои способности в полном объеме.

Пример 6.1. *Политика, ориентированная на семью и ребенка, в Швеции*

В рамках преемственности политики в многолетнем новаторском процессе развития государства всеобщего благосостояния, подход Швеции к развитию в раннем детстве основан на предположении о том, что жизненный путь индивида определяется частично уже в первые годы жизни. Примерно 1,7% ВВП инвестируется в программы развития ребенка в раннем детстве, за пределами традиционной медицинской помощи, что вдвое превышает средний уровень, установленный ОЭСР (12). Данные инвестиции позволяют Швеции обеспечить поистине универсальную систему доступа к услугам, включающую высококачественный, широкодоступный медицинский уход в период беременности, а также почти ежемесячное наблюдение за развитием в первые 18 месяцев жизни, в рамках которого все проблемы со зрением, слухом, развитием речевой деятельности, а также стоматологические проблемы выявляются и лечатся до поступления ребенка в школу; универсальный, необязательный доступ к высококачественным программам здоровья и развития ребенка в раннем детстве (в которых участвует 80–90% детей дошкольного возраста), которые финансируются и контролируются на национальном уровне, но организуются и осуществляются персоналом, имеющим университетское образование, на местном уровне; постепенный переход от основывающегося на игре обучения в раннем возрасте к формальному обучению в школьном возрасте, который позволяет избежать дополнительных привилегий детям, рожденным в январе, и девочкам, и невыгодного положения для детей, рожденных в декабре, и мальчиков. В дополнение к этим программам и услугам разработана политика в области обеспечения доходов, которая ставит практически все семьи с маленькими детьми выше черты бедности, а также гарантирует предоставление до 18 месяцев оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком, содержащего стимулы для участия отца. На международном уровне не имеется сопоставимых программ по развитию ребенка в раннем детстве, но основные воздействия на здоровье в Швеции очень убедительны. К 2008 году показатель младенческой смертности снизился до 2,3 на 1000 живорожденных (13). Среди стран ОЭСР, Швеция имела самое низкое число младенцев, родившихся с экстремально низкой массой тела (4,2% живорожденных), что составляет приблизительно половину показателя Соединенного Королевства (7,4%), а также Соединенных Штатов Америки (8,2%). Этот важный показатель здоровья детей в значительной степени определяется условиями жизни и здоровья матери (14). Наконец, к 2008 году, Швеция была единственной страной

Пример 6.1. *(продолжение)*

удовлетворяющей всем десяти принципам здоровья и развития ребенка в раннем детстве ЮНИСЕФ (15).

Комплексная государственная система здоровья и развития ребенка в раннем детстве в Швеции совершенствовалась на протяжении нескольких десятилетий, начиная с реформ, касающихся государства всеобщего благосостояния, начавшихся после окончания Второй мировой войны. К 1950-м годам сложилось единое мнение, что программ социального обеспечения никогда не будет достаточно, чтобы защитить матерей и детей от нищеты. Поэтому матерям необходим беспрепятственный доступ к рынку труда, а политика, направленная на обеспечение благосостояния семей с маленькими детьми, должна быть направлена на поддержание этой цели. Это единое мнение доминировало в эпоху политического господства социал-демократии в Швеции. Каждый компонент системы был разработан с учетом наличия ресурсов и подкреплен появляющейся новой информацией о важности развития в раннем детстве и обязательствами, принятыми в рамках Конвенции ООН о правах ребенка. В “неолиберальную” политическую эру, начиная с 1980-х годов, преимущества системы и лежащий в основе социальный консенсус оказалось трудно вытеснить. Аналогично – в Финляндии, Швеции, Норвегии и Дании – “скандинавская модель” социальной политики по большей части пережила любые попытки ее подорвать.

Окружения, в которых дети растут и развиваются, не являются строго иерархическими, а скорее тесно взаимосвязанными. Семейное окружение представляет собой самый близкий уровень. Жилые сообщества (например, микрорайоны), социальные сообщества (например, основанные на религиозных или иных социальных связях) и служебное окружение, осуществляющее заботу о детях младшего возраста, существуют на более широком уровне. Каждое из этих окружений (где ребенок на самом деле растет, живет и учится) имеет место в широком социально-экономическом контексте, сформированном факторами регионального, национального и глобального уровней. Таким образом, становится понятно, что деловая¹ природа отношений детей является гораздо более важной для их роста и развития, чем традиционно признавалось.

Социально-экономические различия в показателях развития являются результатом неравенства в степени, в которой жизненный опыт и окружающая среда способствуют развитию детей. Таким образом, все рекомендации для действий основываются на единой главной цели: увеличить количество

¹ Представляет способность людей “адаптироваться” к различным окружениям (с экологической точки зрения) и принимать решения на протяжении всего жизненного цикла.

благоприятствующих развитию факторов в окружении, в котором ребенок растет, живет и учится. Широкий спектр факторов жизненного опыта и окружающей среды играет важную роль. К ним относятся такие, которые напрямую связаны с жизнью ребенка, и, следовательно, легко определимы (например, качественное время и уход, предоставляемый родителями и воспитателями; физические условия окружения ребенка), но также и более дистальные факторы, которые по-разному влияют на попадание ребенка в благоприятные условия (например, обеспечивает ли государственная политика семьям и сообществам достаточный уровень дохода и занятости, ресурсов здравоохранения, дошкольного образования, безопасности в микрорайонах, достойного жилья).

6.2. Реализация политики в отношении развития детей раннего возраста

В этом разделе содержится краткий анализ важных аспектов, связанных с реализацией политики по усовершенствованию возможностей для развития ребенка в раннем детстве. К таким аспектам относятся:

- важность единых ценностей и концептуальных основ;
- структуры межсекторального сотрудничества;
- кто осуществляет руководство;
- важность механизмов участия;
- поэтапные процессы;
- узкая направленность или универсальность стратегий;
- права человека и международное законодательство в поддержку национальной политики;
- мониторинг и инструменты оценки.

Правительства могут изыскивать новые возможности для действий путем создания межсекторальной нормативной базы для экономической политики по вопросам развития ребенка в раннем детстве, которые четко определяют роли и обязанности каждого сектора и пути их сотрудничества. Рекомендуется также, чтобы правительства включили элементы политики, направленной на усовершенствование возможностей развития ребенка в раннем детстве в повестку дня каждого сектора, чтобы гарантировать, что они будут постоянно учитываться в процессе принятия решений внутри сектора.

Во многих странах существуют масштабные стратегии по вопросам развития ребенка в раннем детстве с честолюбивыми концептуальными основами и четкими целями, которые являются зачастую только риторикой, не приводящей к действиям, или которые бесконечно находятся на начальной стадии процесса реализации. Основным двигателем в данной ситуации должно быть наличие политической воли.

Реализация государственной политики всегда сталкивается с сопротивлением, а также сопряжена с наличием большого количества конкурирующих приоритетов. В следствие этого, сила коалиции в защиту развития ребенка имеет решающее значение. Таким образом, межсекторальность детской политики является не только возможностью создания широкой коалиции, но одновременно и проблемой, так как аудитория, поддерживающая действия в интересах детей, обычно рассеяна в обществе, не имеет четкого фокуса и достаточных ресурсов.

Вставка 6.1. *Реализация политики в отношении развития ребенка в раннем детстве*

Сложность реализации политики в отношении развития ребенка в раннем детстве пропорциональна ее всесторонности. Другими словами, многие стратегии и меры должны работать одновременно и дополнять друг друга, чтобы достичь целей, направленных на развитие ребенка в окружении его семьи и сообщества. Некоторые необходимые (но не всегда недостаточные) условия должны выполняться в процессе реализации политики.

1. **Четкие цели и задачи**, которые возможно реализовать.
2. **Определенное целевое население**, например, определенные возрастные группы, социально-экономические слои, географическое расположение, тип реализуемой политики (универсальная или местная), стратегии реализации (растущая широта охвата), возможности расширения.
3. **Список заранее определенных секторов и участников**, вовлеченных в разработку политики и поиск договоренностей о секторальных и межсекторальных обязанностях.
4. **Существование законов и законодательной и нормативной базы**, которые облегчают мобилизацию ресурсов, задают форму моделей управления и способствуют устойчивости реализуемой политики.
5. **Актуальность реализуемых политических стратегий**, чтобы минимизировать часто существующее сопротивление, и усилить поддержку заинтересованных групп и общин.
6. **Социальная приемлемость** – очень важно обмениваться информацией на всей территории и со всем населением.
7. **Последовательные этические и ценностные основы в рамках политического предложения** в целях предотвращения наличия двойных стандартов и отсутствия постановки приоритетов.
8. **Расчет стоимости реализации** – оценка экономической эффективности, если таковая возможна.
9. **Анализ осуществимости** – с учетом пунктов 1–8.
10. **Отсутствие “фальстартов”** – они могут подорвать авторитет и доверие общества.

Кроме того, межотраслевая эффективность детской политики требует совместного использования концептуальных, этических и ценностных основ. Не существует готовых рецептов реализации политики. Путь реализации так же много, как и стратегий детской политики. Их реализация зависит от конкретной культуры, наличия ресурсов и конкретного социально-политического контекста, а также от исходной ситуации

каждого контекста, и других условий. Несмотря на это, система прав и равноправия имеет межсекторальный характер в глобальном масштабе, что содействует согласованности политики в отношении развития ребенка в раннем детстве и ее широкому внедрению.

Мы предлагаем дорожную карту для реализации детской политики, которая позволяет проанализировать различные сценарии и обеспечить применение подхода HiAP в политике в отношении развития ребенка в раннем детстве. Однако, необходимо признать, что политический процесс зачастую является неравномерным, сложным и даже беспорядочным с точки зрения факторов, которые его обуславливают (см. модель Дж. Кингдона в (16) и главу 1).

Реализация требует систематизации имеющейся информации в стране по здоровью и развитию детей, по социально-экономическим условиям и детерминантам, связанным со здоровьем и образованием. Это требует знаний о существующем спросе и предложении услуг, анализа разрыва по показателям, количественной оценки имеющихся ресурсов и потенциальной мобилизации доступных ресурсов в процессе реализации.

6.2.1. Кто осуществляет руководство процессом реализации?

Важно определить, кто возьмет на себя роль лидера (будь то министерство, институциональный представитель или высокопоставленный чиновник), действующего в качестве координатора группы и облеченного официальными полномочиями с четко определенными функциями и четко расписанными отношениями с другими участниками процесса. Рекомендуется обеспечить недопущение конкурирующих сценариев технического руководства, двойных стандартов и борьбы за власть. Министерства планирования (или их аналоги) часто являются нейтральными и обладают большими возможностями для осуществления управления данными типами процессов. Планирование реализации таких программ имеет национальный масштаб, его значение зависит от характеристик конкретной страны (централизованное или децентрализованное). В обоих случаях, интеграция подходов обеспечения развития ребенка в раннем детстве и HiAP и установление стратегических партнерских отношений имеет решающее значение для процесса реализации.

Рекомендуется формирование межсекторальной группы, будь то межотраслевая, межведомственная, междисциплинарная или любая другая группа из заинтересованных лиц, подходящая для конкретной страны (например, созданная из представителей этнических меньшинств, профсоюзов, политических группировок). Эта группа будет отвечать за предоставление органам государственной власти технических руководящих принципов, модели управления и распределения ресурсов, а также механизмов оценки, мониторинга и подотчетности. Другие важные

функции группы будут включать планирование реализации, формулировку общего плана и конкретных программ, которые должны быть выполнены, а также временных рамок, структур и необходимых ресурсов.

Горизонтальная и вертикальная координация являются ключевыми аспектами процесса принятия политических решений. Поэтому, хотя необходимо наличие межсекторальной политики на государственном уровне, межсекторальное управление на местном уровне является в равной степени важным, так как реальные преобразования происходят именно там. Многие программы по-прежнему разрабатываются “сверху вниз”, без участия тех, на кого эти программы направлены, и поэтому являются порой неэффективными, недостаточно масштабными и потенциально нежизнеспособными. Существует достаточно доказательств, подтверждающих успешность инициатив по развитию местных общественных структур, способствующих повышению сплоченности, совместной работы и межличностного доверия среди детей и подростков, особенно в сообществах с низким социальным капиталом, которые нацелены на выравнивание социального градиента в отношении здоровья детей (17).

Национальные руководящие принципы, как правило, реализуются после их адаптации к местным условиям. На этом уровне, помимо предоставления услуг, участники и исполнительные организации находятся в позиции приближенности к детям, их семьям и сообществам. Это выгодная позиция, так как все участники предоставляют естественные возможности для проведения встреч: региональные органы власти, общественные советы и другие.

Правительства, политики и практики должны гарантировать участие детей, молодежи и семей по всему социально-экономическому градиенту в разработке и реализации политики и мер в целях обеспечения того, чтобы их потребности были отмечены и удовлетворены. Многие страны во всем мире внедрили консультационные механизмы (в основном на муниципальном уровне), которые вовлекают детей и молодых людей в процесс принятия политических решений (как, например, в Бразилии, Ирландии, Соединенном Королевстве и Чили).

Сектор здравоохранения наиболее близок к семьям и детям в младшем возрасте, что делает его естественной исходной точкой для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и реализации мер по улучшению раннего биопсихосоциального развития. В процессе жизни ребенка другие участники и секторы (например, сектор образования) обретают более широкий доступ и ответственность, осуществляя заботу о детях через дошкольные учреждения, дошкольное воспитание и образование. Необходимо строить процесс реализации на том, что уже существует, отталкиваясь от имеющегося опыта, улучшать то, что нуждается в

переменах, сохранять то, что эффективно работает, и устранять то, что является неэффективным или потенциально вредным для детей и семей (см. пример 6.2).

6.2.2. Пропорциональная универсальная политика

Наиболее эффективный подход к улучшению благосостояния детей и молодежи – предоставление возможностей для их воспитания семьям или опекунам. Это лучше всего достигается через универсальную политику перераспределения социальных ресурсов, но реализация универсальной политики не обязательно означает ее повсеместное применение. С целью обеспечения эффективного выравнивания социально-экономического градиента с помощью универсальных мер, правительства должны сначала оценить и рассмотреть конкретные пути, приводящие к ухудшению здоровья, для разных социально-экономических групп и на протяжении всех этапов жизни. Например, воздействия многочисленных неблагоприятных факторов могут препятствовать возможности малообеспеченных семей, детей и молодежи воспользоваться в равной степени теми или иными универсальными мерами. Поэтому универсальная политика должна быть разработана таким образом, чтобы удовлетворение пропорционально более крупных нужд осуществлялось более активно и/или плата за услуги или размеры налогов соответствовали платежеспособности. В случае необходимости универсальные меры должны быть дополнены целевыми мерами, такими, как хорошо разработанные программы по предупреждению выбывания из учебного заведения до завершения образования, для того, чтобы дети и молодые люди в наиболее нуждающихся семьях могли получить необходимую поддержку (17).

6.3. Необходимость социально ответственного подхода (развитие детей раннего возраста-NiAP)

В настоящее время существует единое мнение, согласно которому развитие не ограничивается только ростом валового национального продукта. ПРООН определяет устойчивое развитие человека как “расширение выбора для всех людей в обществе” (18). Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (19) определяет его как подход, который “связывает сокращение бедности с обязательствами, а не благосостоянием или благотворительностью”. Кроме того, расширение и защита прав человека становятся все более важными ценностями. Множество стран подписали ряд международных договоров по правам человека, которые имеют определенное влияние на национальные практики и международные отношения.

Пример 6.2. Чилийская система всесторонней защиты детей “Chile Crece Contigo” (“Чили растет вместе с тобой”)

Одним из первых обязательств президента Мишель Бачелет во время ее президентства было создать систему социальной защиты для детей младшего возраста, направленную на предоставление равных возможностей всем детям и обеспечивающую их право на развитие, как инструмент гарантии социально-экономического развития страны. В 2006 году Постановлением Президента был создан технический консультативный комитет. Три месяца работы, при участии заинтересованных сторон из различных секторов (представителей министерства и технических экспертов), привели к созданию документа “Будущее детей всегда сегодня”. Этот документ лег в основу национальной системы всесторонней защиты детей, известной как “Chile Crece Contigo” (“Чили растет вместе с тобой”). Министерство планирования и сотрудничества осуществляло координацию всех министерств, участвующих в работе этой системы (министерства здравоохранения, образования, финансов, культуры, юстиции, труда, жилищного строительства и министерство по делам женщин и детей).

Ключевым моментом системы стал единый имидж, общий бюджет со многими действующими лицами и секторами, работающими вместе. На основе комплексного набора медицинских социальных услуг (рис. 6.2), “Чили растет вместе с тобой” была реализована на муниципальном уровне и обеспечила всеобщий доступ к медицинским услугам для беременных женщин и детей в возрасте от рождения до 4 лет (что составляет почти 80% населения, пользующегося услугами общественного здравоохранения). Каждый муниципалитет создал местную команду для координации действий. В секторе здравоохранения менеджеры отвечали за последовательное выполнение мер по предоставлению доступа и обеспечению качества медицинских услуг. Культурная и контекстуальная адаптация политики была обусловлена историей и приверженностью президента Мишель Бачелет, которая открыла окно возможностей, сделав программу развития ребенка в раннем детстве высокоприоритетной в политической повестке дня.

**Социальные услуги, предоставляемые в рамках
“Чили растет вместе с тобой”**

Для всех чилийских детей в возрасте от рождения до 4 лет (100%)

1. Образовательные программы для каждого гражданина;
2. Информация, доступная через Интернет;
3. Усовершенствование законодательства по защите материнских и отцовских прав;

Для детей и их семей, пользующихся услугами общественного здравоохранения (80% населения)

4. Психосоциальная программа поддержки – продольное вмешательство (продвижение политики развития ребенка в раннем детстве, обучение и поддержка по выполнению родительских обязанностей, скрининг и лечение послеродовой депрессии);

Для социально незащищенных детей и их семей (60% детей, пользующихся услугами общественного здравоохранения)

5. Посещения врачей первичной медико-санитарной помощи на дому, использование интегрированного подхода;
6. Денежные переводы;
7. Бесплатный уход за детьми в аккредитованных учреждениях;
8. Приоритетный доступ к государственным услугам (жилье, занятость, специальные программы для матерей-одиночек и другие);
9. Поддержка детей с ограниченными возможностями;
10. Специальная поддержка для родителей-подростков.

Реализация программы началась в 100 муниципалитетах в 2007 году и была расширена до 345 муниципалитетов в 2008 году. Задача быстрой реализации комплексной политики включала разработку рабочего плана, создание локальных сетей и четко определенных путей информационного обмена. Министерство планирования и сотрудничества эффективно выполняло координирующие функции с использованием методологии участия на основе ежегодного определения приоритетов для каждого сектора, осуществляло реализацию, составляло модели оценки и секторальные бюджеты. Некоторые централизованные меры были определены в целях оптимизации использования ресурсов и снижения бюрократических процессов на местном уровне. Проводились периодические межотраслевые встречи с участием политиков на национальном уровне, а также на региональном и местном уровнях. Целью этих встреч был анализ процесса реализации, выявления препятствий и потребностей, а также процесс непрерывного повышения качества. Была создана информационная система для обеспечения реагирования на сигналы тревоги и мониторинга реализации различных мер и предоставления услуг. Политическая воля стала ключевым аспектом реализации и жизнеспособности “Чили растет вместе с тобой”. На пороге новых выборов возникло опасение, что работа системы будет прекращена, поэтому был принят закон, закрепивший жизнеспособность системы на будущее (сентябрь 2009 г.).

Их воздействие на жизнь людей является наиболее актуальным критерием мониторинга выполнения договоров в области прав человека внутри стран. Договорные органы по правам человека заинтересованы не только в мониторинге предпринятых действий, но и, что более важно, в мониторинге воздействия этих действий на правообладателей. Действие и его оценка идут рука об руку. Заключительный доклад КСДЗ содержит оценку воздействия и осознания последствий действия политики в качестве одной из трех основных рекомендаций по укреплению здоровья и сокращению несправедливостей в отношении здоровья (20, см. также главу 4).

Как правило, обязательство защищать/продвигать положения договоров по правам человека переходит к странам после ратификации договоров. Правительства обязуются делать все возможное для реализации этих прав, но, поскольку ресурсы ограничены, а барьеры значительны, некоторым странам требуется поэтапная реализация в течение определенного промежутка времени. Не всегда бывает возможно постоянно выполнять все права, и зачастую необходимо делать трудный выбор для достижения устойчивого прогресса. Тем не менее, существует общая приверженность двигаться в направлении выполнения всех прав в среднесрочной и долгосрочной перспективе, а, следовательно, должны быть изысканы пути для мониторинга постепенного выполнения прав и соблюдения отчетности. Распространение информации является одним из основных элементов отчетности. Ответственные правительства активно обнародуют и обосновывают свои планы действий, а результаты проделанной работы принимаются общественностью как положительные или отрицательные (21). Соответственно, разработка процессов обмена информацией, сбора данных и создание инфраструктуры для непрерывного сбора данных является основной необходимостью.

Улучшение результатов развития ребенка в раннем детстве является стратегической и экономически эффективной мерой, предпринимаемой правительствами для укрепления здоровья детей и будущего сокращения несправедливости в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют, что улучшение политики в отношении развития ребенка в раннем детстве посредством реализации эффективных стратегий и программ дает ребенку хороший задел для будущей здоровой жизни (10). В связи с этим, правительства должны не только стратегически инвестировать в развитие ребенка в раннем детстве, но и вести мониторинг влияния этих инвестиций путем оценки эффективности их воздействия на детское здоровье и развитие (а в конечном счете на здоровье и развитие всего общества в целом).

Поэтому правительства, которые хотят добиться значительного прогресса в реализации политики по усовершенствованию возможностей для развития ребенка в раннем детстве, сначала должны создать

комплексную двухуровневую систему отчетности, которая будет тщательно контролировать каждое действие и его воздействие на ребенка. На первом уровне будет применяться правозащитный подход к развитию в раннем детстве, а также будет иметься возможность контролировать существующий потенциал (например, стратегии, программы), направленный на защиту прав ребенка, сформулированных в Конвенции ООН о правах ребенка. На втором уровне будет осуществляться контроль и оценка воздействия реализации прав ребенка на развитие на дальнейших этапах жизни.

Конвенция ООН о правах ребенка является наиболее широко санкционированным международным договором по правам человека, она ратифицирована 193 странами. Ратификация обязывает страны представлять периодические доклады Комитету ООН по правам ребенка. Обеспечение прав, сформулированных в настоящей Конвенции рассматривается как потенциально эффективный подход для улучшения качества жизни в раннем детстве. Надежная система мониторинга осуществления прав ребенка является важной основой гарантии прав и, следовательно, фактором, способствующим улучшению жизни детей во всем мире.

Мониторинг имеет важное значение для осуществления прав, сформулированных в Конвенции ООН о правах ребенка. В 2002 году Комитет ООН по правам ребенка пришел к тревожному осознанию того, что периодические доклады часто не принимают во внимание маленьких детей (в возрасте 0–8 лет) и сосредоточены в основном на детях старшего возраста. Эта проблема была решена путем создания ресурсного документа по реализации прав ребенка в раннем детстве; в последние годы этот процесс работает на основе серии комплексных и легковыполнимых индикаторов (22, 23). Опыт (успешного) экспериментального применения этих индикаторов в Объединенной Республике Танзания и Чили показал, что, в то время как технический аспект такого мониторинга представляет собой возможность для тщательной инвентаризации возможностей страны по осуществлению прав ребенка, человеческий аспект предоставляет возможности для улучшения межсекторального и внутрисекторального информационного обмена. В процесс также вовлекаются значительные игроки, которые традиционно недостаточно участвуют в процессе реализации Конвенции ООН о правах ребенка (см. пример 6.3).

Второй уровень комплексной системы отчетности должен быть направлен на мониторинг состояния развития всего детского населения. Такой мониторинг облегчает обнаружение корректируемых расхождений по месту и времени и может привлечь внимание стран на факторы (как программные, так и социальные), являющиеся наиболее эффективными в улучшении результатов развития детей. Инструмент для оценки развития детей раннего возраста (EDI) является одним из наиболее распространенных индикаторов мониторинга ситуации в отношении развития ребенка в

раннем детстве (26). Этот инструмент фиксирует изменения в развитии или основные тенденции развития детей. В процессе совместной работы специалисты в сфере развития в раннем детстве и представители школ могут использовать данные EDI в своей работе с детьми и молодыми семьями для выявления сильных и слабых моментов функционирования сообщества. Кроме того, политики и лица, формирующие политику, могут использовать данные EDI для планирования инвестиций в программы детского развития, а также для разработки политики и программ (см. пример 6.4).

Пример 6.3. *Выполнение положений Замечания общего порядка № 7 (GC7) в странах с низким и средним уровнем дохода*

Конвенция ООН о правах ребенка была представлена миру в 1989 году. На сегодняшний день ее ратифицировали 193 страны, что обязывает страны представлять периодические доклады Комитету ООН по правам ребенка. К 2005 году стало ясно, что многие страны постоянно не принимали во внимание в своих докладах детей младшего возраста (0–8 лет). В ответ на это, ООН выпустила *Замечание общего порядка № 7: Осуществление прав ребенка в раннем детстве (GC7)*, где излагалось, как Конвенция ООН о правах ребенка должна быть интерпретирована для детей в возрасте от 0 до 8 лет. GC7 прямо признает, что дети младшего возраста являются “обладателями всех прав, закрепленных в Конвенции”, а также, что “раннее детство является существенно важным периодом для реализации этих прав” (24).

В 2006 году Комитет ООН по правам ребенка предложил Партнерству по исследованию раннего развития ребенка (HELPS) в Канаде действовать в качестве секретариата для специальной группы международных агентств, разрабатывающей системы индикаторов для применения положений GC7. Группа специалистов разработала ряд индикаторов и представила их Комитету по правам ребенка в 2008 году. Первые пилотные тесты были проведены в Объединенной Республике Танзания (2010 г.) и Чили (2011 г.). Результаты оказались успешными в обеих странах, продемонстрировав, что страны как с низким, так и средним уровнем доходов имели возможность создать межсекторальные целевые группы для реализации системы индикаторов; работая с неполной нагрузкой в течение нескольких месяцев, провести на национальном уровне самостоятельное изучение стратегий, программ и их воздействия на детей младшего возраста; получить доступ и обработать соответствующую документацию, чтобы получить полное представление об осуществлении прав ребенка в раннем детстве.

После двух лет работы над сайтом, Партнерство HELPS запустило электронную версию инструмента 20 ноября 2012 г. (25).

Пример 6.4. *Оценка развития детей раннего возраста на уровне популяции в Канаде и Австралии*

Инструмент для оценки развития детей раннего возраста (EDI) оценивает развитие детей по пяти основным параметрам: физическое здоровье; социальное развитие; эмоциональная зрелость; язык и когнитивное развитие; и коммуникативные навыки и общие знания.

Окончательно сформулированный в Онтарио в 2000 году, EDI стал научно-исследовательским инструментом на уровне популяции, используемым в разной мере во всех канадских провинциях и территориях. К концу 2013 года Онтарио, Манитоба, Британская Колумбия, Саскачеван, Альберта, Остров Принца Эдуарда, Нью-Брансуик, Юкон, Северо-Западные территории и Квебек полностью завершат реализацию EDI на уровне популяции; Новая Шотландия, Ньюфаундленд и Нунавут будут иметь частичный охват. В некоторых регионах, например, в Британской Колумбии, EDI был применен к нескольким преемственным поколениям, тем самым позволяя отслеживать изменения в развитии детей.

На международном уровне появляется все больше доказательств действенности EDI в разных странах, что дает возможность межстрановых сопоставлений. Небольшой образец вопросов EDI был адаптирован для использования в Мульти-индикаторном кластерном исследовании ЮНИСЕФ, периодически проводимом на основе произвольной выборки исследования в 43 странах с низким и средним уровнем дохода. Таким образом, EDI становится основным инструментом, применяемым для международного сравнения индикаторов развития ребенка в раннем детстве. Страны, применяющие EDI на уровне популяции, уже имеют основные итоговые данные, необходимые для выполнения обязательств в рамках Конвенции ООН о правах ребенка.

В 2009 году EDI был использован для оценки 97% детей дошкольного возраста в Австралии. В настоящее время инструмент EDI реализуется в регионах разных размеров более чем в десяти странах за пределами Канады и Австралии.

Такие усовершенствованные и активизированные двухуровневые системы мониторинга (т.е. мониторинг Конвенции ООН о правах ребенка и развития ребенка в раннем детстве) могут предоставить действенную, исчерпывающую информацию государственным и международным политикам и лицам, принимающим решения, а также представителям гражданского общества. Исходя из опыта мониторинга осуществления прав детей в Объединенной Республике Танзания и Чили, можно сделать вывод, что реализация комплексной системы мониторинга станет мощным стимулом для обсуждения критических вопросов, поощрения диалога и мотивации к действиям.

В заключение, постоянный мониторинг соблюдения прав человека в раннем детстве (с использованием системы индикаторов) в сочетании с мониторингом результатов развития в раннем детстве на уровне популяции (с использованием инструмента EDI или Мульти-индикаторного кластерного исследования) являются новой основой для разработки политики и программ, ведущих к измеримым улучшениям воздействий политики на развитие детей в раннем возрасте. На практике такая высококачественная система мониторинга на уровне всего населения может стимулировать существенные новые инвестиции в развитие детей раннего возраста, тем самым повышая статус здоровья и развития наций.

6.4. Заключение

“Многие нужные нам вещи могут подождать. Ребенок не может. Сейчас формируются его кости, его кровь, и рождаются чувства. Ему мы не можем сказать «завтра», его имя сегодня”

Габриэла Мистраль (май, 1948 г.)

Нейронауки, экономика, социология, здравоохранение, образование, урбанизация и другие дисциплины предоставляют достаточно доказательств важности развития ребенка в раннем детстве для дальнейшего социального развития и благополучия общества. Продвигая подход HiAP и инвестируя в программы развития ребенка в раннем детстве, правительства имеют возможность разорвать порочный круг несправедливостей, доминирующих в жизни миллионов детей и семей на глобальном уровне, но в основном в странах с низким и средним уровнем дохода. Традиционно, в области общественного здравоохранения, принято говорить о “бремени болезней” как мере воздействия на проблемы здоровья на уровне популяции. Вместо этого хотелось бы ввести понятие “бремя ответственности”, признавая важную роль, которую играют политики и лица, формирующие политику, в плане обеспечения права каждого ребенка на здоровое развитие. Другими словами, для развития здорового общества. Ни одна политика или стратегия не может в одиночку привести к сокращению неравенств в отношении здоровья и выравниванию социально-экономических градиентов в отношении здоровья. Необходим согласованный и многогранный подход, включающий разработку стратегий и реализацию мер по целому ряду наиболее актуальных вопросов.

Библиография

1. Marmot M (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464):1099–1104.
2. Grantham-McGregor S et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369(9555):60–70.
3. WHO (2013). *The world health report*. Geneva (<http://www.who.int/whr/en/>, accessed 23 March 2013).
4. Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington DC, The World Bank:43–86.
5. Borghol N et al. (2012). Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation. *International Journal of Epidemiology*, 41(1):62–74.
6. Essex MJ et al. (2011). Epigenetic vestiges of early developmental adversity: childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence. *Child Development, Sept 2 (epub)* doi: 10.1111/j.1467–8624.2011.01641.x.
7. Denburg A, Daneman D (2010). The link between social inequality and child health outcomes. *Healthcare Quarterly*, 14(Sp):21–31.
8. Walker S et al. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799):1325–1338.
9. Heckman JJ (2008). Schools, skills, and synapses. *Economic Inquiry*, 46(3):289.
10. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C (2007). *Early child development: a powerful equalizer. Final report submitted to the World Health Organization*. Vancouver, Human Early Learning Partnership.
11. Siddiqi A, Irwin LG, Hertzman C (2007). *Total environment assessment module for early child development: evidence report*. Vancouver BC, Human Early Learning Partnership.
12. Organisation for Economic Co-operation and Development (2006). *Starting strong II: early childhood education and care*. Paris, OECD Publications.
13. World Bank (2010). Data catalog [online database]. Washington DC (<http://data.worldbank.org/data-catalog>, accessed 14 January 2013).
14. Bremberg S (2012). The Swedish perspective – a puzzle. *Social Science & Medicine*, 74(5):668–670.
15. Adamson P (2010). *The children left behind: a league table of inequality in child well-being in the world's rich countries*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre (Innocenti Report Card 9).

16. Kingdon JW (1984). *Agendas, alternatives and public policies*. Boston, Little Brown.
17. Stegeman I, Costongs C (2012). *The right start to a healthy life: levelling-up the health gradient among children, young people and families in the European Union – what works?* Brussels, Eurohealthnet (<http://health-gradient.eu/wp-content/uploads/2012/12/Gradient-book.pdf>, accessed 14 January 2013).
18. UNDP (2005). Good governance – and sustainable human development. (UNDP Policy Document). (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/chapter1.htm#a>, accessed 23 March 2013):1.
19. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2004). *Human rights and poverty reduction: a conceptual framework*. New York, United Nations (<http://www2.ohchr.org/english/issues/poverty/docs/povertyE.pdf>, accessed 4 March 2013):iii.
20. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
21. Ackerman JM (2005). *Social accountability in the public sector: a conceptual discussion*. Washington DC, The World Bank (Social Development Paper No.82).
22. Vaghri Z, Arkadas A, Hertzman C (2009). The early childhood rights indicators. *Early Childhood Matters*, 113:53–57.
23. Vaghri Z, Arkadas A, Kruse S, Hertzman C (2011). CRC General Comment 7 Indicators Framework: a tool for monitoring the implementation of child rights in early childhood. *Journal of Human Rights*, 10(2):178–188.
24. UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2005). Implementing child rights in early childhood, 20 September 2006, CRC/C/GC/7/Rev. 1. Geneva, Committee on the Rights of the Child (<http://www.unhcr.org/refworld/docid/460bc5a62.html>, accessed 25 April 2013).
25. Human Early Learning Partnership (2013). *Indicators: tools for action*. Vancouver, University of British Columbia (<http://crc-indicators.earlylearning.ubc.ca/index.php/content/toolsforaction>, accessed 23 March 2013).
26. Janus M (2011). Transition to school. In: Laverick DM, Renck Jalongo M, eds. *Transitions to early care and education: international perspectives on making schools ready for young children*. London, Springer:177–188.

***Clyde Hertzman: отдавая дань его наследию**

Доктор Hertzman получил образование врача и стал голосом социальной справедливости для детей во многих регионах земного шара. Он понимал важность раннего развития ребенка и общественного здоровья, а также идею того, что условия развития должны изучаться не в изоляции, а в контексте широкого спектра социальных и экономических детерминант. Вдохновенный, неустанный в поисках истины, бесконечно энергичный лидер, обладавший блестящим глубоким умом, доктор Hertzman кардинально изменил восприятие важности раннего развития ребенка в Канаде и в остальном мире. В 2010 году Clyde Hertzman был удостоен награды Канадского института исследований в области здравоохранения (CIHR) как лучший Канадский исследователь года в области здравоохранения. Он стал офицером Ордена Канады в 2012 году, всего за несколько месяцев до своей безвременной кончины. Эти строки выражают искреннюю признательность замечательному лидеру, заботливому другу, уникальному мыслителю и его наследию от соавторов данной главы.

Работа, здоровье и занятость

Jorma Rantanen, Joan Benach, Carles Muntaner, Tsuyoshi Kawakami, Rokho Kim

Ключевые идеи

- Более 3 млрд работающих людей в мире проводит треть своей взрослой жизни на работе. Работа является важным фактором, определяющим здоровье человека. На работе с хорошими условиями труда возникают возможности для укрепления здоровья и повышения трудоспособности; плохие условия труда чреваты негативными воздействиями на здоровье. Условия занятости в разных странах, а также внутри стран среди различных групп трудящихся сильно различаются и обусловлены неравенством среди работающих.
- По оценкам, общие человеческие потери, связанные с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями, составляют 2,3 млн смертей в год, плюс потеря трудоспособности по различным причинам и потеря возможности трудоустройства. Профессиональные заболевания приводят к экономическим потерям в размере 4–6% ВВП, что составляет более половины стандартного бюджета здравоохранения страны. Данные, представленные лидирующими странами, предлагают практические варианты существенного сокращения таких потерь и укрепления здоровья, повышения трудоспособности и производительности работающего населения.
- Эффективные, утвержденные на международном уровне, стратегии и инструменты (например, конвенции и рекомендации МОТ) доступны для применения на национальном уровне: для выработки оптимальных условий труда, соблюдения гендерного равенства и основных прав на рабочем месте, обеспечения социальной защиты и социального диалога, соблюдения принятых норм охраны труда и техники безопасности (ОТБ) и организации службы охраны здоровья на производстве (СОЗ). Ратификация и реализация таких инструментов всеми странами могла бы стать наиболее эффективным способом сокращения серьезных неравенств в условиях труда в глобальном масштабе.

- Для разработки и реализации национальной политики, стратегий, программ и систем улучшения условий труда, безопасности и здоровья на производстве, социальной защиты и гарантии основных прав на рабочем месте, необходима руководящая роль правительства, а также сотрудничество с социальными партнерами. Сочетание вертикальных (внутрисекторальных) и горизонтальных (межсекторальных) стратегий дает наилучшие результаты.
- Предоставляемые услуги и меры, реализуемые правительством и государственным сектором, имеют решающее значение для вовлечения и формализации малых предприятий, индивидуальных предпринимателей, а также лиц, занятых в менее организованных и слабо развитых секторах, включая социально незащищенные слои населения.
- Чтобы устранить основные неравенства, потребуются специальные действия, направленные на обеспечение 200 млн безработных и 1,6 млрд социально незащищенных работников достойным трудом, обеспечение безопасности труда и охраны здоровья на основе всеобъемлющей и гендерно-чувствительной политики, стратегий и программ. Улучшение интеграции в формальную трудовую жизнь предотвращает риск социального отчуждения.

7.1. Введение

Работа, рабочее место и условия труда имеют решающее значение для здоровья и жизнедеятельности людей, их семей и общества в целом. Работа является одним из важнейших активов общества с точки зрения поддержания социальной структуры, обеспечения ресурсов для социальных функций, поддержания институтов, инфраструктуры и коммунальных услуг, включая обучение, образование и здравоохранение. Участие в трудовой жизни позволяет людям и их семьям быть экономически независимыми, развивать свои трудовые навыки и социальные контакты (1).

Треть своего времени люди проводят на работе, а условия, в которых они работают, оказывают существенное воздействие на их здоровье. Хорошие условия труда, как известно, способствуют укреплению здоровья, повышению трудоспособности и продлению трудоспособного возраста, что поддерживает устойчивое экономическое развитие. Рабочие места с плохими условиями труда являются вредными (возможно, даже фатальными) для здоровья и способствуют снижению производительности труда. Частые случаи травматизма на рабочем месте, профессиональные заболевания, стрессы, а также заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы и психологические расстройства, связанные с профессиональной деятельностью, оказывают воздействие на здоровье, безопасность и трудоспособность работающего населения и являются причиной более чем 2 млн смертей в год. Условия

труда, должностные обязанности, рабочие нагрузки, физические, химические и биологические опасные факторы на производстве, а также психосоциальные аспекты функционирования трудовых коллективов сильно различаются между странами и внутри них (2–5).

По оценкам, ежегодно общее число смертей, связанных с профессиональной деятельностью (350 000 смертельных производственных травм и почти 2 млн смертей от профессиональных заболеваний), сопоставимо с числом жертв крупных глобальных эпидемий, таких как малярия, туберкулез и ВИЧ/СПИД (Таблица 7.1). В промышленно развитых странах экономические потери от профессиональных рисков в настоящее время составляют 4–6% ВВП. Уровень несчастных случаев на производстве в наименее развитых странах и в промышленно развитых стран различается на три порядка. Однако, в развитых индустриальных странах риск производственного травматизма между различными секторами экономики и между профессиями с наименьшим и наивысшим риском также отличается на порядок (4–7).

Таблица 7.1. Факты глобального мира труда

Категория	Данные	Тенденция	Источник
Работники			
Работники в мире	3,2 млрд (экономически активное население)	+	МОТ 2012 ⁽²⁾
Работники без стажа	42 млн в год	НРС +, РС -	МОТ 2012 ⁽²⁾
Безработные	200 млн	+	МОТ 2012 ⁽²⁾
Безработная молодежь	75 млн	+	МОТ 2012 ⁽²⁾
Незащищенные работники	1,52 млрд	+	МОТ 2011 ⁽⁴⁾
Работающие бедные < 2 долл. США в день с семьей	900 млн	Общее число стабильно, курс на снижение	МОТ 2012 ⁽²⁾
Надомные работники	100 млн	Стабильно	МОТ 2010 ^(8,9)
Мигранты	105 млн	Временно –, Долгосрочная перспектива +	МОТ 2010 ⁽⁸⁾
Коренное население	350 млн в 70 странах	–	МОТ 2010 ^(8,9)
Работники неформальной экономики	1 млрд	+	МОТ 2011 ⁽⁴⁾ , МОТ 2010 ⁽⁹⁾
Работники старше 65 лет (экономически активные)	102,4 млн (20% старше 65 лет, мужчин 28%, женщин 15%)	М – Ж +	ДЭСВ ООН 2009 ⁽¹⁰⁾ , ЮНФПА 2012 ⁽¹¹⁾
Работники с ограниченными возможностями	785 млн	Стабильно	МОТ 2012 ⁽²⁾ , ВОЗ и Всемирный банк ⁽¹²⁾
Вид занятости (МКС3-93, МОТ 2012)			
Служащие	1,440 млрд (48%)	+	МОТ КПРТ 2009 ⁽¹³⁾
Работодатели	75 млн (2,5%)	–	МОТ КПРТ 2009 ⁽¹³⁾
Самозанятые работники	990 млн (33%)	+	МОТ КПРТ 2009 ⁽¹³⁾
Помогающие члены семьи	495 млн (16,5%)	–	МОТ КПРТ 2009 ⁽¹³⁾

Таблица 7.1. (продолжение)

Категория	Данные	Тенденция	Источник
Социальная защита			
Работники без пенсии по старости	1,9 млрд (60%)	–	MOT 2007 ⁽¹⁴⁾ , MOT 2010 ⁽⁸⁾
Работники без защиты от безработицы	68% стран-членов МОТ. В Африке, Азии и на Среднем Востоке менее 10% безработных	–	MOT 2012 ⁽²⁾ , MOT 2010 ⁽⁸⁾
Работники без компенсации травматизма и профессиональных заболеваний	1,92 млрд (>60%)	+	MOT 2007 ⁽¹⁴⁾ , MOT 2010 ⁽⁸⁾
ОТТБ			
Работники без доступа к инспекции труда/ инспекции ОТТБ	2,4 млрд (75% общего числа занятых в мире)	+?	По предварительной оценке MOT 2005 ⁽¹⁵⁾ , MOT 2010 ⁽⁸⁾ , MOT 2011 ⁽⁴⁾ , MOT 2012 ⁽²⁾
Работники без СОЗ	2,7 млрд (85% общего числа занятых в мире)	+	Rantanen et al. 2012 ⁽¹⁶⁾
Работники, не имеющие доступа к услугам здравоохранения	2,1 млрд (33% населения)	+	MOT 2007 ⁽¹⁴⁾ , MOT 2010 ⁽⁸⁾
Бедность по уровню здравоохранения	100 млн	+	MOT 2007 ⁽¹⁴⁾
Общее количество травм/погибших от несчастных случаев на производстве	317 млн травм, 321 000 смертей	Стабильно	MOT 2011 ⁽³⁾
Профессиональных заболеваний (всего)	160–200 млн заболеваний	+	MOT 2011 ⁽³⁾
Профессиональные заболевания, приводящие к летальному исходу	2,02 млн смертей	(например, 100 000 смертей от отравления асбестом)	MOT 2011 ⁽³⁾
Социальный диалог			
Коллективные договоры и соглашения	В 111 странах (60% стран) распространяется менее чем на 20% работников	-	MOT 2012 ⁽¹⁷⁾
Основные права человека в сфере труда			
Детский труд	215 млн	–	IPEC 2011 ⁽¹⁸⁾ , MOT 2010 ⁽⁸⁾ , MOT 2012 ⁽¹⁷⁾
Опасный детский труд	115 млн	–	IPEC 2011 ⁽¹⁸⁾ , MOT 2012 ⁽¹⁷⁾
Принудительный труд	18,7–27 млн	–	MOT 2012 ⁽¹⁷⁾
Принудительная сексуальная эксплуатация	4,5 млн	?	MOT 2012 ⁽¹⁷⁾

Примечание: МКСЗ – Международная классификация статуса занятости; НРС – наименее развитые страны; РС – развивающиеся страны; ИРЕС – Программа МОТ по искоренению детского труда (ИПЕК).

7.2. Работники, занятость и создание рабочих мест

7.2.1. Работники и занятость

На сегодняшний день общая численность работающего населения в мире составляет примерно 3,2 млрд человек, включая 205 млн безработных. Работающее население составляет 76% от общей численности населения трудоспособного возраста в мире и 47% от общей численности населения в мире (2, 4, 11).

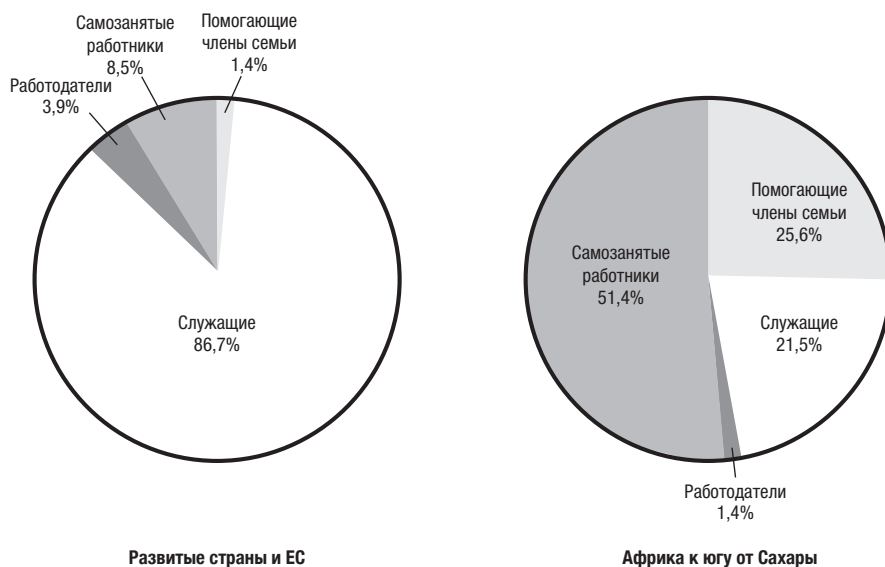
В глобальном мире труда статус в сфере занятости значительно различается. МОТ выделяет четыре основные (экономические) категории занятости: (i) служащие; (ii) работодатели; (iii) самозанятые работники; и (iv) помогающие члены семьи (2, 7–9). Большинство (70–86%) работников в промышленно развитых странах составляют служащие, как правило имеющие постоянные контракты; большинство работников в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии являются самозанятыми работниками или помогающими членами семьи и, по сути, являются неформально занятыми (рис. 7.1).

В целом, чем более неформальной является занятость, тем выше уровень трудовой нестабильности и отсутствия гарантии занятости, тем ниже статус работника, и тем выше риск безработицы и экономических рисков, ухудшения условий труда и здоровья. Неформальность и нестабильность связаны с низким уровнем дохода, отсутствием социальной защиты, ограниченным доступом к услугам здравоохранения или отсутствием доступа к этим услугам, другими формами незащищенности, включая рабочую бедность. Большинство работников в мире (70–80%) работают в неформальных, нестабильных условиях (см. таблицу 7.1 и рис. 7.1) (8–9, 13, 19–21).

Таблица 7.2. Доля занятых в общей численности населения по регионам

Регион	Доля занятых (млн)	%
Развитые страны ¹ и государства ЕС	469,5	15,2
Центральная и Юго-Восточная Европа ² и СНГ	163,9	5,3
Восточная Азия	827,7	26,8
Юго-Восточная Азия и Тихий океан	296,4	9,6
Южная Азия	626,0	20,3
Латинская Америка и Карибский бассейн	265,7	8,6
Ближний Восток	62,8	2,1
Северная Африка	63,6	2,1
Африка к югу от Сахары	309,2	10,0
Весь мир	3084,8	100,0

Источник: МОТ, 2012 г. (2); МОТ, 2011 г. (4). ¹В том числе: Австралия, Исландия, Канада, Новая Зеландия, Норвегия, Республика Корея, Сингапур, США, Швейцария и Япония; ²Другие европейские страны, не входящие в ЕС.

Рис. 7.1. *Формы занятости в развитых странах, ЕС и в странах Африки к югу от Сахары*

Источник: МОТ, 2009 г. (13).

Ненадежная занятость (то есть трудовые договоры на фиксированный или очень короткий период) увеличивается. Возрастает численность неформальных работников без договоров с работодателем, самозанятых работников (работающих на самих себя) и “номинально самозанятых”. Некоторые группы работников классифицируются как незащищенные занятые, по разным критериям и в разных контекстах (таблица 7.3). Выделяются две основные категории незащищенных занятых (19–26):

1. *Экономически и социально незащищенные*: самозанятые работники и помогающие члены семьи, безработные, мигранты и работающие бедные, ненадежно занятые и неформальные работники. Защита этих категорий работников потребует политических мер в сфере занятости и социальной политики и обеспечения более широкого доступа к услугам ОТТБ (19, 23–26).
2. *Незащищенные в отношении здоровья*: молодые работники, работающие дети, женщины, стареющие работники, работники с хроническими заболеваниями, работники с затруднениями в приобретении навыков, особыми образовательными потребностями или особыми биомедицинскими, физиологическими или психологическими характеристиками, как, например, аллергия. Эти группы работников нуждаются в мероприятиях по охране здоровья и безопасности на производстве через СОЗ и через общие службы здравоохранения (25–28).

Таблица 7.3. Примеры незащищенных групп

Группа	Типичные виды незащищенности	Совокупная оценка и тенденции	Источник
Рабочая молодежь 15–24	Отсутствие опыта работы, ограничения физической нагрузки, повышенный риск аварий (мужчины), молодежная дискриминация Высокий риск безработицы (75 млн).	617 млн Тенденция: Развитые страны – Развивающиеся страны +	MOT 2011 ⁽⁴⁾
Женщины	Двойная нагрузка Репродуктивное здоровье Низкая оплата труда, неоплачиваемая работа, рабочая бедность Ненадежное трудоустройство, неполный рабочий день или неформальный статус	1,28 млрд (40% занятых в мире) Тенденция +	MOT 2010 ⁽⁹⁾ MOT 2012 ⁽²⁸⁾
Работники старше 65 лет	Высокий риск возникновения хронических заболеваний Снижение физической работоспособности Ограничения (например, посменной работы) Риск безработицы и дискриминации по возрасту	102,5 млн (20% всех старше 65 лет) Тенденция +	ДЭСВ 2009 ⁽¹⁰⁾ ЮНФПА ⁽¹¹⁾
Дети	Возраст 10-14 или <17. Физическая, химическая, биологическая и психологическая опасность Работа замещает учебу	215 млн Тенденция –	MOT 2012 ⁽¹⁷⁾ IPEC 2011 ⁽¹⁸⁾
Мигранты	Отсутствие опыта работы, языковые трудности, культурная адаптация, проблемы со здоровьем, риски несчастных случаев	105 млн Тенденция +	MOT 2010 ⁽⁸⁾ MOT 2012 ⁽¹⁷⁾
Работники с нарушениями, хроническими заболеваниями и инвалидностью	Ограничения в физических возможностях Уязвимость к опасным воздействиям и рабочим нагрузкам Работа и рабочее место не приспособлены к индивидуальным потребностям Отсутствие доступа к медицинской помощи и оценке здоровья и работоспособности Отсутствие мер по поддержанию и улучшению трудоспособности	785 млн (24% в мире, 18,4% в ЕС) Тенденция +	Dupré & Karjalainen 2003 ⁽²⁶⁾ MOT 2012 ⁽¹⁷⁾ ВОЗ и Всемирный банк 2011 ⁽¹²⁾
Безработные	Длительная безработица увеличивает риск связанных со стрессом заболеваний, симптомов стресса, психологической депрессии, повышенного кровяного давления и расстройств сна, повышенной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и, возможно, самоубийств влияет на рабочие навыки, компетентность и благосостояние работника и его семьи	200 млн Тенденция: краткосрочная + долгосрочная –	СРНА 1996 ⁽²⁹⁾ MOT 2011 ⁽²⁾
Работающие бедные	Бедность увеличивает число проблем со здоровьем, влияет на питание и трудоспособность Беднейшие работники не в состоянии платить за медицинские услуги для себя и членов семьи	900 млн Тенденция –	СРНА 1996 ⁽²⁹⁾ MOT 2011 ⁽⁴⁾

Работающие женщины составляют 40% мировой рабочей силы. Растущее участие женщин на рынке труда – глобальная тенденция, и традиционно является самым высоким в беднейших регионах; большинство из занятых в секторе услуг и сельском хозяйстве – женщины. Как правило, женская работа классифицируется как “легкая”, но некоторые виды деятельности (например, сельскохозяйственные рабочие в развивающихся странах, стареющие уборщицы в странах с высоким уровнем доходов) часто сопряжены с физическими перегрузками. Монотонная работа, психологический стресс и двойное бремя работы (на рабочем месте и дома) характерны для работающих женщин во всех странах. Женщины представлены в чрезмерно большом количестве среди неформальных работников, надомных работников, помогающих членов семьи и неоплачиваемых работников. Как правило, это означает отсутствие социальной защиты и низкий уровень доходов. Большинство (70%) работающих бедных и 60% неграмотных работников составляют женщины. Гендерная сегрегация показывает, что установленные отрицательные стороны (более низкая заработная плата, недоступность определенных видов работ, дискриминация и сексуальные домогательства) сохраняются везде, хотя причины и формы различаются по регионам. Гендерное равенство соблюдается наилучшим образом в формальных трудовых секторах в странах с высоким уровнем доходов; наиболее яркие неравенства и незащищенность прослеживаются в развивающихся регионах (9, 19, 25, 28).

7.2.2. *Безопасность на рабочих местах и условия труда*

В течение последних двух десятилетий в самых передовых промышленно развитых странах наблюдается 40–50% снижение риска смертельных несчастных случаев на производстве и существенное сокращение риска профессиональных заболеваний. Несмотря на такой успех, экономические потери от профессиональных рисков все еще составляют 4–6% ВВП, что соответствует примерно половине стандартного национального бюджета здравоохранения (5–7).

Тенденция к сокращению неблагоприятных воздействий на здоровье от профессиональной деятельности в лидирующих странах сохраняется, несмотря на уже достигнутые низкие уровни. Этот факт подтверждает, что нижний предел снижения риска отсутствует (политика нулевого риска). Такие политики нулевого риска характерны для наиболее экономически развитых стран, которые понимают, как реализовать масштабную политику безопасности труда и охраны здоровья работников в целях повышения производительности труда. Для успешного воплощения на практике такой национальной политики, стратегий и программ необходимо тесное сотрудничество между секторами, включая сектор труда, здравоохранения,

социального обеспечения, образования, промышленности, сельского хозяйства и финансов (1–6, 30).

Риск профессионального травматизма в развитых промышленных странах может отличаться на один или два порядка между профессиями малой и высокой степени риска. Разница в рисках профессиональных заболеваний еще значительнее. Высокая степень риска обычно ассоциируется с определенными опасными секторами, такими, как горнодобывающая промышленность, строительство и сельское хозяйство, малыми предприятиями, а также с самозанятыми и неформальными работниками, особенно в развивающихся странах и переходных экономиках (3). Подавляющее большинство из одного млрд сельскохозяйственных работников во всем мире не обеспечены услугами СОЗ. МОТ разработала инновационные низкзатратные методы, чтобы сократить разрыв в доступе к услугам (см. пример 7.1) (31).

Фактические данные подтверждают, что работающие на малых предприятиях в среднем имеют более высокий риск травм, несчастных случаев со смертельным исходом и других несчастных случаев, чем те, кто работает на крупных предприятиях, причем как в промышленно развитых, так и в развивающихся странах (32–34). В странах ЕС-15 в общей сложности 82% всех производственных травм и около 90% всех несчастных случаев со смертельным исходом зарегистрировано на малых и средних предприятиях (МСП). Отсутствие достаточной компетентности и потенциала для оценки рисков, управления опасными химическими факторами и эргономическими аспектами означает, что риск профессиональных заболеваний на малых и средних предприятиях также выше, даже если предполагается существенное занижение показателей.

С другой стороны, более тесное взаимодействие и социальные отношения в небольших рабочих коллективах означает, что малые предприятия имеют лучшие психологические условия труда. Малые предприятия стали единственным сектором, где поднялся уровень чистой занятости, поэтому практически все страны с развитой экономикой отдали приоритетное внимание содействию их созданию. Важно интегрировать программы охраны труда и техники безопасности в подобные стратегии и сделать их обязательным условием для общественной поддержки развития (33–38).

Процесс глобализации ведет к объединению крупных предприятий. Таким образом, они становятся еще крупнее, но их становится все меньше. Несмотря на то, что в мире существует всего 63 000 крупных транснациональных предприятий (0,04% от общего числа предприятий в мире), на которых занято 86 млн работников (0,27% от общего числа работников в мире), они производят значительное количество своей продукции через мелких субподрядчиков и контролируют 70% мировой

Пример 7.1. *Охрана труда и техника безопасности (ОТТБ) для рядовых фермеров во Вьетнаме и на Филиппинах*

В сельском хозяйстве занято 63% от общей численности работающего населения во Вьетнаме и 36% на Филиппинах. Обеим странам необходимо повысить осведомленность об ОТТБ среди фермеров. В рамках программы “Совершенствование практики труда в процессе развития местных сообществ” (WIND) во Вьетнаме обучено много желающих расширить практические знания по ОТТБ среди рядовых фермеров. Обучение охватывает такие области, как перемещение материалов, положение при работе, машинная и электрическая безопасность, рабочее окружение, контроль опасных химических веществ, а также обеспечение социально-бытовых условий труда. В рамках программы WIND фермеры-волонтеры обучают своих соседей, демонстрируя успешные местные примеры. В период между 2004 и 2007 годами Региональная программа МОТ/Япония по наращиванию потенциала в области ОТТБ обучила 480 фермеров-волонтеров по программе WIND в 14 вьетнамских провинциях.

На Филиппинах Министерство аграрной реформы и Министерство труда и занятости ведут совместную работу по налаживанию процесса обучения в рамках программы WIND для фермеров. Вьетнамский и филиппинский опыты работы с WIND распространился на Индию, Камбоджу, Лаос, Непал, Таиланд, Шри-Ланку и Южную Корею. Страны Центральной Азии, Латинской Америки, Африки и Восточной Европы все чаще применяют эту программу. Успеху программы WIND способствовали три фактора: (i) хорошо продуманная и утвержденная методика подготовки инструкторов с использованием подхода “обучение на практике”, группового обучения и “обучения равным по статусу”, применяемая на собственных фермах сельских жителей; (ii) проведенные меры были низкозатратными решениями, доступными для фермеров; (iii) привлечение деревенских жителей-волонтеров способствовало адаптации методов к местным условиям, что породило доверие и поддержку.

Источник: Kawakami, That Kai, Kogi, 2012 г. (31).

торговли. Они могут служить примером обеспечения практики достойного труда для собственных сотрудников и сотрудников субподрядных организаций. Одновременно с этим появляются новые экономические и предпринимательские структуры с растущей тенденцией к минимальной численности работников – микро-, малые и средние предприятия, а также идет увеличение числа самозанятых работников. Около 90% предприятий являются малыми, с численностью

работников менее 50 человек. Формально на микро-, малых и средних предприятиях работает приблизительно одна треть работающего населения в мире. Между МСП и крупными предприятиями формируются различные типы субподрядных и других партнерских отношений. Большинство работников в развивающихся странах работают на малых предприятиях или занимаются индивидуальной трудовой деятельностью в сельском хозяйстве, на дому и в неформальном секторе (33–38). Вместе с правительствами Ассоциации стран Юго-Восточной Азии (АСЕАН), МОТ провела успешный эксперимент с новой программой “Улучшение условий труда для безопасного дома” (WISH), созданной для практической подготовки надомных работников и работников неформального сектора по вопросам улучшения условий труда (см. пример 7.2) (39).

Пример 7.2. *Подходы к улучшению охраны, безопасности и условий труда, предполагающие активное участие в неформальной экономике Юго-Восточной Азии*

В Азии порядка 60% работающего населения трудится неформально, не имея доступа к официальным услугам по обеспечению безопасности и охраны здоровья. В связи с этим АСЕАН столкнулась с важной задачей обеспечить адекватную защиту ОТТБ на рабочих местах неформальной экономики, таких, как дома, мелкие строительные площадки и фермерские хозяйства. Работники неформальной экономики часто подвергаются воздействию химических, физических и эргономических опасных производственных факторов на рабочем месте, даже не подозревая о рисках для здоровья. Такие рабочие места часто находятся за пределами деятельности законодательных рамок ОТТБ, что ставит их вне сферы досягаемости для государственных инспекторов. Кроме того, информация о несчастных случаях и производственных заболеваниях редко доходит до правительства. Учебные программы, предполагающие активное участие, направленные на улучшение ОТТБ, предоставляют практические средства для решения этих проблем и все чаще применяются на неформальных предприятиях.

Программа WISH является одной из типичных программ обучения, предполагающих активное участие. Предназначенная для надомных работников и лиц, занятых в малом бизнесе, обучение в рамках программы WISH поощряет участвующих надомных работников использовать контрольный список действий с иллюстрациями “наглядных примеров”, учит распознавать риски ОТТБ на работе и искать низкокзатратные, быстрые решения. По мере возможности, местные передовые практики представлены в виде реальных решений. Программа WISH сосредоточена на пяти технических областях: (i) перемещение материалов; (ii) рабочее место; (iii) физическое окружение; (iv) безопасность машин и механизмов

Пример 7.2. *(продолжение)*

и электрическая безопасность; и (v) обеспечение социально-бытовых условий труда. Соблюдение принятых норм в этих технических областях вносит существенный вклад в улучшение безопасности, здоровья и повышение производительности труда. Учебные программы, предполагающие активное участие, были включены в национальные программы стратегии по улучшению ОТТБ. При технической поддержке в рамках проекта МОТ “Неформальная экономика, нищета и занятость”, государственные инспекторы в Камбодже провели совместную работу с местными профсоюзами, организациями работодателей и НПО для подготовки своих представителей в качестве инструкторов по ОТТБ. Инструктора часто посещают надомных работников, мелкие строительные площадки и фермерские хозяйства, чтобы обеспечить обучение по ОТТБ на местах. Сельские поселки (некоторые – без электричества), принявшие участие в таком практическом обучении по охране труда, впоследствии смогли улучшить здоровье, безопасность и повысить производительность труда. При национальной поддержке такие практические программы постепенно охватывают все большее число рабочих мест неформальной экономики. Факторы успеха этих мер среди необеспеченных работой и незащищенных работников включают: (i) наличие технической поддержки МОТ; (ii) многолетний опыт сотрудников МОТ в разработке методов обучения с активным участием; (iii) интерес к участию у целевой аудитории.

Источник: International Labour Office Regional Office for Asia and the Pacific, 2007 г. (39).

Новая глобальная тенденция отмежевания финансового сектора от реальной экономики привело к продолжающемуся финансовому кризису. Тяжелый ущерб, нанесенный экономикам стран, значительно повлиял на ситуацию на рынке труда через его сужение, потерю рабочих мест, рост безработицы и снижение качества имеющихся вакансий. В свою очередь эти проблемы усугубили проблемы, связанные с нищетой, и способствовали увеличению неравенства среди трудящихся, особенно среди молодых и незащищенных работников. Обесценивание человеческого труда становится общемировым трендом, с тенденцией к снижению зарплаты и социальной защиты. Международные организации и национальные правительства достигли лишь скромного успеха в попытках урегулировать кризис (40). Долгосрочные прогнозы, основанные на опыте предыдущих финансовых кризисов, указывают на повышение уровня незащищенности работников и уровня безработицы, связанной с нарушениями здоровья, такими как увеличение общего числа заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых и психических заболеваний (депрессия, самоубийства) среди работающего населения.

По всей вероятности, в ближайшие десять лет картина не изменится (29). В качестве путей выхода из кризиса предлагаются меры по улучшению международного и национального управления и регулирования финансового сектора, более ответственная и прозрачная финансовая практика, справедливое распределение финансовых рисков между их создателями, а также лучшая защита работников и незащищенных слоев населения в период кризиса (29, 40–42). Во времена кризиса существует риск ухудшения условий труда, безопасности и здоровья работников. Большинство смертельных случаев на производстве происходит в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, где потенциал для контроля и управления рисками развит недостаточно. Сравнение риска несчастных случаев между занятым населением наименее развитых стран и развитых промышленных стран показывает разницу в три порядка.

В соответствии с текущей оценкой, в секторе неформальной экономики занято 1,6 млрд работников, что составляет 50–60% мирового занятого населения. Точные данные не могут быть получены в связи с особой динамикой “неформализации”, слабым мониторингом, отсутствием регистрации и сведений, а также тем фактом, что некоторые виды неформальной деятельности являются незаконными во многих странах. Забота о таких незащищенных работниках требует действий со стороны сектора занятости и социальной политики по “формализации”, то есть регистрации, а также полных гарантий в рамках трудового законодательства, норм техники безопасности и охраны труда, социальной защиты и СОЗ (4, 19, 21, 22).

7.3. Политика в области охраны труда и здоровья

Исторически сложилось так, что кадровая политика в отношении здоровья разрабатывалась на страновом уровне, особенно в период индустриализации, развивавшейся быстрыми темпами в XIX и XX веках. В глобализирующемся мире труда за последние несколько лет роли межправительственных и наднациональных политических органов значительно выросли и продолжают расти. Всеобщее право на охрану здоровья, достойные условия труда и безопасность на рабочем месте было единогласно одобрено правительствами стран на нескольких высоких форумах ООН (Генеральной Ассамблее, Комитете по экономическим, социальным и культурным правам, МОТ, ВОЗ) и в ЕС. Международный консенсус означает, что в принципе такое право в равной степени принадлежит каждому работающему индивидууму, включая работников в формальном секторе, частном и государственном секторах, на больших, малых, средних и микропредприятиях, самозанятых работников, неформальных и надомных работников, а также постоянных, временных

работников и трудящихся, имеющих эпизодическую работу. МОТ является мировым стражем прав человека и социальных прав в сфере труда, ВОЗ является мировым защитником права человека как на здоровье в целом, так и на здоровье на рабочем месте (42–49).

В последние 20 лет политическое пространство национальных правительств для вопросов изменений в трудовой жизни стало сужаться, а зависимость от глобальных факторов возрастать (см. главу 5). Признавая многочисленные положительные возможности и последствия глобализации, Всемирная комиссия по социальным аспектам глобализации, пришла к выводу, что экономический аспект оказывает доминирующее влияние на ход глобализации. Управляемая мощнейшими мировыми экономическими и политическими силами, глобализация в значительной степени исключает доступ развивающихся стран к плодам глобализации, в то время как законные потребности и права самого слабого и незащищенного большинства людей игнорируются. Комиссия предложила меры глобального уровня “от обязательств к действиям”, обеспечивающие совершенствование глобального управления, направленность на человека, бóльшую сплоченность, лучшую подотчетность и эффективные, равноправные рынки (47). На национальном уровне хорошее политическое и демократическое управление, эффективное государство, сильное гражданское общество, сильные социальные партнеры и плодотворный социальный диалог были признаны важными для укрепления системы управления последствиями глобализации (49).

7.3.1. Политика МОТ

МОТ является единственным учреждением ООН, деятельность которого основана на принципах трехстороннего представительства – правительства, предпринимателей и трудящихся из 185 стран – для совместной разработки политики и программ по вопросам обеспечения достойного труда для всех. МОТ работает по трем основным направлениям: (i) разработка международных трудовых норм (конвенций); (ii) содействие организациям трудящихся и предпринимателей в их работе совместно с правительствами по регулированию социально-трудовых отношений в странах-членах; и (iii) распространение практической информации, обмен опытом и содействие техническому сотрудничеству, особенно в странах с низким уровнем дохода.

Из 189 конвенций МОТ восемь “фундаментальных” конвенций посвящены защите прав человека на рабочем месте, четыре конвенции “управления” – политике занятости, вопросам инспекции труда и социальному диалогу, а 177 “технических” конвенций охватывают широкий круг аспектов занятости, включая ОТТБ (№ 155), СОЗ (№ 161) и правовую базу по ОТТБ (№ 187). Три последних документа направлены на обеспечение всеобщего доступа к системе ОТТБ и СОЗ для каждого работника и на каждом рабочем месте (50).

В 1999 году МОТ запустила “Программу достойного труда” (DWA) для улучшения условий труда во всем мире. Модель DWA объединяет политику и практику по вопросам занятости, социального обеспечения, обеспечения здоровья и безопасности, справедливости и прав человека и социальных партнеров, через четыре основополагающие элемента: (i) производительная занятость; (ii) социальная защита; (iii) социальный диалог; и (iv) соблюдение основных прав на рабочем месте (51–53).

DWA была одобрена и поддержана такими международными органами, как ООН, ПРООН, Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН, ЕС, ОЭСР и страны “Большой двадцатки”. Основная цель программы – обеспечение достойных условий труда, занятости и возможностей для плодотворной работы каждого занятого человека и гарантия продления трудоспособного возраста и достойной жизни без риска нищеты, дискриминации, социальной изоляции, или ухудшения здоровья. DWA имела положительный экономический эффект как на национальном уровне, так и на уровне предприятий (40, 42).

МОТ разработала серию индикаторов для измерения эффективности DWA в разных странах, включающих возможности трудоустройства, адекватные доходы, приемлемую продолжительность рабочего времени, возможность сочетания рабочей и семейной жизни, искоренение детского труда, стабильность и безопасность труда, равенство возможностей и обращения и безопасность на рабочем месте, социальное обеспечение, социальный диалог, экономический и социальный контекст для достойного труда. В настоящее время 116 национальных программ DWA реализуются или уже подготовлены к реализации, в основном в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой, а также в некоторых развитых странах (52–54).

7.3.2. Политика ВОЗ

ВОЗ признала занятость и условия труда одним из ключевых социальных детерминант здоровья и в соответствии с этим разработала глобальные стратегии в области здравоохранения (54). Безопасные и здоровые условия труда включены как право на здоровье в Устав ВОЗ (см. вставку 2.1.) (46). В 1996 году ВАЗ одобрила Глобальную стратегию ВОЗ “Гигиена труда для всех”. В ней изложены основные стратегии по охране и гигиене труда, необходимость наличия инфраструктуры, информационных систем и проведения мер в области охраны здоровья на рабочем месте, организации СОЗ для всего занятого населения, а также необходимых дополнительных услуг и человеческих ресурсов для реализации новой стратегии (1).

В 2007 году, вновь подчеркивая необходимость реализации Глобальной стратегии ВОЗ по гигиене труда для всех, ВАЗ одобрила Глобальный план действий ВОЗ по охране здоровья работающих на 2008–2017 годы. Его основными задачами стали: укрепление эффективности национальных

систем здравоохранения с учетом медико-санитарных потребностей работающего населения, установление минимальных требований безопасности и гигиены рабочего места и обеспечение доступа к профилактическим медицинским услугам, связывающим охрану труда и первичную медико-санитарную помощь, для всех работников, расширение базы знаний в области охраны труда и включение охраны труда в другие стратегии (55). Региональные бюро ВОЗ подготовили региональные стратегии по охране здоровья и реализации Глобального плана действий на региональном и страновом уровнях. Эти региональные меры, а также меры, подготовленные в штаб-квартире ВОЗ, поддерживаются сетью глобальных и региональных сотрудничающих центров ВОЗ по гигиене труда.

В 2003 году Объединенный Комитет МОТ/ВОЗ по безопасности и гигиене труда предложил новую концепцию – основных служб гигиены труда (ОСГТ) – для 2,5 млрд работников (56–60). ВОЗ также предоставляет государствам-членам политическую и техническую поддержку по проблемам охраны труда, включая руководство по борьбе с наиболее серьезными профессиональными заболеваниями, такими, как силикоз и болезни, связанные с асбестом, по профессиональным нагрузкам, а также по укреплению здоровья и борьбе против употребления табака на рабочих местах. ОСГТ были опробованы в нескольких странах, включая крупные пилотные проекты по линии Министерства здравоохранения Китайской Народной Республики. Результаты показали, что службы ОСГТ подходят для использования на крупнейшем рынке труда в мире (см. пример 7.3).

Пример 7.3. Пилотные проекты по СОЗ в Китае

Китай, где количество занятых составляет 700 млн человек, сталкивается с проблемами профессиональных заболеваний и обеспечения безопасности труда как в традиционных, так и в новых, быстро растущих отраслях экономики. Стремительный рост числа мелких предприятий и высокая мобильность трудящихся (более 140 млн работников мигрировали с сельского севера и запада на юг и юго-восток) создают дополнительную необходимость увеличения доступа и укрепления потенциала СОЗ. Законодательство по охране здоровья активно обновляется, но низкий (10–30%) доступ к СОЗ делает его реализацию серьезной широкомасштабной проблемой. Государственный совет Китая принял Национальную программу по сокращению профессиональных заболеваний (на 2009–2015 годы). Программа имеет масштабные цели по расширению доступа к СОЗ, контролю за опасными производственными факторами на 70% рабочих мест, мониторингу здоровья 60% работников, занятых на опасных производствах, обеспечению 90% охвата страхованием от несчастных случаев для работников формального сектора и поэтапному расширению доступа к ОСГТ. С 2006 года Министерство здравоохранения Китая организовало ряд пилотных проектов для изучения возможностей

и механизмов создания ОСГТ в 19 округах десяти провинций. Основные задачи включали изучение различных моделей создания СОЗ; разработку механизмов распределения ресурсов и межсекторального сотрудничества; обеспечение участия работников и расширение доступа к СОЗ через сеть СОЗ; обеспечение универсального устойчивого доступа к СОЗ; разработку подходящих и практически возможных технологий для обеспечения предоставления услуг.

Программа была разработана трехэтапной:

1. Организация центрального управления и создание потенциала в Министерстве здравоохранения и Центре по контролю за заболеваниями (Китай) и проведение национального обзора ситуации с техникой безопасности в стране;
2. Обучение специалистов, предоставление средств и материальных возможностей для создания команд по СОЗ, оценка ситуации с СОЗ на местах, в том числе составление характеристики округа по наличию СОЗ;
3. Разработка, внедрение и оценка результатов выполнения плана ОСГТ по округам.

По итогам оценки пилотные проекты показали положительные результаты:

- Органы местного самоуправления, предприятия и общественность продемонстрировали лучшую осведомленность о законах об охране труда и профессиональных потребностях в отношении здоровья на рабочем месте;
- Был существенно увеличен потенциал СОЗ, созданы компетентные команды и материальная база ОСГТ на уровне округа и города;
- На малых предприятиях и особенно среди необеспеченных трудящихся-мигрантов были значительно улучшены содержание и доступ к СОЗ, уровень профилактических медицинских обследований увеличился с 68% до 90% в пилотный период; были выявлены дополнительные профессиональные заболевания;
- Были созданы инспекции труда и системы надзора, а также экспертные сети.

На втором этапе, Министерство здравоохранения решило расширить пилотные проекты по ОСГТ на 65 округов в 29 провинциях.

Факторами успеха стали активная поддержка со стороны Странового офиса ВОЗ в Китае и участие Министерства здравоохранения и ряда других учреждений, а также успешное сотрудничество с Региональным представительством МОТ в Китае и Монголии. Систематическое планирование, оценка проектов и успешная их реализация местными медицинскими центрами облегчили внедрение ОСГТ.

Источник: Chen, 2010 г. (58).

7.4. Стратегии и системы на национальном уровне – необходимость инфраструктур, сотрудничества и социального диалога

На национальном уровне практическая реализация задачи обеспечения достойного труда по-прежнему требует больших усилий. Успешное осуществление этой задачи на практике требует тесного сотрудничества между административными секторами, включая секторы занятости, здравоохранения, социального обеспечения, образования, промышленности, сельского хозяйства и финансов. Лидирующие страны выработали устойчивые решения через системный подход к наращиванию и укреплению (на всех уровнях) структур управления, контроля, оказания услуг, обучения, информации и образования, а также обеспечения социального диалога.

Правительства многих (но не всех) стран с развитой экономикой организовали СОЗ для большинства, или, по крайней мере, для половины своих работников. Некоторые развивающиеся страны, такие как Таиланд, Вьетнам и Китай продемонстрировали, что даже на низшем уровне для необеспеченных трудом работников и групп высокого риска может быть экономически эффективно организована система безопасности и охраны труда (57–58).

Перечень предварительных условий, необходимых для эффективной реализации системы на национальном уровне представлен в таблице 7.4 ссылкой на соответствующие международные документы и рекомендации. Практически все инструменты были коллективно одобрены правительствами на Международной конференции труда, поэтому отсутствие политической приверженности не может стать препятствием для реализации. Значение последовательной политики и соответствующих инфраструктур невозможно переоценить. При эффективном освещении в СМИ положительное влияние достойного труда на национальную и корпоративную экономики, а также на темпы снижения числа несчастных случаев и болезней, может помочь достичь согласия в масштабах страны (6, 7, 12, 20, 30, 56, 59).

Таблица 7.4. Руководство для создания национальной системы занятости, достойного труда и СОЗ

Элемент системы	Источник
Национальная политика, стратегии, характеристики и программа, задокументированные и одобренные на высшем уровне	
Национальные программы DWA с четырьмя основополагающими элементами: занятость, диалог, права, защита	Руководство МОТ по формированию национальной политики в сфере занятости ⁽⁶⁰⁾ , Страновая программа МОТ по реализации концепции достойного труда ^(52, 53)
Национальная программа СОЗ	Конвенции 155, 187
Национальная программа СОЗ (отдельно или в сочетании с ОТТБ)	Конвенции 161, 187

Элемент системы	Источник
Контроль за соблюдением и инспекция	Конвенции 81, 129
Компетентные органы	Конвенции 81, 155
Производственный контроль	Конвенции 81, 155, 187
Инспекция по ОТТБ	Конвенции 155, 161
Инспекция по СОЗ	Конвенция 161
Социальный диалог и горизонтальное сотрудничество	
Система коллективных договоров	Конвенция 98
Национальный трехсторонний консультативный и координационный комитет	Конвенция 155
Трехстороннее составление законов, правил, стратегий и программ, последующая деятельность и оценка	Конвенции 144, 151, 152
Форумы и контакты с НПО, гражданским обществом и группами интересов	Устав МОТ, статья 3 ⁽⁴⁵⁾
Услуги и инфраструктура	
Услуги по трудоустройству	Конвенции 88, 122, 158
Услуги по ОТТБ	Конвенция 155
Услуги СОЗ, медицинские, гигиенические, психологические, эргономические и т.д.	Конвенция 161
Консультационные (внешние) услуги	Конвенция 161, Рекомендация 171
Услуги по поддержке среднего и высшего образования (например, исследования и анализ)	Конвенции 155, 161
Информационные системы и статистика	
Статистика по рабочей силе и занятости	Конвенции 63, 160
Уведомление и регистрация предприятий	Регистрация предприятия ^(60, 61)
Уведомление и регистрация производственных травм и заболеваний	Свод практических правил: уведомление и регистрация
Повышение осведомленности и СМИ	Конвенция 187
Информационные услуги для компетентных органов, работодателей, работников, экспертов и общественности	Конвенции 155, 161, 187, Национальный Информационный Центр ⁽⁶²⁾
Свод правил и руководящих принципов	Свод практических правил МОТ ⁽⁶³⁾
Обучение и образование	
Органы власти, инспекторы, государственные чиновники	Конвенция 187
Работодатели	Конвенция 187
Работники	Конвенция 187
Эксперты и поставщики услуг	Конвенция 187
Поддержка исследований	
Национальные институты	Конвенция 187
Университеты	Конвенция 187

Примечание: полное содержание конвенций и рекомендаций МОТ представлено на веб-сайте МОТ (50); полный текст Свода практических правил МОТ – на веб-сайте МОТ (63).

В целях обеспечения демократии прямого участия, следует поощрять привлечение НПО, групп интересов на местном уровне и других добровольных организаций рабочих и служащих. Правительство должно поддерживать создание организаций работников случайной занятости

и неформальных работников по общим признакам, таким как род деятельности (например, надомные работники, таксисты); место работы (фермерские рынки, улицы); статус (например, трудящийся-мигрант, фермер производственной цепочки (например, цепочки пищевой промышленности, включающей небольшие фермерские хозяйства в международные торговые корпорации)). Такие организации (например, профсоюзы) смогут укрепить позицию случайно-занятых и неформальных работников и сделать их интересы и потребности видимыми для политиков.

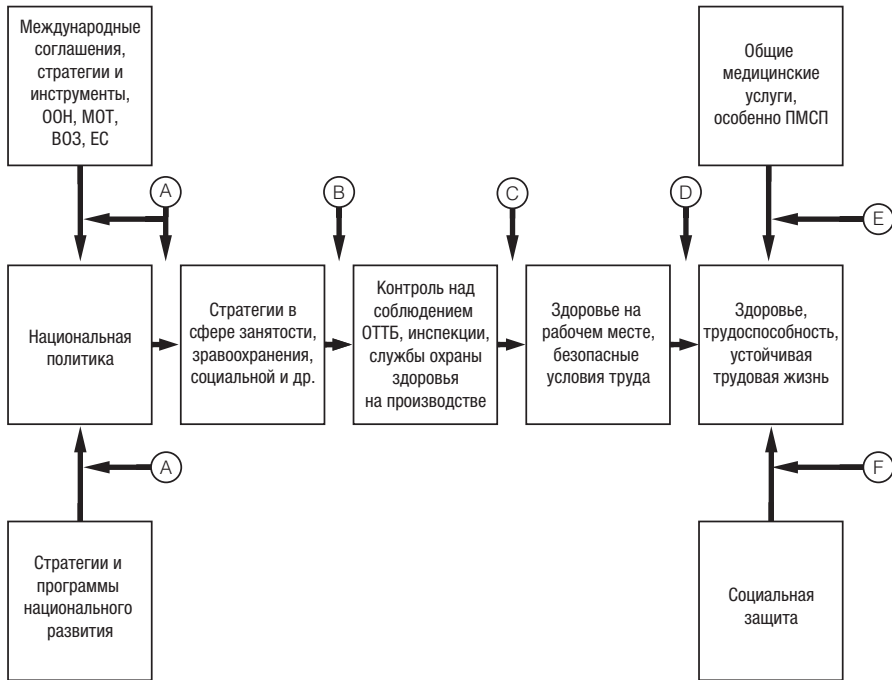
Необеспеченные работой и незащищенные работники получают лучшее трудоустройство, обеспечение безопасности и охраны здоровья и социальную защиту благодаря масштабным и системным мерам правительства и государственного сектора по вопросам достойного труда, охватывающим все участвующие секторы, например, секторы занятости, здравоохранения, обучения и воспитания, социального обеспечения, промышленности и сельского хозяйства. Доступ к хорошим условиям труда является важнейшим предварительным условием для достойной, безопасной и здоровой работы. Стратегии и программы экономического развития должны больше проводиться в странах со средним и низким уровнем доходов, что будет способствовать обеспечению полной занятости в рамках официальных контрактов с адекватной оплатой труда и социальной защитой, а также гарантиям социальной устойчивости и сокращению безработицы.

Хорошее здоровье является важнейшим предварительным условием для трудоспособности и занятости, но не все работники в мире имеют доступ к первичным медицинским услугам (30%) и СОЗ (15%). Поэтому предполагается, что ОСГТ должны быть совмещены с системой оказания первичной медико-санитарной помощи, что также может способствовать сотрудничеству между сектором здравоохранения и программами достойного труда (14, 16, 54, 64).

7.5. Реализация: политические меры и точки входа

Реализация политики – цепной процесс, в котором есть точки входа, как показано на рис. 7.2. Лица, формирующие политику, могут использовать такие точки входа по мере возникновения возможностей, и по пути продвижения к достижению цели обеспечения достойного труда и достойной жизни (то есть устойчивого здоровья, трудоспособности и трудовой жизни для работников). Для реализации большинства мер, обсуждаемых ниже, необходимо активное многосекторальное и трехстороннее сотрудничество.

Рис. 7.2. Точки входа для мультисекторальных политических и практических мер в отношении труда и здоровья



7.5.1. Точка входа А: реализация международных стратегий и инструментов

Страны часто сталкиваются с трудностями в ратификации и реализации международных соглашений и инструментов, несмотря на их часто единогласное одобрение на международных форумах. Конвенции МОТ имели скромные успехи в ратификации во всем мире: совокупно – лишь около 20% от теоретического максимума, с несколькими важными исключениями (65, 66). Это заставило МОТ предпринять особые усилия для ратификации важнейших фундаментальных конвенций, которые в настоящее время ратифицированы более чем 160 странами (86%). Процент успеха ратификации других, более конкретных конвенций, например посвященных охране труда, значительно ниже: всего три ключевые конвенции по охране труда (№155, №161, №187) были ратифицированы 20% стран. Некоторые страны успешно ратифицировали конвенции, но не смогли их реализовать: таких, по заявлению МОТ, примерно пятая часть (50, 66). Однако, есть случаи, когда страны не достигли успеха в ратификации конвенций, но применяют их в политических стратегиях и в качестве юридического руководства, то есть реализовали их на практике. Имеющиеся данные исследований положительного воздействия ратификаций конвенций на уровень рисков несчастных случаев

демонстрируют тесную связь между высоким уровнем ратификации конвенций по охране труда и низким риском несчастных случаев (59). Потенциальные меры по преодолению трудностей в реализации международных стратегий подразумевают включение в национальные стратегии и программы развития вопросов обеспечения достойного труда, безопасности и здоровья на рабочем месте. К таким мерам относятся ратификация и реализация международных соглашений и стратегий, предоставление информации для консультирования национальных политиков по вопросам разработки межсекторальных подходов к решению вопросов обеспечения достойного труда, а также для разработки механизмов ООН/МОТ и международно-правовых и финансовых санкций для обеспечения защиты прав трудящихся.

7.5.2. Точка входа В: интеграция и координация стратегий, связанных с занятостью и здоровьем

Во многих странах существуют межсекторальные барьеры, которые создают проблему для продуктивного и систематического сотрудничества между различными юрисдикциями. Это стало одним из главных препятствий на пути эффективной реализации международных стратегий и инструментов. Сектор занятости и сектор социальной политики тесно взаимосвязаны в работе по созданию качественных вакансий, обеспечению безопасности и здоровья, социальной защите на рабочем месте. Другим секторам (например, сектору образования, промышленности, сельского хозяйства) также есть что предложить. В некоторых странах (таких, как Китай), а также в особых межсекторальных советах высокого уровня ЕС, были созданы советы трудового коллектива, советы охраны труда или другие подобные механизмы в качестве консультативных органов государственного (или парламентского) управления с целью улучшения многосекторальных подходов и сотрудничества. Такие страны, как Соединенное Королевство и Сингапур выделили финансовые ресурсы и поставили комплексные задачи реализации для таких органов, непосредственно или через специальные агентства. Потенциальные меры включают в себя создание многосекторальных консультативных органов, призванных помочь политикам координировать усилия.

7.5.3. Точка входа С: гарантия соответствующих услуг, инфраструктуры и человеческих ресурсов для обеспечения достойного труда

Задача инспекции по охране труда состоит в контроле за соблюдением правил и норм охраны труда и правил техники безопасности. Инспекции существуют в большинстве стран, но они почти повсеместно страдают от нехватки ресурсов, средств и персонала. Часто инспекции не распространяются на малые предприятия, самозанятых работников и работников неформальной экономики, несмотря на их высокие риски и

часто неблагоприятные условия труда. Конвенция МОТ об инспекции труда (№ 81) содержит положения о минимальных требованиях к инспекции труда. Обеспечение соответствия требованиям международных стандартов и национального законодательства является ответственностью правительства. Призыв МОТ о полном охвате в рамках Конвенции об инспекции труда оказался благоприятным для процесса ратификации в целом. Конвенция № 161 о службах гигиены труда была ратифицирована 30 странами. В Глобальной стратегии ВОЗ по гигиене труда для всех также предлагается полный охват СОЗ, который, однако, до сих пор не получил широкого отклика. Глобальный охват СОЗ составляет всего лишь 15% работников, а работники, наиболее нуждающиеся в СОЗ, не имеют доступа к таким услугам. Потребуется особые усилия для того, чтобы обеспечить доступ к услугам для необеспеченных работой и уязвимых групп населения. МОТ, ВОЗ и Международная комиссия по гигиене труда (ИСОИ) разработали модели практических низкочастотных мер для малых предприятий, самозанятых работников и неформального сектора. Они также возможны и эффективны на низовом уровне (например, “Улучшение условий труда на малых предприятиях” – WISE, WIND, OSGT). Потенциальными каналами для действий являются ратификация фундаментальных конвенций МОТ, конвенций управления, а также реализация Глобального плана действий ВОЗ (31, 39, 55, 56).

7.5.4. Точка входа D: обеспечение достойного труда на уровне предприятия и на рабочем месте

Рабочее место является основным местом, где необходимо обеспечение безопасности и здоровья. Это происходит лучше всего в сотрудничестве между работодателем и работниками комиссии СОЗ, в соответствии с требованиями Конвенции МОТ о безопасности и гигиене труда (№ 155), Рекомендации по безопасности и гигиене труда (№ 164), Конвенции о службах гигиены труда (№ 161) и Рекомендации о службах гигиены труда (№ 171) (50). Во всем мире большинство работников занято на предприятиях и рабочих местах с ограниченными или отсутствующими ресурсами для обеспечения достойного труда, в том числе здоровья и безопасности. Отделам ОТТБ рекомендуется реализовывать меры в отношении здоровья и СОЗ в качестве поддержки для неформальной экономики.

7.5.5. Точка входа E: гарантия всеобщего охвата медико-санитарными услугами для всех трудящихся

подавляющее большинство трудящихся (около 70%) и членов их семей не имеют доступа к медико-санитарной помощи и услугам. Нищета может ограничивать возможности использования услуг, даже если они доступны. Так как здоровье является важной предпосылкой трудоспособности, а, следовательно, и занятости, каждый работающий человек и его

семья должны быть обеспечены надлежащими медицинскими услугами. Международный опыт свидетельствует в пользу общественного всеобщего медицинского обслуживания, финансируемого за счет государственного социального страхования или из государственного бюджета (14, 64).

7.5.6. Точка входа F: организация надлежащей социальной защиты для всех работающих, включая членов их семей

Большинство (по крайней мере, 60%) даже формальных работников и более 80–90% всех работающих в мире не имеют надлежащей социальной защиты, такой, как медицинская страховка и страхование на случай потери трудоспособности, пособие по материнству, пенсия по старости, пособие по безработице, и страховое покрытие несчастных случаев и профессиональных заболеваний (14, 17, 64).

Потенциально возможные действия по каждой точке входа приведены во вставке 7.1.

Вставка 7.1. Действия по точкам входа

Точка входа А: реализация международных стратегий и инструментов

Действие 1. Получение политической поддержки для ратификации международных стратегий через действия международной коалиции глобальных игроков, таких, как МОТ, другие учреждения ООН и другие международные союзники (ОЭСР, страны «Большой двадцатки», Всемирный банк, МВФ, ВТО, ЕС), будет способствовать преобразованию стратегий в национальное законодательство и их дальнейшей реализации. Потенциально возможные действия: совместные кампании, техническая подготовка, информационные программы и финансирование. Использование индикаторов, страновых характеристик и прозрачных отчетов об оценке для обеспечения эффективного контроля, аудита и действий после ратификации и преобразования стратегий в национальное законодательство поможет обосновать политические процессы.

Действие 2. Предоставление государственным политикам и лицам, формирующим политику, информации и консультаций, касающихся создания межсекторальной политики и стратегий, как указано в рекомендациях DWA МОТ, с акцентом на достойный труд, справедливость, социальную защиту и положительное влияние DWA на экономику.

Действие 3. Создание механизмов ООН/МОТ для международно-правовых и финансовых санкций и корректирующих действий по борьбе с серьезными нарушениями основных прав трудящихся, незаконной практикой трудоустройства и необоснованно опасными условиями труда. Торговые соглашения должны удовлетворять критериям достойного труда в соответствии с моделью искоренения детского труда в производстве спортивных товаров народного потребления.

Точка входа В: интеграция и координация стратегий, связанных с занятостью и здоровьем

Действие 1. Создание многоотраслевого консультативного органа с привлечением всех соответствующих юрисдикций и социальных партнеров будет способствовать координации мер по обеспечению достойного труда, безопасности, здоровья и социальной защиты на рабочем месте.

Целесообразно включить задачи обеспечения достойной занятости, охраны здоровья, трудоспособности, социальной защиты, обучения работников и работодателей в национальную политику правительства и планы развития. Также должны быть основаны соответствующие органы межсекторальной координации и сотрудничества на промежуточных уровнях и на рабочих местах.

Точка входа С: гарантия соответствующих услуг, инфраструктуры и человеческих ресурсов для обеспечения достойного труда

Действие 1. Рекомендуются ратифицировать фундаментальные конвенции МОТ в области занятости и прав работников и специальные конвенции по охране труда и СОЗ. Реализация ратифицированных конвенций должна происходить в сотрудничестве с социальными партнерами. Это поможет обеспечить достойные условия занятости посредством принятия необходимых национальных нормативных актов, стандартов, и создания инфраструктуры с достаточными человеческими ресурсами. Инспекции по охране труда должны быть распространены на все рабочие места и всех работников, в том числе самозанятых, работников малых предприятий и работников неформальной экономики. В случае необходимости следует использовать практические методики, такие как подходы МОТ – WISE, WIND и ОСГТ (31, 39, 56).

Действие 2. Реализация Глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих на 2008–2017 годы, призывающего к организации доступа к СОЗ для всех работников, включая самозанятых, работников малых предприятий, работников неформальной экономики и других необеспеченных работой и незащищенных групп (55).

Точка входа D: обеспечение достойного труда на уровне предприятия и на рабочем месте

Действие 1. МОТ разработала Индекс достойного труда и руководство по реализации принципов достойного труда. Правительства могут воспользоваться технической и финансовой поддержкой МОТ для инициирования национальных программ по обеспечению достойного труда, а также использовать международные консультации по вопросам реализации подходов WISE, WIND и ОСГТ (31, 56).

Действие 2. Расширение функций СОЗ, отвечающей необходимым требованиям, с целью охвата всех работников и всех рабочих мест. Современная концепция охраны здоровья нацелена на консультации и услуги по предупреждению профессиональных заболеваний и несчастных случаев, содействие трудоспособности, обеспечение амбулаторных услуг и реабилитации. Другими важными целями являются улучшение рабочей среды и усовершенствование организации труда.

Действие 3. При расширении функций СОЗ на все рабочие места, меры общественного сектора могут быть использованы для поддержки и обслуживания малых предприятий, самозанятых работников и работников неформальной экономики в их усилиях по улучшению условий труда, производственной среды, безопасности и здоровья на работе. Это лучше делать при сотрудничестве работодателей и работников комитета по охране труда в соответствии с требованиями Рекомендации МОТ № 164 о безопасности и гигиене труда и Рекомендации МОТ № 171 о службах гигиены труда (50).

Точка входа E: гарантия всеобщего охвата медико-санитарными услугами для всех трудящихся

Действие 1. Совершенствование охвата услугами первичной медико-санитарной помощи для всех работников и их семей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, включая услуги государственного здравоохранения

Вставка 7.1. (продолжение)

и здравоохранения, ориентированного на потребности местного населения, а также первоочередные профилактические меры и лечебные услуги.

Действие 2. Внедрение положений СОЗ и ОСГТ в практику, особенно в секторе первичных медико-санитарных услуг. Это обеспечит наличие профессиональной компетентности в сфере охраны труда поставщиков услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи (56).

Точка входа F: организация надлежащей социальной защиты для всех работающих, включая членов их семей

Действие 1. Развитие системы социальной защиты – законодательно оформленной, адекватной, справедливой, имеющей полный охват, распространяемой посредством политики государственного страхования, – осуществляемой совместными усилиями министерств социального обеспечения, занятости и здравоохранения в сотрудничестве с социальными партнерами.

Действие 2. Внесение вклада в финансирование программ социального обеспечения работодателями, работниками, предпринимателями и самозанятыми людьми. Другими словами, формализация и регистрация неформальных и незарегистрированных экономических операторов, предприятий и работников для возможности взимания взносов.

Действие 3. Там, где взносы незастрахованных работников невозможны (например, в случае работающих бедных), финансирование социальной защиты должно быть организовано по принципу солидарности, либо от других участников, либо из налоговых поступлений.

7.6. Направление дальнейших действий – преодоление трудностей реализации***Ратификация международных инструментов: ключевое действие***

Во многих странах права работников гарантированы в конституциях, либо непосредственно, либо как непоименованные принципы трудового права, и в соответствии с документами ООН по правам человека – Всеобщей декларацией прав человека, Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах, и Международным пактом о гражданских и политических правах (42–46). Они определяют основные принципы достойного труда для всех, и были ратифицированы более чем 160 государствами-членами. Тем не менее, актуальные и современные стратегии и инструменты, разработанные международными организациями, эффективно реализуются только 20–25% стран. Кроме того, уровень ратификации конвенций о производственной среде является относительно скромным (66).

Изучение 29 конвенций, включая инструменты регулирования вопросов труда и инспекций труда, социальной защиты и охраны труда, принятых на КонференцияхМОТвпериодмежду1975и1995годами, показало совокупный уровень ратификации 13% (65, 66). Быстрота, с которой ратифицировались

конвенции, была существенно ниже среди развивающихся стран, чем в промышленно развитых странах. Препятствиями ратификации являются отсутствие политического приоритета, нехватка административных, финансовых и практических ресурсов, а также ожидаемая необходимость разработки нового законодательства. В 1995 году Административный совет МОТ решил расширить сферу охвата восьми фундаментальных конвенций по правам трудящихся, начав кампанию за их всеобщую ратификацию. На сегодняшний день уровень ратификации составляет 86% (66). К сожалению, в список не были включены конвенции по охране труда, несмотря на более чем 2 млн жизней, утрачиваемых ежегодно в результате опасных условий труда. Также как в случае с фундаментальными конвенциями, МОТ могла бы поощрять и поддерживать правительства в ратификации международных инструментов для обеспечения достойной занятости, социальной защиты, охраны труда, СОЗ и социального диалога.

Трудности реализации требуют внимания

Реализация инструментов маловероятна без ратификации, но может также не состояться и после нее. Позитивные тенденции наблюдаются в некоторых областях, но проблема устранения трудностей реализации еще далека от решения, а гарантия всеобщего доступа к социальной защите и услугам для большинства рабочих, особенно в развивающихся странах, еще далека от реальности. Преобразование международных инструментов в национальное законодательство путем ратификации и их реализация на практике должны происходить еще более широко под руководством и при поддержке международных организаций. Парадигма DWA обеспечивает эффективные и реальные междисциплинарные и многосекторальные рамки и инструменты для такого преобразования и реализации (42, 52).

Во всем мире большинство трудящихся работают в условиях, не отвечающих стандартам МОТ, и не имеют надлежащей социальной защиты, охраны труда или СОЗ. Только 15% работников имеют доступ к СОЗ, а глобальный охват инспекции по охране труда, скорее всего, не выше 20% (59, 67). Страны демонстрируют разрыв в практической реализации по нескольким причинам, включая отсутствие политического приоритета, недостаточный охват в рамках законодательства, недостатки в контроле и инспекционных системах, нехватку инфраструктуры для предоставления услуг, связанных с отсутствием подготовленных кадров.

Стратегии, ориентированные на ценности работников

Как свидетельствуют оценки, воздействие политического окружения страны влияет как на ратификацию, так и на осуществление мер по реализации инструментов (65, 66). В дополнение к влиянию правительств, профсоюзов, работодателей, корпораций и научных экспертов (среди других игроков), нельзя также забывать влияние политической идеологии, убеждений

и ценностей в реальных жизненных ситуациях. Это справедливо, даже если политический характер политики здравоохранения часто сводится к финансовым или чисто техническим процессам (67, 68). В сотрудничестве с многочисленными НПО, МОТ и ВОЗ предпринимают глобальные усилия по мотивированию национальных правительств принять несколько политических стратегий, ориентированных на ценности работников, таких как “право на труд” и “права в сфере труда”. Это еще более оправдано, поскольку фактические данные показывают положительные тенденции в сфере занятости, здоровья, безопасности и экономических последствий проведения программы DWA (17, 30).

Вертикальная организация, горизонтальное сотрудничество

Секторальная (по вертикали) организация была и остается универсальной моделью государственного управления в хорошо организованных странах. Также как и в отношении вопросов здоровья, сложность задач современной трудовой жизни продолжает увеличиваться. Ответственность за здоровье является прерогативой сектора здравоохранения, занятость и трудовая жизнь относятся к сфере труда. Без специально разработанных действий разные сектора обычно не очень хорошо сотрудничают между собой, несмотря на то, что многие из проблем быстро меняющегося глобализирующегося мира занятости, здоровья и безопасности трудящихся нуждаются в комплексных, многоотраслевых подходах, не ущемляющих прерогативы и ответственность секторов. Обеспечение достойной занятости, профессионального здоровья, безопасности и охраны труда для каждого работника является коллективной ответственностью международных организаций, правительств, организаций, отвечающих за безопасность труда, социальных партнеров, местных органов власти, отдельных работодателей и их объединений, отдельных работников и их союзов, организаций самозанятых индивидуальных предпринимателей, местных групп по интересам; профессиональных ассоциаций и других НПО, академических кругов, исследователей, преподавателей и экспертов. МОТ рекомендует создавать межсекторальные консультативные или руководящие советы, а также советы или комитеты на промежуточных уровнях и на рабочих местах для планирования, реализации и проведения последующих политических мер и программ по обеспечению достойного труда, ОТТБ и СОЗ (52).

Регулирование, подотчетность

Глобализация означает, что все страны должны укреплять демократическое управление на национальном уровне и вовлеченность общественности в регулирование и контроль за соблюдением условий труда. Необходимо содействовать совершенствованию политики в области занятости и регулированию с целью сокращения неравенств в отношении здоровья,

связанных с безработицей, ненадежной занятостью и неформальным трудом. Однако регулирование без реализации стратегий и мер не приводит к желаемым результатам. Формализация и регистрация неформального труда является способом обеспечения более широкого охвата, более эффективного выполнения стандартов и предоставления услуг лицам, не обеспеченным работой. Международные организации предлагают внедрение под руководством правительств национальных экономических и промышленных стратегий, посвященных полной занятости, соблюдению стандартов справедливой занятости и всеобщего образования. МОТ предлагает использование в глобальном масштабе политики абсолютной нетерпимости к проявлениям нарушений прав человека, а также к использованию наихудших форм детского, подневольного труда, рабства и торговли людьми (8, 17, 69).

Финансирование

Правительства должны обеспечить устойчивое финансирование служб занятости, которые способствуют переинтеграции людей с повышенным риском безработицы и лиц, лишенных доступа к ОТТБ и СОЗ. Работодателю принадлежит первичная финансовая ответственность за создание безопасных и здоровых условий труда, охрану труда на рабочем месте, СОЗ и страхования от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (50). Государственное финансирование должно распространяться на те случаи, где нет работодателя (самозанятость, неформальная экономика), через использование соответствующих механизмов государственного страхования или налоговых поступлений. Надлежащая и справедливая компенсация несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний должна быть гарантирована каждому работнику. В социальной политике, правительство должно гарантировать всем работникам адекватное социальное страхование на случай болезни или утраты трудоспособности, безработицы или материнства (50, 64).

Необходимость создания инфраструктуры услуг для всех

Практическая реализация национальной политики и программ требует укрепления инфраструктуры, наличия человеческих ресурсов, а также практической деятельности для обеспечения полной занятости, инспекций ОТТБ и услуг СОЗ. Деятельность ОСГТ может поддерживать программы охраны здоровья, приближая предприятия, работодателей и работников к сектору здравоохранения.

Политика МОТ и ВОЗ предлагает полный охват услугами по охране труда и СОЗ с поправкой на потребности в безопасности и охране здоровья каждого работника на каждом рабочем месте. Анализ исследований и накопленный практический опыт подчеркивают необходимость истинной

профессиональной компетенции в области здравоохранения и обеспечения СОЗ, включая защиту здоровья работников, профилактику травмоопасности и рисков для здоровья и пропагандирование здоровья и трудоспособности. Однако, высокий процент занятых на малых предприятиях, самозанятых и неформальных работников делает затруднительным гарантирование специализированных СОЗ. С этой целью предлагается использование ОСГТ, предназначенных для использования в инфраструктурах первичной медико-санитарной помощи и предоставления услуг СОЗ компетентным персоналом, обученным технике безопасности. Несколько стран реализовали или начали апробацию ОСГТ, а некоторые включили ОСГТ в структуру своих национальных систем здравоохранения (35, 55–57, 70).

Человеческие ресурсы

Каждое правительство должно обеспечить наличие соответствующих программ профессиональной подготовки и обучения, причем не только для служб занятости, но и по вопросам охраны труда для работодателей, работников, служащих и инспекторов сферы ОТГБ, оказывающих услуги экспертов в области профессиональной гигиены труда. Качество обучения и образовательных программ и достижение целей обучения должно обеспечиваться и контролироваться при помощи сертификации инструкторов, либо правительственным, либо уполномоченным правительством национальным органом (15, 16).

Информация и исследования

Обновленная и удобная в использовании информация и анализ на основе фактических данных по условиям охраны труда, безопасности и здоровья должны быть доступны для государственных органов, социальных партнеров, экспертов, работодателей и работников. В каждой стране, в соответствии с руководящими принципами МОТ, должен быть создан Национальный информационный центр, занимающийся вопросами охраны труда и здоровья на производстве (62). Исследования по вопросам трудовой жизни и СОЗ должны быть организационно оформлены в каждой стране путем включения вопросов здравоохранения на рабочем месте в качестве одного из приоритетов в национальные исследовательские программы. Правительства должны обеспечивать устойчивость таких исследований с помощью независимых национальных институтов изучения трудовой жизни или охраны труда, а также других соответствующих научно-исследовательских институтов и научных кругов. В дополнение к исследованиям по контролю факторов риска и проблем, связанных с современной трудовой жизнью, программа исследований должна включать системы обслуживания, экономическое воздействие достойного труда, и профилактику травмоопасности и рисков для здоровья (48, 52).

Библиография

1. WHO (1995). *Global strategy on occupational health for all: the way to health at work*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/occupational_health/globstrategy/en/, accessed 31 January 2013).
2. ILO (2012). *Global employment trends 2012: preventing a deeper jobs crisis*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/gic/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_171571.pdf, accessed 20 February 2013).
3. ILO (2011). *ILO introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health: XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11–15 September 2011*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilocarib.org.tt/images/stories/contenido/pdf/OccupationSafetyandHealth/global-trends-challenges-osh-2011.pdf>, accessed 20 February 2013).
4. ILO (2011). *Global employment trends 2011: the challenge of a jobs recovery*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_150440.pdf, accessed 20 February 2013).
5. Hämäläinen P, Saarela KL, Takala J (2009). Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level. *Journal of Safety Research*, 40:125–139.
6. European Agency for Safety and Health at Work (2007). *National economics and occupational safety and health*. (FACTS 76). Brussels (<http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/76>, accessed 20 February 2013).
7. Australian Safety and Compensation Council (2009). *The cost of work-related injury and illness for Australian employers, workers and the community: 2005–06*. Canberra, Commonwealth of Australia (http://safeworkaustralia.gov.au/AboutSafeWorkAustralia/WhatWeDo/Publications/Documents/178/CostsofWorkRelatedInjuryAndDisease_Mar2009.pdf, accessed 20 February 2013).
8. ILO (2010). *World social security report 2010/11: providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_146566.pdf, accessed 20 February 2013).
9. ILO (2010). *Women in labour markets: measuring progress and identifying challenges*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_emp/-emp_elm/-trends/documents/publication/wcms_123835.pdf, accessed 20 February 2013).
10. UN Department of Economic and Social Affairs (2009). *World population ageing 2009*. New York (http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf, accessed 20 February 2013).

11. UNFPA, Help Age International (2012). *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. New York, United Nations Population Fund (<http://www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/>, accessed 20 February 2013).
12. WHO, World Bank (2011). *World report on disability*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf, accessed 20 February 2013).
13. ILO (2009). *Key indicators for labour market. KILM 3: status in employment*. Geneva, International Labour Office (<http://kilm.ilo.org/KILMnetBeta/pdf/kilm03EN-2009.pdf>, accessed 20 February 2013).
14. ILO Social Security Department (2007). *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care: a consultation*. Geneva, International Labour Office (Issues in Social Protection, Discussion Paper 19) (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/healthpolicy.pdf>, accessed 20 February 2013).
15. ILO (2005). The global challenges of labour inspection. *Labour Education*, 3–4(140–141):1–84. (http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_108666/lang-en/index.htm, accessed 20 February 2013).
16. Rantanen J, Lehtinen S, Iavicoli S (2012). Occupational health services in selected International Commission on Occupational Health (ICOH) member countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3317, accessed 20 February 2013).
17. ILO (2012). *The ILO at work: development results 2010–2011*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/pardev/development-cooperation/WCMS_180602/lang-en/index.htm, accessed 20 February 2013).
18. International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC) (2011). *Children in hazardous work: what we know, what we need to do*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_155428.pdf, accessed 20 February 2013).
19. Bacchetta M, Eckkerhard E, Bustamante JP (2009). *Globalization and informal jobs in developing countries. A joint study of the International Labour Office and the Secretariat of the World Trade Organization*. Geneva, International Labour Organization (http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/jobs_devel_countries_e.pdf, accessed 20 February 2013).
20. Majid N (2001). *Economic growth, social policy and decent work*. Geneva, International Labour Office, Macroeconomic and Development Policy Group, Employment Strategy Department (Employment paper 2001/19) (http://www.uni-kassel.de/einrichtungen/fileadmin/datas/einrichtungen/icdd/dateien/Webportal_Publications/Decent_Work_and_Development/Economic_growth_Social_policy_and_decent_work.pdf, accessed 20 February 2013).

21. Benach J et al. (2010a). Six employment conditions and health inequalities: a descriptive overview. *International Journal of Health Services*, 40(2):269–280.
22. Benach J et al. (2010b). The importance of government policies in reducing employment related health inequalities. *BMJ*, 340:c2154.
23. Quinlan M, Mayhew C, Philip Bohle P (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2):335–414.
24. ILO (2011). From precariousness to decent work. *Workers Symposium on Policies and Regulations to Combat Precarious Employment, Geneva, 4–7 October 2011*. Geneva (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_dialogue/—actrav/documents/meetingdocument/wcms_166163.pdf, accessed 20 February 2013).
25. Cornish M (2007). Securing the health and safety of vulnerable workers: a focus on women workers and workers with disabilities in the supply chain. ILO Workshop, “Better health and safety for suppliers”, Toronto, Canada, 17 April 2007. Geneva, International Labour Office (<http://www.cavalluzzo.com/publications/newsletters/Securing%20Health%20and%20Safety-ILO%20Presentation.pdf>, accessed 20 February 2013).
26. Dupré D, Karjalainen A (2003). *Employment of disabled people in Europe in 2002*. Luxembourg, EUROSTAT (Statistics in focus. Theme 3 – 26/2003) (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-03-026/EN/KS-NK-03-026-EN.PDF, accessed 20 February 2013).
27. Belin A et al. (2011). *Occupational health and safety risks for the most vulnerable workers*. A study requested by the European Parliament’s Committee on Employment and Social Affairs. Brussels, Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Economic and Scientific Policy, Employment and Social Affairs (<http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201108/20110829ATT25418/20110829ATT25418EN.pdf>, accessed 20 February 2013).
28. ILO (2012). *Protecting the most vulnerable and making work more secure*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/legacy/english/pardev/development-results/2010-2011/pdf/04.pdf>, accessed 20 February 2013).
29. CPHA (1996). *1996 discussion paper on the health impact of unemployment*. Ottawa, Canadian Public Health Association (http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/1996-dp1_e.pdf, accessed 20 February 2013).
30. European Agency for Safety and Health at Work (2007). *The business benefits of good occupational safety and health*. (FACTS 77/EN). Brussels (<http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/77>, accessed 20 February 2013).

31. Kawakami T, That Khai T, Kogi K (2012). Research that can support selfhelp initiative of local farmers to improve safety & health at work: birth & growth of WIND training program in Viet Nam. *Journal of Safety, Health & Environmental Research*, 8(1):11–18.
32. ILO (2003). *Safety in numbers: pointers for global safety culture at work*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/public/english/region/eurpro/moscow/areas/safety/docs/safety_in_numbers_en.pdf, accessed 20 February 2013).
33. Kushnir K, Mirmulstein ML, Ramalho R (2010). *Micro, small, and medium enterprises around the world: how many are there, and what affects the count?* (MSME Country Indicators) Washington, World Bank/IFC (<http://www1.ifc.org/wps/wcm/connect/9ae1dd80495860d6a482b519583b6d16/MSME-CI-AnalysisNote.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ae1dd80495860d6a482b519583b6d16>, accessed 20 February 2013).
34. Hasle P, Limborg H (2006). Review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. *Industrial Health*, 44(1):6–12.
35. Gervais RL et al. (2009). *Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review*. (Working Environment Information Working Paper). Luxembourg, European Agency for Safety and Health at Work (https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-80-09-640-EN-N_occupational_safety_health_economic_performance_small_medium_sized_enterprises_review, accessed 20 February 2013).
36. Brun E (2009). *Expert forecast on emerging chemical risks related to occupational safety and health*. Luxembourg, European Agency for Safety and Health at Work (http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE3008390ENC_chemical_risks, accessed 20 February 2013).
37. Forth J, Bewley H, Bryson A (2006). *Small and medium-sized enterprises: findings from the 2004 workplace employment relations survey*. London, National Institute of Economic and Social Research and Economic and Social Council. Advisory, Conciliation and Arbitration Service/Policy Studies Institute (<http://www.bis.gov.uk/files/file31580.pdf>, accessed 20 February 2013).
38. Hasle P, Limborg HJ, eds. (2011). Occupational health and safety in small enterprises – the need for a diversity of strategies. *International Journal of Workplace Health Management*, 4(2):109–193.
39. International Labour Office Regional Office for Asia and the Pacific (2007). *Labour and social trends in ASEAN 2007: integration, challenges and opportunities*. Bangkok (<http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/library/download/pub07-04.pdf>, accessed 20 February 2013).

40. Somavia J (2012). *Keynote address by ILO Director-General Juan Somavia at the ECOSOC Substantive Session, Geneva, 2–27 July 2012*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_184491/lang-en/index.htm, accessed 20 February 2013).
41. Peetz D, Genreith H (2011). The financial sector and the real economy. *Realworld Economics Review*, 57:41–47 (<http://www.paecon.net/PAEReview/issue57/PeetzGenreith57.pdf>, accessed 20 February 2013).
42. ILO (2001). *Report of the Director-General: reducing the decent work deficit – a global challenge. 89th Session of the International Labour Conference, Geneva, June 2001*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc89/rep-i-a.htm>, accessed 20 February 2013).
43. Sargeant M, Giovannine M, eds. (2011). *Vulnerable workers: health, safety and well-being*. London, Gower (<http://www.ashgate.com/pdf/SamplePages/Vulnerable-Workers-CH1.pdf>, accessed 8 January 2013).
44. CESCR (2004). *International covenant on economic, social and cultural rights*. Geneva, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 20 February 2013).
45. ILO (2010). *Constitution of the International Labour Organisation and selected texts*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/leg/download/constitution.pdf>, accessed 20 February 2013).
46. WHO (2005). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, accessed 20 February 2013).
47. Council of Europe (1996). *European social charter (revised)*. Strasbourg (<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>, accessed 20 February 2013):139.
48. European Community (1989). Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. *Official Journal*, L183:1–8 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:en:HTML>, accessed 20 February 2013).
49. World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/public/english/wcsdg/docs/report.pdf>, accessed 22 Sept 2012).
50. ILO (2013). *NORMLEX information system on international labour standards*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12000:0::NO:::>, accessed 8 January 2013).

51. ILO (2011). *Growth, productive employment and decent work in the least developed countries: Report of the ILO for the Fourth UN Conference on the Least Developed Countries, Istanbul, 9–13 May 2011*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_153868.pdf, accessed 20 February 2013).
52. ILO (2011). *ILO decent work country programme: a guidebook, Version 3*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/program/dwcp/download/dwcpguidebookv3.pdf>, accessed 20 February 2013).
53. ILO (2012). *Decent work indicators: concepts and definitions. ILO manual, first version*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-stat/documents/publication/wcms_183859.pdf, accessed 20 February 2013).
54. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
55. WHO (2007). *WHA Resolution WHA60.26. Workers' health: global plan of action*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf, accessed 20 February 2013).
56. Rantanen J (2007). *Basic occupational health services. 3rd revised edition*. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health (http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic_publications/Documents/BOHS3Edition28Sept2007_3_.pdf, accessed 20 February 2013).
57. Siriruttanapruk S, Wada K, Kawakami T (2009). *Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary care units*. Bangkok, ILO Subregional Office for East Asia (ILO Asia-Pacific Working Paper Series) (http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/WCMS_114237/lang-en/index.htm, accessed 22 September 2012).
58. Chen R (2010). *China's experience with basic occupational health services. Paper presented at the WSH 2010 Conference: Embracing Challenges, Pushing WSH Frontiers, Singapore, 15–16 September 2010*. Beijing, Ministry of Health (http://www.eventslineup.com/wshc_dev/files%5Cpresentation%5CSymposium_4_-Chen_Rui.pdf, accessed 20 February 2013).
59. Wilson DJ et al. (2007). The ratification status of ILO conventions related to occupational safety and health and its relationship with reported occupational fatality rates. *Journal of Occupational Health*, 49(1):72–79.
60. Employment Policy Department (2012). *Guide for the formulation of national employment policies*. Geneva, International Labour Office (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_emp/-emp_policy/documents/publication/wcms_188048.pdf, accessed 20 February 2013).

61. OECD (2004). United Nations Industrial Development Organisation, UNIDO. *Effective policies for small business: a guide for the policy review process and strategic plans for micro, small and medium enterprise development*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.unido.org/fileadmin/media/documents/pdf/Business_Environment/15hvghso.pdf, accessed 20 February 2013).
62. Pantry S (2011). *Guidelines for the establishment of CIS health and safety information centres and other information centres. 3rd Revised edition*. Sheffield, Sheila Pantry Associates Ltd (<http://www.sheilapantry.com/cis/other/guidelines.pdf>, accessed 20 February 2013).
63. ILO (2013). *Codes of practice*. Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/codes/lang-en/nextRow-0/index.htm>, accessed 20 February 2013).
64. WHO (2008). *The world health report 2008 – primary health care (now more than ever)*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2008/en/>, accessed 20 February 2013).
65. Boockmann B (2000). *The ratification of ILO conventions: a failure time analysis*. (ZEW Discussion Paper No. 00-14) (<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.374765>, accessed 20 February 2013).
66. ILO (2008). *Independent evaluation of the ILO's strategy to support Member States to improve the impact of international labour standards*. Geneva, International Labour Organization (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_mas/--eval/documents/publication/wcms_099583.pdf, accessed 20 February 2013).
67. Labonte R, Schrecker T, Gupta AS (2005). *Health for some: death, disease and disparity in a globalizing era*. Toronto, CSJ Research and Education (<http://www.socialjustice.org/uploads/pubs/HealthforSome.pdf>, accessed 20 February 2013).
68. Levenstein C, Wooding J, eds. (1997). *Work, health and environment: old problems, new solutions*. New York NY, Guilford Press.
69. ILO (1998). *ILO declaration on fundamental principles and rights at work and its follow-up*. Adopted by the International Labour Conference at its Eighty-sixth Session, Geneva, 18 June 1998 (Annex revised 15 June 2010). Geneva, International Labour Office (<http://www.ilo.org/declaration/thedeclaration/textdeclaration/lang-en/index.htm>, accessed 20 February 2013).
70. Benach J, Muntaner C, Santana V (2007). *Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO: Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET) (http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf, accessed 20 February 2013).

Укрепление психического здоровья: важный компонент государственной политики

Rachel Jenkins, Alberto Minoletti

Ключевые идеи

- Объединение психического и физического здоровья имеет важное значение для включения вопросов укрепления психического здоровья в качестве неотъемлемой части в политику здравоохранения.
- В целом, успешная интеграция вопросов укрепления психического здоровья в другие области политики требует понимания задач и языка других секторов.
- Благоприятное психическое состояние должно быть приоритетом в государственной политике, учитывая его важность для качества жизни, социальных отношений, производительности труда и создания социального капитала, а также тяжелое бремя, связанное с психическим нездоровьем во всем мире.
- В настоящее время имеется ряд эффективных мер для укрепления психического здоровья, большинство из которых предлагают превосходное соотношение цены и качества. Они способствуют обеспечению благоприятного психического состояния через основные детерминанты психического здоровья, межсекторальные действия по укреплению защитных факторов и уменьшению факторов риска, а также через акценты на социально-экономические условия, общественные сети и индивидуальную психологическую устойчивость.
- Задача расширения масштабов услуг по лечению психических заболеваний должна сочетаться с задачей интеграции вопросов укрепления психического здоровья в общие меры по охране здоровья.
- Для преодоления барьеров межсекторального сотрудничества в продвижении вопросов психического здоровья необходима политическая воля, соответствующее законодательство и государственные структуры, руководство процессом охраны психического здоровья, а также разработка единых задач, ключевых целей и материальных стратегий и планов.

8.1. Введение

ВОЗ определила психическое здоровье как “... состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовывать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества” (1). В этом смысле психическое здоровье – это больше, чем просто отсутствие симптомов психического заболевания, оно относится к основе личности человека, качеству его жизни и возможностям. Благоприятное психическое состояние является особой социальной ценностью, способствующей функционированию общества, включая общую производительность труда. Это важный ресурс для человека, семьи, сообщества и всей страны, способствующий созданию человеческого, социального и экономического капитала. Концепция укрепления психического здоровья в целом уделяет внимание достижению благоприятного психического состояния (что можно сделать для того, чтобы сохранить и улучшить благоприятное психическое состояние), а не профилактике или лечению психических заболеваний (2).

Детерминанты благоприятного психического состояния могут быть объединены в три основные категории: социально-экономические условия, социальный капитал и индивидуальная психологическая устойчивость. Исследования показали, что некоторые показатели социально-экономического статуса, такие как уровень доходов, количество лет обучения, статус занятости, качество жилищных условий и место проживания, положительно коррелируют с психическим здоровьем (3-6). Также достоверно доказано, что подобные факторы оказывают неблагоприятное воздействие на физическое здоровье (7).

Социальный капитал включает в себя систему социальных взаимоотношений между людьми, общечеловеческие нормы взаимности и социальной сплоченности, чувство духовной близости, социальной поддержки, чувство гражданской ответственности и участия в жизни общества (8). Принадлежность к социальной группе, где есть общение и гармоничные отношения, способствует укреплению здоровья и хорошего самочувствия. Исследования благоприятного психического состояния и психического нездоровья показали тесные связи между социальной поддержкой и психическим здоровьем. Культура сотрудничества и терпимости между людьми, учреждениями и различными группами общества является защитным фактором для создания благоприятного психического состояния. Исследование социального капитала особо продемонстрировало важность влияния сплоченности сообществ на психическое здоровье, включая уровень доверия, взаимности и участия (9).

По отношению к личности такие факторы, как чувство собственного достоинства, удовлетворенность жизненными обстоятельствами,

оптимизм, внутреннее согласие, способность управлять мыслями, чувствами и жизнью, эмоциональная устойчивость, и способность справляться с напряженными или неблагоприятными обстоятельствами тесно связаны с укреплением психического здоровья (9).

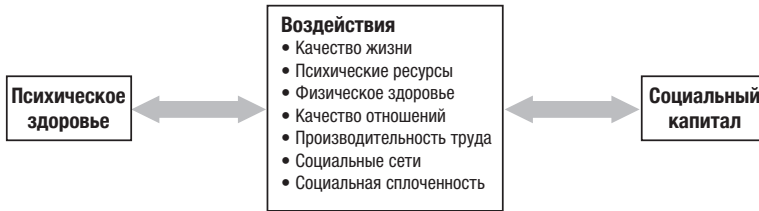
Существуют значительные несправедливые различия в области психического здоровья и психических заболеваний (10). Например, женщины, люди пожилого возраста, разведенные или живущие раздельно супруги, вдовы и вдовцы, замужние женщины и мужчины-холостяки, люди, имеющие долги или плохие жилищные условия, люди, подвергавшиеся запугиванию или сексуальному насилию, а также люди с плохим физическим здоровьем, – имеют более низкую вероятность достижения адекватного уровня психического здоровья. В докладе по итогам исследования, проведенного ОЭСР, измерившего уровень благополучия населения разных стран, говорится, что люди с низким уровнем образования или с ограниченными возможностями имеют более низкий уровень удовлетворенности, а женщины – более низкий уровень аффективного баланса (3).

Психическое и физическое здоровье тесно взаимосвязаны и являются важными компонентами общего состояния здоровья личности. Эмоциональное благополучие является важным прогнозирующим фактором физического здоровья и долголетия; устойчивый стресс и психологическая травма увеличивают подверженность физическим заболеваниям. Например, психологический стресс, чувство депрессии или беспокойства могут увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний и способствовать неблагоприятным изменениям в функции нейроэндокринной и иммунной систем, усиливая предрасположенность к различным соматическим заболеваниям (например, простуде). Неблагоприятное психическое состояние приводит к развитию нездоровых привычек: неправильному питанию, малоподвижному образу жизни, курению, употреблению алкоголя и небезопасному сексу (11). И наоборот, психически здоровые люди имеют низкий риск сердечно-сосудистых заболеваний, наименьшее количество хронических соматических заболеваний в старости, наименьшее количество ограничений для здоровья в повседневной жизни и меньше пользуются услугами здравоохранения (4).

Благоприятное психическое состояние улучшает качество жизни и социальных отношений, повышает производительность труда и социальный капитал. В последние годы все большее признание получает безусловная ценность благоприятного психического состояния, а также его положительное влияние на образование, работу и экономику. Исследования показали, что некоторые положительные признаки психического здоровья связаны с хорошей успеваемостью в школе (12, 13) и высокой эффективностью труда (4, 14). Как социальная ценность, психическое здоровье связано с понятием социального капитала.

Оно может способствовать социальному и экономическому развитию общества путем формирования социальных взаимодействий и поддержки коллективных действий (4). Двусторонняя связь между благоприятным психическим состоянием и его последствиями показана на рис. 8.1.

Рис. 8.1. Значение благоприятного психического состояния



Источник: адаптировано из Lehtinen et al., 2005 г. (8).

В настоящее время, более чем когда-либо прежде, общество предъявляет повышенные требования к людям, которые и без того перегружены огромным количеством информации, получаемой через Интернет, газеты, телевидение и социальные СМИ. Они участвуют в огромном количестве социальных взаимодействий через социальные сети и личные контакты, а также вынуждены приспосабливаться к быстрым политическим изменениям и финансовым неопределенностям. Относительное влияние этих стрессов на человека и то, каким образом следует развивать психологическую устойчивость и набор защитных стратегий выживания, пока еще недостаточно изучено.

Количественное значение психического здоровья было продемонстрировано в основном посредством бремени болезней, которое выражается в количестве лет жизни, скорректированных на инвалидность, измеряемых показателем DALY. Нервно-психические условия составляют около 14% DALY во всем мире, в основном в связи с хронически инвалидизирующей природой депрессии и других распространенных психических заболеваний. Исследования бремени болезни предоставили полезные данные, бросающие вызов ошибочному предположению, что психическое заболевание не является серьезной проблемой для развивающихся стран – DALY психического заболевания могут достигать 10% в странах с низким уровнем дохода и до 18% в странах со средним уровнем дохода. В то же время появляется все больше доказательств, что благоприятное психическое состояние ассоциируется с более низкими показателями смертности и инвалидности, и что эта ассоциация может быть объяснена в значительной степени влиянием благоприятного психического состояния на здоровое поведение (улучшенный сон, упражнения и диета, снижение потребления алкоголя и курения табака) (15).

8.2. Стратегии

Стратегии укрепления психического здоровья зачастую сосредоточены по большей мере на психосоциальных и экологических детерминантах, которые можно изменить, как например, условия жизни (см. главу 3), образование (см. главу 6), уровень дохода, занятость (см. главу 7), доступ к потенциалу местных сообществ, социальную поддержку и личностные качества. Исследования последних 25 лет по укреплению психического здоровья в разных странах показали эффективность мер в этой области. Кроме того, новые исследования последних нескольких лет демонстрируют превосходное соотношение цены и качества этих мер, дающих результат за пределами сферы психического и физического здоровья (например, лучшие результаты в образовании, лучшее трудоустройство, повышение доходов, сокращение преступности).

Таблица 8.1. Эффективные меры по укреплению психического здоровья

Социально-экономические условия	Социальный капитал	Индивидуальная устойчивость
Улучшение доступа к качественному образованию для всех детей	Инвестиции в межсекторальные действия, способствующие здоровому развитию ребенка (глава 6)	Программы социального и эмоционального обучения на базе школ
Улучшение жилищных условий	Изменение школьной экологии для создания благоприятной школьной среды	Обучение по управлению стрессами
Ярмарка занятости и заработной платы	Изменение трудовой среды, способствующее благополучию (глава 7)	Поддержание физической активности в любом возрасте
Сокращение экономической незащищенности через программы борьбы с нищетой	Помощь пожилым людям (оказание поддержки в стрессовых ситуациях)	Психотерапия и рекомендации по снижению стресса от безработицы
Законодательство, обеспечивающее гендерное равенство	Укрепление социальных сетей	Скрининг и меры первичной медико-санитарной помощи по злоупотреблению алкоголем
Снижение злоупотребления алкоголем за счет увеличения налогообложения		
Антидискриминационное законодательство, обеспечивающее уважение разнообразия культур		

Источник: Hosman & Jané-Llopis, 2005 г. (16); Knapp, McDaid & Parsonage, 2011 г. (17); Roberts & Grimes, 2011 г. (18); Kalra et al., 2012 г. (2).

Однако укрепление психического здоровья осуществляется не только посредством реализации стратегических мер. Например, сектор образования может многое сделать (и часто делает) для улучшения благополучия ребенка, обеспечения благоприятной школьной среды и реализации программ, направленных на сокращение издевательств в школе. Все эти меры положительно влияют на способность к обучению. Работодатели часто проводят стресс-менеджмент на работе, используют правильный

стиль управления, поддерживают карьерный рост, обеспечивают безопасность труда и здоровья, включая психическое здоровье. Таким образом компании добиваются большей производительности труда. Примерами межсекторальной политики в области здравоохранения, основанной на вышеописанных примерах, являются Стратегия Школ здоровья (HPS) в провинции Чжэцзян в Китае (пример 8.1) и политика повышения индивидуальной психологической устойчивости и обеспечения психического здоровья в процессе трудовой жизни в Финляндии (пример 8.2). Они иллюстрируют, каким образом сектор здравоохранения работает с другими секторами для достижения общих целей обеспечения благополучия людей, в плане воздействия на здоровье (укрепление физического и психического здоровья), а также воздействий, характерных для других секторов (улучшение способности к обучению и производительности труда).

Укрепление психического здоровья может включать в себя как содействие осведомленности о психическом здоровье и психических заболеваниях, так и поддержку психического здоровья людей с психическими заболеваниями и населения в целом. Пример Египта (пример 8.3) описывает кампанию, охватывающую оба аспекта.

Пример 8.1. *Стратегия школ здоровья (HPS) в провинции Чжэцзян в Китае*
Carmen Aldinger

Политика качественного образования, сосредоточенная на ребенке, была принята в Китае около 2000 года (19). Глобальная инициатива ВОЗ о гигиене в школах была запущена в 1995 году и изначально была ориентирована на самые густонаселенные страны мира. Это стимулировало развитие в Китае Стратегии школ здоровья (HPS). Китайское национальное правительство выбрало провинцию Чжэцзян в качестве места для внедрения пилотных проектов и расширения их масштабов при поддержке ВОЗ. Основными заинтересованными сторонами, выступавшими в поддержку этой политической стратегии, были министерства образования и здравоохранения на национальном уровне и уровне провинции. Стратегия HPS была интегрирована в более широкую политику качественного образования с упором на успеваемость, а также на физическое, социальное и эмоциональное развитие ребенка, а также уменьшение чрезмерной школьной нагрузки (частично связанной с “политикой одного ребенка” в Китае), которая была одной из самых значительных проблем психического здоровья в этой провинции. Также необходимо было наладить эффективное взаимодействие между учащимися и преподавателями, а также между учащимися и их родителями в отношении вопросов физического и психического здоровья учащихся (20).

После успешных пилотных проектов в период 2000–2002 годов, департаменты образования и здравоохранения провинции Чжэцзян приняли совместное решение при поддержке ВОЗ распространить стратегию НПС на всю провинцию, население которой составляет 47 млн человек. Первый этап распространения стратегии продолжался с 2003 по 2005 год. Пилотные проекты в провинции Чжэцзян были направлены на предотвращение употребления табака и здоровое питание, расширение масштабов НПС позволило охватить дополнительные вопросы, включая психическое или психологическое здоровье. Подход, ориентированный на всю школу, включал различные меры на разных уровнях: структурном, местном и индивидуальном. В разработке и реализации этой стратегии принимали участие специалисты в области физического и психического здоровья и педагоги. Школы нашли инновационные способы получения финансирования, включая средства, предоставленные правительствами городов. Меры включали: поощрение заботливой атмосферы и добрых отношений между преподавателями и студентами, создание групп поддержки студентов, более широкое использование методов активного участия в обучении, интеграцию вопросов здравоохранения в программу преподавания, ежегодные медицинские осмотры, профилактику распространенных заболеваний, утреннюю гимнастику и улучшенные спортивные сооружения, психологическое консультирование и горячие линии, укомплектованные специально подготовленными учителями, обучение родителей по вопросам здоровья, и предоставление учителям консультаций по проблемам психического здоровья в школах.

Оценка показала, что школы реализовали все меры, направленные на решение всех вопросов НПС: политика в области здравоохранения в школе, физической школьной среды, социально-психологической обстановки в школе, образования по вопросам здоровья, медицинского обслуживания, школьного питания, консультации по психическому здоровью, физические упражнения и укрепления здоровья для сотрудников. Это способствовало улучшению социально-психологической атмосферы и созданию более гармоничных отношений. Большинство компонентов НПС также способствовали обеспечению физических, психических и социальных аспектов комплексного укрепления здоровья (21).

Факторы успеха включали создание комитетов по планированию НПС, которые разработали политику и планы действий, стратегию приоритизации здоровья за счет включения концепции “Здоровье на первом месте” во все школьные мероприятия и эффективный обмен опытом по реализации концепции НПС. Основные трудности заключались в сложности понимания концепции НПС и потребности в профессиональном развитии и поддержке (22).

Пример 8.1. *(продолжение)*

На начало 2013 года, почти через десять лет спустя после начала расширения масштабов реализации, стратегия HPS продолжает работать в провинции Чжэцзян и успешно применяется примерно в тысяче школ. Недавно департаменты здравоохранения и образования провинции совместно выпустили документ о стратегии HPS, в котором включено выполнение оценки, обучение и предоставление статуса HPS в качестве “нормальной” деятельности.

8.3. Политика

Правомочными субъектами для создания стратегий укрепления психического здоровья являются политики, государственные чиновники, специалисты во всех секторах, неправительственные учреждения, общественные движения, местные сообщества и СМИ. Однако, несмотря на растущее число доказательств ценности благоприятного психического состояния и мер по укреплению психического здоровья для общества, внимание к вопросам укрепления психического здоровья остается низким как на повестке дня политики здравоохранения, так и на общей социально-политической повестке дня.

Отсутствие сбалансированного подхода к политике в области психического здоровья – то есть, уравнивание значимости укрепления психического здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и предотвращения смертности – это один из факторов, снижающих уровень осведомленности лиц, формирующих политику, о положительных эффектах психического здоровья общества. Непонимание настоятельной необходимости совершенствования услуг для людей, страдающих психическими заболеваниями, и защиты их прав отрицательно сказывается на укреплении и профилактике психического здоровья, а также на предотвращении смертности. Аналогично, в области укрепления здоровья, укрепление физического здоровья выходит на первый план, в то время как укреплению психического здоровья уделяется относительно мало внимания. Укреплению психического здоровья также отводится недостаточное место в глобальных инициативах. Например, в последние годы ВОЗ в основном сосредоточивала свое внимание на недостатках в лечении психических расстройств и расширении услуг в этой области. Разработка Глобального плана действий ВОЗ по охране психического здоровья на 2013–2020 годы может означать изменение этой тенденции, так как первоначальная версия плана ставит укрепление психического здоровья в качестве задачи и одной из четырех целей.

Термин “психическое здоровье” зачастую понимается неоднозначно. Не только приверженцы интеграции вопросов психического здоровья

в стратегии здравоохранения, но и профессионалы и политики часто используют этот термин для обозначения психического заболевания, его лечения и услуг для осуществления лечения. Хотя понятно стремление избавиться от негативных стереотипов в восприятии термина “психическое заболевание”, это делает значение благоприятного психического состояния и реализацию связанных с его обеспечением мер еще более незаметным. Безусловно, с точки зрения социальной справедливости и прав человека, задача укрепления психического здоровья также важна для людей с психическими заболеваниями, как и для остальной части населения (см. пример 8.3). ЕС приложил значительные усилия для продвижения концепции психического здоровья с середины 1990-х годов, но прогресс оказался не таким быстрым, как ожидалось.

Необходимо должным образом интегрировать вопросы психического здоровья в общие меры по охране здоровья. Как уже отмечалось, психическое здоровье должно стать гарантией для всего населения в целом, для людей с психическими или физическими заболеваниями, или и теми, и другими. Дети больных родителей требуют особого внимания, как это было признано законодательством некоторых стран, – медицинские службы, занимающиеся лечением тяжело больного родителя, должны убедиться, что психические потребности его детей не остаются без внимания (см. главу 6).

Были достигнуты значительные успехи в создании доказательной базы для мер, способствующих укреплению психического здоровья. Однако, пока нет достаточного опыта включения таких мер в разработку и реализацию политики, даже в странах с высоким уровнем доходов. Для того, чтобы укрепление психического здоровья стало такой же очевидной необходимостью, как лечение психических заболеваний, нужны дополнительные исследования и оценка реализуемых стратегий. Учитывая сложность психологических явлений и ограничения в имеющихся средствах оценки, сфера психического здоровья сталкивается с серьезными проблемами в определении индикаторов укрепления психического здоровья и оценке уровня достигнутых результатов (23). Несмотря на эти трудности, последние годы показали перспективные достижения в разработке методологии для анализа положительных показателей психического здоровья (5, 24).

Как и в случае с укреплением общего состояния здоровья, все чаще признается, что реализация эффективных стратегий укрепления психического здоровья требует инициатив, которые выходят за рамки сектора здравоохранения. Однако, не всегда легко включить вопросы психического здоровья в повестку дня других секторов. В недавнем исследовании, проведенном в Южной Африке, было установлено, что одного межсекторального сотрудничества недостаточно, несмотря на

широкое осознание междисциплинарного характера вопросов, связанных с укреплением психического здоровья (см. Skeen et al.). Необходимость создания законодательства и государственных структур для поддержки межсекторальных действий стало одним из главных уроков этого исследования, возможно полезного и для других стран с низким и средним уровнем доходов. Также может возникнуть необходимость в создании между заинтересованными сторонами официальных соглашений, материальных стратегий и измеримых целей и задач. В то же время представляется необходимым создать культуру сотрудничества между различными секторами, включающую совместную деятельность по обмену мнениями и знаниями, а также определяющую роли и обязанности в области психического здоровья, учитывающие приоритеты различных секторов. Обеспечение руководства процессами укрепления психического здоровья в секторе здравоохранения и за его пределами также важно, как и работа, связанная с муниципалитетами и гражданскими общественными группами на местном уровне (25).

КСДЗ сформулировала три основные рекомендации: (i) улучшение условий повседневной жизни; (ii) преодоление несправедливого распределения власти, финансовых и других ресурсов; (iii) анализ и понимание проблемы и оценка воздействия мер (7). Эти рекомендации предлагают много точек входа для реализации эффективных мер по укреплению психического здоровья и по оценке воздействия этих мер на достижение благоприятного психического состояния. КСДЗ получила политический импульс в вопросах рассмотрения справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, который, в некоторых странах (с учетом их конкретных культурных, социальных и политических обстоятельств), может помочь генерировать окна возможностей для интеграции стратегии укрепления психического здоровья в меры в отношении здравоохранения в других секторах политики (см. главу 4).

В последнее время страны Европы, Африки и Восточного Средиземноморья прилагают усилия для включения концепции психического здоровья в Политическую декларацию совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Отсутствие успеха в этом направлении демонстрирует тот факт, что концепция укрепления психического здоровья по-прежнему негативно воспринимается в высших эшелонах международной политики в области психического здоровья, и что еще необходимо сделать очень много для достижения полной интеграции (26).

Укрепление психического здоровья основано на базовом принципе, что оно является неотъемлемой частью общего здоровья и, следовательно, имеет универсальное значение. Как отмечается в Оттавской хартии по укреплению здоровья (27), в дополнение к созданию здоровой

государственной политики, принципы мер по укреплению здоровья должны основываться также на расширении прав и возможностей и на процессе широкого участия и сотрудничества, направленного на усиление контроля за здоровьем и его детерминантами. Обзоры определили ключевые стратегии по укреплению здоровья, необходимые для успешной реализации: вовлечение местных сообществ в процесс планирования и принятия решений; межсекторальное сотрудничество и межорганизационные партнерства на всех уровнях, с участием нескольких секторов, таких как правительственные и неправительственные организации, группы и местные заинтересованные стороны; создание благоприятной для здоровья среды, в особенности в школах, на рабочих местах, в городах и местных сообществах; политическая приверженность, финансирование и инфраструктура для социальной политики (28). Пример Финляндии (пример 8.2) демонстрирует, как игроки за пределами сектора здравоохранения могут осуществлять совместную деятельность для разработки стратегий, способствующих укреплению психического здоровья на протяжении трудовой жизни (см. также главу 7).

Пример 8.2. *Повышение психологической устойчивости и укрепление психического здоровья на протяжении трудовой жизни в Финляндии*

Jukka Vuori, Juhani Pirttiniemi

Людям необходимы ресурсы и личная психологическая устойчивость, чтобы справляться с карьерными переходами, отсутствием гарантии занятости и потерей работы в быстро трансформирующейся трудовой жизни. В Финляндии процесс готовности к сложным карьерным переходам был усовершенствован с помощью групповых методов по продвижению лучших карьерных результатов и по предотвращению депрессии.

Разработанные Финским институтом гигиены труда в сотрудничестве с Министерством труда и Национальным советом по образованию меры были реализованы на различных этапах трудовой жизни. Было развернуто межсекторальное сотрудничество в приоритетных областях политики. Исходными пунктами стали глубокий спад и связанные с ним эксперименты для безработных, по методу *Työhön* (“К работе”), в 1990-х годах (29). Одновременно с этим была проведена реформа политики на рынке труда с акцентом на активные меры, связанные с обеспечением человеческими ресурсами, и обучение в поиске трудоустройства. Эта реформа способствовала расширению масштабов использования метода *Työhön*, так как была направлена на повышение готовности к повторному трудоустройству, включая как развитие инфраструктуры, так и инструментов для быстрой подготовки новых инструкторов, а также обеспечение потенциала для более масштабного применения метода.

Пример 8.2. *(продолжение)*

Два других групповых метода уделяли внимание критическим переходам во время вступления человека в трудовую жизнь (30, 31). Эти методы были реализованы в учебных заведениях, так как потребность в выпускниках, которые будут лучше интегрированы в трудовую жизнь, была признана ключевым политическим вопросом. Реализация метода включала межсекторальное сотрудничество с администрацией охраны труда, которая имела опыт в методологии. Был разработан новейший метод для повышения психологической устойчивости сотрудников и их психического здоровья в меняющихся условиях (32).

Четыре рандомизированных направленных исследования показали, что повышение уровня готовности во время таких переходов приводит к лучшим результатам карьеры и психического здоровья, особенно среди людей, подверженных риску депрессии. Эти групповые методы были опубликованы и широко распространены на практике. Финский институт охраны здоровья на производстве (FIOH) осуществлял обучение групп инструкторов в бюро по трудоустройству, школах и рабочих организациях, а также распространял публикации о методе. В общей сложности, более 1300 инструкторов прошли подготовку и более 60 000 человек приняли участие в обучении.

Соединенное Королевство представляет собой пример, в котором последовательные усилия в конечном итоге привели к межправительственной стратегии укрепления психического здоровья. Исследования и постоянная пропаганда (внутри и за пределами правительства) с конца 1980-х годов наконец создали условия, в которых стало возможным рассмотреть этот вопрос правительственной группой экспертов. Программа Форсайт, реализованная британским правительством, выступает в качестве аналитического центра по вопросам науки и техники. При использовании наилучших имеющихся методов прогнозирования для оценки долгосрочных перспектив развития, Форсайт ставит своей задачей оказание помощи политикам в разработке стратегий по выявлению потенциальных рисков и возможностей для лучшего управления ими. Проекты проводятся под руководством Государственного ведомства по вопросам науки Соединенного Королевства и носят междисциплинарный характер.

Проект Форсайт в области интеллектуального капитала и психического благополучия был начат в 2006 году и проходил до осени 2008 года. Он был реализован для поиска решения тех проблем, с которыми Соединенное Королевство, как и все другие страны, сталкивается в быстро меняющемся мире. К этим проблемам относятся демографическое старение, меняющийся

характер мировой экономики и рабочих моделей, ожидания, отношения и ценности, которые изменятся в связи с этими факторами. Целью проекта было предоставление британскому правительству информации о том, как достичь наилучшего возможного психического развития и психического благополучия для всех, используя наилучшие имеющиеся методы прогнозирования возможностей и проблем, возникновение которых возможно в последующие 20 лет в стране и за ее пределами. Проект Форсайт рассмотрел воздействия этих проблем на интеллектуальное развитие населения и его психическое благополучие. Более 400 ведущих экспертов и заинтересованных сторон из разных стран мира были вовлечены в исследовательский процесс. Более 80 научных обзоров были проведены в широком диапазоне дисциплин, включающих экономику, социальные науки, нейронауки, генетику, психологию, психиатрию, образование и гигиену труда. В заключительном докладе использованы и разработаны идеи подхода “внимание ко всем этапам жизни”, демонстрирующие то, как благоприятные и неблагоприятные факторы могут изменять ход всей жизни¹. Полученные результаты широко обсуждались во всех государственных ведомствах и всеми заинтересованными сторонами, что привело к выработке в 2011 году межправительственной стратегии укрепления психического здоровья общества (33).

Таким образом, Проект Форсайт эффективно создал окно возможностей для побуждения государственных ведомств к рассмотрению вопросов укрепления психического здоровья во всех секторах. Диалог по вопросам психического благополучия продолжается в парламентских комитетах, в рамках общественных дебатов и статей в СМИ и все чаще находит свое отражение в стратегиях, направленных на укрепление общественного здоровья и в подготовке специалистов в различных секторах. Соединенное Королевство активно изучает методы для регулярного сбора информации о состоянии психического здоровья населения. Оценка воздействия политики на здоровье является полезным инструментом для обеспечения здоровья, включая психическое здоровье, и должна учитываться в процессе разработки политики. В действительности, любая государственная политика предоставляет окно возможностей, в котором можно рассматривать воздействия на психическое здоровье и возможности включения эффективных мер по укреплению психического здоровья в политические стратегии. Это потребует от политиков в области психического здоровья создания эффективного межправительственного сотрудничества и обоюдовыгодных связей с другими секторами и приложения усилий по ограничению ущерба психическому здоровью от политики и стратегий с потенциальным риском (34).

1 С основными выводами доклада можно ознакомиться на сайте (<http://www.foresight.gov.uk>).

8.4. Вопросы реализации

Пример Проекта Форсайт демонстрирует то, как анализ доказательной базы, реализованный под эгидой правительства, смог поднять вопросы укрепления психического здоровья на более высокий и более масштабный уровень, чем когда-либо прежде, захватив не только сектор здравоохранения, но и все государственные секторы.

Эффективное управление имеет решающее значение для реализации стратегии укрепления психического здоровья; благоприятный политический контекст имеет важное значение для обеспечения поддержания усилий по продвижению психического здоровья (35). Это означает включение вопросов укрепления психического здоровья не только в национальную политику и в стратегический план действий в области психического здоровья, но и в национальную политику здравоохранения и в стратегический план действий или стратегию реформы всего сектора здравоохранения. Это подразумевает выделение ресурсов на исследования, планирование, подготовку, реализацию и мониторинг выполнения. Таким образом, в секторе здравоохранения, необходимо будет учитывать укрепление психического здоровья в приоритетных научных исследованиях, информационных системах организации здравоохранения, в рамках развития человеческих ресурсов (базовая подготовка, углубленная подготовка и повышение квалификации для всех занятых в этой сфере кадров) и разработки услуг в системе оказания первичной медицинской помощи и специализированных медико-санитарных услуг. В сфере образования необходимо учитывать укрепление психического здоровья в национальной политике в области образования и стратегическом плане действий; в приоритетных научных исследованиях, информационных системах образования, при подготовке учителей, разработке учебных программ и школьных организационных вопросов. Это обеспечит гарантию того, что вопросы психического здоровья и психические заболевания будут учитываться вместе с вопросами общего здоровья в каждой политике, и будут включены в методику обучения персонала.

Пример Чжэцзян (пример 8.1) демонстрирует, как национальная политика в области образования может быть использована вместе с комбинированным стратегическим планом действий в области образования и здравоохранения в провинции, где исследования играют важную роль в анализе экспериментальных проектов, а учителя проходят обучение по вопросам здравоохранения и проводят психологические консультации. Аналогичные соображения применимы к секторам социального обеспечения, занятости, законодательному сектору, полиции, пенитенциарной службе, службе пробации и надзора, а также к службе защиты детей (36). Одним из потенциальных уроков из финского примера (пример 8.2) может стать

важность выбора точки приложения усилий (переходы и изменения в трудовой жизни) и необходимость включения политики в качестве неотъемлемой части в работу других секторов. Это также подчеркивает необходимость осознания потенциальных выгод для своих собственных целей другими секторами.

Необходимо мобилизовать политическую приверженность, чтобы придать вопросам укрепления психического здоровья более высокую приоритетность при разработке политики, включая политику, которая способствует пропаганде психически здорового образа жизни, трудовой и социальной среды. Как уже говорилось ранее, политическая приверженность в Соединенном Королевстве была обеспечена в результате совместных совещаний Государственного ведомства по вопросам науки с министрами, премьер-министром и главой Гражданской службы, а также в результате возложения на министерства ответственности по учету вопросов укрепления психического здоровья в своих стратегиях. Участие общественности имеет решающее значение для этого процесса, так как разработка политики должна основываться на улучшении информированности общества о выгодах от укрепления психического здоровья и от участия в укреплении психического здоровья как для социального здоровья, так и для здоровья и благосостояния всего общества в целом (37). Другими словами, необходимо повысить наглядность и значимость решения вопросов укрепления психического здоровья (36).

Исторически сложилось так, что гражданское общество и НПО сыграли большую роль в борьбе за улучшение прав человека и лечение людей с психическими заболеваниями. Они могли бы также принять успешное участие в поддержании мер по продвижению психического здоровья, но, в определенной степени, их деятельность отражает их ресурсную базу - общество пока не рассматривает пропаганду укрепления психического здоровья как одно из направлений благотворительной деятельности, достойное пожертвований, по сравнению с другими благотворительными акциями. Для правительств существуют убедительные доводы инвестировать в укрепление психического здоровья в качестве эффективной стратегии обеспечения здоровья и социально-экономической выгоды (Moodie and Jenkins) (38). План действий ВОЗ по охране психического здоровья в Европе (39) предлагает сделать охрану психического здоровья неотъемлемой частью общественного здравоохранения. Важность включения вопросов укрепления психического здоровья и его мониторинга в общую политику неразрывно связана со значимостью проблемы национальных компонентов, инфраструктуры поддержки и сервисных компонентов (Jenkins et al.) (36). Национальные аспекты политики охраны психического здоровья, которые необходимо учесть, включают законодательство, национальную стратегию, политические связи с другими правительственными ведомствами (например, в жилищном секторе, секторах занятости, образования),

механизмы реализации и подотчетности, потоки финансирования. Инфраструктура поддержки для политики охраны психического здоровья включает в себя стратегии по предоставлению медицинской информации, научные исследования и разработки, человеческие ресурсы. Сервисные компоненты политики охраны психического здоровья включают укрепление психического здоровья в школах и на рабочих местах, медицинские услуги, систему уголовного правосудия, местные сообщества и НПО.

Социально-экологический характер детерминант, определяющих психическое здоровье, требует межсекторального подхода, включающего создание партнерств и сотрудничества с целым рядом государственных ведомств, секторов, учреждений, организаций и общественных групп. Rowling и Taylor (40) описывают наиболее значительные составляющие межсекторального подхода как принятие единой терминологии для работы в различных секторах, партнерский подход к выделению и совместному использованию ресурсов, и укрепление потенциала человек–организация–сообщество. Основные возможности для строительства совместных партнерств включают в себя выбор организационной структуры для межсекторального сотрудничества, разработку общей миссии и ключевых целей, установление четких функций, обязанностей и четких каналов обмена информацией, участие всего сообщества путем широкого представительства, построение правоотношений, разработку совместного руководства, создание областей специализации и потенциала, активизацию деятельности и обеспечение управленческих навыков (28).

Реализация стратегий может потерпеть неудачу по причинам, включающим отсутствие целенаправленного и целевого подхода к планированию программ, реализации и оценке, отсутствие теории обоснования, недостаток внимания к выявленным в процессе исследований факторам эффективности, недостаточную предварительную оценку потребностей перед планированием, недостаточное расширение прав и возможностей, сотрудничества и участия заинтересованных сторон, проблемы повышения экспертных знаний, проблемы комплексного учета целого ряда защитных факторов и факторов риска на разных уровнях, и в разные моменты времени и, наконец, проблемы обучения и поддержки для лиц, ответственных за реализацию (28).

Пример 8.3. Информационная кампания по укреплению психического здоровья и прав людей с психическими заболеваниями в Египте

Nasser Loza, Fahmy Baghat

С 2006 по 2011 год Генеральный секретариат по вопросам укрепления психического здоровья при Министерстве здравоохранения и народонаселения Египта проводил пропагандистскую кампанию на тему: “Одно сообщество принимает всех”. Эта кампания была направлена

на повышение информированности египтян о природе психических заболеваний и изменение отношения к ним, освещение терапевтических подходов и прав людей с психическими заболеваниями. Эта кампания стала своевременной поддержкой для разработки, принятия и реализации в 2009 году законодательства о лечении людей с психическими заболеваниями. Уважение к правам людей с психическими заболеваниями может быть достигнуто только через уважение к пользователям услуг, а также к лицам, осуществляющим уход за ними, и к профессионалам.

Для охвата аудитории пропагандистская кампания использовала телевидение, короткие анимационные видео, уличные рекламные щиты, онлайн материалы, распространявшиеся через специальные веб-сайты, плакаты, семинары сообществ, печатные материалы для чтения и радиопрограммы. В одном из примеров кампании рассказывается о встрече между претендентом на рабочее место и менеджером по кадрам, где претенденту отказали в трудоустройстве на основании его психиатрического анамнеза. Пользователи услуг, лица, осуществляющие уход за больными, медсестры и психиатры приглашались на телевизионные ток-шоу. Египетская культура имеет традиционную духовную основу, поэтому обращение к справедливости вызвало желание защитить уязвимых в обществе.

Кампания проводилась в школах и университетах. Факультеты по подготовке специалистов в области СМИ включили эту идею в свои образовательные программы. Ассоциации студентов-медиков из 10 университетов организовали семинары и мероприятия по повышению информированности общества, включая велосипедное ралли по улицам Каира для повышения осведомленности о психическом здоровье. Профессиональные медиапродюсеры безвозмездно предоставили инструментальные наборы пропагандистских средств и режиссуру.

Программы для врачей, медсестер и социальных работников помогли обеспечить реализацию подхода с позиции прав человека, в соответствии с новым Законом о психическом здоровье. Средства пропаганды были подобраны для работы в центрах первичной медико-санитарной помощи. Крупные психиатрические больницы были открыты для сообщества, правозащитные организации были приглашены осмотреть их, а СМИ – сообщить об условиях жизни в них. Парламентарии, судьи, прокуроры, адвокаты и активисты приняли участие в информационно-просветительных мероприятиях и учебных семинарах, посвященных аспектам прав человека для пользователей услуг в психиатрических учреждениях.

Были сняты документальные фильмы с интервью пользователей услуг, а также проведена фотовыставка об условиях жизни в этих больницах. Самым эффективным аспектом этой кампании стала возможность для

Пример 8.3. (продолжение)

пользователей услуг быть услышанными. Пациент из больницы Абассиа был приглашен в парламент, чтобы рассказать о своем опыте пациента в психиатрическом стационаре в течение десятилетий. В сотрудничестве с Каирским университетом было проведено исследование для оценки воздействия проведенной кампании на египетское общество.

8.5. Заключение

Необходимость укрепления психического здоровья является важнейшим компонентом всей государственной политики во всех государственных и негосударственных секторах. Эта задача требует значительной политической приверженности и межсекторального сотрудничества. При помощи растущей доказательной базы и потенциала анализа индикаторов психического здоровья, ряд стран добились значительного прогресса в ее решении. Более существенные инвестиции в исследования по укреплению психического здоровья, вероятнее всего, будут иметь огромную значимость для всего общества.

Библиография

1. Herrman H et al. (2005). Introduction: promoting mental health as a public health priority. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, accessed 17 January 2013):2.
2. Kalra G et al. (2012). Mental health promotion: guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2):81–86.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). *How's life? Measuring well-being*. Paris, OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>, accessed 15 January 2013).
4. Keyes CL (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2):95–108.
5. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:9 (<http://www.cpmmentalhealth.com/content/1/1/9>, accessed 15 January 2013).
6. Evans GW (2003). Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59(3):475–500.

7. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
8. Lehtinen V et al. (2005). The intrinsic value of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, accessed 17 January 2013):46–58.
9. Jenkins R et al. (2008). *Mental health: future challenges*. London, The Government Office for Science (Foresight Mental Capital and Wellbeing Project).
10. Jenkins R et al. (2009). The British mental health survey programme: achievements and latest findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11):899–904.
11. Raphael B, Schmolke M, Wooding S (2005). Links between mental and physical health and illness. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, accessed 17 January 2013):132–147.
12. Roeser RW, Eccles JS, Freedman-Doan C (1999). Academic functioning and mental health in adolescence: patterns, progressions, and routes from childhood. *Journal of Adolescent Research*, 14(2):135–174.
13. Parker JDA et al. (2004). Academic achievement in high school: does emotional intelligence matter? *Personality and Individual Differences*, 37:1321–1330 (<http://learn.tkschools.org/jdock/Lists/Biology%201%201st/Attachments/331/personality%20and%20academic%20success.pdf>, accessed 17 January 2013).
14. Bond FW, Flaxman PE (2006). The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1/2):113–130.
15. Friedli L (2009). Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://wellbeingsoutheast.org.uk/uploads/FB602619-E582-778A-9979F5BB826FDE9B/Mental%20Health,%20Resilience%20and%20Inequalities.pdf>, accessed 17 January 2013).
16. Hosman CMH, Jané-Llopis E (2005). The evidence of effective interventions for mental health promotion. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, accessed 17 January 2013):169–188.
17. Knapp M, McDaid D, Parsonage M, eds. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. London, Department of Health.
18. Roberts G, Grimes K (2011). *Return on investment – mental health promotion and mental illness prevention*. London, Ontario, Canadian Policy Network at the University of Western Ontario.

19. People's Daily Online (2000). Quality education, focus of China's educational reform: NPC. *People's Daily Online*, 9 March 2000 (<http://english.people.com.cn/english/200003/09/eng20000309L101.html>, accessed 17 January 2013).
20. Whitman CV et al. (2008). Strategies to address mental health through schools with examples from China. *International Review of Psychiatry*, 20(3):237–249.
21. Aldinger C et al. (2008). Changes in attitudes, knowledge and behavior associated with implementing a comprehensive school health program in a province of China. *Health Education Research*, 23(6):1049–1067.
22. Aldinger C et al. (2008). Strategies for implementing health-promoting schools in a province in China. *Global Health Promotion*, 15(1):24–29.
23. Solin P, Lehto J (2011). Mental health in complex health promotion policy programmes: the contribution of programme evaluations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(3):255–261.
24. Zubrick SR, Kovess-Masfety V (2005). Indicators of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, accessed 17 January 2013):148–168.
25. Skeen S et al. (2010). “Mental health is everybody’s business”: roles for an intersectoral approach in South Africa. *International Review of Psychiatry*, 22(6):611–623.
26. United Nations General Assembly (2011). *Political declaration of the Highlevel Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. (A/66/L.1) Geneva (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1, accessed 15 March 2013).
27. WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva, World Health Organization.
28. Barry MM, Jenkins R, eds. (2007). *Implementing mental health promotion*. London, Elsevier.
29. Vuori J et al. (2002). The Työhön job search program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1):5–19.
30. Koivisto P, Vuori J, Nykyri E (2007). Effects of the school-to-work group method among young people. *Journal of Vocational Behavior*, 70(2):277–296.
31. Vuori J et al. (2008). Towards working life: effects of an intervention on mental health and transition to post-basic education. *Journal of Vocational Behavior*, 72(1):67–80.

32. Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P (2012). Effects of resourcebuilding group intervention on career management and mental health in work organizations: randomized controlled field trial. *Journal of Applied Psychology*, 97(2):273–286.
33. HM Government (2011). *No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London, Department of Health (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_123766, accessed 17 January 2013).
34. Ollila E (2010). Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 Suppl):11–18.
35. Scanlon K (2002). A population health approach: building the infrastructure to promote mental health in young people. In: Rowling L, Martin G, Walker I, eds. *Mental health promotion and young people: concepts and practice*. Sydney, McGraw Hill:56–69.
36. Jenkins R, Lahtinen V, Lahtinen E (2001). Emerging perspectives on mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1):8–12.
37. Bywaters J (2005). Carpe diem: seize the day. *Journal of Public Mental Health*, 4(1):7–9.
38. Moodie R, Jenkins R (2005). I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well, why should I? *Promotion and Education*, Suppl.2:37–41.
39. WHO (2005). *Mental health action plan for Europe: facing the challenges, building solutions*. Geneva, World Health Organization (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf, accessed 20 February 2013).
40. Rowling L, Taylor A (2005). Intersectoral approaches to promoting mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf, accessed 17 January 2013):264–283.

Сельское хозяйство, продовольствие и питание

Stuart Gillespie, Florence Egal, Martina Park¹

Ключевые идеи

- Неполноценное питание, как правило, наиболее распространено среди бедных сельских сообществ, которые больше всего зависят от сельского хозяйства в качестве источника средств к существованию.
- Во всем мире идет борьба с двойным бременем проблем недоедания с одной стороны и избыточного веса и ожирения с другой.
- Сельское хозяйство, питание и здоровье тесно переплетаются – в положительном и в отрицательном смысле – но стратегии и программы до сих пор работают в основном разрозненно.
- Устойчивое улучшение питания требует комплексного подхода, сочетающего сельскохозяйственные меры и меры в области общественного здравоохранения.
- Продовольственные и сельскохозяйственные меры с учетом гендерных аспектов, направленные на поддержание средств к существованию и улучшение доступа к разнообразным и питательным пищевым продуктам в бедных сельских сообществах должны быть объединены с профилактическими и клиническими мерами, предусмотренными сектором здравоохранения.
- Совершенствование управления на всех институциональных уровнях (с точки зрения укрепления межсекторального сотрудничества и согласованного принятия политических решений) должно быть подкреплено конвергенцией сельскохозяйственных услуг, услуг и

¹ Мы хотели бы поблагодарить Purnima Menon, Ruth Butao и Andreas Groetschel за проведение тематических исследований, а также Mara van den Bold (Международный исследовательский институт продовольственной политики (IFPRI)) за ее ценный вклад и поддержку. Работа Stuart Gillespie финансировалась консорциумом программных исследований “Transform Nutrition” при поддержке британского правительства. Мнения, выраженные в этой главе, не обязательно отражают официальную политику британского правительства.

программ в области питания и здравоохранения на уровне различных сообществ, с полным учетом местных приоритетов и потребностей.

- В последние годы наблюдается тенденция к более согласованной, информированной направленности на борьбу с неполноценным питанием, которая принимает во внимание его многочисленные причины и стремится стимулировать различные секторы к совместной работе. Всемирное движение за улучшение качества питания (Scaling Up Nutrition, SUN) и “Первые 1000 дней жизни” являются характерными тому примерами.

9.1. Введение

Питание является основополагающим фактором в развитии человека и страны в целом, а также в достижении всех основных социальных и экономических целей, включая ЦТР. Неполноценное питание в ранний период жизни является причиной 35% детской смертности в возрасте до пяти лет, снижает когнитивные процессы, существенно повышает вероятность жизни в нищете в зрелом возрасте, повышает риск болезней и смертности во время беременности и родов как для матерей, так и для детей. Все чаще в более бедных частях земного шара страны сталкиваются с тем, что называют двойным бременем неполноценного питания, – острое и хроническое недоедание и дефицит микроэлементов среди одних групп населения, и чрезмерное потребление высококалорийных пищевых продуктов в других; обе проблемы являются признаками неправильного питания (1). НИЗ, многие из которых возникают или усугубляются избыточной массой тела, быстро набирают силу.

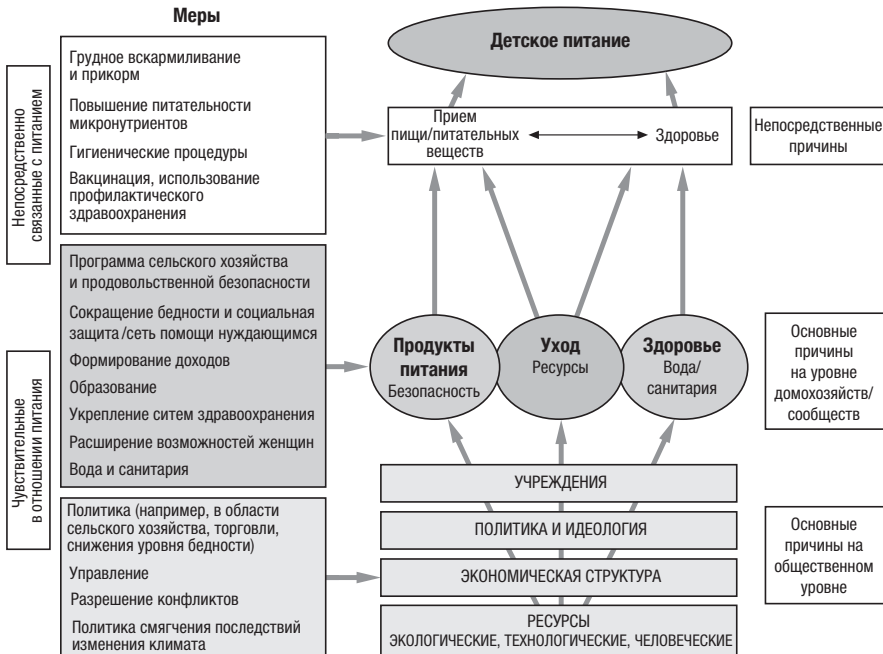
Неполноценное питание демонстрирует постоянную тревожную глобальную тенденцию: почти 200 млн детей в мире в возрасте до пяти лет отстают в развитии. В Индии проживает более одной трети всех недоедающих детей и, при нынешних темпах прогресса, Индия сможет достичь показателей ЦТР по сокращению недостаточного веса только в 2043, а не в 2015 году (2). Последние данные Постоянного комитета Организации Объединенных Наций по проблемам питания (UNSCN) показывают, что из 42 африканских стран только 18 продемонстрировали улучшение ситуации с пониженным весом, а в 14 – ситуация ухудшилась (3). Такое положение вещей недопустимо и одновременно озадачивает – анализ фактов может помочь объяснить отсутствие прогресса.

Концептуальная основа, инициатором которой стал ЮНИСЕФ в начале 1990-х годов (рис. 9.1), четко определяет детерминанты неполноценного питания на разных уровнях и типы секторальных ответов, которые могут быть подходящими для эффективного реагирования. Так как неполноценное питание является конечным продуктом взаимодействия

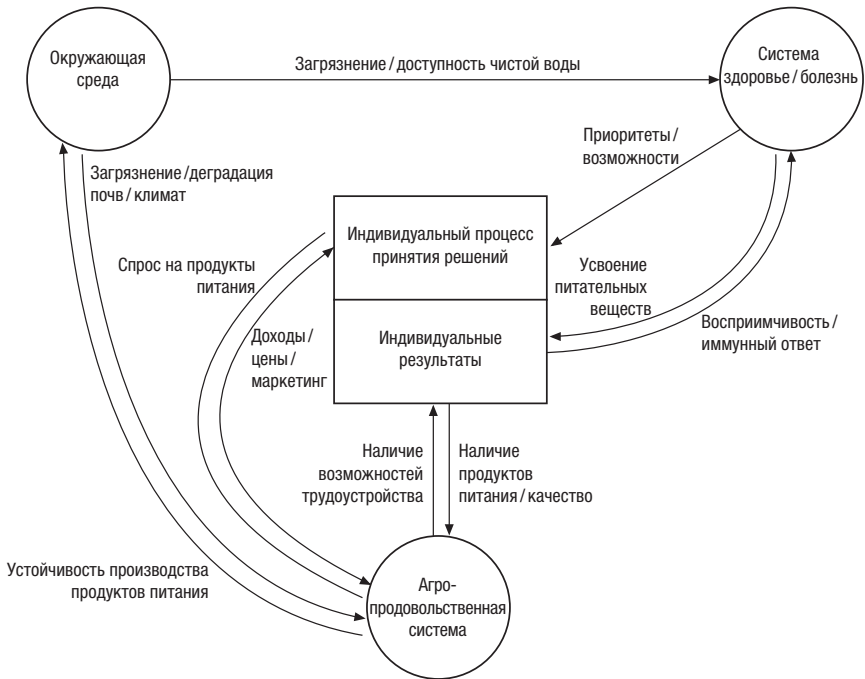
целого ряда факторов, сгруппированных в такие категории, как продукты питания, здоровье и уход, то решение проблемы неполноценного питания потребует интеграции продовольственной безопасности, здравоохранения (включая водоснабжение, санитарию и гигиену) и социальной защиты. Это многогранная проблема, требующая многосекторальных решений. На рис. 9.2 показано взаимодействие четырех систем – агропродовольственной, окружающей среды, здоровья/болезни и, самое главное, системы принятия решений на индивидуальном уровне и уровне домохозяйств.

Питание все чаще воспринимается как основная проблема развития, а сельское хозяйство и здравоохранение как предпосылки для полноценного питания, но оба сектора, как правило, не обращают на это внимания. Сельское хозяйство производит продукты питания и является основным источником средств к существованию для большинства бедного населения мира, которое, в свою очередь, является наиболее уязвимым для заболеваний и неполноценного питания. Взаимоотношение сельского хозяйства и здравоохранения двустороннее: сельское хозяйство влияет на здоровье, и наоборот. Процесс и результаты сельскохозяйственного производства (включая материалы для строительства домов, биоэнергию для приготовления пищи и обогрева, лекарственные растения) могут влиять на состояние здоровья как занятых в сельскохозяйственном производстве, так и широких слоев населения, – как положительно, так и отрицательно.

Рис. 9.1. Концептуальная основа факторов и детерминант неполноценного питания



Источник: адаптировано из UNICEF, 1990 г. (4).

Рис. 9.2. Системная основа продовольственной безопасности и питания

Источник: Hammond & Dubé, 2012 г. (5).

Сельское хозяйство способствует обеспечению средств к существованию и продовольственной безопасности путем прямого производства продуктов питания, а также получения дохода, который может быть потрачен на приобретение продуктов питания, образование и здравоохранение, благоприятствующих обеспечению полноценного питания. Инициатива TANDI Международного исследовательского института продовольственной политики (IFPRI) по обеспечению продовольственной безопасности и полноценного питания подчеркивает поиск компромиссов, особенно в отношении роли женщин в сельском хозяйстве. Полноценное питание женщин и детей может пострадать, если рост спроса на женский сельскохозяйственный труд не будет сочетаться с увеличением участия женщин в принятии решений и распределении домашних ресурсов, в том числе времени (6). Полноценное питание тесно связано с гендерными различиями. Однако, как сектор сельского хозяйства, так и сектор здравоохранения продолжают рассматривать пол в узком контексте: сектор здравоохранения с точки зрения репродуктивной роли женщин, а сельскохозяйственный сектор – с продуктивной (см. главу 3).

Также как и неполноценное питание, сельское хозяйство связано со многими серьезными заболеваниями, включая малярию, ВИЧ/СПИД, заболевания пищевого происхождения, хронические заболевания, связанные с питанием, а также вредными для здоровья условиями труда.

Сельское хозяйство может способствовать как распространению, так и сокращению этих проблем для здоровья. И наоборот, неполноценное питание и нездоровье имеют огромное значение для сельского хозяйства, так как влияют на рыночный спрос и предложение сельскохозяйственной продукции. Сельскохозяйственные работники, не получающие полноценного питания и/или имеющие проблемы со здоровьем, не могут выдерживать полноценные нагрузки. Это сокращает их производительность труда и доход, и способствует их попаданию в порочный круг нездоровья и бедности, а также ставит под угрозу продовольственную безопасность и экономическое развитие широких слоев населения. Успешная политика в области здравоохранения имеет преимущества для сельского хозяйства, так как она предоставляет социальную защиту для работников от потери дней (и дохода) по болезни, хронической потере трудоспособности или смерти (7).

Экологические изменения, такие как глобальное потепление, опустынивание и потери агробиоразнообразия, а также все более широкое использование продовольственных культур для непродовольственных целей перед лицом энергетического кризиса, еще больше ставят под угрозу продовольственную безопасность. Одновременно с этим, продовольственные системы трансформируются с беспрецедентной скоростью, под влиянием глобальных экономических и социальных изменений и маркетинговых систем, требующих, чтобы производство продовольствия было интенсифицировано и стандартизировано. В то время как пейзаж агропродовольственного бизнеса продолжает быть весьма разнообразным, цепочки создания добавленной стоимости имеют тенденцию увеличивать влияние розничной торговли и супермаркетов, а не производителей. Как следствие, потребности розничной торговли в высоких стандартах безопасности пищевых продуктов, в прослеживаемости по всей цепочке создания добавленной стоимости, в стандартизации и стабильном снабжении, обычно приводят к сотрудничеству между несколькими крупными поставщиками и делают доступ мелких фермеров к глобальным рынкам более сложным. В конечном счете, эти процессы сопровождаются прогрессирующей маргинализацией сельского хозяйства семейного типа, деградацией и утратой (агро)биоразнообразия. Это еще больше ставит под угрозу обеспечение продовольственной безопасности сельскохозяйственными производителями и полноценного питания в развивающихся странах. Однако, мелкие фермеры продолжают играть ключевую роль в обеспечении местных рынков свежей и доступной по цене сельскохозяйственной продукцией. Национальная политика должна реагировать на потребности многочисленных и часто противоречивых друг другу структур управления (8), находя баланс между поддержкой связи сельскохозяйственных производителей с глобализованными цепочками создания добавленной стоимости и удовлетворением потребностей в разнообразных и свежих продуктах питания на «традиционных» местных рынках.

Однако, последствия глобализации цепочек создания добавленной стоимости выходят далеко за пределы системы сельскохозяйственного производства. Появление точек быстрого питания и супермаркетов, интенсификация рекламы и маркетинга сравнительно дешевых промышленных товаров, прямые иностранные инвестиции в развивающиеся страны, а также ускорение урбанизации часто приводят к изменениям в моделях питания, в частности, к общему увеличению потребления высококалорийных продуктов. Связанные с этим изменения в образе жизни и профессиональных шаблонах приводят к переходу от домашнего приготовления пищи к употреблению заранее приготовленных или готовых к употреблению блюд. Они часто употребляются вне дома, что, в сочетании со снижением физической активности, приводит к росту ожирения и связанных с питанием хронических заболеваний (9).

С учетом вышесказанного, в этой главе рассматривается основной вопрос – каким образом можно осуществить сближение сельского хозяйства, здравоохранения и других секторов в целях наиболее эффективного и устойчивого решения проблемы неполноценности питания.

Недавние усилия способствовали расширению масштабов мер, основанных на фактических данных², но были предприняты лишь ограниченные усилия для решения институциональных проблем, которые окружают сближение секторов, имеющих отношение к решению проблемы полноценного питания. Секторальная политика должна принимать во внимание вопросы питания (то есть стать чувствительной в отношении питания) и быть сформулированной таким образом, чтобы обеспечить населению необходимую комплексную поддержку. Большинство стран не использует потенциал аграрного сектора для решения проблемы неполноценного питания, о чем говорится далее в этой главе. Более того, если секторы сельского хозяйства и пищевой промышленности будут более тесно сотрудничать с сектором здравоохранения, растущий уровень распространения НИЗ, связанных с питанием, и преждевременной смертности может быть снижен за счет улучшения качества питания и здорового образа жизни. Развитие мировой продовольственной системы в прошлом веке позволило обеспечить ряд таких преимуществ для потребителя, как более широкий выбор продуктов, большее разнообразие питания и более низкую стоимость. Но сектор сельского хозяйства и продуктов питания должен гарантировать, что потребители смогут иметь доступ к надлежащему сочетанию местных, менее обработанных и культурно приемлемых продуктов для обеспечения разнопланового и устойчивого питания.

2 См. журнал "The Lancet", серия публикаций, посвященная вопросам неполноценного питания матерей и детей, 2008 год (<http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>).

9.2. Насколько “чувствительны в отношении питания” сельскохозяйственная политика и программы в регионах, наиболее сильно страдающих от неполноценного питания

Малочисленные сельскохозяйственные и экономические исследования, оценивающие воздействие сельского хозяйства на результаты питания, отражает разрыв между производством продовольствия и потреблением продуктов питания. Исследования показывают, что коммерциализация сельского хозяйства эффективно способствует увеличению доходов и расходов на продукты питания, но не обеспечивает полноценного питания детей. Однако, важно отметить, что это часто объясняется тем, что разработчики проектов и эксперты оценки часто не в состоянии оценить *нутритивный аспект* воздействия своих мер и ограничиваются в своих анализах лишь воздействием на доступность продуктов питания или семейный доход. Недавний комплексный обзор показал, что сельскохозяйственные меры сами по себе практически не оказывают никакого воздействия на нутритивный статус ребенка (Masset et al.) (10). Но в отличие от предыдущих обзоров, авторы объясняют этот результат отсутствием статистических возможностей в исследованиях, использованных в рамках проведения обзора, а не недостаточностью эффективности этих мер.

Становится очевидной необходимость большего количества и лучшего качества оценок, чем те, которые просто анализируют увеличение производства, доступность продуктов питания и получение доходов. Политики, организации-доноры и специалисты-практики должны гарантировать, что оценка воздействий проектов и программ будет фокусироваться на воздействии на питание, или хотя бы принимать во внимание вопросы продовольственного потребления. Движение, основанное на правах человека (в частности, праве на питание) также должно стремиться к продвижению оценки воздействия сельскохозяйственной политики на благосостояние людей и сделать заинтересованные стороны в области сельского хозяйства и производства пищевых продуктов ответственными за улучшение качества продуктов питания и предотвращение негативного воздействия на здоровье.

На протяжении многих десятилетий корреляция между доходом и неполноценным питанием рассматривалась в основном с точки зрения положительного влияния экономического роста на решение проблемы неполноценного питания (11). В последнее время многие заинтересованные стороны, включая Всемирный банк, признают, что этот механизм работает более надежно наоборот: полноценное питание стимулирует экономическое развитие (12). Последнее межстрановое исследование влияния экономического и сельскохозяйственного роста

на нутритивный статус детей сначала рассматривает производственные секторы – сельское хозяйство и несельскохозяйственную сферу – как важные связующие каналы между общим экономическим ростом и полноценным питанием (13), затем социальный сектор – здравоохранение, образование и планирование семьи. В исследовании делаются выводы, что: (а) быстрый экономический рост является необходимым условием для устойчивого сокращения недоедания на более низких уровнях развития; (б) *за исключением Индии* (см. пример 9.1), сельскохозяйственный рост имеет тенденцию быть более чувствительным в отношении питания, чем несельскохозяйственный; и (с) развитие, чувствительное в отношении питания, требует социальных инвестиций в здравоохранение, образование и планирование семьи, а также сокращения масштабов нищеты.

Пример 9.1. *Неполноценное питание в Индии: от осознания проблемы к поиску решений*

Purnima Menon

Между 1992 и 2005–2006 годами три раунда национальных исследований в Индии привлекли внимание к широкой распространенности и медленному сокращению масштабов неполноценного питания детей. Данные индийских исследований показывают, что в большинстве случаев задержка роста и развития ребенка происходит в первые два года жизни. Это связано со слабым усвоением питательных веществ организмом ребенка, явившимся результатом неполноценного питания матери во время беременности, внутриутробной задержки развития, а также неудовлетворительного ухода и кормления в послеродовой период. Исследования также показали высокий уровень раннего истощения, а также недостаток средств для решения проблемы неполноценного питания.

В индийском политическом пространстве данные национальных исследований совместно с общей глобальной политической средой, акцентирующей внимание на важности продовольственной безопасности и полноценного питания, привели к тому, что неполноценное питание стало рассматриваться как серьезная национальная проблема, решение которой нуждается в обновлении стратегической направленности. С 2008 года научные и политические круги Индии, заинтересованные в проведении программ по обеспечению полноценного питания, выработали консенсус по решающему значению качества питания ребенка в первые 1000 дней его жизни. Это привело к тому, что данная возрастная группа стала приоритетным направлением для расширения прямых вмешательств в область питания. Одновременно с этим возникло понимание того, что решение проблемы неполноценного питания требует внимания к лежащим в ее основе факторам (например,

к бедности, положению женщин, водоснабжению и канализации) через согласованные многосекторальные действия, в дополнение к увеличению прямых вмешательств в вопросы здоровья и полноценного питания. В течение последних двух лет в ряде совещаний на национальном уровне приняли участие заинтересованные стороны из разных секторов, что привело к созданию межведомственной группы по вопросам питания и выработке согласованных действий для различных министерств.

“Комплексные услуги по развитию детей” и “Миссия национального здравоохранения в сельских районах” – две крупные действующие национальные программы, имеющие проект и план проведения мероприятий, включающие все ключевые меры по обеспечению полноценного питания, рекомендованные мировым сообществом. Однако фактическая *реализация* этих мер остается первостепенной и трудноразрешимой задачей на пути решения проблемы неполноценного питания. В свою очередь, решение этой проблемы зависит от возможностей штата, округа или района адаптировать и расширить масштабы мер. Препятствия на пути прогресса в современном контексте включают административные проблемы, связанные с реализацией на местах, обучением и контролем действий рядовых работников и их руководителей, определением стратегий для приведения вопросов предоставления услуг под ответственность министерств, занимающихся реализацией этих мер, созданием улучшенной системы подотчетности для предоставления услуг и повышенного спроса на услуги в общинах. Кроме того, многие необходимые меры по обеспечению полноценного питания (например, кормление детей грудного и раннего возраста) зависят от условий среды и имеют поведенческий характер, требуют разработки инновационных стратегий по предоставлению консультационных услуг и формированию норм сообщества.

В Индии весьма децентрализованный социально-политический и разнообразный социально-культурный контекст в штатах, округах и в религиозных, экономических и этнических общинах. В связи с этим имеются значительные сложности в решении поведенческих проблем и их основных причин, имеющих отношение либо к здоровью, либо связанных с питанием. Однако, существующая политика и программы способствуют решению этих проблем при совместном участии заинтересованных сторон.

Некоторые исследования подчеркивают необходимость инвестиций в несколько секторов одновременно (D. Heady) (13), другие демонстрируют важность объединения секторов образования и сельского хозяйства для искоренения проблемы неполноценного питания. Ruel (14) демонстрирует,

что меры, не включавшие в себя компонент полноценного питания–образования не смогли оказать существенного воздействия на решение проблемы полноценного питания. Соответственно, меры, включавшие образование, социальный маркетинг и кампании в СМИ вместе с инициативами по фермерскому производству пищевых продуктов продемонстрировали хорошие результаты. Аналогичным образом, сельскохозяйственные меры с инвестициями сразу в несколько видов капитала (например, человеческий, физический, финансовый, природный, социальный) давали весомые результаты в области улучшения питания (Berti et al.) (15). Обзор воздействия мер по исправлению ситуации с питанием, стимулирующих производство животной пищи, показал, что меры, связанные с заметным улучшением рациональных норм питания и нутритивного статуса, имели по крайней мере, одну из двух ключевых характеристик: женщины играли важнейшую роль в реализации меры, и/или меры включали в себя компонент питания–образования (16; см. также главу 3). Эти выводы отражены в Обзоре Всемирного банка, где документально подтверждается широкий спектр успешных сельскохозяйственных мер, которые способствовали улучшению результатов питания (17). Из всех этих исследований можно сделать вывод, что одного улучшения качества сельскохозяйственной продукции недостаточно, чтобы обеспечить полноценность питания. Этот процесс должен быть одновременно дополнен мерами по решению других детерминант питания, таких как образование, укрепление здоровья, улучшение водоснабжения и санитарии, обеспечение гендерного и социального равенства.

9.3. Каким образом “чувствительность в отношении питания” является политической и институциональной средой, которая лежит в основе сельскохозяйственной политики и практики

Сельское хозяйство было изначально направлено на обеспечение питанием семей и общин. Движимая макроэкономическим планированием, преобладающая модель сельскохозяйственного развития делает связь между человеком и потреблением продуктов питания все более хрупкой и зачастую довольно дистанцированной. Задача сектора здравоохранения – предотвращение или лечение болезней, он становится все более изолированным от культуры и окружающей среды. Неполющенное питание порождается факторами, относящимися к компетенции этих двух (и других) секторов, однако зачастую эти два сектора работают независимо друг от друга. Возможности для создания взаимовыгодных решений путем разработки совместной политики и согласованного принятия решений и программ, часто упускаются, так как ни один из секторов не рассматривает другой как ключевого партнера для достижения секторальных или национальных целей

развития (включая ЦТР). Это связано частично с отсутствием базового понимания звеньев проблемы и потенциальных решений, частично с конфликтами в политике или институциональными препятствиями. О людях часто забывают, так как доминируют замкнутое мышление и линейные структуры стимулирования. Сельскохозяйственная политика рассматривает вопросы рационального использования природных ресурсов, источников средств к существованию для фермеров, продовольственной безопасности и безопасности пищевых продуктов. Политика в области общественного здравоохранения, как правило, сосредоточена на оказании услуг по профилактике и лечению заболеваний в рамках систем, основанных на медико-санитарной помощи. Сельское хозяйство по-прежнему слишком часто движимо целесообразностью экономического развития, а здравоохранение – лечением и профилактикой заболеваний.

Многие специалисты в сфере сельского хозяйства и здравоохранения (и за его пределами) продолжают поддерживать упрощенное мнение, что сельское хозяйство занимается цепочками сбыта и производством, а здоровье – воспроизводством. Существующие стимулирующие меры смещены в сторону конкуренции за финансирование между недообеспеченными министерствами, а не в сторону совместной работы. Даже там, где политика и планы явно указывают на необходимость межсекторальных действий, реализация, как правило, возвращается к работе секторальных систем и процедур. Это усугубляется акцентом на национальную политику, которая отвергает местные особенности, а также увеличением количества программ, спускаемых сверху, которые дублируют друг друга, усугубляют пуганицу и создают дополнительные нагрузки на существующие институты. Отсутствие более системного подхода отражается и закрепляется процедурами, которые не дают возможность осуществлять необходимое междисциплинарное сотрудничество, микро-и макро связи и подотчетность (см. вставку 9.1). В перспективе необходимо более целенаправленно способствовать обеспечению единого межсекторального понимания, которое перейдет в комплексную реализацию мер, имеющих более значительный эффект.

В последние годы на глобальном уровне произошли позитивные изменения по вопросам обеспечения полноценного питания. Всемирное движение за улучшение качества питания (SUN)³ является всеобъемлющей инициативой с участием ряда партнеров, которое набирает силу: 34 страны присоединились к Движению, и за ними, вероятно, последуют другие. Движение SUN особенно актуально, поскольку оно признает важность таких секторов, как сельское хозяйство, в борьбе с недоеданием в глобальном масштабе. Движение “Первые 1000 дней жизни”⁴ является еще одним примером.

³ Дополнительная информация на сайте www.scalingupnutrition.org.

⁴ Относится к значимому периоду (первые 1000 дней) в жизни ребенка, от зачатия до второго дня рождения, когда его/ее питание должно быть организовано так, чтобы избежать последствий во взрослой жизни (www.thousanddays.org).

Вставка 9.1. Укрепление связей между сельским хозяйством, питанием и здоровьем: основные препятствия и задачи

- Различия в парадигмах, мировоззрении, мышлении и профессиональной терминологии.
- Преобладающая вертикальная ориентация финансирования, бюджетного контроля, организационного/секторального планирования, мониторинга и отчетности.
- Межсекторальные вопросы остаются незамеченными, если они не заложены в системы мониторинга и оценки.
- Конкурирующие приоритеты, стимулирование (например, критерии стимулирования) и процессы принятия решений.
- Сложные процессы взаимодействия.
- Ограниченность потенциала, включая: (а) быстрый оборот персонала (технического, административного, политического), препятствующий созданию межсекторальных связей, и (б) устаревшие, монофокальные подходы к подготовке специалистов в области развития в университетах и других учреждениях.

Источник: Gillespie, von Braun & Ruel, 2008 г. (7).

9.4. Основные уроки и направление дальнейших действий

Успешное и устойчивое улучшение питания для ведения активного и здорового образа жизни требует комплексного подхода, сочетающего быструю отдачу и долгосрочные меры в соответствующих секторах (особенно в секторах сельского хозяйства и здравоохранения). Меры в области сельского хозяйства и продуктов питания должны быть (пере) разработаны таким образом, чтобы улучшить доступ к питанию и его наличие в самых уязвимых для полноценного питания местах со скудным набором продуктов питания, и в то же время обеспечить надежность средств к существованию и возможности для семей кормить и заботиться о своих маленьких детях (см. главу 6).

Для того, чтобы реализовать потенциальные взаимные выгоды согласованной политики и программ между секторами сельского хозяйства, питания и здравоохранения, необходимо использовать определенные ключевые составляющие и процессы. Восемь из них определены ниже (18).

1. Создание *инклюзивной среды*, с самого начала объединяющей всех релевантных партнеров, для укрепления сотрудничества между секторами. Межсекторальные органы играют особую роль, поэтому необходимо обеспечить тесные связи между ними и привлеченными партнерами. В Малави и в Афганистане (см. примеры 9.2 и 9.3) создание межсекторального и межведомственного органа на высоком политическом уровне было определено в качестве одного из ключевых факторов для обеспечения межсекторального сотрудничества на всех уровнях и для пропаганды мер,

чувствительных в отношении питания и непосредственно связанных с питанием, среди всех заинтересованных сторон.

2. *Управление* является одним из ключевых факторов. Как показал опыт Малави, необходимо наличие сторонников полноценного питания, которые смогут четко, убедительно и профессионально перевести факты в действия.
3. Участвующие партнеры должны определить *четкие цели и формы сотрудничества*, с которыми они все согласны. Возможности и благоприятные ситуации (например, окна возможностей) для сотрудничества должны быть использованы, применяя подходы по преодолению препятствий, а также стратегии управления рисками.
4. Разный образ мышления, ценности и терминология по секторам требуют пристального внимания к развитию *междисциплинарной системы связи*, разработанной на основе общих целей, общих ценностей и принципов, общих представлений о справедливости знаний, и на основе фактических данных.
5. Индивидуальный, организационный *потенциал* и потенциал системного уровня должны быть усилены и упорядочены по секторам. Организации могут достичь высокого уровня компетенции либо при наличии представителей и экспертов из различных секторов, либо при увеличении числа специалистов широкого профиля и экспертов, являющихся специалистами более чем в одном секторе. Как правило, командам необходимо время для того, чтобы сработаться и добиться определенной стабильности, с тем чтобы в дальнейшем обеспечить межсекторальное обучение для всех членов команды. Необходимо использование различных видов потенциала. Пример Индии показывает, что обсуждение вопросов полноценного питания на высоком уровне должно сопровождаться усилиями по укреплению потенциала для реализации программ.
6. Новые инициативы должны *стимулировать* специалистов в области развития думать и действовать межсекторально на всех уровнях, от национального до районного или ниже. Совместно согласованные и секторально совместимые планы и механизмы по мониторингу и оценке, связанные с единой системой подотчетности, имеют важное значение для успешного межсекторального сотрудничества. Также могут быть полезны новые или адаптированные методы установления приоритетов и ориентация на достижение результата.
7. На национальном и глобальном уровнях многосекторальные и междисциплинарные *стратегии* должны *регулярно пересматриваться*, опираясь на прогресс местных инициатив. Должен происходить обмен результатами, а стратегии должны корректироваться в соответствии с полученными данными.

8. *Обобщенный опыт* успешного межсекторального сотрудничества на всех уровнях должен быть синтезирован и распространен в кратчайшие сроки. Это включает воздействия, проблемы и трудности. Вставка 9.2 иллюстрирует обобщенный опыт ряда событий, обсуждавшихся на конференции IFPRI “Регулирование сельского хозяйства в целях улучшения питания и здоровья людей”, проходившей в Дели в 2011 году.

Вставка 9.2. *Сельское хозяйство, питание и здоровье: направление дальнейших действий*

В феврале 2011 года IFPRI созвал крупную международную конференцию: “Регулирование сельского хозяйства в целях улучшения питания и здоровья людей”. Более 1000 участников конференции собрались для того, чтобы рассмотреть фактические данные и использовать обобщенный опыт для поиска политических решений. Недавно были опубликованы основные документы этой конференции, в которых были сформулированы следующие основные выводы.

- *Заполнить пробелы в знаниях.* Получение дополнительной информации о том, как различные модели сельскохозяйственного роста влияют на питание и здоровье; инвестиции в научные исследования, системы оценки и образования, способные интегрировать информацию всех трех секторов; заполнение пробелов в знаниях в области управления на глобальном, национальном и местном уровнях.
- *Не навреди.* Смягчение рисков для здоровья, связанных с сельским хозяйством, вдоль цепочки создания добавленной стоимости; разработка мер в области здравоохранения и питания, способствующих повышению производительности сельскохозяйственного труда; внимательное рассмотрение воздействия производства или субсидий на потребление на питание и здоровье потребителей.
- *Поиск и расширение масштабов инновационных решений.* Расширение масштабов успешных мер; разработка программ в области сельского хозяйства, питания и здравоохранения с использованием межсекторального сотрудничества; включение вопросов питания в цепочки создания добавленной стоимости для продуктов питания; использование всех имеющихся рычагов для осуществления изменений; повышение грамотности потребителей в отношении питания и последствий пищевых предпочтений.
- *Создание условий для процветания сотрудничества.* Сосредоточение на усилении партнерских связей между сельским хозяйством, сектором питания и здравоохранения; создание механизмов взаимной подотчетности между тремя секторами; компенсация неэффективности рыночных механизмов; использование информационного обмена и пропаганды с целью обеспечения перемен.

Источник: Fan & Pandya-Lorch, 2012 г. (18).

Пример 9.2. *Чувствительная в отношении к питанию политика развития в Малави: объединение отраслевых подходов*

Ruth Butao

Несмотря на медленное улучшение, особенно в последнее десятилетие, в Малави продолжает отмечаться один из самых высоких уровней задержки роста и развития детей в мире: почти 50% малавийских детей – слишком низкорослые для своего возраста. Уровень смертности среди младенцев, детей в возрасте до пяти лет, а также матерей во время

беременности и во время родов очень высок. Несмотря на то, что теоретически имеется разнообразие продуктов питания, вклад основных сельскохозяйственных культур (особенно богарной кукурузы) составляет более половины от общего числа калорий в рационе питания большинства людей. Тот факт, что задержка роста детей в Малави выше, чем в соседних странах с равными доходами на душу населения, показывает, что этот феномен не может быть связан только с одной бедностью. Неудовлетворительная практика кормления новорожденных, младенцев и маленьких детей, традиционно высокий уровень бремени болезней, включая ВИЧ/СПИД, ограниченный доступ к безопасным, питательным и разнообразным продуктам питания являются основными факторами, сдерживающими прогресс Малави в достижении ЦТР-1.

В прошлом правительство Малави проявило сильную политическую волю в борьбе с недоеданием, объявив чувствительную в отношении питания политику развития одним из основных приоритетов всеобъемлющей среднесрочной политики страны. Еще одним преимуществом для страны явилось руководство вдохновенного борца за полноценное питание, доктора Mary Shawa – старшего секретаря по вопросам питания, ВИЧ и СПИДа, а с начала 2012 года Министра по делам женщин, детей и общественного развития. Малави была одной из первых стран, присоединившихся к инициативе SUN, в рамках которой правительство и финансовые доноры обязались выделять большее количество ресурсов для решения проблемы полноценного питания. Кроме того, Департамент питания и ВИЧ/СПИДа был помещен в здании Канцелярии президента и Кабинета, что придало ему большую значимость и создало политическую среду для комплексного подхода к вопросам полноценного питания. В качестве координирующего органа высокого уровня, Департамент питания и ВИЧ/СПИДа обеспечивает политическое и техническое руководство и поддерживает мобилизацию ресурсов в отношении питания. Вслед за проведенной IFPRI конференцией “Регулирование сельского хозяйства в целях улучшения питания и здоровья людей”, которая состоялась в Нью-Дели в начале 2011 года, Малави реализовала национальные меры по разработке комплексной стратегической правовой базы политики. Эти действия способствовали успешному переводу политической приверженности на высоком уровне в конкретные планы действий на более низких уровнях.

Две основные стратегии по обеспечению комплексного подхода к полноценному питанию в Малави включают в себя: (i) учреждение Департамента питания и ВИЧ/СПИДа как национального координационного механизма высокого уровня для интеграции чувствительной в отношении питания политики развития в работу ряда министерств (например, здравоохранения, сельского хозяйства и продовольственной безопасности, общественного развития, по

Пример 9.2. *(продолжение)*

гендерным вопросам и делам детей, образования, науки и технологии); (ii) содействие тесным контактам и сотрудничеству между различными общесекторальными подходами (ОСП). В то время как основное преимущество ОСП состоит в более тесных контактах заинтересованных сторон *внутри* сектора, зачастую мало внимания уделяется обеспечению связей *между* секторами. Усилия Малави по обеспечению сотрудничества между секторами включают создание ряда комитетов с участием представителей различных секторов. На сегодняшний день четыре из ОСП Малави (в секторах сельского хозяйства, здравоохранения, образования и гендерного равенства, развития молодежи) включили вопросы безопасности продуктов питания в свои соответствующие положения, определив конкретные задачи и меры, а также выделив бюджеты на решение проблем полноценного питания.

Национальная конференция по использованию потенциала сельского хозяйства для улучшения питания и здоровья населения Малави (2011 год), разработала рекомендации по усовершенствованию путей сотрудничества между секторами здравоохранения и сельского хозяйства. Наиболее важные из них: (i) создание единой правовой базы для интеграции вопросов питания в стратегии Министерства сельского хозяйства, ирригации и водных ресурсов, Министерства здравоохранения и Департамента питания и ВИЧ/СПИДа; (ii) усиление пропагандистской деятельности в отношении питания на уровне общин; (iii) использование передового опыта (в том числе знаний коренных народов и местных инициатив) и изучение возможностей для расширения масштабов его распространения.

Пример 9.3. *На пути к всеобъемлющей и последовательной политике продовольственной безопасности и полноценного питания для Афганистана*
Andreas Groetschel

Афганистан имеет один из наихудших показателей по продовольственной безопасности и полноценному питанию в мире. Модели производства на основе натурального хозяйства, низкая общая производительность труда, а также высокий уровень бедности в городских и сельских районах ставят две трети населения Афганистана в ситуацию отсутствия (или уязвимости к) продовольственной безопасности. Дети и женщины страдают больше всего.

Подходы к решению проблемы питания и продовольственной безопасности различны, принадлежат к сферам деятельности различных министерств и поддерживаются несколькими партнерами по развитию. Проблемы и проекты обсуждаются в различных технических рабочих

группах (кластерах) по исправлению ситуации с питанием и обеспечению продовольственной безопасности, с участием экспертов со стороны ООН и НПО. В государственных учреждениях многие сотрудники не понимают суть концепции и технических вопросов. В то же время, обязанности ответственных за продовольственную безопасность и полноценное питание не определены в составе полномочий на уровне министров. Координация правительства остается слабой и недостаточно институционализированной.

Сотрудничество на местном уровне базируется главным образом на неформальных (личных) отношениях. Учреждения и физические лица в провинциях и районах просто “знают друг друга”. Несмотря на то, что они не являются формальными, совместные действия представляют собой важную базу для приобретения опыта и извлечения уроков для принятия политических решений на национальном уровне, как внутри правительства, так и между партнерами по развитию.

К сожалению, повышение осведомленности, обучение и создание потенциала (особенно на уровне провинций или округов за пределами Кабула и столиц провинций) затруднено общей проблемой безопасности. Она влияет не только на сотрудничество с партнерами по развитию, но также на работу государственных чиновников, которые сталкиваются с трудностями во время поездок по стране. Ситуация еще более усугубляется сложностями культурного характера и ограничениями по работе и выезду за пределы своих общин для женского персонала.

Министерство здравоохранения недавно разработало Национальную стратегию в области здравоохранения и питания на 2010–2013 годы. Введение этой стратегии в действие было поддержано инициативой Всемирного банка разработать комплексные меры в области питания с планами действий для отдельных министерств. Министерство сельского хозяйства, ирригации и животноводства разработало национальную программу приоритетных мер (“Продукты для жизни”) для решения вопросов продовольственной безопасности и полноценного питания, которые относятся к сфере его полномочий. В то же время, Всемирная продовольственная программа ООН (ВПП) и Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО) оказывают помощь афганскому правительству в разработке комплексной политики продовольственной безопасности и питания (FNS) для Афганистана. Все три инициативы были начаты независимо друг от друга, под разным руководством и при поддержке различных партнеров.

Признавая: (а) трудности институционального сотрудничества на межведомственном уровне; (b) потенциально возможное взаимодействие между профилактическим, лечебным и пищевым подходом к здоровью; (с) необходимость единого направляющего и координирующего органа

Пример 9.3. *(продолжение)*

высокого уровня, все участвующие партнеры объединяют свои усилия под эгидой политики FNS. Это обусловлено институциональным руководством Канцелярии вице-президента и Технического секретариата FNS. Общая цель состоит в разработке согласованного и скоординированного подхода по сокращению продовольственной нестабильности и упрочению руководства правительства Афганистана в этой области. Это не сможет полностью компенсировать потребность в децентрализованной системе информирования и наращивании потенциала. Однако это будет способствовать увеличению вовлеченности государства, содействовать формированию инклюзивного подхода со стороны государственных учреждений, которые представляются более устойчивыми, чем внешние партнеры.

Составляющие и процессы, необходимые для того, чтобы сделать политику более чувствительной в отношении питания, хорошо известны, но многие правительства по-прежнему сталкиваются с проблемами, связанными с внесением вопросов безопасности питания в качестве неотъемлемой части в национальную политику (19). Общие руководящие принципы (см. вставку 9.3), применимые в различных национальных контекстах, могут оказать поддержку правительствам при разработке правовой базы для чувствительной в отношении питания сельскохозяйственной политики и помочь преодолеть трудности в решении этой сложной задачи вовлечения ряда игроков в работу над межсекторальным вопросом.

9.5. Заключение

Продовольственная и сельскохозяйственная политика играют важную роль в улучшении питания и здоровья и в сокращении уровня бедности. Но для реализации этих задач требуется более глубокое понимание взаимосвязи между сельским хозяйством, питанием и здоровьем.

Традиционно разработанная на глобальном и национальном уровне, продовольственная и сельскохозяйственная политика сформулирована с использованием макроподхода к увеличению наличия продуктов питания, с упором на поставку сырьевых товаров (в частности, зерновых культур) на агрегированном уровне за счет повышения производства продуктов питания, эффективности цепочек добавленной стоимости, а также за счет международной торговли. Незначительное внимание уделяется, если вообще уделяется, вопросам здорового питания, социальной справедливости и воздействия на окружающую среду. Потребностями бедных часто пренебрегают и, следовательно, сельское хозяйство не обеспечивает продовольственную безопасность. Искажения, повышение

уязвимости и учащение продовольственных кризисов являются результатами разрывов между производством и запасами продуктов питания, с одной стороны, и спросом и потреблением, с другой.

Вставка 9.3. *Руководящие принципы для создания чувствительной в отношении питания сельскохозяйственной политики*

Чувствительная в отношении питания сельскохозяйственная политика:

1. Увеличивает положительные/уменьшает отрицательные стимулы для производства питательных продуктов;
2. Увеличивает положительные/уменьшает отрицательные стимулы для диверсификации производства;
3. Увеличивает положительные/уменьшает отрицательные стимулы для экологически устойчивого производства;
4. Инвестирует в исследования с целью увеличения производительности труда в процессе производства питательных продуктов в условиях ограниченных ресурсов и разнотипных систем;
5. Инвестирует в сферу высшего образования, которое готовит будущих руководителей в области сельского хозяйства и полноценного питания;
6. Создает возможности сотрудникам министерств и работникам службы пропаганды для получения знаний о соответствующих взаимосвязях для их последующего распространения;
7. Способствует улучшению гендерного равенства при распространении знаний и подготовке кадров;
8. Обеспечивает предоставление информации о пищевых продуктах и режиме питания через школы, институты высшего образования и рынки;
9. Улучшает доступ мелких фермеров к контролируемым правительством рынкам, таким как рынок продовольственной помощи/социальной защиты, общественного питания (например, программам школьных обедов, больничным и рабочим столовым);
10. Улучшает инфраструктуру, необходимую для обеспечения доступа на рынки для мелких фермеров и других уязвимых групп, улучшает доступ к информации о рыночных ценах, избегает торговой политики, исключая доступ на рынок для мелких фермеров;
11. Создает стойкость к экономическим потрясениям через инфраструктуру и программы помощи нуждающимся;
12. Имеет институциональные механизмы и стимулы для координации с другими секторами, связанными с питанием (например, здравоохранения, социальной защиты, образования).

Источник: по материалам ФАО, 2013 г. (20).

В последние годы появились новые задачи, которые необходимо решать. Более половины населения земного шара живет в городах, а глобализация привела к беспрецедентному изменению моделей питания. Вместе с тем связи между городом и деревней не уделяется должного внимания. Систему продовольственной безопасности необходимо переориентировать таким образом, чтобы она приносила пользу и городским потребителям,

и сельским производителям. Волатильность цен на продовольствие оказывает влияние как на производителей, так и на потребителей, и усугубляется повторяющимися экономическими кризисами, а в какой-то мере и подпитывает их. Ухудшение состояния окружающей среды, утрата биоразнообразия, нехватка воды и изменение климата усугубляют хрупкость продовольственных систем. Краткосрочные ответные меры на возникающие кризисы продолжают находиться в отрыве от необходимых структурных решений.

Проблема неполноценного питания может быть устойчиво решена только с использованием более системных подходов. Наконец-то начинает формироваться всеобщий консенсус по вопросам необходимости создания устойчивых систем питания и объединения вопросов здоровья, справедливости и экологических проблем. Местные подходы, как правило, являются наиболее эффективной точкой входа для решения сложных вопросов, наполнения содержанием политики устойчивого развития и расширению возможностей людей и институтов. Нутритивный статус и состояние здоровья человека могут быть улучшены через применение местных знаний и опыта, использование возможностей и преодоление ограничений. Безопасные, устойчивые и здоровые режимы питания совместимы с устойчивым управлением природными ресурсами и социальной справедливостью.

Обеспечение гендерного равенства имеет первостепенное значение. Действительно, принятие всеобъемлющего гендерно-прогрессивного подхода к содействию сближению секторов сельского хозяйства и питания вероятно станет выгодным для всех. Различные пути и подходы необходимы для расширения возможностей женщин активно участвовать в процессе принятия решений, в частности по потреблению продуктов питания и выбору сельскохозяйственной продукции, которая будет выращиваться и/или приобретаться в домашнем хозяйстве. Если феминизация сельскохозяйственного труда будет все чаще сочетаться с феминизацией контроля над ресурсами и решениями домохозяйств, при условии защищенности собственного нутритивного статуса женщин, уровень неполноценного питания детей будет снижаться.

Межсекторальное сотрудничество имеет принципиальное значение для того, чтобы сделать сельское хозяйство более чувствительным в отношении питания. Это потребует изменений в работе институтов, имеющих отношение к продовольствию и питанию, в стимулировании, в режимах планирования, разработке стратегий, реализации, мониторинге и оценке. Более высокий приоритет должен быть отдан формированию действенных знаний на местном уровне, а также оценке воздействий в целом. Показатели, относящиеся к питанию, должны регулярно учитываться в системах контроля и оценки сельскохозяйственной

деятельности, чтобы усилить связи между сельским хозяйством и питанием населения, укрепить подотчетность и чувствительность при увеличении числа участников. Лучшее питание и более здоровое сельское хозяйство являются взаимодополняющими целями, которые становятся все более важными в процессе перехода к миру “после ЦТР.”

Библиография

1. Gillespie SR, Haddad LJ (2003). *The double burden of malnutrition in Asia: causes, consequences, and solutions*. New Delhi, Sage Publications.
2. UNICEF (2009). *Tracking progress on child and maternal nutrition: a survival and development priority*. New York, United Nations Children’s Fund (http://www.unicef.pt/docs/Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf, accessed 18 January 2013).
3. UNSCN (2010). *Progress in Nutrition: 6th Report on the World Nutrition Situation*. Geneva, United Nations Standing Committee on Nutrition (http://www.unscn.org/files/Publications/RWNS6/report/SCN_report.pdf, accessed 21 March 2013):42.
4. UNICEF (1990). *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. (Policy Review Paper E/ICEF/1990/L.6). New York, United Nations Children’s Fund (http://www.ceecis.org/iodine/01_global/01_pl/01_01_other_1992_unicef.pdf).
5. Hammond RA, Dubé L (2012). A systems science perspective and transdisciplinary models for food and nutrition security. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(31):12356–12363.
6. Gillespie S, Kadiyala S (2012). Exploring the agriculture-nutrition disconnect in India. In: Fan S, Pandya-Lorch R, eds. *Reshaping agriculture for nutrition and health*. Washington DC, International Food Policy Research Institute:173–182.
7. Gillespie S, von Braun J, Ruel M (2008). *Building bridges between agriculture and health. Paper prepared for the Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako*. Geneva, TropIKA.net (<http://www.tropika.net/specials/bamako2008/background-documents/>, accessed 18 January 2013).
8. Lee J, Gereffi G, Beauvais J (2012). Global value chains and agrifood standards: challenges and possibilities for smallholders in developing countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(31):12326–12331.
9. Kennedy G, Nantel G, Shetty P (2004). Globalization of food systems in developing countries: a synthesis of country case studies. In: Food and Agriculture Organization of the United Nations, ed. *Globalization of food systems in developing countries: impact on food security and nutrition*. Rome (FAO Food and Nutrition Paper 83):1–25.

10. Masset E et al. (2011). *A systematic review of agricultural interventions that aim to improve nutritional status of children*. London, EPPi-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education.
11. Alderman H (2012). The response of child nutrition to changes in income: linking biology with economics. *CESifo Economic Studies*, 58(2):256–273.
12. The World Bank (2006). *Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action*. Washington DC, The World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/NutritionStrategy.pdf>, accessed 18 January 2013).
13. Headey D (2011). *Pro-nutrition economic growth: what is it, and how do I achieve it? Background paper for International Food Policy Research Institute Conference on Leveraging Agriculture for Improving Nutrition and Health*, New Delhi, 10–12 February 2011.
14. Ruel MT (2001). *Can food-based strategies help reduce vitamin A and iron deficiencies?* Washington DC, International Food Policy Research Institute (<http://www.ifpri.org/publication/can-food-based-strategies-help-reduce-vitamin-and-iron-deficiencies>, accessed 18 January 2013).
15. Berti PR, Krusevec J, FitzGerald S (2004). A review of the effectiveness of agriculture interventions in improving nutrition outcomes. *Public Health Nutrition*, 7(5):599–609.
16. Leroy JL, Frongillo EA (2007). Can interventions to promote animal production ameliorate undernutrition? *The Journal of Nutrition*, 137(10):2311–2316.
17. The World Bank (2007). *From agriculture to nutrition: pathways, synergies and outcomes*. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/INTARD/825826-1111134598204/21608903/January2008Final.pdf>, accessed 21 January 2013).
18. Fan S, Pandya-Lorch R, eds. (2012). *Reshaping agriculture for nutrition and health*. Washington DC, International Food Policy Research Institute (<http://www.ifpri.org/publication/reshaping-agriculture-nutrition-and-health>, accessed 21 January 2013).
19. Ecker O, Nene M (2012). *Nutrition policies in developing countries: challenges and highlights*. Washington DC, International Food Policy Research Institute (<http://www.ifpri.org/publication/nutrition-policies-developing-countries>, accessed 21 January 2013).
20. FAO (2013). *Synthesis of guiding principles on agriculture programming for nutrition*. Rome, Food and Agriculture Organization (<http://www.fao.org/docrep/017/aq194e/aq194e.pdf>, accessed 25 March 2013).

Табак или здоровье

Douglas Bettcher¹, Vera Luiza da Costa e Silva

Ключевые идеи

- Программы борьбы против табака являются неотъемлемой частью повестки дня в области здравоохранения. Они содержат проверенные экономически эффективные меры и наилучшие методы реализации.
- Программы по борьбе против табака являются примером применения подхода HiAP, так как они включены в повестки дня различных секторов в целом ряде стран, и способствовали концентрации усилий на укреплении здоровья населения.
- Экономически эффективные стратегии для сдерживания табачной эпидемии включают: увеличение налогов и цен; создание общественных мест, свободных от табачного дыма; поддержку отказа от курения; запреты на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (TAPS); просвещение населения о возможных воздействиях на здоровье потребления табака; предупреждения о вреде курения на упаковке; усилия по борьбе с незаконной торговлей. Эти стратегии работают более эффективно, когда реализуются в комплексе.
- Опыт во всем мире указывает на необходимость создания национального координационного механизма с более широким участием заинтересованных сторон (как внутри, так и за пределами правительства) для достижения наилучших результатов.
- Огромные (и не всегда документально подтвержденные) медицинские и экологические расходы, связанные с употреблением табака, а также социально-экономические выгоды от борьбы против табака,

¹ Мнения, выраженные в этой главе, не обязательно отражают точку зрения Всемирной организации здравоохранения.

показывают, что программы борьбы против табака должны быть включены в более широкие государственные программы развития, а также в другие программы устойчивого развития.

- Предотвращение и противодействие необоснованному вмешательству табачной промышленности в области общественного здравоохранения (включая имеющие место “межсекторальные действия против здоровья”, поддерживающие использование табака) является растущей проблемой для правительств и гражданского общества.
- Области дальнейших исследований включают различные способы курения табака, помимо сигарет и использования жевательного табака.
- Стратегии, правила и практики реализации программ по борьбе против табака могут стать ориентиром для реализации программ по управлению факторами риска для других НИЗ.

10.1. Введение

Табак является наиболее широко доступным потребительским товаром на рынке, способным причинить вред любому, кто подвергается его воздействию. По прогнозам, в XXI веке табачная продукция станет причиной смерти более одного млрд человек, особенно пострадают страны с низким и средним уровнем дохода (1, 2). Во всем мире 12% смертей среди взрослого населения в возрасте 30 лет и старше связано с употреблением табака (5% с инфекционными заболеваниями, 14% с НИЗ) (3). Наибольший процент приходится на такие регионы ВОЗ, как Северная и Южная Америка и Европа, из-за более длительного периода употребления табака в этих регионах (таблица 10.1).

Таблица 10.1. Доля смертей от употребления табака, 2004 г.

Регион ВОЗ	Доля смертей от употребления табака (%)		
	Мужчины	Женщины	Взрослые
Африка	5	1	3
Северная и Южная Америка	17	15	16
Восточное Средиземноморье	12	2	7
Европа	25	7	16
Юго-Восточная Азия	14	5	10
Западная часть Тихого Океана	14	11	13
Весь мир	16	7	12

Источник: WHO, 2012 г. (3).

Курение промышленно произведенных сигарет является наиболее частым видом употребления табачных изделий. Употребление биди, кретек,

кальяна² и бездымного табака растет во всем мире, также как и связанные с этим риски (4, 5).

Употребление табака вредит мужчинам и (гораздо больше) женщинам, особенно в репродуктивном возрасте (6). Мужчины имеют более высокие показатели употребления табака в мире, почти в пять раз выше, чем у женщин, и соответственно более высокий уровень смертности от табакокурения (3). Однако, особое беспокойство вызывает увеличение числа курящих среди женщин. Разница в уровне курения между подростками обоего пола в мире значительно ниже, чем разница между взрослыми курящими мужчинами и женщинами: среди 13–15 летних подростков процент курящих юношей выше процента курящих девушек лишь в два-три раза (7). Однако это отражает не осведомленность в отношении здоровья, а скорее социальные традиции и невысокие экономические ресурсы женщин (8). Пассивное курение наносит вред окружающим, в том числе некурящим, и увеличивает бремя болезней, связанных с употреблением табака.

Употребление табака связано с бедностью: бедные люди курят больше, а деньги, потраченные на покупку табачных изделий, могут составлять значительную часть семейного бюджета. Расходы, связанные с курением, столкнули в нищету значительную часть малообеспеченных семей в Китае (9). Потребление табачной продукции растет в развивающихся странах и уже превосходит потребление табачной продукции во многих промышленно развитых странах, в которых оно медленно, но стабильно снижается (1).

Употребление табака является ярким примером порочных последствий глобализации факторов риска. Транснациональные табачные корпорации используют маркетинг, торговлю, исследования и собственное влияние для увеличения прибыли и доходов акционеров в ущерб общественному здоровью во всем мире (10). Кроме того, значительная часть прибыли табачной промышленности перетекает обратно в национальные экономики, представляя пример перераспределения капитала от одного региона мира к другому (11). Глобальные стратегии деятельности табачной промышленности активно достигают страны с низким и средним уровнем дохода, где употребление табака и нищета создают дополнительную нагрузку для здоровья и благополучия населения с низким уровнем доходов, и где слабее способность противодействовать стратегиям деятельности табачной промышленности и регулировать употребление табачных изделий (12).

2 Биди – маленькие, скрученные вручную сигареты, которые обычно курят в Индии и других странах Юго-Восточной Азии; кретек – сигареты из гвоздики и табака, которые наиболее часто курят в Индонезии; кальянный табак – табак, содержащий вкусовые добавки и ароматизаторы, который курят из кальяна или наргиле, больше всего в Восточном Средиземноморье.

10.2. Исторический аспект и политические инструменты по сдерживанию потребления табака

10.2.1. Движущие силы политики борьбы против табака

История борьбы против табака показывает, что политические решения были ключевыми факторами в успешной борьбе с табакокурением во всем мире и стали результатом сбора фактических данных, регулирования, информирования, финансовой поддержки и создания сетей для совместной работы.

Исследования на основе фактических данных, проведенные в академических кругах, имели решающее значение для продвижении действий по борьбе против табака путем переработки данных, информации и просвещения масс, а также для создания правовой базы для разработки стратегий и поиска решений. Новаторское исследование, проведенное R. Doll и A.V. Hill в 1950-х годах, установило первые причинно-следственные связи между курением и раком легких. Кроме того, их последующее проспективное исследование положило начало современной эпидемиологии (13), продемонстрировав важный сдвиг направленности эпидемиологических исследований от инфекционных к хроническим заболеваниям (14). За этими исследованиями последовали сотни тысяч исследований в разных группах населения и в разных странах, направленные на установление причинно-следственных связей и поиск экономически эффективных мер, направленных на борьбу с табачной эпидемией.

Они были подкреплены инициативами правительств многих стран, собравших фактические данные и разработавших варианты стратегий для повышения осведомленности о табачной эпидемии, а также способствовали реализации экономически эффективных мер по борьбе против табака. С 1964 года комплексные доклады Главного врача государственной медицинской службы США о курении и здоровье, содержащие темы, связанные с употреблением табака, предупреждают мир о вреде курения, превращая вопрос из вопроса индивидуального/потребительского выбора в вопрос эпидемиологии, общественного здравоохранения и риска для здоровья как курящих, так и некурящих (15). Практические примеры из стран, принявших законы о курении в середине 1970-х годов (например, Норвегии, Финляндии), показали, что реализация мер по борьбе против табака была возможной, целесообразной и безотлагательной. Правительства Канады (16), Австралии (17) и ЕС (18), разработали проекты стратегий по борьбе с потреблением табака и табачных изделий для включения их в национальные программы по борьбе против табака. Правительственные инициативы привели к обнародованию ряда внутренних документов компаний табачной промышленности в соответствии с Соглашением об

урегулировании претензий. Подписанное генеральными прокурорами 46 штатов США и четырьмя крупнейшими табачными компаниями (19), соглашение позволило пролить свет на существующие стратегии табачной промышленности ввести в заблуждение общественность и оказать воздействие на формирование общественного мнения.

Межправительственные организации играют ключевую роль в продвижении повестки дня по борьбе против табака. В докладе влиятельного Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением 1979 года была впервые введена концепция международного правового инструмента по контролю табачной эпидемии. Конституционные полномочия ВОЗ, резолюции ВАЗ и ежегодные информационно-разъяснительные кампании, отмечаемые по всему миру 31 мая как “Всемирный день без табака” (20), способствовали популяризации борьбы с табакокурением как проблемы общественного здравоохранения и явились стимулом для разработки дополнительных национальных инициатив (21). Публикация Всемирного банка “Сдерживание эпидемии” стала стратегическим шагом в ходе экономической дискуссии по вопросам необходимости вовлечения секторов за пределами сектора здравоохранения в борьбу против табака; она также закрепила доказательную базу переговоров РКБТ ВОЗ (22).

Гражданское общество взяло на себя пропагандистскую роль, утверждая, что правительства, научные круги и НПО несут совместную ответственность в борьбе с табачной эпидемией. С 1967 года Всемирные конференции “Табак или здоровье” (WCTOH) играют ключевую роль в обмене информацией, обсуждении тенденций и выработке новых рекомендаций (23). На Конференции в Париже в 1994 году было выдвинуто предложение, чтобы ВОЗ начала переговоры по разработке РКБТ с государствами-членами. Несколько игроков гражданского общества создали Альянс Рамочной конвенции для проведения переговоров и дальнейшей реализации РКБТ ВОЗ.

РКБТ ВОЗ, основанная на фактических данных (24), создала международный механизм регулирования, включающий стратегии сокращения спроса и предложения табака. Конвенция была направлена на освещение неэффективности усилий стран по решению проблемы глобальной табачной эпидемии к концу XX века, а также стала реакцией на расширение агрессивного маркетинга компаниями табачной промышленности в развивающихся странах. Конвенция была принята в 2003 году и вступила в силу в 2005 году (вставка 10.1) (25).

РКБТ ВОЗ – это первый в истории глобальный договор, принятый под эгидой ВОЗ, который поднял международное сотрудничество в области здравоохранения в новое правовое измерение, определив общую правовую базу для последующих руководящих принципов и протоколов.

Несколько ключевых руководящих принципов уже приняты (26). На Пятой сессии Конференции Сторон РКБТ ВОЗ (КС-5) был принят первый Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями (27). РКБТ ВОЗ является хорошим примером глобального договора, принимающего меры по важному фактору риска НИЗ и в конечном итоге способствующего укреплению здоровья. Его стратегии и принципы, а также его многосторонняя структура, были предложены в качестве основы для борьбы с ожирением и могут рассматриваться в качестве примера для других инициатив по укреплению здоровья (28).

Вставка 10.1. РКБТ ВОЗ: основная структура

Основные положения РКБТ ВОЗ, регламентирующие сокращение спроса на табак, содержатся в статьях 6–14:

- Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак;
- Защита от воздействия табачного дыма;
- Регулирование состава табачных изделий;
- Регулирование раскрытия состава табачных изделий¹;
- Упаковка и маркировка табачных изделий;
- Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения;
- Реклама, стимулирование, продажа и спонсорство табака;
- Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака;

Основные положения РКБТ ВОЗ, регламентирующие сокращение предложения табака, содержатся в статьях 15–17:

- Ликвидация незаконной торговли табачными изделиями²;
- Запрет на продажу несовершеннолетним и несовершеннолетними³;
- Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности⁴.

РКБТ ВОЗ также охватывает другие важные области, включая общие обязательства; меры защиты политики общественного здравоохранения в отношении борьбы против табака от воздействия интересов табачной промышленности; вопросы, связанные с охраной окружающей среды; создание национальных координационных механизмов; международное сотрудничество, отчетность и обмен информацией; создание институциональных механизмов (статьи 5 и 18–26).

1 Информация о табачных изделиях раскрывается как государственная и общественная информация: (i) меры, требующие от изготовителей и импортеров табачных изделий раскрывать правительственным органам информацию о составе табачных изделий и выделяемых ими продуктах; (ii) меры по информированию общественности о токсических составляющих табачных изделий и продуктах, которые они могут выделять.

2 Ликвидация всех форм незаконной торговли табачными изделиями, включая контрабанду, незаконное производство и подделку.

3 Меры на соответствующем правительственном уровне по запрету продажи табачных изделий лицам, не достигшим возраста, установленного внутренним законодательством, национальным законодательством, или 18 лет.

4 Содействие экономически жизнеспособным альтернативам в интересах лиц, занимающихся производством и выращиванием табака, и в соответствующих случаях – индивидуальных продавцов.

В дополнение к политическим решениям, финансирование мер по борьбе против табака является основным фактором, определяющим реализацию политики. Многие страны имеют конкурирующие приоритеты, которые не позволяют выделять значительные средства на реализацию мер. Поэтому в последние 20 лет, глобальные фонды для борьбы против табака предоставляют дополнительные возможности на международном, региональном и страновом уровнях. Примеры включают Инициативу по освобождению от табачной зависимости ВОЗ при поддержке Фонда ООН, которая послужила началом переговоров по РКБТ ВОЗ (21); фонд “Блумберг филантропиз” (29, 30); Фонд Билла и Мелинды Гейтс (31). Средства для борьбы против табака на страновом уровне растут, но все еще не являются достаточными для того, чтобы остановить табачную эпидемию. Каждый год правительства разных стран собирают в общей сложности почти 133 млрд долл. США в акцизах на табачную продукцию, но тратят меньше одного млрд долл. США на борьбу против табака, из которых 97% тратится странами с высоким доходом. Положительный опыт использования налогов, резервируемых для специальных целей, для финансирования мер по укреплению здоровья и борьбы против табака, имеется во многих странах (например, в Таиланде) (32), (см. также главу 5).

10.2.2. Расстановка сил на международном уровне

Растущая доказательная база предполагает существование взаимосвязи между увеличением потребления табака, свободной торговлей и связанных с табаком прямых иностранных инвестиций. Угроза здоровью населения, которую представляет мировой рынок табака, вероятно, увеличится в результате глобальной тенденции к большей либерализации торговли, а также прямых иностранных инвестиций. Эта угроза усугубляется стратегиями транснациональных табачных компаний, направленными на внедрение в развивающиеся экономики, и новыми трансграничными проблемами, такими как интернет-коммерция и незаконная торговля табачными изделиями (33). Глобализация оказывает помощь табачной промышленности и ее союзникам в продвижении табачной эпидемии в развивающиеся страны, например, с помощью международных торговых соглашений, устанавливающих превосходство прав корпораций над правом на здоровье при помощи устранения барьеров для ввоза табачной продукции и снятия ограничений на рекламу (34). Транснациональные табачные компании в последнее время оспаривают меры по борьбе против табака в Австралии, Норвегии, Турции и Уругвае – не только в рамках национальных судебных органов, но и с помощью международных двусторонних инвестиционных соглашений и механизмов урегулирования споров ВТО для защиты корпоративных интересов (см. главу 5).

Опыт борьбы против табака может служить примером для всего сектора здравоохранения. Сообщество общественного здравоохранения должно получить представление о воздействиях на здоровье глобальных торговых соглашений. Политика “здоровой торговли”, основанная на проверенных фактических данных и направленная на укрепление состояния здоровья, является важным шагом на пути к достижению более устойчивой формы либерализации торговли (35). В настоящее время международный ландшафт благоприятен для реализации мер по борьбе против табака. На Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, государства-члены ВОЗ согласовали декларацию по борьбе с НИЗ, которая, среди прочего, призывает Стороны ускорить реализацию РКБТ ВОЗ, а также другие государства-члены присоединиться к ней (36). Было сделано много попыток включить борьбу против табака в ЦТР (37); включение борьбы против табака в качестве модели или части новых договоров в настоящее время рассматривается во многих других соответствующих политических актах.

Международные и национальные ландшафты по борьбе против табака менялись в процессе того, как страны добивались прогресса в борьбе с эпидемией. Задачи и новые вопросы включают тестирование и регулирование табачной продукции, направленные на снижение вреда и риска для здоровья; денормализацию табачной индустрии и снижение ее социального влияния (38); учет прав человека как обязательного следствия борьбы против табака (39); социальные детерминанты, как один из основных факторов сдерживания табачной эпидемии (34); решение ряда задач табачного сельскохозяйственного производства. Последнее требует не только рассмотрения вопросов здоровья табачных фермеров и прав человека, но и диверсификации сельскохозяйственных культур в качестве шага на пути к поддержке альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности (см. главу 9). На рисунке 10.1 показаны основные вехи глобальной борьбы против табака, описанные в тексте.

10.3. Проблемы стран в борьбе с эпидемией: политика борьбы против табака

Для того, чтобы приостановить эпидемию табака, используя установленные меры на основе доказательной базы, уже отработанные в некоторых странах, и в соответствии с РКБТ ВОЗ, большинство стран начали или расширили реализацию мер по борьбе против табака, приняв решение по реализации ряда стратегий. Многие конкретные аспекты политических, социальных и экономических ландшафтов стран могут быть использованы как решающие факторы для принятия решений о расстановке приоритетов. Приоритетами в области здравоохранения является борьба против табака,

Рис. 10.1. Основные вехи борьбы против табака

1950	Первые эпидемиологические исследования
1967	Первая Всемирная конференция “Табак или здоровье”
1970	Первая резолюция ВОЗ по борьбе против табака WNA23.32
1988	ВОЗ объявляет “Всемирный день без табака” WNA40.38 и WNA42.19
1998	Соглашение об урегулировании претензий в США
1999	Всемирный банк – Доклад “Сдерживание эпидемии” Фонд ООН/Фонд международного партнерства ООН финансирует меры по борьбе против табака Начало переговоров ВОЗ по РКБТ
2003	ВАЗ принимает РКБТ ВОЗ Гражданское общество формально организуется в рамках Альянса Рамочной конвенции
2005	РКБТ ВОЗ вступает в силу
2006	Финансирование из благотворительных источников повышает эффективность борьбы против табака в развивающихся странах
2007	Начало переговоров по Протоколу о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями
2012	КС-5 принимает Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями

в том числе организация системы первичной медико-санитарной помощи, надлежащая подготовка медицинских работников и доступность лечения. Борьба против табака не может рассматриваться в качестве приоритета в странах, где эпидемия все еще находится в начальной стадии, но широко распространены инфекционные заболевания. Аналогичным способом, безотлагательные законодательные акты могут вытеснить меры по борьбе против табака из списка государственных приоритетов.

На национальном уровне страны также сталкиваются с экономическими проблемами со стороны табачного бизнеса; легальный продукт пронизывает все уровни принятия политических решений. Такие проблемы могут быть связаны с наличием принадлежащей государству или многонациональной табачной компании, что справедливо везде, даже в развитых странах, – таких как Австралия, Канада, Япония или Швеция, – где присутствие и сильное лобби табачной промышленности создает проблемы для реализации мер борьбы против табака (40–42). Страны, занимающиеся табаководством, могут также столкнуться с непростой политической ситуацией в связи с заявлениями, что борьба против табака негативно скажется на жизнедеятельности занятых в сельскохозяйственном секторе. Так обстоит дело, например, в Бразилии и Турции (43, 44). Тем не менее, путем прямого решения этих задач за счет приоритизации экономически жизнеспособных альтернатив табаководству или стратегий, обеспечивающих экономические возможности для уязвимых групп фермеров-табаководов, эти страны усиливают не только программы по борьбе против табака, но и социальные программы (см. главу 9).

Будь то в развивающихся или в развитых странах, в северном или южном полушарии, повышение осведомленности и распространение информации является ключом к созданию социальной поддержки для стратегий борьбы против табака. Целевая информация должна быть сформулирована с учетом интересов различных групп населения (например, городского и сельского) и учитывать социально-экономические неравенства и социальные детерминанты здоровья.

Соблюдение международных правовых документов может влиять на принятие политических решений. В настоящее время 176 из 194 государств-членов ВОЗ являются Сторонами РКБТ ВОЗ (не включая ЕС)³ (25). Статус Стороны договора сам по себе является сильным мотивирующим фактором для продвижения мер по борьбе против табака, а также правовым обязательством, которое ставит выполнение положений Конвенции в ряд основных приоритетов. В одном из недавних примеров, южноафриканский суд использовал статус страны как Стороны РКБТ ВОЗ в качестве правовой базы для принятия решения в пользу общественного здравоохранения (45). Это демонстрирует, как применение юридически обязывающего международного договора внутри страны может стать эффективным инструментом для продвижения мер борьбы против табака. Тем не менее, было бы неправильно сделать вывод, что государства-члены, не являющиеся Сторонами договора, имеют политическую среду, препятствующую реализации мер по борьбе против табака. Большинство стран, не являющихся Сторонами договора, достигли существенного прогресса в борьбе с табачной эпидемией. Например, Аргентина недавно приняла всеобъемлющее законодательство по борьбе против табака; Соединенные Штаты Америки не только реализуют соответствующие меры по борьбе с табаком на национальном уровне, но и играют заметную роль в глобальной борьбе против табака. Однако, став Сторонами договора, страны обязуются работать в рамках международного технического и финансового сотрудничества и вносить вклад в переговоры по протоколам, руководствам и рекомендациям. Это особенно важно для положений, имеющих трансграничные последствия, и обеспечивает преимущества не только для собственного населения, но и для населения других стран.

10.4. Реализация политики по борьбе против табака

Существует обилие научно-обоснованных мер по борьбе против табака, многие из которых за последнее десятилетие часто публиковались в рецензируемой литературе. Каждая страна имеет набор вариантов, которые могут выбираться и реализовываться в соответствии с национальными

³ ЕС является Стороной РКБТ ВОЗ как организация экономической интеграции.

приоритетами; существует много примеров, демонстрирующих, как исследования способствовали продвижению политики борьбы против табака на более высокий уровень. Ирландия, Новая Зеландия, Норвегия и Уганда стали одними из первых стран в мире, реализовавших стратегии свободы от табачного дыма. Эти стратегии были основаны на результатах исследований, показавших, что пассивное курение угрожает здоровью людей, и может быть взято под контроль только через полный запрет курения в общественных местах (32).

Ряд подходов и практических методов в области борьбы против табака используется для реализации мер на страновом уровне. Некоторые из них доказали свою важность для любой программы общественного здравоохранения: поддержка управления, мониторинг и деятельность по оценке, а также решение многогранных аспектов борьбы против табака.

Реализация программ по борьбе против табака требует использования нескольких ключевых составляющих.

Многосекторальность

Практически все страны, которые успешно реализовали программы по борьбе против табака (26), привлекли к участию ряд партнеров и секторов. Для решения правовых вопросов, а также экономических, маркетинговых и экологических аспектов, меры по борьбе против табака должны выходить за рамки известных мер общественного здравоохранения, особенно там, где сектору здравоохранения не хватает информации, полномочий или опыта. Юристы, экономисты, агрономы, учителя, психологи, специалисты по распространению информации и социальные работники играют важную роль в продвижении мер по борьбе против табака в соответствующих областях деятельности. Государственные органы и гражданское общество имеют четко определенные роли. Они также могут создавать партнерства с частным сектором или некоммерческим/неправительственным сектором при условии наличия соответствующей защиты от корпоративных интересов табачной промышленности. Участие гражданского общества имеет решающее значение для создания эффективного законодательства и реализации мер по борьбе против табака.

Широта охвата и согласованные действия заинтересованных сторон

Часто программы борьбы против табака сосредоточены на предотвращении начала курения среди подростков и молодежи; на содействии прекращению употребления табака среди всех курильщиков; снижении воздействия пассивного табачного дыма; и регулировании табачной продукции для сокращения вреда для здоровья, наносимого употреблением табака. Некоторые страны включили выявление и устранение различий между подгруппами населения в качестве дополнительного основополагающего

элемента в борьбе против табака (46). Определение точной модели неравенства в потреблении табака среди различных групп населения и воздействие на социальные детерминанты здоровья являются аспектами, которые необходимо изучать. В целом, основные меры по борьбе против табака, как правило, реализуются параллельно и должны пересекаться с мерами, направленными на укрепление здоровья. Последние данные ясно показывают, что такие всесторонние усилия способствуют снижению потребления табака (46).

Потенциал стран: инфраструктура, человеческие ресурсы и администрация

Потенциал страны включает наличие политической приверженности и организационной структуры, необходимой для реализации наиболее эффективных стратегий борьбы против табака (47). Он включает в себя создание партнерств (с правительственными органами и между правительственными организациями и другими заинтересованными сторонами); удовлетворение потребностей и требований в человеческих и финансовых ресурсах; обеспечение технических, административных и политических процессов, которые жизненно важны для эффективной реализации политики. Национальный план действий, официально утвержденный компетентными органами и согласованный всеми заинтересованными сторонами, как правило, является неотъемлемой частью программы по борьбе против табака. Межсекторальный орган (например, Национальная комиссия, руководящий комитет) обеспечивает координацию и участие в принятии решений по вопросам политики и процедур между различными секторами общества. Но инфраструктура должна быть не только физической, она включает в себя также человеческие ресурсы, гарантирующие наличие достаточного количества персонала и управленцев; доступ к лицам, принимающим решения; а также регулярные источники финансирования, необходимые в контексте выполнения обязательств по РКБТ ВОЗ (24).

Система мониторинга и контроля

Точные фактические данные необходимы для понимания проблемы, связанной с табакокурением, и для обеспечения эффективного управления и совершенствования мер (48) (см. также главу 6). Определенные механизмы для осуществления мониторинга деятельности табачной промышленности и мер борьбы с табачной эпидемией являются необходимыми, но часто отсутствуют в программах по борьбе против табака. Многие национальные инициативы обеспечивают мониторинг потребления табака и оценку политики контроля над ним, особенно в странах, где имеются системы надзора за состоянием здоровья, которые включают мониторинг потребления и политики контроля над табаком как переменную. Глобальная система эпидемиологического надзора за потреблением табачных изделий

(49) в настоящее время размещена в ВОЗ. Процесс принятия решений странами также поддерживается другими международными системами надзора, такими как Международный проект по оценке мер борьбы против табака (50) и исследованиями Всемирного банка по экономическому анализу употребления табака во всем мире (51). Регулярные научно-обоснованные доклады ВОЗ о глобальной табачной эпидемии в корне изменили выявление наилучшей практики в области борьбы против табака, а также тенденций стран в мерах по сокращению спроса на табак (4, 6, 32).

Механизмы реализации, контроля и соблюдения нормативно-правового регулирования

Правительство играет центральную роль в обеспечении реализации и соблюдения принимаемых мер. Добровольные и рыночные подходы к соблюдению мер, которые стимулируют изменения и содействуют им, как правило, не рекомендуются при составлении и реализации законов по борьбе против табака, так как табачная промышленность часто пользуется ими, чтобы избежать строгого регулирования (52). Степень исполнения требований по борьбе против табака в конечном итоге определяет эффективность принимаемых законов и степень следования им. Для того, чтобы быть эффективными, стратегии обеспечения исполнения должны иметь соответствующие правовые механизмы и специально уполномоченные органы, контролирующие соблюдение. Кроме того, неясные, неточные, неоднозначные, непоследовательные или противоречивые требования в сфере борьбы против табака могут являться препятствием для их исполнения. Важное значение имеет создание надлежащей инфраструктуры и обучение инспекторов и сотрудников правоохранительных органов.

Противостояние табачной промышленности и меры реагирования

Табачная промышленность состоит из национальных или транснациональных, частных, государственных или смешанных корпораций и сторонних союзников, способствующих продвижению интересов табачной промышленности, мобилизованных, чтобы помешать, изменить или задержать реализацию политики по борьбе против табака. Данные, собранные со всего мира, свидетельствуют, что табачная промышленность предпринимает согласованные совместные усилия против мер по борьбе против табака, поэтому создание механизмов для мониторинга и реагирования на такое противостояние имеет решающее значение. На Конференции Сторон были приняты руководящие принципы для осуществления статьи 5.3. Они основаны на наилучших имеющихся научных данных и потребностях, выявленных всеми странами, независимо от долевого участия в компаниях табачной промышленности или структуры программ борьбы против табака (26).

Межсекторальные действия против здоровья

Подход HiAP и межсекторальные действия – не просто линейный процесс. Борьба против табака доказывает, что противодействующие/противостоящие межсекторальные группировки могут препятствовать укреплению здоровья и поддержанию усилий по его укреплению. К ним относятся группы, выступающие от имени табачной промышленности и в ее интересах (53). Иногда не подозревая, что их деятельность служит интересам табачной промышленности, эти группы направляют свои усилия на конкретные меры, объявленные или определенные правительством. Они включают в себя меры в сфере гостиничного бизнеса, игорного бизнеса и азартных игр, рекламы, упаковки, транспорта, химического производства, розничной торговли табачными изделиями, сельского хозяйства и табаководства, профсоюзов и консультаций по вопросам инвестирования. Другие потенциальные союзники включают бенефициаров спонсорства табачных изделий и научные фонды. Табачная промышленность довольно успешно мобилизовала эти группы, чтобы создать истинные межсекторальные рамки для борьбы с разворачивающимися усилиями здравоохранения по сдерживанию табачной эпидемии. В Австралии и Уругвае существуют примеры инвестиционных и торговых союзов, направленных против мер общественного здравоохранения (54). Тем не менее, секторы национальной торговли и здравоохранения в Австралии объединились для оказания содействия революционному закону о немаркированной упаковке (см. главу 11).

Пример 10.1 показывает, как аспекты управления борьбой против табака могут меняться в зависимости от особенностей страны. Бразилия создала прочную программу по борьбе против табака, несмотря на сильное лоббирование со стороны компаний табачной промышленности и многие проблемы, связанные с наличием конкурирующих приоритетов.

Пример 10.1. Бразилия: успехи и проблемы в области борьбы против табака

Пример Бразилии хорошо иллюстрирует, как в развивающейся стране, являющейся одновременно крупным мировым производителем табака и международным лидером в области борьбы против табака (21), проблемы общественного здравоохранения могут стать приоритетными в программе правительства. Распространенность употребления табака среди взрослого населения Бразилии составляла 34,8% в 1989 году, с высоким уровнем распространения болезней, связанных с употреблением табака (56). После разработки Национальной программы по борьбе против табака в 1988 году, был составлен первый национальный план действий на период 1988-2000 года, целью которого была организация сотрудничества между правительственными и

неправительственными организациями (57), что предвосхитило основные стратегии, рекомендуемые ВОЗ в настоящее время.

Одним из основных событий этого периода было создание Бразильского национального Агентства по надзору за здоровьем (ANVISA) в 1999 году. Оно получило полномочия по регулированию табачных изделий, контролю за исполнением вновь созданных законов, а также денормализации потребления табака в обществе. Примеры успешных стратегий включают в себя запреты TAPS (с 2000 года); наглядные предупреждения о вреде курения (с 2001 года); свободно доступное лечение табачной зависимости (с 2003 года); создание среды, свободной от табачного дыма (закон 2011 года с возможным регулированием в 2013 году); и поэтапный рост налогов и повышение цен (2012–2015 годы). Децентрализованные механизмы борьбы против табака, реализуемые в рамках Единой системы здравоохранения (SUS), достигли почти 4000 муниципалитетов с 1985 года, а инициативы по наращиванию потенциала – критической массы в секторе здравоохранения. В 1999 году был создан Национальный комитет по переговорам по РКБТ ВОЗ – как межведомственная группа с функцией поддержки позиции Бразилии в процессе нормотворческой деятельности по международному договору через консультации Кабинета президента и устранение возможных препятствий со стороны бразильской табачной промышленности. В 2003 году на смену Национальному комитету пришла Межсекторальная государственная комиссия для выполнения РКБТ ВОЗ (CONICQ). Бразилия ратифицировала РКБТ ВОЗ в 2005 году, несмотря на сильную оппозицию со стороны производителей табака (43).

Созданный в Бразилии в 2003 году, Альянс по борьбе с курением (ACTBR) высказал аргумент в поддержку общественного здравоохранения и сети консолидированного гражданского общества, а также участия в поддержке реализации договора (58). Сегодня Бразилия имеет прочную программу по борьбе против табака, несмотря на сильное лоббирование со стороны табачной промышленности и наличие конкурирующих приоритетов, которые создают много проблем. В ходе формирования стратегического видения проблемы, создания модели управления с использованием междисциплинарного и децентрализованного подхода, программа борьбы против табака стала образцом успешных действий общественного здравоохранения в Бразилии. Распространенность курения уменьшилась до 17,2% в 2008 году, а снижение уровня болезней, связанных с употреблением табака, стало задокументированным следствием этого (55). Прогресс не был прямолинейным, и существуют примеры межсекторальных действий против здоровья. Среди них множество судебных исков со стороны табачной промышленности и ее союзников и наличие проблем управления программой борьбы против табака.

Пример 10.1. (продолжение)

Одним из недавних примеров (43) стали общественные слушания по регулируемому предложению о запрете вкусовых добавок в сигаретах, которые спровоцировали сильное противостояние широкого круга организаций, сотрудничающих с табачной промышленностью. Производители табака и профсоюзы выдвигали аргумент, что лица, занимающиеся выращиванием табака, будут лишены источников существования. Ассоциации розничной торговли и гостиничного бизнеса были мобилизованы утверждением, что торговые точки будут закрывать. Согласованная кампания против предложения о запрете вкусовых добавок была проведена всеми заинтересованными сторонами посредством прямого общения, электронной почты и через веб-сайты. Правительство получило почти 258 000 писем против введения этой меры. Параллельно органы судебной системы участвовали в таких инициативах, как конференции и лекции по содействию “свободе” в качестве важнейшего элемента свободной торговли легальной табачной продукцией. Таким образом, несмотря на достигнутый прогресс, требуется множество усилий, чтобы противостоять действиям табачной промышленности, которая постоянно ищет новые стратегии по продвижению табака и саботирует меры общественного здравоохранения.

В ходе формирования стратегического видения проблемы, создания модели управления с использованием междисциплинарного и децентрализованного подхода, программа борьбы против табака стала примером наилучшей практики в реализации успешных мер в области общественного здравоохранения в Бразилии. Распространенность курения уменьшилась с 34,8% в 1989 году до 17,2% в 2008 году, а снижение уровня болезней, связанных с употреблением табака, стало задокументированным следствием этого (55).

10.5. Заключение: борьба против табака как нормативно-правовая база для реализации мер, содействующих применению подхода HiAP

Данные, полученные за последние несколько десятилетий в результате проведения исследований и применения стратегий и программ в области борьбы против табака, демонстрируют опыт и уроки, которые могут быть полезны для борьбы с другими факторами риска НИЗ. Программы, ориентированные на разные группы населения и пронизывающие многосекторальные и коллективные стратегии, обеспечивают обширную доказательную базу успешности других мер. В некоторых политических дискуссиях борьба против табака продвигается как компонент подхода HiAP. Одним из важных факторов борьбы с табачной эпидемией является *использование доказательств против корыстных корпоративных*

интересов: курение, возможно, является наиболее исследованной областью эпидемиологии, и эпидемиологические исследования по вопросам курения и рака легких можно считать большим успехом этой науки (59). Изучение связей между курением и рисками для здоровья играет важную роль в экспериментальных эпидемиологических исследованиях и в установлении причинной зависимости. Эта методология была применена к идентификации других факторов риска и оказалась полезной для дальнейшего понимания причинно-следственных связей НИЗ (60).

Исследования также играют ключевую роль в предоставлении доказательств использования табачной промышленностью различных стратегий для расширения бизнеса в ущерб здоровью населения. К таким стратегиям относятся утверждение личной ответственности (обвинение курильщика); вызов научному консенсусу (плата ученым-представителям “грязной науки” за проведение псевдонаучных исследований, ставящих под сомнение вред курения и пассивного курения); введение в заблуждение общественности (отрицание наркотического характера табачных изделий (привыкания) и их маркетинг для молодежи); публичные обещания международного и национального саморегулирования; выделение огромных ресурсов для лоббирования противодействий правительству; внедрение “более безопасной” продукции и манипулирование ингредиентами (61).

Были выявлены значительные сходства с действиями топливной промышленности, также пищевой промышленности в ответ на опасение, что их продукция причиняет вред и способствует глобальному ожирению (62, 63). По итогам Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними были опубликованы доклады по другим отраслям, использующим ту же стратегию, что и табачная промышленность (64). Межсекторальные действия против здоровья также были включены в маркетинговую стратегию транснациональных компаний по производству питания и алкоголя (см. главу 11).

Вторым важным фактором является *использование нормативно-правовой базы для обуздания табачной эпидемии*. РКБТ ВОЗ (24) – хороший пример глобального договора, затрагивающего важный фактор риска НИЗ, и, в конечном итоге, способствующего укреплению здоровья. Стратегии и меры, содержащиеся в договоре, а также его многосторонние рамки, были предложены для использования в борьбе с ожирением (65) и могут рассматриваться в качестве примера для других инициатив по укреплению здоровья (66) (см. также главу 7).

Международные соглашения, особенно те, которые касаются торговли и инвестиций, были использованы для оспаривания национальных мер по борьбе против табака. Недавние примеры включают проблемы в ВТО, когда был брошен вызов законам по борьбе против табака в рамках

региональных и двусторонних соглашений о свободной торговле и споров в рамках международных инвестиционных соглашений между иностранными инвесторами и государствами. Глобализация также помогает табачной промышленности и ее союзникам содействовать распространению табачной эпидемии в развивающихся странах (67). Сообщество общественного здравоохранения должно получить представление о воздействиях глобальных торговых соглашений на здоровье, так как политика “здоровой торговли”, основанная на твердой доказательной базе и направленная на укрепление здоровья, является важным шагом на пути к более устойчивой форме либерализации торговли.

В заключение, *общее понимание между различными секторами* имеет исключительно важное значение. Индивидуальные подходы с использованием медицинской модели и традиционных мер общественного здравоохранения недостаточны для эффективного решения проблемы табачной эпидемии. Аспекты, которые обычно не учитываются в практике здравоохранения, продемонстрировали свою необходимость для осуществления контроля употребления табака. Табак является легальным продуктом, который производится, облагается налогом, продается и покупается в рамках коммерческого цикла. Он также подпадает под действие торговых соглашений и международных норм и стратегий правительства. Меры борьбы против табака должны обязательно учитывать все составляющие табачного бизнеса: маркетинг и регулирование продукции, законодательство об употреблении табака в общественных местах, налогово-бюджетную политику, продажу несовершеннолетним и несовершеннолетними, а также рассмотрение споров и сельскохозяйственную политику, включая контроль экологического ущерба. Табак – уникальный продукт. Он убивает примерно половину тех, кто использует его по назначению. Однако было признано, что борьба против табака может преподать уроки по таким вопросам, как запрет на рекламу, регулирование ценообразования и предупреждения о вреде курения. Эти наилучшие практики могут быть полезны для решения проблемы факторов риска для других продуктов, которые законно продаются на рынке и используются потребителями (например, алкоголь), или компонентов таких продуктов, включая продукты питания и другие товары (например, соль) (68). Многие страны инвестировали в многосекторальный подход к борьбе против табака на основе доказательств корыстных интересов и использования нормативно-правовой базы. Недавние миссии ВОЗ по оценке потенциала стран (69) позволяют судить о том, как такие страны, как Бразилия, Вьетнам, Кения, Норвегия, Польша, Таиланд, Турция, Уганда, Филиппины и Южная Африка могут реализовывать меры в интересах общественного здравоохранения, проводить оценку своих успехов, неудач и будущих потребностей в борьбе против табака в качестве Сторон РКБТ ВОЗ.

Библиография

1. WHO (2012). *Tobacco*. (Fact sheet No. 339). Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>, accessed 29 January 2013).
2. Bloom DE et al. (2011). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, World Economic Forum (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf, accessed 29 January 2013).
3. WHO (2012). *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf, accessed 29 January 2013).
4. WHO (2008). *Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf, accessed 29 January 2013).
5. WHO (2002). *Scientific Advisory Committee on Tobacco Products Regulation. Recommendation on smokeless tobacco products*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/sactob/recommendations/en/smokeless_en.pdf, accessed 29 January 2013).
6. WHO (2009). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf, accessed 29 January 2013).
7. Warren C et al. (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *The Lancet*, 367(9512):749–753.
8. Hitchman SC, Fong GT (2011). Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(3):195–202.
9. Liu Y et al. (2006). Cigarette smoking and poverty in China. *Social Science & Medicine*, 63(11):2784–2790.
10. Yach D, Bettcher D (2000). Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control*, 9(2):206–216.
11. Physicians for a Smoke-Free Canada (2009). *The global tobacco economy: a snapshot of the economies of multinational tobacco companies and of international tobacco control efforts in 2008*. Ottawa, Ontario (http://www.smoke-free.ca/pdf_1/GlobalTobaccoEconomy-2009.pdf, accessed 29 January 2013).
12. OECD (2003). *DAC guidelines and reference series – poverty and health*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.who.int/tobacco/research/economics/publications/oecd_dac_pov_health.pdf, accessed 29 January 2013).

13. Webb P, Bain C (2011). What does epidemiology offer? In: *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals*. New York NY, Cambridge University Press:17.
14. Ashengrau A, Seage GR (2012). The approach and evolution of epidemiology. In: *Essentials of epidemiology in public health*. Burlington MA, Jones and Bartlett Publishers:1–32.
15. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health (1964). *Smoking and health: report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington DC, United States Public Health Service, Office of the Surgeon General. (<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60>, accessed 29 January 2013).
16. Health Canada (1999). *A national strategy*. Ottawa, Ontario (<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ns-sn/index-eng.php#share>, accessed 29 January 2013).
17. National Preventative Health Taskforce (2008). The case for prevention: tobacco. In: *Australia: the healthiest country by 2020*. (Discussion Paper). Canberra ([http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/A06C2FCF439ECDA1CA2574DD0081E40C/\\$File/discussion-3.pdf](http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/A06C2FCF439ECDA1CA2574DD0081E40C/$File/discussion-3.pdf), accessed 29 January 2013):19–28.
18. ASPECT Consortium (2004). *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_exs_en.pdf, accessed 29 January 2013).
19. King C, Siegel M (2001). The master settlement agreement with the tobacco industry and cigarette advertising in magazines. *New England Journal of Medicine*, 345(7):504–511.
20. WHO (2012) [web site]. World No Tobacco Day. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/tobacco/wntd/en/index.html>, accessed 29 January 2013).
21. Costa e Silva V, David A, eds. (2009). *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563925_eng.pdf, accessed 29 January 2013).
22. Jha P, Chaloupka FJ (2000). The economics of global tobacco control. *BMJ*, 321(7257):358.
23. ILGTH (2006). *Bid manual for 15th World Conference on Tobacco or Health*. Geneva, International Liaison Group on Tobacco or Health (http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/News/BidManual-15th-WCTOH.pdf, accessed 29 January 2013).

24. WHO (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>, accessed 29 January 2013).
25. WHO (2012). *Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html, accessed 29 January 2013).
26. WHO (2013). *Guidelines for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/en/>, accessed 29 January 2013).
27. WHO (2013). *Intergovernmental Negotiating Body on a Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/fctc/protocol/illicit_trade/inb/en/index.html, accessed 29 January 2013).
28. Pickett B (2006). From a rhetoric of nostalgia to a health-based policy: tobacco, obesity and the WTO. *Cambridge Review of International Affairs*, 19(1):139–154.
29. BI Grants Program (2009). *About the Bloomberg Initiative*. Edinburgh (<http://www.tobaccocontrolgrants.org/Pages/44/About-the-Bloomberg-Initiative>, accessed 29 January 2013).
30. Tobacco Free Initiative (2012). *WHO welcomes Bloomberg donation to global tobacco control*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/communications/highlights/bloomberg_donation/en/index.html, accessed 29 January 2013).
31. Lawson R (2008). *Michael Bloomberg and Bill Gates join to combat global tobacco epidemic*. Seattle WA, Bill & Melinda Gates Foundation (<http://www.gatesfoundation.org/press-releases/pages/bloomberg-gates-tobacco-initiative-080723.aspx>, accessed 29 January 2013).
32. WHO (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf, accessed 29 January 2013).
33. Bettcher D et al. (2001). *Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.4.pdf, accessed 29 January 2013).
34. David A et al. (2012). Tobacco use: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, accessed 29 January 2013):200–215.

35. Bettcher DW, Yach D, Guindon GE (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4):521–534.
36. United Nations (2011). *Political declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases. Draft resolution submitted by the President of the General Assembly*. New York NY (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1, accessed 29 January 2013).
37. Stanton H (2005). The millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership. *Tobacco Control*, 14(6):432.
38. Malone RE, Grundy Q, Bero LA (2012). Tobacco industry denormalisation as a tobacco control intervention: a review. *Tobacco Control*, 21(2):162–170.
39. Vasquez J (2008). *Human rights & health: persons exposed to second-hand tobacco smoke*. Washington DC, Pan American Health Organization (http://www.paho.org/english/dd/pub/10069_Smoker.pdf, accessed 29 January 2013).
40. Jansson J (2005). *A critical review of the Swedish tobacco control tools*. [thesis]. Lund, Lund University (http://ki.se/content/1/c6/04/38/49/Jakob_Janssonthesis.pdf, accessed 29 January 2013).
41. Physicians for a Smoke-Free Canada (2008). *The plot against plain packaging: how multinational tobacco companies colluded to use trade arguments they knew were phoney to oppose plain packaging and how health ministers in Canada and Australia fell for their chicanery*. Ottawa (<http://www.cctc.ca/cctc/EN/tcrc/books/tcmonograph.2008-05-16.9299381660#.UM0iar95ncl>, accessed 29 January 2013).
42. Kolandai MA (2007). *The tobacco industry in Japan and its influence on tobacco control*. [thesis]. Sydney, University of Sydney (<http://tobacco.health.usyd.edu.au/assets/pdfs/AssuntaPhD.pdf>, accessed 29 January 2013).
43. Costa e Silva VL (2011). Worldwide news and comment. Brazil: industry fury at new proposals. *Tobacco Control*, 20(5):323–326.
44. Devi S (2012). Turkey wins plaudits for tobacco control. *The Lancet*, 379(9830):1935.
45. Framework Convention Alliance (2012). *South African appeal court cites FCTC*. Geneva (http://www.ftc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=781:south-african-appeal-court-citesfctc&catid=235:advertising-promotion-and-sponsorship&Itemid=239, accessed 29 January 2013).
46. Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2007*. Atlanta (http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2007/BestPractices_Complete.pdf, accessed 29 January 2013).

47. WHO Tobacco Free Initiative (2004). *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/index.html, accessed 29 January 2013).
48. Giovino GA et al. (2009). Monitoring the tobacco use epidemic I. Overview: optimizing measurement to facilitate change. *Preventive Medicine*, 48(1 Suppl.1):S4–S10.
49. Warren CW et al. (2009). *Global tobacco surveillance system: the GTSS Atlas*. Atlanta GA, CDC Foundation (http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco_atlas/index.htm, accessed 29 January 2013).
50. ITC (2012) [web site]. International Tobacco Control Policy Evaluation Project. Waterloo ON (<http://www.itcproject.org/>, accessed 29 January 2013).
51. Economics of Tobacco Control (2013). *Tobacco: publications*. Washington DC, The World Bank (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTH NUTRITIONANDPOPULATION/EXTETC/0,,contentMDK:20205413~menuPK:478901~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:376601,00.html>, accessed 29 January 2013).
52. Daube M (1993). Voluntary agreements: designed to fail. *Tobacco Control*, 2(3):183–184
53. WHO (2012). *World No Tobacco Day 2012: tobacco industry interference*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/tobacco/wntd/en/index.html>, accessed 29 January 2013).
54. WHO (2012). *WHO: stop tobacco industry interference*. Geneva, WHO Media Centre (http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/tobacco_20120530/en/index.html, accessed 29 January 2013).
55. Schmidt MI et al. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 377(9781):1949–1961.
56. Leitro Filho FS et al. (2009). Random sample survey on the prevalence of smoking in the major cities of Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(12):1204–1211 (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009001200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en, accessed 29 January 2013).
57. Costa e Silva VL, Romero LC (1988). Programa Nacional de Combate ao Fumo: plano de trabalho para o período 1988–2000 [National programme to combat smoking: workplan for the period 1988–2000]. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 34(4):245–254.
58. Romero LC, Costa e Silva VL (2011). 23 years of tobacco control in Brazil: the 1988 Brazilian tobacco control program today. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(3):305–314 (http://www.1.inca.gov.br/inca/Arquivos/RBC57-3_completo.pdf, accessed 29 January 2013).

59. Davey Smith G (2009). Smoking and lung cancer: causality, Cornfield and an early observational meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 38(5):1169–1171.
60. Beaglehole R et al. (2007). Prevention of chronic diseases: a call to action. *The Lancet*, 370(9605):2152–2157.
61. WHO (2012). *Technical resource for country implementation of WHO Framework Convention on Tobacco Control article 5.3 on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503730_eng.pdf, accessed 29 January 2013).
62. Dorfman L et al. (2012). Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare? *PLoS Medicine*, 9(6):e1001241.
63. Monbiot G (2006). The denial industry. *The Guardian*, 19 September 2006 (<http://www.guardian.co.uk/environment/2006/sep/19/ethicalliving.g2>, accessed 29 January 2013).
64. Kerr M (2011). NGOs ask UN to hold industry accountable for impact on NCDs. *Medscape Medical News*, 16 September 2011 (<http://www.medscape.com/viewarticle/749846>, accessed 29 January 2013).
65. Blouin C, Dubé L (2010). Global health diplomacy for obesity prevention: lessons from tobacco control. *Journal of Public Health Policy*, 31(2):244–255.
66. Wipfli HL, Samet JM (2011). Editorial: moving beyond global tobacco control to global disease control. *TC Online First*, 14 December 2011 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/12/14/tobaccocontrol-2011-050322.short>, accessed 29 January 2013).
67. WHO (2012). *Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting_tob_epidemic/en/index.html, accessed 29 January 2013).
68. Mart S (2012). *Industry influence on alcohol regulation in the United States*. Washington DC, American Public Health Association (<https://apha.confex.com/apha/140am/webprogram/Paper259097.html>, accessed 29 January 2013).
69. WHO (2013). *Tobacco Free Initiative: capacity assessments*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/control/capacity_building/assessments/en/index.html, accessed 29 January 2013).

Алкоголь

Peter Anderson, Sally Casswell, Charles Parry, Jürgen Rehm

Ключевые идеи

- Употребление алкоголя является пятым основным фактором риска в мире, увеличивающим вероятность ухудшения состояния здоровья и преждевременной смерти, после высокого кровяного давления, употребления табака (в том числе пассивного курения), загрязнения воздуха в помещениях в результате сжигания твердого топлива, а также диеты с низким содержанием фруктов.
- Наилучшие решения для сокращения вредного употребления алкоголя включают повышение цен, ограничение доступности алкогольных напитков и запрет на рекламу алкогольной продукции. Регионы мира с высоким уровнем неучтенного употребления алкоголя должны сосредоточить свои усилия на том, чтобы взять неформальные и незаконные рынки алкоголя под эффективный контроль правительства.
- Конкретные стратегии вмешательства должны реализовываться не изолированно друг от друга, а в совокупности, чтобы достичь максимально возможной пользы для здоровья.
- Целью антиалкогольной политики является снижение вреда, наносимого употреблением алкоголя. Тот факт, что ежегодное число смертей, связанных с употреблением алкоголя, в период 1990–2010 годов увеличилось более чем на треть, предполагает, что антиалкогольная политика на сегодняшний день претерпевает неудачу.
- Дополнительные меры могут изменить ситуацию – необходимо ужесточение регулирования алкогольной индустрии, которая в настоящее время не в состоянии осуществлять собственное регулирование и действует безнаказанно.

- Пять основных рекомендаций относительно дальнейших действий:
 - i. правительства должны признать, что их первостепенная задача – здоровье граждан, и начать активную работу по снижению вреда, наносимого употреблением алкоголя;
 - ii. правительства должны применить наилучшие решения в политике в отношении употребления алкоголя, признавая, что здоровые решения по алкоголю – не обязательно дорогостоящие решения;
 - iii. правительства должны ввести эффективное регулирование алкогольной индустрии;
 - iv. НПО должны активизировать свою деятельность в качестве наблюдателей и рупора эффективной антиалкогольной политики; и
 - v. необходимо разработать международную политику в виде рамочной конвенции по борьбе с употреблением алкоголя.

11.1. Введение

В этой главе рассматриваются основные проблемы, связанные с употреблением алкоголя, и делается вывод, что существует диссонанс между размером проблемы и существующей политической реакцией. Было доказано, что употребление алкоголя является пятым основным фактором риска в мире для DALY в 2010 году (1). Алкоголь также имеет огромные социальные последствия за счет причинения вреда лицам, не употребляющим алкоголь; нанесения ущерба личной безопасности и формированию человеческого капитала; снижения образовательного уровня, возможностей трудоустройства и производительности труда (2).

Отсутствие эффективного политического реагирования иллюстрируется увеличением масштабов проблемы за последние 20 лет. Уровень смертности, связанной с вредным употреблением алкоголя, увеличился более чем на треть в период 1990–2010 годов: с 2 млн до 2,7 млн человек (1). За тот же период индекс DALY, связанный с употреблением алкоголя, увеличился на 37%, что подняло алкоголь с восьмого на пятое место среди основных факторов риска. Эти данные недооценивают реальное бремя от употребления алкоголя, так как они не учитывают всех форм заболеваний и расстройств, связанных с употреблением алкоголя, а также всех инфекционных заболеваний, связанных с алкоголем. Алкоголь остается единственным потребляемым наркотиком, стоящим за пределами международных договоров, и которому практически не уделяется внимания большинством международных органов (в том числе органов здравоохранения), а также правительств по всему миру (3).

Среди многих причин диссонанса между размерами данной проблемы и мерами экономической политики, особенно выделяются три.

Во-первых, отсутствие информации о рисках, связанных с употреблением алкоголя: большинство потребителей считает, что алкоголь безопасен для здоровья, и что три порции алкоголя (30 г алкоголя) в день являются безопасной дозой (4). На самом деле, для большинства заболеваний, связанных с алкоголем (например, раком) (5) не существует безопасных доз употребления (6). Во-вторых, слишком часто эффективная политика не реализуется из-за тесной связи между алкогольной индустрией и правительственными чиновниками (7). Такая проблема политики существует во всем мире, включая многие страны с развивающейся экономикой и страны Африки с низким уровнем дохода (8). В-третьих, пробелы в управлении, связанные с наличием конкурирующих стратегий политики, связанных с алкоголем, в разных секторах и ведомствах. На страновом уровне и в глобальном масштабе такая ситуация не может способствовать укреплению здоровья и благополучию населения (9).

Эта глава включает обсуждение вредного воздействия алкоголя на здоровье и благополучие в мире; фактические данные для создания эффективной политики по снижению вреда от употребления алкоголя, краткую оценку мер по реагированию на проблему алкоголя на сегодняшний день, рассмотрение того, что должно быть сделано, чтобы изменить ситуацию. В заключение даются пять рекомендаций, которые необходимо реализовать для уменьшения вреда, наносимого алкоголем.

11.2. Вред от употребления алкоголя во всем мире

1. По оценкам, 2,7 млн смертей во всем мире в 2010 году были связаны с употреблением алкоголя – рост по сравнению с 2 млн в 1990 году. По подсчетам, алкоголь стал пятой основной причиной DALY в 2010 году.
2. Социально-экономический ущерб, связанный с употреблением алкоголя, достигает 300–400 долл. США по ППС на душу населения в год.
3. Экономические кризисы способствуют повышению уровня смертности, связанного с вредным употреблением алкоголя.
4. Бедные страдают от вреда, причиненного каждой каплей потребленного алкоголя, больше, чем богатые.
5. По мере увеличения ВВП, доля злоупотребляющих алкоголем и уровень употребления алкоголя на душу населения возрастают, вплоть до ВВП в размере 10 000 долл. США по ППС.

Примечание: ППС – паритет покупательной способности.

Употребление алкоголя

Как для самого злоупотребляющего алкоголем, так и для общества в целом, вред, причиняемый употреблением алкоголя, является результатом как среднего количества алкоголя, выпитого в течение всей жизни, так и выпитого в каждом отдельном случае (6). Негативное влияние от употребления алкоголя длится на протяжении всей жизни,

а также затрагивает других людей. Алкоголь и (особенно) пьянство наносит ущерб личной безопасности и формированию человеческого капитала, образовательного уровня, возможностей трудоустройства и производительности труда (10).

Вставка 11.1. Основные заболевания, связанные с употреблением алкоголя

Инфекционные заболевания: туберкулез; инфекции нижних дыхательных путей.

НИЗ: рак пищевода, полости рта, носоглотки, других частей глотки и ротоглотки, печени, гортани, молочных желез, толстой и прямой кишки; нарушения, связанные с употреблением алкоголя; фетальный алкогольный синдром; эпилепсия; сахарный диабет;* ишемическая болезнь сердца;* ишемический инсульт;* геморрагический и другие неишемические виды инсульта; гипертоническая болезнь сердца; фибрилляция и трепетание предсердий; цирроз печени; панкреатит.

Травмы: дорожно-транспортные травмы; травмы от падений, утопление, пожар, травмы, связанные с высокими температурами и обращением с горячими веществами, отравления, травмы от воздействия механических сил, преднамеренное самоповреждение и межличностное насилие; травмы, связанные с употреблением алкоголя; фетальный алкогольный синдром.

Источник: Lim et al., 2012 г. (1). *Примечание:* *низкие регулярные дозы алкоголя ассоциируются со снижением риска.

Австралийское исследование показало, что вероятность наступления смерти от заболеваний, связанных с вредным употреблением алкоголя, увеличивалась по мере повышения уровня употребления алкоголя, причем с одинаковой скоростью как для мужчин, так и для женщин (11). При уровне употребления 20г в день (две порции алкоголя), вероятность наступления смерти от состояния, связанного с употреблением алкоголя, была 1 из 100; при уровне употребления 80г (1 бутылка вина) в день риск увеличивается до 14 из 100. Большая ставка делается на защитный эффект алкоголя для сердечно-сосудистой системы, но нужно помнить, что употребление алкоголя имеет негативный эффект в подавляющем большинстве случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы (12). При ишемической болезни сердца защитный эффект исчезает после единичного случая разового приема пяти порций алкоголя в месяц (13); он значительно ослабляется у пьющих пациентов с избыточной массой тела (14). Ощутимое снижение риска смерти может быть достигнуто при физически активном образе жизни и здоровом питании (15). Учитывая уровень смертности от заболеваний, связанных с вредным употреблением алкоголя, в том числе от ишемической болезни сердца, английское исследование показало, что для мужчин и женщин моложе 75 лет уровень употребления алкоголя с самым низким риском смерти составляет 3г в день, в 10 раз ниже рекомендуемого предела (16).

На уровне общества, ущерб от употребления алкоголя растет по мере роста среднего объема ежедневного употребления алкоголя (17). В 2005 году

(последнем году, за который имеются данные) мировое употребление алкоголя оценивалось в 6,1 литра алкоголя на одного взрослого человека в год (18). Это более 13г алкоголя (более 1 банки пива) в день. Учитывая, что около половины взрослого населения мира не употребляет алкоголь, то на каждого пьющего в мире приходится в среднем по 26г алкоголя в день: 2,5 банки пива. На неучтенное употребление алкоголя (неформальное производство, незаконное производство, уклонение от уплаты налогов и незаконная торговля) приходится почти 30% этого мирового употребления, чуть меньше 50% в странах с низким уровнем доходов и чуть более 10% в странах с высоким уровнем доходов.

Смертность, связанная с вредным употреблением алкоголя

В 2010 году (последнем, за который имеются данные) было подсчитано, что употребление алкоголя является причиной 2,7 млн смертей; эта цифра выросла с 2 млн в 1990 году (1). Более двух пятых смертей, связанных с вредным употреблением алкоголя, являются результатом преднамеренных и непреднамеренных травм; более одной пятой – от разных видов рака, и одна седьмая – от сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Почти половина всех смертей от цирроза печени и одной трети всех смертей от эпилепсии, насилия, рака пищевода и рака печени обусловлены злоупотреблением алкоголя. Смертность от тяжелого пьянства (40г и более чистого алкоголя в день для женщин, 60г и более для мужчин) и алкогольной зависимости были изучены в ЕС. Около 80% всех смертей, связанных с вредным употреблением алкоголя, приходится на сильно пьющих и около 70% – на людей с алкогольной зависимостью (19).

Инвалидность и смертность, связанные с вредным употреблением алкоголя

Было подсчитано, что употребление алкоголя является причиной 121 млн DALY, утраченных во всем мире в 2010 году, увеличившись с 89 млн в 1990 году (1). Таким образом, алкоголь переместился с восьмого на пятое место среди основных факторов риска для DALY после высокого кровяного давления, употребления табака (в том числе пассивного курения), загрязнения воздуха в помещениях в результате сжигания твердого топлива, а также диеты с низким содержанием фруктов.

Недооценка истинного бремени алкоголя

Показатели смертности, связанной с вредным употреблением алкоголя, и утраченных лет здоровой жизни остаются заниженными: так, оценка 2010 года не включает в себя все заболевания и нарушения, связанные с употреблением алкоголя (включена алкогольная зависимость, но не вредное употребление алкоголя), а также все инфекционные заболевания, связанные с алкоголем, такие как ВИЧ/СПИД. Например, уровень связанных с алкоголем инфекционных заболеваний, а также ВИЧ/СПИД,

поднял уровень DALY, связанных с употреблением алкоголя, в Южной Африке с 7,8% до 14,6% для мужчин и с 1,4% до 3,9% для женщин (20).

Экономический ущерб, связанный с употреблением алкоголя

В ряде исследований, проведенных по всему миру, делается вывод, что социально-экономический ущерб здоровью, благополучию и производительности труда, связанный с вредным употреблением алкоголя, достигнет 300–400 долл. США по ППС на душу населения в год. От половины до двух третей этого ущерба станет результатом снижения производительности труда (2).

Экономические кризисы и алкоголь

Употребление алкоголя на душу населения имеет тенденцию к снижению в периоды экономических кризисов и роста безработицы. Однако, как эпизодическое тяжелое пьянство, так и смертность от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, увеличиваются. Сравнительный анализ изменений в сфере занятости и уровня смертности для 26 европейских стран в период 1970–2007 годов показал, что более чем 3% рост безработицы сопровождался почти 5% ростом числа самоубийств среди лиц моложе 65 лет и 28% ростом смертей от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя (21). Пример России (пример 11.1) демонстрирует влияние, которое социально-экономические кризисы могут оказывать на смертность, связанную с вредным употреблением алкоголя (см. также главу 5).

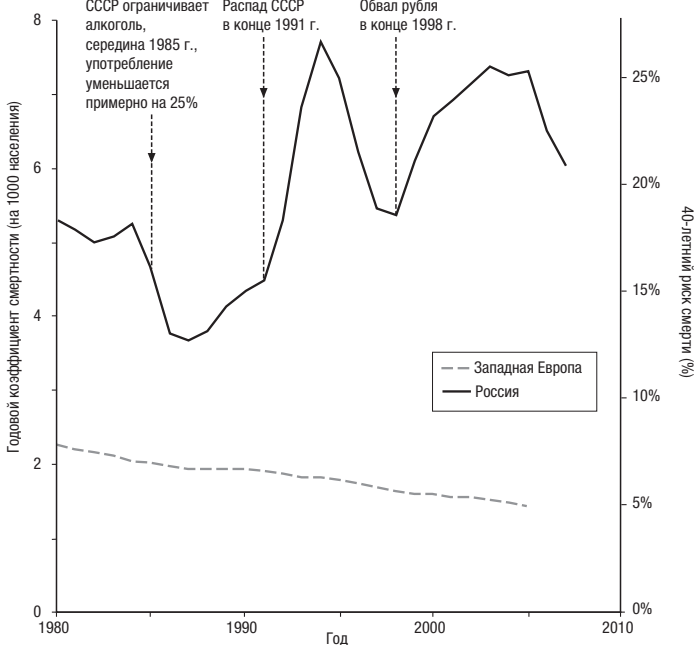
Пример 11.1. *Смертность, связанная с вредным употреблением алкоголя, в России*

Россия представляет собой интересный, если не поразительный, пример того, как экономические кризисы воздействуют на смертность от болезней, связанных с вредным употреблением алкоголя. Общая смертность населения в возрасте 15–54 лет в России и Западной Европе с 1980 года сравниваются на рисунке внизу. После медленного увеличения на протяжении многих лет, употребление алкоголя резко сократилось в середине 1985 года как результат антиалкогольной кампании Горбачева, оставалось минимальным в течение 1986–1987 годов, около трех четвертей от уровня до 1985 года, затем стало повышаться (сначала медленно, затем резко), и достигло максимума в 1994 году. В период с 1992 по 1994 год промышленное производство в России сократилось в два раза, что сопровождалось гиперинфляцией; в 1995–1998 годах рубль стабилизировался, после чего произошло его обвальное падение (1998–1999 годы) и новая стабилизация. Удивительно то, что в России в 1990-х годах примерно три четверти всех мужских смертей

в возрасте 15–54 лет и около половины всех женских смертей в том же возрасте было вызвано вредным употреблением алкоголя.

Уменьшение общего объема употребления алкоголя и уровня смертности отмечалось с 2005 года, когда правительством Российской Федерации был принят “Закон о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции”. Изменения в уровне употребления алкоголя были вызваны снижением употребления учтенного и неучтенного алкоголя, лишь частично компенсированные увеличением употребления пива и вина.

Общая смертность и 40-летние риски смертности у мужчин и женщин в возрасте 15–54 лет в России (1980–2007 гг.) и в Западной Европе (с 2005 г.)



Источник: Zaridze et al., 2009 г. (23); Neufeld & Rehm, 2013 г. (24)

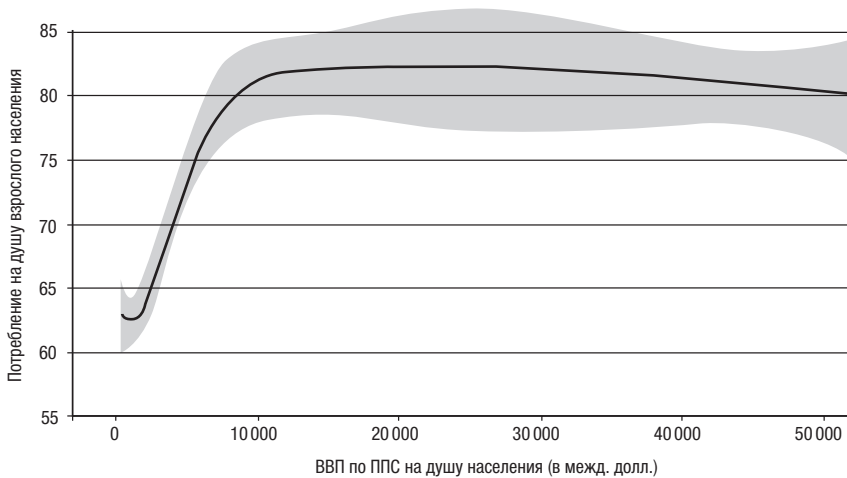
Неравенство и алкоголь

В регионах мира с более низкими доходами, при равных количествах потребленного алкоголя, был отмечен более высокий уровень смертности и DALY, связанных с вредным употреблением алкоголя, чем в регионах с более высоким уровнем дохода (20). Такая же картина наблюдается и внутри стран: при равном количестве потребляемого алкоголя, более высокая смертность от алкоголя отмечается среди людей с более низкими доходами, и более низкая – с высокими (22).

Экономическое развитие и алкоголь

Уровень употребления алкоголя на душу взрослого населения увеличивается в соответствии с увеличением ВВП, по крайней мере, до 10 000 долл. США по ППС, в основном за счет непьющих, начинающих пить (рис. 11.1.) (25). Следовательно, очень важно иметь эффективную антиалкогольную политику, чтобы управлять ожидаемым ростом потребления и ущербом, связанным с экономическим развитием.

Рис. 11.1. Соотношение между учтенным потреблением алкоголя на душу взрослого населения и ВВП в 189 странах мира



Источник: Shield et al., 2011г. (25).

11.3. Эффективная политика по сокращению вредного употребления алкоголя

1. Наилучшими решениями для антиалкогольной политики являются повышение цен, ограничения доступности алкоголя и запрет на рекламу алкогольных напитков.
2. Регионы мира с высоким уровнем неучтенного потребления алкоголя должны сосредоточить свои усилия на том, чтобы взять неформальные и незаконные рынки алкоголя под эффективный контроль правительства.
3. Введение минимальной цены за грамм продаваемого алкоголя, вероятно, станет эффективной альтернативой.
4. Ограничение часов продажи алкоголя может спасти жизни.
5. Саморегулирование рекламы и коммерческих коммуникаций не работает: единственный эффективный метод регулирования – запрет на все формы рекламы, включая рекламу в социальных сетях.
6. Сектор здравоохранения играет решающую роль в обеспечении краткосрочных вмешательств для проблемно пьющих, для лечения алкогольной зависимости и для продвижения объединенных мер по сокращению вредного влияния алкоголя на различные группы заболеваний, в том числе инфекционных заболеваний.
7. Вместо отдельных вариантов политики, должны реализовываться комплексные стратегии, чтобы увеличить выигрыш для здоровья.

Глобальный вред алкоголя можно предотвратить, и уже существует обширная база данных, чтобы наполнить процесс реализации эффективной антиалкогольной политики (26–28). ВОЗ обобщает эти данные путем оценки влияния стратегий, их стоимости и эффективности затрат, как показано в таблице 11.1, по трем культурно и географически различным субрегионам ВОЗ: (i) страны Американского региона с низким уровнем детской и взрослой смертности, включая страны Латинской Америки, такие как Бразилия и Мексика; (ii) страны Европейского региона с низкими показателями детской смертности, но высокими показателями смертности взрослого населения, включая такие страны, как Российская Федерация и Украина; (iii) страны Западной части Тихого океана с низкими показателями детской и взрослой смертности, включая такие страны, как Китай и Вьетнам. Таблица 11.1 показывает, что три наилучших решения в области антиалкогольной политики – это повышение цен, ограничение доступности и запрет на рекламу.

Конкретные стратегии вмешательства должны реализовываться не врыве друг от друга, а в совокупности, чтобы достичь максимально возможного выигрыша для здоровья. Оптимальное сочетание вмешательств при разных расходных лимитах будет зависеть от относительной стоимости и экономической эффективности отдельных компонентов, а также от синергетического эффекта между ними. Таблица 11.1 содержит пример широкомасштабной комбинированной стратегии, показывающей, что в то время как рентабельность сохраняется, затраты на реализацию естественно возрастают.

11.3.1. Повышение цен

Повышение налогов представляет собой наиболее экономичный способ реагирования в странах с высокой распространенностью пьянства (каждый сохраненный DALY стоит менее 500 межд. долл. как в Американском регионе, так и в Восточной Европе). В странах с более низкой распространенностью (в том числе в субрегионе Западной части Тихого океана, в котором женщины употребляют алкоголь относительно редко), эффекты на уровне популяции понижаются, а соотношение затрат и эффективности поднимается соответственно. Эффект повышения налогов на алкоголь смягчается путем незаконного производства, уклонения от уплаты налогов и незаконной торговли. Сокращение употребления неучтенного алкоголя через согласованные стратегии налогового правоприменения сотрудниками правоохранительных органов и акцизными чиновниками, по оценкам, будет стоить дороже, чем повышение налогов, но, по крайней мере в трех субрегионах, включенных в таблицу, производит аналогичный эффект. В странах с более высокими уровнями производства и употребления неучтенного алкоголя (например, в Индии), увеличение доли

Таблица 11.1. Стоимость и экономическая эффективность мер, направленных на снижение употребления алкоголя, в рамках политики общественного здравоохранения, по целевым областям

Целевая область Конкретные меры	Охват	Субрегион ВОЗ (примеры стран)					
		Америка: <i>(например, Бразилия, Мексика)</i>		Европа: <i>(например, Российская Федерация, Украина)</i>		Западная часть Тихого океана: <i>(например, Китай, Вьетнам)</i>	
		Годовая стоимость на душу населения (\$) ¹	Стоимость за сохраненный DALY (\$) ²	Годовая стоимость на душу населения (\$) ¹	Стоимость за сохраненный DALY (\$) ²	Годовая стоимость на душу населения (\$) ¹	Стоимость за сохраненный DALY (\$) ²
1 Повышение осведомленности и политической приверженности							
Обучение в школе	80%	0,29	–	0,34	–	0,53	–
2 Реагирование сектора здравоохранения							
Краткосрочные вмешательства для проблемно пьющих	30%	1,04	3870	1,78	2671	0,42	2016
3 Действия сообществ							
Кампании в СМИ	80%	0,31	–*	0,79	–	0,19	–
4 Возведение в нетрезвом виде – политика и ответные меры							
Законодательство о вожждении в нетрезвом виде и его исполнение (через рандомизированное тестирование водителей на алкоголь)	80%	0,44	924	0,72	781	0,24	1262
5 Решение проблемы доступности алкоголя							
Сокращение доступа в розничные торговые точки	80%	0,24	515	0,47	567	0,16	1307

Целевая область Конкретные меры	Субрегион ВОЗ (примеры стран)						
	Охват	Америка: (например, Бразилия, Мексика)		Европа: (например, Российская Федерация, Украина)		Западная часть Тихого океана: (например, Китай, Вьетнам)	
		Годовая стоимость на душу населения (\$) ¹	Стоимость за сохраненный DALY (\$) ²	Годовая стоимость на душу населения (\$) ¹	Стоимость за сохраненный DALY (\$) ²	Годовая стоимость на душу населения (\$) ¹	Стоимость за сохраненный DALY (\$) ²
6 Решение проблемы рекламы алкогольных напитков							
Полный запрет рекламы	95%	0,24	931	0,47	961	0,16	955
7 Ценовая политика							
Повышение акцизного налогообложения (на 20%)	95%	0,34	277	0,67	380	0,20	1358
Повышение акцизного налогообложения (на 50%)	95%	0,34	241	0,67	335	0,20	1150
Принудительное взывание налогов (на 20% меньше неучтенного употребления)	95%	0,56	468	0,87	498	0,37	2603
Принудительное взывание налогов (на 50% меньше неучтенного употребления)	95%	0,63	476	0,93	480	0,43	2733
Комбинированная стратегия³		2,35	691	4,10	754	1,31	1704

Источники: Anderson, Chisholm & Fuhr, 2009 г. (26).

Примечание: Для получения полного списка государств-членов по субрегионам, см. <http://www.who.int/choice/demography/regions>.

1 Стоимость реализации на 2005 год в межд. долл. (\$).

2 Коэффициент эффективности затрат, в межд. долл. (\$), на каждый сохраненный DALY на 2005 год.

3 Краткая консультация, рандомизированное тестирование, ограничение доступа, запрет рекламы, а также увеличение налогов (на 50%) и контроль за исполнением (на 50% меньше неучтенного потребления).

*не применяется, потому что величина эффекта не сильно отличается от нуля (Коэффициент эффективности затрат будет стремиться к бесконечности).

потребления, облагаемой налогом (следовательно, более дорогостоящей для чувствительного к цене потребителя), может стать более эффективной ценовой политикой, вместо простого увеличения акцизных сборов (может лишь стимулировать дальнейшее незаконное производство, контрабанду и приграничные закупки).

При регулировании налогов на алкоголь ряд аспектов требуют особого рассмотрения.

1. Ключевым моментом является доступность алкоголя по сравнению с доходом и стоимостью других товаров (29). Употребление алкоголя имеет тенденцию к увеличению, если цена на алкогольную продукцию остается прежней, а доходы растут, или если относительная цена других товаров в корзине растет.
2. Специфические налоговые ставки и целевые налоги на алкоголь не всегда работают. Введенный в Германии налог на слабоалкогольные коктейли привел к переходу от употребления спиртосодержащих смешанных напитков к употреблению пивосодержащих смешанных напитков (30). В Австралии, несмотря на аналогичное замещение, есть некоторые доказательства общего падения употребления алкоголя (31).
3. Там, где есть крупное неформальное или незаконное производство алкоголя, эффективная реализация мер по повышению налогов требует усилий, направленных на переход такого производства под эффективный контроль правительства. Примерами эффективных мер могут стать закрытие заводов, производящих нелегальный алкоголь, отмена сверхурочной “третьей смены” и постепенное включение неформального производства алкоголя в государственную систему лицензирования (26).
4. Приграничные закупки, обусловленные разницей в цене на алкоголь между соседними странами, являются менее важным фактором, чем предполагалось, и некоторые благонамеренные решения в этой области могут ухудшить ситуацию. В 2004 году Финляндия снизила налог на алкоголь на треть, чтобы уменьшить стимулы для потребителей покупать более дешевый алкоголь в Эстонии, когда та вступила в ЕС. Одним из непредусмотренных последствий стал внезапный и резкий скачок смертности, связанной с вредным употреблением алкоголя, причем из общего 17% роста, подавляющее большинство было отмечено среди бедных, а не богатых потребителей. Уровень смертности, связанной с вредным употреблением алкоголя, понизился, когда Финляндия снова подняла налог на алкоголь в 2008 году (32).
5. Алкоголь лучше облагать налогом за грамм, как логическое отражение того, что именно количество граммов потребленного алкоголя

оказывает влияние на здоровье (в некоторых странах алкоголь не облагается акцизным налогом).

6. Производители и розничные торговцы реагируют по-разному в разное время: иногда повышение цен больше, чем ожидалось, но повышение налогов не всегда сопровождается эквивалентным ростом цен (33). Чаще всего цена повышается меньше, чем ожидалось, так как производители и розничные торговцы используют собственные средства для частичного покрытия увеличения объема налога.
7. Установление минимальной цены за грамм проданного алкоголя препятствует повышению налогов и не позволяет розничным торговцам сбивать цены, а также предотвращает запои более эффективно, чем увеличение налогов, и способствует укреплению здоровья и благополучия населения (34). Эта модель применяется уже много лет в некоторых провинциях Канады и демонстрирует хорошие результаты (35). В Европе, в Шотландии и Англии обсуждается вопрос о введении минимальной цены за грамм алкоголя.

11.3.2. Ограничения доступности

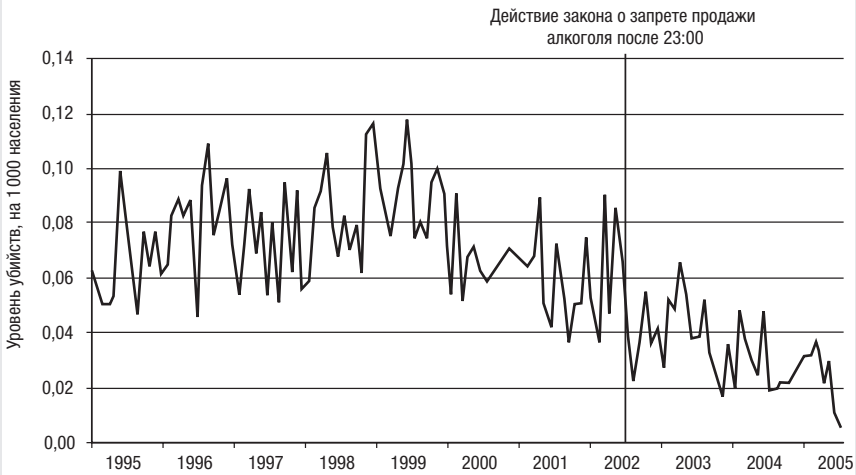
Где бы и когда бы ни проводились исследования о влиянии доступности алкоголя на его потребление и связанного с этим вреда для здоровья, их результаты всегда последовательны (36). Чем шире доступность алкоголя, тем больше его потребление и тем больше вреда причиняется здоровью; чем труднее достать алкоголь, тем меньше его потребляется и тем меньше вреда для здоровья. Таким образом, сокращение количества торговых точек и дней и часов продажи алкоголя спасает жизни. Пример города Диадема в Бразилии (пример 11.2) иллюстрирует изменение уровня убийств, следующее за изменением времени работы алкогольных магазинов до 23:00.

Многие страны используют форму регулирования продаж алкоголя, при которой правительство монополизировало право собственности одного или нескольких видов розничной торговли. В дополнение к ограничению численности точек и часов и дней продажи, такие монополии устраняют стремление к увеличению продаж с целью получения личной прибыли. Существует достаточно фактических данных, что такие монополии снижают употребление алкоголя и связанный с ним вред для здоровья (36). Во многих частях света, широко распространенная озабоченность сообществ в связи с употреблением алкоголя привела (в частности, в более отдаленных населенных пунктах) к введению ограничений доступности алкоголя в составе широкомасштабных программ. Имеется ряд доказательств успеха подобных ограничений при полной поддержке сообщества (27).

Пример 11.2. Сокращение уровня убийств в городе Диадема, Бразилия

Убийство является одной из ведущих причин смерти в Бразилии. В связи с тем, что в городе Диадема один из самых высоких уровней смертности в результате убийств, на местном уровне были введены директивные меры. Среди них новый закон 2002 года о лицензировании, запрещающий продажу алкоголя в торговых точках после 23:00. Данные местных архивов полиции по убийствам и нападениям были проанализированы, чтобы оценить эффект от ограничения доступности алкогольных напитков путем ограничения часов работы торговых точек. Модели были скорректированы для контекстных условий, муниципальных усилий и правоохранительных мер, которые имели место до и после принятия закона о времени закрытия магазинов. На графике по итогам проведенного исследования показан уровень убийств на тысячу жителей по месяцам, с 1995 по 2005 год (Duailibi et al. 2007 г.). Уровень убийств в городе Диадема значительно снизился после введения ограниченных часов работы – на 44%.

Уровень убийств на 1000 населения по месяцам, город Диадема, 1995–2005 гг.

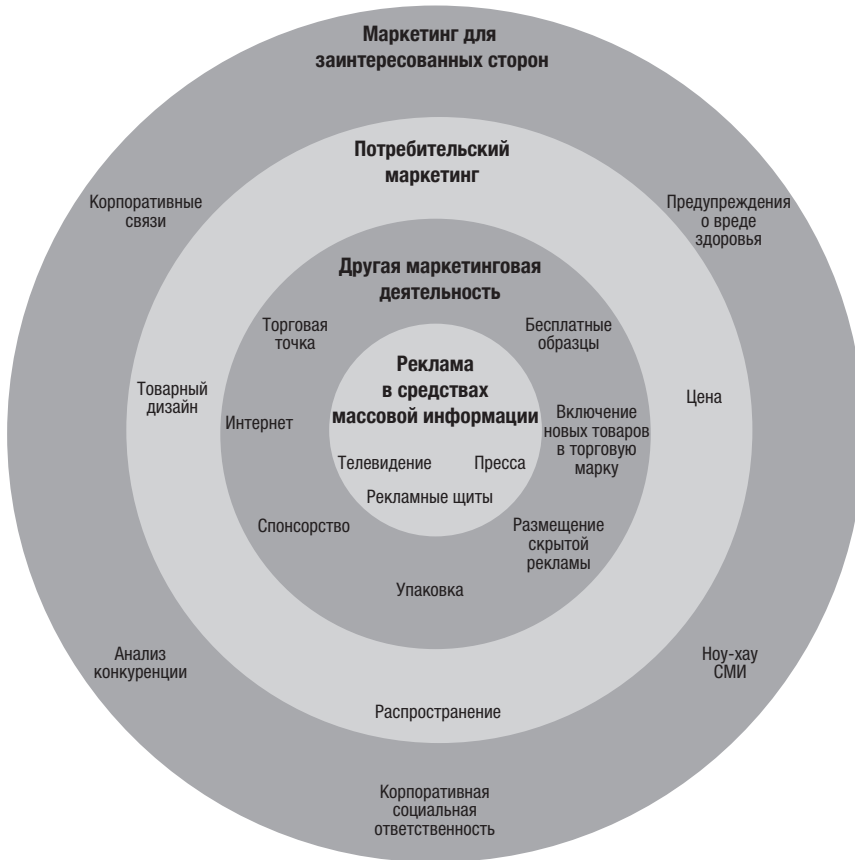


Источник: Duailibi et al., 2007 г. (37).

11.3.3. Запреты на рекламу

Производители алкогольных напитков продают свою продукцию таким образом, чтобы стимулировать ее употребление. Это многогранная, стратегическая и долгосрочная задача, которая начинается с разработки продукта и инноваций, посредством коммерческих коммуникаций превозносит преимущества алкогольной продукции и устраняет препятствия для его употребления (рис. 11.2).

Рис. 11.2. Многогранный характер маркетинга



Источник: Davis et al., 2008 г. (38).

Данные показывают, что коммерческие коммуникации, в частности посредством социальных сетей и электронных средств связи, способствуют употреблению алкоголя непьющими подростками и более значительному употреблению алкоголя пьющими молодыми людьми (39, 40). Даже простой просмотр одночасового фильма с большим количеством сцен, где показано употребление алкоголя, или просмотр простых рекламных роликов, может удвоить количество алкоголя, выпитого за период просмотра (41). Во многих юрисдикциях делается ставка на саморегуляцию коммерческих коммуникаций и изъятие тех, которые нарушают правила саморегулирования. Однако эти подходы не только не работают (42, 43), но также и нецелесообразны. Обширная практика показывает, что изъятые коммерческие коммуникации остаются доступными для всех в социальных сетях (30), которые, в любом случае, в значительной степени финансируются за счет мировых производителей алкоголя. Опыт антиалкогольной политики в Замбии (пример 11.3)

показывает, как реклама алкоголя влияет на употребление среди детей Замбии, и каким образом правительство Замбии реагирует на это в рамках национальной антиалкогольной политики.

11.3.4. Сектор здравоохранения

Как показано в таблице 11.1, существует достаточно доказательств эффективности и экономической эффективности краткосрочных вмешательств для проблемно пьющих в условиях первичной медико-санитарной помощи и в больницах общего профиля (44). Кроме того, лечение для людей с алкогольной зависимостью может принести значительный выигрыш для здоровья (19). Сектор здравоохранения также имеет решающее значение в продвижении совместных действий по сокращению вреда от употребления алкоголя для пациентов с разными видами заболеваний (20). Это особенно важно в странах с низким уровнем дохода, где инфекционные заболевания, связанные с употреблением алкоголя, играют заметную роль. Алкоголь увеличивает риск целого ряда инфекционных заболеваний (в том числе внебольничной пневмонии, туберкулеза и ВИЧ/СПИДа) и ухудшает соблюдение предписанного лечебного режима больными туберкулезом и ВИЧ/СПИДом (20). В связи с этим необходима реализация комплексных мер, таких, как осуществление краткосрочных вмешательств и других видов лечения в рамках системы лечения инфекционных заболеваний, включенных в комплексную антиалкогольную политику с целью снижения вреда (45).

11.4. Оценка ситуации, связанной с вредным употреблением алкоголя

1. Принимая во внимание, что антиалкогольная политика направлена на снижение вреда, наносимого алкоголем, тот факт, что алкоголь поднялся с восьмого на пятое место среди основных факторов риска в мире по DALY с 1990 по 2010 год, показывает, что антиалкогольная политика претерпевает неудачу.
2. В Китае и Индии проживает более одной трети населения земного шара, поэтому их продолжающийся экономический рост будет неизбежно способствовать глобальному росту употребления алкоголя и связанного с ним вреда для здоровья.
3. Глобальные меры реагирования на возрастающее потребление алкоголя слабы: Глобальная стратегия ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя не содержит юридически обязывающих элементов, и Совецание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, состоявшееся в 2011 году, практически не коснулось проблемы алкоголя.
4. Слишком часто, интересы торговли и промышленности преобладают над интересами общественного здравоохранения в отношении алкоголя.

Целью антиалкогольной политики является снижение вреда, наносимого алкоголем. Как уже отмечалось, алкоголь как причина смерти и инвалидности поднялся с восьмого места в 1990 году на пятое место в 2010 году. Нет никаких сомнений, что глобальные цифры скрывают множество проблем отдельных стран, и, несмотря на то, что есть успешный опыт в отдельных странах, данные показывают, что на глобальном уровне антиалкогольная политика претерпевает неудачу. Из общего количества причин ниже рассмотрены три основные. Они одновременно влияют и находятся под влиянием политики страны. В конечном итоге, глобальная ситуация представляет собой совокупность ситуаций в отдельных странах.

Во-первых, экономическое развитие и рост урбанизации повышают употребление алкоголя, а, следовательно, и связанного с алкоголем вреда. Продолжающийся экономический рост в Индии и Китае, где проживает более трети населения земного шара, будет неизбежно способствовать глобальному росту употребления алкоголя и связанного с ним вреда для здоровья. Глобальные производители алкогольной продукции предпринимают значительные усилия в сфере рекламы с целью использования возможностей на неосвоенных рынках.

Во-вторых, глобальные меры реагирования на возрастающее потребление алкоголя на сегодняшний день являются довольно слабыми. Глобальная стратегия ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя от 2010 года является добровольным соглашением, не содержит юридически обязывающих элементов и поддерживается лишь минимальными ресурсами (46). Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними 2011 года практически не коснулась проблемы алкоголя и просто призвала к реализации Глобальной стратегии ВОЗ (47). Глобальные производители алкогольной продукции весьма активно пытаются подорвать глобальные правительственные меры (48).

В-третьих, слишком часто над интересами общественного здравоохранения в отношении алкоголя берут верх интересы торговли и промышленности. Например, потребление алкоголя на душу населения в ЕС более чем вдвое превосходит средние мировые показатели, а алкоголь является причиной 1 из 8 смертей среди лиц в возрасте от 15 до 64 лет (49). Однако, ответ Европейской комиссии на данную проблему – Коммюнике Европейской комиссии по алкоголю – не продемонстрировал создания реальной эффективной политики и, по всей видимости, отдал приоритеты интересам торговли и промышленности (50). Производители алкогольной продукции в Европе принимают активное участие в разработке и реализации политических мер. Исследования во всех странах-членах ЕС подтверждают, что чем более активное участие производители алкоголя принимают в разработке антиалкогольной политики, тем слабее она получается (51).

11.5. Что может изменить ситуацию

1. Для реализации эффективной антиалкогольной политики необходима соответствующая инфраструктура – законодательство может быть успешным только тогда, когда основные государственные структуры поддерживают его реализацию.
2. Участие алкогольной индустрии в разработке антиалкогольной политики является основным препятствием для создания эффективного плана действий в отношении алкоголя, ориентированного на общественное здравоохранение. К такому участию следует относиться с глубоким подозрением и по возможности избегать.
3. Алкогольная индустрия должна отказаться от выпуска рыночной продукции, изначально связанной с ответственностью производителя (например, высокоградусных сортов пива и ликеров в порционной упаковке) и прекратить деятельность, направленную на сокращение или отмену основанных на фактических данных мер антиалкогольной политики.
4. Гражданское общество должно мобилизовать все силы и возможности для поддержки нормативных социальных изменений по запрету на употребление спиртных напитков и снижению рисков, связанных с употреблением алкоголя.
5. Научные круги должны более активно проводить диалог с политиками, чтобы акцентировать внимание на реализации основанных на фактических данных мер антиалкогольной политики.
6. Чтобы юридически закрепить приоритеты общественного здоровья в вопросах, связанных с употреблением алкоголя, и создать основу для совместных международных действий по снижению вреда, наносимого алкоголем во всем мире, необходимо принять Международный договор по обмену РКБТ.

11.5.1. Инфраструктура для антиалкогольной политики

Реализация эффективных мер по сокращению вреда от употребления алкоголя зависит от создания необходимых инфраструктур для разработки политики, установления приоритетов, мониторинга и контроля, исследований и оценки, подготовки кадров и реализации программ (52). Несмотря на определенные успехи в создании основных инфраструктур для реализации действий в отношении алкоголя, можно утверждать, что во многих странах существует недостаток политической воли и инвестиций как в частном, так и в государственном секторах. Следовательно, создание достаточно крупной и функциональной инфраструктуры остается проблемой.

Ответственность за разработку и реализацию национального плана действий в отношении алкоголя, как правило, разделена между несколькими государственными ведомствами и уровнями, которые могут включать секторы, занимающиеся вопросами торговли и промышленности, сельского хозяйства, занятости населения, финансов, транспорта и здравоохранения. Эти секторы часто имеют конкурирующие интересы и приоритеты в отношении антиалкогольной политики, а также могут обладать неравной властью. С точки зрения общественного

здравоохранения, общие барьеры на пути эффективных мер в отношении алкоголя включают экономические и политические приоритеты свободной торговли, неограниченную рекламу алкогольной продукции, неограниченную доступность алкоголя, государственные представления об экономической значимости алкогольной индустрии, потенциальную непопулярность определенных мер. В качестве препятствий на пути реализации эффективных мер в отношении алкоголя также обычно называются отсутствие политической поддержки по вопросам общественного здравоохранения и отсутствие внимания к финансовым проблемам. Разрыв между наличием доказательной базы в отношении алкоголя и действиями по решению проблемы употребления алкоголя в той или иной стране, а также конкретный выбор мер определяется сочетанием государственных игроков и методами решения политических конфликтов. В конечном счете, законодательство может быть успешным только тогда, когда основные государственные структуры поддерживают его реализацию.

Национальные политики имеют полномочия по регулированию и воздействию на среду, в которой происходит реклама и оборот алкоголя. Они часто имеют особые интересы в вопросах алкоголя, которые различаются в зависимости от их официальных должностей, личных взглядов, финансовых интересов и социального круга общения. Контакты с игроками за пределами правительства (например, компаниями алкогольной индустрии, группами, занимающимися продвижением вопросов здоровья) могут формировать взгляды политиков на конкретные стратегии в отношении алкоголя и влиять на формирование или усовершенствование политических предложений. Поскольку политики являются влиятельными игроками на политической арене, их политическая поддержка планов действий в отношении алкоголя имеет решающее значение. Исследование Замбии иллюстрирует, как резкое увеличение смертности, связанной с вредным употреблением алкоголя, открыло возможности для разработки национального плана действий в отношении алкоголя (пример 11.3).

Отсутствие прозрачности и информации, конфликты интересов, плохая организация и плохая подготовка к реализации новой политики и законов, правительство, организованное вертикально, а не горизонтально, отсутствие финансирования, коррупция, общественное недоверие к власти – все это примеры препятствий на пути принятия, реализации и контроля за проведением эффективной антиалкогольной политики. Правительство Соединенного Королевства предоставляет ряд уроков по реализации эффективной антиалкогольной политики в рамках Антиалкогольной стратегии правительства Соединенного Королевства (пример 11.4).

Пример 11.3. *Разработка антиалкогольной политики в Замбии*

По оценкам, 70% всего выпитого алкоголя в Замбии не фиксируется официально. Более двух пятых 11–16 летних подростков потребляет алкоголь. Исследование студентов этой возрастной группы, проведенное в 2004 году, обнаружило, что реклама спиртных напитков, в частности предоставление бесплатного алкоголя представителями дистрибьюторских компаний, было связано с алкогольным опьянением (Скорректированное отношение шансов (СОШ) = 1,49; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,09–2,02) и проблемным употреблением алкоголя (СОШ = 1,41; 95% ДИ: 1,06–1,87), с коррекцией на демографические характеристики, поведенческие риски и “алкогольное” образование. “Алкогольное” образование не продемонстрировало воздействия на сокращение пьянства или проблемного употребления алкоголя.

В апреле 2012 года правительство Замбии запретило производство и продажу ликера в порционных упаковках Tujilijili. Этот ликер крепостью 45% продавался в 50 мл порционных упаковках по цене 10 центов США за штуку, имел широкую дистрибьюторскую сеть по всей стране и продавался несовершеннолетним. Местные политики, учителя и директора школ, молодежные и религиозные лидеры не раз выражали озабоченность по поводу употребления этих пакетиков молодежью и детьми. Озабоченность общественности была также вызвана тем, что несколько человек умерли от чрезмерного употребления Tujilijili.

Министерство здравоохранения подготовило проект национальной антиалкогольной политики, который определяет проблему употребления алкоголя как проблему общественного здравоохранения и предоставляет политическую основу для ее решения, которая включает регулирование рынка алкогольной продукции, защиту молодежи, профилактику и образование, лечение и уход за людьми, страдающими от проблем, связанных с алкоголем, информационный обмен, многосекторальные действия, а также научные исследования и разработки.

Источник: Swahn et al., 2011 г. (53); Jernigan, 2012 г. (54).

Пример 11.4. *Уроки Антиалкогольной стратегии правительства Соединенного Королевства*

В марте 2012 года правительство Соединенного Королевства запустило новую стратегию по борьбе с вредным употреблением алкоголя, в которой уделялось особое внимание снижению воздействия запойного пьянства на здоровье и социальную среду – Антиалкогольная стратегия правительства Соединенного Королевства. По словам премьер-министра: “Запойное пьянство – не второстепенный вопрос, на его долю приходится половина всего потребляемого алкоголя в стране. Преступность и насилие, вызванные запойным пьянством, истощают ресурсы наших больниц, порождают хаос на наших улицах и распространяют страх в наших сообществах” (55).

Антиалкогольная стратегия является новаторской, так как она сосредотачивает внимание на алкоголе как причине проблем, а не только на “вредном употреблении” алкоголя, продвигает совместный план действий различных государственных секторов, основана на фактических данных и приведена в соответствие с наилучшими решениями антиалкогольной политики. Предложение ввести минимальную цену на грамм алкоголя сделает незаконной продажу алкоголя по цене ниже установленной в магазинах и барах. По оценкам правительства, 40 пенсов за порцию алкоголя в 8г обернется 50-тысячным снижением числа преступлений и 9-тысячным снижением количества смертей, связанных с вредным употреблением алкоголя, в год.

Данная стратегия признает, что алкогольная индустрия оказывает прямое и мощное воздействие на поведение потребителей. Люди потребляют больше алкоголя, когда цены на него ниже; маркетинг и реклама влияют на поведение людей в отношении употребления алкоголя; планировка магазинов и расположение алкогольной продукции внутри магазина влияет на тип и объем продаж. Стратегия предусматривает удаление 10 млн литров чистого алкоголя с британского рынка к 2015 году, введение низкоградусной алкогольной продукции и уменьшение размера порции. Это не будет иметь никакого влияния на прибыль, так как этот алкоголь не будет ни производиться, ни потребляться. Стимулирование будет происходить через повышение ставки налога на высокоградусное пиво и снижение ставки налога на низкоградусное пиво, чтобы тесно связать налог на пиво с крепостью алкоголя.

Источник: Anderson, 2012 г. (56).

11.5.2. Алкогольная индустрия

Ликеро-водочная промышленность является группой давления, действующей на политической арене для защиты своих коммерческих интересов (57). Группы давления имеют различную способность влиять на меры антиалкогольной политики, некоторые – большую, чем другие. Алкогольная индустрия, в общем, обладает большим экономическим, политическим и организационным влиянием на мировой политической арене, но в настоящее время также особенно в развивающихся экономиках и во многих африканских странах с низким уровнем доходов (54). Различные секторы алкогольной индустрии часто образуют лобби и коалиции для продвижения своих интересов и, все чаще, эти интересы согласуются с мерами антиалкогольной политики (48). Ключевые положения Глобальной стратегии ВОЗ в отношении консультаций с представителями отрасли используются в качестве оправдания для продвижения благоприятной для алкогольной индустрии политики без участия ВОЗ или сектора общественного здравоохранения (46).

Основой действий алкогольной индустрии является разработка, продвижение и распространение учебных материалов и программ, направленных на предотвращение и сокращение покупок и употребления алкоголя несовершеннолетними (48). Однако, это и неуместно, и вводит в заблуждение, так как систематические исследования до сих пор не смогли определить учебные материалы, способные обеспечить сокращение покупок и употребления алкоголя несовершеннолетними (58).

Другим краеугольным камнем стратегии алкогольной индустрии является внедрение и частая переработка добровольных кодексов практики рекламы, включая их расширение в сторону цифровых средств коммуникации (48). Это действие также вводит в заблуждение, так как исследования в области саморегулирования кодексов практики рекламы показали, что цели воздействия и руководящие принципы в отношении содержания таких добровольных кодексов систематически нарушаются, а сами кодексы являются малоэффективными для защиты уязвимых групп населения от негативных воздействий рекламы алкоголя (42, 43).

При финансовой поддержке мировых производителей алкоголя, Международный центр политики в отношении алкоголя (ICAP) занялся разработкой национальной антиалкогольной политики для правительств Африки и Азии. В одном случае, на спонсированных ICAP встречах, были сформулированы национальные планы в отношении алкоголя, удовлетворившие требования сразу четырех различных африканских стран. Эти планы были созданы высшим руководством пивоваренной компании SABMiller, одного из спонсоров ICAP (59).

Через ICAP, мировые производители алкоголя в настоящее время переходят к прямому финансированию контрактных исследований, которые будут опубликованы в рецензируемых журналах. Как показало одно исследование, занимавшееся рассмотрением морального вреда от финансирования, предоставляемого производителями алкоголя, такой вид прямого финансирования со стороны алкогольной индустрии несет в себе риск системных ошибок, сужения круга исследований и даже репутационный ущерб научно-исследовательской деятельности (60). В ожидаемой серии тематических публикаций исследования в области некоммерческого алкоголя (на который приходится более одной трети мирового производства), вполне вероятно, будут построены на литературе, запятнанной крупными конфликтами интересов. Конкретным примером потенциальных проблем может быть Программа “Tavern Intervention for Men” (ТИР), финансируемая Глобальным фондом и реализуемая компанией SABMiller и ее партнерами в Южной Африке. Задачей ТИР является снижение вреда для мужчин, связанного с употреблением алкоголя, и сокращение распространения ВИЧ/СПИДа. Анализ работы этой программы показал, что алкогольная индустрия поддерживает алкогольные вмешательства, которые ограничивают воздействия на употребление алкоголя на популяционном уровне. Эти меры позволяют алкогольной индустрии казаться социально ответственными и выполняющими свои правовые обязательства по решению проблемы вреда, наносимого алкоголем, и одновременно гарантируют постоянный уровень продаж и прибыли (61).

Таким образом, резкое расхождение между результатами исследований по эффективным вариантам антиалкогольной политики, с одной стороны, и реальными видами антиалкогольной политики, с другой стороны, часто может быть связано с центральной и доминирующей ролью коммерческих интересов в процессе принятия политических решений. К участию алкогольной индустрии в разработке политики следует относиться с серьезным подозрением и по возможности избегать.

11.5.3. Силовое воздействие на производителей алкоголя и розничных торговцев

Глобальные производители алкогольной продукции несут ответственность за свое поведение во всем мире, и должны придерживаться минимальных требований к стандартам товарного дизайна и приемам маркетинга, независимо от страны, в которой их продукция продается. Они должны прекратить разработку продукции, способствующей алкогольной интоксикации, и снять с рынка продукцию, изначально связанную с ответственностью производителя, например, высокоградусные сорта пива и ликеры в порционной упаковке. Они должны снизить содержание алкоголя в существующей продукции для уменьшения токсического

действия алкоголя при регулярном употреблении и вероятности острой интоксикации. Они должны прекратить участие в деятельности, связанной со здоровьем, по профилактике, лечению, научным исследованиям и безопасности дорожного движения, так как она является, как правило, неэффективной и корыстной. Они также должны прекратить пропагандистскую деятельность, лоббирование и политические мероприятия, направленные на сокращение или отмену мер основанной на фактических данных антиалкогольной политики.

11.5.4. Усиление активности гражданского общества

Одним из методов борьбы с влиянием алкогольной индустрии могут быть оппозиционные группы давления, включающие НПО, занимающиеся вопросами здоровья (62). Однако, по сравнению с группами давления алкогольной индустрии, такие НПО, как правило, имеют меньший доступ к политикам и обладают меньшим количеством политических и финансовых ресурсов. Во многих странах отсутствие организованного и обеспеченного ресурсами гражданского общества и неспособность мобилизовать общественное мнение было определено в качестве препятствия на пути реформы антиалкогольной политики. Было доказано, что в странах-членах ЕС, уровень участия НПО, занимающихся вопросами здоровья, в разработке антиалкогольной политики не оказывал никакого влияния на ее потенциал (51). Институты, которые могли бы поддержать общественную антиалкогольную политику, ориентированную на здоровье, включают независимые бюджетные организации, программы сферы страхования, организации и сети, занимающиеся решением проблем на местных уровнях, профессиональные ассоциации. Относительно автономные фонды, занимающиеся вопросами укрепления здоровья, финансируемые из налогов на алкоголь (и табак) могли бы стать хорошим решением.

Гражданское общество может играть важную роль в изменении норм потребления алкоголя (63). Реализация эффективной политики фактически изменяет нормы, так как поддержка политических мер, как правило, увеличивается после их реализации (27). Социальные круги оказывают сильное влияние на поведение. Изменения в употреблении алкоголя внутри круга общения человека оказывают значительное влияние на последующее поведение этого человека, с точки зрения “неупотребления” (если большинство окружения воздерживается от употребления алкоголя) или увеличения употребления (если большинство сетевого окружения сильно пьет) (64).

11.5.5. Наука и исследования

Важные инфраструктурные элементы, поддерживающие надежность антиалкогольной политики, включают научно-исследовательские системы,

которые помогают расширить базу знаний для проведения эффективных мер в отношении алкоголя (52). Исследования могут выявить проблемы, оценить и проанализировать программы и политику, а также разработать рекомендации по стратегиям. К сожалению, часто наблюдается резкое несоответствие между научными данными об эффективности мер антиалкогольной политики и фактическими вариантами политики, реализуемыми правительствами (65). Исследования представляются наиболее влиятельными для определения политической повестки дня и рассмотрения альтернативных вариантов политики, но менее влиятельными при внесении изменений в законопроекты, и еще менее влиятельными в процессе принятия решений. Ученые могут взять на себя роль инициирования диалога с политиками по важным стратегическим темам (66). Было доказано, что в странах-членах ЕС, чем больше вовлеченность научных кругов в разработку антиалкогольной политики, тем сильнее политика (51).

11.5.6. Юридически обязывающий глобальный договор

Географическая широта доказательной базы стремительно меняется. Тем не менее, большинство фактических данных по вопросам эффективной антиалкогольной политики исходит либо из англоязычных, либо скандинавских стран, в которых употребление алкоголя обычно характеризуется низкими показателями воздержания и относительно высоким уровнем тяжелого эпизодического употребления алкоголя. Многие из этих стран имеют традиции государственного регулирования продажи алкоголя. Для них дополнительное принятие антиалкогольных стратегий на основе фактических данных часто является вопросом восстановления утраченной политической традиции, от которой отошли в процессе фазы дерегулирования последних трех десятилетий. Многие страны с низким уровнем дохода находятся в совершенно ином положении. Часто они не имеют традиций государственного регулирования алкоголя, их алкогольная индустрия расширяет свои рынки, и лишь несколько организаций гражданского общества работают в направлении снижения вреда, наносимого употреблением алкоголя.

Алкоголь является единственным психотропным веществом, вызывающим зависимость и значительные проблемы со здоровьем, которое широко потребляется во всем мире и в настоящее время не охвачено никаким международным договором. Многие выступают за принятие нового международного договора, основанного на модели РКБТ ВОЗ, для придания законного статуса интересам общественного здравоохранения в вопросах, связанных с алкоголем как особым товаром, и для обеспечения основы для совместных международных действий по снижению вреда, наносимого употреблением алкоголя во всем мире (3) (см. также главу 10).

11.6. Заключение

1. Признавая, что здоровье граждан имеет первостепенное значение, правительства должны принимать активное участие в снижении вреда, наносимого употреблением алкоголя.
2. Правительства должны применять наилучшие решения для антиалкогольной политики, признавая, что здоровые решения по алкоголю – не обязательно дорогостоящие решения.
3. Правительства должны обеспечивать эффективное регулирование деятельности алкогольной индустрии.
4. НПО необходимо активизировать свою деятельность в качестве наблюдателей и рупора эффективной антиалкогольной политики.
5. Международная политика в области здравоохранения в виде рамочной конвенции по борьбе с употреблением алкоголя является насущной потребностью.

Признавая, что здоровье граждан имеет первостепенное значение, правительства должны принимать активное участие в снижении вреда, наносимого употреблением алкоголя.

Учитывая, что алкоголь является пятым основным фактором риска инвалидности и преждевременной смерти в мире, ни одно правительство не может себе позволить не реализовать эффективные меры по снижению вреда, наносимого употреблением алкоголя. Одних действий правительства недостаточно, но они абсолютно необходимы: существуют полномочия, которыми могут владеть только правительства, стратегии, которые только правительства могут санкционировать и соблюдение которых обеспечивать, и результаты, которых только правительства могут добиться. Чтобы остановить всемирную эпидемию заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, органы власти на всех уровнях должны сделать здоровые решения базовым социальным вариантом.

Правительства должны применять наилучшие решения для антиалкогольной политики, признавая, что здоровые решения по алкоголю – не обязательно дорогостоящие решения.

Правительствам необходимо признать, что изменение социальной и физической среды является гораздо более эффективным, чем изменение лишь индивидуального поведения. Это означает включение неформальных и незаконных рынков алкоголя в систему государственного контроля, повышение налогов на алкоголь и введение минимальной цены за грамм продаваемого алкоголя, сокращение доступности за счет снижения плотности торговых точек и сокращения дней и часов продажи, и, так же, как и для табака, введение запрета на все формы коммерческих коммуникаций. Такие социальные и физические изменения, создающие самый здоровый маршрут, являются также самыми

простыми для подражания. Анализ ВОЗ (таблица 11.1) показывает, что три наилучших решения не являются дорогостоящими для реализации во всех регионах мира, а повышение налогов на алкоголь увеличивает государственные доходы.

Правительства должны обеспечивать эффективное регулирование деятельности алкогольной индустрии.

Алкогольная индустрия является ответственным звеном за распространение вреда, связанного с алкоголем, так как связанный с алкоголем вред является результатом употребления алкоголя – продукта алкогольной индустрии. Это отрасль, которая в значительной степени действует безнаказанно и, как уже не раз демонстрировалось, не в состоянии регулировать себя должным образом. В 2005 году в статье в журнале “The Economist” утверждалось, что дело бизнеса есть бизнес; он должен удовлетворять потребности своих акционеров, а не вмешиваться в политику, которая влияет на благосостояние людей (67). Это дело правительств, ответственных перед народом, они должны регулировать условия, в которых работают предприятия и обеспечивать сокращение неблагоприятных внешних воздействий. В статье далее говорилось, что необходимо подозрительно относиться к ситуациям, когда правительство и промышленность совместно работают над созданием политики.

НПО необходимо активизировать свою деятельность в качестве наблюдателей и рупора эффективной антиалкогольной политики.

Масштабное расширение деятельности на национальном и международном уровнях потребует дополнительных ресурсов для усиления пропагандистской деятельности со стороны хорошо информированных игроков, независимых от коммерческих интересов. Опыт борьбы против табака показывает, что инвестиции в сектор НПО могут катализировать и поддерживать национальные меры. Однако, участие НПО на политической арене, связанное с решением проблемы употребления алкоголя, сильно ограничено нехваткой ресурсов (3). В 2008 году “Блумберг Филантропиз” и фонд Билла и Мелинды Гейтс внес вклад на 500 млн долл. США в борьбу с табачной эпидемией, но ничего подобного не было сделано в отношении алкоголя, хотя это одинаково важная и сложная проблема. Антиалкогольная пропаганда также не имела преимуществ получать финансирование от благотворительных фондов, таких, как онкологические общества и фонды по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые выступали в поддержку мер по борьбе против табака. Полезной национальной моделью является введение налога на продажу алкоголя, который затем используется для финансирования деятельности НПО. Например,

сеть “StopDrink” в Таиланде обеспечивает активную связь со всеми элементами гражданского общества и играет активную роль в реализации антиалкогольной политики. Она была поддержана фондом ThaiHealth, который финансируется за счет целевого 2% налога на алкоголь и табак.

Международная политика в области здравоохранения в виде рамочной конвенции по борьбе с алкоголем является насущной потребностью.

Если учесть сопоставимость вреда, наносимого курением табака и употреблением алкоголя, а также прецедент РКБТ ВОЗ, в призывах к созданию рамочной конвенции по борьбе с алкоголем нет ничего удивительного. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, призвал ВОЗ проанализировать возможности реализации международных механизмов, в том числе юридически обязывающих соглашений (62). КСДЗ заявила, что алкоголь является главным фактором, в отношении которого необходимо создать более сильные глобальные, региональные и национальные нормативные требования (68). Многие ключевые вопросы, представленные или рекомендованные в РКБТ ВОЗ, сопоставимы с наиболее эффективными мерами в отношении алкоголя, и вариант рамочной конвенции является наименее предписывающим из доступных юридически обязывающих международных документов. Однако, его сила состоит в использовании международного права для созыва официального форума для сотрудничества и переговоров.

После ратификации конвенции страны обязуются применять принципы конвенции в национальном законодательстве, а также участвовать в многостороннем обмене информацией. Воздействия международных соглашений распространяются как на внутреннюю, так и на международную политику. Процесс РКБТ ВОЗ содействовал разработке национальной программы борьбы против табака путем расширения круга заинтересованных сторон, участвующих в этой борьбе (69) (см. главу 10). Рамочная конвенция в отношении алкоголя создаст возможности для скорейшей реализации национальной политики в странах с низким и средним уровнем дохода, так как в рамках конвенции помощь в развитии, включая технические консультации, будет предоставляться более охотно. В связи с общим снижением эффективности реализации антиалкогольной политики в последние десятилетия, и угрозами, связанными с глобализацией, существует реальная необходимость в такой помощи и придании ускорения на национальном уровне.

Библиография

1. Lim SS et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859):2224–2260.
2. Rehm J et al. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682):2223–2233.
3. Casswell S, Thamarangsi T (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. *The Lancet*, 373(9682):2247–2257.
4. Bloomfield K, Hope A, Kraus L (2011). *A review of alcohol survey methodology: towards a standardised measurement instrument for Europe*. Brussels, Executive Agency for Health and Consumers (http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/files/prop_01.pdf, accessed 27 February 2013).
5. IARC (2010). *Alcohol consumption and ethyl carbamate*. Lyons, International Agency for Research on Cancer (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 96).
6. Anderson P (2012). The impact of alcohol on health. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:5–9.
7. Gordon R, Anderson P (2011). Science and alcohol policy: a case study of the EU Strategy on Alcohol. *Addiction*, 106(Suppl.1):55–66.
8. Bakke Ø, Endal D (2010). Vested interests in addiction research and policy: alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction*, 105(1):22–28.
9. WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 27 February 2013).
10. Anderson P (2013). Alcohol. In: Mackenbach J, McKee M, eds. *Successes and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges*. Maidenhead, Open University Press.
11. NHMRC (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra, National Health and Medical Research Council.
12. Rehm J, Roerecke M (2011). Alcohol, the heart and the cardiovascular system: what do we know and where should we go? *Drug and Alcohol Review*, 30(4):335–337.
13. Roerecke M, Rehm J (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 171(6):633–644.

14. Lobstein T, Daube M (2012). Alcohol: no cardio-protective benefit for overweight adults? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(6):582.
15. Mukamal K et al. (2006). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 54(1):30–37.
16. Nichols M et al. (2012). What is the optimal level of population alcohol consumption for chronic disease prevention in England? Modelling the impact of changes in average consumption levels. *BMJ Open*, 2(3):e000957.
17. Rehm J, Eschmann S (2002). Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47(1):48–58.
18. WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva, World Health Organization.
19. Rehm J et al. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Toronto ON, Centre for Addiction and Mental Health.
20. Rehm J et al. (2009). *Alcohol, social development and infectious disease*. Toronto ON, Centre for Addiction and Mental Health.
21. Stuckler D et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686):315–323.
22. Anderson P, Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies.
23. Zaridze D et al. (2009). Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *The Lancet*, 373(9682):2201–2214.
24. Neufeld M, Rehm J (2013). Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? *Alcohol and Alcoholism*, 48(2):222–230.
25. Shield KD et al. (2011). Global and country specific adult per capita consumption of alcohol, 2008. *Journal of Addiction Research and Practice*, 57(2):99–117.
26. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and costeffectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682):2234–2246.
27. Babor T et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. 2nd edition*. Oxford, Oxford University Press.
28. Anderson P, Müller L, Galea G, eds. (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

29. Rabinovich L et al. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, RAND Europe.
30. Anderson P, Suhrcke M, Brookes C, eds. (2012). *An overview of the market for alcohol beverages of potentially particular appeal to minors*. London, HAPI.
31. Hall W, Chikritzhs T (2011). The Australian alcopops tax revisited. *The Lancet*, 377(9772):1136–1137.
32. Österberg E (2012). Pricing of alcohol. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:96–102.
33. Rabinovich L et al. (2012). *Further study on the affordability of alcoholic beverages in the EU: a focus on excise duty pass-through, on- and off-trade sales, price promotions and pricing regulations*. Cambridge, RAND Europe (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/alcohol_rand_2012.pdf, accessed 27 February 2013).
34. Purshouse R et al. (2009). *Modelling to assess the effectiveness and costeffectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0. Report to the NICE Public Health Programme Development Group*. Sheffield, University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR).
35. Stockwell T et al. (2012). Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, 107(5):912–920.
36. Österberg E (2012). Availability of alcohol. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:83–88.
37. Duailibi S et al. (2007). The effect of restricting opening hours on alcoholrelated violence. *American Journal of Public Health*, 97(12):2276–2280.
38. Davis RM et al., eds. (2008). *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*. Bethesda MD, National Cancer Institute (NCI Tobacco Control Monograph Series No. 19).
39. Anderson P et al. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3):229–243.
40. De Bruijn A (2012). The impact of alcohol marketing. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:89–95.
41. Engels R et al. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3):244–249.

42. Hastings G et al. (2010). Failure of self regulation of UK alcohol advertising. *BMJ*, 340:b5650.
43. Winpenny E et al. (2012). *Assessment of young people's exposure to alcohol marketing in audiovisual and online media*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/alcohol_rand_youth_exposure_marketing_en.pdf, accessed 27 February 2013).
44. Kaner E (2012). Health sector responses. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:40–48.
45. Parry CDH, Rehm J, Morojele NK (2010). Is there a causal relationship between alcohol and HIV: implications for policy, practice and future research? *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 9(2):81–91.
46. WHO (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf, accessed 27 February 2013).
47. The Lancet Oncology (2011). Two days in New York: reflections on the UN NCD summit. *The Lancet Oncology*, 12(11):981.
48. Global Actions on Harmful Drinking (2012). *Reducing harmful use of alcohol: beer, wine and spirits producers' commitments*. Washington DC, International Center for Alcohol Policies (<http://event.global-actions.org/Reducing%20Harmful%20Use%20of%20Alcohol.pdf>, accessed 27 February 2013).
49. Shield KD et al. (2012). Societal burden of alcohol. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:10–28.
50. Gordon R, Anderson P (2011). Science and alcohol policy: a case study of the EU Strategy on Alcohol. *Addiction*, 106(Suppl.1):55–66.
51. König C, Segura L, Anderson P (2012) Infrastructures: building a policy house. In: Anderson P et al., eds. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA*. Barcelona, The AMPHORA Project (http://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45, accessed 27 February 2013):107–117.
52. König C, Segura L (2011). Do infrastructures impact on alcohol policy making? *Addiction*, 106(Suppl.1):47–54.
53. Swahn et al. (2011). Alcohol marketing, drunkenness, and problem drinking among Zambian youth: findings from the 2004 Global School-Based Student Health Survey. *Journal of Environmental and Public Health*, Vol. 2011, Article ID 497827.
54. Jernigan D (2012). *The size of the global alcohol market and its penetration in the African Region. Paper prepared for WHO Consultative Meeting on Alcohol Marketing in the African Region of the World Health Organization, Brazzaville, Congo, 4–5 October 2012*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa.

55. Home Office (2012). *The government's alcohol strategy*. London (<http://www.homeoffice.gov.uk/publications/alcohol-drugs/alcohol/alcoholstrategy?view=Binary>, accessed 27 February 2013):2.
56. Anderson P (2012). The UK government's alcohol strategy. Drugs: education, prevention and policy. *Informa Healthcare*, 19(5):360–361.
57. Jernigan DH (2012). Global alcohol producers, science and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. *American Journal of Public Health*, 102(1):80–89.
58. Anderson P (2012). Information and education. In: Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:35–39.
59. Bakke O, Endal D (2010). Alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction*, 105(1):22–28.
60. Stenius K, Babor TF (2010). The alcohol industry and public interest science. *Addiction*, 105(2): 191–198.
61. Matzopoulos R et al. (2012). Global Fund collusion with liquor giant is a clear conflict of interest. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(1):67–69.
62. WHO (2007). *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption: second report*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series 944).
63. Room R et al. (2002). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation of Alcohol Studies in collaboration with the WHO.
64. Rosenquist JN et al. (2010). The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Annals of Internal Medicine*, 152(7):426–433.
65. Parry CDH (2010). Alcohol policy in South Africa: a review of policy development processes between 1994 and 2009. *Addiction*, 105(8)1340–1345.
66. ALICE RAP (2012). *Policy dialogue – UK Cabinet Seminar on Alcohol Pricing Policy, 23rd February 2012: summary notes*. Barcelona, Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project (http://www.alicerap.eu/images/Alcohol%20pricing%20and%20related%20harms%20Seminar_23-2-12_Summary%20notes.pdf, accessed 27 February 2013).
67. Crook C (2005). The good company. *The Economist*, 22 January 2005.
68. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
69. Mackay J (2003). The making of a convention on tobacco control. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8):551.

Окружающая среда и здоровье: уроки для HiAP

Carlos Dora¹, Michaela Pfeiffer, Francesca Racioppi

Ключевые идеи

- История окружающей среды и здоровья богата примерами использования подхода HiAP, от быстрых целенаправленных действий до долгосрочного сотрудничества между секторами.
- Механизмы управления окружающей средой, включая нормативно-правовые акты и международные договоры, хорошо отлажены и имеют большую важность для решения многих вопросов экологического здоровья.
- Решение вопросов окружающей среды и здоровья выходит далеко за рамки воздействий на здоровье экологической политики: по большому счету, речь идет о воздействии на здоровье и окружающей среды политики других секторов.

12.1. Введение

В этой главе дается обзор того, как вопросы окружающей среды и здоровья включаются в политику многих секторов, предоставляя уроки для межсекторального принятия решений и применения подхода HiAP.

Глава разделена на четыре части. Первая рассказывает о том, как вопросы экологического здоровья влияют на схемы принятия решений, опираясь на нелинейную схему трех потоков (проблемы, решения и политика). Во второй приводятся примеры подхода HiAP, реализованные в экологической политике. Третья обобщает уроки, извлеченные из опыта широкого внедрения вопросов окружающей среды и здоровья в процессы принятия решений, используя такие инструменты, как оценка

¹ Мнения, выраженные в этой главе, не обязательно отражают точку зрения Всемирной организации здравоохранения.

воздействия на окружающую среду и здоровье. В заключительной части главы описывается направление дальнейших действий для подхода HiAP, который стремится использовать возможности “управления здоровьем”, предоставляемые возобновлением интереса к устойчивому развитию.

12.2. Окружающая среда и экологическое здоровье: проблемы, решения и политика

12.2.1. Природная и антропогенная среда

Экологические детерминанты здоровья напрямую зависят от социально-экономических интересов, которые приводят к чрезмерной эксплуатации природных ресурсов и загрязнению окружающей среды. Они также угрожают способности планеты справляться с тяжелыми изменениями в экологических системах, от которых зависит само существование человека. Здоровье ассоциируется прежде всего с антропогенными изменениями в природной среде. Многие потенциальные синергии между здоровьем и окружающей средой возникают из понимания основных причин ухудшения состояния окружающей среды и здоровья.

Четвертую часть глобального бремени болезней можно предотвратить с помощью известных стратегий управления экологическими рисками для здоровья – загрязнение воздуха и воды, загрязнение пищевых продуктов, травмы, возможности для осуществления безопасной физической активности в повседневной жизни (1). Поведение часто обусловлено культурой и давлением со стороны сверстников и связано с обстоятельствами, в которых люди живут, работают или играют. Эти обстоятельства могут измениться, если будут решены экологические вопросы, снижены барьеры, мешающие вести тот или иной образ жизни, и изменен характер потребления так, чтобы сделать “здоровый выбор легким выбором” (2).

Причины негативного влияния различных секторов экономики на окружающую среду часто являются детерминантами здоровья. Решения по вопросам городского планирования, транспорта и жилищного строительства могут способствовать увеличению, а не снижению загрязнения воздуха, шума и дорожно-транспортного травматизма. Те же решения могут способствовать ограничению, а не повышению ежедневной физической активности и приводить к НИЗ. Другим примером является отсутствие доступа к экологически чистой энергии, где бедные семьи для своих основных потребностей в приготовлении пищи и отоплении полагаются на такое твердое топливо, как топливо из биомассы (отходов сельского хозяйства, навоза, соломы, древесины) или уголь, что приводит к загрязнению воздуха внутри помещений. Почти половина всех

мировых случаев смерти от пневмонии у детей в возрасте моложе пяти лет, а также более 1 млн смертей от хронических заболеваний легких (в основном среди бедных женщин), связаны с загрязнением воздуха внутри помещений. Грязные варочные панели также способствуют образованию мощных парниковых газов быстрого действия, которые вызывают изменения климата. Кроме того, глобальный рост потребления продуктов животноводства является движущей силой обезлесивания, образования метана (еще один мощный парниковый газ) и формирования районов питания, богатых жирами.

12.2.2. Воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды

Воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды способствуют развитию НИЗ, в том числе рака. Например, 28% случаев ишемической болезни сердца в десяти европейских городах были связаны с проживанием в непосредственной близости от загрязненных дорог (3). Международное агентство по изучению рака в последнее время классифицирует дизельные выхлопы автомобильного транспорта, техники и механизмов как канцерогенные для человека (4). На физическую активность человека влияет характер землепользования, застройка городов и транспортная политика, которые могут способствовать развитию велосипедного и пешеходного движения путем создания безопасной инфраструктуры, а также содействовать созданию легко доступных зеленых зон для физической активности во время досуга, что в свою очередь способствует изменению моделей поведения. По данным групповых исследований, проведенных в Копенгагене (5) и Шанхае (6), регулярная езда на велосипеде была связана с уменьшением общей смертности на 30%, а результаты мета-анализа показали, что спортивная ходьба снижает риск общей смертности на 20% (7). Оценивалась регулярная ходьба или езда на велосипеде продолжительностью примерно 30 минут в день, что совместимо с транспортными моделями в городских районах по всему миру и соответствует рекомендациям ВОЗ для уровней физической активности среди взрослого населения (8). Землепользование влияет на доступ к фруктам и овощам и может создать продовольственные пустыни, а также обеспечить предоставление открытых пространств детям для игры без присмотра, что является необходимым условием развития ребенка (9) (см. также главу 6).

12.2.3. Загрязнение окружающей среды

Загрязнение окружающей среды является еще одним важным фактором неравенства в отношении здоровья между странами и внутри них. Представители низших социально-экономических групп очень часто работают или живут в более загрязненном окружении, где жилье дешевле,

ближе к районам с более густой дорожной сетью (следовательно, они более подвержены воздействию загрязненного воздуха, шуму и риску травм), в жилых помещениях более низкого качества (следовательно, они более подвержены действию загрязнителей воздуха в помещении, таких как плесень или небезопасные виды топлива), или в непосредственной близости от загрязненных территорий (например, загрязняющих промышленных объектов, несанкционированных свалок). Большие неравенства в отношении здоровья и бремени болезней между странами (10, 11) определяются различиями в доступе к чистой воде, санитарии, чистой энергии, качеством воздуха или защитой от воздействия химических веществ. Они отражают социально-экономические различия и связанный с ними доступ к инфраструктуре, более безопасной и менее загрязняющей окружающую среду энергии, продуктам сельского хозяйства и технологиям производства. Например, до 58% медицинских учреждений в некоторых странах Африки к югу от Сахары не имеют надежного доступа к энергии, тем самым ограничивая функционирование холодильной цепи, принятие родов в ночное время или использование микроскопов для диагностики (12).

12.2.4. Роль здоровья в экологическом движении и связанной с ним политике

Экологическая информированность берет свое начало в осознании того, что загрязнение окружающей среды вызывает заболевания: состояние водоснабжения, санитарии и жилищных условий в XIX веке, приведшее к эпидемии холеры и другим инфекционным заболеваниям, болота, способствовавшие высокому уровню малярии, которые пришлось осушить перед строительством Панамского канала в начале XX века, большое влияние степени загрязнения воздуха в городах на уровень смертности (например, Лондонский туман) и промышленных районах (например, в Соноре, США) в середине XX века. Крупные аварии: например, химические аварии в Севесо, Италия (1976) и Бхопале, Индия (1984), когда произошло загрязнение окружающей среды диоксином; авария на Украине, на Чернобыльской АЭС (1986); авария в Бая-Маре, Румыния (2000), когда произошла утечка цианида и загрязнение реки Дунай, – способствовали повышению информированности общественности и политиков о рисках для здоровья и окружающей среды определенных видов деятельности, а также о потенциальных межнациональных последствиях этой деятельности. Это вызвало интерес к системам нормативно-правового регулирования, международному сотрудничеству, научным исследованиям и практике в области оценки рисков и управления ими. Информированность о воздействии на здоровье привела к созданию целенаправленной политики (например, в области улучшения систем водоснабжения и санитарии, принятии законов о чистом воздухе, о химической безопасности), направленной на снижение рисков

опасности для здоровья. Например, авария в Севесо привела к широкому контакту населения с диоксидами, выброшенными химическим заводом, производившим пестициды и гербициды, что побудило ЕС приступить к разработке нового законодательства, направленного на предотвращение и реагирование на подобные аварии. Последовавшие “Директивы Севесо” теперь применяются более чем на 10 000 промышленных предприятий, которые используют или хранят большое количество опасных веществ, в основном в секторах химической и нефтехимической промышленности, хранения и обработки металла (13).

Экологическое движение началось в 1960-х годах с книги Рейчел Карсон “Безмолвная весна”. Посвященная вредному воздействию пестицидов (особенно ДДТ) на здоровье человека и животных, книга рассказывает об обществе, где из-за широкого применения пестицидов прекратилось пение птиц. Экология формулируется как “провокационная тема”: видение, идущее в разрез с природой материализма, сциентизма и технологически-инженерного управления природой. Ответ химической промышленности был сосредоточен на аргументах в пользу здоровья, утверждалось, что ДДТ имеет важное значение для борьбы с малярией. Эта дискуссия впоследствии привела к разработке комплексных стратегий борьбы с переносчиками болезней в качестве альтернативы ДДТ, а также к созданию Стокгольмской (14) и Базельской (15) конвенций, регулирующих использование и транспортировку опасных химических веществ. К другим последствиям относятся рост “зеленых” партий и “зеленых” стратегий, а также развитие природоохранного законодательства и министерств охраны окружающей среды, уполномоченных контролировать загрязнения и заниматься охраной окружающей природной среды.

В 1970-е годы научные исследования о разрушении озонового слоя планеты, а впоследствии об изменениях климата, вызванных атмосферными загрязнителями от производственной деятельности человека и сжигания ископаемого топлива, были сосредоточены больше на природе и планете, чем на связанных с этими факторами воздействиях на здоровье. Сообщество специалистов здравоохранения отвечало за определение и описание воздействий на здоровье человека: “озоновая дыра” приводит к повышению воздействия ультрафиолетового излучения, вызывает развитие катаракты и оказывает отрицательное воздействие на иммунную систему; изменение климата вызывает изменения характера заболеваний и питания из-за экстремальных погодных явлений – засухи или наводнения (например, периоды сильной жары приводят к увеличению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний), а также из-за смены переносчиков болезней. Еще более важным является недавнее признание того, что меры реагирования на изменения климата имеют значительные воздействия на здоровье, и что некоторые стратегии реагирования на изменения климата

являются гораздо более благоприятными для здоровья, чем другие (16). Неспособность определить воздействие мер реагирования на изменения климата для здоровья может привести к социальным издержкам. Например, рекомендация Межправительственной группы экспертов по изменению климата (МГЭИК), в которой говорится об использовании дизельного топлива для транспортировки с целью сокращения выбросов CO₂, не только способствует существенному увеличению риска заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем (17), но также не принимает во внимание тот факт, что дизельные отработавшие газы являются канцерогенами (4).

12.2.5. Слияние сфер окружающей среды и здоровья человека

С политической точки зрения, игроки в области окружающей среды и здоровья сходятся на необходимости решения проблемы экологических рисков, связанных с антропогенной деятельностью человека. Однако, не всегда удастся добиться согласия о необходимых вариантах политики. Некоторые специалисты по вопросам окружающей среды считают, что сосредоточение внимания на воздействии вредных факторов на человека (антропоцентрический фокус) наносит вред обсуждению более широкого круга экологических вопросов. Существует согласие по борьбе с загрязнениями окружающей среды и связанными с этим заболеваниями, и в то же время нерешительность в вопросах включения социальных и поведенческих рисков (например, травм, заболеваний, передающихся половым путем). Например, оценка воздействия на окружающую среду, как правило, учитывает связанные с загрязнением заболевания, но не рассматривает другие риски для здоровья. Кроме того, МГЭИК не учитывает воздействие на здоровье своих предлагаемых мер по сокращению изменения климата. Такая ситуация может быть конструктивной и уже привела к прогрессу в некоторых направлениях: например, следующие рекомендации МГЭИК, как ожидается, будут связаны с сопутствующим выигрышем для здоровья политики по смягчению последствий и адаптации к изменениям климата.

В настоящее время также развиваются направления экологических услуг (в том числе, как они воздействуют на здоровье человека) и, в особенности, экосистемных услуг; ставится акцент на биоразнообразие и его вклад в развитие лекарственных средств, а также на адаптацию к изменениям климата и защиту людей от стихийных бедствий (18).

В целом, связь между окружающей средой и здоровьем имеет важное значение для специалистов по вопросам окружающей среды. Воздействие на здоровье привносит человеческую составляющую в проблему воздействий на окружающую среду и легко понимается всеми, в то время как некоторые экологические концепции могут казаться абстрактными некоторым аудиториям. Динамика взаимодействия между сферами окружающей среды и здоровья была четко прослежена на Конференции ООН по окружающей

среде и развитию в 1992 году. Доклад конференции охарактеризовал конкурирующие и иногда противоречивые цели развития в соответствии с тремя основополагающими элементами устойчивого развития (экологическим, социальным и экономическим) и указал на необходимость открытых компромиссов. Здоровье рассматривалось как находящееся в центре устойчивого развития и связанное со всеми тремя элементами (19). Состояние окружающей среды, связанное с экологическими проблемами и с секторами, которые их создают, состоит в отсутствии формальных связей между секторами, как иллюстрируется ниже.

12.3. Инструменты и механизмы для решения вопросов здоровья и окружающей среды, возникающих в контексте секторальной политики

12.3.1. Стратегии и меры для поддержки применения подхода НИАР к решению экологических вопросов

Для решения экологических проблем на разных этапах разработки, реализации и мониторинга политики, были использованы различные политические инструменты. Примеры применения этих инструментов политики, и то, каким образом в них включены вопросы здоровья, приведены в этом разделе.

Политические декларации высокого уровня

Несмотря на то, что они не являются юридически обязывающими, эти международные механизмы управления создают возможности для совместного определения круга вопросов политики и сотрудничества между секторами здравоохранения и окружающей среды. Эти механизмы применяются уже более 20 лет: региональные конференции на уровне министров регулярно проводятся в трех регионах ВОЗ, с участием представителей всех стран Европы (с 1989 года) (20) и Африки (с 2008 года), а также 14 стран Азии (с 2004 года). Для региона стран Северной и Южной Америки ВОЗ провела одну такую конференцию в 2009 году. В период между конференциями комитеты, включающие представителей соответствующих министерств, контролируют выполнение согласованных обязательств. Международные агентства (по защите окружающей среды, здравоохранению, социальному развитию) и НПО участвуют в последующей деятельности по реализации решений, принятых государствами-членами на конференциях.

Долгосрочные программы совместных действий

Долгосрочные программы межсекторальных действий, принятые в процессе работы над политическими декларациями высокого уровня, включают Общеввропейскую программу по транспорту, окружающей среде

и охране здоровья (ОПТОСОЗ) (21). Они способствуют налаживанию связей и обмену передовым опытом, а также созданию совместных инициатив с ограниченным сроком реализации, таких, как разработка инструментов для определения количественного воздействия транспорта на здоровье и учет ожидаемых выгод для здоровья от инвестиций в транспортную инфраструктуру: инструмент “Экономическая оценка влияния на здоровье” (HEAT) для езды на велосипеде и для спортивной ходьбы (22, 23).

Нормы и стандарты

Состояние окружающей среды имеет важное значение для разработки экологической политики. Фактические данные о воздействиях на здоровье ухудшения состояния окружающей среды, загрязнения воздуха, загрязнения воды, шума, уровня химических и радиационных воздействий разрабатываются сектором здравоохранения и зачастую являются нормативно-правовой базой для национальных и международных норм, стандартов и законодательства. Уровни качества окружающей среды, являющиеся безопасными для здоровья, часто используются для установления допустимых норм выбросов в странах. Например, Европейская комиссия использовала Руководящие принципы ВОЗ по качеству питьевой воды, качеству воздуха и уровню шума в качестве нормативно-правовой базы для разработки соответствующих Европейских директив. Их реализация относится, в основном, к сфере ответственности отраслевых министерств за пределами сектора здравоохранения (24). Точно так же, экологические инструменты, такие, как системы мониторинга выбросов, играют ключевую роль в осуществлении контроля за воздействиями факторов окружающей среды, являющихся вредными для здоровья.

Многосторонние природоохранные соглашения

Состояние окружающей среды является важным аспектом обязывающих и не обязывающих многосторонних природоохранных соглашений, связанных с рациональным использованием химических веществ. Например, искоренение заболеваний, связанных с асбестом, рекомендовано резолюцией ВАЗ “Здоровье работающих: глобальный план действий” (25), реализуется в контексте Роттердамской конвенции (26) и Стратегического подхода к международному регулированию химических веществ (27). Работа по сокращению зависимости от ДДТ для борьбы с переносчиками болезней (в частности, малярии) осуществляется в контексте Стокгольмской конвенции с учетом региональных проектов, финансируемых Глобальным экологическим фондом. В Европе Протокол по проблемам воды и здоровья к Конвенции 1992 года по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер (28)

является первым юридически обязывающим документом, содействующим обеспечению доступа к безопасной питьевой воде и санитарии. Конвенция о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния (29) обеспечивает механизмы международного сотрудничества для мониторинга загрязнения воздуха и оценки его воздействия на здоровье. Базельская конвенция (13) является примером юридически обязывающего многостороннего природоохранного соглашения, созданного для обеспечения максимального сокращения незаконного перемещения токсичных и канцерогенных веществ между странами (см. пример 12.1).

Пример 12.1. *Инцидент с “Пробо Коала” в Кот-д’Ивуаре и необходимость соблюдения юридических обязательств в рамках многосторонних природоохранных соглашений*

Многосторонние природоохранные соглашения, такие как Базельская конвенция, закладывают важную правовую основу и являются инструментом для управления рисками для здоровья и окружающей среды, как на международном, так и на национальном уровнях. Инцидент с “Пробо Коала” в Кот-д’Ивуаре (2006) представляет собой пример необходимости и потенциальной эффективности таких инструментов.

“Пробо Коала” – грузовое судно, перевозившее высокотоксичные отходы от предварительной очистки отходов нефтепереработки. После неудачных попыток разгрузить этот высокотоксичный груз в ряде стран (в том числе в Нидерландах, Эстонии и Нигерии), корабль отправился в Кот-д’Ивуар. Там отходы были выгружены, незаконно вывезены и вылиты на нескольких муниципальных свалках вокруг города Абиджана. Последовавшее воздействие токсичных отходов на окружающую среду и здоровье населения привлекло международный интерес и спровоцировало волну местных протестов, которые повлекли за собой изменения в правительстве. Более 17 человек погибли и тысячи пострадали от различных проблем со здоровьем, связанных с воздействием химических веществ, содержащихся в отходах.

Этот инцидент способствовал пересмотру эффективности Базельской конвенции на международном уровне и выявил некоторые недостатки в структурных положениях, которые, если бы они были упрочены, могли бы предотвратить случившееся. Одним из основных уроков стала необходимость включения в Конвенцию юридического обязательства, требующего от стран уведомлять другие страны о возможности прохода судов, содержащих незаконные и опасные вещества, по их территории. В соответствии с требованиями законодательства ЕС, Нидерланды уведомили Эстонию о “Пробо Коала”, но никаких дальнейших уведомлений не последовало.

Источник: Eze, 2008 г. (30).

Международные медико-санитарные правила (ММСП)

Международные соглашения, связанные с чрезвычайными экологическими ситуациями, также обеспечивают возможности для применения подхода HiAP и разработки межсекторальной политики, и в настоящее время входят в компетенцию ММСП (31). Первоначально созданные как система мер по предотвращению международного распространения инфекционных заболеваний, ММСП были впоследствии расширены, включив в перечень событий химические и радиационные чрезвычайные ситуации, имеющие международное значение для безопасности в области общественного здравоохранения (32). Это расширение мандата стало результатом осознания того, что промышленные аварии становятся все более частыми, особенно в быстро развивающихся странах, и что одних традиционных ответных мер уже не достаточно. Расследование вспышек болезней связано с определением источников загрязнения окружающей среды, а также процессов и обстоятельств, которые привели к этой вспышке. Оно также дает возможность развернуть широкую дискуссию по вопросам здоровья в политике сектора, связанного с данным событием (например, если это промышленный инцидент), выходящую за рамки лечения пострадавших и непосредственной компенсации или ликвидации последствий. Эти возможности не часто используются в связи с отсутствием потенциала и внимания в секторе здравоохранения. Недавние примеры включают 18 смертельных случаев среди детей в Сенегале от отравления вредными веществами из переработанных батарей и смерть 400 детей в Нигерии от отравления тяжелыми металлами при разработке месторождений полезных ископаемых кустарным способом (33).

Судопроизводство по загрязнениям окружающей среды

Экологические НПО регулярно используют законодательство, чтобы привлечь внимание общественности и правительства к вопросам охраны окружающей среды. После многолетних попыток привлечь внимание при помощи научных аргументов, Совет по защите природных ресурсов (NRDC) в Соединенных Штатах Америки (в то время совет был в ведении ученых) объединился с юристами, чтобы возбудить ряд резонансных судебных дел, эффективно придавших больше гласности проблеме охраны окружающей среды. Например, в 2007 году NRDC и партнеры добились исторического решения Верховного суда (“Массачусетс против Агентства по защите окружающей среды (EPA)”), в котором глобальные выбросы парниковых газов классифицируются как “загрязняющие вещества” в соответствии с Законом “О чистом воздухе”, а Агентству по защите окружающей среды предоставляются полномочия и ответственность за регулирование таких загрязняющих веществ (34). Совсем недавно, экологические НПО в Индии

и Китае использовали аналогичную стратегию. В Индии, например, это привело к решению Верховного суда об обязательном введении экологически более чистого топлива для автобусов (35).

Дела по действиям американских компаний в других странах могут быть возбуждены в американских судах. Группы гражданского общества использовали этот подход для отстаивания экологических интересов в борьбе с нефтяными и горнодобывающими компаниями в развивающихся странах (например, в Эквадоре). В таких громких судебных делах используются фактические данные о загрязнении окружающей среды и связанных с этим воздействий окружающей среды на здоровье. В странах, где имеются органы, обеспечивающие доступ к экологической справедливости, такие, как, например, Прокуратура Бразилии, фактические данные о воздействии на здоровье часто используются в качестве нормативно-правовой базы для прений сторон во время судебных разбирательств, касающихся экологических вопросов. Другие известные примеры включают судебные процессы, касающиеся экологического воздействия асбеста – канцерогена, связанного с развитием мезотелиомы. На протяжении многих лет в нескольких странах проходили разбирательства по этому делу. Например, в 2012 году итальянский суд приговорил двух служащих швейцарской компании к 16 годам тюремного заключения *заочно* в связи с гибелью около 2000 рабочих, подвергшихся воздействию асбеста по их вине (36).

Контроль над соблюдением и эффективность политических мер

Каждое многостороннее природоохранное соглашение имеет свой собственный механизм отчетности и стимулы для обеспечения его соблюдения (финансы/поддержка пилотных проектов, наращивание потенциала, разработка инструментов, заседание сторон). Нарушение национального или регионального законодательства (ЕС) может привести к финансовым или другим наказаниям (см. главу 5). В меры по улучшению прозрачности и доступа к информации, участия общественности в процессе принятия решений и доступа к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды, входит Многостороннее природоохранное соглашение (Орхусская конвенция), разработанное в Европе и в настоящее время находящееся на рассмотрении других регионов. К правосудию имеют право прибегнуть физические лица, представители гражданского общества и групп, пострадавших от загрязнения или изменения окружающей среды, включая, например, коренные общины. Гражданское общество и СМИ взяли на себя инициативную роль в использовании вышеуказанных инструментов, стимулируя и поощряя обеспечение подотчетности.

Аргументы в пользу здоровья и фактические данные о воздействии на здоровье являются основой для действий. Степень внедрения вопросов

здоровья в процессы принятия экологических решений зависит от имеющихся данных, эффективной формулировки аспектов воздействия на вопросы / проблемы здоровья и использования возможностей, открывающихся в процессе экологических дебатов и принятия решений сектором здравоохранения или другими социальными игроками. Меры и инструменты, подтвердившие свою эффективность в придании магистрального значения вопросам здоровья в процессе принятия экологических решений, описаны в следующем разделе.

12.3.2. Инструменты для повышения информированности о важности учета интересов здоровья в процессе принятия экологических решений

Информированность по вопросам загрязнения окружающей среды

Информированность по вопросам загрязнения окружающей среды может послужить началом работы в других секторах в направлении поиска основных причин загрязнения и развития болезней. Например, в настоящее время существует четкое понимание и обеспокоенность по поводу загрязнения воздуха и воздействия загрязнителей на здоровье. Так было не всегда, но скептицизм исчез после появления подтвержденной эпидемиологической и экологической информации в сочетании с мониторингом загрязняющих воздух веществ в городских районах в различных частях мира. Кроме того, действия организаций гражданского общества способствуют повышению информированности и предоставляют помощь в разработке мер по предотвращению загрязнения воздуха и его воздействию на здоровье на городском и страновом уровне (37).

Экономическая оценка воздействия проблем окружающей среды

Оценки внешней стоимости и воздействия политических мер на окружающую среду широко используются и в значительной степени опираются на информацию, касающуюся здоровья. Анализы внешней стоимости реализации вариантов политики (например, ExternE – проект по оценке внешней стоимости энергоносителей (38), в том числе ядерных топливных циклов) показывают, что внешняя стоимость для здоровья является одной из самых значительных. Вопросы здоровья включаются в анализы экологической экономики неравномерно, но, когда это происходит, они часто составляют наибольшую статью расхода при оценке внешней стоимости, например, как показано в некоторых ранних исследованиях по затратам, связанным с ухудшением состояния окружающей среды, проведенных Всемирным банком в Ливане и Тунисе (39).

Воздействие на здоровье, связанное с загрязнением атмосферного воздуха и воздуха внутри помещений, и отсутствием доступа к

надлежащему водоснабжению и санитарии, – две крупнейшие социально-экономические затраты, связанные с ухудшением состояния окружающей среды. Фактическая стоимость для здоровья может быть недооценена, так как учитываются главным образом расходы на здоровье, связанные с экологическими детерминантами здоровья, что поднимает вопрос о том, что считать внешней стоимостью и каким образом должны быть смоделированы воздействия. Например, из 13 исследований, посвященных стоимости бездействия по вопросам изменения климата, только в докладе Стерна (40) сделано несколько ссылок на воздействие на здоровье. Последние анализы МГЭИК, сравнивающие эффективность затрат политики, направленной на достижение сокращения CO₂ в различных секторах экономики, в значительной степени игнорируют вопросы здоровья. Однако, анализ дополнительных выгод для здоровья от реализации политики, направленной на смягчение изменения климата, вероятно, будет включен в следующий доклад МГЭИК. Дебаты вокруг совершенствования оценки внешней стоимости на транспорт путем более детального учета воздействий на здоровье, привел к разработке новых методов и инструментов для европейских стран (41).

Прогнозы экологического бремени болезней

Способность оценивать экологическую составляющую бремени болезней играет важную роль в оценке общего воздействия на здоровье и облегчает понимание важности экологического здоровья для здоровья человека, а также способствует более глубокому пониманию взаимосвязи между НИЗ и окружающей средой и обеспечивает наличие возможностей для первичной профилактики сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний, рака, диабета и избыточного веса через реализацию экологических мер, направленных на улучшение качества трудового и жизненного окружения. В целом, по оценкам специалистов, четверть глобального бремени болезней может быть предотвращена путем реализации экологических мер (42).

12.3.3. Широкое внедрение вопросов здоровья в политику, планы и проекты через оценки воздействия на здоровье

Уроки, вынесенные из проведения оценок воздействия на окружающую среду

Уроки, вынесенные из проведения оценок воздействия на окружающую среду, стали толчком к разработке оценок воздействия на здоровье. Во-первых, пришло осознание того, что выполнение таких оценок в рамках каждого отдельного проекта ограничивает понимание общих/кумулятивных воздействий отрасли (то есть воздействия нескольких проектов в данной области), а также принятие последующих решений о вариантах устранения таких воздействий. В то же время политика

и стратегии определяют, как и какие проекты будут разработаны в будущем, так что оценки воздействия на окружающую среду политики и стратегий в целом становятся эффективным способом решения проблемы ограниченности оценок воздействия на окружающую среду в рамках отдельных проектов. Такой подход привел к разработке стратегических экологических оценок, которые охватывают политику, планы и стратегии, а не индивидуальные проекты.

Во-вторых, оценки воздействия на окружающую среду эволюционировали от акцента на природные/биологические воздействия к постепенному признанию необходимости рассмотрения социального контекста и воздействий, а также последующему развитию методов и инструментов для оценки таких воздействий. Аналогичным образом, оценка воздействия на здоровье эволюционировала из оценки с акцентом на биофизические риски к оценке, включающей социальные и профессиональные детерминанты здоровья.

В-третьих, в настоящее время в большинстве стран мира имеются законодательные требования по оценкам влияния на окружающую среду, а также механизмы надзора/реализации. Это обеспечивает не только осуществление оценки воздействия на окружающую среду в рамках конкретных проектов, но и более широкое понимание и принятие необходимости включения экологических вопросов в разработку проектов, способствуя широкому внедрению экологических вопросов в секторальные стратегии и проекты. Вопросы здоровья человека входят в формальный круг вопросов, которые должны учитываться в оценках воздействия на окружающую среду, но им обычно уделяется ограниченное внимание (43). Укрепление компонента оценки состояния здоровья в рамках оценок воздействия на окружающую среду откроет возможности для применения подхода HiAP.

Эволюция оценки воздействия на здоровье в свете оценки воздействия на окружающую среду

Более крупномасштабное применение **оценки воздействия на здоровье** было изначально вызвано необходимостью контролировать распространение трансмиссивных болезней без использования химических средств в крупных ирригационных и водных проектах. В 1981 году была создана Экспертная группа ВОЗ/ФАО/ЮНЕП по биологии и контролю переносчиков заболеваний, которая занималась разработкой институциональной правовой базы для осуществления межсекторального и межведомственного сотрудничества. Были разработаны методы для прогнозирования заболеваний, возникающих в процессе выполнения водохозяйственных проектов (44). Основанная в 1990-х годах Всемирная

комиссия по плотинам, выразила обеспокоенность по поводу воздействия на здоровье водных проектов и, в сотрудничестве с ВОЗ, включила оценки воздействия на здоровье в свои материалы (45).

Сектор здравоохранения внес свой вклад в интеграцию вопросов здоровья в рамках нового Протокола по стратегической экологической оценке Европейской экономической комиссии ООН (ЕЭК ООН), который вступил в силу в 2010 году (46). Опыт сектора здравоохранения по экологическим и социальным детерминантам здоровья, а также по оценке воздействия здоровой государственной политики на здоровье, наполнил содержанием переговоры по тексту Протокола: окончательный вариант включает в себя широкий охват вопросов здоровья и делает здоровье ключевой частью стратегической экологической оценки. Например, Протокол определяет, когда и как рассматривать здоровье на разных этапах процесса оценки, необходимость консультаций с органами здравоохранения, а также учет целей здравоохранения (47).

Этот опыт способствовал изменению направления деятельности Департамента ВОЗ по общественному здравоохранению и окружающей среде в сторону применения стратегической оценки воздействия на здоровье. Это было вызвано осознанием того, что сама по себе стратегическая экологическая оценка редко обеспечивает достаточную глубину, необходимую для полноты охвата воздействия на здоровье человека. За периодом, во время которого ВОЗ сосредоточила свои усилия на наращивании потенциала в странах, а также на разработке рекомендаций по оценке воздействия на здоровье, последовал период, когда акцент был поставлен на оценку воздействия на здоровье стратегий политической важности, с большим потенциалом для выигрыша общественного здравоохранения, и в которых здоровье в значительной степени пренебрегалось. Это включало серию анализов “Здоровье в “зеленой” экономике” и приложения стратегической оценки воздействия на здоровье в добывающей промышленности и в контексте предоставления кредитов в целях развития, как описано во вставках 12.1 и 12.2 и примере 12.2. В каждом приложении стратегические меры по оценке воздействия на здоровье сосредотачивались на воздействии на здоровье политики или секторальных стратегий и предлагали рекомендации высокого уровня по управлению рисками и повышению выигрыша для здоровья в масштабах отрасли. В некоторых случаях (например, в добывающих отраслях) в стратегическую модель оценки воздействия на здоровье были встроены также компоненты укрепления системы здравоохранения. Перспективы и потенциальный вклад игроков государственного, промышленного сектора и сектора общественного здравоохранения рассматриваются отдельно (48).

Вставка 12.1. *“Здоровье в “зеленой” экономике”*

ВОЗ использует оценки воздействия на здоровье для анализа дополнительных выгод и рисков национальной/местной политики по смягчению последствий изменения климата, предложенной в последнем экспертном отчете МГЭИК. Экспертная группа проанализировала политику по смягчению изменения климата в приложении к жилищному сектору, транспорту, сельскому хозяйству, сектору бытовой энергетики и сектору здравоохранения. Эта оценка показала, что политика некоторых секторов имеет негативные воздействия на здоровье: например, в транспортном секторе, где использование дизельного топлива, чтобы уменьшить объем выбросов CO₂, приведет к загрязнению воздуха мелкими твердыми частицами (PM10) и будет способствовать развитию заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Другие, менее заметные в Обзоре МГЭИК секторы, продемонстрировали значительные дополнительные выгоды для здоровья: например, поощрение создания транзитных систем автобусов-экспрессов в сочетании с инфраструктурой для безопасного велосипедного и пешеходного движения (49), как в Боготе и других городах развивающихся стран.

Анализ также выделил те из предложенных МГЭИК стратегий, которые должны обеспечить наиболее крупные выгоды для справедливости в отношении здоровья, такие как рекомендации уделять больше внимания энергоэффективности зданий в районах трущоб. Например, программы по теплоизоляции и установке солнечных водонагревателей в южноафриканских трущобах (50) были развернуты в обмен на квоты на выброс углерода. В докладе ВОЗ указывается, как соединить воедино вопросы смягчения последствий изменения климата и справедливости в отношении здоровья для бедных слоев населения (51). ВОЗ заканчивает анализ призывом к политикам и заинтересованным сторонам использовать оценки воздействия на здоровье для выявления дополнительных выгод для здоровья в секторальной и национальной политике в области изменения климата, не только потому, что достижение здоровья общества само по себе является задачей общества, но и потому, что выгоды для здоровья и справедливости в отношении здоровья, как правило, сразу проявляются на местном уровне, тогда как выгоды от сокращения выбросов CO₂ проявятся много лет спустя.

Вставка 12.2. *Необходимость стратегических оценок воздействия на здоровье в добывающих отраслях*

Добыча природных ресурсов может стать основной движущей силой развития. Тем не менее, многие страны, богатые природными ресурсами, не в состоянии использовать это богатство, будь то нефть или полезные ископаемые, для развития своей экономики или на пользу собственному населению, и страдают от того, что принято называть “проклятие ресурсов”. Рост миграции населения способствует изменению моделей инфекционной заболеваемости (например, заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИД) и увеличению социальной напряженности, что в свою очередь приводит к проблемам психического здоровья, росту насилия и росту потребления алкоголя среди тех, кто живет в непосредственной близости от объектов добывающей промышленности, в том числе среди бедных женщин и детей. Сама отрасль часто способствует решению некоторых вопросов здоровья (например, ВИЧ/СПИДа, проблемы переносчиков болезнетворных микроорганизмов), но не занимается решением полного спектра проблем здоровья, связанных с данной отраслью. Таким образом, многие из заболеваний в конечном итоге создают угрозу для общества и, потенциально, ставят под угрозу осуществление проекта. Это частично обусловлено представлением, что ответственность за здоровье

населения лежит на соответствующих органах власти принимающей страны, а не на отрасли; частично тем, что очень немногие страны выдвигают требование провести оценку воздействия на здоровье для осуществления проекта.

Следовательно, даже те оценки воздействия, которые проводятся, не всегда адекватно охватывают весь спектр проблем здоровья сообщества.

Первые результаты показывают, что стратегическая оценка воздействия на здоровье (то есть применяемая на уровне отрасли или всего сектора) может помочь установить рамки “социальной отчетности” для использования в области мониторинга и измерения чистой социально-экономической ценности (измеряется в терминах выигрышей или убытков для здоровья), генерируемой в результате инвестиций в развитие страны или минеральные и ископаемые ресурсы региона. Стратегическая оценка воздействия на здоровье может также стимулировать инвестиции в укрепление систем управления рисками для здоровья в стране (например, системы контроля за химической обстановкой и возможности по предупреждению и ликвидации химических аварий), которые требуют участия государства, сообщества разработчиков и частного сектора (отраслевых операторов). Она также позволит определить кумулятивное воздействие на здоровье и системы здравоохранения сразу нескольких проектов, которое обычно не включается в оценки воздействия на здоровье на уровне единичного проекта.

Пример 12.2. *Международные кредитно-финансовые организации как отправные точки для решения вопросов защиты экологии, общества и человека: пример Монголии*

В 2007 году ВОЗ начала сотрудничать с международными кредитно-финансовыми организациями (например, Всемирным банком, региональными банками развития) по вопросам поддержки более широкого включения вопросов общественного здравоохранения в их экологическую и социальную охранную политику и практику. Международным кредитно-финансовым организациям часто нужны проекты для проведения оценок воздействия, демонстрирующих соблюдение требований к реализации проектов по целому ряду экологических и социальных вопросов, таких как биоразнообразие и экосистемные услуги, контроль и предотвращение загрязнения окружающей среды, коренные народы, вынужденное переселение, культурные ценности и наследие, охрана труда и техника безопасности. В 2006 году Международная финансовая корпорация (МФК) приняла новые требования к реализации проектов, касающиеся здоровья, надежности и безопасности общества. Это вызвало большую заинтересованность в изучении методов широкого интегрирования вопросов здоровья в охранную политику международных кредитно-финансовых организаций: например, с помощью оценки воздействия на здоровье. Для ВОЗ эта заинтересованность и сотрудничество обеспечивает серьезную возможность для снижения угроз для общественного здоровья в других секторах. Широкое внедрение аспектов здоровья в инвестиционную деятельность и деятельность в области развития за пределами сектора здравоохранения позволит направить профилактические меры

Пример 12.2. *(продолжение)*

на источник(и) угроз для здоровья. Это включает в себя крупные инвестиции государственного и частного сектора в развивающиеся страны, в такие сектора, как добыча природных ресурсов (нефтяная, горнодобывающая, лесная отрасли), инфраструктура и туризм.

Охранная политика международных кредитно-финансовых организаций предлагает важную отправную точку для решения вопросов экологической и социальной защиты (в том числе и здоровья человека), особенно там, где национальное законодательство и национальные возможности экологической и социальной оценки, а также участие общественности и доступ к экологической справедливости ограничены. Требования этой политики также обеспечивают важные возможности потенциально испытывающим негативное воздействие сообществам и организациям гражданского общества для участия в процессе принятия решений по масштабным инвестициям и подачи жалоб и претензий по поводу несоблюдения мер по охране окружающей среды и социальной защиты. Эти стандарты реализации проектов также могут влиять на национальные стандарты, даже по отношению к включению вопросов здоровья в оценку воздействия на окружающую среду. Например, строительство шахты Ою Толгой на юге пустыни Гоби в Монголии: самый крупный и многообещающий проект добычи золота и меди в мире.

Оценка воздействия на здоровье Ою Толгой стала первой проведенной в Монголии (52). Она была заказана корпорацией Rio Tinto – одной из крупнейших горнодобывающих корпораций мира – с тем, чтобы получить финансирование МФК, инвестиционного подразделения группы Всемирного банка, осуществляющего кредитование частного бизнеса. Инициативы по развитию потенциала оценок воздействия на здоровье поддерживаются некоторыми донорами и партнерами по развитию (в том числе ВОЗ и правительствами Австралии и Канады) с 2009 года.

Разработка и реализация проекта были основаны на моделях оценки воздействия на здоровье, разработанных Международным советом по горному делу и металлам (МСГМ) (53) и МФК (54). Обе эти модели считаются (в промышленности) наилучшими практическими моделями, но Министерство здравоохранения быстро увидело необходимость разработки собственного национального стандарта для применения в горнодобывающих проектах. Проект руководящих принципов для оценки воздействия на здоровье в горнодобывающем секторе Монголии был разработан в 2011 году при поддержке ВОЗ и группы канадских специалистов из Университета Саймона Фрейзера¹.

¹ Janes C, Руководитель группы, проект Университета Саймона Фрейзера, личное сообщение, 2012 г.

12.3.4. Механизмы для создания прозрачности и отчетности

Мониторинг и оценка

Индикаторы экологического здоровья устанавливают связь между детерминантами здоровья в других секторах и рисками для здоровья, или соответствующего нездоровья. Например, в отчетах ежегодного “Глобального анализа и оценки состояния санитарии и питьевого водоснабжения” и Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии (55) регулярно сообщается об инвестициях в инфраструктуры водоснабжения и канализации, а также о воздействиях связанных с этим рисков для здоровья. С точки зрения предпринимаемых политических мер и обусловленных этим улучшений питьевого водоснабжения и санитарии – это обеспечивает меру прогресса в достижении соответствующих ЦТР. Выделение водоснабжения и санитарии в качестве целевого показателя ЦТР означает выделение ресурсов для подобного мониторинга. В то же самое время загрязнение воздуха, по прогнозам, будет способствовать увеличению бремени болезней, но мониторинг и оценка пока не включают в себя всей полноты причин и воздействий. Ряд экологических игроков/организаций (например, ЕЭП, ЮНЕП, ОЭСР) разрабатывают отчеты об экологической перспективе с описанием основных тенденций и прогнозами, но сектор здравоохранения пока не использует эти возможности в полной мере. Исключением является водоснабжение и санитария, возможно потому, что усилия по решению проблемы опасностей для здоровья, связанных с водой, имеют более продолжительную историю и/или из-за более быстрых и заметных выигрышей для здоровья.

Создание дополнительных целей устойчивого развития по вопросам экологического здоровья (например, в области загрязнения воздуха) будет способствовать накоплению лучших фактических данных о воздействии на здоровье политики конкретного сектора и обеспечит проведение мониторинга и оценки на более высоком уровне (например, в рамках подхода HiAP). Например, в Европейском регионе, Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья (56) привела к принятию пяти целей с четкими временными рамками, связанных с качеством воздуха, водоснабжением и санитарией, пропагандой безопасной физической активности, воздействием химических веществ на здоровье беременных женщин и детей, а также заболеваний, связанных с асбестом. ВОЗ предпринимает дополнительные меры в этом направлении, работая совместно с государствами-членами ЕС по развитию информационной системы для мониторинга и отчетности о прогрессе в достижении этих целей (57).

Доступ к информации, участие общественности и доступ к экологической справедливости

Тесно связанные с механизмами для обеспечения мониторинга и оценки, механизмы обеспечения прозрачности и подотчетности стали ключом к прогрессу и успеху в достижении экологических целей. Растет движение за доступ к экологической справедливости, доступ к информации и акцент (в глобальном масштабе) на участие общественности. Орхусская Конвенция о доступе к информации, участии общественности в процессе принятия решений и доступе к правосудию по вопросам, касающимся окружающей среды, была ратифицирована 41 страной. Механизм соблюдения позволяет представителям общественности обратиться с имеющимися проблемами непосредственно в комитет международных экспертов-юристов, уполномоченных провести разбирательство по существу дела и подготовить рекомендации для совещания сторон. Орхусская конвенция (58) является важной вехой, разработанной в Европе и повторяемой в других частях мира.

СМИ и организации гражданского общества

СМИ и организации гражданского общества (включающие отдельных лиц и группы, пострадавшие от загрязнения окружающей среды или экологических проблем) сыграли важную роль в выявлении проблем здоровья и окружающей среды, в оказании давления для обеспечения действий по предотвращению/ликвидации последствий экологических проблем, обеспечении доступности результатов мониторинга и доступа к правосудию. Как описано во введении, они сформировали экологическое движение, но изучение их роли в деталях выходит за рамки данной главы. Например, организация Женщины Европы за общее будущее (WECF) является неправительственной организацией, включающий международную сеть из более чем 100 женских организаций, занимающихся вопросами окружающей среды и здоровья, реализующих проекты в 40 странах и выступающих в защиту обеспечения здоровой окружающей среды для всех. Ведя активную работу на международном уровне по вопросам водоснабжения и санитарии, WECF является представителем гражданского общества в Протоколе по проблемам воды и здоровья ВОЗ и ЕЭК ООН и пропагандирует комплексный и устойчивый подход к управлению водными ресурсами и речными бассейнами. Эта НПО внедряет децентрализованные, безопасные, устойчивые и доступные по цене системы санитарного контроля в сельских районах и ратует за доступ к безопасной по санитарным нормам воде и канализации для школ. WECF обеспечивает повышение информированности населения и мобилизует граждан для достижения устойчивого водоснабжения и водоотведения, а также пропагандирует доступные системы водоснабжения на базе сообществ для сельских районов, где отсутствует централизованное снабжение питьевой водой (59).

Механизмы для обеспечения межсекторального сотрудничества

Будь то на международном или национальном уровне, ключевым моментом является создание благоприятных платформ для объединения вопросов окружающей среды и охраны здоровья на паритетных началах. Невозможно переоценить важность создания эффективных систем для содействия этому. Обеспечение законности и полномочия к действию, а также распределение соответствующих обязательств, ответственности и ресурсов, являются основными элементами, на которых зиждется межсекторальная политика. Эти элементы сложно развивать и поддерживать, особенно в условиях экономических кризисов, которые способствуют усложнению процессов обмена информацией, распределения полномочий и ресурсов. Например, на международном уровне, сотрудничество между ВОЗ (способной мобилизовать ресурсы министерств здравоохранения) и ЕЭК ООН (способной мобилизовать ресурсы министерств окружающей среды и транспорта) стало необходимым условием для объединения трех секторов в рамках единой политической платформы – Европейской программы по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ). В рамках реализации ОПТОСОЗ, проект проводил анализ примеров и практики при разработке комплексных политических подходов для транспорта, окружающей среды и здравоохранения в разных странах (60).

12.4. Интеграция вопросов здоровья в экологические оценки: уроки для HiAP

Оценка экологического воздействия является одним из основных инструментов, используемых для широкого внедрения вопросов устойчивого развития в политику, планы и проекты развития. Большинство стран мира имеют законодательство, содержащее требование наличия таких оценок и соответствующих механизмов для контроля/обеспечения их реализации. Вопросы здоровья человека входят в формальный круг вопросов, которые должны учитываться в оценках воздействия на окружающую среду, и укрепление этого компонента открывает возможности для применения подхода HiAP.

Уроки, извлеченные из решения вопросов охраны здоровья при помощи существующих инструментов экологической оценки или параллельно с ними, дают определенное понимание благоприятных/институциональных факторов, которые также имеют отношение к HiAP.

- Определение здоровья, используемое в законодательстве, правилах или стратегиях экологической оценки, должно быть широким, четко сформулированным и учитывать экологические и социальные детерминанты здоровья. В отсутствие такой ясности, включение вопросов здоровья в оценки воздействия на окружающую среду будет

зависеть от интерпретации понятия здоровье (то есть узкого или широкого определения здоровья и его детерминант). Например, здоровье признается как значимая и релевантная единица, но не рассматривается автоматически в процессе проведения оценки воздействия (61). Исследование, проанализировавшее, как вопросы здоровья были представлены и учтены в 28 оценках экологического воздействия для дорожных проектов в Швеции, пришло к заключению, что воздействия на здоровье рассматривались лишь в тех проектах, где были определены допустимые нормы загрязнения, и нигде не было данных по пострадавшему населению (62).

- Включение вопросов здоровья должно быть установлено в качестве обязательного при проведении оценки воздействия на окружающую среду. Это ключ к укреплению общего понимания того, как следует рассматривать здоровье (то есть конкретно что должно быть включено) и к гарантии того, что вопросы здоровья будут включены в стратегии в наиболее подходящий момент.
- Четкая детализация процесса оценки воздействия (то есть как это будет происходить) имеет важное значение для обеспечения систематического включения вопросов охраны здоровья. Существование формальной процедуры также будет способствовать созданию потенциала и коллективной памяти организации, которые будут содействовать включению вопросов здоровья в другие сферы/оценки воздействия. Международные кредитно-финансовые организации четко сформулировали оперативную политику для данного процесса, создав полезную модель для оценки воздействия на здоровье и для применения подхода HiAP.
- Уполномоченная структура (например, Межведомственная рабочая группа, комитет или подразделение) должна нести ответственность за выполнение (или контроль) процесса оценки воздействия. Будь то функция регулирования или стимулирования, они не могут быть устойчивыми, если они не формализованы и не поддерживаются бюджетными и человеческими ресурсами.
- Орган, ответственный за непрерывное обучение и развитие потенциала (например, обучающее, научно-исследовательское или высшее учебное заведение) также имеет важное значение для обеспечения коллективной памяти, связанной с использованием методов и процессов оценки воздействия. Его наличие также целесообразно для создания и поддержания постоянного круга экспертов, способных эффективно участвовать в такой деятельности (например, местные кадры квалифицированных специалистов в области оценки воздействия).
- Необходимо наличие функционирующей системы контроля и отчетности для анализа ожидаемых и фактических воздействий на

здоровье, а также для определения, были ли реализованы меры по смягчению воздействий, предложенные для проекта/политики, и если да, то с какими результатами. Такая система может облегчить независимую оценку эффективности и/или влияния самого процесса оценки воздействия и является одним из важнейших компонентов подотчетности, который служит двум целям: (i) обеспечить соблюдение необходимых мер по смягчению последствий; (ii) контролировать целостность процесса.

В разработке и использовании системы подотчетности в области экологической оценки достигнут значительный прогресс. Ниже приведены некоторые стандартные элементы эффективных механизмов отчетности.

- Механизмы публичного раскрытия информации о процессе оценки воздействия и соответствующих мерах по регулированию воздействия: они, как правило, подкрепляются доступом к информационной политике.
- Процесс (и требование) консультаций с общественностью и участия общественности: например, в рамках взаимодействия с заинтересованными сторонами, проводимого в ходе оценки воздействия.
- Механизм рассмотрения жалоб: дает возможность сообществам и людям, подвергшимся негативному воздействию, выразить недовольство или сомнения по поводу политики или проекта по итогам его реализации.
- Функция независимой оценки: как описано выше, может быть использована в ответ на жалобы/недовольства сообщества и предназначена для рассмотрения целостности процесса оценки воздействия или плана управления экологическими и социальными вопросами, а также их соответствия собственным стратегиям, целям и задачам.

В то время как экологическая оценка является важной отправной точкой для включения вопросов здоровья в политику и решений в сфере развития, ряд внутренних и внешних факторов влияют на эффективность этого механизма в отношении подхода HiAP (как и для других отправных точек, таких, как оценка воздействия на здоровье). Примеры внутренних факторов включают отсутствие опыта специалистов по оценке воздействия в решении вопросов здравоохранения, а также отсутствие технического потенциала для применения оценки воздействия на здоровье (многие из них специалисты-экологи и/или социологи), а также наличие институциональных барьеров между специализированными областями. Как институциональная функция, экологическое здоровье часто фрагментируется и оказывается между сферами деятельности органов по охране окружающей среды и органов здравоохранения, ни один из которых не считает решение его проблем своей основной задачей.

В контексте экологической оценки министерство окружающей среды обычно является ответственным государственным органом. Включение вопросов здоровья в качестве компонента оценки воздействия на окружающую среду часто зависит от способности министерства здравоохранения включиться и оказать воздействие на процесс, который формально находится за пределами сферы его компетенции или ответственности.

Во многих странах, оценка воздействия на окружающую среду и стратегическая экологическая оценка устанавливаются как обязательные правовые требования, но оценка воздействия на здоровье часто занимает довольно размытое нормативное место. Это является дополнительным важным ограничивающим фактором, обуславливающим неопределенность с процедурами для проведения оценки, разграничением ответственности за инициирование и оценку, или затратами и признанием значимости оценки. Это может привести к общему отсутствию поддержки для проведения оценки воздействия на здоровье, а также непостоянному использованию инструмента для наполнения содержанием процесса принятия политических решений.

Частные интересы воспринимают процедуры, налагающие ограничения и/или обуславливающие дополнительные затраты (например, для смягчения или предотвращения возможных неблагоприятных воздействий на здоровье), как препятствующие или задерживающие потенциальные возможности экономического развития. В периоды финансовых кризисов возрастает риск того, что такие процедуры будут отклонены в пользу целей экономического и социального развития. Примером этого может служить появление потенциальных социальных конфликтов, связанных с поиском возможных компромиссов между обеспечением рабочих мест и охраной здоровья, а также наличие политических подходов, отдающих предпочтение добровольным действиям отраслей, а не юридически обязывающим мерам регулирования.

Внешние экономические интересы также часто выступают против принятия эффективных политических мер: проекты в области добывающей промышленности в развивающихся странах это четко демонстрируют. Государственный интерес к быстрому достижению более высокого уровня доходности часто приводит к переоценке возможных краткосрочных экономических выгод и недооценке долгосрочных экологических, медицинских и социальных затрат, часто связанных с такими операциями. Пример проекта нефтепровода “Чад-Камерун” наглядно иллюстрируют эту ситуацию (пример 12.3).

Пример 12.3. *Краткосрочная экономическая выгода и долгосрочное воздействие на окружающую среду в Чаде*

Проект нефтепровода “Чад-Камерун” является крупнейшим государственным/частным проектом развития нефтегазовой промышленности в странах Африки к югу от Сахары. Общей стоимостью в 6500 млн долл. США (63), этот проект остается самым масштабным и самым спорным проектом добывающей промышленности когда-либо поддержанным международным сообществом в области развития. Этот проект должен был стать одним из основных механизмов, направленных на сокращение бедности, и по ожиданиям, первым примером того, как решить проблему “проклятия ресурсов”, обычно ассоциирующуюся с добычей нефти в развивающемся мире.

Для государства Чад добыча нефти была самым важным и быстро развивающимся сектором экономики. В 2004 году 33% валового национального продукта Чада обеспечивалось нефтяной промышленностью. К 2007 году эта цифра возросла до 46,9% (64, 65).

Всемирный банк рассчитывал, что этот проект станет моделью для добывающей промышленности. Изначально его кредитное соглашение с правительством Чада требовало разработки плана управления нефтяными доходами, который, среди прочего, способствовал бы созданию нормативно-правовой базы. В соответствии с Законом об управлении нефтяными доходами (1999), большинство отчислений и дивидендов от добычи нефти должны были быть потрачены на сокращение бедности посредством проведения мер в приоритетных секторах, таких как сектор здравоохранения, образования и строительства инфраструктуры, а 10% доходов от продажи нефти должны были быть отложены в “Фонд для будущих поколений” постнефтяной эпохи (66).

В декабре 2005 года, утверждая, что оно столкнулось с финансовым кризисом, правительство Чада в одностороннем порядке изменило Закон об управлении нефтяными доходами с целью облегчения собственного доступа к нефтяным доходам и использования их по собственному усмотрению. Ряд ключевых положений закона, в том числе создание “Фонда для будущих поколений”, был упразднен (64).

Всемирный банк вышел из проекта в 2008 году.

К 2009 году государственные нефтяные доходы Чада составили почти 4,4 млрд долл. США, в 17 раз выше прогнозированного и почти в два раза превышающего доходы из всех остальных источников, не относящихся к добыче нефти. Группа независимой оценки Всемирного банка составила обзор выполнения проекта, где сообщалось, что непредвиденные нефтяные доходы стали причиной возрождения гражданского конфликта и ухудшения управления в целом.

Некоторые из описанных мер могут быть применены к решению внутренних вопросов, как например, формулировка четко определенных стратегий и процедур для поддержки межсекторальной деятельности, связанной с процессом оценки воздействия на окружающую среду. Однако, вопрос о вариантах решения более широких экономических и политических вопросов (например, тех, что повлияли на изменение плана управления доходами в Чаде) является гораздо более сложным и требует обсуждения, что, безусловно, выходит за рамки этой главы.

Как было описано ранее, оценки воздействия на окружающую среду хорошо принимаются и являются требованием закона в большинстве стран, что представляет реальную возможность включить в них соответствующую оценку воздействия на здоровье. Конечно, независимая институционализация оценки воздействия на здоровье является ключевым механизмом для достижения HiAP, но это также выходит за рамки обсуждения этой главы. Примеры независимых оценок воздействия на здоровье можно найти в Квебеке и Таиланде.

12.5. Направление дальнейших действий: использование возможностей для применения подхода HiAP

Окружающая среда и здоровье объединяет секторы здравоохранения, окружающей среды и другие для укрепления здоровья и профилактики заболеваний путем воздействия на окружающую среду и другие детерминанты здоровья. Опыт работы с экологической оценкой, процессы установления нормативов и стандартов на национальном и международном уровнях, конкретные факторы опасности для здоровья окружающей среды и процессы устойчивого развития составляют аналитическую основу для практической реализации HiAP. Кроме того, все это показывает, что состояние окружающей среды является твердой и важной отправной точкой для применения подхода HiAP, и что это требует дальнейшего изучения. Например, дебаты по вопросам устойчивого развития предлагают большие возможности для HiAP. Они включают в себя последовательное выполнение решений Конференции 2012 года “Рио +20” и дискуссии вокруг целей и задач в области устойчивого развития после достижения всех намеченных ЦТГ.

Сектор здравоохранения должен внести свой вклад в эти дебаты и гарантировать, чтобы политические решения случайно не повернули вспять достижения здоровья и развития. Здоровье также может активно способствовать разработке политики в этих секторах путем выявления обоюдывыгодных вариантов политики, которые обеспечивают максимальный выигрыш для окружающей среды и для здоровья и благосостояния человека. Аналогичным образом, путем анализа и

отчетности по вопросам здоровья и показателей справедливости в отношении здоровья, связанных с политикой конкретного сектора (например, в качестве показателя устойчивого развития), здоровье может служить важным индикатором того, в какой степени эта политика оказывает положительное влияние на развитие.

Достижение такой интеграции требует объединения процессов принятия политических решений по секторам. В контексте нынешних дебатов по вопросам устойчивого развития, это может быть достигнуто за счет принятия следующих мер.

- Уполномочить сектор здравоохранения принимать официальное участие в глобальных процессах управления в области устойчивого развития, в том числе в контексте экономического, экологического и социального принятия решений, где здоровье является одним из центральных факторов (например, при заключении межведомственных соглашений, глобальных конвенций) и влияет на принятие конкретных мер (например, в ходе реализации процессов после “Рио+20” и связанных с ними процессов, определяющих цели устойчивого развития).
- Поддержка и расширение полной реализации существующих нормативно-правовых инструментов политики, которые рассматривают вопросы окружающей среды и здоровья, включая многосторонние природоохранные соглашения.
- Установление целей в области устойчивого развития, которые адекватно отражают связь между здоровьем и развитием, и обеспечивают видение здорового устойчивого развития (например, индикаторов здорового построенного окружения, доступа к здоровым источникам энергии, продуктам здорового питания, и т.д.).

Дорожная карта для применения подхода НИАР в управлении устойчивым развитием будет включать следующие действия.

- Исследование связи между политикой различных секторов, здравоохранением и окружающей средой, а также анализ эффективности мер, направленных на защиту и укрепление здоровья окружающей среды и человека.
- Разработка информационных систем, которые соединят инвестиции и решения политики в области развития в ключевых секторах экономики с соответствующими рисками и выигрышем для здоровья. Это включает создание связи между информационными системами сектора здравоохранения, детерминантами здоровья и отраслевой политикой. Эти системы будут использоваться для отчетности о влиянии на здоровье секторальной политики.
- Более широкое использование инструментов оценки воздействия на здоровье на этапе планирования политики сектора и принятия

инвестиционных решений. Предупреждение и уменьшение рисков для здоровья и повышение потенциального выигрыша для здоровья от этих решений, в связи с существующей оценкой воздействия на окружающую среду и системами оценки воздействия на социальную среду.

- Разработка рекомендаций по здоровым вариантам политики в отношении ключевых секторов экономики (например, жилищный, транспортный, энергетический, сектор сельского хозяйства), выявление связей между политическими решениями и здоровьем и обеспечение связанных с этим мер по предотвращению потенциальных рисков для здоровья и увеличению выигрыша для здоровья. Рекомендации необходимо будет разработать в тесной связи с политическими игроками в этих секторах экономики.
- Использование инструментов для включения вопросов здоровья в анализ результативности затрат решений в ключевых секторах экономики.
- Развитие потенциала для системы здравоохранения с целью получения доступа к альтернативным механизмам финансирования (например, экологическое или углеродное финансирование) и для включения межсекторальных целей в критерии оценки эффективности глобальных механизмов финансирования.

Инструменты и механизмы в поддержку такого применения подхода HiAP уже существуют, необходимо только участие сектора здравоохранения, включая ВОЗ и другие организации, для определения видения “здоровой” политики в области развития, а также стимулирования установления HiAP в качестве официального механизма глобального управления в интересах устойчивого развития.

Библиография

1. Prüss-Üstün A, Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization.
2. WHO (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>, accessed 10 April 2013).
3. Perez et al. (2013). Chronic burden of near-roadway traffic pollution in 10 European cities (APHEKOM network). *European Respiratory Journal*, 21 March 2013 (Epub ahead of print). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23520318#>, accessed 12 April 2013).
4. Benbrahim-Tallaa L et al. (2012). Carcinogenicity of diesel-engine and gasoline-engine exhausts and some nitroarenes. *The Lancet Oncology*, 13(7):663–664.

5. Andersen LB et al. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*, 160(11):1621–1628.
6. Matthews CE et al. (2007). Influence of exercise, walking, cycling, and overall nonexercise physical activity on mortality in Chinese women. *American Journal of Epidemiology*, 65(12):1343–1350.
7. Hamer M, Chida Y (2008). Walking and primary prevention: a metaanalysis of prospective cohort studies. *British Journal of Sports Medicine*, 42(4):238–243.
8. WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>, accessed 4 March 2013).
9. WHO Regional Office for Europe (2012). *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>, accessed 4 March 2013).
10. WHO Regional Office for Europe (2012). *Environmental health inequalities in Europe: assessment report*. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>, accessed 4 March 2013).
11. Poverty–Environment Partnership (2008). *Poverty, health, and environment: placing environmental health on countries' development agendas*. Nairobi, UNDP–UNEP Poverty-Environment Initiative (www.unpei.org/PDF/Pov-Health-Env-CRA.pdf, accessed 4 March 2013).
12. World Bank, Practical Action, WHO (2013). *Defining and measuring access to energy for socio-economic development. Discussion paper on access to energy for health services*. Geneva, The World Bank.
13. European Commission (2012). *Chemical accidents (Seveso III) – prevention, preparedness and response*. Brussels (<http://ec.europa.eu/environment/seveso/index.htm>, accessed 4 March 2013).
14. Secretariat of the Stockholm Convention (2001). *Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants*. Geneva (<http://chm.pops.int/default.aspx>, accessed 4 March 2013).
15. Secretariat of the Basel Convention (1989). *Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and their Disposal*. Geneva (<http://www.basel.int/>, accessed 4 March 2013).
16. The Lancet (2010). *Health and climate change*. The Lancet Series 2009. London (<http://www.thelancet.com/series/health-and-climate-change>, accessed 10 April 2013).

17. Hosking J, Mudu P, Dora C (2011). *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – transport sector*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hia/green_economy/transport_sector_health_co-benefits_climate_change_mitigation/en/index.html, accessed 5 March 2013).
18. Millennium Ecosystem Assessment (2013). *Guide to the millennium assessment reports*. Penang (<http://www.unep.org/maweb/en/index.aspx>, accessed 10 April 2013).
19. United Nations (1992). *Report of the United Nations Conference on Environment and Development. Rio de Janeiro, 3–14 June 1992*. Geneva (<http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>, accessed 10 April 2013).
20. WHO Regional Office for Europe (2010). *The journey to Parma; a tale of 20 years of environment and health action in Europe*. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/104515/E93535.pdf, accessed 4 March 2013).
21. UNECE (2002). *THE PEP: Transport, Health and Environment Pan-European Programme*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe (http://www.unece.org/trans/theme_pep.html, accessed 4 March 2013).
22. Rutter H et al. (2013). Developing a tool for estimating the economic impact of reduced mortality due to increased cycling: the Health Economic Assessment Tool (HEAT) for cycling. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1):89–92.
23. WHO Regional Office for Europe (2013) [online]. *Health economic assessment tool (HEAT) for cycling and walking*. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/promotion-of-safe-walking-and-cycling-in-urban-areas/quantifying-the-positive-health-effects-of-cycling-and-walking/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 4 March 2013).
24. Environment Directorate-General of the European Commission (2011). *Drinking Water Directive*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/environment/water/water-drink/index_en.html, accessed 5 March 2013).
25. WHA (2007). *Workers' health: global plan of action*. Geneva, World Health Assembly (apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf, accessed 5 March 2013).
26. Rotterdam Convention Secretariat (2011). *Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade*. Rome (<http://www.pic.int/TheConvention/Overview/TextoftheConvention/tabid/1048/language/en-US/Default.aspx>, accessed 5 March 2013).

27. UNEP (2006). *Strategic approach to international chemicals management: SAICM texts and resolutions of the International Conference on Chemicals Management*. Geneva, United Nations Environment Programme (<http://www.saicm.org/>, accessed 5 March 2013).
28. Economic and Social Council (1999). *Protocol on Water and Health to the 1992 Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes*. London (http://www.unece.org/env/water/pwh_text/text_protocol.html, accessed 5 March 2013).
29. UNECE (2013). *Convention on Long-range Transboundary Air Pollution*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe (<http://www.unece.org/env/lrtap/>, accessed 5 March 2013).
30. Eze CN (2008). *The Probo Koala incident in Abijan Côte D'Ivoire: a critique of the Basel Convention compliance mechanism. Paper presented at the 8th International Conference on Environmental Compliance and Enforcement, 5–11 April 2008, Cape Town, South Africa*. Washington DC, INECE Secretariat (http://inece.org/conference/8/proceedings/51_Eze.pdf, accessed 5 March 2013).
31. WHO (2008). *International health regulations, 2005. 2nd edition*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/ihr/en/>, accessed 5 March 2013).
32. WHO (2012). *International Health Regulations Coordination Department: activity report 2011*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HSE_GCR_LYO_2012.3_eng.pdf, accessed 5 March 2013).
33. Cone M (2011). Family gold mining poisons children in Nigeria. *Scientific American*, 21 December 2011 (<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=family-gold-mining-poisons-children-nigeria>, accessed 5 March 2013).
34. NRDC (2013). *3 million comments supporting carbon limits on new power plants*. New York NY, Natural Resources Defense Council (<http://www.nrdc.org/about/victories.asp>, accessed 5 March 2013).
35. Product-Life Institute (2008). *CNG Delhi – the world's cleanest public bus system running on CNG*. Geneva (<http://www.product-life.org/en/archive/cng-delhi>, accessed 5 March 2013).
36. Borghese L (2012). Italian court hands down 16-year terms in asbestos case. *CNN International*, 13 February 2012 (<http://edition.cnn.com/2012/02/13/world/europe/italy-asbestos-trial/index.html>, accessed 5 March 2013).
37. Clean Air Asia (2013). *About us*. Manila (<http://cleanairinitiative.org/portal/aboutus>, accessed 5 March 2013).
38. ExternE (2012). *Introduction*. Luxembourg, External Costs of Energy (http://www.externe.info/externe_d7/, accessed 5 March 2013).

39. Sarraf M, Larsen B, Owaygen M (2004). *Cost of environmental degradation – the case of Lebanon and Tunisia*. Washington DC, The World Bank (Environmental Economics Series Paper No. 97).
40. Stern N (2007). *The economics of climate change: the Stern Review*. Cambridge, Cambridge University Press (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.hm-treasury.gov.uk/sternreview_index.htm, accessed 4 March 2013).
41. Boesch H-J et al. (2008). *Economic valuation of transport related health effects: review of methods and development of practical approaches, with a special focus on children*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53864/E92127.pdf, accessed 4 March 2013).
42. Prüss-Üstün A, Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/quantifying_chimpacts/publications/preventing_disease/pdf, accessed 4 March 2013).
43. Bhatia R, Wernham A (2008). Integrating human health into environmental impact assessment: an unrealized opportunity for environmental health and justice. *Environmental Health Perspectives*, 116(8): .991–1000.
44. Birley MH (1991). *PEEM Guidelines 2: guidelines for forecasting the vectorborne disease implications of water resources development*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/water_sanitation_health/resources/peem2/en/, accessed 4 March 2013).
45. WHO (2013). *Health impact assessment in water resources development*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/en/, accessed 4 March 2013).
46. UNECE (2013). *Protocol on SEA: introduction*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe (http://www.unece.org/env/eia/sea_protocol.html, accessed 5 March 2013).
47. UNECE (2003). *Protocol on Strategic Environmental Assessment*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/eia/sea_protocol.htm, accessed 5 March 2013).
48. Pfeiffer M, Dora C, Viliani F (forthcoming). *Managing the public health impacts of natural resource extraction activities – a framework for national and local health authorities*. Geneva, World Health Organization.
49. Dora C et al. (2011). *Urban transport and health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hia/green_economy/giz_transport_report/en/index.html, accessed 5 March 2013).

50. City of Cape Town (2013). *Kuyasa Energy Efficiency Project*. Cape Town (<http://www.capetown.gov.za/en/EnvironmentalResourceManagement/projects/ClimateChange/Pages/KuyasaEnergyEfficiencyProject.aspx>, accessed 5 March 2013).
51. Röbbel N (21011). *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/hia/green_economy/housing_report/en/index.html, accessed 5 March 2013).
52. KTKK (2011). *Oyu Tolgoi community health, safety and security impact assessment*. Ulaanbaatar, Khukh Tenger Khugjil Konsortsium.
53. ICMM (2010). *Good practice guidance on health impact assessment*. London, International Council on Mining and Metals (<https://www.icmm.com/document/792>, accessed 5 March 2013).
54. IFC (2009). *Introduction to health impact assessment*. Washington DC, International Finance Corporation.
55. WHO/UNICEF (2013). *WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation*. Geneva (<http://www.wssinfo.org/>, accessed 5 March 2013).
56. WHO Regional Office for Europe (2010). *Parma Declaration on Environment and Health*. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/parma-declaration-on-environment-and-health>, accessed 5 March 2013).
57. WHO Regional Office for Europe (2013). *Environment and health information system (ENHIS)*. Copenhagen (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, accessed 5 March 2013).
58. UNECE (1998). *Aarhus Convention: about the Convention: introduction*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe (<http://www.unece.org/environmental-policy/treaties/public-participation/aarhusconvention.html>, accessed 5 March 2013).
59. WECF (2013). *Water & sanitation: safe water and sustainable sanitation for all*. Utrecht, Women in Europe for a Common Future (<http://www.wecf.eu/english/water-sanitation/index.php>, accessed 5 March 2013).
60. UNECE (2008). *Working together for sustainable and healthy transport: guidance on supportive institutional conditions for policy integration of transport, health and environment*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe (<http://www.unece.org/index.php?id=2525>, accessed 5 March 2013).
61. Dora C, Racioppi F (2003). Including health in transport policy agendas: the role of health impact assessment analyses and procedures in the European experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6):399–403.

62. Alenius K (2002). *Consideration of health aspects in environmental impact assessments for roads*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health (www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/consider.pdf, accessed 5 March 2013).
63. World Bank Group (2009). *The World Bank Group Programme of Support for the Chad-Cameroon Petroleum Development and Pipeline Construction: programme performance assessment report*. (Report no. 53015). Washington DC.
64. OECD, African Development Bank (2006). Chad. In: *African economic outlook, 2006*. Paris, OECD Publishing (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/development/african-economic-outlook-2006_aeo-2006-en, accessed 15 April 2013):181–196.
65. OECD, African Development Bank, United Nations Economic Commission for Africa (2009). *African economic outlook 2009*. Paris, OECD Publishing (http://www.oecd-ilibrary.org/development/african-economic-outlook-2009_aeo-2009-en, accessed 15 April 2013):181–196.
66. BIC (2013). *World Bank, EBRD approve destructive Oyu Tolgoi mining project*. Washington DC, Bank Information Center (<http://www.bicusa.org/en/Article.2490.aspx>, accessed 5 March 2013).

Эффективное содействие развитию здравоохранения через применение подхода HiAP

Ravi Ram¹

Ключевые идеи

- Подход HiAP предлагает реальные возможности для укрепления глобальных усилий по эффективному содействию развитию здравоохранения и обеспечению устойчивого укрепления здоровья за счет включения социальных детерминант за пределами сектора здравоохранения в процесс выработки политических решений.
- Механизмы финансирования и круг игроков, участвующих в процессе содействия развитию здравоохранения, изменились со времени Второй мировой войны, но основным методом оказания помощи остается вертикальное финансирование. Как правило, оно выделяется лишь для решения ограниченного круга вопросов или борьбы с определенными заболеваниями, что подчеркивает контроль финансовых доноров за процессом отчетности в странах с низким и средним уровнем доходов.
- Новые международные стандарты для эффективного содействия развитию обуславливают нормативный политический контекст для эффективного применения подхода HiAP. Нарращивание потенциала для применения HiAP важно для обеспечения стран с низким и средним уровнем доходов и их партнеров в области развития возможностями для преодоления технических трудностей.
- Существуют большие возможности для широкого внедрения подхода HiAP в процессы содействия развитию за рамками традиционной модели вертикального финансирования: признание межсекторальной значимости вопросов здоровья, осуществление усилий по принятию решений на уровне политики и программ, повышение уровня

¹ Рецензенты и редакция предоставили полезные и ценные комментарии по более ранней версии этой главы. Ron Labonte и Arne Ruckert сформулировали вопросы, предложенные для обсуждения в этой главе. Все возможные ошибки и пропуски принадлежат автору.

осведомленности о путях согласования противоположных политических интересов, управляющих принятием решений о содействии развитию.

- Политический вопрос об эффективности содействия развитию больше касается соблюдения уже существующих соглашений, а не новых принципов. Уже имеется некоторый прогресс в странах с низким и средним уровнем доходов, но необходимы дополнительные усилия со стороны партнеров по развитию (традиционных финансовых доноров, международных многосторонних институтов, поставщиков технической помощи или товаров, аналитических центров, государственно-частных партнерств). Подход HiAP в содействии развитию требует совместного руководства от правительств стран с низким и средним уровнем доходов, их партнеров по развитию и гражданского общества.

Подход HiAP должен быть интегрирован в процесс содействия развитию во всех секторах (не только в секторе здравоохранения) для решения проблемы глобальной несправедливости в отношении здоровья и реализации стратегии здоровья для всех, в том числе населения стран с низким и средним уровнем доходов.

13.1. Введение

Эффективность помощи в целях содействия развитию здравоохранения является давней проблемой для организаций, занимающихся оказанием помощи в целях развития. Эта проблема связана с низкой надежностью и неустойчивостью внешнего финансирования здравоохранения, с отсутствием согласованности политики в связи с противоречивыми и меняющимися приоритетами спонсоров, с ограниченным финансированием, привязанным к конкретным узким приоритетам доноров, с административными нагрузками в государственных медицинских учреждениях стран с низким и средним уровнем доходов, страдающих от недостатка профессиональных кадров.

Основными трудностями, с которыми сталкиваются глобальные и национальные игроки в области оказания эффективного содействия развитию, являются обеспечение координации усилий, согласованности доноров и оцениваемости действий, заинтересованности стран в разработке программ и другие аспекты. Решение этих задач требует межсекторального подхода, использования инструментов оценки воздействия для разработки политических и практических мер, создания институциональных сетей, поддерживающих выработку и реализацию политики, и подотчетных форм глобального управления. До недавнего времени подход HiAP практически не рассматривался в этой связи, несмотря на то, что он предоставляет реальные возможности для укрепления глобальных усилий по повышению эффективности содействия развитию здравоохранения, а также для

обеспечения устойчивого улучшения общественного здоровья за счет включения социальных детерминант в процесс выработки политических решений за пределами сектора здравоохранения. В этой главе описывается контекст помощи в целях развития с точки зрения игроков, механизмов оказания помощи и глобальной архитектуры помощи. Также предлагаются соображения по применению подхода HiAP к отношениям между странами с низким и средним уровнем доходов и партнерами по развитию.²

13.2. Содействие развитию здравоохранения: эволюция игроков

Нынешний круг игроков в сфере содействия развитию эволюционировал с течением времени, главным образом, с двустороннего начинания между донорами и реципиентами помощи и направления потоков финансирования с “Глобального Севера” на “Глобальный Юг”. Нынешняя архитектура содействия развитию берет свое начало с первого заседания Бреттон-Вудских учреждений³ в 1944 году, создания ООН в 1945 году (ВОЗ в 1948 году) и ОЭСР в 1961 году. Концепции “Официальной помощи в целях развития (ОПР)”, других официальных потоков финансирования и (впоследствии) “Помощи на цели развития здравоохранения” были сформулированы этими игроками в 1969 году (1). В настоящее время круг игроков расширился, к нему присоединились различные виды партнерств и механизмов. Объемы традиционного двустороннего финансирования со стороны правительств стран-доноров значительно увеличились, но еще больше увеличился вклад со стороны многосторонних агентств и частных доноров. Самым крупным многосторонним агентством является Всемирный банк, который в начале 1990-х годов существенно увеличил акцент на здравоохранение и другие социальные секторы. К концу XX–началу XXI века многие наблюдатели отмечали, что влияние Всемирного банка на сферу здравоохранения стало больше, чем влияние ВОЗ (2). Другие многосторонние органы, занимающиеся непосредственно проблемами здравоохранения, включают Объединенную программу Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд). В последние годы, частные фонды стали обладать огромной властью, как с точки зрения финансирования, так и влияния. Фонд Билла и Мелинды

2 Для простоты, “страны с низким и средним уровнем доходов” подразумевает правительства и/или население стран с низким и средним уровнем доходов. В данном контексте “партнеры по развитию” означают круг игроков (см. рис. 13.1), куда входят не только традиционные доноры (как правило, двусторонние учреждения государств с высоким уровнем доходов), но и международные и многосторонние организации (система ООН, другие Бреттон-Вудские учреждения, ЕС и другие на пересечении государственного/рыночного уровней или на уровне государства/гражданского общества (рис. 13.1)) поставщики технической помощи или товаров; аналитические центры; частные фонды (гражданское общество/рынок).

3 В Бреттон-Вудские учреждения входят Всемирный банк и Международный валютный фонд, которые были учреждены на заседании 43 стран в Бреттон-Вудсе, Нью-Гэмпшир, США, в июле 1944 года.

Гейтс является самым ярким примером. Его деятельность в области здравоохранения затмевает даже деятельность организаций, имеющих более долгую историю сотрудничества в данной области, таких как Фонды Форда и Рокфеллера. В настоящее время он входит в Группу основных игроков в сфере международного здравоохранения “Здоровье 8”, наряду с ВОЗ и Всемирным банком. Появление крупных государственно-частных партнерств и квазикommerческих игроков также изменили динамику приоритетов и принятия решений по вопросам содействия развитию.

Полезная модель классификации игроков в сфере содействия развитию здравоохранения была предложена Lee с соавторами (3). Все игроки делятся на три категории: государственные, рыночные и гражданское общество (рис 13.1). Некоторые игроки могут быть классифицированы в двух или во всех трех категориях, как показано на диаграмме Венна. В последние несколько десятилетий быстрый рост числа и типов негосударственных игроков сделал архитектуру помощи развитию гораздо сложнее послевоенной. Наряду с перераспределением влияния между разнообразными участниками процесса помощи развитию, дополнительные новые факторы создают необходимость лучшей координации процесса содействия развитию и обеспечения большего внимания к устойчивым воздействиям:

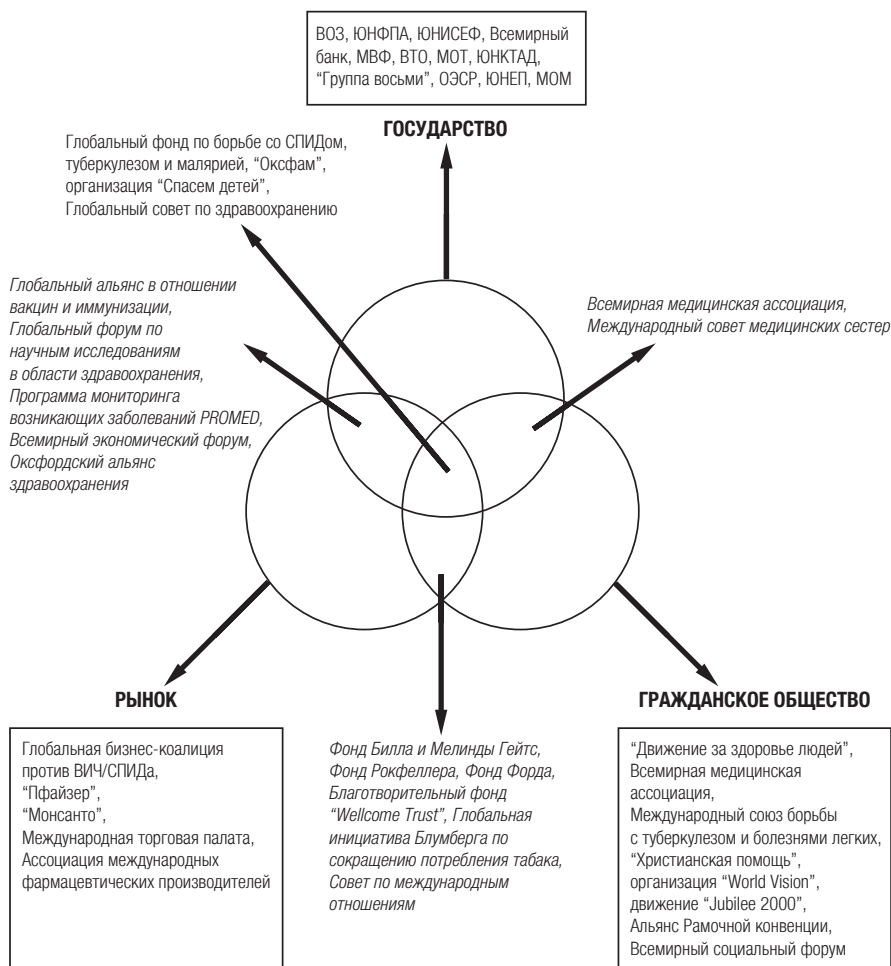
- расширение потоков финансирования: существенное увеличение помощи в целях развития здравоохранения и других секторов;
- переход финансирования и принятия решений от традиционных доноров к частным благотворительным организациям, сопровождающийся проблемами отсутствия ответственности государственного сектора;
- усиление внимания к социальным детерминантам здоровья как к средству обеспечения и поддержания воздействия на здоровье; и
- вытеснение интересов профессионального и гражданского общества из управления здравоохранением интересами глобализации и рынка.

Категории игроков в сфере содействия развитию перераспределяются в связи с более крупными объемами помощи, а также с появлением глобальной архитектуры помощи и акцентом на соответствие помощи потребностям и приоритетам стран с низким и средним уровнем доходов.

13.3. Межотраслевой опыт в содействии развитию здравоохранения

Многие участники процесса содействия развитию уже признали критически значимую ограниченность помощи в целях развития здравоохранения – здоровье населения неразрывно связано с социальными и другими детерминантами за пределами сектора здравоохранения. Проблема ограниченности помощи прослеживается в разработке программ

Рис. 13.1. *Круг игроков в сфере содействия развитию здравоохранения*



Источник: Lee et al., 2008 г.(3).

содействия. Обычно помощь в целях развития предоставляется в форме различных видов финансирования, выделяемого для борьбы с узким кругом заболеваний или проблем со здоровьем. Такие модели организации содействия развитию известны как "вертикальные программы" (4–6). Например, программы профилактики ВИЧ, не принимавшие во внимание гендерный аспект и поведенческую взаимосвязь с репродуктивным здоровьем, оказались не так эффективны, как ожидалось, что привело к попыткам объединить финансирование мер по профилактике ВИЧ/СПИД, сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека. Аналогично, признание того, что биологические, социальные и экологические риски,

связанные с ВИЧ, также ассоциируются с туберкулезом и малярией, привело к созданию ЮНЭЙДС, а затем и Глобального фонда.

Уже признано, что вертикальное финансирование помощи в целях развития может способствовать ослаблению систем здравоохранения и усугублению несправедливостей в отношении здоровья. Распределение как технических, так и финансовых ресурсов может быть смещено в сторону лечения, а не профилактики, что определяется зачастую внешними участниками, а не местными потребностями (6, 7). Слишком конкретные меры, как правило, обусловлены приоритетами доноров. В свою очередь, эти приоритеты обусловлены способностью мер приносить материальную выгоду или возможностью быть проданными среди субъектов ближайшего окружения донора, а не потребностями и целесообразностью реализации в месте приложения.

В настоящее время вертикальные программы помощи в целях развития здравоохранения продолжают применяться, но уже существует растущая тенденция к горизонтальному программированию, ориентированному на возможности систем общественного здравоохранения справляться со спектром проблем со здоровьем. Совсем недавно был предложен диагональный подход (8), в котором финансирование программ по борьбе с конкретными заболеваниями интегрировано с мерами, направленными на улучшение работы системы здравоохранения в целом. Другие виды содействия включают межсекторальный подход, при котором доноры соглашаются поддерживать государственные расходы в одном или нескольких секторах (например, сектор здравоохранения) без определения конкретных объемов финансирования в рамках каждого сектора, а также программы общей бюджетной поддержки (GBS), в которых помощь в целях развития предоставляется в рамках национального казначейского механизма распределения и использования финансовых ресурсов в соответствии с приоритетами страны. Другие специализированные формы помощи в целях развития включают облегчение долгового бремени, перераспределение бюджета за счёт увеличения стоимости первоначального этапа, помощь в форме товаров и услуг и авансовые рыночные обязательства. Аспекты облегчения долгового бремени могут действовать аналогично GBS и предоставлять сопоставимые преимущества, хотя мониторинг принятия решений странами с низким и средним уровнем доходов, бюджетирование и расходы часто связаны с более высокими операционными издержками. В противоположность этому, перераспределение бюджета за счёт увеличения стоимости первоначального этапа, помощь в форме товаров и услуг и авансовые рыночные обязательства работают аналогично вертикальному финансированию. Однако, с ними обычно связаны условия, которые не всегда очевидны, и которые как правило составлены

в пользу отечественной промышленности страны-донора (особенно фармацевтической и сельскохозяйственной). Модели оказания содействия развитию приведены в таблице 13.1.

Основная напряженность в вопросах содействия развитию связана с аспектами ответственности и контроля. Более конкретные или вертикальные формы финансирования дают более измеримые результаты, привязанные к деятельности доноров, несмотря на то, что такие модели помощи могут быть менее эффективными или иметь более кратковременные результаты. Чем больше модель помощи приближена к GBS, тем больше возможности для развития потенциала и институционального обучения в стране-получателе по вопросам планирования, распределения и программирования ресурсов здравоохранения, и тем больше возможности получения устойчивых результатов. Такая модель также представляет собой более широкое окно возможностей для применения подхода HiAP. Снятие ограничений на содействие развитию создает проблемы для стран с низким и средним уровнем доходов и для партнеров по развитию: путем принятия на свой счет части ответственности за результаты реализации программ развития и переноса финансовой ответственности на правительства стран-получателей, местные органы, принимающие решения, берут на себя ответственность за удовлетворение национальных потребностей здравоохранения. И наоборот, межсекторальные модели, GBS и, в меньшей степени, облегчение бремени задолженности имеют преимущества для общественного здравоохранения в том, что они включают расширение сотрудничества в области содействия развитию здравоохранения, сокращают непродуктивное или даже деструктивное соперничество за финансирование в секторе здравоохранения, а также открывают более широкие возможности для интеграции приоритетов здоровья в другие сектора.

В техническом сотрудничестве был сделан определенный акцент на переход от чисто вертикальных программ к программам, которые включают понимание степени значимости социальных детерминант для здоровья, а также роли систем здравоохранения в обеспечении долговременных изменений в здоровье. Однако, это еще нельзя назвать применением подхода HiAP, который является широким подходом и требует создания дополнительных возможностей (см. главу 14). Создание возможностей для применения подхода HiAP является ключевым элементом в этих моделях содействия развитию, так как введение подхода HiAP в качестве нового подхода будет способствовать изменению устоявшегося мышления и методов финансирования. Этот вопрос рассматривается более детально в разделе 13.5.

Таблица 13.1. Модели содействия развитию и возможности для ННДР

Форма помощи развитию	Последствия для стран с низким и средним уровнем доходов	Последствия для партнеров по развитию	Окно возможностей для ННДР
Вертикальное финансирование	<ul style="list-style-type: none"> • Краткосрочный фокус • Помощь может не быть актуальной • Отсутствие устойчивости • Крупные потоки финансирования • Высокая фрагментация и плохая координация • Наивысшие операционные издержки 	<ul style="list-style-type: none"> • Финансовый и оперативный контроль и отнесение результатов на счет доноров • Только низкий уровень результатов (отдачи) • Риск зависимости 	Нет
Авансовые рыночные обязательства ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Часто привязаны к конкретному медицинскому товару – аналог вертикального финансирования • Низкая степень учета национальных приоритетов 	<ul style="list-style-type: none"> • Подобно вертикальному финансированию • Прямая или косвенная поддержка отечественной промышленности 	Нет
Диагональное финансирование	<ul style="list-style-type: none"> • Объединяет более крупные "привязанные" потоки финансирования с укреплением систем здравоохранения • Сотрудничество в программах содействия развитию 	<ul style="list-style-type: none"> • Координация процессов помощи развитию • Объединяет устойчивость и четкие результаты 	Незначительное
Помощь в форме товаров и услуг (например, техническое содействие, продовольствие, сырьевые товары)	<ul style="list-style-type: none"> • Полезно в чрезвычайных ситуациях • Подрывает местные рынки • Высокие операционные расходы 	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживает отечественную промышленность стран-доноров • Высокая прозрачность и отнесение результатов на счет доноров 	Незначительное
Горизонтальное финансирование	<ul style="list-style-type: none"> • Укрепление системы здравоохранения • Трудности в анализе и отслеживании результатов 	<ul style="list-style-type: none"> • Достижение сотрудничества и координация процессов содействия развитию • Большая устойчивость • Соперничество между заинтересованными сторонами 	Среднее
Межсекторальный подход	<ul style="list-style-type: none"> • Большая актуальность и согласование помощи с национальными приоритетами в области здравоохранения • Улучшение координации • Укрепление систем здравоохранения страны • Институциональное обучение • Низкие операционные расходы 	<ul style="list-style-type: none"> • Выплаты зависят от дополнительных факторов, связанных с финансированием • Улучшение партнерских отношений • Более низкое отнесение результатов за счет доноров и подотчетность • Отсутствие возможности определить ответственного за результаты 	Среднее

Форма помощи развитию	Последствия для стран с низким и средним уровнем доходов	Последствия для партнеров по развитию	Окно возможностей для HiAP
Перераспределение бюджета за счёт увеличения стоимости первоначального этапа (через организации, осуществляющие многоцелевое кредитование)	<ul style="list-style-type: none"> • Часто привязано к конкретной проблеме здравоохранения – по аналогии с вертикальным подходом • Предсказуемые потоки финансирования внутри конкретной области здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Требует дисциплины при формировании бюджета или управления фондами третьей стороной • Косвенная поддержка отечественной промышленности 	Среднее
Облегчение долгового бремени	<ul style="list-style-type: none"> • Большая актуальность и координация помощи с национальными приоритетами в области здравоохранения • Укрепление системы здравоохранения страны • Институциональное обучение • Предсказуемые потоки финансирования • Переменные операционные затраты • Ограничено для удовлетворяющих критериям, бедных стран с высоким уровнем долга 	<ul style="list-style-type: none"> • Выплаты зависят от дополнительных факторов, связанных с финансированием • Более низкое отнесение результатов на счет доноров и подотчетность • Отсутствие возможности определить ответственного за результаты 	Среднее/широкое
Общая бюджетная поддержка (GBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Большая заинтересованность в разработке программы • Укрепление институциональных знаний и опыта • Местная подотчетность • Укрепление системы здравоохранения страны • Большая актуальность и координация помощи с национальными приоритетами в области здравоохранения • Самые низкие операционные издержки 	<ul style="list-style-type: none"> • Более низкое отнесение результатов на счет доноров и хорошая отслеживаемость • Высокая степень координации и согласованности • Отсутствие возможности определить ответственного за результаты • Требует многолетних обязательств по предоставлению финансирования 	Широкое

1. Авансовые рыночные обязательства – это юридически обязывающие обязательства партнеров по развитию по развитию по закупке товаров, таких как вакцины или лекарственные средства, недостающих на рынке.

13.4. Изменения в глобальной архитектуре содействия развитию

Опасения по поводу плохой координации помощи высказывались с момента основания ОЭСР в начале 1960-х годов (1). В течение этого десятилетия несколько исследований рассматривали вопросы, которые остаются предметом беспокойства и в XXI веке, включая: объем помощи, отсутствие координации доноров, необходимость снятия ограничений по соответствию требованиям для получения помощи, отсутствие согласованности политики, в том числе по вопросам помощи в целях развития. Принятие ЦТР способствовало возобновлению интереса к решению этих давних вопросов, связанных с эффективностью содействия развитию, со стороны международных игроков (9). Как следствие, за последнее десятилетие каждые три года проводились глобальные совещания (форумы на высоком уровне) партнеров по развитию и стран с низким и средним уровнем доходов. Результатом этих совещаний явился ряд глобальных соглашений, в том числе Парижская декларация по повышению эффективности внешней помощи (2005), Аккрская программа действий (2008) и “Пусанское партнерство для эффективного сотрудничества во имя развития” (2011) (10). В Парижской декларации изложены основные принципы эффективности помощи, а также определены индикаторы прогресса (или его отсутствия) на пути к реализации этих принципов на практике, как обязательства взаимной ответственности между странами с низким и средним уровнем доходов и партнерами по развитию. Система мониторинга с использованием индикаторов прогресса была разработана для поддержки этих обязательств за счет измерения прогресса партнеров по развитию и стран с низким и средним уровнем доходов в рамках соглашения. Вместе с обязательствами по этим принципам и мониторингу прогресса были предназначены для активизации поэтапных изменений процесса содействия развитию, с точки зрения его согласованности, эффективности и устойчивости.

В процессе глобального обсуждения, касающегося эффективности содействия развитию, был разработан ряд принципов:

- Заинтересованность страны в программах содействия развитию зависит от возможности прогнозирования объемов помощи для многолетнего планирования и составления бюджета;
- Программы помощи в целях развития приведены в соответствие с национальными приоритетами страны-получателя;
- Координация модели и формы помощи между партнерами по развитию;
- Подход, основанный на результатах – с помощью мониторинга и оценки поддерживать программы содействия развитию на основе фактических данных и контролировать принципы эффективности помощи;
- взаимная подотчетность и прозрачность между партнерами по развитию и странами с низким и средним уровнем доходов;

- вовлечение гражданского общества – получает значительное риторическое признание, но не поднимается до уровня других принципов в моделях развития; тем не менее, является необходимым для того, чтобы помощь в целях развития была целесообразной, эффективной и расширяющей права и возможности бедных людей (не показано на рис 13.2).

Рис. 13.2. Парижские принципы эффективности содействия развитию


Источник: Conway, Harmer & Spicer, 2008 г. (11).

Еще два дополнительных пункта эволюции содействия развитию последовали за формулировкой Парижских принципов и их подтверждением на заседаниях высокого уровня в Аккре и Пусане. В 2007 году Международное партнерство в области здравоохранения плюс (“МПЗ+”) получило многолетние полномочия осуществить переход к практической реализации Парижских принципов в рамках уже осуществляемой помощи в целях развития, связанной с ЦТР в отношении здоровья. Начиная с 26 стран-участниц, включая 7 стран с низким и средним уровнем доходов, “МПЗ+” основывало свою деятельность на страновых договорах, которые законодательно закрепляли условия контекстуального приложения Парижских принципов в стране. Важно отметить, что страны-участницы “МПЗ+” согласились на проведение предварительных трех раундов ежегодного мониторинга с использованием индикаторов, взятых или адаптированных из Парижской декларации. К третьему раунду мониторинга появились фактические данные о некотором, хотя и неравномерном, прогрессе в деле выполнения обязательств среди стран-участниц “МПЗ+” (всего 56, включая 31 страну с низким и средним уровнем доходов). Самое главное, повысилась заинтересованность стран с низким

и средним уровнем доходов в программах развития. На последующем заседании стран-участниц “МПЗ+” в 2012 году было отмечено, что страны с низким и средним уровнем доходов добились скромного прогресса, однако партнеры по развитию не достигли особого прогресса в выполнении принятых обязательств, что напоминало отчеты ОЭСР 1960-х годов.

В 2008 году КСДЗ опубликовала свой заключительный доклад с рядом рекомендаций для государств-членов ВОЗ. В него входили (среди прочего) рекомендации о включении “стратегий по воздействию на социальные детерминанты здоровья” в программы помощи в целях развития и “согласование расходов на содействие развитию с широкими планами развития стран-получателей” (6). Наряду с рекомендациями о необходимости включения социальных детерминант в политику здравоохранения и реализацию стратегий, КСДЗ отметила несколько трудноразрешимых проблем, касающихся помощи в целях развития, включая рост неравенства в отношении здоровья и недостаточное взаимодействие с гражданским обществом, которым уделяется недостаточное внимание.

Ключевые моменты, связанные с эволюцией существующей ситуации с содействием развитию, имеющие отношение к дискуссии о подходе HiAP, могут быть резюмированы следующим образом.

- Существует широкое признание того, что содействие развитию здравоохранения не покрывает весь спектр детерминант здоровья, и что необходима координация с другими секторами.
- Содействие развитию здравоохранения имеет необходимый опыт в вопросах межсекторального программирования, особенно в области образования, сельского хозяйства, продовольствия и питания, водоснабжения и санитарии, и обеспечения средств к существованию.
- Архитектура помощи в целях развития находится в процессе изменения, с появлением новых видов игроков, моделей финансирования, соглашений по вопросам управления и принципов эффективности помощи.
- Изменения в практике предоставления помощи в целях развития происходят медленно; некоторые изменения исходят из стран с низким и средним уровнем доходов.

13.5. Потенциал для применения подхода HiAP в содействии развитию здравоохранения

Подход HiAP обеспечивает возможность качественного улучшения согласованности политики и эффективности помощи в контексте содействия развитию здравоохранения посредством учета интересов здоровья в государственной политике. Как уже обсуждалось, некоторые виды помощи могут быть более благоприятными для межсекторального

сотрудничества. Кроме того, страны с низким и средним уровнем доходов и партнеры по развитию уже имели положительный опыт, связанный с применением подхода HiAP, несмотря на то, что HiAP пока не был официально применен к контексту содействия развитию. Для того, чтобы облегчить его введение в сферу помощи в целях развития, необходимо создание потенциала для HiAP. Это должно включать осознание важности включения интересов здоровья в политику секторов за пределами сектора здравоохранения, обсуждение подхода HiAP между специалистами здравоохранения и лицами, принимающими решения в сферах, не связанных со здравоохранением, обучение по применению инструментов для реализации подхода HiAP, таких как оценка воздействия на здоровье. Страны с низким и средним уровнем доходов и партнеры по развитию должны включить создание потенциала для HiAP в свои планы развития, программы, мониторинг и отчетность.

Более детально подход HiAP в контексте помощи в целях развития может быть рассмотрен на основе модели Дж. Кингдона (12, 13). В соответствии с этой моделью успешный подход к применению HiAP в помощи в целях развития будет базироваться на трех нелинейных потоках, которые должны слиться воедино в социальном пространстве и тем самым открыть возможности для изменения политики. Первый поток – “поток проблем” – состоит из совокупности вопросов, которые привлекают внимание к проблеме, на основе индикаторов и официальных данных или информирования общественности о том или ином кризисе. Второй поток – “поток решений” – связан с техническими специалистами, которые могут разработать и предложить варианты альтернативных решений. Третий поток – “политический поток” – стимулирует использование знаний и предложений двух других потоков для изменения политики, с учетом давления и расстановки сил, с которыми сталкиваются органы, принимающие решения (см. также главу 1). Далее рассматривается каждый из этих потоков в отдельности.

13.5.1. Признание проблемы: здоровье определяется факторами вне сектора здравоохранения

Теперь уже установлено существование недостатков в организации содействия развитию здравоохранения. Например, вертикальное программирование и программная разобщенность подвергаются резкой критике как неустойчивые и неэффективные пути развития в секторе здравоохранения. В ответ на критику того, что его доминирующее положение в сфере финансирования на самом деле подрывает системы здравоохранения стран с низким и средним уровнем доходов, “Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR)” был постепенно превращен из исключительно ВИЧ/СПИД-ориентированной инициативы в инициативу, охватывающую более широкий спектр вопросов сексуального

и репродуктивного здоровья. Мандат PEPFAR теперь также включает аспекты укрепления систем здравоохранения (14). По аналогии, Глобальный фонд также включил системы здравоохранения в круг подлежащих финансированию (15).

Комитет содействия развитию ОЭСР (КСР ОЭСР) подтвердил, что “воздействие на здоровье определяется рядом факторов, лежащих за пределами сектора здравоохранения” и что “содействие [развитию] является младшим партнером; основные детерминанты прогресса в отношении здоровья являются внутренними, в том числе принадлежащими государственной политике” (16). Например, в развивающихся странах становится все более распространенным акцент на школы как площадки для приложения программ гигиены и санитарии по сокращению заболеваний, передающихся через воду (например, диарея, дизентерия), а также фекально-оральным путем (например, тиф). Увеличение числа женщин, обучающихся в школах, и сокращение числа выбывших из учебного заведения до завершения образования доказывает сотрудничество на межсекторальном уровне между секторами здравоохранения и образования и санитарно-эпидемиологическими службами. Подобные межсекторальные действия также распространены в программах по борьбе с ВИЧ/СПИДом, питания и сельского хозяйства, а также в женских группах самопомощи и инициативах по охране здоровья детей. В рамках подхода HiAP уроки, извлеченные из помощи в целях развития, – преимущества синергетического финансирования здравоохранения и снижение “соперничества с нулевой суммой” за недостаточное или ограниченное финансирование перед лицом бесчисленных медицинских потребностей – применимы к совместной работе сектора здравоохранения и других секторов.

Подводя итог вышесказанному, теория развития и практика межсекторальных действий и сосредоточение внимания на социальных детерминантах создают базу для более эффективного и устойчивого укрепления здоровья населения, которая обеспечивает знания, объем, информированность и открытость к изменениям, необходимые для применения подхода HiAP в контексте содействия развитию.

13.5.2 Поток решений: необходимость межсекторальных действий по укреплению здоровья

Успешный подход к интеграции HiAP в содействие развитию включает в себя следующие пять характеристик (адаптировано из обсуждения модели Дж. Кингдона в главе 1).

1. *Техническая осуществимость.* Как отмечалось ранее, модели интеграции внутри сектора здравоохранения, а также между секторами здравоохранения и другими, широко применяются в содействии

развитию здравоохранения. Кроме того, акцент на фактические данные и результаты в программировании помощи обеспечивает основу для оценки воздействия на здоровье.

2. *Принятые политические положения.* Партнер по развитию и страна-получатель должны договориться о применении подхода HiAP. Парижские принципы и страновые договоры “МПЗ+” обеспечивают общую нормативно-правовую базу для партнеров по развитию, сверх специфических обязательств, согласованных правительствами стран с низким и средним уровнем доходов и партнерами по развитию. Этот общий набор положений оказывает влияние на других участников процесса содействия развитию здравоохранения, включая правительства, агентства и группы гражданского общества, как показано на рисунке 13.1.
3. *Экономическая эффективность.* Она имеет теоретическую основу в межотраслевых действиях в отношении здоровья, но экономические аспекты подхода HiAP в контексте содействия развитию здравоохранения еще предстоит доказать. Поэтому оценка экономической эффективности должна стать приоритетом для реализации пилотных мер по применению HiAP в помощи в целях развития.
4. *Общественное согласие.* Группы гражданского общества – одни из самых активных сторонников включения подхода HiAP в программы содействия развитию здравоохранения. Проблемы с применением HiAP будут связаны с парламентами и общественностью, особенно в странах-донорах, которые еще не оправились от финансового кризиса 2007–2008 годов и имеют ограниченный опыт применения подхода HiAP в своих странах.
5. *Гибкий подход к возможным ограничениям.* Этот пункт требует дальнейшей разработки на основе пилотных мер по применению HiAP в программах помощи в целях развития.

Содействие развитию здравоохранения имеет определенные институциональные структуры и принципы глобального управления. Следовательно, широкое внедрение подхода HiAP в помощь в целях развития потребует определения, каким образом можно связать HiAP с формирующимися структурами и моделями управления содействием развитию, а также каким образом HiAP может способствовать укреплению целей и задач содействия развитию здравоохранения. Проект “Древни тысячелетия” является инновационным примером на местном (сельском) уровне (см. пример 13.1). Существует большой потенциал для применения подхода HiAP на национальном уровне в странах с низким и средним уровнем доходов, где содействие развитию может способствовать поддержанию приоритетов национальной политики, учитывающих

интересы здоровья. Пример Проекта “Деревни тысячелетия” и другие примеры показывают, как подход HiAP может применяться в контексте развития, тем самым создавая прецедент для дальнейшей интеграции интересов здоровья в планы и программы в других секторах. Основная задача состоит в расширении местных инициатив таким образом, чтобы они смогли стать устойчивыми и постепенно распространиться по всей стране.

Пример 13.1. *Меры аналогичные подходу HiAP в странах Африки к югу от Сахары: Проект “Деревни тысячелетия”*

Проект “Деревни тысячелетия” является ярким примером применения межсекторальных мер содействия развитию. “Деревни тысячелетия” – это микромир, состоящий из 12 деревень, каждая из которых представляет собой объект приложения определенных мер. Проект предлагает параллельное квазиэкспериментальное применение мер, аналогичных подходу HiAP, в ряде контекстов развития в характерных для данной местности условиях.

Проект “Деревни тысячелетия” направлен на расширение прав и возможностей человека и на работу с бедными общинами в сельских районах Африки для достижения ЦТР. Проект “Деревни тысячелетия” обеспечивает приложение всех ЦТР – конкретных целевых показателей сокращения бедности к 2015 году, согласованных всеми странами мира в 2000 году – как комплексного пакета мер для конкретной местности из 12 бедных деревень [в странах Африки к югу от Сахары]. Деревни тысячелетия являются ... [предполагаются как] подтверждение концепции, что ЦТР могут быть достигнуты в 10-летний срок на местном уровне, посредством участия населения и расширения прав и возможностей общин и инвестиций, а также наращивания потенциала в различных секторах (17).

Пакет мер для Проекта включает создание инфраструктуры и развитие предпринимательства, сельского хозяйства, отраслей питания, образования, энергетики, водоснабжения, связи и охраны окружающей среды, наряду с развитием сектора здравоохранения. Все это – важные компоненты, которые проводят аналогию между Проектом и применением подхода HiAP в странах с низким и средним уровнем доходов. Проект направлен на достижение ЦТР на основе комплексного подхода – тех же результатов можно было бы ожидать при реализации HiAP в контексте развития. На объектах Проекта, общие расходы, связанные с ЦТР, составляли 27 долл. США на душу населения в год до начала реализации мер; в процессе реализации мер эта цифра выросла до 116 долл. США. В эту оценку входят все источники расходов (Проект, правительство, местные общины и другие).

Результаты первой серии оценок продемонстрировали широкий спектр здравоохранительных, экономических и других результатов для бенефициаров (см. Приложение 13.1). При оценке результатов

специалистами сформулировано множество таких выводов, каких можно было бы ожидать от применения подхода HiAP, основываясь на проверке обоснованности концепции Проекта.

Наш анализ показывает, что комплексная реализация мер в различных секторах является осуществимой при скромных затратах. ... Несмотря на то, что меры сектора здравоохранения, такие как проведение вакцинаций и реализация мер по борьбе с малярией, были потенциально важными факторами, **усилия за пределами сектора здравоохранения** (инвестиции в сельское хозяйство для улучшения продовольственной безопасности и питания; меры по снижению барьеров доступа, такие как ликвидация платы за пользование дорогами, модернизация автомобильных дорог, транспорта и связи, а также основные улучшения в области водоснабжения и санитарии), вероятно, способствовали отмеченному улучшению уровня выживаемости детей (18) [подчеркивание автора].

С его межсекторальным подходом к международному здоровью и развитию, Проект поддерживает актуальность и применимость подхода HiAP в контексте помощи в целях развития в условиях стран с низким и средним уровнем доходов, в данном случае девяти стран Африки к югу от Сахары, в сотрудничестве с рядом партнеров по развитию.

13.5.3. Политический поток: принятие решения о применении подхода HiAP участниками процесса развития

Политический вопрос об эффективности содействия развитию больше касается соблюдения не новых соглашений, а уже существующих договоров, в частности Парижской декларации, страновых соглашений “МПЗ+” и последующих договоров в Аккре и Пусане. Как отмечалось ранее, по итогам мониторинга и оценки результатов “МПЗ+”, страны с низким и средним уровнем доходов продемонстрировали прогресс в вопросах участия в программах развития, однако действия партнеров по развитию в отношении выполнения международных обязательств оставляли желать лучшего. Это говорит о том, что политические вопросы, с которыми сталкиваются партнеры по развитию, могут требовать к себе наибольшего внимания. Основным рычагом стимулирования для партнеров по развитию является демонстрация результатов, но эти результаты должны быть быстро достижимы. Отсутствие сильных индикаторов и фактических данных по социальным детерминантам здоровья, а также потребность в многолетней совместной работе для достижения изменений, отвлекают внимание партнеров по развитию от принятия решений по предоставлению помощи. Как отмечалось в главе 5, другие приоритеты стран-доноров, связанные с торговлей, интеллектуальной собственностью, либерализацией рынка и защитой внутренних интересов (например, фармацевтической промышленности, сельского хозяйства) могут также препятствовать включению подхода HiAP в повестку дня развития.

В сложившейся неолиберальной и глобализированной макроэкономической ситуации, с официально отмеченным ухудшением состояния здоровья населения в период после финансового кризиса 2007–2008 годов, существует явная необходимость поиска путей, которые помогли бы сделать здоровье населения более устойчивым к внешним потрясениям. Избиратели в ряде стран уже потребовали изменений в системах здравоохранения в условиях нынешнего кризиса: в частности, в Европе в 2009–2013 годах избиратели призвали к прекращению неолиберальной политики, а в Америке общественность настаивает на принятии Закона 2010 года о доступном медицинском обслуживании. Эти тенденции, возникшие после 2008 года, дают надежду на продвижение аргумента в пользу применения подхода HiAP среди партнеров по развитию, основываясь на более высокой эффективности в долгосрочной перспективе, создании потенциала для устойчивых изменений и сокращения зависимости от внешней помощи. Каким образом будет найден баланс между негативными мерами жесткой экономии, снижающими объемы помощи в целях развития, и противодействующими политическими силами, пока остается неизвестным.

В странах с низким и средним уровнем доходов роль политики в новом подходе к развитию иллюстрируется на опыте “Документов по стратегии сокращения бедности”. Эти межсекторальные меры были разработаны для осуществления руководства комплексной стратегией развития в ряде социальных и экономических секторов, но на практике отодвинули на второй план сектор здравоохранения и другие социальные секторы. Во многом это обусловлено доминированием министерств финансов и планирования в странах с низким и средним уровнем доходов, а также сильным неолиберальным макроэкономическим фокусом со стороны МВФ. Этот опыт подчеркивает необходимость укрепления потенциала в области планирования для министерств здравоохранения, других социальных секторов и гражданского общества, чтобы иметь возможность продуктивного обсуждения и решения вопросов с доминирующими лицами, формирующими политику, в странах с низким и средним уровнем доходов. Кроме того, партнерам по развитию для обсуждения вопросов здоровья необходимо создать политическое пространство, связанное и находящееся на одном уровне с политическим пространством для экономического развития.

С другой стороны, есть политические аргументы в пользу согласованности политики в отношении здоровья. Партнеры по развитию и страны с низким и средним уровнем доходов разделяют общий интерес к эффективности и устойчивости результатов помощи, что также включено в число пяти критериев оценки ОЭСР для помощи в целях развития (19). Если имеется возможность продемонстрировать повышение эффективности существующих усилий по оказанию помощи и содействовать осуществлению

долгосрочных изменений, способствующих уменьшению зависимости от помощи в целях развития, то имеет место политический аргумент для включения подхода HiAP в программы содействия развитию.

13.6. Применение подхода HiAP в контексте содействия развитию здравоохранения

В более широком контексте развития применение подхода HiAP может осуществляться в любом формате, включая следующие.

- Развитие потенциала сектора здравоохранения (в том числе потенциала правительств и гражданского общества стран с низким и средним уровнем доходов) для продвижения навыков межсекторального диалога и разработки политики в отношении здоровья.
- Реализация мер на базе рекомендаций заключительного доклада КСДЗ, в частности по переходу от вертикального программирования и краткосрочных предпочтений среди партнеров по развитию к межсекторальному подходу и акценту на устойчивое укрепление здоровья в рамках работы программ содействия развитию.
- Реализация пилотных мер по применению подхода HiAP в программах помощи: например, тестирование возможностей создания потенциала для HiAP в странах с низким и средним уровнем доходов, которые демонстрируют большую заинтересованность и прогресс в выполнении обязательств в рамках Парижской декларации и “МПЗ+”; или в тех, которые применяют подход HiAP в своей внутренней политике.
- Формулирование, тестирование и проверка новых подходов для анализа изменений в социальных детерминантах здоровья (включая индикаторы или другие параметры) таким образом, чтобы результаты применения подхода HiAP попадали в существующий фокус на результаты помощи в целях развития.
- Продвижение межсекторальных мер в отношении здоровья (например, ведение политического диалога между органами, принимающими решения, в том числе министерствами здравоохранения, финансов и планирования и другими министерствами) с целью продемонстрировать значение помощи в целях развития во всех государственных органах в условиях статических или сокращающихся бюджетов на оказание помощи.
- Взаимодополняемость применения подхода HiAP в программах помощи в целях развития. Добавление элементов наращивания потенциала для HiAP, чтобы партнеры по развитию и страны с низким и средним уровнем доходов могли получить опыт работы с подходом HiAP без сокращения или изменения существующих обязательств по вертикальным программам или другим формам помощи или без подрыва существующих программ помощи.

Среди инструментов содействия развитию, акцент на мониторинг и оценку, а также на выработку оптимальных решений является полезной базой для введения оценки воздействия на здоровье в рамках подхода HiAP. Концепция межсекторальной оценки уже принята в контексте содействия развитию: например, Всемирный банк и другие организации при реализации инфраструктурных и энергетических проектов требуют проведения оценки воздействия на окружающую среду. Практика включения оценок и фактических данных в процесс принятия решений становится общей практикой и среди стран с низким и средним уровнем доходов. Создание правительством Южной Африки Департамента контроля и оценки работы при Администрации президента является ярким тому примером.

13.7. Заключение

Проблема осуществления долгосрочных изменений в секторе здравоохранения получила широкое признание. В сочетании с существующими усилиями по разработке решений на политическом и программном уровнях и повышенным осознанием необходимости поиска путей совмещения противоположных политических интересов, которые регулируют принятие решений о содействии развитию, это растущее признание проблемы представляет собой окно возможностей для стран с низким и средним уровнем доходов и партнеров по развитию включить интересы здоровья в процесс принятия политических решений во всех секторах. Существуют пути включения подхода HiAP в стратегии управления, а также в принципы и практику помощи в целях развития. Подход HiAP в контексте развития может применяться посредством совместных усилий стран с низким и средним уровнем доходов и партнеров по развитию: от реализации пилотных мер параллельно с существующими программами помощи до применения подхода в полной мере, с акцентом на социальные детерминанты здоровья.

Проблемы широкого внедрения подхода HiAP в содействие развитию сосредоточены вокруг политического потока, причем проблема четко определена, и имеются предложения альтернативных вариантов политики. Конкретные политические проблемы связаны с приверженностью партнеров по развитию, и особенно доноров, к переменам, а также с преобладанием нелиберальной экономической точки зрения в министерствах финансов и среди партнеров по развитию, таких как МВФ и Всемирный банк. Эти проблемы могут быть решены с помощью акцента на долгосрочную эффективность подхода HiAP и его возможности в обеспечении снижения зависимости от внешней помощи, а также посредством наращивания потенциала для обсуждения межотраслевых действий и анализа результатов вмешательств HiAP специалистами в области

здравоохранения в правительстве и гражданском обществе. При таком подходе, HiAP имеет возможность устранения недостатков в процессах содействия развитию и обеспечения повышения эффективности помощи за счет более устойчивого воздействия на несправедливости в отношении здоровья и в других секторах развития. Без применения подхода HiAP и других прогрессивных подходов к здравоохранению, содействие развитию будет по-прежнему сосредоточено на краткосрочных аспектах и решении лишь отдельных проблем, без поправок на источники несправедливости в отношении здоровья и реализации стратегии здоровья для всех.

Приложение 13.1. *Трехлетние итоги Проекта “Деревни тысячелетия” 2009-2010 гг.*

Оценка Проекта была проведена в 2009–2010 годах в девяти деревнях Африки к югу от Сахары. В оценке достижений по истечении трехлетнего периода были продемонстрированы результаты улучшения воздействий на здоровье и детерминанты здоровья, а также проанализированы изменения в показателях ЦТР на каждом объекте проекта (18). Основные данные по итогам трехлетнего периода наблюдения, статистически значимые по сравнению с исходными, включают в себя следующее.

Влияние на смертность детей в возрасте до 5 лет (первичная переменная исследования):

- 22% снижение по сравнению с исходным уровнем смертности в деревнях, участвующих в Проекте;
- 32% снижение по сравнению с деревнями, взятыми для сравнения;
- 7,8% ежегодное сокращение детской смертности – в три раза быстрее, чем снижение, наблюдавшееся в национальных данных за предыдущий десятилетний срок;
- Влияние на детскую заболеваемость:
- уменьшение паразитемии, связанной с малярией, у детей в возрасте до 5 лет (распространенность *P. falciparum* снизилась с 18,8% до 2,7%);
- 7,9% снижение уровня замедления роста среди детей в возрасте до 2 лет (что предполагает лучшее питание в долгосрочной перспективе);
- снижение распространенности диареи с 19,5% до 16,4%;

Связанные со здоровьем результаты (улучшения за три года):

- расширение использования москитной сетки с инсектицидами (для профилактики малярии у детей в возрасте до 5 лет), с 7,6% до 43,2%;
- увеличение уровня дородового тестирования на ВИЧ, с 28,8% до 70,1%;
- улучшение доступа к безопасной питьевой воде, с 12,7% до 77,4%;
- более высокий уровень вакцинации детей против кори, с 72,9% до 92,0%;
- увеличение числа квалифицированных акушерок, с 32,6% до 57,2%;
- увеличение числа послеродовых медосмотров для новорожденных, с 6,9% до 14,3%;
- расширение доступа к улучшенным санитарным условиям, с 1,9% до 28,6%;

Экономические результаты:

- сокращение бедности домохозяйств – 47% увеличение доходов (при подсчете на основе оценки имущества);
- улучшение продовольственной безопасности – на 28,7% меньше домохозяйств подвержены риску;
- многократное увеличение урожайности – с коэффициентом более 200%.

Библиография

1. Führer H (1996). *The story of official development assistance: a history of the Development Assistance Committee and the Development Co-operation Directorate in dates, names and figures*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE/GD(94)67).
2. People's Health Movement, Medact, Health Action International, Medico International, Third World Network (2011). World Health Organisation: captive to conflicting interests. In: *Global health watch 3: an alternative world health report*. London, Zed Books.
3. Lee K et al. (2008). *Globalisation, global governance and the social determinants of health: a review of the linkages and agenda for action*. Globalization and Health Knowledge Network: Research Papers.
4. Garrett L (2007). The challenge of global health. *Foreign Affairs*, 86(1): 14–38.
5. Uplekar M, Raviglione MC (2007). The “vertical-horizontal” debates: time for the pendulum to rest (in peace)? *Bulletin of the World Health Organization*, 85(5):413–414.
6. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization:126.
7. Gilson L et al. (2007). *Challenging inequity through health systems. Final report: Knowledge Network on Health Systems*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 11 March 2013).
8. United Nations General Assembly (2000). *United Nations Millennium Declaration, Resolution adopted by the General Assembly*. Geneva (A/55/L.2).
9. OECD (2005). *Paris Declaration on Aid Effectiveness – ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability. High-Level Forum, Paris, 2 March 2005*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (www.oecd.org/document/18/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html, accessed 19 April 2013).
10. Ooms G et al. (2008). The ‘diagonal’ approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health*, 4:6.
11. Conway S, Harmer A, Spicer N (2008). *External review of the International Health Partnership and related initiatives*. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
12. Kingdon JW (2011). *Agendas, alternatives, and public policies. 2nd edition*. London, Longman Publishing Group.
13. Howie W (2009). Mandatory reporting of medical errors: crafting policy and integrating it into practice. *Journal for Nurse Practitioners*, 5(9):649–654.

14. PEPFAR (2009). *Planning and reporting: next generation indicators reference guide. Version 1.1*. Washington DC, President's Emergency Plan for AIDS Relief.
15. The Global Fund (2007). *Fifteenth Board Meeting. Geneva, 25–27 April 2007*. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/board/meetings/fifteenth>, accessed 11 April 2013).
16. OECD (2009). *Aid for better health – what are we learning about what works and what we still have to do? Interim Report from the Task Team on Health as a Tracer Sector*. Paris, Working Party on Aid Effectiveness (DCD/DAC/EFF(2009)14):10.
17. Mutuo P et al. (2007). *Baseline report: Millennium Research Village, Sauri, Kenya*. New York NY, Columbia University, The Earth Institute (http://mp.convio.net/site/DocServer/Sauri_Baseline_Report_final_3-7-07.pdf?docID=1002, accessed 19 April 2013):7.
18. Pronyk PM et al. (2012). The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment. *The Lancet*, 379(9832):2179–2188.
19. OECD (1991). *Principles for evaluation of development assistance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Часть III

Роль сектора здравоохранения в HiAP

Kimmo Leppo, Viroj Tangcharoensathien

Ключевые идеи

- Для того, чтобы иметь авторитет среди других секторов и возможность эффективного сотрудничества с ними, собственные механизмы сектора здравоохранения должны быть четко отлажены.
- Сектор здравоохранения должен рассматривать себя в качестве социального детерминанта здоровья и установить для себя приоритеты в области обеспечения равенства в отношении здоровья. Должное внимание следует уделять созданию базы знаний, приоритизации задач, подготовке повестки дня, обеспечивающей применение подхода HiAP, и адекватное финансирование его реализации. Соответствующие политические решения и процесс принятия политических решений должны уделять особое внимание стадии реализации, на которой неудачи в достижении целей, поставленных HiAP, наиболее распространены.
- Для подготовки подхода HiAP существуют разносторонние структуры и механизмы. Страны с различными политико-административными системами применяют различные модели, но из их опыта можно извлечь уроки.
- Министерствам здравоохранения часто необходимо укрепление потенциала для сбора фактических данных, перевода данных в политические формулировки, организации переговоров между различными секторами и заинтересованными сторонами для выработки консенсуса и мер в рамках подхода HiAP, а также для их эффективной реализации. Все это требует сочетания различных навыков и наращивания потенциала. Высокая текучесть кадров представляет особую сложность для поддержания потенциала в развивающихся странах.

- Процесс укрепления здоровья населения и достижение справедливости в отношении здоровья обычно занимает больше времени, чем срок пребывания правительства в должности. Поэтому временные рамки и обеспечение устойчивости могут представлять особые трудности для подхода HiAP.

14.1. Управление сектором здравоохранения

В настоящем контексте под сектором здравоохранения понимаются организации, несущие государственную и административную ответственность за здоровье населения на различных уровнях: международном, национальном, региональном и местном. Эта глава посвящена действиям на национальном уровне, на котором важную роль в создании национальной политики здравоохранения играют министерства здравоохранения или аналогичные органы. Важно отметить, что управление сектором здравоохранения стало еще более сложным и беспокойным (1). Глобализация и децентрализация, СМИ и различные группы давления (например, организации гражданского общества) приобретают все большее значение. Следовательно, для решения вопросов укрепления здоровья населения, в дополнение к своим традиционным функциям финансирования и/или предоставления услуг, сектор здравоохранения должен работать вместе с другими секторами и игроками в более сложной среде. Именно такой контекст дает предпосылки для применения подхода HiAP.

Сектор здравоохранения должен рассматривать себя в качестве важного детерминанта здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Особая ответственность министерств за применение подхода HiAP лежит в осознании ключевой роли других секторов (государственных и частных) во влиянии на детерминанты здоровья. Политика и меры в этих секторах, не связанных со здравоохранением, могут иметь как положительные, так и отрицательные воздействия на здоровье населения. В свою очередь, секторы за пределами сектора здравоохранения должны понимать, что, несмотря на усилия по поддержанию здоровья населения на должном уровне и принятие соответствующих мер (2–4), сектор здравоохранения не может нести ответственность за здоровье населения в одиночку, учитывая большое количество детерминант здоровья, лежащих за пределами его компетенции. Этот аспект дополнительно обсуждался в предыдущих главах.

Вместе с основными обязанностями по управлению сектором здравоохранения, у министерств здравоохранения существуют дополнительные задачи: выявление проблем и обеспечение наличия доказательной базы (“поток проблем”); отстаивание принимаемых

решений; поиск сторон, необходимых для принятия решений по тем или иным вопросам; обеспечение личной инициативы и личного примера; а также посредническая деятельность и переговоры в целях выработки стратегии (“поток решений”). Это подразумевает поиск решений по непростым вопросам, отнимающим много времени и находящимся в конфликте с другими вопросами, а также деятельность, направленную на поиск окон возможностей для принятия политических решений (“политический поток”). Кроме того, министерствам здравоохранения необходимо обеспечивать реализацию и контроль над принятием решений с точки зрения воздействия на здоровье и обеспечения справедливости в отношении здоровья, а также, в случае необходимости, принимать незамедлительные корректирующие действия.

Для того, чтобы эффективно работать с другими секторами, собственные механизмы сектора здравоохранения должны быть четко отлажены. Чем выше социальный и политический авторитет министерства здравоохранения, тем сильнее его способность убеждения других в необходимости применения подхода НИАР и тем больше вероятность успешной реализации НИАР. Выступая в качестве социального детерминанта здоровья, министерство здравоохранения должно: (i) обеспечивать разработку и реализацию программ и укрепление систем здравоохранения (включая систему охраны здоровья и различные уровни оказания медицинской помощи) таким образом, чтобы уменьшить, а не увеличить несправедливости в отношении здоровья; (ii) следить за деятельностью других секторов, которые имеют отношение к здоровью; (iii) понимать и уважать законные интересы других секторов, их сильные и слабые стороны, и применять эффективные подходы для их использования; (iv) использовать имеющиеся разнообразные научные и профессиональные кадры: неформальных лидеров среди медицинских профессий, ассоциаций общественного здравоохранения и аналогичных органов.

Прямо или косвенно, стратегии всегда имеют два элемента: набор фактических данных и набор ценностей. Соотношение сил также имеет большое значение. В связи с этим необходимо, чтобы сектор здравоохранения формулировал политику в области здравоохранения как на основе твердой доказательной базы, так и на базе ее ценностей, которая в свою очередь должна быть основана на принципах справедливости и равенства. Социальное равенство само по себе является благоприятным для здоровья (5, 6). Меры общественно-государственной политики (в том числе в отношении здоровья) приносят пользу в основном самым образованным и хорошо обеспеченным слоям населения, поскольку они имеют лучший доступ к услугам, чем те, кто беден или менее образован. Поэтому позитивная дискриминация, которая предоставляет более

благоприятные условия для малообеспеченных и незащищенных слоев населения, должна стать неотъемлемой частью любой политики, направленной на сокращение разрыва по показателям здоровья (см. главу 4).

14.2. Расстановка приоритетов при разработке стратегий

Расстановка приоритетов для применения подхода HiAP не имеет жестких правил, но при определенных обстоятельствах полезно учитывать ряд факторов. Избирательность является одним из ключевых факторов, так как действовать на слишком многих фронтах одновременно не представляется реальным. Подходы следует применять поэтапно, вопросы рассматривать поочередно, в зависимости от их значения для общественного здравоохранения, возможности корректировки и специфики контекста, а также технической и политической осуществимости. Потенциальные области действия следует выбирать путем применения таких критериев, как:

- Значение проблемы или вопроса для общественного здравоохранения;
- Возможность корректировки проблемы или вопроса и осуществимость этих изменений (т.е. наличие фактических данных о вариантах решения проблемы);
- Политическая и культурная приемлемость потенциальных решений.

Чаще всего значительных результатов можно добиться в решении вопросов, представляющих интерес одновременно для ряда секторов. Подтверждение успешности такого подхода есть, например, в Финляндии (7, 8). Типичным примером является также обеспечение безопасности движения с целью снижения уровня несчастных случаев и травм в ряде стран с низким и средним уровнем доходов: достижение быстрых результатов возможно без больших затрат. Секторы образования и здравоохранения имеют схожие ценности и общий интерес в обеспечении равенства. В условиях высокой смертности среди матерей и детей в возрасте до 5 лет, само собой разумеется, что все заинтересованные сектора и политические сферы выбирают в качестве основного приоритета совместные усилия по укреплению здоровья матери и ребенка, обеспечения безопасности пищевых продуктов и питания, а также вопросы образования. Приведенные примеры можно отнести к сфере согласованных действий ряда секторов (см. главы 3, 6 и 9).

Самое главное, возможности включения инициатив подхода HiAP в политическую повестку дня, должны быть использованы именно тогда, когда для этого имеются подходящие условия. Окна возможностей открываются чаще всего в процессе проведения всеобщих очередных

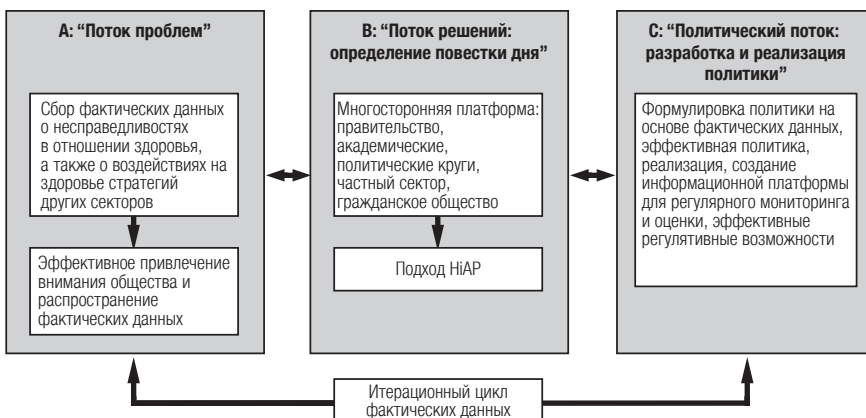
выборов, когда в партийные манифесты или концептуальные проекты ключевых стратегий закладываются будущие альтернативы политики. Во многих странах среднесрочные социально-экономические планы или стратегии, где могут быть инициированы многосекторальные действия, разрабатываются на регулярной основе. Они наиболее оптимальны для применения подхода HiAP, так как национальные учреждения по вопросам планирования и министерства финансов являются ключевыми движущими силами.

Иногда все заинтересованные стороны объединяются вокруг серьезной опасности для здоровья, или кризиса, аналогичного птичьему и свиному гриппу, или тяжелому острому респираторному синдрому (ТОРС). При хорошем управлении, такие драматические ситуации могут значительно улучшить многосекторальное доверие и расширить возможности для совместных действий. Учитывая безотлагательный характер катастрофы, важно, чтобы сектор здравоохранения мог предложить разумные политические решения, так как это будет способствовать обеспечению авторитета и доверия к его действиям.

14.3. Управление процессом политики

На рис. 14.1. изображены три аспекта политических процессов: (i) “поток проблем”; (ii) “поток решений”; и (iii) “политический поток”, где итерационный цикл фактических данных, собранных в ходе мониторинга и оценки, используется для усовершенствования политики. Успешное применение подхода HiAP требует навыков по всем трем аспектам политических процессов. Следует отметить, что взаимодействие интересов политических игроков – имеющих различные полномочия и влияние – формирует содержание политики.

Рис. 14.1. Политические процессы



Для обеспечения эффективного применения подхода HiAP сектор здравоохранения должен развивать и укреплять институциональный потенциал и развивать практические навыки в соответствии с тремя аспектами политических процессов.

14.3.1. “Поток проблем”

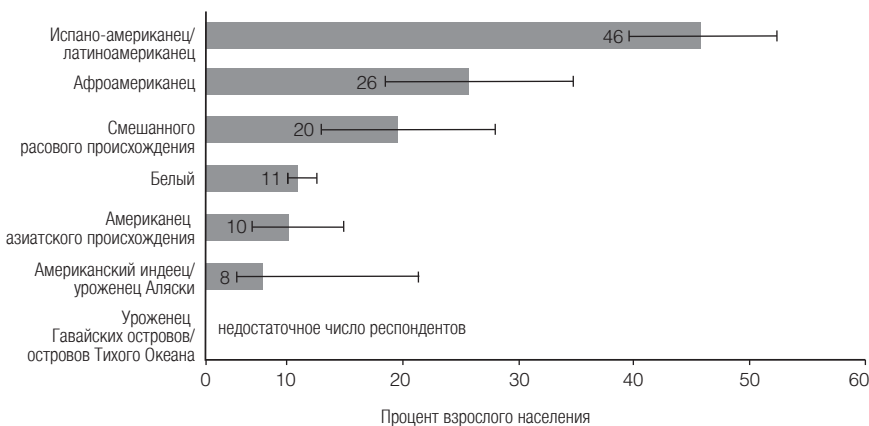
Министерствам здравоохранения необходимо укреплять потенциал для сбора фактических данных о степени воздействия собственной политики и политики других секторов на здоровье и обеспечение справедливости в отношении здоровья. Сбор фактических данных может потребовать разработки или применения различных инструментов, таких как оценка воздействия на здоровье, оценка экологических воздействий и оценка воздействия на справедливости в отношении здоровья. Например, ADePT (программный модуль по рынку труда) – это инструмент, разработанный Всемирным банком, который полезен для обеспечения справедливости в отношении здоровья и защиты населения от финансового риска через групповую дифференциацию населения (например, богатые–бедные, город–деревня) путем систематического анализа и сопоставления данных на микроуровне, полученных из различных исследований (например, бюджета домохозяйств; демографии и здравоохранения; рабочей силы) (9). Повышение эффективности использования подобных инструментов может быть осуществлено путем обучения, но высокая текучесть кадров хорошо обученного персонала в министерствах здравоохранения развивающихся стран делает затруднительным поддержание необходимого потенциала. Одним успешным примером является совместная работа Министерства здравоохранения Таиланда и Национального статистического управления (НСУ): в настоящее время обычной практикой для всех национальных исследований по вопросам здоровья семьи и другим связанным со здоровьем вопросам, регулярно проводимых НСУ, является включение в них модуля по владению бытовыми товарами длительного пользования и характеристикам жилищных условий. Полученные данные используются для создания индекса благосостояния для регулярного мониторинга справедливости в отношении здоровья (10).

Кроме того, эффективное привлечение внимания общественности и распространение фактических данных имеют важное значение для объединения всех заинтересованных сторон и постепенного формирования общественного мнения. Для этого необходимо использование средств информирования, подходящих для различных аудиторий: например, широкой общественности, парламентариев и гражданского общества. В некоторых странах хорошо подготовленные и хорошо информированные журналисты играют решающую роль в распространении данных о несправедливостях в отношении здоровья для широкой публики. Для

политиков является обычным делом ежедневно просматривать первые страницы газет и оперативно реагировать на проблемы общества. СМИ должны использовать подобные возможности для высвечивания проблем несправедливости в отношении здоровья, привлечения общественного интереса к этим проблемам и получения конкретных ответов от политиков.

Убедительные доказательства показывают, что регулярная отчетность является единственным средством, а также мощным инструментом осуществления “мягкой силы”. Например, ежегодный отчет о прогрессе в осуществлении “Международного кодекса маркетинга заменителей грудного молока” содержит информацию о соблюдении и нарушениях Кодекса на национальном и глобальном уровнях. Кодекс привлек большое политическое внимание, в результате чего многие страны включили его в национальное законодательство (11), обратив его из инструмента “мягкой силы” (свода правил) в жесткий закон с необходимостью соблюдения. Сбор фактических данных по несправедливостям в отношении здоровья и по воздействию на здоровье политики других секторов является ключевой точкой входа для министерств здравоохранения. Сиэтл (графство Кинг, штат Вашингтон, США) предлагает хороший пример местной инициативы по обеспечению социальной справедливости и равенства. Годовой отчет графства (12) отражает поток проблем и межсекторальных действий и доступен для всеобщего ознакомления. Он выступает в качестве инструмента осуществления “мягкой силы”, когда на все секторы возложена ответственность за здоровье, социальную справедливость и равенство в обществе (см рис. 14.2).

Рис. 14.2. Процент взрослых (18–64), не имеющих медицинской страховки, по расовой и этнической принадлежности, среднее значение за три года, графство Кинг, штат Вашингтон, США, 2008–2010 гг.

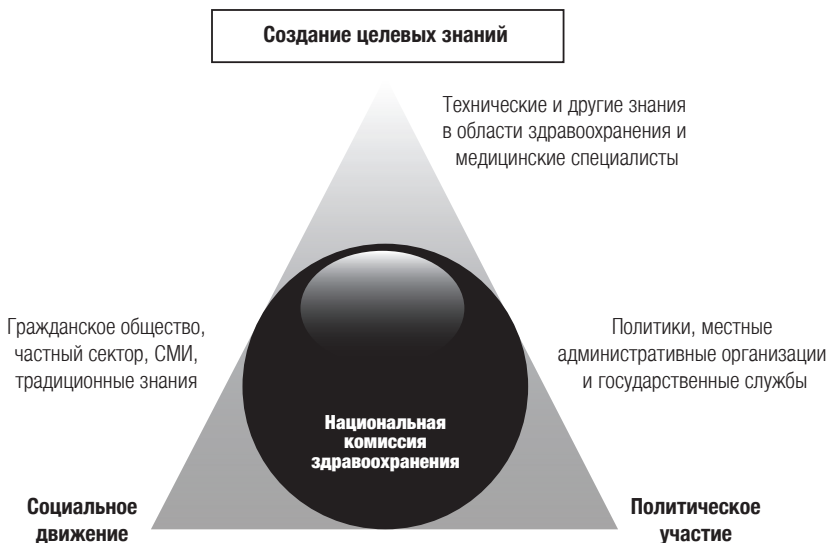


Источник: King County, 2012 г. (12).

14.3.2. “Поток решений”

Три взаимодействующие силы управляют политической повесткой дня: (i) сила знаний и фактических данных; (ii) социальная сила гражданского общества; (iii) государственная власть через подотчетное политическое руководство. Эти три силы должны действовать совместно для преодоления крупных устоявшихся преград. Такая стратегия совместных действий была названа “треугольником, способным сдвинуть горы” (13). Подобные стратегии были успешно применены в разработке эффективной государственной политики на основе многосекторальных органов (14) (рис. 14.3). Например, Резолюция по контролю маркетинговой стратегии в отношении продуктов питания детей грудного и раннего возраста была принята на третьей Национальной ассамблее здравоохранения Таиланда в 2010 году (15). Она стала результатом непрерывных диалогов между несколькими партнерами, включая государственные министерства (например, здравоохранения, труда, финансов, социального обеспечения), научные круги, гражданское общество, а также представителей СМИ и ЮНИСЕФ.

Рис. 14.3. Комбинация силы знаний, социальной силы гражданского общества и государственной власти



“Гора – это крупная и очень сложная проблема, как правило, устоявшаяся. Для преодоления любых трудностей необходимо сочетание трех элементов треугольника” (*Wasi P*). В реформе здравоохранения Таиланда была использована эта концепция. В Национальной ассамблее здравоохранения Национальная комиссия здравоохранения выступает в качестве координатора, задачей которого является объединение всех трех элементов треугольника для достижения перемен.

Источник: Wasi P, 2000 г. (13).

По выражению Дж. Кингдона, это та ситуация, в которой окно возможностей может либо открыться, либо нет, в зависимости от политического климата или общественного настроения, политического соотношения сил и других факторов. В таких ситуациях может также наблюдаться отставание во времени (например, при необходимости смены правительства/министра), а также неожиданное, или даже случайное, образование окна возможности. Высокопоставленные должностные лица должны быть готовы к использованию возникающих возможностей и “маркетингу” жизнеспособных и хорошо продуманных предложений для политиков.

14.3.3. Механизмы принятия политических решений для продвижения вопросов здоровья в политическую повестку дня

Министерствам здравоохранения необходимо использовать свои способности по мобилизации ресурсов, приглашая соответствующие секторы и заинтересованные стороны к участию в открытых переговорах по вопросам воздействия на здоровье их политики и управления, а также к поиску согласованных решений. Отношения с секторами за пределами сферы здравоохранения могут быть ограничены слабостью и недостатком ресурсов министерств здравоохранения, особенно в странах с низким уровнем доходов. Это может означать недостаточность возможностей для организации встреч между секторами для поиска решений. Даже сильные министерства здравоохранения должны проводить такие сложные дискуссии дипломатично, чтобы избежать впечатления засилья здравоохранения. Время от времени, глава государства или назначенные им чиновники (например, вице-премьер; министр, ответственный за межсекторальные действия) или национальные органы планирования имеют наибольшие возможности и авторитет для мобилизации ресурсов и достижения консенсуса по решениям, ведущим к разработке законодательства и обеспечения его соблюдения (см. также главу 6).

Существует множество вариантов структур и механизмов для обеспечения межсекторального управления и сотрудничества (16). Независимо от их временного или постоянного характера, широкого или целевого участия, эти структуры должны быть разработаны индивидуально для каждой конкретной ситуации в соответствии с политическим контекстом и культурой конкретной страны. Общей чертой таких механизмов должно стать объединение заинтересованных сторон и ключевых влиятельных игроков через межведомственные комитеты в рамках государственных структур. Желательно, чтобы такие комитеты располагались в непосредственной близости к органам исполнительной власти в стране и имели доступ к самому высокому политическому уровню принятия решений. Такая организация также создает условия для совместного планирования, составления бюджета (при необходимости) и совместной

реализации стратегий, а также обеспечивает благоприятные возможности для разработки нормативно-правовых актов (см. пример 14.1).

Пример 14.1. *Многосекторальная национальная политика по ВИЧ/СПИДу в Намибии*

Norbert Foster

Во многих системах национальный уровень является ключевым в обеспечении поддержки и благоприятных условий, необходимых для сотрудничества на промежуточном и оперативном уровнях. Хорошим примером целенаправленного применения подхода HiAP в форме “ВИЧ/СПИД во всех стратегиях” является пример Намибии, где Министерство здравоохранения несет полную ответственность за координацию и проведение национальных межсекторальных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Национальная политика в Намибии по ВИЧ/СПИДу 2007 года основывалась на широкой оценке и анализе инициатив в области ВИЧ/СПИДа, реализуемых во всех приоритетных секторах (включая секторы здравоохранения, образования, основ благосостояния ребенка и социального обеспечения, информации, сельского хозяйства, развития инфраструктуры и транспорта, туризма, общественных услуг). Результаты оценки были тщательно задокументированы, широко распространены и использованы для разработки комплексной многосекторальной политики. В этот процесс было включено наращивание потенциала среди ключевого технического персонала во всех секторах в специализированных областях, включая анализ данных, опрос заинтересованных сторон, разработку политики, а также мониторинг и оценку. Разработка систем мониторинга и оценки осуществлялась параллельно. Она базировалась на определении ключевых индикаторов для отчетности, ответственного сектора и периодичности составления отчетов.

Наиболее широкий национальный консенсус и совместная деятельность были обеспечены путем привлечения политического руководства секторов с помощью конкретных отраслевых консультаций, проведенных до получения одобрения со стороны правительства и парламента.

Реализация этой политики была расширена за счет разработки национального стратегического плана реализации политики, ежегодной совместной отчетности и анализа, а также регулярных поддерживающих надзорных визитов многосекторальной команды на местном уровне. Эти визиты обеспечили прямую и быструю обратную связь по проблемам реализации мер на местах. Межсекторальные проблемы, а также конкретные проблемы, связанные с наращиванием потенциала,

такие как кадровая политика, приобретение навыков, логистика и обеспечение ресурсов, были решены с помощью скоординированных действий Министерства здравоохранения на национальном уровне, при технической и финансовой поддержке со стороны ключевых партнеров по развитию.

В ряде стран используются общественные слушания, отчеты членов парламентских комиссий и другие парламентские процессы. Как правило, все соответствующие заинтересованные стороны (особенно представители широкой общественности и известные граждане) принимают участие в процессах, в которых организациям гражданского общества принадлежит важная роль по достижению баланса между интересами общества и интересами частного сектора и защите интересов общественности. Ряд примеров предыдущих глав подтверждает важность такого подхода, который в некоторых странах является конституционным требованием.

В ряде стран правительство предоставляет отчеты о состоянии общественного здравоохранения в парламент, особенно в странах, где такие механизмы используются в секторах за пределами сектора здравоохранения. Это функциональные и относительно несложные подходы, которые становятся констатацией позиции всего правительства в целом. Кроме того, обратная связь со стороны парламента полезна для дальнейшего усовершенствования политики или нормативно-правовых процессов. Одним из эффективных способов обеспечения участия всего правительства могут стать политические документы от межведомственных комитетов или целевых групп, представляемые на утверждение правительства в виде решений, принятых по основным вопросам. В странах, где такая политическая процедура используется на постоянной основе, она является мощным инструментом поддержки для реализации и дальнейшей работы.

Многие, если не большинство, стран имеют обязательное требование для всех правительственных законопроектов, представляемых на рассмотрение в парламент, включать оценку экономических и финансовых последствий их реализации. Совсем недавно появилось также требование предоставления оценки воздействия на окружающую среду, когда это применимо к проекту. Раздел 67 Конституции Королевства Таиланд (от 2007 года) включает в себя обязательное требование проведения оценки воздействия на окружающую среду и здоровье для любого проекта или деятельности, которые могут оказывать серьезное влияние на качество окружающей среды, природных ресурсов и биологического разнообразия (17). ЕС также принимает требование в рамках различных стратегий о выполнении оценки социальных воздействий, а также воздействий на здоровье и обеспечение справедливости крупных инвестиционных проектов (18, 19).

14.3.4. Вопросы реализации

В процессе исследований политических процессов был сделан общий вывод, что фаза реализации – это та фаза, в которой часто наблюдаются трудности и неудачи в связи со сложностью вопросов (20, 21). Неудачи в эффективной реализации подхода HiAP могут быть объяснены рядом причин. Например, основные усилия были посвящены разработке политики; практические ограничения или препятствия, возможно, не были предусмотрены; ответственность сторон и отношения между ведущими учреждениями (часто за пределами сектора здравоохранения, например, сектором транспорта или водоснабжения) и другими участниками процесса, возможно, не были четко определены. Участники, которые не были полностью задействованы в подготовке политики, могут не иметь достаточной заинтересованности в ее реализации. Это чаще всего становилось причиной разрыва между обязательствами и их выполнением в предыдущих крупных международных стратегиях в области здравоохранения (первичной медико-санитарной помощи, Здоровья для всех). Кроме того, потребность в ресурсах могла не быть рассчитана в достаточной мере, чтобы убедить министерства здравоохранения или финансов.

Эти проблемы были метко перефразированы вопросом “программные документы – бумаги или программы?” (22). Как известно, чтобы судить о пудинге, надо его отведать; чтобы судить об эффективности политики, надо ее реализовать. Для реализации подхода HiAP необходим эффективный потенциал регулирования и контроль за исполнением. Так называемые “захваты регулятора” распространены в странах со слабым управлением: государственный регулирующий орган, созданный, чтобы действовать в интересах общества, в конечном итоге начинает действовать в пользу интересов, которые доминируют в отрасли или секторе, за регулирование которого он отвечает, а не в пользу общества. Укрепление потенциала регулирования является насущной задачей в развивающихся странах (23), и об этом много говорится в ключевых произведениях литературы (24, 25).

14.4. Существующие недостатки

Часто министерства здравоохранения или аналогичные директивные органы не достаточно оснащены, чтобы выполнять свои функции. Во многих странах с низким уровнем доходов министерства здравоохранения слабы, а сектор здравоохранения рассматривается как сектор потребления, а не сектор, способствующий развитию человеческого капитала и формированию национального богатства. Слишком часто секторы здравоохранения являются слишком раздробленными, либо по уровням

медицинской помощи (например, первичная медико-санитарная помощь, больницы), либо по заболеваниям (инфекционные, неинфекционные или ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия), а ответственные работники министерств здравоохранения перегружены решением ежедневных кризисных ситуаций. Набор квалифицированных специалистов зачастую слишком ограничен и включает врачебный и сестринский персонал, юристов, финансовых специалистов и статистиков, необходимых для управления здравоохранением. Подход НИАР требует наличия более широкого круга специалистов: людей с широким пониманием и знанием современного общественного здравоохранения и сотрудников, прошедших обучение в области экономики и политики.

Высокая текучесть кадров является сложной задачей, так как хорошо подготовленные медицинские работники либо повышаются по службе и продвигаются вверх по служебной лестнице, либо уходят со службы из-за низкого уровня материального стимулирования, невысокой личной заинтересованности, плохой дисциплины, бюрократической инерции или отсутствия общественного признания. Долгосрочная устойчивость организационного потенциала подвергается риску.

14.5. Повышение потенциала и эффективности

Когда отсутствуют необходимые знания и опыт, они должны постепенно приобретаться путем систематического развития потенциала. Под развитием потенциала понимается, однако, больше, чем обучение специалистов, – оно имеет институциональный аспект: подготовка групп специалистов с широким кругом знаний и навыков. Это требует среднесрочных инвестиций, так как упрощенные методы здесь редко доступны.

Среди ключевых факторов успеха для поддержания потенциала можно выделить личную инициативу, местную заинтересованность, внешнюю поддержку со стороны международных партнеров, справедливое распределение выгод (финансовых и нефинансовых), критическую массу убежденных исследователей, политически значимые научные исследования, политическую беспристрастность, программную и финансовую отчетность и коллегиальную среду (26).

14.5.1. Практические примеры создания потенциала

Сбор фактических данных для принятия информированных политических решений зачастую может проводиться научно-исследовательскими институтами, независимыми от министерств здравоохранения, или академическими органами, специализирующимся

на политических исследованиях. Однако, для них важно поддерживать научную независимость: не слишком приближаться, чтобы не оказаться под влиянием министерств, но и не слишком удаляться, чтобы не стать политически бесполезными. Сильные и слабые стороны таких аналитических центров, в том числе независимых академических институтов, были описаны и оценены в достаточной мере (27, 28).

Научные исследования рассматривают типичные причинно-следственные связи или причины и следствия, имеющие определенную логику, язык и идеи. Политические исследования рассматривают задачи и решения социальных проблем, хотя организации, занимающиеся подобными исследованиями, существенно различаются по странам. Важно также разграничивать две основные функции подобных исследований: (i) сбор фактических данных, относящихся к политике, и (ii) рассмотрение политических аспектов принятия политических решений, включающих ценностные интересы и управление соотношением сил, характерных для политики. Выполнение первой функции типично для учреждений, описываемых в этой главе, в то время как выполнение второй относится больше к органам политического уровня, в частности министерствам и правительству.

Вставка 14.1. Развитие институционального потенциала

Pekka Puska

Все чаще страны разрабатывают свои национальные институты общественного здравоохранения в целях создания институционального потенциала в рамках министерства здравоохранения. Такие институты служат политическим министерствам, предоставляя соответствующую информацию в области общественного здравоохранения и постоянный интеллектуальный потенциал, а также помогая осуществлять и координировать реализацию стратегий и программ министерств здравоохранения. Международная ассоциация национальных институтов общественного здравоохранения в настоящее время имеет около 80 институтов-членов со всех континентов.

Несмотря на большое межстрановое разнообразие, в силу исторических, культурных и экономических факторов, развитие институционального потенциала имеет аналогичные черты во многих странах. Институты или лаборатории общественного здоровья берут свое начало от лабораторий, занимавшихся инфекционными заболеваниями, которые постепенно перешли к решению проблем более широкого круга в области общественного здравоохранения, а затем добавили аспекты профессиональной компетенции в области национального общественного здоровья к своим стандартным национальным функциям. Таким образом, национальные институты общественного здоровья помогают министерству здравоохранения в решении ключевых задач общественного здравоохранения, среди которых осуществление национального мониторинга здоровья является одной из самых важных. Они также помогают применению подхода HiAP посредством контактирования с институтами и заинтересованными сторонами в других секторах.

Министерства здравоохранения в развивающихся странах редко имеют достаточный потенциал для решения аналитических задач и сбора

фактических данных. Однако они играют важную роль, когда стратегии обсуждаются на политических форумах. При поддержке и участии со стороны сообществ и гражданского общества (которые должны быть привлечены к процессу еще в начале), роль министерств здравоохранения заключается в проведении переговоров с другими соответствующими министерствами или правительством. Последнее происходит чаще всего, когда принимается новое законодательство или оцениваются последствия реализации политики для бюджета.

14.5.2. Разрешение споров и конфликтов

Достижение консенсуса заинтересованных сторон по целям не сложно. Однако, реализация политических мер является сложным делом, а это означает, что возникновение противоречий и конфликтов интересов среди различных секторов и игроков неизбежно. Договориться о целях в общих чертах не составляет труда, но достижение консенсуса по альтернативам политики и инструментам решения проблем часто представляет серьезную проблему. По существу, речь идет об эффективных путях сокращения разрыва между знанием и выполнением при помощи политического процесса, широкого вовлечения сторон для достижения общих целей, а также приемлемых, целесообразных политических инструментах (см. примеры опыта стран в главе 4).

Тем не менее, есть много конфликтных или спорных вопросов, чаще всего касающихся интересов здоровья и коммерческих или торговых интересов (см. примеры глав 5, 10 и 11). В этой связи следует иметь в виду по крайней мере три момента: (i) переговоры сторон могут не привести к достижению идеальных решений, но они открывают возможности для поэтапного прогресса, а постепенные перемены лучше, чем их полное отсутствие; (ii) компромиссы, ослабляющие силу вопроса, не должны приниматься, так как они замедляют осуществление желаемых перемен (например, Добровольные кодексы компаний табачной и алкогольной промышленности); (iii) противостояние (конфронтация) – тактика, которая редко работает. Эффективное информирование и убеждение общественности способствует формированию у широкой общественности обоснованных требований, что может стать политической силой осуществления перемен без серьезной конфронтации и создания безвыходных ситуаций.

Следует признать, что некоторые препятствия для многосекторальной политики в области здравоохранения на данный момент являются непреодолимыми во многих странах (см. главу 11). В таких случаях лучшей стратегией может стать сокращение наносимого вреда или ограничение ущерба.

14.6. Особые проблемы HiAP: временные рамки и устойчивость

Отставание во времени представляет серьезную проблему для подхода HiAP, будь то в разработке политики между различными игроками, в принятии решений, в ожидании и выполнении процесса реализации или мониторинга результатов. Правительство и другие заинтересованные стороны часто требуют быстрых и заметных результатов в плане воздействий на здоровье, поэтому реальные временные рамки должны быть установлены заранее. Отставание во времени может затянуться, а иногда может быть частично преодолено путем реализации первоначальных мер, таких, как выделение бюджетных ассигнований или определение индикаторов процесса (как, например, изменения в отношении или поведении).

Следует отметить один важный положительный момент. Фактические данные, взятые из обществоведения и литературы по здравоохранению (например, по демографическим и эпидемиологическим переходам), показывают, что распространение инноваций часто происходит быстрее среди запаздывающих, так как они могут извлечь уроки из опыта предшественников.

Возможно, наиболее важным аспектом для применения подхода HiAP является общая приверженность и непрерывность реализации подхода, даже при сменах нескольких правительств. Непрерывность политики является необходимым условием для устойчивой реализации, являющейся, как правило, наиболее трудной частью политического процесса. Она также необходима для руководства процессом, обеспечения достаточных для реализации ресурсов, эффективного мониторинга прогресса и внесения корректирующих поправок по ходу реализации, а также для совершенствования политики по итогам накопленного опыта.

14.7. Заключение

Министерствам здравоохранения принадлежит активная роль в условиях сложных детерминант, лежащих за пределами сектора здравоохранения и определяющих здоровье населения. Используя возможности для мобилизации ресурсов и достижения консенсуса, министерства здравоохранения должны быть готовы улаживать конфликты и противоречия, возникающие между различными государственными секторами и другими заинтересованными сторонами, привлекать и мобилизовывать общество в целом, включая группы гражданского общества и местные сообщества, для достижения общих целей и применения подхода HiAP. Достижение столь масштабных целей потребует от сектора здравоохранения создания и укрепления собственного потенциала для сбора фактических данных и установления эффективных рабочих отношений с другими секторами.

Библиография

1. Kickbusch I (2011). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/RC61/inf. Doc./6).
2. Nolte E, McKee M (2004). *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust.
3. Gilson L et al. (2007). *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 11 April 2013).
4. Baum F et al. (2009). Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *American Journal of Public Health*, 99(11):1967–1974.
5. Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge.
6. Wilkinson R, Pickett K (2009). *The spirit level: why more equal countries almost always do better*. London, Allen Lane.
7. Leppo K, Melkas T (1988). Towards healthy public policy: experiences in Finland 1972–1987. *Health Promotion International*, 3(2):195–203.
8. Melkas T (2013). Health in All Policies as a priority in Finnish health policy: a case study in national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11):Suppl.3–28.
9. Wagstaff A et al. (2011). *Health equity and financial protection*. Washington DC, The World Bank (<http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821384596/1?zoomed=&zoomPercent=&zoomX=&zoomY=¬eText=¬eX=¬eY=&viewMode=magazine>, accessed 8 March 2013).
10. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Prakongsai P (2007). Improving health-related information systems to monitor equity in health: lessons from Thailand. In: McIntyre D, Mooney G, eds. *The economics of health equity*. New York, Cambridge University Press:222–246.
11. IBFAN (2012). *State of the Code by country 2011: a survey of measures taken by governments to implement the provisions of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*. Penang, International Baby Food Action Network (<http://www.ibfan.org/code-publications.html>, accessed 8 March 2013).
12. King County (2012). *Equity and social justice annual report: August 2012*. Seattle WA, King County Executive Office (<http://www.kingcounty.gov/exec/equity.aspx>, accessed 8 March 2013).

13. Wasi P (2000). “Triangle that moves the mountain” and health systems reform movement in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal*, 4(2):106–110 (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_06.pdf, accessed 8 March 2013).
14. Rasanathan K et al. (2012). Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. *Health Expectations*, 15(1):87–96.
15. Third National Health Assembly (2010). *Control of marketing strategy for infant and young child nutrition. Draft Resolution 2*. Nonthaburi, National Health Commission Office of Thailand (http://en.nationalhealth.or.th/sites/default/files/Resolution_ControlofMarketingStrategies.pdf, accessed 8 March 2013).
16. McQueen D et al., eds. (2012). *Intersectoral governance for Health in All Policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
17. Secretariat General of the Administrative Court (2007). *Constitution of the Kingdom of Thailand* (unofficial translation). Bangkok, Office of the National Human Rights Commission of Thailand (http://www.nhrc.or.th/2012/wb/img_contentpage_attachment/474_file_name_7532.pdf, accessed 8 March 2013).
18. Ritsatakis A, Järvisalo J (2006). Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Stehl T et al., eds. *Health in All Policies, prospect and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
19. Ollila E (2011). Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(Suppl.6):11–18.
20. Schofield J (2001). Time for a revival? Public policy implementation: a review of the literature and an agenda for future research. *International Journal of Management Reviews*, 3(3):245–263.
21. Wiever RK (2010). But will it work?: Implementation analysis to improve government performance. Washington DC, Brookings Institution Press (Issues in Governance Studies No. 32).
22. Dekker E, Saan H (1990). Policy papers, papers or policies: HFA under uncertain political conditions. *Health Promotion International*, 5(4):279–290.
23. Ogus A (2002). Regulatory institutions and structures. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 73(4):627–648.
24. OECD (2006). *The challenge of capacity development: working towards good practice*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (DAC Guidelines and Reference Series).
25. UNDP (2008). *Capacity development: practice note*. New York, United Nations Development Programme.

26. Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V (2009). Sustaining capacity in health policy and systems research in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:72–74.
27. Bennett S et al. (2012). Influencing policy change: the experience of health think tanks in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 27(3):194–203.
28. Bennett S et al. (2012). Approaches to developing the capacity of health policy analysis institutes: a comparative case study. *Health Research Policy and Systems*, 10:7.

Уроки для политиков

Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastián Peña, Matthias Wismar, Sarah Cook

Ключевые идеи

- Подход HiAP основывается на фундаментальных ценностях прав человека и принципах справедливости.
- Проблемы попадают в политическую повестку дня в связи с экстренными ситуациями или кризисами, а также в результате постоянных и устойчивых усилий на национальном и международном уровнях.
- Определение и установление приоритетов для применения подхода HiAP и поиск целесообразных политических решений может быть обусловлен необходимостью: (i) решения проблем здоровья и справедливости в отношении здоровья, требующих межсекторальных решений; (ii) достижения приоритетных государственных целей с синергизмом для здоровья; (iii) изучения политических предложений с потенциальным воздействием на здоровье, вырабатываемых государственными секторами.
- Политическая воля и сила знаний, гражданское общество и государство являются важнейшими политическими силами, способными переместить вопросы здравоохранения в политическую повестку дня.
- Аргументы о ценности здоровья или его вклада в обеспечение секторальных или социальных выгод могут быть полезны в дискуссиях с политиками и лицами, формирующими политику, в различных секторах. Корпоративные интересы могут оказывать значительное влияние на политический диалог и подрывать действия правительства.
- Политикам необходимо быть готовыми оперативно использовать возникающие возможности. Выбор стратегии и правильного момента действия имеет принципиальное значение.
- Ключевые детерминанты успешной реализации включают раннее вовлечение релевантных игроков, высокий уровень политической

и общественной поддержки, технические, административные и управленческие возможности государственных секторов, реализацию дополнительных мер, правовую поддержку, а также наличие систем мониторинга и оценки.

- Подход HiAP опирается на права человека и обязанности, разработанные в соответствии с принципами международного права и реализуемые в рамках национальных законодательств и политики.
- Применение подхода HiAP возможно в странах на любой стадии развития.

15.1. Введение

Эта книга основывается на фундаментальных ценностях и принципах прав человека и справедливости, вытекающих из Устава Организации Объединенных Наций, а также деклараций и Устава ВОЗ. Это общие ценности, которых обязуются придерживаться все государства-члены. Существует также ряд подобных обязательств на надгосударственном, международном и национальном уровнях. Однако, широкая договоренность об общих принципах и ценностях не означает систематического и комплексного принятия и реализации стратегий, способствующих укреплению здоровья населения и обеспечению справедливости в отношении здоровья. На самом деле, огромные различия в состоянии здоровья между странами и внутри стран, показывают, что общепринятые ценности и принципы остаются недостижимыми для большого числа людей в мире. Люди по-прежнему преждевременно умирают, страдают от предотвратимых болезней, а также лишены возможности развить свой потенциал в полной мере из-за слабого здоровья. В этой книге обсуждались проблемы включения вопросов здоровья, справедливости в отношении здоровья и проблем систем здравоохранения (далее сокращенно “здоровья”) во все стратегии во всех государственных секторах.

В этой книге обсуждаются не просто политическая приверженность на высоком уровне, но и та роль, которую она играет в конкретных политических процессах, в обеспечении включения вопросов здоровья в политическую повестку дня или в использовании возможностей для принятия и реализации подхода HiAP. Почти каждая глава поднимает вопрос ценностей. Часто они становятся очевидными, когда вступают в противоречие с ценностями промышленности, торговли или коммерческих интересов, которые зачастую пренебрегают или подрывают ценности универсализма и справедливости. Хочется надеяться, что эта книга подтолкнет политиков к поиску путей трансформации ценностей в практические меры по обеспечению здоровья населения.

Чтобы объяснить точку зрения лиц, формирующих политику, в этой книге за ключевую отправную точку берется признание того, что формирование политики является динамичным и, как правило, нелинейным процессом. Принято считать, что это последовательное движение от анализа – через принятие решений – к реализации. На самом же деле, это процесс, находящийся под влиянием различных политических и социальных контекстов, взаимодействия различных игроков с различными ценностями, интересами, возможностями, влиянием и ресурсами, а также необходимости реагировать на возможности и препятствия по мере их возникновения. Динамичный и порой непредсказуемый характер процесса формирования политических решений создает проблемы для интеграции подхода HiAP.

Эта глава построена вокруг вопросов, поднятых в первой главе (вставка 15.1), и посвящена обсуждению ценных уроков по использованию возможностей, возникающих в результате взаимодействия проблем, стратегий и политики и в результате реализации политики, а также выявления их воздействий на здоровье, с целью поиска путей интеграции подхода HiAP. В этой заключительной главе сводятся воедино фактические данные и основные выводы, представленные в предыдущих главах, и обсуждаются уроки, которые могут иметь значение для политиков.

Вставка 15.1. *Ключевые проблемы, связанные с применением подхода HiAP*

- Как вопросы здоровья включаются в политическую повестку дня?
- Как определяются вопросы здоровья и межсекторальные решения и как они приоритизируются?
- Что мотивирует или побуждает политиков и лиц, формирующих политику, в различных секторах учитывать воздействия своей политики на здоровье?
- Как могут быть использованы окна возможностей для укрепления здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья?
- Каковы основные детерминанты обеспечения успешного процесса формирования политики и применения подхода HiAP?
- Какова роль сектора здравоохранения в принятии политических решений и применении подхода HiAP? Какой потенциал необходим сектору здравоохранения для продвижения, обсуждения и применения подхода HiAP?

15.2. Уроки для политиков

15.2.1. Включение вопросов здоровья в политическую повестку дня

В этой книге обсуждаются возможности, при помощи которых вопросы здоровья могут быть внесены в национальные или глобальные политические повестки дня и в конечном итоге повлиять на принятие политических

решений. Чрезвычайные ситуации и кризисы (“фокусирующие события” в терминологии Дж. Кингдона), представляющие непосредственную угрозу для здоровья, способствуют внесению вопросов здоровья в национальное политическое сознание. Это создает общественное или иное давление для правительства в целом, таким образом содействуя разработке межсекторальных мер. Среди примеров такого характера – обеспечение безопасности пищевых продуктов, устранение последствий экологических катастроф или угрозы пандемий. Катастрофические последствия для здоровья контрабанды спиртных напитков в Эквадоре (глава 1), резкий рост алкогольных отравлений в Замбии (глава 11), разгрузка токсичных отходов в Кот-д’Ивуаре (глава 12) – все это яркие примеры того, как фокусирующие события могут стать мощными факторами привлечения политического внимания и тем самым способствовать включению вопросов здоровья в политическую повестку дня.

Иные кризисы могут развиваться медленнее, но, как только им придается политический характер, открывается политическое пространство для принятия решений, включающих вопросы здоровья в политику секторов за пределами сектора здравоохранения. Одним из примеров может быть многогранная проблема убийств в Бразилии (глава 11). Вместо того, чтобы рассматривать потребление алкоголя как проблему общественного здравоохранения, рассмотрение видимых последствий потребления алкоголя (убийств) обеспечило успешную точку входа для включения мер в области здравоохранения в более широкую политическую повестку дня: в таких областях, как преступность и городское планирование.

Часто требуется несколько десятилетий упорных и настойчивых усилий, как на национальном, так и на международном уровнях, чтобы убедить политиков и лиц, формирующих политику, заняться решением той или иной проблемы. На *национальном* уровне, вопросы включаются в политическую повестку дня в рамках долгосрочных процессов. Например, благодаря появлению проблем общественного здравоохранения, непосредственно связанных с действиями других секторов (особенно в области охраны окружающей среды) или благодаря получению растущего объема научных данных, свидетельствующих о важности мер в отношении здоровья и справедливости во всех секторах. В этой книге предложено несколько примеров настойчивых усилий, предпринятых в этом направлении, в том числе твердой приверженности Швеции универсальной социальной политике в области развития детей раннего возраста (глава 6); систематических усилий, предпринимаемых в Индии, в области создания доказательной базы, обеспечения обратной связи с политиками и внесения изменений в политику по вопросам недостаточности питания (глава 9); а также постоянных усилий Бразилии по решению проблемы чрезмерного потребления табака (глава 10).

Большинство глав книги рассматривает также роль *международных усилий*, особенно в привлечении внимания к важнейшим вопросам здоровья на глобальном и национальном уровне. Такие усилия включают систематический анализ научных данных и индикаторов оценки масштабов проблемы, а также предоставление обратной связи политикам по ключевым тенденциям, касающимся здоровья населения. Например, Исследование глобального бремени болезней (инициатива ВОЗ) сыграло важную роль в изменении представления, что психическое здоровье не является большой проблемой в странах с низким и средним уровнем доходов (глава 8). Такие инициативы, как КСДЗ ВОЗ (глава 4) или “Программа достойного труда” МОТ (глава 7), стали важным шагом в переводе большого, разнообразного и сложного объема фактических данных в простые, понятные ключевые стратегии, таким образом облегчая их восприятие политическими лидерами и лицами, формирующими политику, по всем секторам на национальном уровне. Другим ключевым элементом успеха стала видимая поддержка на самом высоком уровне международных организаций в виде международных экспертных комиссий, а также политических деклараций высокого уровня (главы 10 и 1). Национальные и международные процессы тесно взаимосвязаны: национальные действия могут способствовать сбору фактических данных об успехах реализации стратегий и мер и выступать катализатором международных действий; международные действия могут способствовать принятию решений на национальном уровне, как в случае с инициативами по социальным детерминантам, описанным в главе 4.

15.2.2. Выявление и приоритизация необходимости в применении подхода HiAP и осуществимых политических решениях

Опираясь на фактические данные этой книги, можно выделить три типа процессов, требующих приоритизации необходимости применения подхода HiAP и принятия осуществимых политических решений. На практике не все проблемы могут быть решены, поэтому проблемы должны быть приоритизированы, также как и политически, финансово и этически осуществимые решения, которые потребуют действий во всех секторах.

Во-первых, это процессы, которые начинаются с *проблемы здоровья, обеспечения справедливости или проблемы систем здравоохранения, и требуют межсекторальных политических решений*. Все главы части II обсуждают важность долгосрочных исследований по проблеме, ее причинам и, в особенности, важность сбора фактических данных, подтверждающих необходимость межсекторальных решений и их техническую осуществимость, объем потенциальных затрат и выигрыш для здоровья человека и общества в целом.

Во-вторых, это процессы, вытекающие из *высокоприоритетных государственных задач*, для решения которых было бы полезно использовать

подход всего правительства, и которые имеют синергии со здоровьем. Примеры о развитии ребенка в раннем детстве в Чили (глава 6), охране здоровья на рабочем месте в Китае (глава 7), питании в Индии и Малави (глава 9), а также продлении трудовой жизни в Финляндии (глава 8) являются примерами многогранных высокоприоритетных проблем, для решения которых необходимы межсекторальные усилия (как описано в главе 2; это также называется подходом всего правительства). Таким образом, сектор здравоохранения может не только облегчить достижение государственных целей, но также имеет существенные возможности для продвижения собственной повестки дня. Такая ситуация может также способствовать поддержанию более широких политических решений, таких, как реформы сектора или перераспределительная политика.

В-третьих, это процессы, которые начинаются с *предложения политики, исходящего от государственного сектора* или международных игроков, с потенциально важными воздействиями на здоровье. Примеры, отмеченные в этой книге, включают своевременное участие в переговорах по заключению международных соглашений, которые могут повлиять (например) на рекламу, маркировку и торговлю вредными товарами, или регулирование и торговлю услугами здравоохранения, с тем чтобы избежать негативных воздействий на здоровье (глава 5). Кроме того, богатый опыт в области охраны окружающей среды дает примеры регулярного использования оценок воздействия в качестве институциональных межсекторальных процедур (глава 12). Участие в важных национальных или международных процессах, которые могут привести к обязывающим нормам, стандартам, соглашениям или бюджетным ассигнованиям, например, в области устойчивого развития, имеет решающее значение для обеспечения включения вопросов здоровья в повестку дня (глава 12). Хорошее знание институциональных процессов и приоритетов других игроков, как в правительстве, так и на других уровнях управления, имеет фундаментальное значение для возможности обеспечения своевременного участия. Необходимо также определить соответствующий уровень для участия (региональный, национальный, глобальный), а также правильно выбрать время, чтобы обеспечить наилучшие результаты. Например, в главе 8 об укреплении психического здоровья говорится, что психическое здоровье должно быть включено в стратегическое планирование министерств, отвечающих за образование, социальное обеспечение, полицию, судопроизводство, пенитенциарную службу, службы пробации и защиту детей.

Определение возможных действий и политических инструментов, как правило, является задачей политического сообщества исследователей, государственных служащих и активистов гражданского общества, уполномоченных и имеющих опыт решения той или иной проблемы

и предлагающих ряд альтернативных вариантов политики для укрепления здоровья и справедливости в отношении здоровья. Однако, выбор обоснованного решения будет зависеть от нужного момента, последовательности принимаемых решений и политического контекста. Иногда могут быть использованы только “мягкие” меры для вовлечения других секторов, такие как обмен информацией или проведение политического диалога с целью внесения на рассмотрение вопросов здоровья. Иногда могут быть необходимы юридические или регулятивные меры. Более сильным инструментом может быть использование бюджетных ассигнований, например, для укрепления национального и институционального потенциала для проведения межсекторальной работы (см. главу 14). Межсекторальные инициативы могут включать налоги, связанные со здоровьем, как отмечалось в главах 10 и 11 со ссылкой на табак и алкоголь.

Определенные уроки могут быть извлечены из работы сектора здравоохранения, желающего донести вопросы здоровья до сведения других секторов. Во-первых, сектор здравоохранения должен утвердиться в качестве надежного партнера, анализирующего проблемы и ищущего решения на основе фактических данных и технических знаний. Во-вторых, сектор здравоохранения должен быть уверен в целесообразности политических решений в заданном политическом и социально-экономическом контексте и их приемлемости для других секторов. Прочная доказательная база и выявление наиболее экономически эффективных мер может быть полезна в тех случаях, когда идеология или корыстные интересы являются частью проблемы (глава 11).

В целом очевидно, что условия для установления приоритетности HiAP и выбора политических решений в данном политико-экономическом контексте возникают при наличии возможностей, вытекающих из секторальных или высоких правительственных приоритетов. Степень приоритетности зависит от масштаба проблемы, целесообразности проведения значимых мер и возможных воздействий на здоровье, справедливости в отношении здоровья и системы здравоохранения.

15.2.3. Мотивация и стимулирование политиков к принятию во внимание вопросов здоровья: применение подхода HiAP

Важной составной частью любого подхода к применению HiAP является мотивация или стимулирование политиков для включения вопросов здоровья в государственную политику по секторам. В этой книге подчеркивается, что наличие политической воли является важной предпосылкой для включения вопросов здоровья в политическую повестку дня. Политические предприниматели, такие, как, государственные служащие, научные работники, активисты гражданского общества и

политики, могут сами стать поборниками перемен, выполняя работу по убеждению соответствующих сторон, обеспечивая перевод знаний и фактических данных в действия, привлекая внимание СМИ, проводя переговоры по политическому обмену мнениями и разрешению конфликтов по мере их возникновения. В главе 14 сочетание силы знаний и фактических данных, социальной силы гражданского общества и государственной власти через политическое руководство определяется как “треугольник, способный двигать горы”.

Эта книга также определяет механизмы поддержки, которые могут стимулировать политических игроков к действию. Они включают в себя создание межсекторальных союзов или партнерств, которые могут стать полезными примерами создания связей и достижения консенсуса. Примерами таких механизмов являются Национальная ассамблея здравоохранения Таиланда (глава 5); Движение SUN (глава 9); совместные усилия МОТ и ВОЗ по разработке подхода ОСГТ (глава 7); или Альянс Рамочной конвенции (глава 10). Все они сыграли важную роль в формировании политических мер.

Стимулирование государственных секторов требует развития доверия и формирования консенсуса по вопросам задач и стратегии в различных секторах, что позволит обеспечить достижение успеха. Не менее важно понять цели, язык и процессы других государственных секторов, так как стимулы для действий часто связаны с определенными процессами и приоритетами политики в данный момент времени (главы 8, 9 и 10).

Определяются, по меньшей мере, три типа аргументов, которые могут быть убедительно использованы для стимулирования политиков для включения здоровья в государственную политику.

1. *Аргумент здоровья.* Здоровье имеет непреходящую ценность. Сильным аргументом в пользу действия политиков может стать осознание воздействий на здоровье, вытекающих из определенных факторов риска (например, вредных условий производства, употребления табака или алкоголя) или детерминант здоровья (например, социальных, как показано в главе 4, окружающей среды, как показано в главе 12). Укреплению этого аргумента может содействовать фактор несоблюдения обязательств, вытекающих из ратифицированных международных договоров или конституционных прав. Например, все государства-члены ВОЗ признают, что правительства несут ответственность за здоровье населения, и 193 страны ратифицировали Конвенцию о правах ребенка (глава 6).
2. *Аргумент “Здоровье для других секторов”.* Укрепление здоровья и справедливости в отношении здоровья может поддерживать реализацию мандатов и целей других государственных секторов. Книга

показывает важность раннего развития детей как ключевого фактора, определяющего будущий потенциал ребенка к усвоению учебного материала (глава 6) и рассказывает о положительном влиянии хорошего здоровья на трудоспособность человека (глава 7). Пример провинции Чжэцзян (глава 8) представляет собой конкретный пример связи между здоровым питанием, позитивной атмосферой, повышением физической активности и потенциалом детей и подростков усваивать учебный материал. Данные показывают, что такие дополнительные меры также являются предпосылками для успешной реализации (см. ниже).

3. Аргумент “Здоровье–цели общества”. Укрепление здоровья и справедливости может также способствовать обеспечению более широкого социального выигрыша, включая благополучие населения, экономическое и социальное развитие и финансовую и экологическую устойчивость. В примере из Финляндии рассказывается, как секторы здравоохранения, образования, торговли и занятости населения объединили свои усилия в достижении единой государственной цели продления трудовой жизни населения (глава 8). Аналогичный пример, касающийся устойчивого развития, предлагается в главе 12.

Экономическое подтверждение благоприятствует всем трем аргументам: например, оценка материального преимущества для здоровья и социальной помощи, увеличения производительности или роста налоговых поступлений. Оно также может сделать явным компромиссы, связанные с различными вариантами политики. Типичный пример (из главы 10) иллюстрирует, как публикация исследований по экономике глобальной борьбы против табака содействовала привлечению других секторов к участию в этой борьбе.

И в заключение, книга дает примеры влиятельных сил, противодействующих усилиям стран и политиков по укреплению здоровья населения и справедливости в отношении здоровья. Самым громким примером являются действия табачной промышленности по подрыву и дискредитации положений политики и оспариванию политических решений. Примеры, связанные с действиями алкогольной индустрии, также являются характерным примером. Общие негативные стратегии, описанные в книге, можно резюмировать следующим образом.

- Постановка под сомнение научных данных и введение в заблуждение общественности путем отрицания негативных воздействий на здоровье (глава 10).
- Содействие принятию неэффективных политических решений. Например, алкогольная индустрия способствовала продвижению корпоративной социальной ответственности – мера, которая доказала

свою неэффективность, так как материальное стимулирование поощряет безответственность, а не ответственность (глава 11).

- Проникновение в другие секторы или уровни принятия решений – путем лоббирования политиков и лиц, формирующих политику, или вербовки бывших государственных служащих, пользующихся доверием среди своих коллег. Табачные лоббисты могут также достичь других секторов – например, попытаться убедить политиков в необходимости обеспечения жизнедеятельности табаководов или в возможности потенциальных потерь доходов в связи с повышением налогов – и повлиять на их политические решения (глава 10).
- Участие в качестве игрока на политической арене. Участие может быть отрицательным; но даже там, где участие положительное, оно часто ограниченное или поверхностное. Тем не менее, с частным сектором могут возникать взаимовыгодные ситуации: например, в случае положительного решения в результате дискуссий о введении минимальной цены за грамм алкоголя в Соединенном Королевстве (глава 11).
- Использование судебных разбирательств на национальном и международном уровнях, чтобы бросить вызов политическим решениям (главы 5 и 10).
- Создание альянсов с другими секторами бизнеса. Например, гостиничный бизнес, игорный бизнес, розничная торговля и реклама, в случае табачной промышленности (глава 10).
- Перенос бизнеса в страны с наименьшим сопротивлением. Так как рынки динамичны, усиление нормативного регулирования в одной стране может привести к расширению рынка в другой (глава 10). Игроки на рынке могут принять ситуацию уменьшения рынка в одном регионе, при условии, что общее потребление вредных товаров увеличивается. Например, сокращение потребления на североамериканских или некоторых европейских рынках может быть компенсировано за счет агрессивного маркетинга на другом рынке.

15.2.4. Использование возможностей для применения подхода HiAP – объединение проблем, стратегий и политики

Как отмечалось в главе 1, в этой книге рассматривается динамика принятия политических решений и особенно взаимодействия между проблемами, решениями и политикой. Появление окон возможностей и условий для их использования лицами, формирующими политику, занимает центральное место в этой дискуссии. Примеры таких окон возможностей, открывшихся в ответ на острые кризисные ситуации (как уже отмечалось), или смену правительства, включают единую систему здравоохранения (Схема здоровья “30 батов”) в Таиланде (глава 3) или пример программы развития детей дошкольного возраста в Чили (глава 6).

Окна возможностей обычно открываются и закрываются довольно быстро, поэтому политикам важно оперативно действовать, когда появляется благоприятная ситуация (глава 14). Важно быть подготовленными, так как возможности могут быть использованы для продвижения политической повестки дня, только если была заложена соответствующая база. Это может включать долгосрочные процессы сбора научных доказательств, пропаганду идей и повышение осведомленности, создание технического потенциала. Сети и “лица, контролирующие вход” в другие государственные секторы, также могут способствовать обеспечению быстрой реакции в случае необходимости.

Стратегическое мышление и выбор подходящего момента также являются значимыми. Возможности для действий формируются, например, сроками действия полномочий политиков и президентов, премьер-министров и других высокопоставленных правительственных чиновников. Выбор подходящего момента будет зависеть от политической и административной системы страны, но он может быть наиболее удобным, когда стороны готовятся к выборам, а президенты, правительства или кабинеты подготавливают свои стратегические планы развития. Аналогичным образом, важно знать цикличность различных административных процессов с тем, чтобы выбрать правильный момент для вмешательства в них.

Реализуемые стратегии должны удовлетворять существующей политико-экономической ситуации. Например, увеличение акцизного налога на вредные для здоровья товары (главы 10 и 11) может быть более приемлемым в условиях жесткой экономии, когда существует необходимость поиска дополнительных статей дохода. И наоборот, согласие на выделение ресурсов на развитие здравоохранения может быть легче достигнуто при увеличении бюджетных доходов. Решение большинства проблем, обсуждавшихся в этой книге, осуществляется через поэтапные процессы, основывающиеся на фактических данных, и полагающиеся на политическую и общественную поддержку в данный конкретный момент времени. Однако, в критические моменты процесс решения часто стремительно продвигается вперед в ответ на появление окон возможностей.

В заключение, национальные стратегии и планы действий могут быть мощными механизмами достижения межсекторального консенсуса в отношении конкретных политических мер. Составленные на межсекторальной основе с учетом их высокой политической значимости, включая структуры в администрации высокого уровня, такие механизмы могут снизить политическое сопротивление и создать среду, в которой можно воспользоваться любыми возникающими окнами возможностей. Примеры нескольких национальных планов действий, таких, как Национальная политика Намибии по ВИЧ/СПИДу (глава 14),

Национальная программа Бразилии по борьбе против табака (глава 10), комплексная Национальная стратегия Малави по борьбе с недоеданием (глава 9) являются хорошими примерами политических процессов, отражающих долгосрочные стратегические цели и помогают политикам быть готовыми использовать открывающиеся возможности.

15.2.5. Реализация подхода HiAP

В свете обсуждений предыдущих глав можно выделить несколько факторов, способствующих успешной реализации стратегий. К ним относятся: раннее вовлечение участников в процесс; политическая поддержка и участие общественности; тщательное планирование и распределение обязанностей; правовая поддержка; необходимость дополнительных мер. Книга также определяет и предлагает пути преодоления барьеров при реализации стратегий, связанных с административной структурой государственных секторов.

Процесс реализации должен быть предусмотрен в ходе принятия политических решений заранее, еще до момента уведомления политиков о целесообразности реализации данной стратегии. Государственные органы, от которых зависит реализация стратегий, должны быть вовлечены в процесс разработки политики, как описано в главе 6 на примере реализации политики по вопросам раннего детства. В главе 5 подчеркивается необходимость включения вопросов здоровья в международные соглашения по торговле и инвестициям, а в главе 10 рассматриваются некоторые последствия бездействия.

Политическая поддержка на высоком уровне является абсолютно необходимой, особенно для многогранных проблем. Она может быть выражена конкретно, как в примере правовой поддержки в Чили (см. ниже), или путем создания координационной структуры на высоком уровне управления. Например, в Малави Департамент питания и ВИЧ/СПИДа был помещен в здании Канцелярии премьер-министра и Кабинета (глава 9). В Афганистане признание того, что потенциальная синергия может быть утрачена из-за проблем в институциональной координации, привело к объединению действий под руководством канцелярии вице-президентов (глава 9).

Участие и поддержка общественности также являются ключом к успеху: только стратегии, имеющие общественную поддержку, смогут быть устойчивыми (глава 8). Участие гражданского общества в группах давления и в качестве независимых наблюдателей является центральным в пропаганде эффективной и прозрачной реализации политики. Как показывает глава 2, субъекты гражданского общества играют ключевую роль с момента основания современного общественного здравоохранения, а их вклад был решающим в создании и поддержании

системы политической подотчетности в области охраны здоровья, психического здоровья, окружающей среды, а также борьбы против табака (главы 7, 8, 10, 12). В главе 2 также показана решающая роль поборников политики в процессе реализации стратегий, как важнейших игроков, поддерживающих их освещение в СМИ, политической сфере и на более низких административных уровнях.

Тщательное планирование и распределение обязанностей между секторами или ответственными ведомствами имеет решающее значение для успешной реализации политики (глава 9). Необходимы достаточные человеческие, финансовые, управленческие и технические ресурсы. Как показано в примере программы по защите детей в Чили, постоянная поддержка и общение между административными уровнями важны для определения недостатков в процессе реализации и учета мнений организаций, отвечающих за непосредственную реализацию (глава 6). Существование измеримых стратегий и соглашений о сотрудничестве может быть полезно для разделения обязанностей (глава 7).

Один важный урок этой книги состоит в том, что подход HiAP актуален для стран с любым уровнем дохода. Это подразумевает, что приоритеты для подхода HiAP и их реализация должны быть адаптированы и приспособлены к уровням социально-экономического развития и возможностям реализации, которые уже существуют или могут быть реально построены. Как показывают примеры из книги, даже в условиях ограниченных ресурсов можно включить вопросы здоровья в работу различных государственных секторов: политики должны быть готовы рассматривать наращивание потенциала в рамках процесса реализации и обеспечивать развертывание программ политики в соответствии с имеющимися возможностями. В главе 13 говорится о том, что создание потенциала для применения подхода HiAP следует рассматривать как неотъемлемую часть помощи на цели развития здравоохранения.

Несколько глав указывают на необходимость проведения дополняющих друг друга мер одновременно в целом ряде секторов в целях обеспечения результативности и эффективности принимаемых мер. В главе 9 приводятся фактические данные о том, что реализация мер лишь в сельском хозяйстве без участия других секторов (например, сектора здравоохранения, образования, водоснабжения и санитарно-эпидемиологической службы) имело ограниченный успех. Некоторые главы обращают внимание на то, что решение проблем гендерного и других неравенств имеет решающее значение для обеспечения максимальной отдачи других политических мер. В главе 11 говорится о том, что меры по увеличению акцизных сборов на алкоголь должны реализовываться совместно с мерами по сокращению незаконного или нелегального производства алкоголя. В противном случае, увеличение количества контрабандного или самогонного алкоголя может

противодействовать предпринимаемым усилиям и негативно сказаться на здоровье населения. Меры по борьбе против табака должны включать в себя механизмы, которые позволят табакостомам найти другие источники средств к существованию, чтобы политические решения оказывали меньшее воздействие на их благосостояние (глава 10).

Как показано на опыте Чили, юридическая поддержка также имеет большое значение (глава 6). Угроза того, что новое правительство остановит программу развития детей дошкольного возраста, заставила политиков принять закон, обеспечивающий ее долговременность. Разработка национального законодательства (конституций, законов, норм и правил) может найти поддержку со стороны международных договоров и конвенций. Однако, как четко прослеживается в главе 7, международная приверженность не может быть автоматически перенесена в национальное законодательство и практику, и поэтому может быть необходима техническая помощь со стороны соответствующих международных органов.

Несколько глав отмечают важность мониторинга и оценки (например, в Инструменте для оценки развития детей раннего возраста (EDI) в главе 6). Система мониторинга может включать системы эпидемиологического надзора за состоянием здоровья и детерминантами здоровья, а также надзор за принятием политических решений и их реализацией. Такие системы имеют решающее значение в улучшении прозрачности политики и могут способствовать обеспечению включения вопросов здоровья в процессы принятия решений по вопросам социальной политики и их дальнейшей реализации.

Среди препятствий для реализации подхода HiAP книга определяет административную раздробленность в области государственного управления и, в частности в секторе здравоохранения. Это проявляется в существовании разобщенных вертикальных программ, а также в лечебной, профилактической и рекламной деятельности. В главе 13 предлагается обстоятельное обсуждение этих проблем в контексте содействия развитию здравоохранения (см. также главы 8 и 14). Многочисленные и часто конкурирующие структуры управления могут препятствовать многосекторальной деятельности, как описано в главе 9. Подход HiAP предоставляет возможности в секторе здравоохранения для стимулирования горизонтальных путей налаживания сотрудничества, обмена опытом и возможностей информационного обмена.

15.3. Заключение

За последние десятилетия стало фактом, что хорошее здоровье для всех не может быть достигнуто усилиями сектора здравоохранения в одиночку.

Стратегия “Здоровье для всех” и усилия по реализации рациональной государственной политики и межсекторальных действий в отношении здоровья стали результатом широкого общего понимания среди лиц, формирующих политику в области здравоохранения, необходимости обеспечения здоровья для всех. Основным постулатом этой книги является то, что здоровье и справедливость в отношении здоровья стоит принимать всерьез во всех сферах социальной политики. Несмотря на замечательные достижения в области укрепления здоровья и предпринятые усилия в различных секторах (например, в секторе образования, окружающей среды, сельского хозяйства), ставшие инструментом достижения прогресса, политикам разных стран оказалось трудно найти пути включения вопросов здоровья в политику секторов за пределами сектора здравоохранения.

В контексте динамичного политического процесса, книга предлагает основной урок: необходимость быть готовым и оперативно использовать окна возможностей, возникающие на слиянии потоков проблем, решений и политики. Это подчеркивает необходимость наличия долгосрочной стратегии и умения выбрать подходящий момент: стратегии для определения и приоритизации наиболее важных проблем в отношении здоровья и несправедливостей в отношении здоровья, политических решений, способных найти поддержку в данный конкретный момент времени, ключевых игроков и процессы, а также подходящий момент для внесения вопросов здоровья в политику и политические процессы в разных государственных секторах. Другой основной целью книги было улучшить понимание того, как межсекторальные стратегии могут быть реализованы в различных условиях, и почему это должно привлечь внимание политиков во всех секторах. Эта книга предоставляет огромное количество новых фактических данных, которые помогут политикам в этом начинании.

В целом, данные, представленные в настоящей публикации, демонстрируют, что подход HiAP осуществим в различных сферах и странах на любом этапе развития. От лица авторов этой книги, мы выражаем надежду, что читатели найдут ее полезной для применения в собственной работе по решению вопросов обеспечения здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Глоссарий

Детерминанты здоровья (Determinants of health): “комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельно взятого человека или населения в целом” (2). Детерминанты здоровья могут быть сгруппированы в семь основных категорий: социально-экономическая среда, физическая среда, развитие детей раннего возраста, личная гигиена, индивидуальные способности и умение справляться с трудностями, биология и наследственность, а также медицинское обслуживание (3).

Здоровая общественная политика (Healthy Public Policy): характеризуется “четко выраженной ориентированностью на обеспечение здоровья и равноправия во всех сферах принятия политических решений, а также ответственностью за последствия для здоровья. Основная цель здоровой общественной политики заключается в создании благоприятной среды, позволяющей людям вести здоровый образ жизни. Такая политика делает выбор здоровых альтернатив возможным или более легким для граждан. Это делает социальную и физическую среду способствующей улучшению здоровья” (13).

Здоровье во всех стратегиях (HiAP) (Health in All Policies): подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает здоровье и последствия политических решений на сферу здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных последствий для здоровья с целью улучшения здоровья населения и обеспечения равноправия в отношении здоровья. Подход HiAP основан на правах и обязанностях, связанных со здоровьем человека. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на детерминанты здоровья и направлен на повышение ответственности политических деятелей за воздействие на здоровье населения на всех уровнях принятия политических решений (по материалам рабочего определения ВОЗ, подготовленного к 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, Хельсинки, 2013 г.).

“Здоровье для всех” (Health for all): “достижение всеми людьми в мире такого уровня здоровья, который позволял бы им вести социально и экономически продуктивную жизнь” (6).

Здоровье населения (Population health): “показатели здоровья группы лиц, включая распределение таких результатов внутри группы” (16). Решающее значение для концепции “здоровья населения” имеет идея Роуза о том, что большинство случаев в популяции исходит от лиц среднего уровня воздействия (а не групп высокого риска). Небольшое (клинически незначимое) изменение на уровне популяции оказывает большее влияние на здоровье и благополучие населения, чем вмешательство в группах высокого риска (17).

Межсекторальные действия в интересах здоровья (Intersectoral action for health): действия, предпринимаемые секторами за пределами сектора здравоохранения, при сотрудничестве с сектором здравоохранения, в интересах здоровья или равноправия в отношении здоровья или направленные на изменение детерминант здоровья или равноправия в отношении здоровья (адаптировано из (15)).

(Не)справедливости в отношении здоровья (Health (in)equity): неравенства в отношении здоровья, которые можно предотвратить, и которые носят несправедливый характер (8). КСДЗ ВОЗ указывает, что такие различия должны быть систематическими, и их можно избежать разумными средствами, предпринимая действия в глобальном масштабе и в масштабе всего общества (9).

Общегосударственный подход (Whole of government): “означает государственные службы, работа которых выходит за рамки собственной сферы деятельности для обеспечения возможности достижения общей цели и формирования единой правительственной линии по конкретным вопросам. Подходы могут быть формальными и неформальными. Государственные службы могут сосредоточить свое внимание на разработке политики, руководстве программами и оказании услуг” (24).

Оценка воздействия на здоровье (Health impact assessment): “сочетание процедур, методов и инструментов, с помощью которых политика, программа, продукт или услуга могут быть оценены в отношении их влияния на здоровье населения” (7).

Потенциал (Capacity): “навыки, знания и ресурсы, необходимые для выполнения функции” (1).

Права человека (Human rights): “права, присущие всем человеческим существам, независимо от национальности, места жительства, пола, национального или этнического происхождения, цвета кожи, религии, языка или любого другого статуса. Мы все имеем равные права на пользование правами человека без какой-либо дискриминации. ... Все права человека являются неделимыми, будь то гражданские и политические права, такие, как право на жизнь, равенство перед законом и свобода выражения мнений; экономические, социальные и культурные права, такие, как право на труд, социальное обеспечение и образование; или коллективные права, такие, как право на развитие и самоопределение, являются неделимыми, взаимосвязанными и взаимозависимыми. ... Права человека подразумевают как права, так и обязанности. Государства берут на себя обязательства и обязанности в соответствии с международным правом уважать, защищать и выполнять права человека. Обязательство “уважать” означает, что государства должны воздерживаться от вмешательства или попыток ущемить права человека. Обязательство “защищать” требует от государства защиты отдельных лиц и групп людей в случае нарушений прав человека. Обязательство “выполнять” означает, что государства обязаны принимать соответствующие меры с целью содействовать соблюдению основных прав человека” (14).

Равноправие (equity): “отсутствие предотвратимых или устранимых различий среди популяций или групп, ограниченных социальным, экономическим, демографическим или географическим положением” (4). Сюда же относится понятие горизонтальной и вертикальной справедливости (см. Социальная справедливость).

Сектор здравоохранения (Health sector): “организации, несущие политическую и административную ответственность за здоровье населения на различных уровнях: международном, национальном, региональном и местном” (глава 14).

Система здравоохранения (Health system): “Все организации, учреждения и ресурсы, которые участвуют в осуществлении мероприятий в области охраны здоровья” (12).

Службы здравоохранения (Health service): “формально организованная система официальных институтов и организаций, многоцелевой задачей которой является удовлетворение различных потребностей здравоохранения и запросов населения” (11).

Социальная справедливость (Social justice): “невозможна без сильной и последовательной политики перераспределения, разработанной и осуществляемой государственными учреждениями” (21). Теория социальной справедливости как правило ассоциируется с европейскими обществами и, в частности, с трудностями в период промышленной революции и с появлением социалистических, социал-демократических или других моделей социально-ориентированных государств, проводящих политику перераспределения доходов. На основании того, что эта теория преимущественно касается равенства или справедливости, считается, что социальная справедливость (равенство) является всеобщей проблемой, поскольку все социальные механизмы для того, чтобы быть законными и иметь возможность функционировать вообще, должны уделять внимание вопросам равенства (22). Существуют нюансы в определении равенства: (i) равенство возможностей, которое достигается за счет процедурной справедливости или “горизонтальной справедливости”, которая основывается на принципе равного отношения к одинаковым индивидам, и (ii) равенство результатов, которое достигается за счет материальной справедливости или ‘вертикальной справедливости’, при которой к людям относятся по-разному в зависимости от их начальных способностей, ресурсов, привилегий или прав (23).

Социальные детерминанты здоровья (Social determinants of health): КСДЗ ВОЗ определяет социальные детерминанты здоровья как условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, а также разработанные системы для борьбы с болезнью. КСДЗ ВОЗ использует целостный подход к социальным детерминантам здоровья и утверждает, что “плохое состояние здоровья бедных, социальный градиент здоровья в странах и отмеченное неравенство в отношении здоровья между странами вызваны неравным распределением власти, доходов, товаров и услуг”. Кроме того, КСДЗ ВОЗ отмечает, что “структурные детерминанты и условия повседневной жизни составляют социальные детерминанты здоровья и несут ответственность за большую часть неравенства в отношении здоровья между странами и внутри них” (4, 20).

Стратегия (Strategy): широкий спектр мероприятий, которые необходимо предпринять для достижения целей и задач, включая определение подходящих моментов вмешательства, способов обеспечения участия других секторов, спектра политических, социальных, экономических, управленческих и технических факторов, а также ограничений и способов борьбы с ними (19).

Укрепление здоровья (Health promotion): “процесс, позволяющий отдельным взятым людям и группам населения усилить контроль над детерминантами здоровья и тем самым улучшить здоровье. Развивающаяся концепция,

которая предусматривает поощрение здорового образа жизни и обеспечение других социальных, экономических, экологических и личностных факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья” (Оттавская Хартия) (10).

Управление (Governance): широко касается всех согласованных действий и средств, принятых обществом в целях поощрения коллективных действий и поиска коллективных решений в достижении общих целей. Управление может быть организовано на различных коммунально-общинных уровнях – местном, уровне штата/провинции, национальном, региональном и глобальном – и должно иметь межуровневые взаимодействия (адаптировано из (5)).

Условия риска (Risk conditions): социальные, экономические, географические и экологические условия, в которых люди рождаются. Они охватывают социальные детерминанты здоровья, обуславливают и ограничивают возможности здоровья, а также причинно связаны с повышением вероятности возникновения заболевания или нарушения работы органа, снижением собственной оценки здоровья и факторами риска.

Фактор риска (Risk factor): “событие или воздействие, которое причинно связано с повышением восприимчивости к заболеванию или возможности травмы” (18).

Библиография

1. UNDP (1997). *Governance for sustainable human development: a UNDP policy document*. Geneva, United Nations Development Programme (<http://mirror.undp.org/magnet/policy/>, accessed 23 April 2013).
2. WHO (1998). *The WHO health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, accessed 23 April 2013):6.
3. PHAC (2007). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health – glossary*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-eng.php>, accessed 23 April 2013).
4. Solar O, Irwin A (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf, accessed 23 April 2013):7.
5. Lee K et al. (2007). *Globalisation, global governance and the social determinants of health: a review of the linkages and agenda for action*. Ottawa, Globalization Knowledge Network (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, accessed 24 April 2013).
6. WHO (1998). *The WHO health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>, accessed 23 April 2013):2.
7. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D (2006). WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4):340–345.
8. Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3):429–445

9. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
10. WHO Regional Office for Europe (1994). *Terminology for the European Health Policy Conference: a glossary with equivalents in French, German and Russian*. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/102175/E71232.pdf, accessed 23 April 2013):11.
11. WHO Regional Office for Europe (1994). *Terminology for the European Health Policy Conference: a glossary with equivalents in French, German and Russian*. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/102175/E71232.pdf, accessed 23 April 2013):16.
12. WHO (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 23 April 2013):xi.
13. WHO (2009). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. Geneva, World Health Organization:6.
14. OHCHR (2013). *What are human rights?* Geneva, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (<http://www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, accessed 23 April 2013).
15. WHO, PHAC (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/phac-aspc/health_equity-e/HP5-67-2008E.pdfhttp://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2008/phac-aspc/HP5-67-2008E.pdf, accessed 23 April 2013).
16. Kindig D, Stoddart G (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3):380–383.
17. Rose GA, Khaw K-T, Marmot M (2008). *Rose's strategy of preventive medicine: the complete original text*. New edition. Oxford: Oxford University Press.
18. Lopez AD et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford, Oxford University Press:467.
19. WHO Regional Office for Europe (1994). *Terminology for the European Health Policy Conference: a glossary with equivalents in French, German and Russian*. Copenhagen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/102175/E71232.pdf, accessed 23 April 2013):4.
20. WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization:1.
21. International Forum for Social Development (2006). *Social justice in an open world: the role of the United Nations*. New York, United Nations (Economic and Social Affairs ST/ESA/305):6.
22. Sen A (1992). *Inequality reexamined*. Boston, Harvard University Press.
23. Labonte R, Baum F, Sanders D (in press). Poverty, justice and health. In: Detels R et al., eds. *Oxford textbook of public health*. Oxford, Oxford University Press.
24. Management Advisory Committee (2004). *Connecting government: whole-of-government responses to Australia's priority challenges*. Canberra, Government of Australia (http://www.apsc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/7575/connectinggovernment.pdf, accessed 23 April 2013):1.

Сведения об авторах

ALDINGER Carmen E., доктор философии, магистр в области общественного здравоохранения, в настоящее время является независимым консультантом в области мониторинга и оценки руководства программ школьного здравоохранения в странах с низким и средним уровнем доходов. Ранее была заместителем директора Центра Глобальных программ, Отдел Здоровья и развития человека в Центре развития образования. Соредактор тематических исследований в области глобального укрепления школьного здоровья, опубликовала в различных журналах качественную оценку проекта HPS (“Школы здоровья”) в провинции Чжэцзян (Китай). Написала несколько публикаций для *Информационной серии ВОЗ по школьному здравоохранению*, дающих рекомендации для выработки политических стратегий и принятия решений.

ALLEN Jessica, доктор философии, заместитель директора Института справедливости в отношении здоровья. Основная деятельность – внедрение социальных детерминант здоровья в подход к неравенствам в отношении здоровья в Англии и во всем мире. Содиректор “Европейского обзора ВОЗ по социальным детерминантам здоровья и разрыва по показателям здоровья”. Ранее являлась директором проекта стратегического “Обзора неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 года” (Обзор Мармота), начальником отдела здравоохранения и социального обеспечения в Институте общественно-политических исследований (IPPR); научным сотрудником в области общественного здравоохранения Королевского Фонда; работала в ЮНИСЕФ и Лондонской школе экономических и политических наук (LSE). Ее работы по вопросам здравоохранения и социальной политики опубликованы и широко распространены.

ANDERSON Peter, доктор медицинских наук, магистр в области общественного здравоохранения, доктор философии, член Королевского терапевтического колледжа, профессор политики и практики использования психоактивных веществ Института здоровья и общества Университета Ньюкасла (Англия), профессор наркологии факультета здравоохранения, медицины и естественных наук Маастрихтского университета (Нидерланды). Ранее работал региональным советником по вопросам злоупотребления алкоголем в Европейском региональном бюро ВОЗ, где разработал Европейский План действий по борьбе с потреблением алкоголя. Имеет много публикаций о политике в отношении алкоголя и в настоящее время консультирует штаб-квартиру, африканские и европейские офисы ВОЗ по вопросам политики в отношении алкоголя. В настоящее время руководит тремя основными научно-исследовательскими проектами в области стратегии борьбы с наркоманией, финансируемыми Европейской комиссией.

BAUM Fran, бакалавр гуманитарных наук (с отличием), доктор философии, почётный профессор Университета Мэтью Флиндерса и научный сотрудник Австралийской Федерации исследовательских советов Университета Флиндерса (Южная Австралия). Директор фонда Саутгейтского Института здоровья, общества и справедливости в отношении здоровья; сопредседатель Всемирного координационного Совета движения “Народное здоровье” – всемирной сети активистов здравоохранения; служила в качестве Уполномоченного КСДЗ ВОЗ. Является членом Академии социальных наук Австралии и Австралийской ассоциации по укреплению здоровья; бывший Национальный президент и пожизненный член Австралийской ассоциации здравоохранения. Ее книга (*The New Public Health* [“Новое здравоохранение”]) широко используется в качестве руководства по вопросам общественного здравоохранения.

BENACH Joan, доктор медицинских наук, магистр в области общественного здравоохранения, доктор философии, старший научный сотрудник, доцент и директор Исследовательской группы “Несправедливость в отношении здоровья” / Организации по обеспечению занятости (GREDS-EMCONET) на кафедре политологии и социологии Университета Помпеу Фабра (Барселона, Каталония, Испания). Сотрудник Университета Джона Хопкинса (Балтимор), Университета Торонто (Торонто) и Университета Альберты (Эдмонтон). На протяжении нескольких десятилетий активно сотрудничал с ведущими эпидемиологами, исследователями в области общественного здравоохранения, общественными движениями, профсоюзами и другими группами в Европе, Америке и других регионах, в качестве консультанта ВОЗ и министерств здравоохранения. В период 2005–2008 годов принимал участие в КСДЗ ВОЗ, возглавляя Организацию по обеспечению занятости (EMCONET). Многочисленные публикации и научные достижения включают в себя изучение социальных детерминант, несправедливостей в отношении здоровья, условий труда и занятости населения, анализ небольших географических районов, разработку анализа политических стратегий в сфере здравоохранения.

BETTSCHER Douglas William, доктор медицинских наук, магистр в области общественного здравоохранения, доктор философии, директор Департамента по профилактике неинфекционных заболеваний ВОЗ (Женева), ранее – директор Департамента Инициативы по освобождению от табачной зависимости. Имеет междисциплинарный опыт работы в области международных отношений, мировой политики и медицины, международный опыт работы и опыт работы на государственном уровне (как в развивающихся, так и развитых странах) в области общественного здравоохранения и клинической медицины. Автор многих публикаций на темы, включающие вопросы глобализации и здоровья, внешней политики и безопасности в области здравоохранения, укрепления здоровья и межотраслевые действия для здоровья, международного права и общественного здравоохранения, профилактики и борьбы с НИЗ, борьбы против табака, а также вопросы торговли и политики в области здравоохранения. Был главным координатором ВОЗ, обеспечивавшим поддержку со стороны секретариата при проведении переговоров по первому договору ВОЗ (РКБТ ВОЗ), активно участвует в работе ВОЗ в реализации Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Нью-Йорк, 2011 г.). В настоящее время занимается надзором за работой ВОЗ по профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний

(в том числе употребление табака, питание и физическая инертность), вопросах укрепления здоровья и наблюдения факторов риска.

CASSWELL Sally, доктор философии, профессор и директор междисциплинарных исследовательских групп по Оценке социальных воздействий и воздействий на здоровье (SHORE) и Whāriki в Университете Массей (Новая Зеландия). Социолог, научные интересы лежат в области политики социального и общественного здравоохранения, особенно в отношении алкогольной и наркотической зависимости. Имеет особый интерес к разработке и реализации эффективной государственной политики на уровне общин, и оценке этих инициатив, включая стратегии по сокращению воздействия маркетинга алкоголя на молодежь.

COOK Sarah, бакалавр гуманитарных наук, магистр наук, доктор философии, директор Научно-исследовательского института социального развития при ООН (ЮНРИСД). Исследовала экономические и социальные изменения в Китае. Текущая работа сосредоточена на социальной политике и обеспечении социальной защиты (особенно в Азии), и на социальных аспектах устойчивого развития. Ранее работала в Институте исследований в области развития и в Пекинском бюро Фонда Форда. Последние публикации: *Social protection as development policy – Asian perspectives* [“Социальная защита как политика развития – азиатские перспективы”] (в соавторстве с N Kabeer, 2010 г.), *Harsh choices: Chinese women’s paid work and unpaid care responsibilities under economic reform* [“Суровый выбор: оплачиваемый труд или неоплачиваемые обязанности китайских женщин в условиях экономической реформы”] (в соавторстве с X Dong, 2011 г.), а также *Development and Change* [“Развитие и перемены”] (2012 г.).

da COSTA e SILVA Vera Luiza, доктор медицинских наук, доктор философии, магистр делового администрирования, доцент Национальной школы общественного здравоохранения Фонда Освальдо Круза (ENSP / FIOCRUZ). Имеет большой опыт работы на государственном уровне в координации профилактики рака и программ надзора и борьбы против табака в течение 15 лет в Бразилии. В течение пяти лет она была директором Инициативы ВОЗ по освобождению от табачной зависимости, руководила Секретариатом РКБТ ВОЗ. Научная деятельность сосредоточена на темах, включающих борьбу против табака и онкологических заболеваниями, регулирование производства табачной продукции и стратегии наращивания потенциала.

DORA Carlos, доктор медицинских наук, магистр наук, доктор философии, координатор Департамента здравоохранения и окружающей среды ВОЗ (Женева), работающий в сфере снижения воздействия на здоровье принимаемых решений в области энергетики, транспорта, жилищного строительства и добывающей промышленности, а также оценки воздействия на здоровье и дополнительных выгод “зеленой” экономики и политических стратегий в области изменения климата. Работал в Лондонской школе гигиены и тропической медицины, в Европейском региональном бюро ВОЗ, в системе первичной медико-санитарной помощи в Бразилии в качестве практикующего врача. Является членом многих научных и политических комитетов. Его работы охватывают воздействие на здоровье секторов промышленности и политики устойчивого развития, оценки воздействия на здоровье и информирование о рисках для здоровья.

EGAL Florence, доктор медицинских наук, магистр делового администрирования, магистр наук, с 1990 года работала в Продовольственной

и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО ООН) в области продовольственной безопасности, питания и вопросов обеспечения средств к существованию. Оказывает техническую помощь и обеспечение проектов гуманитарной помощи и развития в Африке, Азии и Латинской Америке. Принимала активное участие в межсекторальном и межведомственном сотрудничестве в области питания на государственном, региональном и глобальном уровнях, включая Постоянный комитет ООН по вопросам питания, Рабочую группу ООН по совместной разработке программ (в частности, инициативы REACH), Всемирное движение за улучшение качества питания (SUN), а также в рабочих группах нескольких межведомственных постоянных комитетов и кластеров.

FORSTER Norbert, доктор медицинских наук, имеет большой опыт работы в системе здравоохранения Намибии после обретения ею независимости. Закончил аспирантуру по специальности “экономика здравоохранения и управление в сфере здравоохранения”. С 2007 года занимает должность заместителя Постоянного секретаря в Министерстве здравоохранения и социальной защиты Намибии, осуществляет руководство программами в области здравоохранения и социального обеспечения. Является членом управляющего и исполнительного комитетов Министерства здравоохранения и социального обеспечения и Медицинского и стоматологического Совета Намибии. С 2010 года был председателем первой школы медицины Намибии. До этого являлся заместителем министра здравоохранения и социальной защиты (2001–2007 годы), возглавлял Государственный исполнительный комитет Намибии по борьбе со СПИДом (NAEC). В качестве главы подразделения по политике и планированию (1993–2001 годы) возглавлял создание системы стратегического планирования сектора здравоохранения Намибии.

GAUDEN Galea, доктор медицинских наук, магистр наук, научный сотрудник факультета здравоохранения и медицины, директор Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ. До этого – региональный советник по неинфекционным заболеваниям в Региональном бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана и координатор по вопросам укрепления здоровья в штаб-квартире ВОЗ (Женева). Участвовал в разработке концепции программы “Здоровые острова” на Фиджи и Маниле, в организации 7-й Глобальной конференции ВОЗ по укреплению здоровья (Найроби, Кения), и в разработке глобального (2008 г.) и Европейского (2011 г.) планов действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

GILLESPIE Stuart, доктор философии, старший научный сотрудник Отдела бедности, здравоохранения и питания в Международном институте исследований продовольственной политики (IFPRI). Генеральный директор исследовательской программы консорциума “Преобразования питания”, научный руководитель консорциума по вопросам исследований использования сельского хозяйства с целью обеспечения полноценного питания в Южной Азии (LANSA), финансируемых Департаментом международного развития правительства Соединенного Королевства. С момента прихода в IFPRI в 1999 году, возглавил несколько многосторонних инициатив, включая Региональную Сеть по СПИДу, средствам к существованию и продовольственной безопасности (RENEWAL); платформы сельского хозяйства и здравоохранения Консультативной группы по международным сельскохозяйственным

исследованиям (CGIAR) и инициативу TANDI по сельскому хозяйству и питанию в Индии. Имеет более 100 публикаций, включая 8 книг, 8 монографий и многочисленные журнальные статьи.

HERTZMAN Clyde, доктор медицинских наук, научный сотрудник Королевского колледжа врачей Канады (FRCPC), на момент своей безвременной кончины был директором Партнёрства по исследованию раннего развития ребёнка (HELP), заведующим кафедрой “Здоровье населения и развитие человеческого потенциала” и профессором в Школе населения и здравоохранения в Университете Британской Колумбии (Канада). Ведущий научный сотрудник программы “Мозг и биологическое развитие” и программы “Успешные общества” в Канадском институте перспективных исследований, Член Королевского общества Канады, а также научный сотрудник Канадской академии медицинских наук. Почетный член Института детского здоровья Университетского колледжа в Лондоне. Играл центральную роль в создании системы, связывающей здоровье населения и развитие человека, с акцентом на детей в раннем возрасте, как одного из определяющих факторов здоровья. В 2010 году ему были присуждены почётные звания обоих Канадских институтов исследований в области здравоохранения: Научный сотрудник года Канадского Института здоровья и премия Национального Дня Ребенка Канадского института здоровья ребенка. Краткую, но сердечную, дань уважения доктору Херцману можно найти в конце главы 6.

JENKINS Rachel, магистр биологии, бакалавр хирургии, доктор медицинских наук, член Королевского колледжа психиатров, член Королевского общества здравоохранения, сотрудник факультета общественного здравоохранения, сотрудник факультета психического здоровья, почетный профессор эпидемиологии и международной политики в области психического здоровья в Институте психиатрии Королевского колледжа Лондона. Ранее – директор Центра исследований и обучения в области психического здоровья, сотрудничающего с ВОЗ (1997–2012 годы), главный врач по охране психического здоровья в Департаменте здравоохранения Соединенного Королевства (1987–1996 годы). Публикации по темам политики в области психического здоровья, эпидемиологии, укрепления психического здоровья, а также интеграции психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи.

KANCHANACHITRA Churnrurtai, доктор философии, адъюнкт-профессор Института населения и социальных исследований (IPSR) Университета Махидол в Таиланде, директор отдела глобального здоровья Университета Махидол (MUGH). Председатель Национального организационного комитета Ассамблеи здравоохранения, член Национального комитета по здравоохранению, член Оргкомитета Ассамблеи реформ (RAOC) и председатель технического подкомитета RAOC. Президент Национальной Ассамблеи здравоохранения в 2010 и 2011 годах.

KAWAKAMI Tsuyoshi, доктор медицинских наук, доктор философии, координатор группы по охране труда, политике и системам управления программы “За безопасный труд” в МОТ (Женева). До 2011 года – старший специалист по вопросам охраны труда и здравоохранения в Региональном бюро МОТ для стран Азии и Тихоокеанского региона, Бангкока и Таиланда. Оказывал техническую поддержку при запуске национальных программ безопасности и гигиены труда Вьетнама, Камбоджи, Китая, Лаосской Народно-Демократической Республики, Монголии и Таиланда. Занимается

разработкой и распространением интерактивных обучающих программ для рядовых рабочих. Среди публикаций: *Developing the WIND training programme in Asia* [“Разработка учебной программы WIND в Азии”] (MOT, 2009 г.) и *ASEAN-OSHNET Good Occupational Safety and Health Practices 2008/2009* [“Система охраны труда АСЕАН: Образцы лучшей практики охраны труда и здоровья 2008/2009 годов”] (ASEAN-OSHNET, 2009 г.).

KIM Rokho, доктор медицинских наук, врач, специализирующийся в области семейной медицины и гигиены труда. С 2013 года работает специалистом по вопросам экологического здоровья в представительстве ВОЗ в Южно-Тихоокеанском регионе в Суве, Фиджи. Окончил Гарвардский университет со степенью “доктор санитарии и общественной гигиены” в 1995 году. Преподавал гигиену труда, эпидемиологию и токсикологию в Сеульском Государственном Университете и Гарвардской школе общественного здравоохранения (1998–2001 годы). Являлся ассистентом директора Программы контроля гигиены труда Департамента здравоохранения штата Массачусетс (2001–2003 годы), в течение девяти лет руководил Отделом охраны труда Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья в Бонне (Германия).

KOIVUSALO Meri, доктор медицинских наук, доктор философии, магистр наук, старший научный сотрудник Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии. Написала ряд книг и статей в области международного и глобального здравоохранения и социальной политики, окружающей среды и здоровья, торговли, глобализации и здоровья. В последнее время занимается вопросами управления и применения подхода HiAP, общественных действий в области глобального здоровья, здоровья, связанного с торговлей, и коммерциализации медицинских услуг.

LABONTE Ronald, бакалавр гуманитарных наук, магистр гуманитарных наук, доктор философии, член Канадской академии медицинских наук, профессор и заведующий кафедрой научных исследований по вопросам глобализации и справедливости в отношении здоровья на факультете медицины в Институте Здоровья Населения при Университете Оттавы. В период 2005–2008 годов возглавлял Глобализационную Сеть по Распространению Знаний по КСДЗ ВОЗ – некоторые его работы опубликованы в книге *Globalization and health: pathways, evidence and policy* [“Глобализация и здоровье: пути, факты и политика”] (Routledge, 2009 г.).

LEPPO Kimmo, доктор медицинских наук, доктор философии, магистр наук в области социальной медицины Лондонской школы гигиены и тропической медицины, адъюнкт-профессор общественного здравоохранения в Университете Хельсинки. Получив степени в области медицины, социальных наук и социальной медицины, оставил медицинскую практику для того, чтобы заниматься научными исследованиями в области социальной медицины в Медицинском научно-исследовательском совете Финляндии. В 1973 году перешел в Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии, где занимал пост Генерального директора по вопросам здравоохранения до 2007 года. На протяжении этого срока занимал ряд ключевых позиций в государственных комитетах, рабочих группах по вопросам планирования, администрирования и здравоохранительной политики Финляндии, а также в межправительственных органах: член Исполнительного комитета ВОЗ (1975–1978 и 1994–1997 годы); Председатель под-пленарного заседания по вопросам здоровой государственной политики

Первой Глобальной конференции по укреплению здоровья (ВОЗ, Оттава, 1986 год); консультант Европейского регионального бюро ВОЗ по вопросам политики и планирования в области здравоохранения – “Здоровье для всех” (1985–1986 годы); Консультант штаб-квартиры ВОЗ и старший советник Форума для политиков и топ-менеджеров национальных систем здравоохранения (2000–2001 годы); и Председатель Межправительственной рабочей группы по Рамочной конвенции по борьбе против табака (1999–2000 годы).

LOZA Naser, бакалавр медицины, бакалавр хирургии, магистр наук, специалист по клинической психологии и неврологии, член Королевского колледжа психиатров, директор Госпиталя им. Бехмана в Каире (Египет). В настоящее время работает в консультативной группе по вопросам многоцентрового учебного гранта, финансируемого Национальным Институтом Здравоохранения. Является председателем ближневосточной группы Королевского колледжа психиатров и Арабского совета по психиатрии, членом редакционной коллегии журнала *International Psychiatry* [Международная психиатрия]. Получив медицинское образование в Каирском университете в 1981 году, продолжил обучение в Институте психиатрии при госпитале Модсли в Лондоне, вернулся в Каир в 1987 году. Был избран в члены Королевского колледжа психиатров в 1987 году и стал его членом в 1995 году. Является членом Американской и Египетской психиатрических ассоциаций. Занимал пост Генерального секретаря по вопросам охраны психического здоровья в Министерстве здравоохранения и народонаселения Египта (2006–2011 годы) и был членом Египетского Верховного суда по вопросам этики (2011 год).

MARMOT Michael G, член Королевского терапевтического колледжа, профессор эпидемиологии Совета медицинских исследований и директор Института справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона. Является руководителем “Исследования по изучению влияния стресса на здоровье” (Whitehall II), изучающего причины обратного распределения социального градиента в заболеваемости и смертности, и “Английского продольного изучения старения” (ELSA). Член Совместной комиссии “The Lancet” и Университета Осло по глобальному управлению в области здравоохранения. Принимает участие в нескольких международных исследовательских группах по социальным детерминантам здоровья. Был председателем в КСДЗ ВОЗ (2005 г.), выпустившей доклад “*Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения*”, опубликованный в августе 2008 года. По просьбе британского правительства провел Стратегический обзор несправедливости в отношении здоровья в Англии после 2010 года, опубликовав в феврале 2010 года доклад *Fair Society, Healthy Lives* [“Справедливое общество, здоровая жизнь”]. За этим последовал “Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья” для Европейского регионального бюро ВОЗ. Руководил работой Национальной инициативной группы, составившей Обзор “Скрининг на рак груди” для Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства. Президент Британской медицинской ассоциации (БМА) в 2010–2011 годах, член Академии медицинских наук и почетный член Британской академии и факультета общественного здравоохранения Королевского колледжа врачей. Автор книги *Status Syndrome* [“Синдром статуса”].

MERCER Raúl, доктор медицины, магистр наук, профессор Латиноамериканской школы общественных наук (FLACSO); научный сотрудник Центра исследований в области здравоохранения и народонаселения (CISAP)

госпиталя Дюран в Буэнос-Айресе (Аргентина); координатор Программы по гендерным вопросам и вопросам детства (PRIGEPP / FLACSO); Руководитель группы Инициативы стран Южного конуса по правам ребенка и вопросам здравоохранения (FLACSO/CRED-PRO). Участвовал в разработке курса по основным видам укрепления здоровья Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ). Принимал участие в исследовательских проектах в области социальных детерминант детского питания в бедных сообществах, раннего развития ребенка, материнской смертности как вопроса прав человека, тяжелой материнской заболеваемости, а также в разработке проектов мер, связанных с правами человека и гендерными вопросами в системе здравоохранения.

MINOLETTI Alberto, доктор медицины, психиатр, профессор факультета политики и оказания услуг в области психического здоровья Школы общественного здравоохранения Сальвадора Альенде при Чилийском Университете. Временный консультант ПАОЗ и ВОЗ, внес свой вклад в разработку ряда технических документов для этих организаций. Ранее – директор отдела психического здоровья при Министерстве здравоохранения Чили (1997–2010 годы). Имеет публикации о реформе психиатрических служб, продвижении и интеграции охраны психического здоровья в секторе первичной медико-санитарной помощи.

MOLINA Helia, доктор медицины, магистр в области общественного здравоохранения, профессор общественного здравоохранения в Папском Католическом университете Чили. Основные темы исследований: государственная политика по вопросам детства, развитие детей дошкольного возраста, права ребенка, оценка политики и программ развития ребенка в раннем детстве, а также оценка развития ребенка на популяционном уровне. До 2010 года являлась директором департамента политики общественного здравоохранения Министерства здравоохранения и Национальным исполнительным секретарем программы “Чили растет вместе с тобой” по разработке системы социальной защиты для обеспечения справедливости в отношении здоровья на ранних этапах развития ребенка. Являлась региональным советником ПАОЗ в области охраны здоровья и развития детей и выступала в качестве советника по разработке, реализации и оценке стратегий в области развития ребенка в раннем детстве для ЮНИСЕФ, Межамериканского банка развития и других организаций.

MUNTANER Carles, профессор факультета общественного здравоохранения, сестринского дела и психиатрии Университета Торонто и адъюнкт-исследователь Института труда и здоровья в Торонто (Канада). Проводил исследования в области здравоохранения, направленные на изучение социальной и профессиональной эпидемиологии психических расстройств в Соединенных Штатах Америки, Европейском Союзе, Латинской Америке и западной Африке. Имеет публикации в *Международном журнале эпидемиологии*, *Американском журнале эпидемиологии*, *Американском журнале общественного здравоохранения*, *The Lancet*, *Британском медицинском журнале*, *Эпидемиология*, а также *Социальная наука и медицина*. Имеет награды Британского Совета, Комиссии Фулбрайта, Национального центра по статистике здравоохранения Центра по контролю и профилактике заболеваний (США) и эпидемиологического отделения Американской ассоциации общественного здравоохранения.

OLLILA Eeva, доктор медицинских наук, доктор философии, специалист в области общественного здравоохранения, адъюнкт-профессор факультета политики здравоохранения Университета Тампере, министерский советник Министерства социального обеспечения и здравоохранения Финляндии. Среди обязанностей: аспекты реализации “Здоровья во всех стратегиях” на национальном уровне, а также стратегий ЕС и ВОЗ. Начала свою карьеру в качестве клинического специалиста, затем работала исследователем, консультантом в области политики здравоохранения и государственным служащим в Финском национальном центре научных исследований и развития в области социального обеспечения и здравоохранения (STAKES), в Университете Хельсинки, ВОЗ и Европейской комиссии. Проводит исследования в области взаимодействия фармацевтической политики, политики в отношении здоровья населения и стратегий развития, а также по вопросам политики предоставления услуг в области здравоохранения и применения подхода HiAP, взаимодействия национальной, европейской и глобальной повестки дня в области здравоохранения, а также учета частных интересов в разработке политики общественного здравоохранения.

PARK Martina, доктор философии, младший сотрудник по вопросам питания в Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО ООН) с 2011 года. Основные интересы: межведомственное сотрудничество по вопросам питания и поддержка широкого внедрения подхода к питанию с точки зрения продуктов питания в рамках исследований ФАО. Диетолог-стажер, получила докторскую степень в социальной географии в Университете Эрлангена (Германия). До назначения в качестве лектора и научного сотрудника, работала в Германском обществе международного сотрудничества (GIZ) и принимала участие в научно-исследовательских проектах в области питания и развития в Латинской Америке и Центральной Азии.

PARRY Charles, магистр наук, магистр гуманитарных наук, доктор философии, директор Совета Медицинских исследований Департамента психического здоровья и злоупотребления наркотиками и алкоголем (Южная Африка) и внештатный профессор кафедры психиатрии Университета Стелленбош. Является автором более 130 статей в рецензируемых журналах и соавтором двух книг: *Alcohol Policy & Public Health in South Africa* [“Антиалкогольная политика и общественное здравоохранение в Южной Африке”] (1998 г.) и *Alcohol and the Developing World: A Public Health Perspective* [“Алкоголь и развивающиеся страны с точки зрения здравоохранения”] (2002 г.). В 2006 году стал членом Консультативной группы экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости и алкоголизму, а в 2010 году – Технической консультативной группы УНП ООН / ВОЗ Объединенной программы по лечению наркозависимости. Член совета Глобального альянса по политике в отношении алкоголя.

PEÑA Sebastián, доктор медицины, магистр наук, научный сотрудник Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии. До назначения на пост редактора этой книги, принимал участие в процессе планирования национального “продольного” исследования по проблематике здоровья (Health 2011) в Финляндии. Работал врачом общей практики в сельских и городских районах Чили и некоторое время занимал должность советника министра. Является координатором и старшим советником двух проектов сотрудничества в области развития в Перу, совместно с организацией “Врачи Финляндии за социальную ответственность”. Основные

интересы: вопросы справедливости в отношении здоровья и социальные детерминанты здоровья, употребление алкоголя и алкогольная зависимость, укрепление здоровья и укрепление систем здравоохранения.

PFEIFFER Michaela, магистр наук, сотрудник Института общественного здравоохранения и окружающей среды в штаб-квартире ВОЗ. Отвечает за работу ВОЗ по проведению оценок воздействия на здоровье стратегий в области финансирования развития, содействующую интеграции аспектов здоровья в экологические и социальные системы гарантий, используемые многосторонними финансовыми институтами в рамках крупномасштабных проектов развития. Возглавляет деятельность ВОЗ по вопросам, связанным с воздействием горнодобывающей промышленности на здоровье, в странах, где стратегическая оценка воздействия на здоровье используется для учета вопросов здоровья в политике и планах, разрабатываемых для горнодобывающей промышленности и нефтегазового сектора. В рамках широкой инициативы “Озеленение сектора здравоохранения” отвечает за реализацию внутренней системы экологических гарантий ВОЗ.

PUSKA Pekka, доктор медицинских наук, доктор философии, магистр политических наук, генеральный директор Национального института здравоохранения и социального обеспечения Финляндии, Канцлер Университета Турку, Председатель Совета управляющих Международного агентства по изучению рака и президент Международной ассоциации национальных институтов общественного здравоохранения (IANPHI). Ранее занимал должность директора Департамента неинфекционных заболеваний, укрепления здоровья и профилактики заболеваний, ВОЗ (Женева), директора Проекта Северной Карелии (1972–1997 годы). Бывший член парламента Финляндии и президент Всемирной федерации сердца. Опубликовал ряд статей в области общественного здравоохранения, профилактики НИЗ и укрепления здоровья, а также *Health in All Policies – the Finnish Initiative [Здоровье во всех стратегиях – финская инициатива]* (Puska & Ståhl, 2010 г.). Имеет ряд международных наград.

RACIOPPI Francesca, доктор естественных наук, старший советник по вопросам политики и программ в области стратегий управления окружающей средой и здоровьем в Европейском региональном бюро ВОЗ. Отвечает за обеспечение поддержки участия ВОЗ в международном управлении окружающей средой и здоровьем, координирует технические программы управления ВОЗ в области окружающей среды и здоровья в соответствующих механизмах управления. С 2007 по 2011 год была исполняющим обязанности председателя Римского бюро Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и здоровью. С 2004 по 2011 год разработала и провела совместную программу ВОЗ / Европы по предупреждению насилия и травматизма. Имеет большой опыт решения вопросов окружающей среды и здоровья с использованием межсекторальных подходов, а также в разработке средств и методов обеспечения включения аспектов здоровья в стратегии секторов вне сектора здравоохранения. Внесла свой вклад в написание более чем 60 докладов и публикаций ВОЗ, а также рецензируемых статей и глав книг.

RAM Ravi M, бакалавр гуманитарных наук, магистр в области общественного здравоохранения, доктор философии, руководитель отдела мониторинга и оценки Африканского медицинского и исследовательского фонда (AMREF) в Найроби (Кения), участник движения “Народное здоровье” в Африке.

Научные интересы: кадровые ресурсы здравоохранения и системы отчетности здравоохранения, особенно в приложении к неравенствам в отношении здоровья. Основные инициативы связаны с применением подходов с акцентом на результаты и технологий оказания мобильных медицинских услуг в программах здравоохранения для получения фактических данных для политики в области здравоохранения. Опыт в общественном здравоохранении: интеграция женских групп самопомощи и гендерных вопросов в программы по ВИЧ / СПИДу и питание детей раннего возраста в восточной и южной Африке, области мыса Горн и Южной Азии.

RANTANEN Jorma, доктор медицинских наук, доктор философии, Председатель Совета директоров университета Ювяскюля в Финляндии, профессор и специалист в области охраны труда. Имеет более чем 40-летний опыт работы в программах охраны здоровья в развивающихся странах. Являлся генеральным директором Финского института гигиены труда в течение 30 лет. Занимался научно-практическими исследованиями по вопросам токсикологии, оценки рисков и охраны труда, разработкой систем и правил охраны труда на национальном уровне в Финляндии, а также на международном уровне (включая деятельность по разработке стратегий для ВОЗ, МОТ и ЕС). Выступает в качестве советника и эксперта для ряда организаций планирования и оценки, а также исследовательских программ по охране труда для правительств Китая, Восточной Африки, стран Северной Европы, Юго-Восточной Европы, России, Сингапура, Турции, Соединенного Королевства и Соединенных Штатов Америки.

REHM Jürgen, доктор философии, директор Социального и эпидемиологического исследовательского отдела Центра по проблемам наркомании и психического здоровья в Торонто. Председатель отдела по разработке стратегий антинаркотической политики факультета общественного здравоохранения Далла Лана. Занимает ряд университетских постов в Университете Торонто и в Техническом университете Дрездена. Опубликовал более 550 рецензируемых журнальных статей, ряд монографий и был включен в список наиболее часто цитируемых ученых в мире.

TANGCHAROENSATHIEN Viroj, доктор медицинских наук, доктор философии, старший эксперт в области экономики здравоохранения при Министерстве здравоохранения и советник Программы международной политики здравоохранения в Таиланде. Работал в системе предоставления медицинских услуг в сельских районах в течение десяти лет и был удостоен звания Лучшего сельского врача Медицинской ассоциацией Таиланда в 1986 году. В 1991 году за свою докторскую диссертацию в Лондонской школе гигиены и тропической медицины был награжден медалью Вудраффа. В 2011 году был удостоен медали Эдвина Чедвика (Лондонская школа гигиены и тропической медицины) за вклад в разработку программ в области финансирования здравоохранения, осуществления крупных реформ здравоохранения и укрепления потенциала в области политики и систем исследования здравоохранения, а также за вклад в получение данных, способствовавших значительному улучшению работы систем здравоохранения в интересах бедных.

VAGHRI Ziba, доктор философии, магистр наук, бакалавр сестринского дела, адъюнкт-профессор и программный директор Международной программы исследований и инициатив Партнерства по исследованию раннего развития

ребенка (HELP) Университета Британской Колумбии в Ванкувере (Канада). Получила докторскую степень в Университете Британской Колумбии в области питания человека со специализацией на питании детей. Начала свою карьеру в качестве медсестры, деятельность в качестве медицинского работника в разных странах предоставила богатый опыт работы в полиэтнических условиях и набор навыков для проведения совместных и междисциплинарных исследований. Является членом группы, занимающейся разработкой правовой базы для организации мониторинга прав ребенка в раннем детстве в Комитете ООН по правам ребенка, а также ведущим автором руководства по системе индикаторов для Замечания общего порядка № 7.

VUORI Jukka, научный сотрудник Финского института гигиены труда. Основные научные интересы: источники и последствия профессиональных стрессов, профилактика и борьба с ними в течение трудовой жизни, особенно на переходных этапах трудовой жизни, таких, как, переход от школы к работе, потеря трудоустройства и восстановление занятости, досрочный выход на пенсию и сохранение рабочего места. Его исследовательская группа принимала участие в изучении вопросов профилактики стрессов, крупных полевых экспериментах и реализации и распространении общенациональных групповых мер в правительственных и коммунальных системах обслуживания. Имеет ряд публикаций и работал научным экспертом в ЕС, ВОЗ и правительстве Финляндии.

WIBULPOLPRASERT Suwit, доктор медицины, врач общей практики, специалист в области общественного здравоохранения, администратор, советник и адвокат по вопросам политики. Имеет самый высокий ранг государственного чиновника (РС11), Старший советник по контролю и профилактике заболеваний. Ранее был Заместителем постоянного секретаря Министерства здравоохранения Таиланда (2000–2003 годы) и Старшим советником по экономике здравоохранения (2003–2006 годы). Опубликовал более 100 статей, отчетов и книг на местном и международном уровне.

WISMAR Matthias, старший аналитик политики здравоохранения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения в Брюсселе (Бельгия), работает экспертом в области обеспечения доказательной политики в интересах здоровья и систем здравоохранения. В последние годы занимается применением подхода HiAP, вопросами оценок воздействия на здоровье, гарантии здоровья для всех, постановки задач в области здравоохранения, межсекторального управления, ЕС и медицинских услуг, ЕС и исследований в области здравоохранения, трансграничного здравоохранения и мобильности медицинских работников. Имеет докторскую степень в области политологии Франкфуртского университета имени Вольфганга Гёте (Германия). Получил академическое образование в Университете Саутгемптона и Колледже Наффилда в Оксфорде (Соединенное Королевство). До прихода в Обсерваторию, был руководителем подразделения научно-исследовательской деятельности по вопросам Европейской политики здравоохранения в Высшей медицинской школе Ганновера (Германия).

YI Pcheong, политолог и эксперт в области социальной политики. В настоящее время является научным координатором Научно-исследовательского института социального развития при ООН (ЮНРИСД) в Женеве (Швейцария) и работает над проектом “На пути к всеобщему социальному обеспечению в странах с развивающейся экономикой”. Занимается исследованием широкого круга

вопросов развития, в частности вопросами социальной политики в контексте развития. Среди недавних работ: книги и журнальные статьи об универсальных и целевых подходах, услугах здравоохранения и образования, социальной политике и налоге на финансовые операции, а также об эффективности помощи на цели развития. Ранее преподавал в Университете Малайя в Куала-Лумпур (Малайзия) и Университете Кюсю в Фукуока (Япония).

ZHANG Shufang, проектный координатор Научно-исследовательского института социального развития при ООН (ЮНРИСД). Занимается научными исследованиями в области миграции и здоровья, финансирования программ здравоохранения, мониторинга и оценки мероприятий в области здравоохранения и здоровья и производительности труда. Занимает должность технического советника программ комиссии Китайского медицинского общества в области политики и систем здравоохранения. Занималась проблемами сокращения бедности и устойчивого развития во Всемирном банке. Получила докторскую степень в области экономики здравоохранения в Гарвардском университете и степень магистра в области экономики охраны окружающей среды и политики в Университете Дьюка. Является соредактором книги *Investing in Human Capital for Economic Development in China* [“Инвестиции в человеческий капитал для экономического развития Китая”].

Здоровье во всех стратегиях

Использование возможностей, реализация стратегий

Здоровье во всех стратегиях (HiAP) представляет собой подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает здоровье и воздействия политических решений на сферу здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных последствий для здоровья с целью улучшения здоровья населения и обеспечения равноправия в отношении здоровья. Подход HiAP основан на правах и обязанностях, связанных со здоровьем человека. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на детерминанты здоровья и направлен на повышение ответственности политических деятелей за воздействие на здоровье населения на всех уровнях принятия политических решений.

HiAP имеет огромный потенциал для укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Но включение вопросов здоровья в секторальную политику часто оказывается сложным делом, и даже если это происходит, реализация подхода HiAP может быть лишь частичной или непоследовательной.

Основной задачей данной книги является улучшение понимания динамики принятия политических решений и реализации процессов с использованием подхода HiAP. Опираясь на опыт ряда регионов и стран с разным уровнем экономического развития, книга демонстрирует, что подход HiAP применим в различных контекстах. Книга предлагает свежий взгляд на то, как использовать возможности для продвижения подхода HiAP и как реализовать стратегии с учетом вопросов здоровья по секторам.

В первых пяти главах Части I предлагается обсуждение концепции и истории подхода HiAP, связей между социально-экономическим развитием и здоровьем, социальных детерминант здоровья, а также важности выделения пространства в национальной политике для вопросов здоровья в сегодняшнем глобализирующемся мире. Часть II оценивает прогресс в реализации этого подхода в восьми сферах политики, включая развитие детей раннего возраста, здравоохранение на рабочем месте, укрепление психического здоровья, вопросы сельского хозяйства, продовольствия и питания, регулирования потребления табака и алкоголя, охраны окружающей среды и помощи в целях развития. Часть III объединяет уроки применения подхода HiAP для сектора здравоохранения, политиков и лиц, формирующих политику, исследователей и активистов гражданского общества.