

Доклад о состоянии
здравоохранения в Европе

2012

Курс на благополучие



Всемирная организация
здравоохранения
Европейское региональное бюро



Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением почти 900 млн человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья.

Доклад о состоянии
здравоохранения в Европе

2012

Курс на благополучие

WHO Library Cataloguing in Publication Data

The European health report 2012 : charting the way to well-being.

1. DELIVERY OF HEALTH CARE – EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS.
 2. HEALTH POLICY.
 3. HEALTH STATUS INDICATORS.
 4. PUBLIC HEALTH – TRENDS.
 5. MORTALITY – STATISTICS.
 6. REGIONAL HEALTH PLANNING.
- I. World Health Organization.

ISBN 978 92 890 4427 1

(NLM classification: WA 900)

ISBN (ebook) 978 92 890 4428 8

ISBN 978 92 890 4427 1

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

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

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Доклад о состоянии
здравоохранения в Европе

2012

Курс на благополучие



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Содержание

Благодарности	vi
Сокращения	viii
Предисловие	xii
Резюме	xv

01

Ситуация сегодня: здоровье населения в Европе и аргументы в пользу политики Здоровье-2020	1
Демографические тенденции	2
Ожидаемая продолжительность жизни	6
Смертность	11
Причины смерти	16
Бремя болезней – смертность, заболеваемость и инвалидность	42
Факторы риска	46
Социальные детерминанты и неравенства в отношении здоровья	52

02

Наши устремления: европейские целевые ориентиры для здоровья и благополучия	69
Прежний опыт установления и мониторинга целевых ориентиров	72
Целевые ориентиры политики Здоровье-2020 – дальнейшее развитие и обновление стратегий «Здоровье для всех» и «Здоровье-21» в современном контексте	76
Мониторинг целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020	98

03

Пути достижения поставленных целей и наши ценности: почему необходимо измерять уровень благополучия	105
Что мы вкладываем в понятие «благополучие» (well-being)?	107
В чем заключается его важность для здоровья?	109
Почему в европейских странах на уровне государственного управления и в обществе проявляется интерес к вопросам здоровья и благополучия?	112
Как измерить уровень благополучия?	114
На что можно опереться?	117
Каковы проблемы и трудности в измерении параметров здоровья и благополучия?	131
Дорожная карта для совершенствования методов измерения здоровья и благополучия	132
Каково текущее положение дел?	134
Как можно использовать данную информацию для улучшения здоровья и повышения уровня благополучия?	136
Дальнейшие шаги	141

04

Последующие шаги в отсчете времени до 2020 г.: мониторинг и документирование прогресса	143
---	------------

Библиография	151
---------------------------	------------

Приложение. Технические замечания по демографическим и эпидемиологическим характеристикам	167
--	------------

Источники и методы анализа данных	168
Библиография	170

Благодарности

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г. был написан под общим руководством Claudia Stein (директор Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, Европейское региональное бюро ВОЗ) и Ritu Sadana (ведущий специалист Отдела старения и жизненного цикла, штаб-квартира ВОЗ) с использованием руководящих указаний редакционного совета Европейского бюро ВОЗ, сформированного специально для этого доклада. Основными авторами были Enrique Loyola (статистик, Информационные системы «Здоровье для всех» и распространение информации, Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, Европейское региональное бюро ВОЗ), Ritu Sadana (главный редактор) и Claudia Stein.

Вклад в создание доклада также внесли: Emma Byström, Michelle Cullinane, Emily Karlsson, Natela Nadareishvili, Kate O'Neill, Govin Permanand и Ivo Rakovac (Европейское региональное бюро ВОЗ); Dora Gudmundsdottir (Министерство здравоохранения, Рейкьявик, Исландия); Nick Fahy, независимый консультант и исследователь, Брайтон и Лондон, Соединенное Королевство; Matilde Leonardi (Фонд IRCCS Неврологического института им. Карло Беста, Милан, Италия); Jovanka Karadzinska-Bislimovska (Институт гигиены труда, Скопье, бывшая югославская Республика Македония); и Pamela Rendi-Wagner (Министерство здравоохранения, Вена, Австрия).

Ценная помощь в разработке целевых ориентиров, описанных в главе 2, была получена от Рабочей группы ВОЗ по целевым ориентирам и индикаторам при Постоянном комитете Регионального комитета (руководитель Lars-Erik Holm, Национальный совет здравоохранения и социального обеспечения, Стокгольм, Швеция). Экспертная группа по отбору индикаторов для мониторинга прогресса в достижении целей политики Здоровье-2020 (руководитель Hugh Markowe, Соединенное Королевство) представила рекомендации по концепции мониторинга, также описанной в главе 2.

Экспертная группа по измерению и установлению целевых ориентиров в отношении благополучия, возглавляемая Peter Achterberg (Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды – RIVM, Билтховен, Нидерланды), внесла ценный вклад в разработку подхода к решению проблем, связанных с измерением благополучия в контексте здоровья, описанных в главе 3. От Европейского консультативного комитета по научным исследованиям в области здравоохранения были получены конструктивные замечания и предложения.

Сокращения

ВВП	валовой внутренний продукт
Евростат	Статистическое бюро Европейского союза
ЕС	Европейский союз
ЕС-12	12 стран, входящих в состав Европейского союза с мая 2004 г.
ЕС-15	15 стран, входящих в состав Европейского союза до 1 мая 2004 г.
КСДЗ	Комиссия по социальным детерминантам здоровья
МАИР	Международное агентство по изучению рака
МКФ	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
НИЗ	неинфекционные заболевания
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПКРК	Постоянный комитет Регионального комитета
СНГ	Содружество Независимых Государств (до 2006 г.)
ТБ	туберкулез
ТЧ10	твердые частицы с аэродинамическим диаметром меньше 10 мкм
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ЦРТ	Цели развития, поставленные в Декларации тысячелетия ООН
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН

DALY	показатель бремени болезни, приблизительно соответствующий числу утраченных лет здоровой жизни
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (исследование)
ISTAT	Национальный институт статистики (Италия)
NUTS	Номенклатура территориальных единиц для целей статистики (Европейский союз)
ONS	Национальное статистическое бюро (Соединенное Королевство)
PSS	Шкала восприятия стресса
RIVM	Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (Нидерланды)
SAGE	Исследование проблем глобального старения и здоровья взрослых людей (ВОЗ)
SMART	«конкретные, поддающиеся измерению, достижимые, актуальные и имеющие временные рамки» (о характеристиках программ и вмешательств)
SWLS	Шкала удовлетворенности жизнью
WEMWBS	Шкала психологического благополучия Уорвика – Эдинбурга
WHOQoL	Проект ВОЗ по оценке качества жизни

Сокращенные обозначения стран, используемые
в некоторых иллюстрациях и таблицах

ALB	Албания
AND	Андорра
ARM	Армения
AUS	Австралия
AUT	Австрия
AZE	Азербайджан
BEL	Бельгия
BIH	Босния и Герцеговина
BLR	Беларусь
BUL	Болгария
CAN	Канада
CHL	Чили
CRO	Хорватия
CYP	Кипр
CZH	Чешская Республика
DEN	Дания
DEU	Германия
ENG	Англия
EST	Эстония
FIN	Финляндия
FRA	Франция
GEO	Грузия
GRE	Греция
HUN	Венгрия
ICE	Исландия
IRE	Ирландия
ISR	Израиль
ITA	Италия
JPN	Япония
KAZ	Казахстан
KGZ	Кыргызстан
KOR	Республика Корея
LTU	Литва

LUX	Люксембург
LVA	Латвия
MAT	Мальта
MDA	Республика Молдова
MEX	Мексика
MKD	Бывшая югославская Республика Македония
MNE	Черногория
MON	Монако
NET	Нидерланды
NOR	Норвегия
NZL	Новая Зеландия
POL	Польша
POR	Португалия
ROM	Румыния
RUS	Российская Федерация
SCT	Шотландия
SMR	Сан-Марино
SPA	Испания
SRB	Сербия
SVK	Словакия
SVN	Словения
SWE	Швеция
SWI	Швейцария
TJK	Таджикистан
TKM	Туркменистан
TUR	Турция
UKR	Украина
UNK	Соединенное Королевство
USA	Соединенные Штаты Америки
UZB	Узбекистан
WLS	Уэльс



Предисловие

В рамках своего мандата по осуществлению мониторинга и отчетности по показателям здоровья почти 900 миллионов человек, живущих в Европейском регионе ВОЗ, Европейское бюро раз в три года выпускает флагманскую публикацию – Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. В 2009 г. этот доклад был посвящен роли систем здравоохранения в охране здоровья, подходам к укреплению функций систем здравоохранения на основе оценки их деятельности и затратоэффективных вмешательств в соответствии с положениями Таллиннской хартии 2008 г. «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния». Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г., содержит базу фактических данных и объективное обоснование для постановки стратегических задач и приоритетов новой, одобренной европейскими государствами-членами в 2012 г. европейской политики Здоровье-2020 – в поддержку совместных действий государства и общества в интересах здоровья и благополучия.

Новая европейская политика дает старт новому витку общей борьбы за жизни не только жителей сегодняшней Европы, но и ее будущих поколений. Политика направлена на решение в 53 странах Региона основных насущных проблем здравоохранения. Это рост социального неравенства по показателям здоровья внутри стран и между ними, снижение из-за финансового кризиса государственных расходов на социальные службы, растущее бремя нездоровья, обусловленное неинфекционными заболеваниями, включая ожирение, злокачественные новообразования и ишемическую болезнь сердца. Реализация новой политики будет способствовать мобилизации руководителей, ответственных за принятие решений во всех областях, как в секторе здравоохранения, так и за его пределами. Учитывая то, что на здоровье влияет множество факторов, а здоровье, в свою очередь, влияет на самые разнообразные аспекты жизни, достичь прогресса в охране общественного здоровья можно только путем объединения усилий всего общества и всего государства. Вот почему свою роль в реализации политики Здоровье-2020 могут сыграть и премьер-министр, и общественные организации,

и рядовые граждане. И вот почему в дополнение к работе, направленной на снижение заболеваемости и смертности и на совершенствование деятельности систем здравоохранения, в частности путем достижения всеобщего охвата услугами, необходимо всемерно стремиться к поддержанию и укреплению здоровья, повышению уровня благополучия и к формированию более глубоких представлений о сути этих понятий.

Выпуск этого доклада именно сейчас дает прекрасную возможность предоставить руководителям, определяющим политику, и работникам общественного здравоохранения эпидемиологическую доказательную базу в поддержку политики Здоровье-2020 и предложить инструменты и методы для измерения прогресса. В докладе также представлена важная информация по одному из ключевых аспектов политики Здоровье-2020, а именно благополучию как маркеру прогресса в деле улучшения здоровья в Регионе. Благополучие является ключевым понятием определения здоровья в Уставе ВОЗ, согласно которому здоровье – это «не только отсутствие болезней и физических дефектов», но и «состояние полного физического, душевного и социального благополучия».

В настоящем докладе представлен текущий эпидемиологический профиль 53 государств-членов Региона, а также обоснован скоординированный подход к мониторингу прогресса в выполнении поставленных в рамках политики Здоровье-2020 задач, в частности с использованием ограниченного набора согласованных европейских целей (всеобъемлющих целевых ориентиров) и предложенных индикаторов, которые подлежат дальнейшей доработке. В нем также определен ряд серьезных трудностей при измерении прогресса в достижении целей политики Здоровье-2020 и предложен согласованный подход к их преодолению, в рамках которого Европейское региональное бюро ВОЗ будет выступать в качестве организатора и координатора, работающего с европейскими институтами, а также в качестве партнера государств-членов.

Доклад написан для руководителей, отвечающих за разработку политики в европейских странах, и для всех работников общественного здравоохранения, для которых важна реализация новой политики. Он также должен

представлять интерес для академических институтов, неправительственных организаций и других групп, стремящихся внести свой вклад в достижение целей политики Здоровье-2020, в укрепление солидарности в Европе и в сокращение неравенств внутри и между странами Европейского региона.

В докладе описано, как 53 государства-члена Региона пришли к соглашению по набору всеобъемлющих целевых ориентиров, которые выражены в средних значениях для Региона. Это следует европейской традиции, которая впервые была использована в рамках политики «Здоровье для всех» и продолжена два десятилетия спустя в отношении политики Здоровье-21. В докладе детально описаны методы и исходные показатели для установления целевых ориентиров на европейском уровне, так как именно на этом уровне будет осуществляться отчетность по прогрессу в достижении всеобъемлющих целевых ориентиров. Тем не менее многие действия будут предприниматься на уровне стран, поэтому это детальное описание может также вдохновить страны на установление или корректировку своих собственных целевых ориентиров в отношении здоровья, которые будут отражать их конкретные обстоятельства и точки отсчета.

Коллектив Регионального бюро и я лично считаем своей обязанностью регулярно отчитываться о прогрессе в достижении европейских целей в отношении здоровья и благополучия, а также о наших усилиях по преодолению сложностей в измерении прогресса. Мы будем проводить ежегодный анализ и обозначим достигнутый прогресс первым набором контрольных результатов в 2015 г. Я уверена, что приверженность всех 53 государств-членов реализации политики Здоровье-2020 станет катализатором успеха в Европе на годы вперед.

Жужанна Якаб

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Резюме

Достигнутое за последние десятилетия значительное улучшение здоровья населения Европейского региона ВОЗ привело к увеличению средней продолжительности жизни, превысившей в целом у мужчин и женщин 76 лет. В основном это является результатом снижения смертности от ряда конкретных причин, сокращения распространенности факторов риска, а также улучшения социально-экономических и бытовых условий жизни. Однако эти улучшения и способствующие им условия распределяются внутри стран и между странами неравномерно: во многих частях Региона по-прежнему сохраняются, а во многих случаях и углубляются существенные различия. Это в полной мере относится и к неравенствам в отношении здоровья и их детерминантам. Неравенства, которых можно избежать при современном уровне знаний, являются социально недопустимыми и отражают несправедливость в отношении здоровья.

Поскольку население Европы быстро стареет, изменяется структура заболеваемости, и в связи с этим меняются требования, предъявляемые к секторам здравоохранения и социальной защиты. Важные демографические и эпидемиологические сдвиги происходят в странах Региона разными темпами и с разной интенсивностью. В рамках политики Здоровье-2020 получили новый импульс усилия по внедрению затратоэффективных, научно обоснованных вмешательств и стратегий, ориентированных на укрепление здоровья и благополучия (1). Таким образом углубляются подходы к укреплению функций систем здравоохранения на основе затратоэффективных вмешательств и оценки деятельности, которым уделялось особое внимание в *Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.* (2).

Целью Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 является «улучшение здоровья и повышение уровня благополучия населения, сокращение неравенств в отношении здоровья и обеспечение наличия устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на человека» (1). В результате интенсивного консультационного процесса и работы ряда групп экспертов было установлено 6 целей

(всеобъемлющих целевых ориентиров) политики Здоровье-2020, которые должны быть достигнуты в Европейском регионе к 2020 г.; для мониторинга прогресса в каждой области будут использованы соответствующие индикаторы. Практика применения целевых ориентиров (задач) опирается на опыт предыдущих европейских стратегий – «Здоровье для всех» и «Здоровье-21» (3, 4). Из почти 30-летнего опыта по разработке политики здравоохранения и определения целевых ориентиров были извлечены ценные уроки. Установление целевых ориентиров и разработка индикаторов являются сложным процессом; в настоящем докладе четко документированы процедуры, использованные до настоящего времени при осуществлении политики Здоровье-2020, и намечены последующие шаги.

Одним из ключевых аспектов политики Здоровье-2020 является измерение уровня благополучия населения, особенно в контексте здоровья. Определяя здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (5), ВОЗ признает важнейшую роль благополучия, однако до настоящего времени не проводила его оценку и не предоставляла соответствующей информации. Для того чтобы включить аспект благополучия в основы политики Здоровье-2020 и дать количественную оценку европейских целевых ориентиров и соответствующих индикаторов, важно иметь общую концепцию и единый подход к понятию благополучия, которые позволят проводить достоверные измерения и получать информацию, полезную для осуществления политики и оценки программ.

Исследователи, организации, органы государственного управления и другие субъекты используют широкий спектр подходов для подробного описания, какие области или сферы определяют благополучие в межсекторальном смысле. ВОЗ в сотрудничестве со своими партнерами анализирует вопросы благополучия в контексте здоровья, связывая эти исследования с результатами количественной оценки бремени болезней и с оценкой деятельности систем здравоохранения в Европейском регионе.

В данном докладе также признаются трудности оценки прогресса в достижении целей политики Здоровье-2020 и изложена совместная с партнерами программа их преодоления. Хотя в Регионе имеется обширная информация о здоровье, данные, на основании которых можно оценить прогресс, не всегда доступны на уровне тех или иных стран. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает поддержку странам для улучшения процессов сбора, систематизации, анализа и представления информации о здоровье и работает совместно с Европейской комиссией и Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) над созданием единой Европейской интегрированной информационной системы по вопросам здравоохранения, охватывающей все 53 государства-члена.





01

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

Средняя продолжительность жизни населения Европы сегодня выше, чем когда бы то ни было ранее, и показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ также повысились. Однако, как отмечается в этой главе, благоприятные сдвиги, достигнутые в последние десятилетия, неравномерно распределяются по Региону, и не все группы населения в равной степени пользуются их плодами. В некоторых странах уровень здоровья и продолжительность жизни фактически снизились, углубив разрыв в показателях здоровья между странами Региона. Подобная ситуация недопустима для Региона, обладающего колоссальными богатствами и имеющего давние традиции общественного здравоохранения, и требует безотлагательного осуществления новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 (1).

В Европейском регионе происходят важные демографические и эпидемиологические изменения, которые формируют будущие потребности в укреплении здоровья, профилактике болезней и предоставлении медицинской помощи. Однако темпы и интенсивность подобных изменений в разных странах и в разных группах населения различны, что порождает новые проблемы и разнообразие медико-санитарных ситуаций, требующих каждый раз особых подходов. В этом динамичном контексте перед европейским здравоохранением встает ряд важных задач, на решение которых направлена политика Здоровье-2020 (1). Информация, представленная в этой главе, в основном отражает данные, полученные Европейским региональным бюро ВОЗ от стран (вставка 1). Она дает возможность обозначить ключевые направления, лежащие в основе политики Здоровье-2020, выявить характерные тенденции, требующие внимания, и определить исходные позиции для мониторинга прогресса в достижении поставленных приоритетных целей и в областях, намеченных для стратегических действий.

Демографические тенденции

Рост численности и старение населения

К 2010 г. численность населения 53 стран Европейского региона достигла почти 900 млн, увеличившись с 1990 г. на 5% (6). Прогнозы показывают, что начиная с 2010 г. и в последующие десятилетия численность населения Региона в целом существенно не изменит-

Вставка 1

Подход, использованный при составлении графиков и интерпретации данных

- Данные, представленные в настоящем докладе, в основном взяты из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (6) в соответствии со сведениями, поступающими в Европейское региональное бюро ВОЗ из стран и других международных организаций.
- Хотя Европейский регион ВОЗ включает 53 страны, число показанных стран с данными за тот или иной год может варьировать вследствие различий в отчетности или доступности данных по разным индикаторам.
- Среднее значение для Европейского региона по любому конкретному индикатору получено на основе средневзвешенных по численности населения национальных показателей. В отличие от предыдущих докладов о состоянии здравоохранения в Европе, в настоящем докладе не представлены усредненные данные по субрегиональным группам стран. Разработка нового эффективного подхода к представлению субрегиональных данных, которые точно отражают современную ситуацию и полезны для мониторинга прогресса в достижении целей политики Здоровье-2020, является одной из актуальных задач измерения и анализа, отмеченных в последней главе этого доклада.
- Белые области на графиках показывают тенденции, в основном за период 1980–2010 гг., и отражают минимальные и максимальные страновые значения по конкретному индикатору за определенный год (см. рис. 1). Соответственно, указанные минимальные и максимальные значения за разные годы могут относиться к различным странам. Страны Региона различаются по размеру, и для стран с меньшей численностью населения относительно небольшое число зарегистрированных случаев может определять минимальное или максимальное значение показателя.
- Эти особенности частично объясняют появление некоторых резких пиков в белых областях графиков. Вместе с тем иногда подобные пики могут отражать экстремальные ситуации, например повышение уровня смертности (или снижение ожидаемой продолжительности жизни) после масштабных природных бедствий или антропогенных катастроф.

Максимальные страновые значения

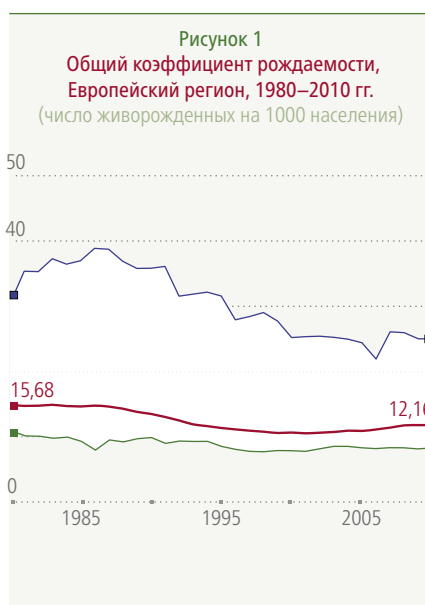
Европейский регион, среднее

Минимальные страновые значения

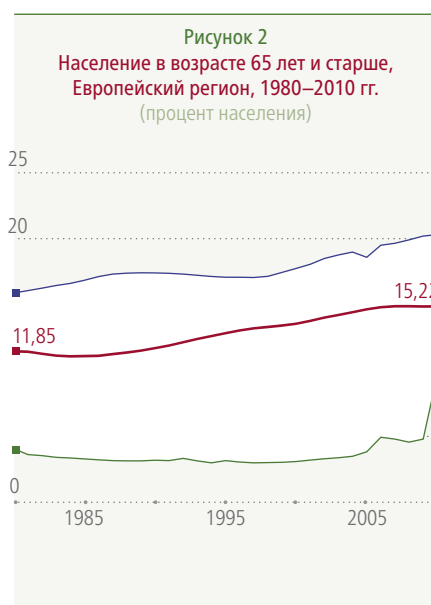
ся, а в некоторых странах фактически снизится (7). Этой тенденции способствует ряд факторов, в том числе: низкие значения общего коэффициента рождаемости (рис. 1) при коэффициентах фертильности ниже 1,75 ребенка на женщину и относительная стабильность или медленный рост общих коэффициентов смертности и входящих миграционных потоков. В период между началом 1990-х и началом 2000-х годов уже документировано сокращение численности (отрицательный ежегодный прирост) населения в странах Центральной и Восточной Европы.

Население Европейского региона стремительно стареет. По проведенным оценкам, к 2010 г. люди в возрасте 65 лет и старше составляли 15% всего населения (рис. 2). Это означает, что за период с 1980 г. численность данной возрастной группы увеличилась почти на 30%; она является самым быстрорастущим сегментом населения. Однако доля людей в возрасте 65 лет и старше в странах Региона существенно различается – от более 20% (при продолжающемся росте) до 5% (с потенциальной тенденцией к дальнейшему снижению). Несмотря на это, по имеющимся прогнозам, к 2050 г. к этой возрастной группе будет принадлежать свыше 25% всего населения Европейского региона.

В целом старение населения связано с усилением контроля за инфекционными болезнями на ранних этапах жизни, более поздним развитием неинфекционных хронических заболеваний и снижением уровня преждевременной смертности; все это отражает



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



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

улучшение условий жизни и медицинского обслуживания. Однако необходимо, чтобы меры по обеспечению и укреплению социальной интеграции, безопасности и благосостояния – наряду с приведением целого ряда медицинских и социальных услуг в соответствие с потребностями стареющего населения с учетом этого хорошо документированного феномена и его ожидаемых последствий – оставались высокоприоритетными и получали необходимые ресурсы, применительно к условиям каждой страны (8).

Структура и распределение населения

Дополнительный фактор, влияющий на демографические сдвиги в Европе, – это миграция. Основные способствующие причины – природные бедствия и техногенные катастрофы, а также социальные, экономические и политические потрясения. На основании представленных данных, расчетное число мигрантов, проживающих в Европейском регионе, составляет 73 млн; это примерно 8% от общей численности населения, причем 52% всех мигрантов составляют женщины. За счет миграции численность населения Региона с 2005 г. увеличилась на 5 млн человек; в период между 2005 и 2010 г. на эту группу приходилось почти 70% прироста населения.

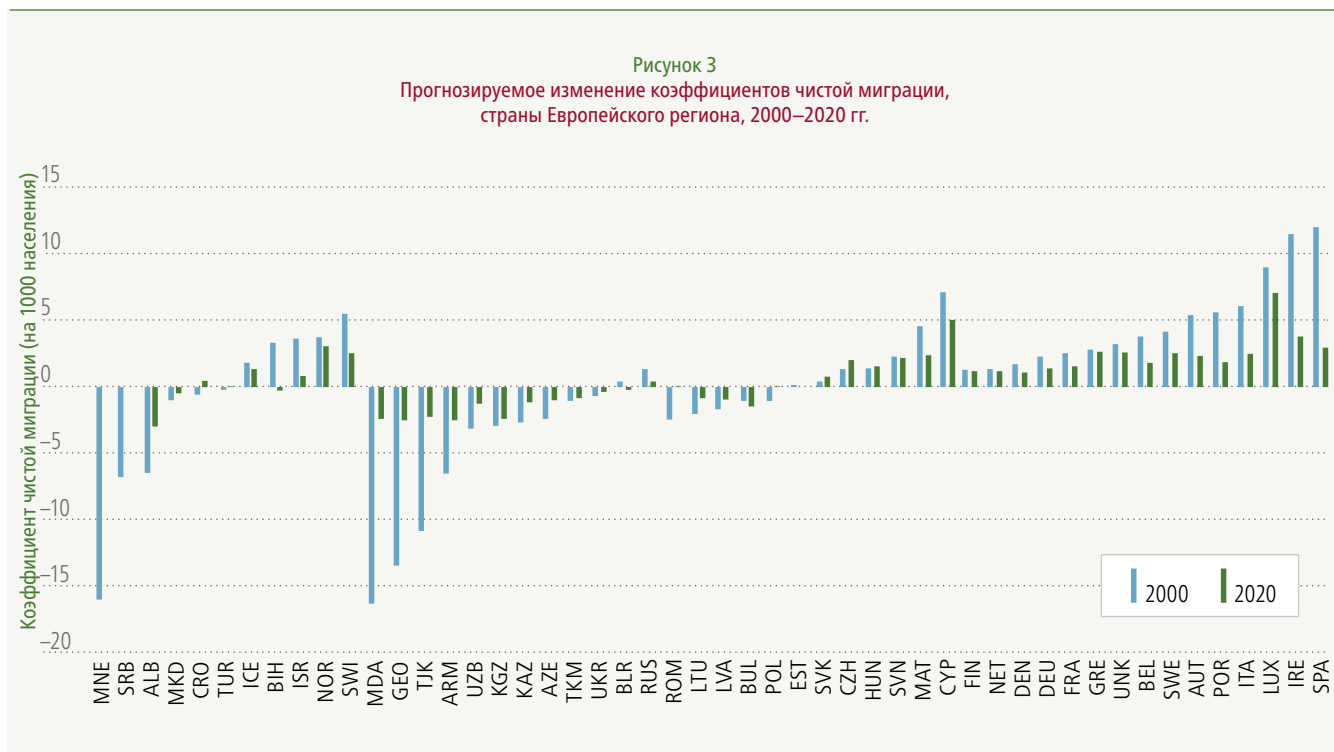
Имеющиеся данные по оценке чистой миграции и прогнозам до 2020 г. позволяют документально обосновать и предсказать кардинальные изменения и различия между странами Региона. На рисунке 3 показан прогнозируемый уровень чистой миграции в 2020 г. по сравнению с исходным уровнем (2000 г.) в странах Европейского региона.

Долгосрочное влияние миграции на устойчивый рост численности и структуру населения остается неясным. Некоторые факты имеют веское документальное подтверждение: мигранты, по сравнению с остальной массой населения, как правило, моложе, менее экономически обеспечены, подвержены более высокому риску инфекционной заболеваемости и имеют более ограниченный доступ к медицинским услугам. В связи с этим государственная политика нуждается в скоординированных межсекторальных стратегиях, в которых уделялось бы особое внимание текущим и будущим потребностям мигрантов. Следует всемерно развивать обмен опытом и фактическими данными по реализации и оценке таких стратегий, осуществляемых в системах здравоохранения и других социальных и экономических системах в различных странах Европейского региона.

Географическое распределение населения в Регионе дает дополнительную информацию, важную для политики здравоохранения. В 2010 г. около 70% всего населения проживало в городских условиях, и ожидается, что к 2045 г. этот показатель превысит 80% (9). Однако доля городского населения различается по странам – от более 85% примерно в 10 странах до менее 50% в 8 странах. Городское и сельское население нередко различается по широкому спектру воздействующих социальных детерминант здоровья, включая доступность медико-санитарных и других услуг (см. ниже в разделе о социальных детерминантах и неравенствах в отношении здоровья). Точно так же в крупных городах могут параллельно существовать весьма различные социальные и экономические условия, в связи с чем страны реализуют различные стратегии, направленные, например, на противодействие социальному отчуждению или процессам, приводящим к росту уязвимости к болезням в определенных группах населения.

Эпидемиологическая ситуация и тенденции

Помимо демографических сдвигов для Европейского региона характерны важные эпидемиологические изменения в показателях смертности, являющиеся отражением изменений структуры смертности



в разных половозрастных группах, а также структуры заболеваемости и причин инвалидности. В последующих разделах проиллюстрированы тенденции, обозначены отправные точки для реализации политики Здоровье-2020 и представлена информация по основным направлениям действий по укреплению здоровья, профилактике болезней и совершенствованию систем здравоохранения в Регионе.

Вставка 2 Демографические тенденции – ключевые положения

- Хотя численность населения Европы достигла почти 900 млн, снижение коэффициентов фертильности во многих странах Региона означает, что в ближайшем будущем рост прекратится.
- Население быстро стареет; по оценочным прогнозам, к 2050 г. люди в возрасте 65 лет и старше будут составлять свыше 25% населения Европейского региона.
- На демографические сдвиги, происходящие в Европе, влияет миграция.
- Доля населения, проживающего в городских районах, достигла в 2010 г. почти 70% и, по прогнозам, к 2045 г. превысит 80%; как следствие этого, люди подвергаются воздействию различных факторов риска и детерминант здоровья.

Ожидаемая продолжительность жизни

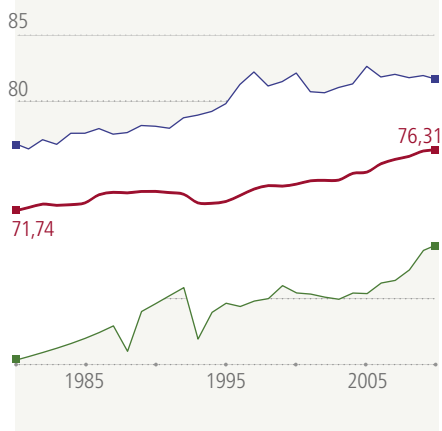
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Общий показатель ожидаемой продолжительности жизни широко используется в качестве показателя здоровья населения, хотя рассчитывается исходя из значений коэффициента смертности. Одним из главных успехов Европейского региона является то, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 1980 г. на 5 лет и к 2010 г. достигла 76 лет. Это соответствует среднегодовому приросту на 0,17 года в течение этого периода, при устойчивой восходящей динамике за исключением двух участков снижения – около 1984 и 1993 гг.

Однако средний показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении варьирует по странам, в 2010 г. – от 82,2 до 68,7 лет, что составило разброс в 13,5 лет (рис. 4). В плане неравенств между странами можно выделить три отдельных периода. В 1980-е годы самые высокие и самые низкие уровни сближались, то есть масштабы неравенств сокращались. После этого, с середины 1990-х годов, они медленно увеличивались, совпадая по времени со значительными социальными, политическими и экономическими переменами в восточной части Региона. Начиная с 2006 г. вновь происходит медленное сближение верхних и нижних крайних значений.

Кроме того, в Европейском регионе ожидаемая продолжительность жизни при рождении различается у мужчин и женщин – одно из стойких и фундаментальных неравенств в Регионе. В 2010 г. ожидаемая продолжительность жизни женщин достигла в среднем 80 лет, в то время как мужчины жили в среднем 72,5 года – разрыв в 7,5 года. Как показано на рисунке 5, по средним показателям ожидаемой продолжительности жизни мужчины отстают от женщин на целое поколение: в 2010 г. мужчины еще не достигли того среднего уровня, который женщины имели уже в 1980 г. Также в большей степени

Рисунок 4
Ожидаемая продолжительность жизни
при рождении,
Европейский регион, 1980–2010 гг.
(ожидаемая продолжительность жизни
при рождении, число лет)

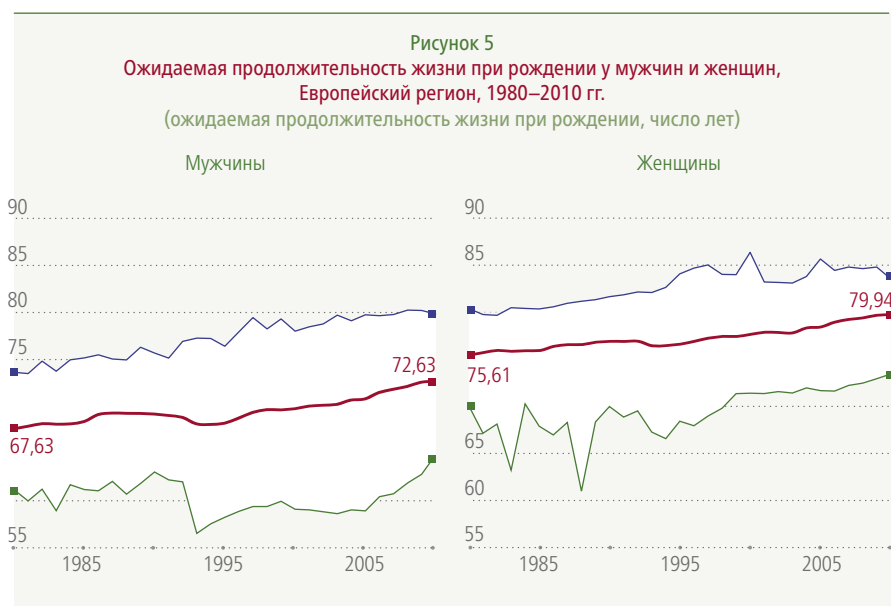


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

выражены неравенства между странами по средней продолжительности жизни мужчин по сравнению с аналогичным показателем для женщин, особенно в период после 1993 г.

Значительные неравенства по показателю средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении документально подтверждены в 46 странах, представивших данные за 2006–2010 гг. (рис. 6): в 26 странах она выше, а в 20 – ниже среднего значения по Региону. Неравенства особенно заметны, когда показатели ожидаемой продолжительности жизни анализируются в разбивке по полу (рис. 7). В среднем разброс между странами более выражен для мужчин (17 лет), чем для женщин (12 лет).

За небольшими исключениями, особенно заметны различия в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в тех странах, где общие уровни продолжительности жизни более низкие (например, меньше 80 лет у женщин). Наименьшие различия этого показателя в зависимости от пола (4 года и меньше) наблюдаются в таких странах, как Израиль, Исландия, Нидерланды, Соединенное Королевство и Швеция, в то время как в Беларуси, Казахстане, Литве, Российской Федерации, Украине, Черногории и Эстонии разрыв составляет 10 лет и больше. Это свидетельствует о том, что по мере роста общей продолжительности жизни в странах параллельно повышается уровень социальной справедливости и неравенства между мужчинами и женщинами сокращаются, что, видимо, позволяет со-

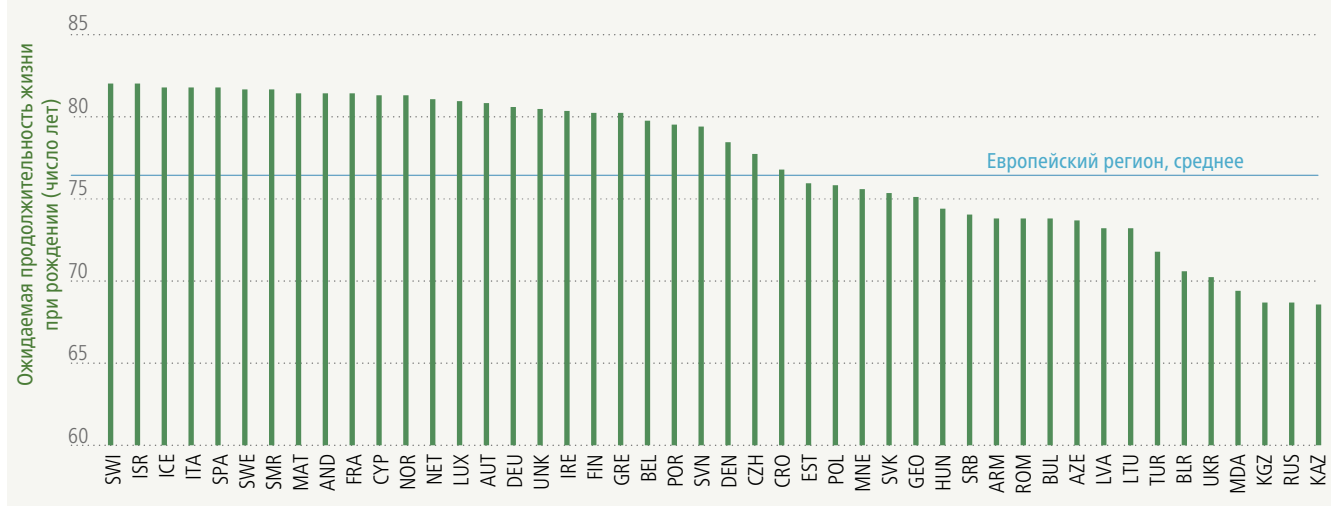


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

мневаться в незыблемости биологического объяснения более высокой продолжительности жизни у женщин. Для сокращения неравенств в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами необходимо воздействовать на социальные детерминанты здоровья, включая формирование более сбалансированных гендерных норм, ролей и моделей поведения, в равной степени позволяющих мужчинам и женщинам достигать наивысшего возможного уровня здоровья.

Рисунок 6

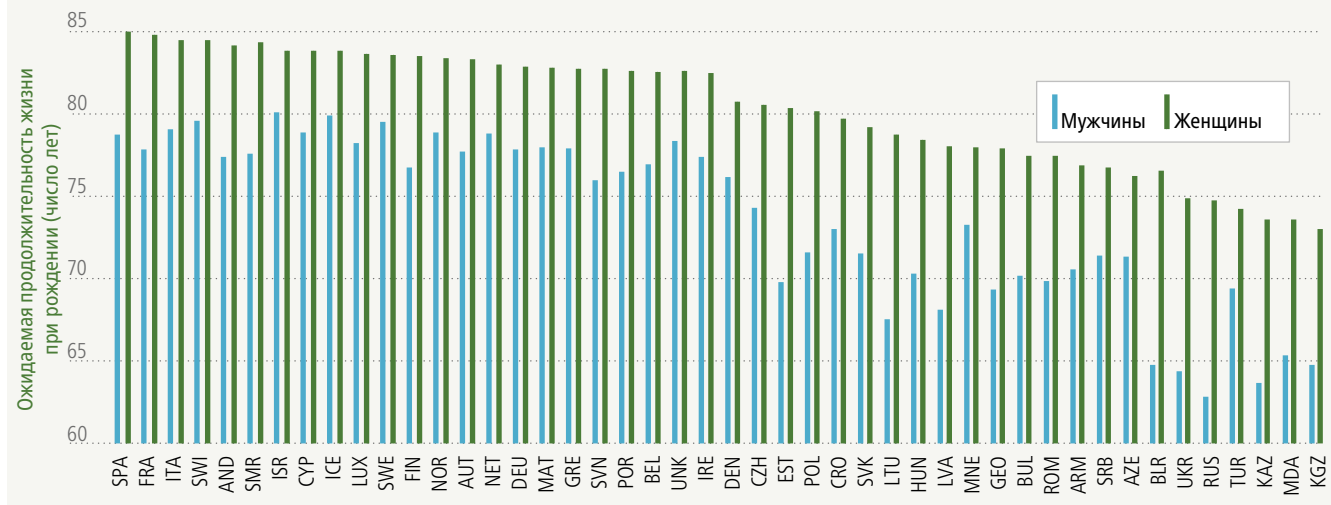
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



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

Рисунок 7

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин и женщин, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



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

Другим параметром для сравнения стран являются темпы улучшений. На рисунке 8 показаны различия в динамике улучшения показателей ожидаемой продолжительности жизни при рождении между 1995 и 2009 г. в разных странах. Прогресс, достигнутый странами и выраженный в значениях прироста на протяжении этих 14 лет, составил от менее 1% до более 10%. Темпы улучшения были относительно более высокими в восточной и центральной частях Европейского региона. У женщин Испании, Италии и Франции прирост составил более 3 лет, и, таким образом, ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла почти 85 лет – самый высокий показатель в Европейском регионе. Женщины этих стран жили в среднем на 5–6 лет дольше своих соотечественников-мужчин. В тот же период в некоторых странах с более низкой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (таких как Венгрия, Израиль, Ирландия, Люксембург, Польша, Румыния, Соединенное Королевство, Турция и Чешская Республика) прирост составил больше 5 лет – либо среди мужчин, либо среди женщин. Вместе с тем в некоторых странах, главным образом в восточной части Европы, продолжительность жизни мужчин уменьшилась или лишь незначительно выросла (до 1,4 года). Тем не менее хотя абсолютные уровни ожидаемой продолжительности жизни при рождении у мужчин были ниже, в период 1990–2010 гг. пропорциональный прирост у них в основном был выше, чем у женщин.

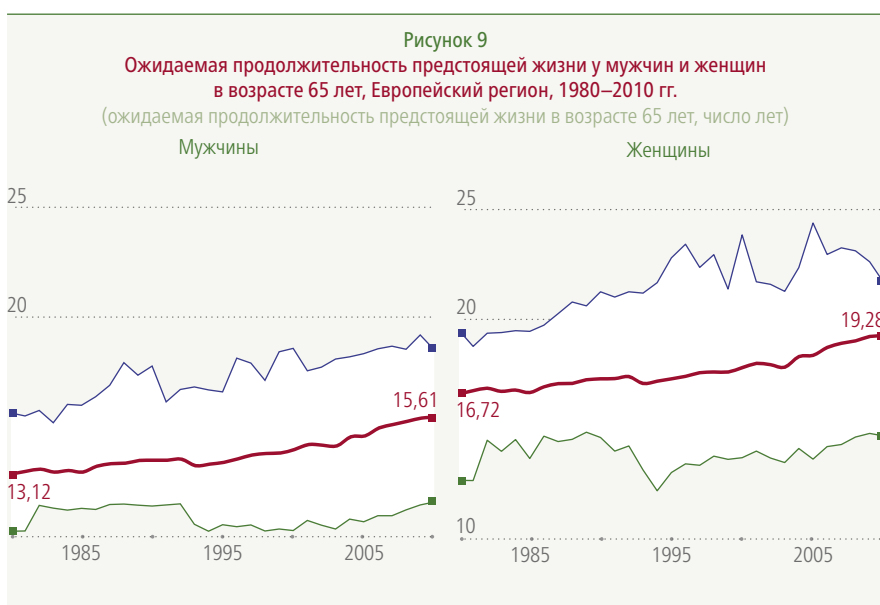


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у пожилых людей

Все больше людей в Европейском регионе живут дольше 65 лет. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет у мужчин составляет в среднем 15,5 лет (рис. 9); пожилые женщины живут примерно на 4 года дольше, чем пожилые мужчины. В среднем, как и в случае ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 65-летние мужчины в 2010 г. не могли рассчитывать на такую же предстоящую продолжительность жизни, какую женщины того же возраста достигли еще в 1980 г. В отдельных странах также наблюдаются значительные неравенства между мужчинами и женщинами по этому показателю.

Ожидаемую продолжительность жизни можно затем разбить на периоды, для того чтобы рассчитать для разных возрастных групп число лет, прожитых в состоянии неполного здоровья из-за сниженных возможностей жизнедеятельности или болезни; это полезный инструмент для планирования и осуществления политики здравоохранения. Хотя женщины в Европейском регионе живут в среднем на 7,5 лет дольше, чем мужчины, различие между полами в числе лет здоровой жизни составляет в среднем только 5 лет; это показывает, что женщины проживают меньшую по сравнению с мужчинами часть своей жизни в состоянии хорошего здоровья (10).



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

Поскольку население стареет, возникает необходимость в удовлетворении дополнительных потребностей в медико-санитарных услугах (в частности, по длительному уходу), а это, в свою очередь, требует соответствующего планирования, чтобы обеспечить службы надлежащим образом подготовленными работниками здравоохранения. В то же время здоровые пожилые люди являются источником полезного опыта и знаний, ценным ресурсом для своих семей и местных сообществ и входят в состав формальной и неформальной рабочей силы. Мониторинг состояния здоровья и благополучия граждан всех возрастов (включая тех, кому за 65) и на протяжении всей жизни обсуждается в главе 3.

Сценарий, угрожающий общему устойчивому росту продолжительности жизни в Европейском регионе, может стать реальностью, если экономические или социальные кризисы будут сопровождаться сокращением расходов на здравоохранение и другие службы и системы социальной защиты, увеличением масштабов экологических катастроф, повышением распространенности вредных для здоровья форм поведения и новых или возвращающихся опасных инфекционных болезней, в том числе с высоким пандемическим потенциалом. Для устойчивого среднего уровня прироста продолжительности жизни необходимы постоянные усилия, направленные на снижение смертности, особенно от болезней системы кровообращения и органов дыхания, инфекционных болезней и внешних причин, таких как травмы и отравления. В следующих разделах дается описание тенденций смертности в Европейском регионе.

Вставка 3

Ожидаемая продолжительность жизни – ключевые положения

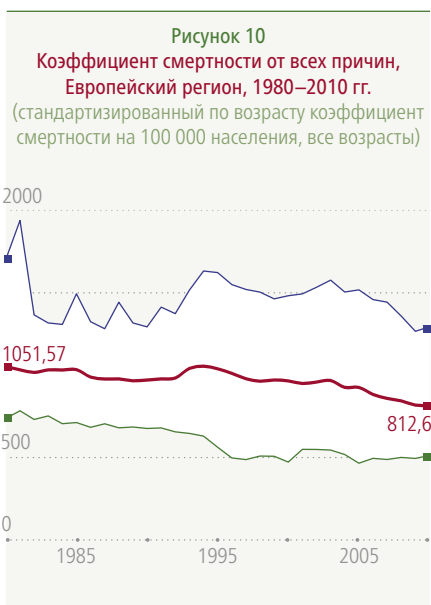
- Одним из главных успехов Европейского региона является то, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 1980 г. на 5 лет и к 2010 г. достигла 76 лет.
- Средний показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении варьирует по странам, в 2010 г. – от 82,2 до 68,7 лет, что составило разброс в 13,5 лет.
- Неравенства в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, как правило, более выражены в странах с более низкими значениями этого показателя, например меньше 80 лет для женщин.
- В 2010 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин составила 80 лет, в то время как мужчины в среднем жили на 7,5 лет меньше – 72,5 года. Также в большей степени выражены неравенства между странами по средней продолжительности жизни мужчин по сравнению с аналогичным показателем для женщин, особенно в период после 1993 г.
- Все больше людей в Европейском регионе живут дольше 65 лет. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет составляет в среднем 15,5 лет.

Смертность

Уровень смертности продолжает оставаться одним из самых надежных индикаторов для мониторинга ситуации и тенденций пагубного воздействия болезней на население. Владея информацией о масштабах смертности и подверженных ей группах, о причинах смерти и других способствующих факторах, можно более конкретно устанавливать приоритеты и разрабатывать стратегии, направленные на снижение бремени болезней, а также определять, какие из этих стратегий являются затратоэффективными и способствуют соблюдению принципов социальной справедливости в отношении снижения смертности и повышения благополучия.

Общая смертность

Общая смертность от всех причин в Европейском регионе продолжала снижаться; в 2010 г. стандартизированный по возрасту коэффициент смертности составил 813 случаев смерти на 100 000 населения (рис. 10). Однако начиная с 1993 г. стали углубляться различия между странами: самый высокий страновой показатель смертности составил 1261, а самый низкий – 497 на 100 000 населения, что определяет трехкратный масштаб неравенств, существующий в Регионе (рис. 11).

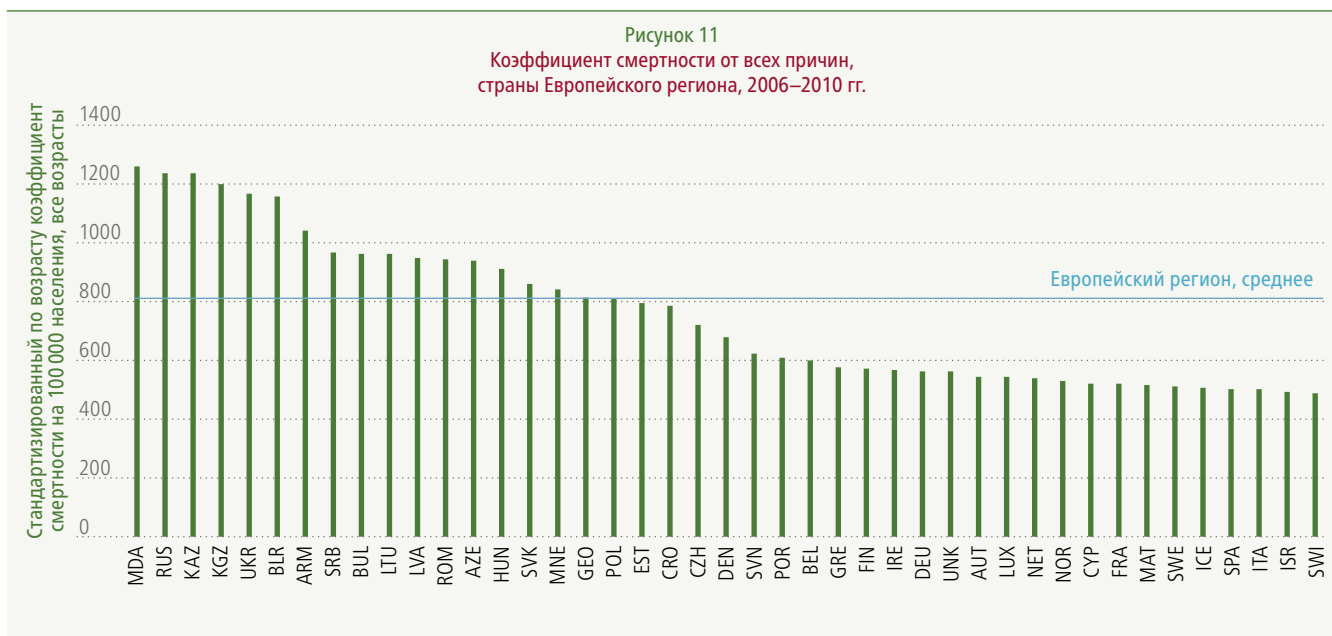


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Для смертности от всех причин характерен географический градиент с самыми высокими показателями в восточной и самыми низкими показателями в западной части Региона (рис. 12).

Зависимость от возраста

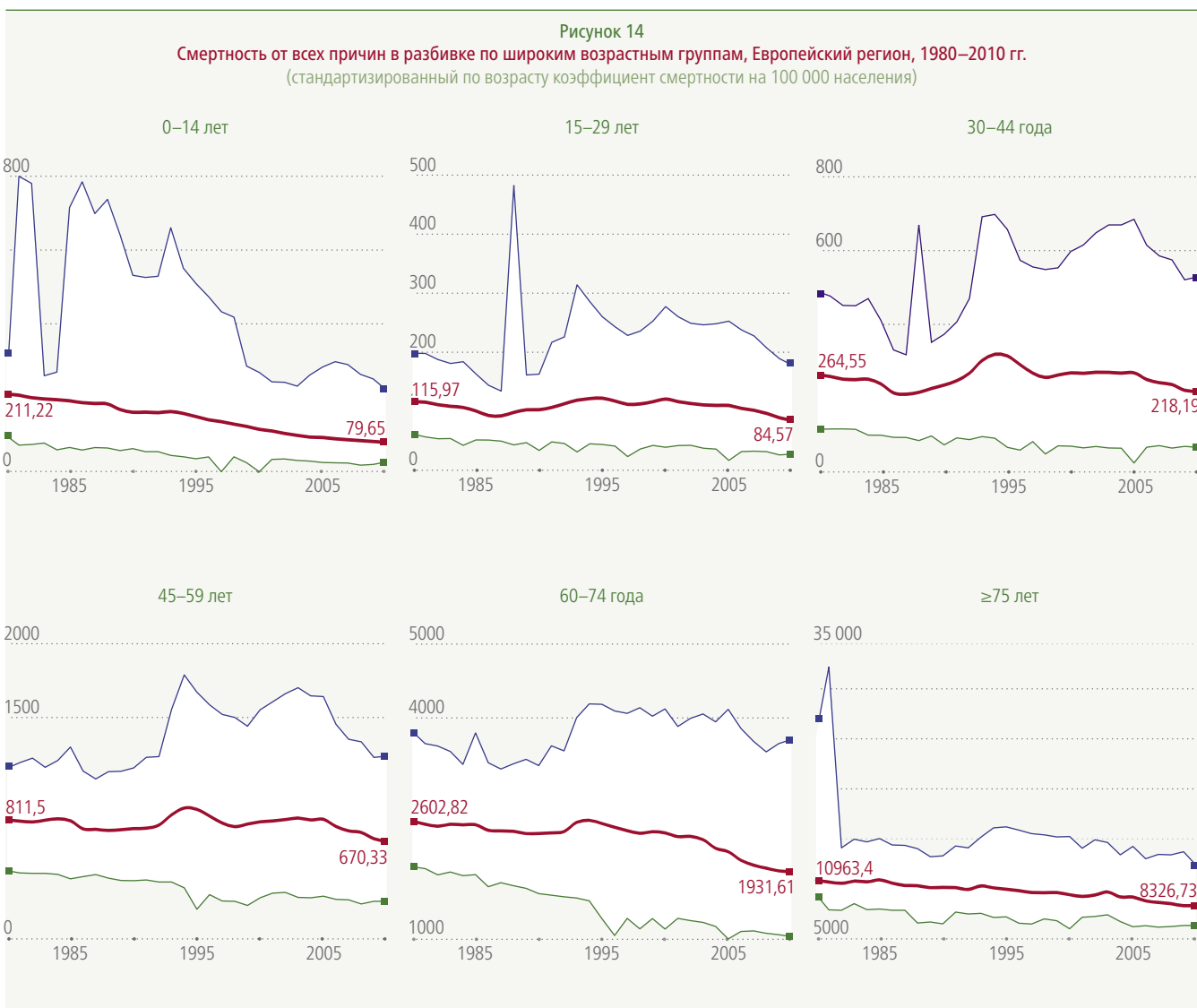
Возрастная структура смертности в Европейском регионе на графике представлена в виде J-образной кривой, которая обычно характерна для населения с более выраженными явлениями демографического сдвига и пользующегося преимуществами более высокого уровня социально-экономического развития. Средние показатели смертности от всех причин характеризуются низким или очень низким уровнем в ранние годы жизни вплоть до раннего взрослого возраста, а затем быстро растут – от двух- до трехкратного масштаба



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

летия – по снижению к 2015 г. уровня смертности детей младше 5 лет на две трети (12) – и для измерения достигнутого в странах прогресса.

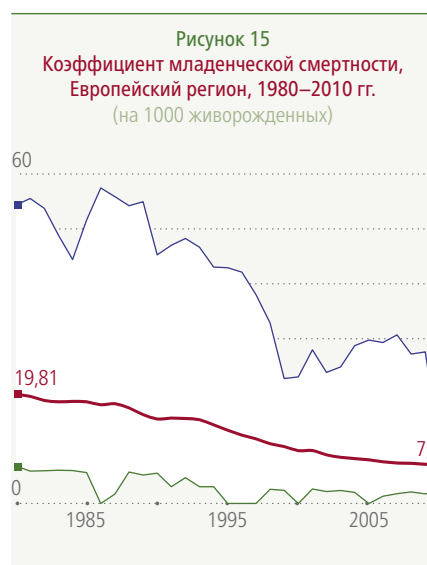
За период с 1990 г. уровни младенческой смертности в Европейском регионе устойчиво снижались и являются самыми низкими в мире (рис. 15). Средний коэффициент младенческой смертности в 2010 г. (число смертей в возрасте до года по отношению к числу живорождений) составил 7,3 на 1000 – снижение на 53% за три десятилетия. Различия между странами уменьшились, особенно после 1997 г., но все еще могут быть весьма значительными: минимальные страновые значения составляют менее 50% от среднего уровня по Региону, а максимальные превышают его более чем на 60%.



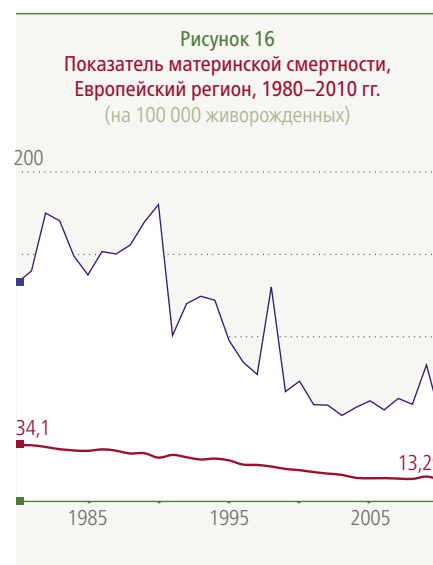
Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Данные о вероятности смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста (на графике не показаны) свидетельствуют о весьма сходных тенденциях: многие страны Европейского региона сообщают о снижении данного показателя. Большинство стран Региона добились существенного прогресса на пути к достижению ЦРТ-4, лишь в некоторых из них показатели детской смертности все еще высоки. Набор поставленных целевых ориентиров представляется достижимым для большинства европейских стран.

Материнская смертность – еще один важный индикатор как здоровья населения, так и гендерного равноправия. По коэффициенту материнской смертности можно судить о доступности и качестве медицинской помощи, которая предоставляется во время беременности, при родах и в послеродовой период. Кроме того, это основной индикатор достижения ЦРТ-5 (13) – снизить материнскую смертность на три четверти к 2015 г. Коэффициент материнской смертности в Европейском регионе составил в 2010 г. 13,3 случаев смерти на 100 000 живорождений. Различия между странами значительные: минимальные страновые значения составляют ниже 60% от среднего уровня по Региону, а максимальные превышают его более чем на 75% (рис. 16). За период с 1990 г. средний коэффициент материнской смертности снизился на 50%, и неравенства между странами сократились. Некоторый рост показателей материнской смертности в восточной части Региона в 2009 г., возможно, был обусловлен повышенной уязвимостью этого контингента в связи с пандемией гриппа, которая вызвала увеличение числа госпитализаций и тяжелых респираторных заболеваний во всем мире.



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



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

Основные причины материнской смертности – акушерское кровотечение, артериальная гипертензия и инфекция. Многие из этих состояний можно предотвратить, используя известные, подтвержденные научными данными затратоэффективные вмешательства (14). Кроме того, доказана прямая связь между материнской смертностью и социально-экономическим статусом женщины, включая уровень образования. Это подчеркивает важность учета гендерных норм и других социальных детерминант здоровья при осуществлении политики и вмешательств, а также строгого соблюдения принципа прав человека при оказании необходимых услуг, включая неотложную акушерскую помощь, которая не должна ложиться финансовым бременем на семьи.

Пожилые люди

Поскольку население Европы стареет, изучение тенденций в динамике смертности помогает предвидеть определенные проблемы, с которыми системы здравоохранения и другие системы социальной защиты столкнутся в будущем. Тенденции, наблюдаемые в широких возрастных группах (таких как люди в возрасте 65 лет и старше), позволяют лучше понять, какой подход потребуется системам здравоохранения для того, чтобы приспособиться к меняющимся нуждам населения и адекватно реагировать на них. Кроме того, следует внимательно отнестись к тому факту, что женщины живут дольше мужчин, но при этом большую, по сравнению с мужчинами, часть жизни проживают при более низком качестве здоровья, чаще страдают одновременно от нескольких заболеваний и в большей степени подвержены инвалидности (15). В Европейском регионе смертность от всех причин среди людей в возрасте 65 лет и старше в целом снижается, достигнув в 2010 г. самого низкого значения – 4549 на 100 000 населения, что на 25% ниже по сравнению с 1980 г. (рис. 17). Отмечаются значительные различия между странами: минимальные страновые значения составляют менее 20% от среднего уровня по Региону, а максимальные превышают его более чем на 40%. Необходимо тщательно отслеживать эти тенденции на региональном и страновом уровнях.

Вставка 4 Смертность – ключевые положения

- Хотя в Европейском регионе общая смертность от всех причин продолжает снижаться, тенденции в отношении показателей смертности указывают на значительный разрыв между группами стран.
- Возрастная структура смертности в Регионе характеризуется низкими или очень низкими показателями в ранние годы жизни и в раннем взрослом возрасте, а затем резким повышением.
- Показатели детской смертности (до 5 лет) в Европейском регионе самые низкие в мире: 79 случаев на 1000 живорожденных. Однако существуют выраженные различия в показателях между странами – от 50% ниже до 60% выше среднего уровня по Региону.
- Коэффициент материнской смертности в Регионе в 2010 г. составил 13,3 случая на 100 000 живорожденных – это на 50% меньше, чем в 1990 г., причем здесь также наблюдаются большие различия между странами.
- В Европейском регионе смертность от всех причин среди людей старше 65 лет снизилась, однако имеются существенные различия между странами в уровнях и структуре причин смертности. Эти тенденции помогут уже сегодня предвидеть определенные проблемы, с которыми системам здравоохранения придется столкнуться в будущем.

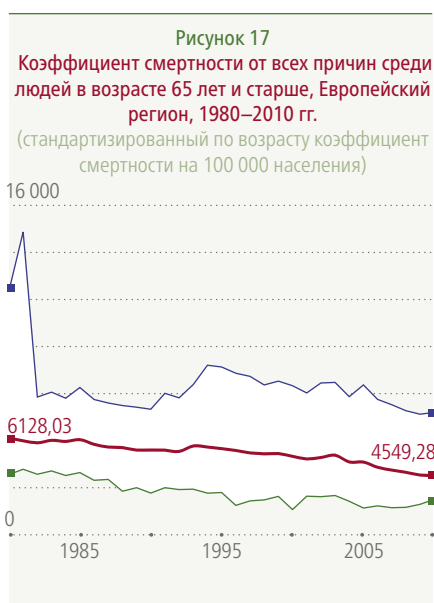
Причины смерти

Анализируя данные о смертности в разбивке по причинам смерти, можно установить их распределение и выраженность среди насе-

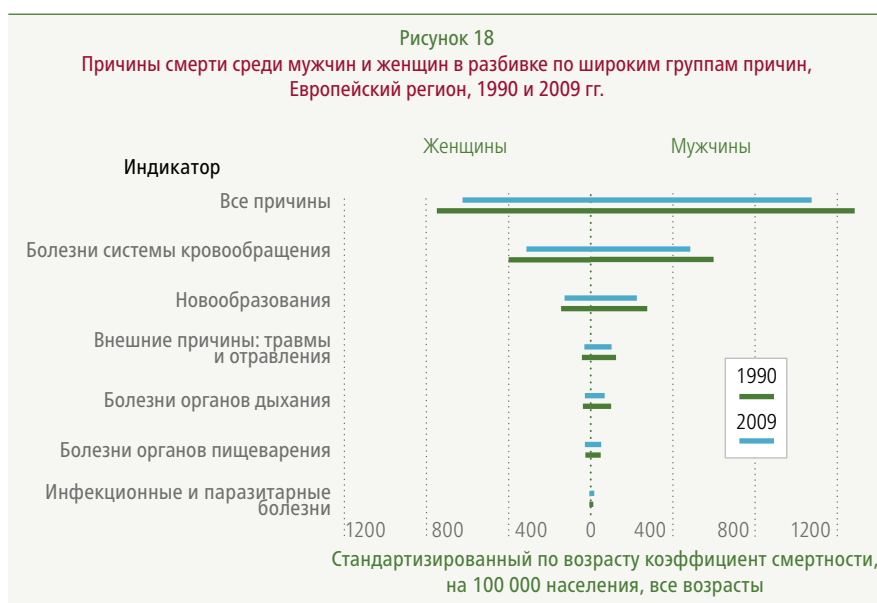
ления, что дает ценную информацию для разработки политики и программ. В Европейском регионе меняется структура заболеваемости: на первый план выходят те причины смерти, которые связаны с происходящими демографическими изменениями и имеющимися социально-экономическими условиями.

Ведущие причины

Уровень смертности в Регионе, обусловленный всеми конкретными основными причинами (среди мужчин и женщин и в совокупности всех возрастных групп), за период с 1990 по 2009 г. снизился (рис. 18). По состоянию на 2009 г. самой распространенной причиной смерти – около 80% случаев – были неинфекционные заболевания (НИЗ). Среди широких групп причин на болезни системы кровообращения приходилось почти 50% случаев смерти, при более высоких показателях у мужчин, чем у женщин. В разных странах доля этих болезней в общей смертности составляет от менее 30% до более 65%. Следующая по частоте причина смерти – злокачественные новообразования; на нее приходится 20% смертей в Регионе – от примерно 5% до более 30% в некоторых странах. Третья основная группа – внешние причины смерти (травмы и отравления), которые составляют 8% от общей смертности, также с разбросом между странами.



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



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

Половозрастные профили причин смертности

Профили смертности в разбивке по возрастным группам и полу дают наглядное представление об относительном значении причин смерти на разных этапах жизни и обеспечивают исходными данными для разработки целенаправленных стратегий и вмешательств (рис. 19). Например, среди младенцев почти 60% всех случаев смерти приходится на заболевания органов дыхания и внешние причины. Эти причины



продолжают оставаться выраженными вплоть до достижения 15-летнего возраста, обуславливая, наряду с новообразованиями, почти 75% всех случаев смерти. Люди в возрасте 15–39 лет, особенно мужчины, умирают в основном от внешних причин. У женщин в этой возрастной группе выше, чем у мужчин, вероятность умереть в результате развития новообразования. Значение болезней системы кровообращения и новообразований с течением жизни увеличивается; в пожилом возрасте они обуславливают около 80% случаев смерти.

Таблица 1 иллюстрирует различия и структуру смертности по шести широким группам причин смерти среди стран Европейского региона, представивших данные за недавние годы. Ряд конкретных причин смертности в странах Региона обсуждается более подробно в следующем разделе.

Конкретные причины

Более 70% смертности приходится на возраст старше 65 лет, после предшествующего заболевания, продолжавшегося в течение ряда лет. Оценка преждевременной смертности (среди людей моложе 65 лет) – информативный метод определения приоритетов в области общественного здравоохранения и выбора стратегий и программ, цель которых – отсрочить по возрасту развитие болезней и инвалидности.

Тенденции показывают, что наиболее важной причиной преждевременной смертности в Европейском регионе остаются болезни системы кровообращения – почти 100 случаев на 100 000 населения в 2010 г. За последние 20 лет самый высокий уровень был зарегистрирован в 1995 г., после чего последовало снижение на 30% (рис. 20). В этот период также снизилась (на 20%) смертность от злокачественных новообразований. Особенно впечатляющие успехи достигнуты в отношении внешних причин смерти, частота которых с 1995 г. уменьшилась на 40%. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней, напротив, увеличилась примерно на 30% по сравнению с минимальным уровнем, достигнутым в 1990 г., а смертность от болезней системы пищеварения практически не изменилась, при этом они наблюдались реже по сравнению с другими заболеваниями. Колебания уровней смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин вполне могут быть связаны с повышенным стрессом и экономическими трудностями, которые пережило население ряда стран Региона (рис. 21).

Таблица 1
Показатели смертности по основным широким группам причин смерти,
страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.

Страна	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения, все возрасты					
	Болезни системы кровообращения	Новообразования	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Внешние причины	Инфекционные и паразитарные болезни
Украина	732,7	158,2	51,4	33,5	88,4	30,4
Республика Молдова	715,2	164,1	118,6	69,6	97,3	18,8
Кыргызстан	692,7	109,2	78,1	97,1	80,9	21,8
Российская Федерация	683,0	180,4	56,6	49,7	147,2	22,5
Казахстан	626,4	156,6	58,0	64,6	114,6	19,4
Болгария	604,9	157,5	31,6	38,2	35,0	6,4
Беларусь	587,2	162,9	43,1	34,8	133,6	11,2
Азербайджан	551,6	87,6	60,4	55,9	28,6	5,6
Румыния	539,8	179,8	58,0	49,0	53,3	10,1
Армения	532,2	189,9	56,1	73,4	39,4	9,1
Сербия	506,6	205,9	32,4	35,3	42,8	4,0
Литва	496,8	193,0	56,3	35,6	115,8	11,9
Латвия	479,5	194,8	37,4	22,7	86,7	11,5
Грузия	476,0	92,2	21,8	14,8	27,3	5,3
Черногория	460,8	128,7	20,0	35,5	35,2	0,9
Словакия	446,6	198,9	49,8	49,4	51,0	4,9
Венгрия	421,2	246,4	65,6	43,4	59,0	3,3
Эстония	408,3	187,9	35,6	21,8	76,3	7,6
Хорватия	370,8	210,8	39,7	27,9	52,7	5,3
Польша	356,3	207,6	37,0	40,1	57,6	5,4
Чешская Республика	344,1	198,2	34,2	40,2	48,1	3,4
Греция	244,6	153,6	14,5	49,5	29,6	4,6
Словения	231,8	199,8	40,7	35,4	59,9	3,0
Финляндия	213,6	138,2	32,6	21,3	60,5	4,2
Германия	208,7	162,5	30,3	37,0	27,9	9,1
Австрия	206,6	159,5	25,3	27,7	37,3	4,7
Дания	193,5	212,6	38,5	60,6	39,0	9,6
Кипр	191,6	118,8	14,3	35,9	33,2	4,1
Ирландия	191,6	181,8	22,5	65,2	29,4	3,5
Мальта	189,3	153,9	16,0	47,1	24,8	0,9
Люксембург	186,2	157,7	26,4	39,8	43,5	15,8
Бельгия	182,7	175,0	27,6	60,2	49,0	13,4
Швеция	182,2	145,4	16,7	27,3	35,4	7,9
Португалия	177,6	158,3	29,3	60,5	33,0	17,1
Италия	173,8	168,0	21,4	28,6	27,4	7,7
Исландия	172,8	157,2	14,0	39,4	34,7	2,8
Соединенное Королевство	169,2	175,9	31,7	69,6	27,5	7,0
Швейцария	161,4	149,1	20,5	27,3	37,7	5,5
Норвегия	151,8	159,8	16,1	45,3	39,1	9,2
Нидерланды	146,7	186,7	20,6	48,1	25,4	7,9
Испания	143,1	157,7	26,6	50,2	24,4	9,8
Франция	126,1	174,5	24,7	27,6	44,4	9,9
Израиль	121,3	143,9	16,9	36,1	26,0	18,3

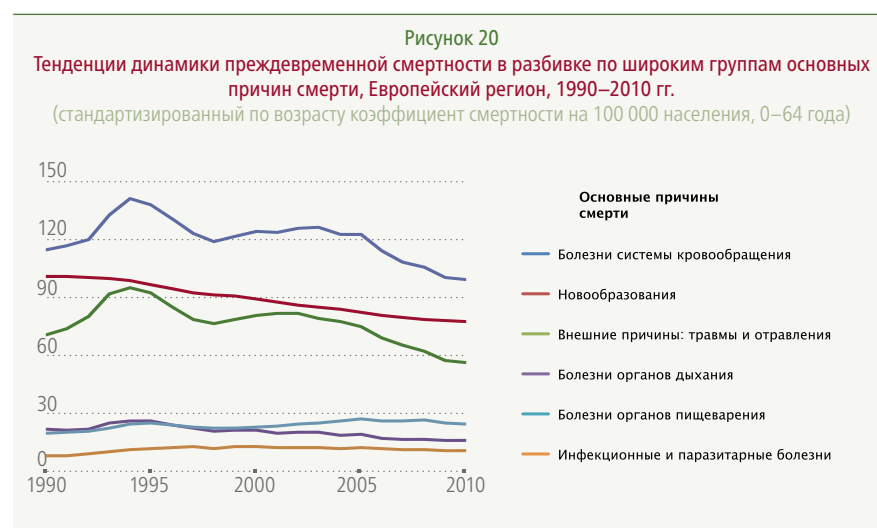
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Что касается преждевременной смертности от ведущих причин, в течение последних 30 лет наблюдались тенденции к снижению, за исключением болезней органов пищеварения, а также инфекционных и паразитарных болезней. Уровни преждевременной смертности от болезней системы кровообращения существенно различаются в странах Региона, разброс в уровнях смертности от новообразований выражен в меньшей степени, эти тенденции более подробно освещены ниже.

Болезни системы кровообращения

К основным болезням системы кровообращения относятся ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, общая доля которых в структуре смертности в Европе составляет 35%. Последние данные показывают, что показатели смертности от болезней системы кровообращения значительно варьируются между странами Региона (рис. 22), а также в зависимости от возраста, пола и распределения основных детерминант. Например, усредненный показатель преждевременной смертности от ишемической болезни сердца для Европейского региона составляет 47,5 на 100 000 населения, при этом в отдельных странах этот показатель может быть примерно в 5 раз выше для мужчин, чем для женщин (рис. 23). Для мужчин максимальные страновые показатели почти в 13 раз выше минимальных.

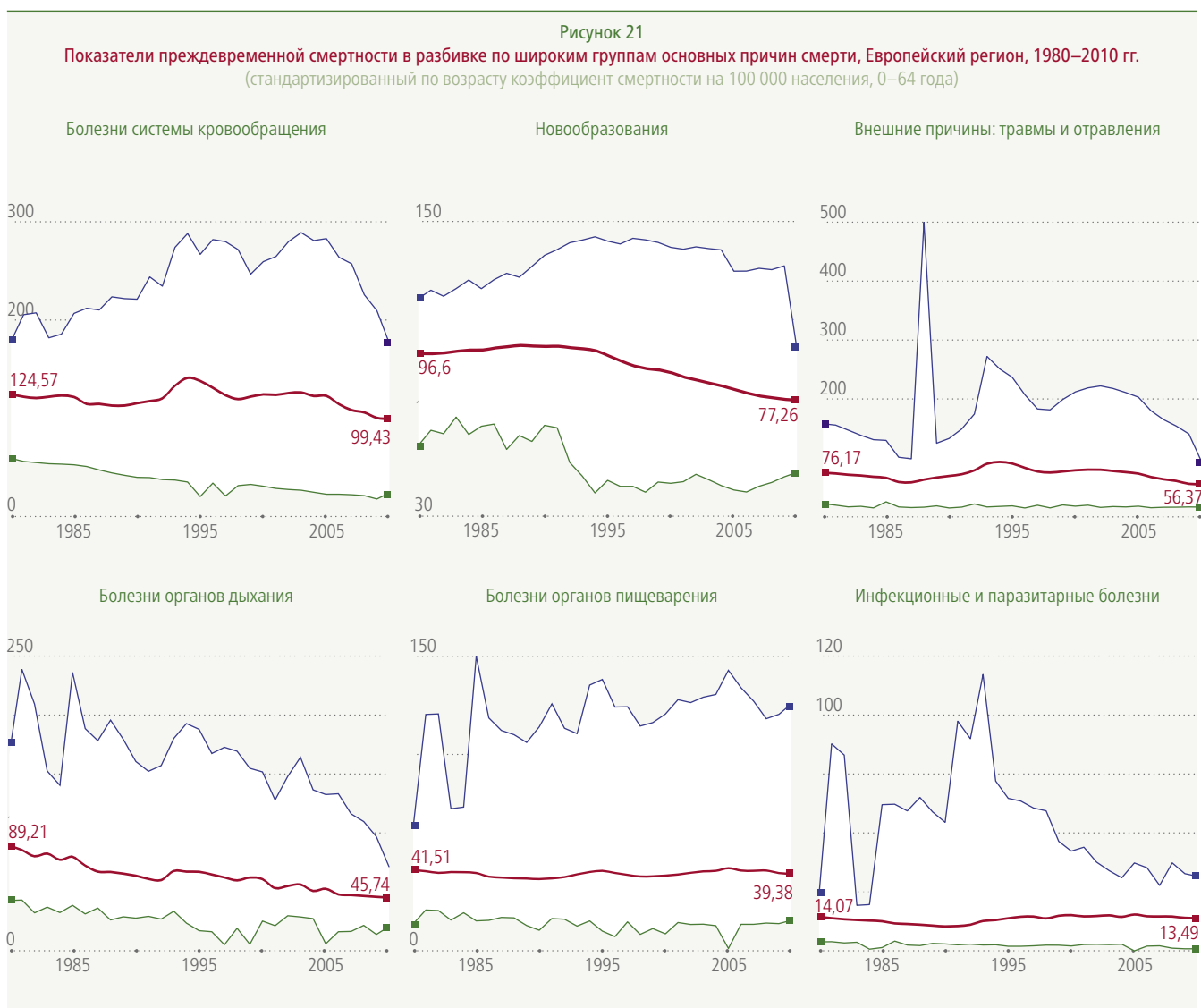
Хотя уровни преждевременной смертности от ишемической болезни сердца в целом снижаются, в некоторых странах на востоке Регио-



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

на темпы снижения более низкие, наблюдается стагнация или – что вызывает особую озабоченность – небольшой рост. Для преждевременной смертности от цереброваскулярных заболеваний в Регионе модели и тенденции аналогичные. Фактические данные показывают, что ситуацию можно улучшить, если страны направят свои усилия на устранение комплекса предотвратимых факторов риска, включающих высокий общий уровень потребления алкоголя и бытовое пьянство, повышенный уровень стресса и слабую социальную поддержку.

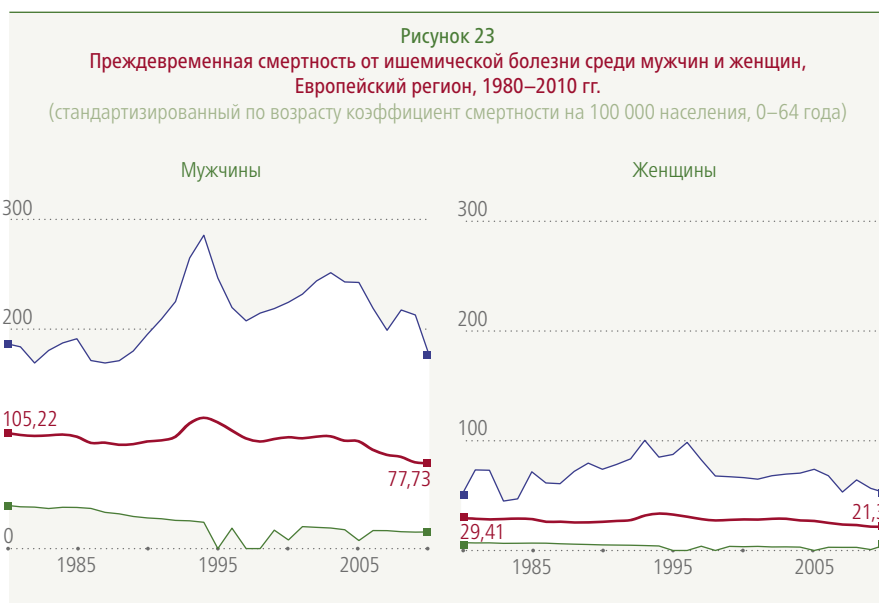
Кроме того, глобальная оценка показала, что почти 50% бремени этих болезней может быть связано с повышенным артериальным



давлением (систолическое давление ≥ 115 мм рт. ст.) (17). Широкий спектр социальных и экономических детерминант здоровья, в частности экономический спад, обостряют эти факторы риска. Для улучшения здоровья и благополучия в целом и снижения уровня преждевременной смертности от болезней системы кровообращения воздействие на эти факторы и на комплекс детерминант (таких как ожирение, избыточное потребление соли и дефицит физической



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



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

активности) должно рассматриваться как приоритетный компонент скоординированной политики и вмешательств.

Злокачественные новообразования

Общая ситуация

Злокачественные новообразования – вторая ведущая причина смерти в странах Европейского региона. По последним имеющимся данным, на них приходится около 20% всех случаев смерти в Регионе. Структура смертности и заболеваемости отличается в зависимости от типа новообразования, но в целом подавляющая часть смертности приходится на рак легких и толстой кишки (рис. 24).

В частности, около 50% онкологической смертности среди мужчин обусловлено новообразованиями легких, толстой кишки, желудка и предстательной железы, а среди женщин в 60% случаев это опухоли молочной железы, легких, желудка, ободочной кишки, шейки матки и яичников. Представленные данные по онкологической заболеваемости более фрагментарны, чем данные о смертности, но они необходимы для расчета летальности (см. ниже). По данным GLOBOCAN (2008 г.) (18), в государствах-членах Европейского союза (ЕС), в которых проживает около 55% всего населения Европейского региона, ежегодно регистрируется примерно 2,5 млн новых случаев онкологических заболеваний.

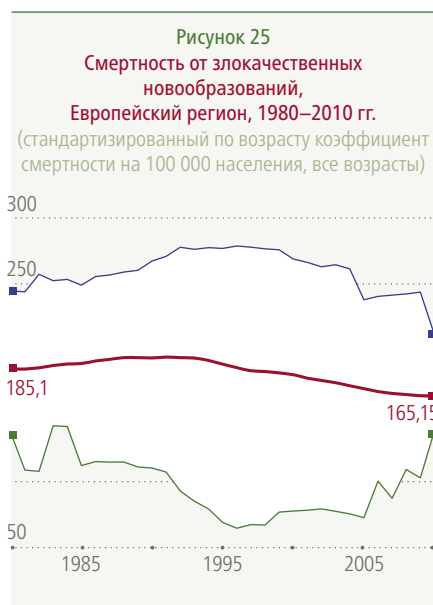


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» и GLOBOCAN (6, 18).

В странах Региона наиболее часто встречаются новообразования легких, молочной железы (женщины), толстой кишки и предстательной железы, и к 2020 г. прогнозируется дальнейший рост этих видов онкологической заболеваемости. По информации, полученной из базы данных «Здоровье для всех» (6), общая частота возникновения новообразований в Европейском регионе составляет 379 случаев на 100 000 населения, что соответствует увеличению на 32% за период с середины 1980-х годов. В некоторых частях Региона заболеваемость выросла почти вдвое.

Общее повышение онкологической заболеваемости отражает изменение профиля причин смерти, связанное с устойчивым снижением смертности от болезней системы кровообращения и увеличением ожидаемой продолжительности жизни (см. выше). Люди стали жить дольше, а большинство злокачественных новообразований развиваются в течение длительного времени и имеют продолжительный латентный период; этим отчасти объясняется повышение уровня заболеваемости. В 28 европейских странах, в основном в западной части Региона, новообразования заняли место болезней системы кровообращения в качестве ведущей причины преждевременной смерти.

В целом по Региону с середины 1990-х годов наблюдается снижение общей смертности от рака, и к 2009 г. она уменьшилась на 15% (рис. 25). Среднее значение по Региону составляет 168 смертей на 100 000 населения, и с 2005 г. наблюдается устойчивое сокращение различий между странами. Что касается возраста и пола, то показатели онкологической смертности демонстрируют экспоненциальный рост после 30 лет, и у мужчин они выше, чем у женщин, во всех возрастных группах. У мужчин, достигших 60 лет, риск смерти от рака на 50% выше, а по достижении 65 лет в два раза выше, чем у женщин.



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

Летальность

Сопоставив показатели смертности и заболеваемости, можно дать грубую оценку летальности, которая является индикатором выживаемости при раке после постановки диагноза и дает представление об эффективности скрининга, диагностики и лечения. В 2008 г. уровень летальности при раке легких (отношение числа умерших к числу заболевших) в ряде европейских стран составил в целом 86%. Страны с достаточным постоянством сообщали о высоких уровнях летальности; это свидетельствует о том, что эффективного лечения или способов отсрочить смертельный исход после постановки диагноза рака легких пока не существует. Подтверждением этому служат оценки пятилетней выживаемости из последнего отчета

EUROCARE-4 (19): за 10 лет низкий уровень выживаемости (менее 10%) не претерпел существенных изменений.

Совершенно иная картина наблюдается в отношении рака молочной железы у женщин, летальность при котором составляет в среднем 30%. По данным доклада EUROCARE-4 (19), показатели пятилетней выживаемости относительно высокие: за 10 лет они увеличились с 74 до 83%. Несмотря на различия в уровнях заболеваемости в странах, уровни смертности одинаково низкие, что свидетельствует об эффективности схем ранней диагностики и лечения рака молочной железы.

Основные виды злокачественных новообразований

Коэффициенты смертности от основных видов рака среди мужчин и женщин показывают, что на рак легких (который в значительной степени предотвратим, поскольку его основная причина – табакокурение) приходится самое большое число смертей в Европейском регионе; за ним следуют рак толстой кишки и рак желудка (рис. 26). В целом коэффициент смертности для рака легких в 2009 г. составил 17 на 100 000 населения с колебаниями по странам Региона. Рак легких встречается в 2–3 раза чаще рака толстой кишки. Рак молочной железы – самая распространенная причина смерти среди женщин (средний коэффициент смертности – 14 на 100 000), за ним следуют рак шейки матки и яичников. В странах Региона уровни смертности от рака молочной железы примерно одинаковые.



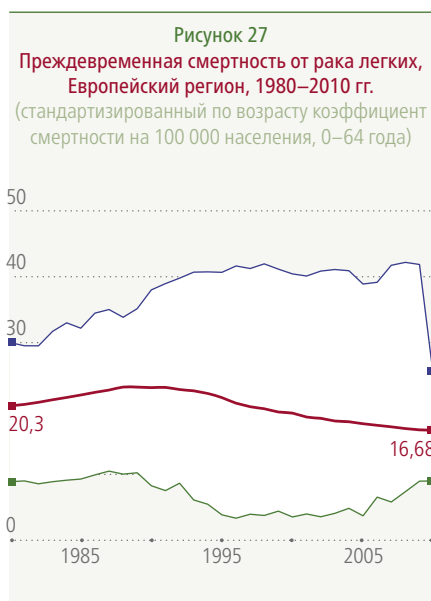
Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Виды злокачественных новообразований, встречающиеся у мужчин и у женщин

В тенденции средних показателей преждевременной смертности (смерть до достижения 65 лет) от рака легких в Регионе прослеживаются два отдельных периода: рост в 1980–1990 гг. и последующее постепенное снижение. Однако различия между странами значительные; в некоторых из них до последнего времени показатели были вдвое выше по сравнению со средним уровнем по Региону (рис. 27).

По данным из стран отмечено значительное снижение смертности за период с 1995 по 2009 г., особенно на востоке Региона (рис. 28), хотя в некоторых странах этот показатель продолжает расти. В среднем показатели снижаются у мужчин, но остаются на том же уровне или повышаются у женщин. Тем не менее в целом по Региону показатели преждевременной смертности от рака легких у мужчин все еще оставались более чем вдвое выше (рис. 29).

Анализ распределения показателей преждевременной смертности от рака легких среди стран Региона показывает, что самые высокие показатели – более 25 на 100 000 населения – наблюдаются в странах Центральной Европы (рис. 30). Более высокие показатели преждевременной смертности также коррелируют с более значительной распространенностью курения, что, в свою очередь, определяется относительной дешевизной табачных изделий, отсутствием ограничений на рекламу (и на прочие маркетинговые стратегии) и другими

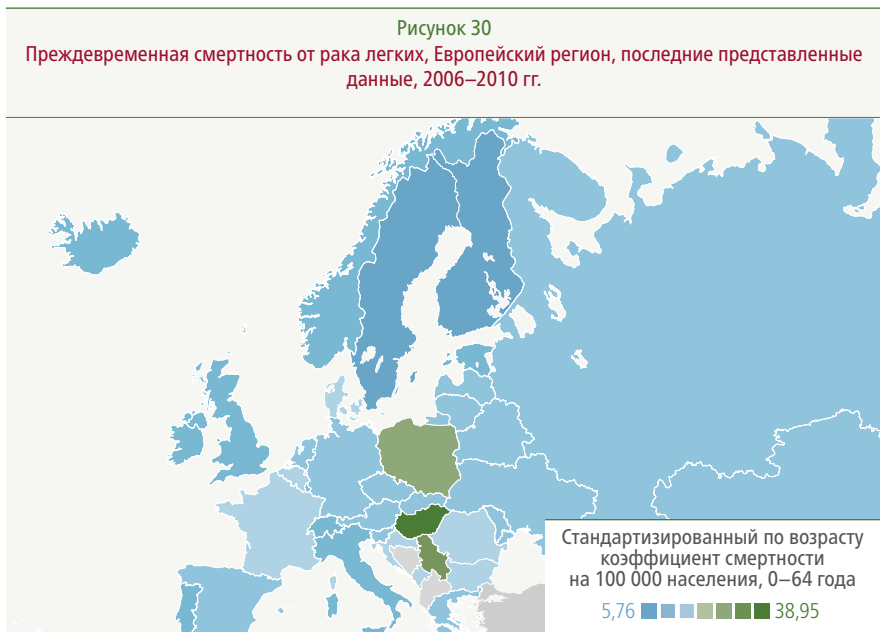


неблагоприятными факторами, проявляющимися в тех условиях, когда национальная политика не рассматривает вопросы общественного здравоохранения в качестве приоритетных.

К другим, менее распространенным, но значимым видам рака относятся рак желудка, толстой кишки и печени. По сравнению с раком легких уровни и тенденции для этих видов рака характеризуются

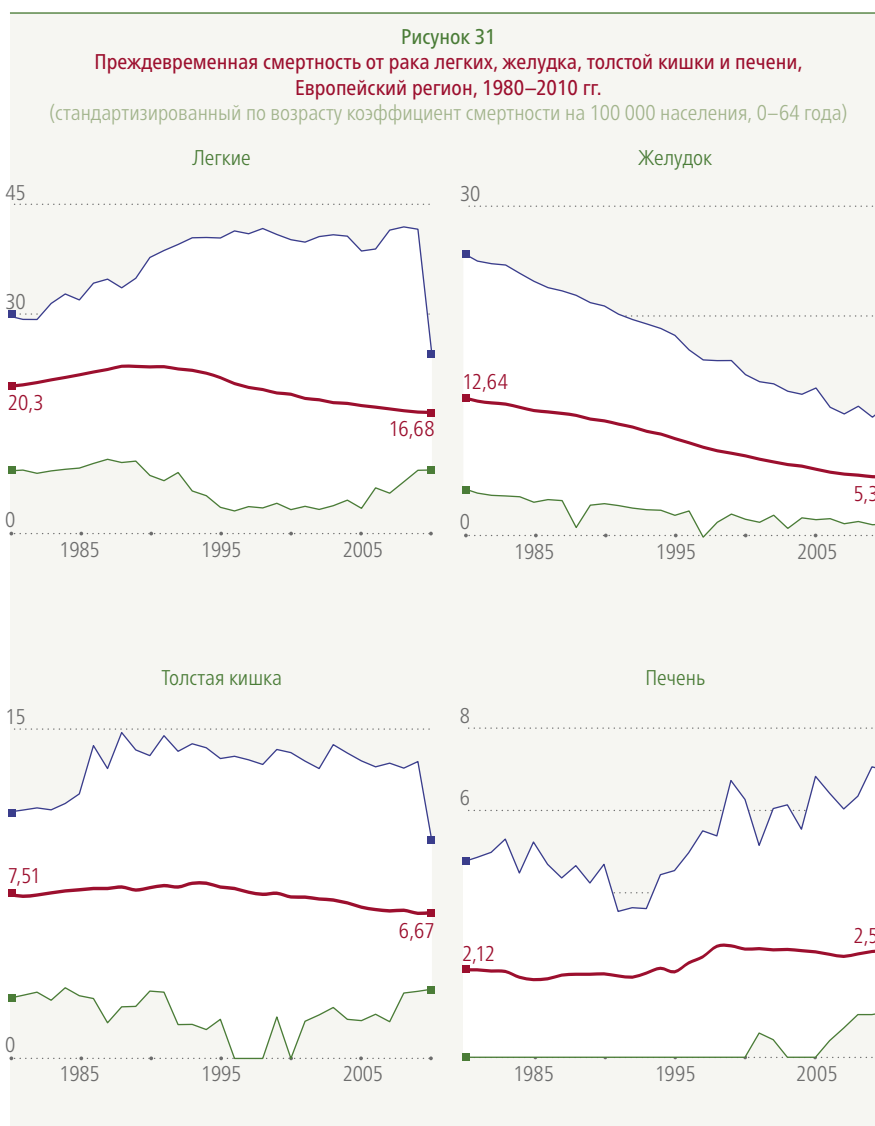


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



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

более выраженным разнообразием и неравенствами среди стран Региона (рис. 31). Уровень преждевременной смертности от рака толстой кишки (вторая по значимости причина смерти после рака легких) незначительно снизился до 7 случаев на 100 000 населения в 2010 г., по сравнению с его наивысшими уровнями в начале 1990-х годов. Это снижение является примером изменения восходящей тенденции, наблюдававшейся в течение 1980-х годов, на противоположную с ощутимыми улучшениями. Этому способствовали такие факторы, как скрининг, ранняя диагностика и использование более эффективных схем лечения. Один из приоритетов в борьбе с преждевременной смертностью – обеспечить внедрение этих эффективных вмешательств во всех странах Европейского региона.



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Что касается общей ситуации в отношении рака желудка, то в период с 1980 г. в Регионе наблюдается равномерное и неуклонное снижение, составившее около 60%; показатель преждевременной смертности к 2009 г. упал до 5 случаев на 100 000 населения. Прогресс может быть связан со снижением уровня потребления некоторых продуктов, содержащих канцерогены (например, нитраты), а также с открытием роли и методов лечения инфекции, вызываемой *Helicobacter pylori* – микроорганизмом, способствующим канцерогенезу. Несмотря на имеющийся разброс значений, страны восточной части Региона добились значительного улучшения в данной области и приближаются по своим показателям к странам центральной и западной частей.

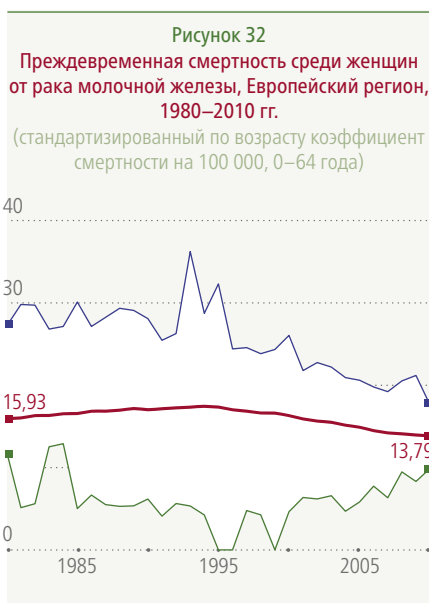
Иная картина в отношении рака печени. Хотя абсолютные показатели ниже, преждевременная смертность от рака печени в Европейском регионе растет (особенно с 1995 г.), достигнув в среднем 3 случаев на 100 000 населения; при этом наметилась тенденция к сближению показателей между странами. Для выявления того, связаны ли эти изменения с диагностикой или с классификационными кодами болезней, потребуется дополнительная оценка роли связанных состояний (таких как хронические заболевания печени) и факторов риска (таких как употребление алкоголя).

Виды злокачественных новообразований у женщин

Из всех видов рака у женщин самые высокие показатели смертности связаны с раком молочной железы при их относительно равномерном распределении по всему Региону. И это несмотря на то, что соответствующий средний коэффициент преждевременной смертности снизился в Регионе до 14 случаев на 100 000 – значительное снижение (на 21%) после наблюдавшегося около 1995 г. пика смертности (рис. 32).

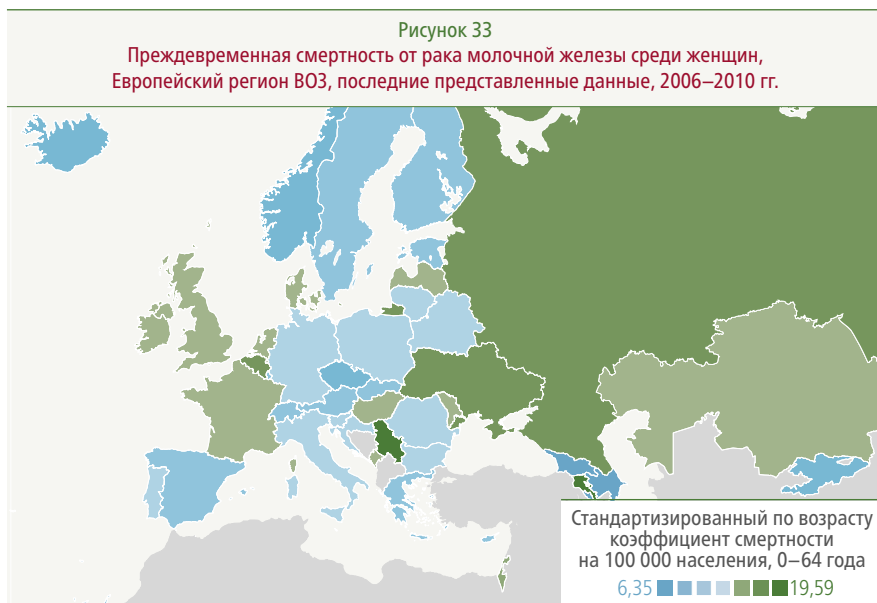
Последние отчетные данные показывают тенденцию к сближению показателей смертности, хотя в странах восточной части Региона необходимы определенные дополнительные усилия, чтобы сравняться с другими странами. Использование инновационных медицинских технологий (в том числе в области диагностики, консервативного лечения и хирургических вмешательств) в сочетании с расширением доступа к ним привело к сокращению смертности, несмотря на высокую заболеваемость, иными словами – к снижению летальности. Как и в отношении рака толстой кишки и желудка, это является важным успехом сектора здравоохранения и результатом активных действий в более широкой социальной сфере, в том числе предпринимаемых многочисленными неправительственными организациями.

Характер распределения преждевременной смертности от рака молочной железы по странам отличается от других болезней (рис. 33): более низкие показатели регистрируются в южных и северных частях Европы, что может быть связано с определенными культурными и генетическими факторами. Разброс между самым высоким (20 на 100 000) и самым низким (6 на 100 000) значениями коэффициента смертности в разных странах демонстрирует трехкратные различия в уровнях риска смерти от рака молочной железы.

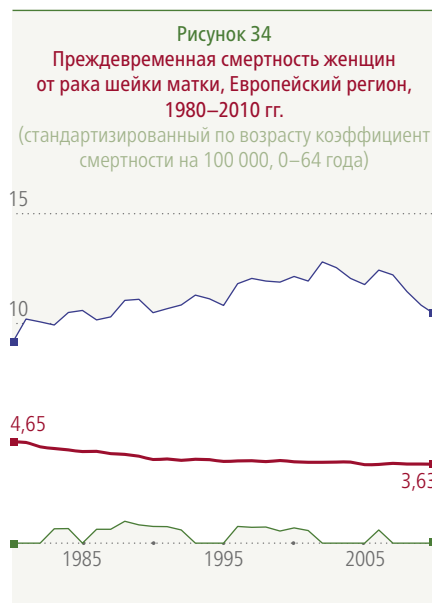


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Борьба с раком шейки матки – важный компонент программ охраны здоровья женщин в Регионе и по-прежнему актуальный пункт повестки дня здравоохранения. Сегодня потенциально доступны знания об этой форме рака и недорогостоящие медицинские технологии для скрининга, диагностики и лечения, однако случаи рака шейки матки продолжают выявляться и приводить к смертельным исходам. Это связано с целым рядом социальных детерминант здоровья, в том числе с неравенствами в доступе к услугам здравоохранения, что ведет к проявлениям социальной несправедливости по показателям здоровья. Тем не менее использование стандартных подходов к борьбе с раком шейки матки повлияло на ситуацию в странах: тенденции преждевременной смертности на региональном уровне показывают, что определенный уровень контроля этого заболевания достигнут. Согласно самым последним данным, средний стандартизированный по возрасту коэффициент



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



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

смертности составил 4 случая на 100 000 женщин (рис. 34). Но при этом остаются широкие различия между странами Региона, что служит основанием для продолжения полезного обмена методами наилучшей практики, а также для адаптации этих методов к использованию в разных условиях.

Внешние причины: травмы и отравления

Общая ситуация

Травмы и отравления также являются важными причинами смерти в Европейском регионе, на них приходится 9% всех случаев. К ним относится целый комплекс частных причин смерти, в том числе дорожно-транспортные несчастные случаи, падения, самоубийства и убийства. По своей сути все смерти от этих причин являются преждевременными и предотвратимыми. Некоторые возражают против использования термина «несчастный случай» (accident), аргументируя тем, что, например, большинство дорожно-транспортных происшествий происходит не из-за неуправляемого стечения обстоятельств, а в результате отсутствия соответствующих норм и правил или их ненадлежащего выполнения. В отличие от других причин преждевременной смертности, описанных ранее, роль этих специфических причин чрезвычайно важно исследовать во всех возрастных группах (на протяжении всей жизни). Кроме того, эти показатели смертности полезно использовать для предоставления информации о состоянии и безопасности окружающей среды, а также о распространенности и тенденциях в отношении некоторых опасных форм поведения среди населения. Как показано ранее (см. рис. 19), смертность от внешних причин выше среди мужчин, чем среди женщин, и непропорционально сконцентрирована в наиболее экономически продуктивном периоде жизни.

Смертность от всех внешних причин в Европейском регионе в 2010 г. составила 63 случая на 100 000 населения и, по сравнению с 1990 г., снизилась на 20% (рис. 35). Как отмечено на вставке 1, резкие подъемы являются отражением природных бедствий и антропогенных катастроф. Однако последние данные указывают, что на уровне стран все еще существуют выраженные различия: от менее 27 до более 180 случаев на 100 000 населения – семикратная разница (рис. 36). Важными социальными детерминантами смертности от внешних причин являются ухудшения социально-экономической ситуации.



Основные виды

Среди внешних причин смерти в Европейском регионе по частоте доминируют несчастные случаи (дорожно-транспортные происшествия, отравления, падения, утопления, воздействие дыма и пламени), самоубийства и самоповреждения, убийства и нападения. В период 1980–2009 гг. документально подтверждено снижение смертности от этих причин (рис. 37), однако между странами на-



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



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

блюдались существенные различия. Например, уровни смертности в результате самоубийств, утоплений, дорожно-транспортных происшествий и убийств были значительно выше (до полутора раз) в восточной части Региона, а смертность в результате падений была выше в западной части.

Мониторинг тенденций смертности от основных внешних причин дает дополнительную полезную информацию о влиянии социальных детерминант здоровья. Например, частота самоубийств – один из немногих входящих в базу данных «Здоровье для всех» индикаторов, использующихся для оценки психического здоровья, – снизилась в Европе в среднем на 25–40%. Однако начиная с 2008 г. темпы снижения замедлились, а в некоторых странах показатели опять начали расти. Повышение уровня самоубийств – это нередко только верхушка айсберга и может не отражать гораздо более широкий спектр психологических и психоневрологических нарушений и их общую долю в бремени болезней. С экономическим спадом связаны и другие тяжелые последствия для здоровья. Эта ситуация требует тщательного мониторинга и своевременных вмешательств, чтобы смягчить потенциальные психосоциальные последствия снижения уровня доходов и роста безработицы, а также максимально устранить те процессы, которые приводят к социальному отчуждению различных групп или отдельных лиц. Подходы к мониторингу более широких компонентов здоровья и благополучия рассматриваются подробнее в главе 3.

Другая важная составляющая смертности от внешних причин – смерть в результате дорожно-транспортных происшествий, в том числе с участием автотранспорта. По уровню смертности от этой причины можно судить о безопасности дорожного движения (в том числе о состоянии дорожной инфраструктуры), эффективности мер по обеспечению безопасности и о соблюдении нормативно-правовых требований в каждой из стран. На общеевропейском уровне частота дорожно-транспортных несчастных случаев, сопровождающихся травмами, за последние три десятилетия незначительно снизилась; по всему Региону, несмотря на разброс показателей по странам, снижается частота дорожно-транспортных несчастных случаев, связанных с употреблением алкоголя (рис. 38).

Общие тенденции, которые наблюдаются в отношении внешних причин смерти, указывают на необходимость использования специальных стратегий и более целенаправленных медико-санитарных вмешательств, включая межсекторальные комплексные подходы

и стратегии реализации (например, с участием секторов транспорта, юстиции, труда и финансов). Странам необходимо шире использовать методы надлежащей практики и обмениваться опытом, чтобы решать проблему смертности от внешних причин в общеевропейском масштабе.

Инфекционные болезни

Главные аспекты

Инфекционные болезни распространены в Европейском регионе в меньшей степени, чем в других регионах мира. Однако неожиданное появление новых (emerging) или возвращение казалось бы уже потерявших свое значение (re-emerging) болезней – в сочетании с быстрым распространением и эпидемическим потенциалом некоторых из них – повышает уровни предотвратимой заболеваемости, преждевременной смертности и потенциальной угрозы этих инфекций для здоровья. Поэтому вопрос готовности к появлению инфекционных болезней по-прежнему занимает приоритетное место в повестке дня общественного здравоохранения. Такие дополнительные факторы, как повышение мобильности населения и расширение торговли, сочетанные инфекции и рост устойчивости возбудителей к противомикробным препаратам, также способствуют возникновению, распространению и росту опасности инфекций.



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

Сегодня в Европейском регионе особое внимание направлено на туберкулез, ВИЧ/СПИД, другие инфекции, передаваемые половым путем, и вирусный гепатит. Однако недавние вспышки полиомиелита, краснухи и кори в разных частях Европы еще раз подтвердили необходимость поддержания и совершенствования таких функций общественного здравоохранения, как эпиднадзор за инфекционными болезнями и их предупреждение, включая меры по укреплению здоровья и иммунизацию.

Согласно данным, полученным от стран Европейского региона, в последние два десятилетия смертность от всех инфекционных и паразитарных болезней медленно росла – от 10 случаев на 100 000 населения в 1990 г. до 14 случаев на 100 000 в 2010 г. (рис. 39) со значительным разбросом между странами: минимальные значения составляют менее 50% от среднего уровня по Региону, а максимальные – превышают его более чем на 50%. Дальнейшая оценка с использованием Европейской детализированной базы данных о смертности (16) показывает, что в некоторых странах это может быть связано с повышением смертности от септических осложнений, особенно среди людей пожилого возраста. Кроме того, в данной ситуации определенную роль могут играть устойчивые к метициллину штаммы золотистого стафилококка (*Staphylococcus aureus*), хотя необходимы дополнительные подтверждающие исследования. Это свидетельствует о растущей важности для Европейского региона проблемы роста устойчивости к противомикробным препаратам.

Туберкулез

Среди инфекционных и паразитарных болезней туберкулезу (ТБ) принадлежит особо важная роль; в данной группе причин смерти в Европейском регионе на него приходится более 40%. После наблюдаемого в 1990-е годы повышения смертности от ТБ этот показатель затем начал снижаться, упав к 2010 г. на 30% – до 6 случаев на 100 000 населения. Между странами Региона сохраняются выраженные различия (рис. 40). В восточной части Региона после 10-летнего периода отсутствия изменений недавно была документально подтверждена обнадеживающая тенденция к снижению смертности. Уровни заболеваемости ТБ показывают, что за период с 2000 г. также уменьшился риск передачи ТБ – частота новых случаев снизилась до 35 на 100 000 населения (рис. 41).

Хотя в целом показатели успешного лечения не вполне удовлетворительны (лишь около 70%), более ранняя и доступная



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

диагностика, а также доступность и соблюдение короткого курса лечения объясняют тенденцию снижения заболеваемости ТБ и смертности от него. Тем не менее в некоторых странах остаются нерешенные проблемы и имеются группы населения повышенного риска. Например, интерактивные атласы Европейского регионального бюро ВОЗ (20) указывают на высокую концентрацию случаев ТБ в нескольких небольших неблагополучных анклавах, где риск смертности в 14 раз выше, чем в более обеспеченных районах; это подтверждает важность социальных детерминант здоровья в отношении этой причины смерти. Еще одной проблемой является коинфекция ВИЧ, препятствующая снижению смертности от ТБ, особенно в тех районах, где сосуществуют обе инфекции и наблюдается множественная лекарственная устойчивость.

ВИЧ/СПИД

Для оценки числа случаев и общего ущерба от ВИЧ/СПИДа предпочтительно использовать показатели заболеваемости, а не смертности. На региональном уровне ежегодная заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличивалась незначительно и, по самым последним данным, по-видимому, достигла стабильного уровня (рис. 42). Вместе с тем, последние представленные данные (с 2006 по 2010 г.) демонстрируют существенные различия в заболеваемости ВИЧ-инфекцией между странами (рис. 43).

Рисунок 40
Смертность от туберкулеза, Европейский регион, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



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



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

Важно отметить, что благодаря широкой доступности антиретровирусной терапии в Европейском регионе частота случаев прогрессирования инфекции от состояния сероконверсии до клинически выраженного заболевания в большинстве стран снижается (данные не показаны). Это снижение может указывать на то, что эффективное лечение ВИЧ-положительных людей играет важную роль в уменьшении риска развития болезни в открытой клинической форме. При всем своем разнообразии системы здравоохранения в Регионе должны иметь соответствующие механизмы предоставления лечения, чтобы охватить всех нуждающихся без дискриминации и создать условия, обеспечивающие устойчивость этого процесса.

Болезни органов дыхания

Смертность от респираторных заболеваний наносит тяжелый урон двум различным группам населения – детям и пожилым людям. К конкретным ведущим причинам смерти относятся хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пневмония, грипп и (бронхиальная) астма; все они тесно связаны с условиями и воздействием факторов окружающей среды внутри и вне помещений. Мероприятия по профилактике болезней органов дыхания часто направлены на широкий спектр социальных детерминант здоровья и, чтобы в конечном итоге добиться снижения заболеваемости и тяжести болезни, требуют определенных межсекторальных действий.



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



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

Уровень преждевременной смертности от болезней органов дыхания в Европейском регионе с середины 1990-х годов неуклонно снижался и в 2010 г. составил 16 случаев на 100 000 населения (снижение на 40%) (рис. 44).

На ХОБЛ и пневмонию приходится наибольшее число случаев преждевременной смерти от болезней органов дыхания, однако тенденции в структуре смертности от них отражают два разных сценария: первый с уменьшающимися, а второй с относительно стабильными показателями (рис. 45). В течение последнего десятилетия смертность от ХОБЛ (болезнь чаще наблюдалась у мужчин, чем у женщин) снижалась по всему Региону, в то время как смертность от пневмонии оставалась практически без изменений.

Подобная ситуация свидетельствует о том, что в некоторых частях Региона повысился уровень воздействия ряда факторов, возможно, связанных с загрязнением окружающей среды и ухудшением качества воздуха в результате индустриализации и повышения интенсивности дорожного движения, с наличием сырости в жилищах и неудовлетворительным качеством воздуха в помещениях. В то же время повышение доступности лечения и вакцинации, улучшение жилищных условий и укрепление мер по защите окружающей среды и соблюдению нормативно-правовых актов может положительно влиять на ситуацию в целом по Региону.



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



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Болезни органов пищеварения

Еще одна важная группа причин смерти в Европейском регионе – болезни органов пищеварения, включая хронические заболевания и цирроз печени, а также язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. На региональном уровне, начиная с конца 1990-х годов и до 2005 г., наблюдалась тенденция к повышению уровня преждевременной смертности от всех болезней органов пищеварения с последующим небольшим снижением. В 2010 г. общий показатель составил 25 случаев на 100 000 населения: суммарный рост на 30% за два последних десятилетия (рис. 46). Развитию этих болезней способствует вредное для здоровья употребление алкоголя и некоторых видов обработанных пищевых продуктов.

За последнее десятилетие показатели смертности от хронических болезней и цирроза печени не менялись (рис. 46). Хронические заболевания печени в некоторых случаях были связаны с вирусными инфекциями (такими как гепатиты В и С), воздействием токсинов и злоупотреблением психоактивными веществами. Однако, вероятно, наиболее значительный вклад вносит злоупотребление алкоголем, особенно при длительном употреблении и в больших дозах. Исходя из этого, уровень смертности от хронических заболеваний и цирроза печени часто использовали в качестве косвенного критерия для оценки широкого спектра нарушений здоровья, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя. В соответствии с недавно



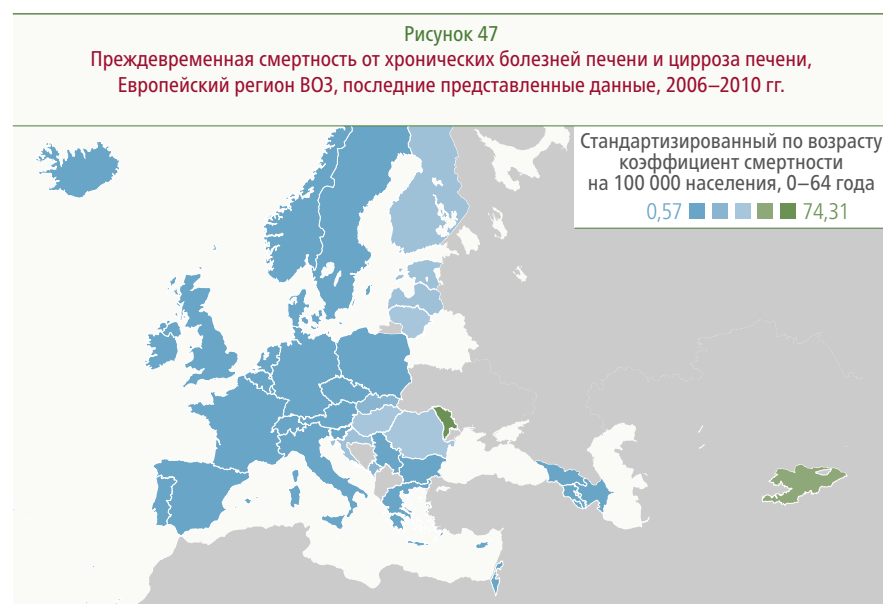
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

представленными данными (за 2006–2010 гг.) разброс цифр преждевременной смертности от хронических заболеваний и цирроза печени составляет от менее 1 до более 70 случаев на 100 000 населения (рис. 47). Однако риск стигматизации порой является причиной неполной отчетности о случаях данных заболеваний.

Документально хорошо подтверждено, что в Европе снижается возраст начала употребления алкоголя, люди потребляют его в более значительных количествах с более частыми эпизодами пьянства; такое поведение приводит к повышению заболеваемости и риска смерти. Подобные тенденции являются обоснованием для расширения масштаба эффективных вмешательств, направленных на сокращение потребления алкоголя в Регионе (21).

Сахарный диабет

Диабет – одна из главных проблем общественного здравоохранения в Европе в силу его прямого и косвенного влияния на состояние людей, страдающих этим расстройством. Диабет вызывает широкий спектр нарушений – от нарушений микроциркуляции в почках, глазах и периферической нервной системе до поражения сосудов конечностей, головного мозга и сердца – и приводит к различным тяжелым последствиям. Кроме того, диабет является важным и распространенным фактором риска болезней системы кровообращения и имеет некоторые общие с ними факторы риска, такие как неправиль-



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

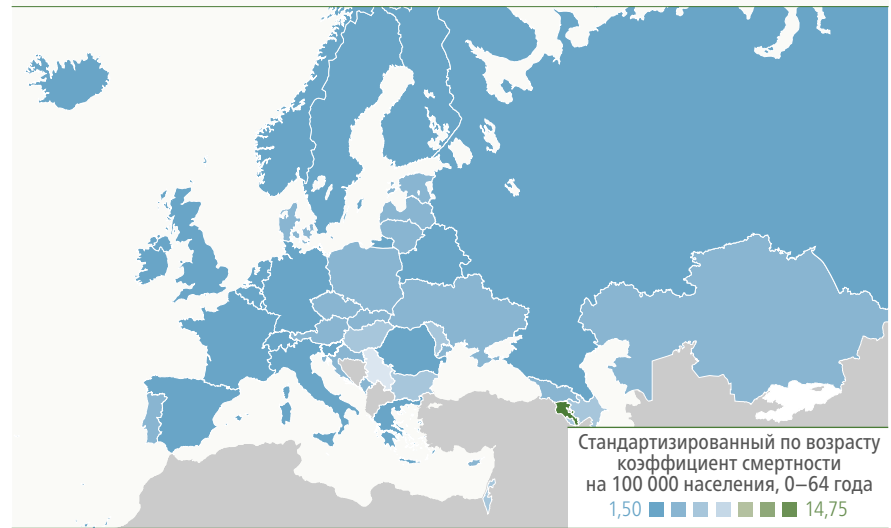
Вставка 5
Причины смерти –
ключевые положения

- На НИЗ приходится самая большая доля смертности в Европейском регионе: 80% случаев смерти в 2009 г.
- Болезни системы кровообращения – основная причина преждевременной смертности в Регионе; на них приходится почти 50% всех случаев смерти. Новообразования являются второй ведущей причиной смерти (около 20% всех случаев). На внешние причины смерти, такие как травмы и отравления, приходится 9% всех смертей.
- Распределение причин смертности в разных частях Европейского региона имеет различный характер; также наблюдаются широкие различия между странами и в зависимости от возраста и пола.
- Вследствие устойчивого снижения смертности от болезней системы кровообращения и связанного с этим увеличения продолжительности жизни повышается риск развития злокачественных новообразований, для которых характерен длительный латентный период. В 28 странах Региона новообразования вышли на первое место в качестве ведущей причины преждевременной смерти, потеснив болезни системы кровообращения.
- Эффективными мерами снижения преждевременной смертности от болезней системы кровообращения и новообразований являются не только лечение, но также первичная и вторичная профилактика. В случаях, когда не существует действенного лечения, профилактика – единственный способ сократить масштабы ущерба от этих болезней, пока не станут доступны инновационные медицинские технологии.
- Хотя распространенность инфекционных болезней в Европе меньше, чем в других регионах мира, они остаются важным пунктом повестки дня здравоохранения. Основные проблемы связаны с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и другими болезнями, передаваемыми половым путем, а также с вирусным гепатитом.
- Уровень смертности от инфекционных и паразитарных болезней в Регионе в период с 1990 г. медленно повышается.
- Тенденции заболеваемости ВИЧ-инфекцией различаются в странах Региона: более высокие уровни регистрируются в некоторых странах центральной и восточной частей Региона. Заболеваемость СПИДом снижается, что свидетельствует о важности эффективного лечения людей, живущих с ВИЧ.

ное питание, малоподвижный образ жизни и ожирение (см. раздел о факторах риска ниже). Хотя диабет относительно легко диагностировать, он во многих случаях остается невыявленным, поэтому показатели госпитализации и преждевременной смертности, связанные с диабетом, предлагаются в качестве потенциальных маркерных индикаторов для оценки деятельности систем здравоохранения (22).

В Европейском регионе за период 1995–2010 гг. уровень преждевременной смертности от диабета снизился на 25% – до 4 случаев на 100 000 населения. Вместе с тем, судя по последним представленным данным, наблюдаются различия между странами (рис. 48).

Рисунок 48
Преждевременная смертность от диабета, Европейский регион, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Бремя болезней – смертность, заболеваемость и инвалидность

Руководящий принцип подхода к оценке бремени болезней состоит в том, что только при тщательном анализе всех доступных источников информации, имеющихся в стране или регионе, и коррекции систематической ошибки измерений можно получить

наилучшие оценки заболеваемости, распространенности и смертности. Для оценки бремени болезней разработан показатель DALY (disability-adjusted life-year, годы жизни с поправкой на ограничения жизнедеятельности) – сводный показатель, объединяющий годы жизни, утраченные в результате преждевременной смерти, и годы жизни, частично утраченные по причине того, что были прожиты в состоянии неполного здоровья. Способ расчета DALY, являющегося количественным показателем здоровья населения и одной из отправных точек для формирования политики здравоохранения, четко демонстрирует, что смертность – это не единственная составляющая бремени болезней, значительная часть этого бремени приходится на заболеваемость и ограничение возможностей жизнедеятельности (инвалидность) (23). Расчет числа потерянных DALY позволяет измерить разрыв по сравнению с потенциально идеальным, безупречным здоровьем, при котором у людей нет никаких болезней или инвалидности и все они достигают наивысших зарегистрированных в мире показателей ожидаемой продолжительности жизни.

Два дополнительных обстоятельства делают показатель DALY особенно полезным. Как инструмент измерения он облегчает межстрановые сравнения, и его можно разбить на составляющие и связать с подлежащими детерминантами, факторами риска и вмешательствами с целью оценки риска, результативности и экономической эффективности вмешательств. Кроме того, по характеру распределения потерянных или сохраненных DALY можно провести анализ данных с позиции социальной справедливости. В совокупности, эта информация может способствовать установлению приоритетов и расширению доказательной базы на национальном или региональном уровне в отношении вмешательств, с помощью которых можно избежать потери наибольшего числа DALY.

По состоянию на 2004 г. распределение совокупного бремени болезней в Европейском регионе соответствовало потере от 10 до 28 DALY (в зависимости от страны) в расчете на 100 человек населения. Это означает почти трехкратную разницу между странами с наиболее и наименее благоприятной ситуацией (рис. 49). Число потерянных DALY у мужчин примерно на 20% больше, чем у женщин.

Прогнозируемая потеря DALY – еще одна точка отсчета для формирования и реализации политики и установления приоритетов в области здравоохранения. Для сравнения расчетных показателей за 2004 г. и прогнозируемого числа DALY для трех периодов (2008, 2015

и 2030 гг.) на рисунке 50 представлены данные в разбивке по основным причинам, а страны сгруппированы по уровню дохода.

На основании этих данных можно выделить ряд моментов. Прежде всего в Европейском регионе в странах с низким и средним уровнем доходов общее число потерянных DALY вдвое выше по сравнению со странами с высоким уровнем доходов. Это означает, что на страны с низким и средним уровнем доходов, население которых составляет немногим более половины населения Региона, приходится примерно две трети потерянных DALY (см. классификацию стран Европейского региона по уровню доходов в приложении).

Не только величина, но и структура бремени болезней в странах различается в зависимости от уровня доходов: для стран с низким и средним уровнем доходов характерны высокие уровни болезней системы кровообращения, за которыми следуют нервно-психические расстройства, тогда как в странах с высоким уровнем доходов на первом месте находятся нервно-психические расстройства, а затем злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения. В обеих группах стран на злокачественные новообразования приходится одинаковое число потерянных DALY. Исключая ожидаемое повышение уровня инфекционных и паразитарных болезней и отсутствие изменений в уровнях новообразований в странах с низким и средним уровнем доходов, намечается тенденция к снижению бремени болезней по всем причинам. По прогнозам, сни-



Вставка 6
Бремя болезней –
ключевые положения

- Смертность не является единственной составляющей бремени болезней: заболеваемость и инвалидность также вносят свою долю. Использование показателя DALY, помимо смертности, в качестве инструмента для анализа состояния здоровья населения придает еще одно направление процессу оценки.
- По состоянию на 2004 г. распределение суммарного бремени болезней в Европейском регионе оценивалось в 10–28 потерянных DALY на 100 человек населения.
- Бремя болезней неравномерно распределяется по странам Региона: общее число потерянных DALY в странах с низким и средним уровнем доходов вдвое выше, чем в странах с высоким уровнем доходов.
- В странах Европейского региона прослеживается связь DALY с ведущими факторами риска, что позволяет определить наиболее важные области (такие как питание, физическая активность и употребление веществ, вызывающих зависимость), которые требуют вмешательства, направленных в основном на снижение распространенности избыточной массы тела и ожирения, повышенного уровня холестерина и повышенного артериального давления, а также употребления алкоголя и табака.

жение будет менее выражено в период между 2008 и 2015 г. и более выражено между 2015 и 2030 г., особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

В странах Европейского региона общее число утрачиваемых DALY можно связать с разными ведущими факторами риска (рис. 51). Эта информация позволяет установить наиболее важные области, например такие, как питание, физическая активность или проблемы употребления веществ, вызывающих привыкание, для проведения затратоэффективных вмешательств, главным образом с целью снижения распространенности избыточного веса и ожирения, повышенного содержания холестерина, повышенного артериального давления и потребления алкоголя и табака. В дальнейшей работе, совмещающей анализ эффективности затрат с использованием подходов, обеспечивающих оптимальное распределение услуг и получаемых выгод между разными группами населения (включая особые подгруппы), также необходимо уделять больше внимания вопросам социальной справедливости (см. ниже раздел, посвященный факторам риска).

Хотя методы сбора и анализа данных постоянно совершенствуются, использование данного подхода на национальном, региональном и глобальном уровнях может помочь в определении причинно-следственных отношений для конкретных болезней или нозологических групп. Такие модели могут дать представление о том, в каких обла-

Рисунок 50
Прогнозируемое число потерянных DALY (2008, 2015 и 2030 гг.) в разбивке по основным причинам и уровню дохода стран, страны Европейского региона

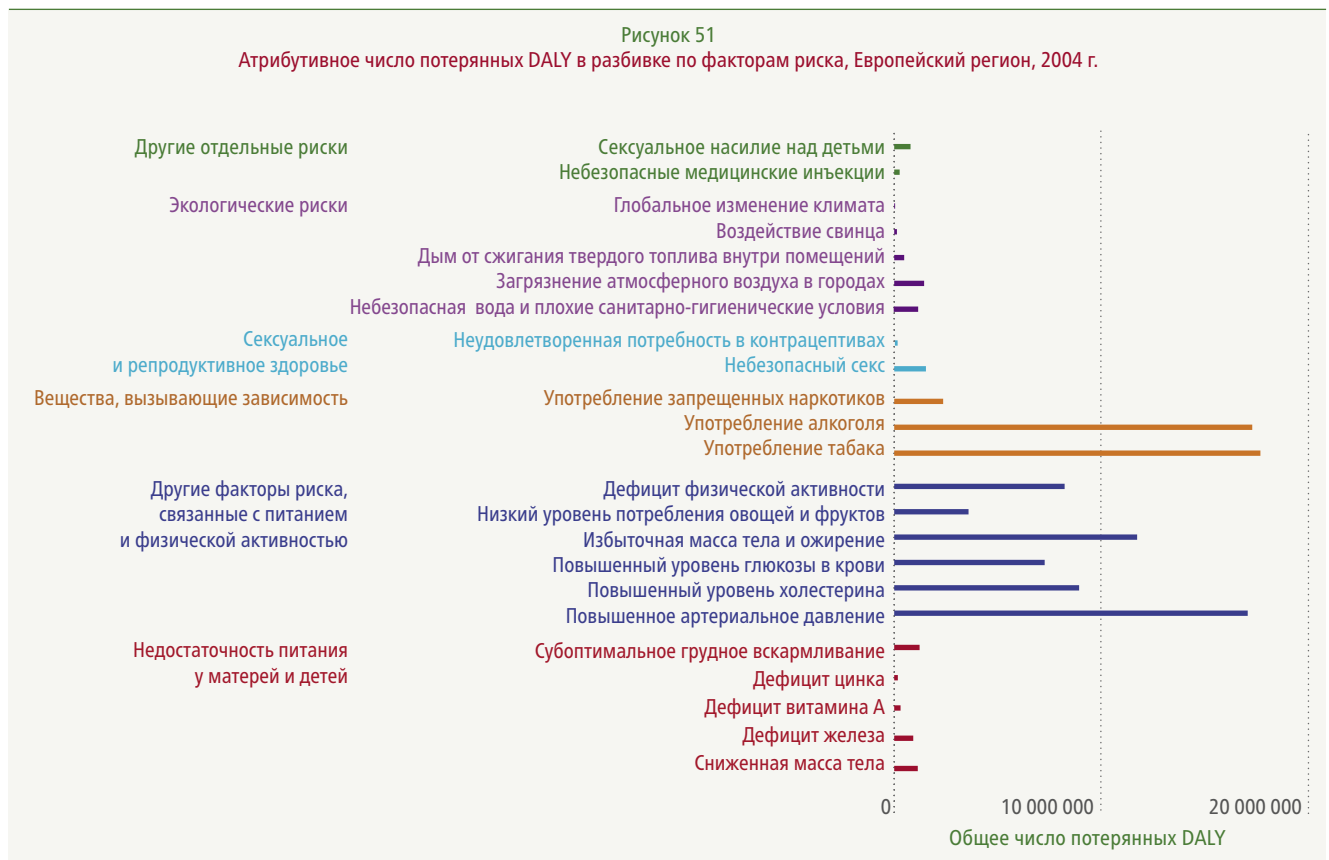


Источник: адаптировано из The global burden of disease: 2004 update (23).

стях и на каких уровнях необходимы вмешательства; они также позволяют определить, какие действия требуют участия ряда секторов для снижения не только смертности, но и бремени болезней в целом.

Факторы риска

Одним из важных элементов в профилактике болезней и борьбе с ними (как и в укреплении здоровья) является понимание коренных причин нарушений здоровья, включая факторы риска, детерминанты, связанные с системами здравоохранения, и широкий спектр социально-экономических детерминант (таких как социальные детерминанты здоровья), определяющих уровень и распределение заболеваемости. Для рассмотренных выше основных групп болезней, обуславливающих высокие уровни смертности, заболеваемости и инвалидности, имеются два главных фактора риска, которые влияют на исходы различных



патологических состояний и таким образом являются приоритетом для действий – это табакокурение и злоупотребление алкоголем. Распространенность и уровни потребления алкоголя и табака среди населения Европы остаются высокими, несмотря на наличие знаний и технологий, позволяющих воздействовать на оба эти фактора риска.

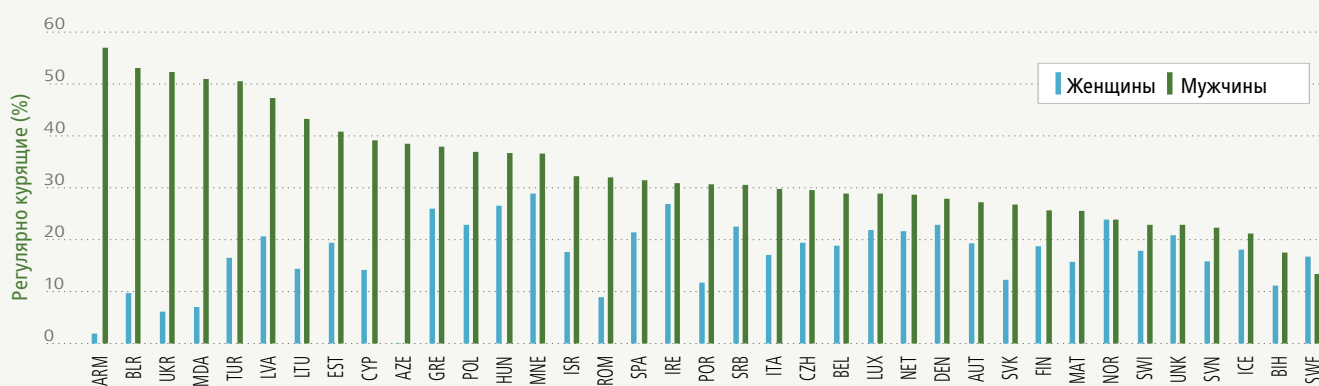
Табакокурение

Согласно данным, полученным от 37 стран Европейского региона (около 2008 г.), распространенность регулярного курения табака (основная форма его использования) среди населения в возрасте 15 лет и старше достигла в среднем 27% (рис. 52). В целом мужчин среди курящих вдвое больше, чем женщин. Однако распространенность курения среди женщин растет и начинает приближаться к уровню курения среди мужчин (данные не показаны), особенно в тех странах, где у мужчин этот показатель примерно соответствует среднеевропейскому уровню или ниже.

Ценовая доступность табачной продукции может способствовать распространению курения: по статистике, чем ниже цена на сигареты, тем выше распространенность курения. По имеющимся данным, цена пачки сигарет в странах Европы колеблется от 1 до более

Рисунок 52

Уровень распространенности употребления табака среди населения в возрасте 15 лет и старше, в разбивке по полу, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.

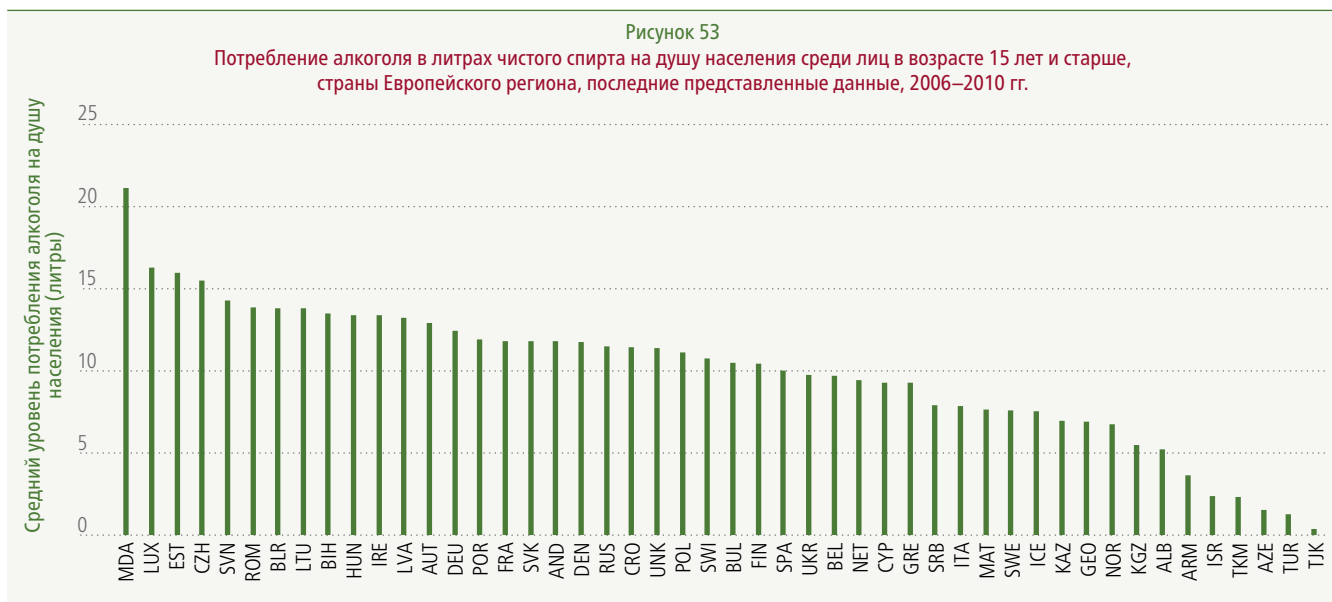


10 долл. США (25). Чтобы противостоять агрессивному маркетингу табачной продукции, направленному на молодежь, женщин и людей с низким социально-экономическим статусом, необходимо использовать столь же активные и скоординированные стратегии, в том числе те, что представлены в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (26), ратифицированной 168 странами мира. В Европейском регионе сторонами Конвенции являются 47 стран и Европейская Комиссия.

Употребление алкоголя

Другим важным фактором, влияющим на частоту и тяжесть заболеваний, является употребление алкоголя; с ним в Европе связано около 6,5% всех смертей (27). По данным из 48 стран, за последнее десятилетие расчетный среднедушевой уровень потребления алкоголя в Европейском регионе почти не изменился, составив в 2007 г. в среднем 10,6 л (рис. 53). Однако между странами расчетные средние уровни потребления колеблются в широких пределах – от 21 л до менее 0,5 л на человека.

Не только объем, но и тип потребляемых алкогольных напитков имеет значение: чем выше содержание этилового спирта в напитке, тем тяжелее негативные последствия для здоровья. Страны Региона различаются по уровням потребления



пива, вина и крепких спиртных напитков. Бремя связанных с алкоголем заболеваний выше в тех странах, где потребляется больше крепких напитков. Как и в отношении табака, социально-экономические факторы и ценовая доступность алкоголя обуславливают его чрезмерное потребление и пьянство (еженедельные эпизоды употребления больших доз алкоголя, из расчета свыше 50 г чистого спирта), отрицательное воздействие которых на здоровье убедительно доказано (28). По данным из отдельных стран, распространенность пьянства обычно находится в обратной зависимости от цен на алкоголь. Данные из отдельных стран Европы свидетельствуют о том, что рост болезней системы кровообращения и уровня преждевременной смертности может быть обусловлен крайне высоким уровнем потребления алкоголя и распространенностью пьянства (29, 30). Например, в недавно проведенном исследовании отмечено, что при снижении цен на алкоголь – как и при отмене других ограничений в отношении его доступности и потребления – смертность, связанная с употреблением алкоголя, увеличилась среди людей в возрасте 40–69 лет на 17–40% (31). По информации, собранной в странах Европейского региона, для реализации успешных стратегических подходов к снижению вредного употребления алкоголя необходимы скоординированные совместные усилия ряда секторов, включая сектор здравоохранения, направленные на достижение общей цели.

Экологические факторы

Известно, что различия в доступе к разнообразным факторам окружающей среды или в подверженности их воздействию на протяжении всей жизни человека определяют частоту серьезных нарушений здоровья (в том числе болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразований), риск воздействия внешних причин смерти, а также влияют на тяжесть болезни и развитие инвалидности. На формирование профиля здоровья и бремени болезней влияют – прямо и косвенно, позитивно и негативно – разнообразные факторы, в том числе:

- доступ к чистой воде и адекватным средствам санитарии;
- неудовлетворительные жилищные условия (например, сырость, плохое качество воздуха в помещениях, перенаселенность);

- безопасность дорожного движения (состояние дорог и транспортных средств, использование средств безопасности и ограничение скорости);
- плохое качество воздуха (например, из-за загрязнения твердыми частицами, газами, токсическими испарениями и плесенью);
- условия на рабочем месте (в том числе условия найма и профессиональные риски);
- экстремальные погодные условия (жара или холод).

Информация о путях воздействия факторов окружающей среды на развитие болезни и способах измерения их уровня и распределения крайне важна для совершенствования стратегий, а также для мониторинга и оценки их эффективности.

Краткое обсуждение вопросов, касающихся, например, мониторинга качества воздуха и интерпретации полученных данных, помогает понять, как эти факторы могут воздействовать на здоровье. Качество воздуха является важным, не имеющим национальных границ фактором, который влияет на состояние здоровья и благополучие людей. В Европейском регионе загрязнение воздуха все еще представляет значительную угрозу для здоровья населения. Доказательства воздействия загрязнения воздуха на здоровье становятся все убедительнее, поэтому страны Региона проявляют растущую заинтересованность в улучшении своих методов мониторинга. В результате этого увеличивается объем доступных данных о концентрации в воздухе твердых частиц (один из главных индикаторов качества воздуха) и их отрицательном воздействии на здоровье.

Владея более полной информацией, можно более эффективно планировать, обсуждать, разрабатывать и внедрять стратегии и рекомендации. Например, ВОЗ (32) предложила для твердых частиц с аэродинамическим диаметром менее 10 мкм ($ТЧ_{10}$) предельный среднегодовой уровень экспозиции 20 мкг/м³, поскольку с этим уровнем связано потенциальное увеличение экологического риска для здоровья. Однако определенное отрицательное воздействие на здоровье, в частности на развитие болезней системы кровообращения и органов дыхания, наблюдалось в Европе и при более низких среднегодовых уровнях (10 мкг/м³) (33).

При различиях в качестве воздуха в странах Европейского региона медианный уровень $ТЧ_{10}$ в 2006–2009 гг. составил 26 мкг/м³, что превышает предельные значения, рекомендованные

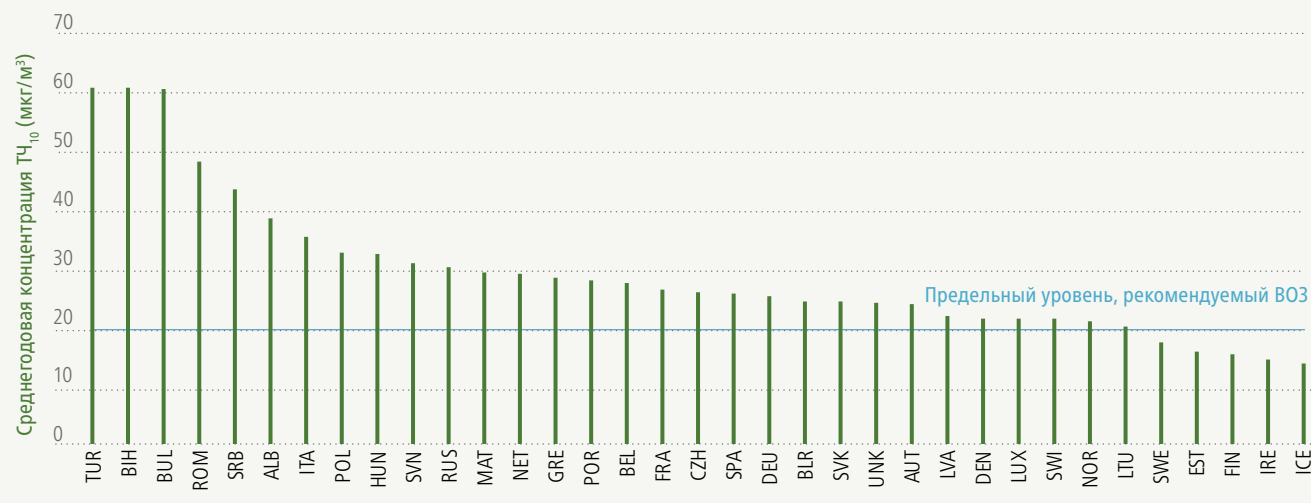
Вставка 7 Факторы риска – ключевые положения

- Хорошо известны два фактора риска для главных групп заболеваний: табакокурение и злоупотребление алкоголем. Для воздействия на них разработаны различные межсекторальные вмешательства.
- Хотя во многих странах для борьбы с курением используются самые разные стратегии, распространенность табакокурения достигла к 2008 г. 27% среди населения в возрасте 15 лет и старше. Важным фактором, способствующим распространению курения, является ценовая доступность табачных изделий.
- По оценкам ВОЗ, употребление алкоголя является причиной примерно 6,5% всех случаев смерти в Европе. Как и в отношении курения, важными детерминантами употребления алкоголя и, в частности, пьянства, представляющего собой еще более серьезную угрозу здоровью, является финансовая и физическая доступность алкоголя.
- Риск серьезных нарушений здоровья во многом обусловлен различием в доступе к разнообразным факторам окружающей среды или подверженностью их воздействию на протяжении всей жизни. Например, страны Европейского региона различаются по качеству воздуха при медианном уровне $ТЧ_{10}$ 26 $мкг/м^3$, превышающем предельный уровень, рекомендуемый ВОЗ (20 $мкг/м^3$).

ВОЗ. Данные указывают на четырехкратный разрыв между минимальным и максимальным уровнями $ТЧ_{10}$ в странах: от 14 $мкг/м^3$ до 61 $мкг/м^3$ (рис. 54). В 80% из 35 стран, по которым имелись данные, уровни PM_{10} выше стандартного порогового уровня, а в 15% стран они превышают стандартный уровень как минимум вдвое. В недавно опубликованном докладе о воздействии загрязнения воздуха на здоровье населения в государствах-членах ЕС показано, что на связанные с загрязнением воздуха нарушения здоровья приходится 8 месяцев, а в наиболее загрязненных городах – более 2 потерянных лет жизни (34). Необходимо отметить, что имеющиеся данные о загрязнении воздуха по странам Европы относятся к столицам и крупным городам и, следовательно, могут носить завышенный характер по отношению к уровням экспозиции для всего населения.

В этом разделе представлены данные по некоторым наиболее важным факторам риска, однако приведены лишь единичные примеры сложных взаимодействий между спектром факторов риска, патологическими процессами и воздействием на здоровье населения Европы. На эти процессы влияют также широкие социальные детерминанты здоровья, которые могут либо смягчать, либо обострять неравенства в показателях здоровья, как это обсуждается в следующих разделах.

Рисунок 54
Среднегодовая концентрация $ТЧ_{10}$ в воздухе крупных городов,
страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2009 гг.



Социальные детерминанты и неравенства в отношении здоровья

Неравенства в отношении здоровья (inequalities in health) – это различия либо в доступе к возможностям по укреплению и поддержанию здоровья и использованию медико-санитарных услуг, либо в распределении бремени болезней (включающего заболеваемость, инвалидность и смертность) и положительных характеристик здоровья в контексте благополучия. Эти различия могут также быть отражением биологических (или генетических) факторов: например, мужчины обычно выше ростом, чем женщины. Несправедливости в отношении здоровья (health inequities) – это такие различия в показателях здоровья, которые не носят неизбежного характера, предотвратимы и по своей сути являются несправедливыми и неправомерными (35). Несправедливые различия в отношении здоровья существуют между странами и между разными группами жителей одной страны. Фактические данные показывают, что движущие факторы таких несправедливостей носят системный характер и их распределение не является случайным.

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) определяет справедливость в отношении здоровья как «отсутствие несправедливых и предотвратимых или устранимых различий в показателях здоровья между группами населения, определяемыми по социальным, экономическим, демографическим или географическим признакам» (36). Суммировав результаты многочисленных исследований, Комиссия пришла к заключению, что некоторые из различий в показателях здоровья между странами или между отдельными группами населения можно рассматривать как несправедливости в отношении здоровья. Доля подобных различий – от 25% до 75% в зависимости от показателя – обусловлена не только собственно биологическими факторами здоровья, но также все в большей степени социальными условиями, которые можно улучшить мерами проводимой политики. В докладе КСДЗ констатируется, что несправедливости в отношении здоровья – это главным образом результат несостоятельной политики, следствием которой являются социально несправедливые различия в условиях повседневной жизни, в доступе к властным полномочиям, ресурсам и участию в жизни общества.

Как установлено Комиссией и затем поддержано в недавнем докладе Европейского регионального бюро ВОЗ (37), в основе несправедли-

востей в отношении здоровья лежит сложный комплекс причин. Они часто являются отражением системных социальных, политических, исторических, экономических и экологических факторов; накладываясь на биологические факторы, они накапливаются на протяжении жизни и нередко передаются из поколений в поколения. Для всех этих факторов часто используют обобщающий термин «социальные детерминанты», которые также называют «причинами причин», чтобы показать их основополагающее влияние на возникновение болезней и распределение показателей здоровья между группами населения и между странами. Кроме того, одной из социальных детерминант здоровья является сама система здравоохранения, поскольку она может либо сокращать, либо усугублять существующие несправедливости в отношении здоровья. Эта концепция охватывает всю совокупность социальных условий, в которых люди живут и работают, и, исходя из этого, они были обобщены как «социальные характеристики среды, в которой проходит жизнь» (38).

В этом контексте вопросы несправедливости в отношении здоровья являются важным приоритетом для Европейского региона. Проявления социальной несправедливости продолжают расти и принимают разнообразные формы – от отсутствия доступа к услугам здравоохранения до избыточной преждевременной смертности – и препятствуют социальному развитию и благополучию. Предпосылками для успешного преодоления несправедливостей в отношении здоровья является владение полноценной информацией об их масштабах и распределении (как в абсолютном, так и в относительном выражении) и понимание того, каким образом социальные детерминанты, другие сопряженные факторы и системы здравоохранения влияют на бремя болезней, здоровье и благополучие.

Социально-экономические детерминанты

Уровень дохода, полученного образования и статус занятости относятся к наиболее важным социальным детерминантам здоровья, которые, в свою очередь, влияют на многие другие промежуточные детерминанты. Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения обычно используется для измерения дохода страны за каждый конкретный год и часто положительно коррелирует с уровнем жизни.

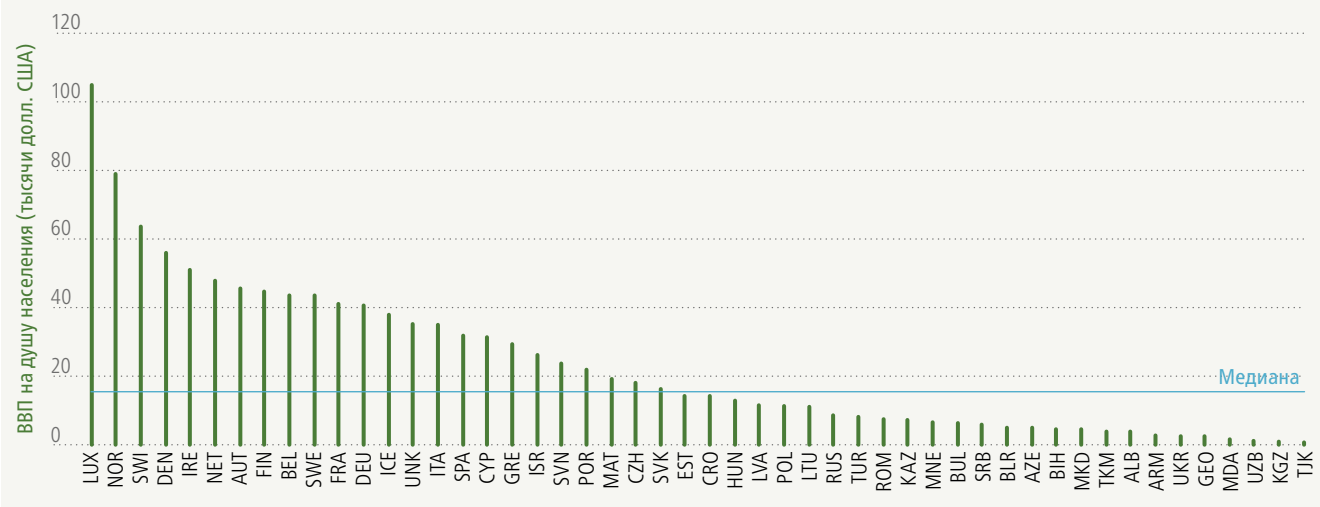
В целом Европейский регион является одним из самых богатых регионов мира: в 2009 г. средний годовой доход на душу населения

составил чуть менее 24 000 долл. США. Хотя, начиная с 1990 г., общий показатель подушевого дохода по Региону растет, данные, полученные от 50 из 53 стран Европейского региона, указывают на широкий разброс значений – от немногим более 700 долл. США до немногим более 105 000 долл. США (рис. 55).

Однако наряду с повышением уровней доходов, наблюдаемым в последние десятилетия, большинство стран Европы сталкивается с проблемой текущего экономического спада, многочисленные последствия которого еще предстоит оценить. Кроме того, средний доход на душу населения не дает представления о динамике распределения доходов в стране, например становится ли их уровень и распределение между подгруппами населения более (или менее) социально справедливым.

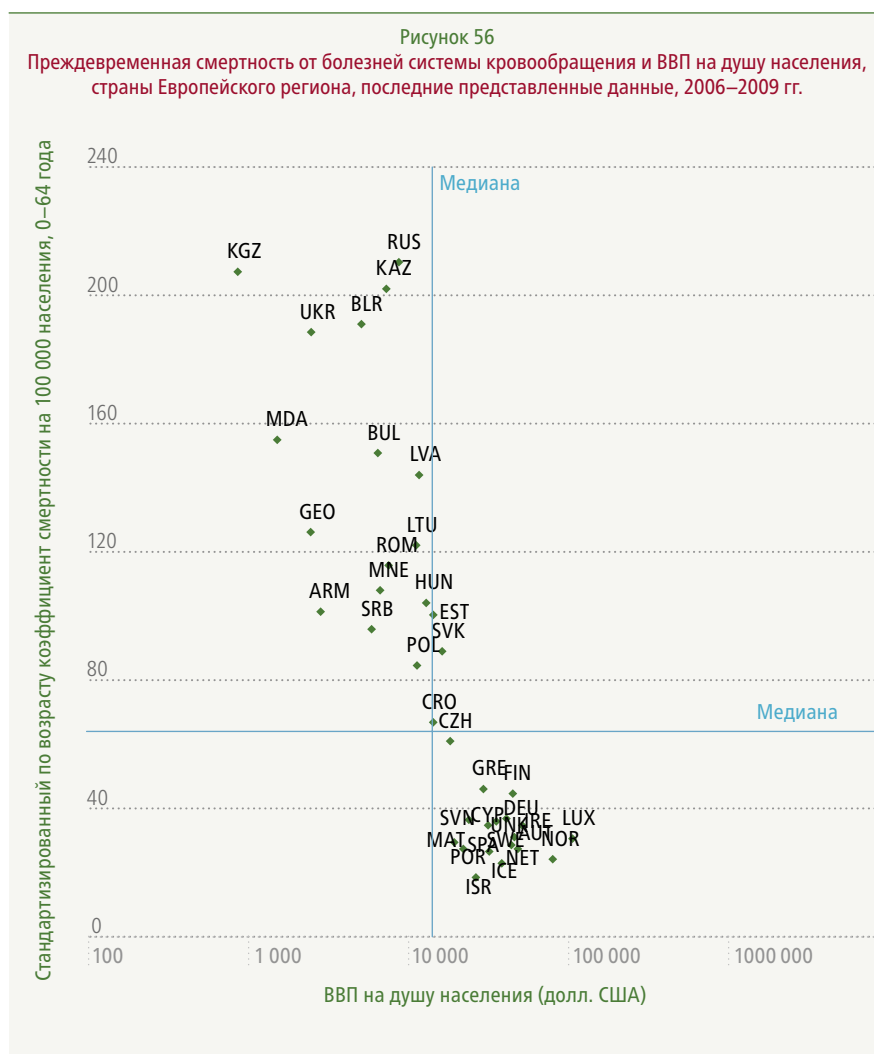
Хорошо известна тесная связь между средним доходом на душу населения и уровнями смертности. На рисунке 56 представлен один из таких примеров – показатели преждевременной смертности от болезней системы кровообращения. В странах с доходом на душу населения ниже 20 000 долл. США коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения превышают среднеевропейский уровень и демонстрируют тенденцию быстро увеличиваться по мере снижения уровня доходов. Это является важным проявлением неравенства в отношении здоровья и заслуживает более пристального внимания для понимания причин и социальных

Рисунок 55
ВВП на душу населения, страны Европейского региона, 2009 г.



процессов, приводящих к таким показателям смертности или поддерживающих их на этом уровне. Требуется рассмотрение и другого фактора, а именно степень, в какой подобные подлежащие причины могут отражать социальную несправедливость в отношении здоровья. Кроме того, снижение доходов и рост бремени болезней сами по себе являются серьезной проблемой: чем тяжелее бремя болезней, тем сильнее его негативное влияние на экономическое развитие в настоящем и будущем.

В странах ЕС данные по различным индикаторам смертности показывают сходную картину неравенств в отношении здоровья. «Устранимая смертность» (amenable mortality) – один из таких индикаторов; он отражает число преждевременных случаев смерти,



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

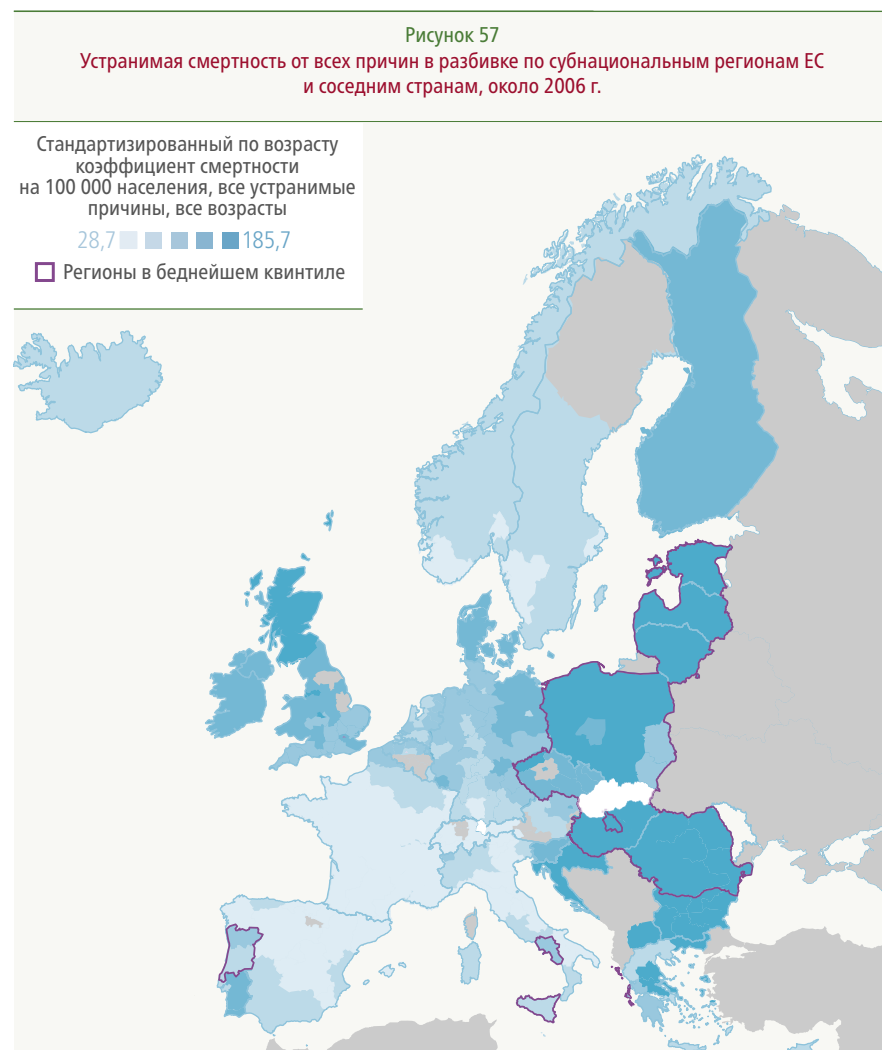
значительную часть которых можно избежать, используя известные медицинские вмешательства и меры общественного здравоохранения. Этот индикатор определяет несправедливость в отношении здоровья и может служить показателем для оценки деятельности системы здравоохранения. Использование индикатора устранимой смертности в ЕС иллюстрирует один из методов, позволяющих документировать важные неравенства в отношении здоровья, исследовать связанные с ними факторы и определять, являются ли эти различия потенциально предотвратимыми. Например, анализ показывает, что располагаемый доход (сумма денег, которую индивид или семья могут потратить или отложить в качестве сбережений, иными словами – чистый доход после уплаты налогов или других установленных социальных отчислений) коррелирует с уровнем устранимой смертности: чем ниже располагаемый доход, тем выше смертность.

Применяя подходы, позволяющие визуализировать неравенства в отношении здоровья, можно получить ценную информацию. В 2007 г. Региональное бюро ВОЗ совместно с Европейской комиссией осуществили проект под названием «Неравенства в эффективности деятельности системы здравоохранения и социальных детерминантах в Европе – инструменты для оценки и обмена информацией» (39). В рамках проекта был разработан комплект интерактивных атласов с целью улучшения доказательной базы для выявления и анализа социальных неравенств в отношении здоровья (20) (см. вставку 10 в разделе 2). Кроме совокупных данных на национальном уровне в проекте были использованы данные по 281 субнациональному региону в странах ЕС. Картирование данных по показателям устранимой смертности (от всех причин) для каждого из этих регионов указывает на географический градиент с более высокими показателями смертности в восточной и северо-западных частях ЕС, хотя в некоторых областях других частей ЕС также регистрируются высокие показатели смертности (рис. 57).

На карте темно-красной обводкой обозначены регионы ЕС, которые входят в беднейший квинтиль (20% регионов с самым низким уровнем доходов на душу населения из 281 региона). Этот дополнительный параметр указывает на вероятное наличие связи между низким уровнем доходов и более высокой устранимой смертностью. Между тем в некоторых менее обеспеченных областях Региона уровни смертности относительно низкие. Для того чтобы объяснить этот феномен, требуются дополнительные исследования и анализ. Например, какие характерные особенности этих регионов позво-

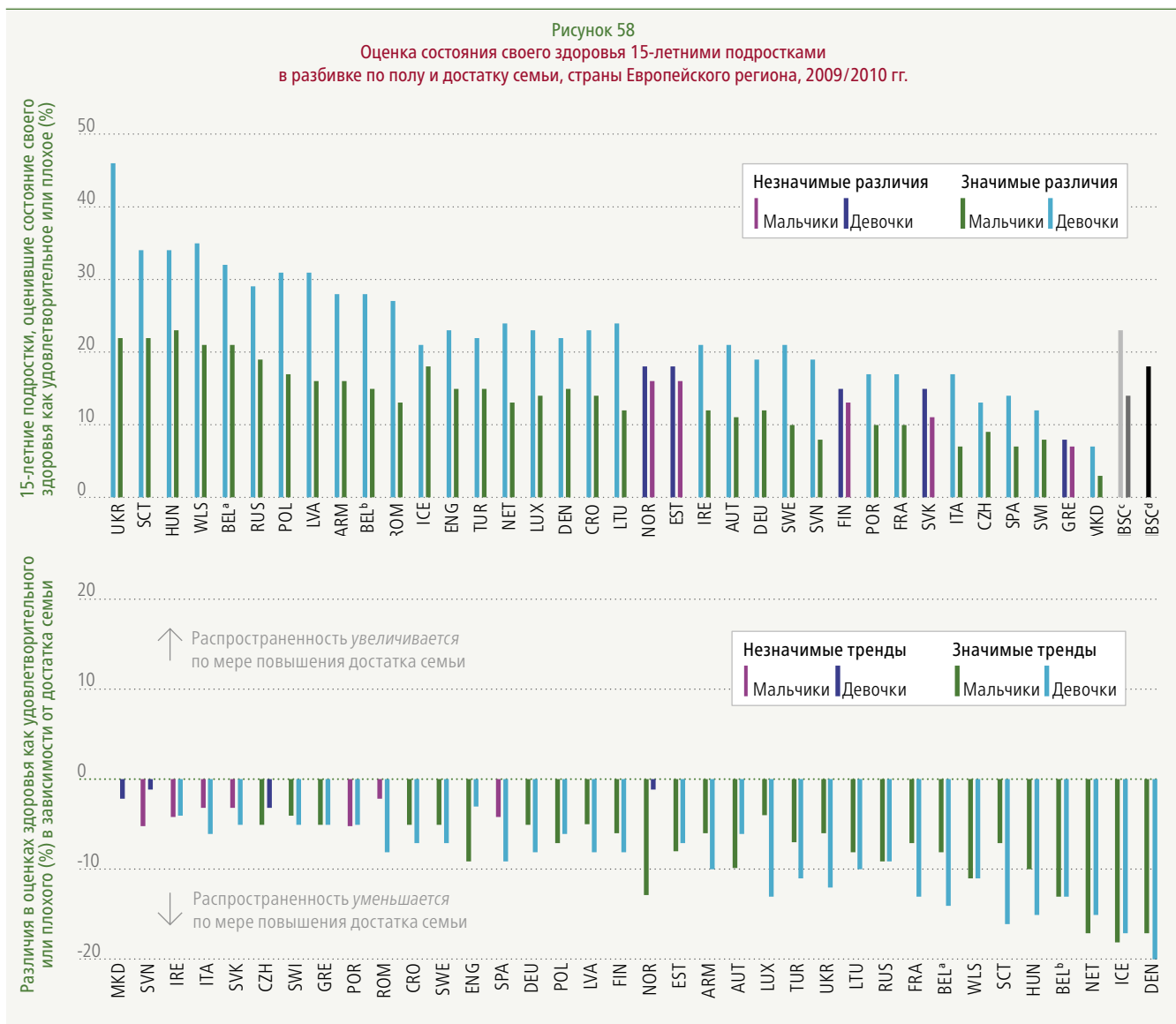
ляют им нивелировать влияние бедности и достигать более низких показателей устранимой смертности? Относятся ли эти особенности к разработке и успешному осуществлению определенных стратегий, таких, например, как привлечение заинтересованных сторон, межсекторальное сотрудничество или эффективные действия в области общественного здравоохранения? Понимание контекста, использование передовых методов работы и уроков из опыта дадут возможность адаптировать и внедрять новые варианты политики и стратегий в других регионах с ограниченными ресурсами.

В последнем отчете о результатах исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) (40) дается еще один пример того, как социальные детерминанты могут обуслови-



Источник: Inequalities in health system performance and social determinants in Europe [веб-сайт] (39).

вать распределение показателей здоровья. В этом многострановом обследовании участвовали 15-летние подростки, которые оценивали состояние своего здоровья (как «отличное», «очень хорошее», «хорошее», «удовлетворительное» или «плохое»). Затем данные тех подростков, которые сообщили об «удовлетворительном» или «плохом» здоровье, были проанализированы в соотношении с полом, уровень материального достатка семьи и по странам (рис. 58). Почти 20% 15-летних подростков оценивали состояние своего здоровья как «удовлетворительное» или «плохое»; при этом девочки давали такую оценку своему здоровью значительно чаще, чем мальчики (в среднем



23 и 14% соответственно), и это различие устойчиво прослеживалось во всех странах-участницах. При этом подростки из зажиточных семей оценивали свое здоровье как «удовлетворительное» или «плохое» на 20% реже.

В целом, результаты показывают, что в странах Европы субъективно оцениваемые относительные различия в благосостоянии коррелируют с уровнем самооценки здоровья, а также, по всей вероятности, с гендерными нормами и ролями. Это привлекает внимание к очевидному преобладанию пониженного уровня самооценки здоровья среди девочек-подростков из менее обеспеченных семей. Важность измерения самооценки здоровья в контексте благополучия и возникающие при этом проблемы подробнее рассматриваются в главе 3.

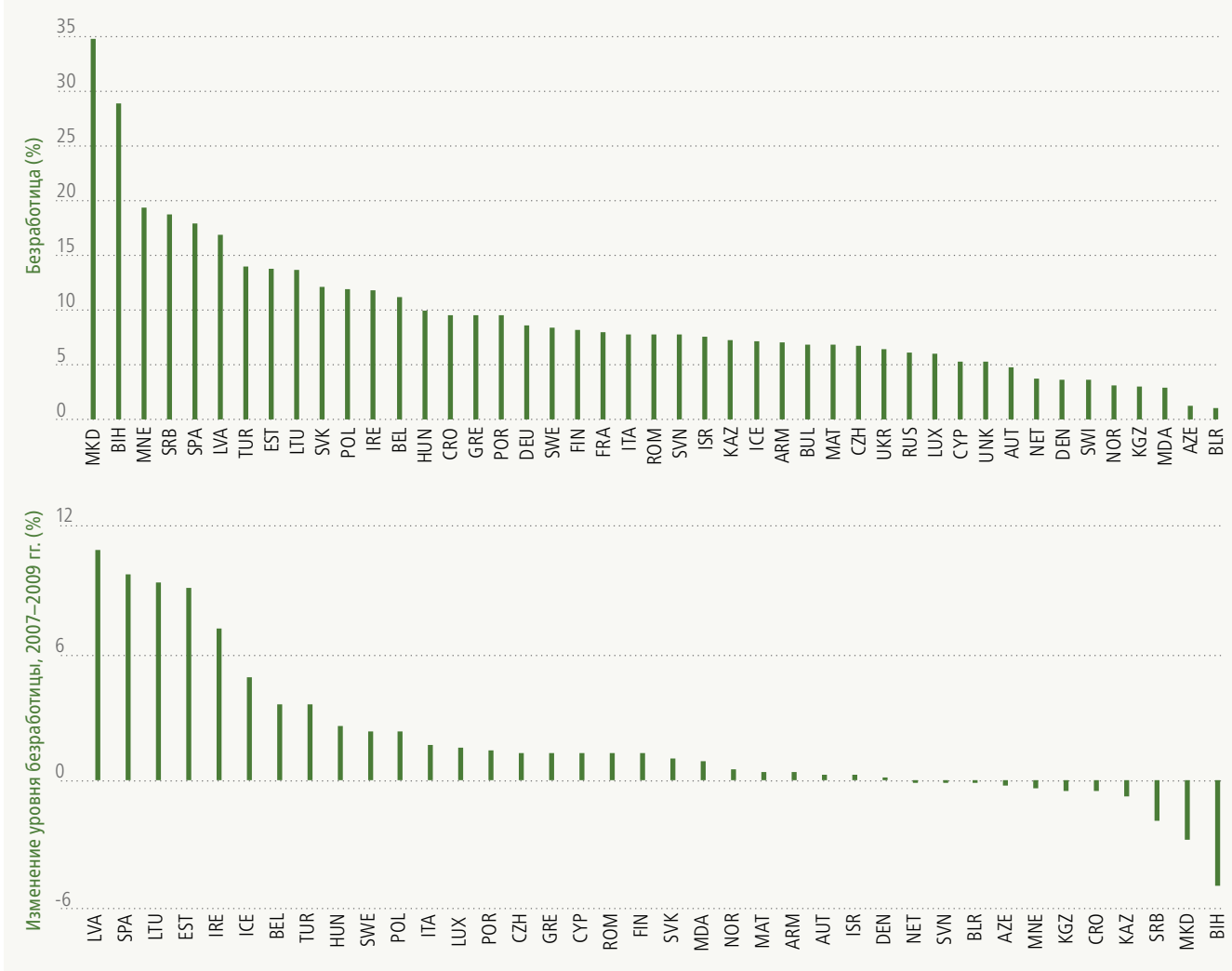
Один из индикаторов, непосредственно отражающих возможности и способность страны задействовать свои потенциальные рабочие ресурсы, и важная социальная детерминанта здоровья – это безработица. Во время последнего экономического спада в Европейском регионе наблюдался подъем уровня безработицы, составившей в 2009 г. в среднем 8,7% экономически активного населения. Это произошло после десятилетнего периода снижения уровня безработицы в Регионе. Что касается различий между странами, то среди 45 стран Региона самый высокий показатель безработицы в 35 раз выше самого низкого (рис. 59).

Резкие изменения в экономике, проявляющиеся колебаниями уровня безработицы, позволяют глубже понять потенциальное воздействие безработицы на здоровье и благополучие населения и расширить обсуждение потенциальных факторов, влияющих на внешние причины смертности (см. рис. 38). Например, увеличение безработицы более чем на 3% за относительно короткое время коррелирует с ростом почти на 5% числа самоубийств и самоповреждений среди людей моложе 65 лет (41). За период с 2007 по 2009 г. средний уровень безработицы в Европейском регионе увеличился почти на 1% при существенных различиях между 38 странами, предоставившими данные (рис. 59). Несмотря на то что уровень безработицы является довольно грубым индикатором, наблюдаемые в последнее время тенденции и сводные фактические данные свидетельствуют о том, что страны, где уровень безработицы увеличивается на 3% и больше, находятся в зоне повышенного риска роста смертности в результате самоповреждений.

Рост безработицы порождает дополнительные проблемы для систем здравоохранения, включая необходимость обеспечения соответствующими услугами более уязвимых и материально необеспеченных групп населения. Отмечаемый рост частоты определенных нарушений здоровья может быть обусловлен такими факторами, как дополнительный стресс, распространение нездоровых форм поведения (например, курения, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами), а также неадекватная медицинская помощь в связи с перегрузкой служб и задержкой в обращении к врачу. Кроме того, у людей, которые стремятся, но не могут найти

Рисунок 59

Уровень и динамика безработицы среди экономически активного населения, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2007–2009 гг.



работу, возникает риск (в зависимости от контекста) исключения из ряда других социальных процессов. Необходимо поддерживать регулярный мониторинг этих и других тенденций, используя подход по всему градиенту, предполагающий проведение мониторинга среди населения в целом, а не только в уязвимых группах.

Учитывая широкий спектр потенциальных социальных детерминант здоровья, рассмотренные выше детерминанты и пути выявления несправедливостей в отношении здоровья приведены только в качестве иллюстрации. Хотя рассмотрение различных вариантов политики и мер, направленных на сокращение несправедливостей в отношении здоровья, выходит за рамки этого доклада, ясно одно: необходимы систематические скоординированные действия – от удовлетворения в приоритетном порядке потребностей наиболее уязвимых групп до решения вопросов благополучия будущих поколений. Эти действия можно разделить на две категории: укрепление здоровья всех групп населения в соответствии с их нуждами и улучшение социальных детерминант здоровья. Действия в отношении последних обычно не входят в основную сферу компетенции сектора или системы здравоохранения, но сектор здравоохранения может стать активным поборником этих действий и в значительной степени способствовать принятию согласованных мер.

Экологические детерминанты

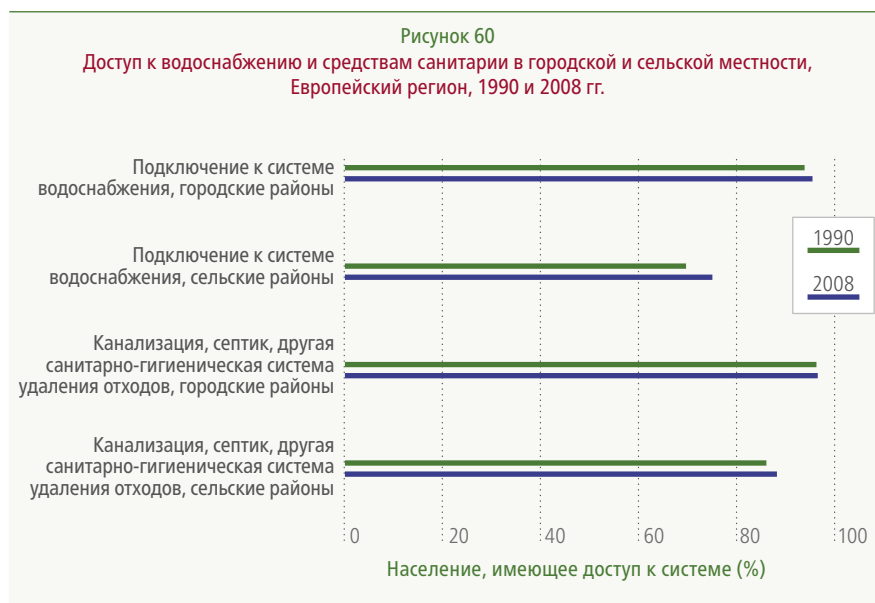
Окружающая среда – это еще одна важная детерминанта здоровья, и основные связанные с ней проблемы сходны с проблемами социальных детерминант. По недавно проведенным оценкам влияния факторов окружающей среды на здоровье, на их долю может приходиться от 13 до 20% бремени болезней в Европе в зависимости от модели классификации вызываемой ими смертности (такой, например, как страты специфических для данного населения уровней смертности среди детей и взрослых) (42).

Крайне важное значение имеет адекватное водоснабжение жилищ – как для питья, так и для нужд гигиены. В целом показатели водоснабжения в Европейском регионе – одни из лучших в мире. Все еще возникают проблемы относительно качества воды, связанные, в частности, с контаминацией патогенными микроорганизмами и химическими веществами, вызываемой нарушением герметичности изношенных труб, перебоями в работе служб или отсутствием высококачественных

механизмов защиты и хлорирования воды. Данные о доступе к воде (доля населения, пользующегося услугами централизованного водоснабжения) и средствам санитарии (доля населения, проживающего в домах, подключенных к централизованной канализации или септику или другой санитарно-гигиенической системе удаления отходов) в городских и сельских районах были проанализированы для выявления изменений, произошедших между 1990 и 2008 г. В целом, в 2008 г. доля населения Региона, имеющего доступ к водоснабжению, составила 96% в городах, но всего 76% в сельской местности (рис. 60). Ситуация в разных странах варьировалась – от почти 100%-ного доступа в городских и сельских районах до более широких различий между районами в странах восточной части Региона.

Плохая организация отведения и обеззараживания фекальных отходов может повышать риск заболеваний. В Европейском регионе доступ к улучшенным средствам санитарии имеется у 97% населения в городских районах по сравнению с 89% в сельских.

Отсутствие таких удобств в некоторых частях Региона приводило к повышению риска воздействия патогенных микроорганизмов, отдельные виды которых вызывают болезни, обладающие высоким эпидемическим потенциалом (такие, например, как холера, шигеллез, гемолитико-уремический синдром, криптоспоридиоз и лямблиоз). Эти инфекции наносят значительный ущерб, обуславливая



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

большое число случаев заболеваний, многие из которых требуют госпитализации, что в конечном итоге приводит к прямым и непрямым экономическим потерям. Защита водных ресурсов, продолжающиеся инвестиции в поддержание и развитие коммунальных служб, а также продуманное планирование с учетом урбанизации населения помогут справиться с решением проблемы ограниченного доступа.

Различные социально-экономические, демографические и географические условия определяют воздействие факторов окружающей среды и приводят к возникновению существенных неравенств в отношении здоровья, многие из которых могут рассматриваться как несправедливые. Недавно Европейское региональное бюро ВОЗ провело оценку влияния факторов окружающей среды на формирование неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе (43). К основным рассмотренным факторам относились доступ к водоснабжению и санитарии, жилищные условия и более широкие экологические показатели, включая качество воздуха внутри и вне помещений и шум. По данным отчета, наиболее четко проявлялись на различных географических уровнях социально и экономически обусловленные неравенства в отношении здоровья, связанные с воздействием шума, вторичного табачного дыма и с качеством жилья. Кроме того, было показано, что гендерные неравенства в большей степени коррелируют с внешними причинами (травмы и отравления): показатели летальности среди мужчин зачастую в три или более раз выше, чем среди женщин.

Системы здравоохранения как детерминанты здоровья

Эффективная система здравоохранения – необходимое условие успешного реагирования на изменения эпидемиологической ситуации и удовлетворения медико-санитарных потребностей и запросов населения. Ключевые требования, предъявляемые к таким системам, включают профилактику и борьбу с болезнями, смягчение последствий болезней (включая инвалидность), активное содействие и популяризацию здоровых форм поведения и образа жизни с использованием всеобъемлющих подходов к решению разнообразных вопросов здоровья на протяжении жизни. Для решения этих задач – повышения общего уровня здоровья населения и оптимизации его распределения между разными группами населения с учетом принципа социальной

справедливости – необходимо, чтобы система здравоохранения удовлетворяла следующим требованиям:

- была хорошо организована и эффективно функционировала, в частности обеспечивала лидерство и подотчетность;
- имела надежное финансирование;
- поддерживала свою инфраструктуру, включая кадровые ресурсы;
- обеспечивала предоставление высококачественных услуг.

В периоды дефицита средств важную роль приобретает сбалансированное расходование имеющихся ресурсов: финансовых, кадровых и материальных. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. (2) был посвящен важности укрепления европейских систем здравоохранения; эта тема не относится к основным темам настоящего доклада (см. вставку 23 с информацией о недавно проведенном исследовании деятельности систем здравоохранения и их вклада в благополучие в целом). Тем не менее с учетом недавнего экономического спада в этом разделе рассмотрены вопросы финансирования здравоохранения и защиты от катастрофических финансовых расходов (44) в качестве одного из ярких примеров того, как системы здравоохранения могут либо сглаживать (например, за счет использования более прогрессивных способов финансирования), либо усугублять (например, путем еще большего углубления неравенств, в частности в доступности медико-санитарной помощи) негативные последствия финансовых потрясений. На сегодняшний день измерение распространенности и величины прямых платежей домохозяйств за медицинские услуги является основой для оценки финансовой защищенности граждан и сравнения систем здравоохранения (45).

Совокупные инвестиции страны в охрану здоровья граждан включают государственные меры в ответ на нужды населения (государственные расходы) и использование ресурсов домашних хозяйств (частные расходы). Общие расходы на здравоохранение являются показателем того, какие усилия предпринимают страны для инвестирования в здоровье, и, как правило, это выражается в процентах от ВВП; средний уровень по Европейскому региону в 2009 г. составил 8,5%. При этом, однако, наблюдается значительный разброс между странами Региона: от 12 до 2% (данные не показаны). Для улучшения показателей здоровья в целом и их распределения имеет значение не только уровень расходов, но также эффективность и справедливость в использовании ресурсов.

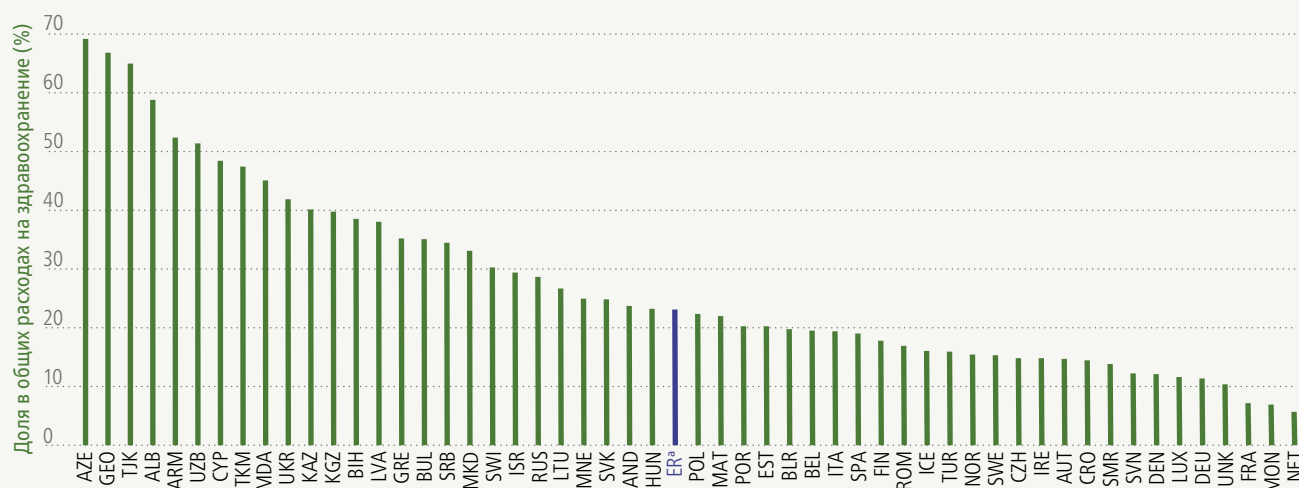
В условиях экономического кризиса, когда у многих граждан и семей денег становится меньше, они порой откладывают

обращение за медицинской помощью, особенно когда им приходится самим платить за услуги. Такие платежи называют личными, или платежами «из собственного кармана» (out-of-pocket expenditure, OOP). Особое беспокойство вызывают катастрофические расходы на оплату медицинских услуг, угрожающие обнищанием домашних хозяйств, в тех странах, где системы здравоохранения в значительной степени полагаются на взносы домашних хозяйств. В Европейском регионе это особенно актуально для стран, где рост цен на товары и услуги ослабил покупательную способность многих семей.

В 2009 г. личные платежи граждан составили в среднем по Европейскому региону 23% в структуре общих расходов на здравоохранение (рис. 61). Имеются широкие различия в этой доле между странами – от 5,7 до 69,4%, что составляет 12-кратный разрыв. Прямые личные платежи остаются основным источником оплаты услуг (около 50% и больше) примерно в 10 странах Региона, в то время как в других финансирование и покрытие расходов происходит главным образом за счет использования механизмов объединения средств и предоплаты (например, за счет государственных налогов или фондов медицинского страхования). Фактические данные из многих стран мира подтверждают, что можно существенно снизить риск финансовых катастроф для домашних хозяйств, если достигнуты два целевых ориентира: доля прямых личных выплат из собственного кармана граждан в общих расходах на здравоохранение не превышает 15–20%, а доля

Рисунок 61

Расходы граждан на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение, страны Европейского региона, 2009 г.



совокупных государственных расходов на здравоохранение составляет не менее 5–6% ВВП (45).

Неблагоприятным фактором, однако, является то, что страны с самым высоким уровнем платежей из личных средств граждан в то же время менее успешны в экономическом отношении (рис. 62) и для них характерна меньшая доля участия государства в расходах на здравоохранение. Хотя эти обстоятельства делают более сложным вопрос расширения финансового пространства за счет увеличения доли государственных расходов на здравоохранение, ВОЗ недавно сформулировала варианты политики и стратегий для обеспечения устойчивого и более справедливого финансирования здравоохранения в странах с различным уровнем экономического развития (45).



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

В главе 1 дано описание состояния здоровья и тенденций в динамике его показателей в Европе, основанное на последних обновленных данных, полученных от государств-членов, которые показывают, где мы как Регион в целом находимся сегодня. В этой главе также освещается изменяющийся контекст, в котором будет осуществляться политика Здоровье-2020. Согласование целей и приоритетов для Европейского региона ВОЗ – наши устремления – является первым шагом на пути установления достижимых целевых ориентиров и мониторинга прогресса на региональном уровне; данная тема обсуждается в главе 2.

Вставка 8

Социальные детерминанты и неравенства в отношении здоровья – ключевые положения

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе продолжают углубляться, что вызывает серьезную озабоченность. • Социальные детерминанты здоровья включают социально-экономические, демографические, экологические и культурные факторы, а также систему здравоохранения. Они охватывают весь комплекс социальных условий, в которых люди живут и работают. • К наиболее важным социально-экономическим детерминантам здоровья | <p>относятся уровень дохода, занятость и образование. Хотя за период с 1990 г. уровни доходов в Европейском регионе выросли, их распределение во многом не соответствует принципам социальной справедливости.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Факторы окружающей среды – еще одна важная детерминанта здоровья; они включают доступ к водоснабжению и средствам санитарии, жилищные условия, а также более широкие экологические факторы, включая качество воздуха | <p>внутри и вне помещений и шум. Различные социально-экономические, демографические и географические условия определяют воздействие факторов окружающей среды, приводя к выраженным неравенствам в показателях здоровья.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Системы здравоохранения могут либо сглаживать, либо усугублять экономические трудности, переживаемые семьями; в этом вопросе важнейшее значение имеет финансирование здравоохранения. |
|--|--|--|





02

Наши
устремления:
европейские
целевые
ориентиры
для здоровья
и благополучия

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

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

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

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

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

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

Прежний опыт установления и мониторинга целевых ориентиров

Использование целевых ориентиров

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

Здоровье для всех

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

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

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

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

Вставка 9
Термины, употребляемые
при постановке целевых ориентиров

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

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

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

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

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

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

Здоровье-21 – стратегия с более конкретной направленностью

В 1990-е годы серьезные политические, экономические и социальные перемены в Регионе изменили европейский ландшафт. Одним из результатов этих изменений было резкое увеличение числа европейских государств-членов, которое к концу этого

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

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

Некоторые полезные уроки из опыта постановки целевых ориентиров

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

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

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

Опыт прошедших десятилетий дал ряд полезных уроков.

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

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

База данных «Здоровье для всех»

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

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

Вставка 10
Интерактивные атласы
Визуализация баз данных Евростат

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

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

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

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

Консультативное обсуждение и принятие целевых ориентиров Здоровье-2020

Европейский региональный комитет ВОЗ на своей шестьдесят первой сессии, состоявшейся в сентябре 2011 г. в Баку (Азербайджан), одобрил предложения, согласно которым в политике Здоровье-2020 должны быть предусмотрены следующие характеристики:

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

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

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

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

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

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

Формулирование целевых ориентиров – общие принципы и частные критерии

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Установление частных целевых ориентиров для политики Здоровье-2020

Процесс

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

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

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

Вставка 13
Рабочая группа ПКРК
по целевым ориентирам и индикаторам

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

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

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

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

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

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

Целевые ориентиры политики Здоровье-2020

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

Всеобъемлющие целевые ориентиры:

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

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

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

Поиск путей для установления уровней целевых ориентиров и выбора индикаторов

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

Таблица 2

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

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

Вставка 14

Пример из практики:

Австрия – целевые ориентиры в действии (55)

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

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

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

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

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

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

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

Методы установления уровней целевых ориентиров

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

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

Вставка 15

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

Контрфактуальный метод

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

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

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

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

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

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

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



Контрфактуальный метод

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

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

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

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

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

Анализ тенденций

На другом примере смертности от болезней системы кровообращения продемонстрированы пути

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

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

Консолидация результатов интервенционных исследований

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

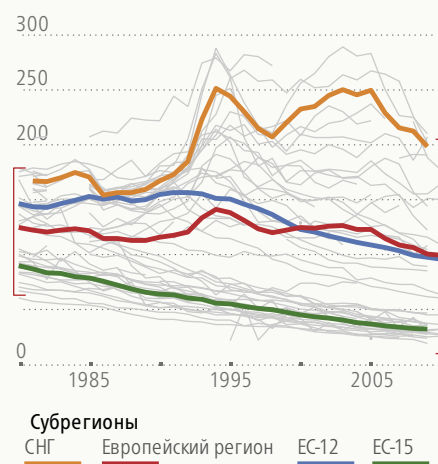
системы здравоохранения позволили сократить смертность от болезней системы кровообращения в некоторых странах на 5%, тогда потенциальный целевой ориентир мог бы быть установлен как 5%-ное сокращение преждевременной смертности от болезней системы кровообращения.

Сравнительная оценка рисков

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

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

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



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

Анализ тенденций

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

Прочие методы

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

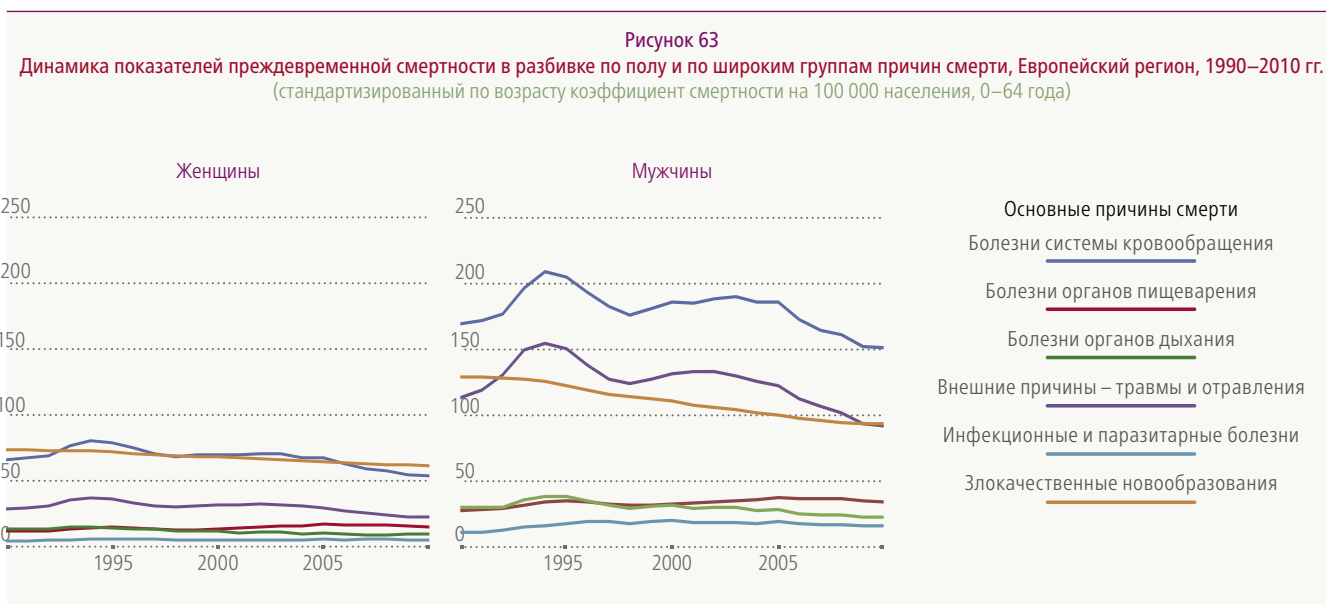
Индикатор: стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин на 100 000 населения в разбивке по полу и широким причинам смерти

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

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

Индикатор: распространенность основных факторов риска

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



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

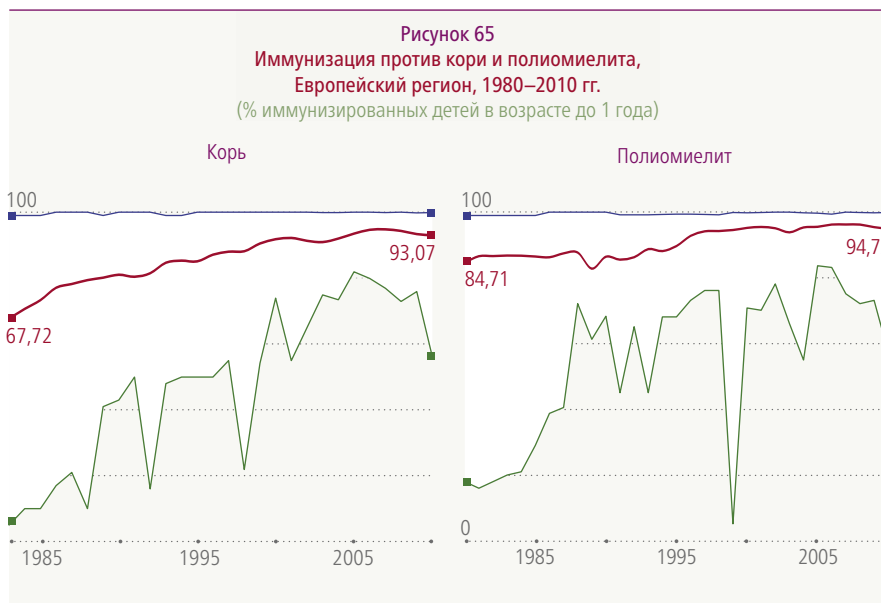
В противоположность этому, уровень потребления алкоголя в некоторых частях Региона стремительно повышается, хотя это и маскируется значениями усредненного показателя для Европейского региона в целом (рис. 64). Это сопровождается соответствующими характеристиками смертности от причин, связанных с алкоголем.

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

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

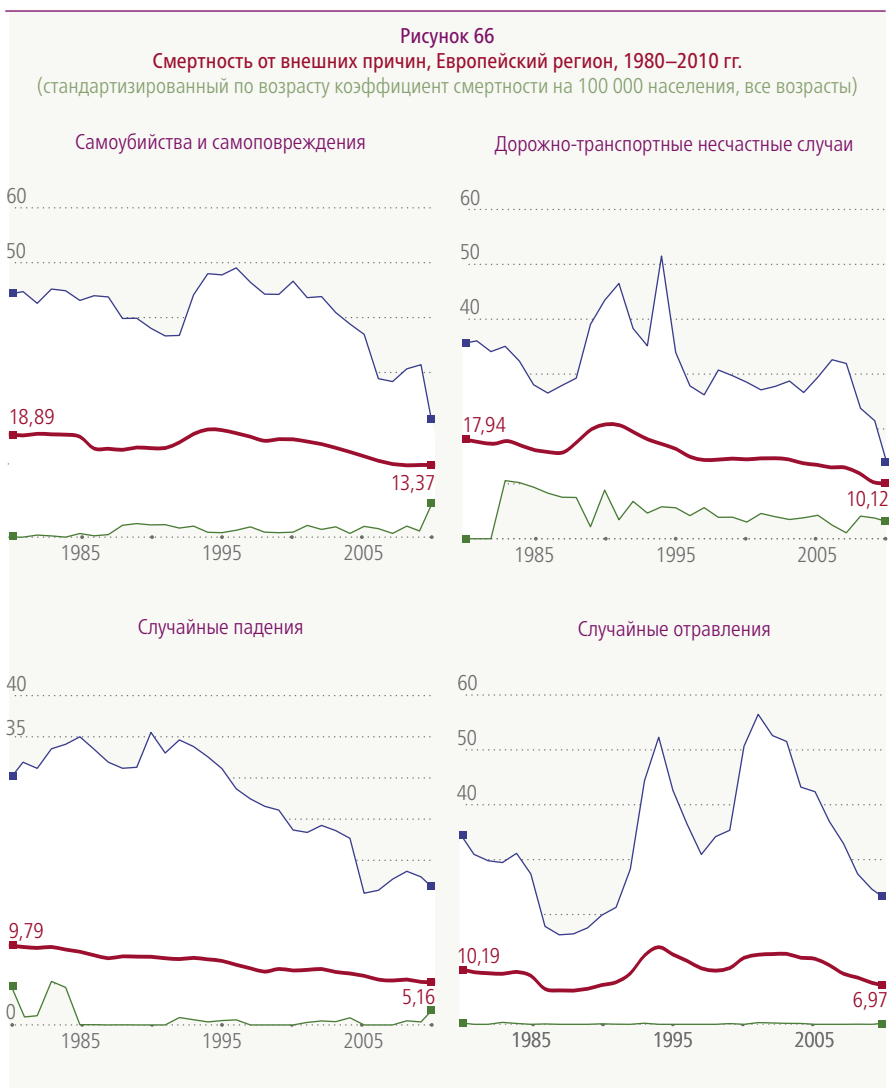


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



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

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



Целевой ориентир 2. Повысить среднюю продолжительность жизни населения Европы

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

Индикатор: ожидаемая продолжительность жизни при рождении

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

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

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

Целевой ориентир 4. Повысить уровень благополучия европейского населения

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

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

Индикатор: распространенность ожирения среди детей

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

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

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

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

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

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

Рисунок 67

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



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

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

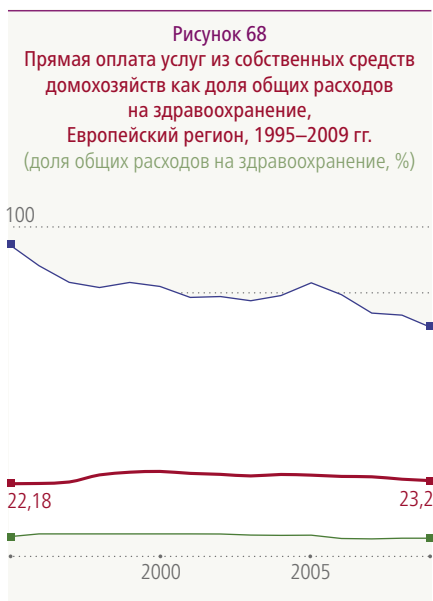
Данная целевая область отражает процессы, начатые или наращиваемые государствами-членами в масштабах Европейского региона (см. пример во вставке 14), которые более детально описаны ниже. Основное внимание будет, по всей вероятности, уделено обновлению текущих усилий и добавлению новых областей в соответствии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

Мониторинг целевых ориентиров и индикаторов политики Здоровье-2020

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

Механизмы представления отчетности от государств-членов

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



Платформы для представления отчетности от государств-членов

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вставка 16

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

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

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

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

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

Подотчетность

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

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

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

Система мониторинга

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

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

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

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



03

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

Как уже упоминалось, согласно определению ВОЗ, здоровье – это «не только отсутствие болезней и физических дефектов», но и «состояние полного физического, душевного и социального благополучия» (5). Вместе с тем более чем за 60 лет своего существования ВОЗ не проводила оценок и не представляла информации по вопросам благополучия, уделяя все внимание проблемам смертности, болезней и инвалидности. Функция мониторинга, несомненно, входит в основной мандат ВОЗ, однако описательный анализ благополучия населения Европы и оценка прогресса в повышении его уровня в контексте политики Здоровье-2020 требуют от Организации действий в партнерстве с другими учреждениями. Как описано в главе 2, в Регионе достигнут консенсус в отношении долгосрочной цели улучшения здоровья и повышения уровня благополучия жителей Европы к 2020 г. Учет благополучия при этом являет собой важный механизм формирования целостных представлений о здоровье, дает возможность проследить связь с вопросами стратегического руководства и обеспечить постоянный учет интересов здоровья в повестке дня всех направлений политики.

В феврале и июне 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ созывало совещания группы экспертов, для того чтобы провести обзор, обсудить и дать рекомендации по определениям различных понятий и схем, относящихся к благополучию (59, 60), по которым в последнее время было предпринято множество дополнительных усилий и внесен новый вклад. В настоящей главе приведена дорожная карта для разработки европейских целевых ориентиров и индикаторов в области благополучия и здоровья, а также изложен процесс достижения более полной концептуальной четкости и повышения полезности информации о здоровье и благополучии для руководителей, отвечающих за формирование и реализацию политики. Цель – ответить на следующие вопросы:

- Что мы вкладываем в понятие «благополучие» (well-being)?
- В чем заключается его важность для здоровья?
- Почему в европейских странах на уровне государственного управления и в обществе проявляется интерес к вопросам здоровья и благополучия?
- Как измерить уровень благополучия?
- На что можно опереться?
- Каковы проблемы и трудности в измерении параметров здоровья и благополучия?
- Каково текущее положение дел?

- Как можно использовать данную информацию для улучшения здоровья и повышения уровня благополучия?

Что мы вкладываем в понятие «благополучие» (well-being)?

Вопрос о том, что составляет «благополучную жизнь» (good life), – это одна из основных нравственных тем, рассматриваемых всеми философскими учениями. В различных странах люди обычно формируют сходные общие представления о благополучии или о его минимальных составляющих. Значимые аспекты жизни людей также отличаются удивительным постоянством, что указывает на то, что наши ценности не так легко меняются, несмотря на то, что определение их важных компонентов остается нормативным процессом, зависящим от различных сущностных аспектов благополучия (то есть его антологии) и от того, как человек получает о нем знания (то есть его эпистемологии). Первой задачей в определении понятия благополучия является уточнение этих различных концепций и лежащих в их основе предпосылок.

К элементам объективного благополучия относятся условия жизни людей и их возможности для реализации своего потенциала: возможности, которые в принципе должны быть справедливым образом распределены среди всех людей без какой бы то ни было дискриминации. Одним из компонентов объективного благополучия человека является наличие у него справедливых шансов на поддержание здоровья. Элементы субъективного благополучия определяются тем, как человек сам воспринимает свою жизнь. На основе этих элементов благополучие формулируется либо как комбинация различных строительных блоков, либо как единое и неделимое понятие.

Рекомендации Комиссии по измерению экономической деятельности и социального прогресса относительно оценки функционирования и возможностей (61) иллюстрируют первый, композитный подход: он, как правило, опирается на объективную эпистемологию с использованием инструментов и индикаторов объективной оценки, таких как доход, уровень образования и показатели смертности. Согласно этому подходу одним из

составных элементов композитного благополучия является здоровье. В многочисленных литературных источниках и данных научных исследований (61–63) благополучие определяется как аналог математической функции, где аргументом являются жизненные возможности и достижения. Это многоаспектное понятие, отражающее всю деятельность человека или «оптимальное осуществление определенного набора нормальных человеческих функций» (64), таких как потребление и личная безопасность, а также характеризующее имеющиеся у человека функциональные возможности – объективные условия, при которых существует право выбора и которые определяют его потенциал для претворения ресурсов в достижение определенных целей, таких как здоровье.

В концептуальном плане онтологический метод в типичных случаях связан с субъективной эпистемологией, то есть со знаниями о благополучии, которые поступают благодаря тому, что люди сообщают о своих восприятиях и переживаниях. Комбинация онтологии и эпистемологии часто обозначается как субъективное благополучие: наиболее важно то, как человек ощущает себя. Несмотря на оживленные дебаты о содержании и полезности субъективных элементов благополучия, сведения о том, что люди чувствуют и о чем они сообщают (в противоположность лишь объективным элементам), несомненно, дают полезный материал для стратегических обсуждений. Тем не менее при осуществлении и оценке политики легче добиваться подотчетности со стороны государства в отношении объективных условий.

Ощущения и впечатления людей можно описывать различными путями. В последнем обзоре ОЭСР (65) приведены три отдельные области, составляющие субъективное благополучие, каждая из которых содержит важную информацию:

- эвдемническое (эвдемнистическое) благополучие – самовосприятие автономии, компетентности, смысла жизни и возможности ее контроля;
- позитивное и негативное состояния – переживания радости, счастья и, напротив, тревоги, печали;
- осмысление жизни – рефлексивная оценка.

Другие концептуальные модели имеют иные базовые предпосылки. Благополучие также оценивается и как состояние, и как

динамический процесс – статическое понятие и основной путь, который может иллюстрировать логические связи. Эти аспекты иногда смешиваются в различных схемах.

Определение компонентов благополучия – это важный шаг к достижению понятийной и оперативной четкости. Систематическое описание процессов и путей для достижения состояния благополучия определяет потенциальные отправные точки для действий, направленных на повышение среднего уровня благополучия и оптимизацию распределения его показателей среди населения.

В чем заключается его важность для здоровья?

Руководители, формирующие политику, практические работники общественного здравоохранения и жители европейских стран согласны в том, что здоровье является если не обязательным условием, то во всяком случае существенным элементом благополучия. Определение здоровья, данное ВОЗ, следует трактовать не в том смысле, что здоровье и благополучие – это идентичные понятия, а в том, что здоровье, включая его соматические, психические и социальные аспекты, имеет для благополучия важнейшее значение.

Обзор взаимоотношений между здоровьем и благополучием выходит за рамки содержания данного доклада, однако основные связи между этими понятиями проиллюстрированы на приведенной ниже концептуальной схеме (рис. 69).

В основе данной схемы лежат недавние обзоры фактических данных по проблемам благополучия, в частности выполненный под эгидой Фонда новой экономики (66), а также материалы совещания группы экспертов, организованного Европейским региональным бюро ВОЗ (60). На благополучие влияет как соматическое, так и психическое здоровье; иными словами, здоровье – это один из наиболее мощных факторов, в целом влияющих на благополучие. Зависимость между физическим функционированием и благополучием выражена в меньшей степени, но причиной этому может быть как раз

дополнительное влияние субъективной оценки благополучия. Она отражает конкретные ощущения людей, такие как боль, которые невозможно зафиксировать традиционными методами измерения биологических параметров (67). Данная зависимость имеет двусторонний характер, поскольку благополучие, в свою очередь,

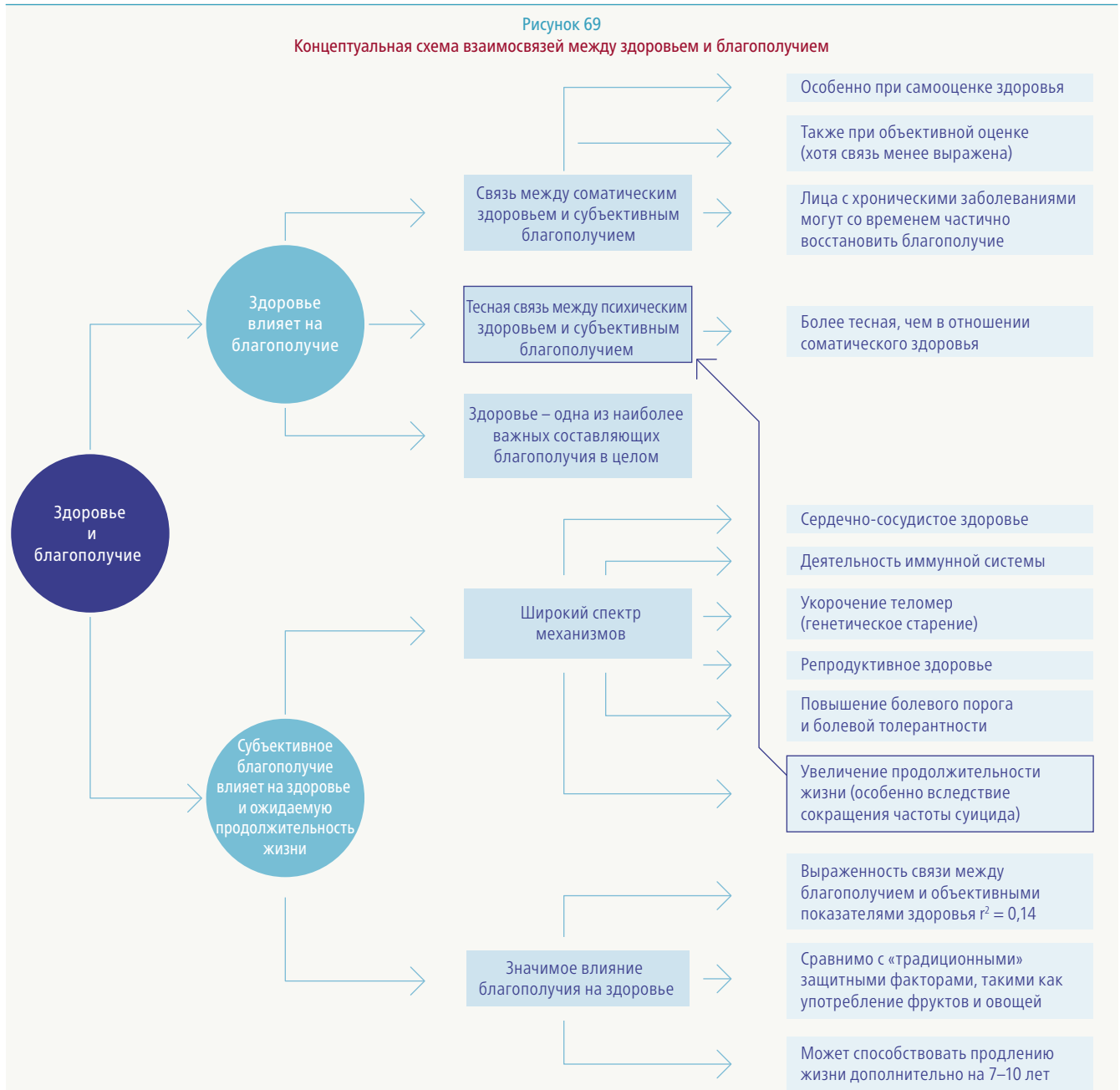


Рисунок 70

Здоровье и благополучие: обзор детерминант



Источник: Measurement of and target-setting for well-being (59).

Вставка 17

Значение понятия «благополучие», его важность для здоровья и его стабильность среди различных групп населения – ключевые положения

- Один подход к благополучию рассматривает удовлетворение объективных базовых потребностей людей и предоставление им соответствующих возможностей, другой основан на учете субъективных восприятий.
- Здоровье можно рассматривать как часть благополучия, одновременно в качестве детерминанты и результата.
- Наличие общих ценностей в масштабе всей Европы повышает вероятность установления регионального целевого ориентира в отношении здоровья и благополучия.

в значительной мере влияет на будущее здоровье человека через целый ряд механизмов, таких как функционирование иммунной системы и реагирование на стресс (68). Недавние обзоры научных исследований демонстрируют, что благополучие может оказывать существенный (хотя и вариабельный) эффект на здоровье, сравнимый с эффектами других факторов, таких как здоровое питание, которые чаще становились объектом вмешательств в области общественного здравоохранения (69).

В литературе документированы взаимоотношения между различными компонентами благополучия: ясно, что здоровье влияет на общее благополучие, но и благополучие является прогностическим фактором будущего здоровья или болезни. Благополучие и здоровье – это взаимодействующие понятия, и у них есть ряд общих детерминант, таких как система здравоохранения. Другие детерминанты включают более широкий политический, экономический и социальный контекст, а также прочие сопряженные факторы, например степень социального расслоения или различные воздействия, которые повышают или, напротив, снижают уязвимость. На рисунке 70 показан другой вариант концептуального отображения этих взаимоотношений, также включающих роль системы здравоохранения.

По итогам консультаций по политике Здоровье-2020 с представителями европейских государств-членов и техническими экспертами были получены качественные данные о том, что жители различных стран Европейского региона ценят здоровье и хотят свести до минимума болезни: они дорожат социальной сплоченностью и возможностью каждого активно участвовать в жизни общества, что рассматривается в качестве важных широких детерминант здоровья и благополучия, дающих всем людям справедливые шансы на поддержание и укрепление здоровья. Люди также ценят безопасность и защищенность, которые в контексте благополучия связаны со здоровьем. Наличие общих ценностей в масштабе всей Европы повышает вероятность установления регионального целевого ориентира в отношении здоровья и благополучия.

Несомненно ценятся и имеют значение и другие аспекты благополучия. Для того чтобы определить пути повышения уровня благополучия, его измерения и мониторинга, необходим полный консенсус относительно сути данного понятия.

Почему в европейских странах на уровне государственного управления и в обществе проявляется интерес к вопросам здоровья и благополучия?

Повышение или по крайней мере поддержание благополучия предусматривается социальным договором между государством и народом, который оно представляет. Обеспечение благополучной жизни не является исключительной функцией какого-либо одного сектора или службы – это многомерная концепция, связанная со множеством детерминант. Повышение благополучия населения может стать платформой для выработки общей повестки дня, включая формирование общегосударственного подхода на основе сотрудничества различных секторов и заинтересованных структур. Министры и министерства здравоохранения знают о том, что благополучие – это часть определения здоровья, записанного в Уставе ВОЗ. Как уже отмечалось, некоторые из детерминант благополучия одновременно являются детерминантами здоровья.

Кроме органов государственной власти, основными действующими структурами, заинтересованными в вопросах благополучия, являются группы гражданского общества, организации пациентов, практические работники в области поддержания физической формы и укрепления здоровья, средства массовой информации. Различные группы – государственные и негосударственные, общественные и частные – стремятся оказывать влияние на процессы формирования политики и/или программ одного или ряда секторов в целях улучшения показателей благополучия для людей и общества в целом. Так, например, в Исландии в течение последнего десятилетия поставленная государством цель повышения уровня благополучия населения стала катализатором усилий по оценке прогресса на национальном уровне и использования полученных данных для формирования политики различных секторов (вставка 18). В последующих разделах данной главы изложен ряд вопросов и насущных проблем, а также возможные подходы к их решению в предстоящие годы.

Вставка 18

Пример из практики: повышение уровня благополучия в Исландии – 6 шагов на пути от оценки к вмешательствам для полного обеспечения благополучия**1. Решение приступить к измерению уровня благополучия**

В течение последнего десятилетия Исландия уделяла пристальное внимание цели повышения уровня благополучия населения. В результате вырос интерес к вопросам оценки степени благополучия и выявления вмешательств, которые могли бы успешно содействовать повышению этой степени как на индивидуальном уровне, так и в масштабе всего общества.

Воодушевленные результатами исследований благополучия с эпидемиологических позиций (например, Huppert et al., 70) и подчеркивающих необходимость количественной оценки позитивных параметров психического здоровья (Stewart-Brown, 71), органы общественного здравоохранения Исландии стали испытывать большой интерес к измерению благополучия на популяционном уровне. Они стремились изучить как показатели благополучия, так и детерминанты здоровья – две категории, по данным научных исследований, не обязательно идентичные друг другу (Wilkinson & Marmot, 72, Huppert, 73).

2. Отбор методов и процедур, привлечение заинтересованных сторон, сбор информации

Когда Институт общественного здравоохранения Исландии (который был в 2011 г. влит в Директорат здравоохранения) принял решение о проведении в 2007 г. национального анкетирования по вопросам здоровья и благополучия, возникла необходимость в составлении раздела вопросника, посвященного благополучию. Была сформирована группа экспертов с задачей отбора оценочных методов из числа опубликованных:

- единый показатель счастья;
- Индекс благополучия ВОЗ-5 (74);
- Шкала удовлетворенности жизнью (SWLS), разработанная Diener et al. (75);

- краткая версия Шкалы субъективно воспринимаемого стресса (PSS), разработанная Cohen et al. (76);
- краткая версия Шкалы психического благополучия Warwick – Edinburgh (WEMWBS), разработанная Stewart-Brown et al. (77), которая была специально переведена на исландский язык и с тех пор используется в качестве основной меры оценки благополучия для целей государственной политики.

Все эти методы были включены в исследование здоровья и благополучия в 2007 г., которое затем было повторено в 2009 г. и в 2012 г. При проведении второго и третьего раундов были добавлены дополнительные шкалы, включая Шкалу значимости жизни Steger & Samman (78) и новые вопросы по оценке благополучия, основанные на концептуальной схеме Huppert & So по определению благополучия (79).

3. Обеспечение соответствия оценки современному контексту

Когда в октябре 2008 г. в Исландии произошел коллапс банковской системы, органы общественного здравоохранения страны приняли решение провести новое исследование для оценки воздействия экономического кризиса на благополучие жителей страны. Протокол включал единую меру счастья, WEMWBS и PSS.

4. Представление и распространение результатов

Результаты были документированы в форме анализа влияния экономического кризиса в Исландии с использованием данных анализа связей благополучия с экономикой и со здоровьем (Gudmundsdottir, 80). Выводы были представлены на открытом семинаре, включая панельную дискуссию с участием министра социального обеспечения и руководителя научно-исследовательского проекта. В рамках панельной дискуссии были обсуждены направления развития общества, которые повысили бы уровень

благополучия населения; при этом были выделены следующие пункты.

- Благоприятные социальные взаимоотношения – качество отношений в семьях и между друзьями, наряду с количеством времени, проведенным в семье, – способствуют достижению счастья.
- Трудности в том, как «свести концы с концами», – это наиболее сильный прогностический признак ощущения несчастливой жизни.
- Группы населения, которым трудно «свести концы с концами», не совпадают с группами, к которым относятся безработные или лица с наиболее низким доходом.

Результаты и реакция министра привлекли значительное внимание средств массовой информации (газеты, радио и телевидение).

5. Влияние на действия руководства и разработку политики

Решение о проведении оценки благополучия на национальном уровне оказало влияние на политику в области здравоохранения и на общественную политику в целом. Меры оценки благополучия используются в качестве индикатора в политике Здоровье-2020 для Исландии, а также в более широкой правительственной политике по вопросам экономики и сообщества, возглавляемой премьер-министром и получившей название «Исландия-2020» (81). Кроме того, министр социального обеспечения был весьма заинтересован в результатах и предложил пути их использования в дальнейших усилиях по разработке политики.

6. Планирование на будущее

Как было продемонстрировано, индикаторы благополучия уже используются для мониторинга политики в Исландии, где проводится ряд мер, нацеленных на повышение уровня благополучия. Необходимо продолжать мониторинг благополучия населения и совершенствовать меры оценки психического благополучия.

Как измерить уровень благополучия?

Для того чтобы повышать и поддерживать благополучие людей, необходимо более детально описать, что включает в себя благополучие, и понять, как можно его измерить. Научные работники, организации, государственные органы и другие структуры используют широкий круг различных подходов для описания того, какие области или сферы составляют благополучие и что подлежит измерению по каждой из них. Некоторые выступают за применение объективных мер, таких как, к примеру, качество воздуха или степень нарушения слуха, измеряемые приборами или путем анкетирования либо интервью. Другие включают субъективные меры, например оценку уровня удовлетворенности людей своей жизнью по определенным ее аспектам, таким как работа или качество окружающей среды. Некоторые параметры носят количественный характер, другие включают качественную оценку.

Технические эксперты согласились в том, что при разработке политики с большей вероятностью будут использоваться многоаспектные профили благополучия, поскольку их легче интерпретировать. Если результирующий индекс состоит из различных элементов или областей, то каждая составляющая часть (уровень) и ее значимость (вес) должны быть прозрачными и позволять самостоятельную интерпретацию.

Для сбора информации в целях оценки каждой области используются различные методологии и инструменты. Один из наиболее общих инструментов – это анкетирование, при котором обычно людей просят ответить на конкретные вопросы. Разработано большое число стандартных инструментов для получения дополнительной информации по вопросам благополучия, связанным с конкретным типом заболеваемости, состояния или нарушения функций жизнедеятельности. Их часто используют в клинических испытаниях как параметр конечных результатов, оцениваемых при анализе новых видов лечения. Стандартные инструменты, такие как телефонное или почтовое анкетирование, также широко используются в различных странах Европы для сбора информации от населения.

В помощь процессу разработки общих представлений и подходов для оценки благополучия на популяционном уровне в масштабах Европейского региона силами Европейского регионального бюро ВОЗ был составлен систематический литературный обзор проверен-

ных на практике инструментов оценки благополучия. Для поиска были использованы следующие ключевые слова: благополучие (well-being); инструмент оценки (measurement tool); характеристики оценки (measurement properties); общее население (general population); наблюдательные исследования (observational studies); литература, прошедшая коллегиальную оценку (peer-reviewed literature). В результате поиска по базам данных, охватывающим биомедицинскую, психологическую и экономическую литературу, было выявлено около 3200 опубликованных статей для обзора, из которых около 160 содержали информацию по индикаторам и параметрам измерений. Основные результаты приведены во вставке 19.

Кроме того, обзор показал, что каждый инструмент использует различные сочетания областей, что отражает внутренние различия – в том, как определяется понятие благополучия, и внешние различия – в том, каким образом его оценивают на практике.

Для мониторинга благополучия в пределах населения и для сравнения между группами широко используют два кратких вопросника: «Лестница Кантрила» (Cantril's Ladder) и «Индекс личного благополучия» (Personal Wellbeing Index) (табл. 5). В каждом из них дано количественное выражение самооценки здоровья и благополучия.

При проведении субъективной оценки благополучия важно определить, в какой мере задаваемые вопросы действительно позволяют измерить то, что подлежит оценке. В тех случаях, когда

Вставка 19

Ключевые результаты составленного силами ВОЗ обзора литературы по инструментам для количественной оценки уровня благополучия

- Имеется множество дефиниций здоровья в контексте благополучия, однако требуется больше понятийной четкости.
- Благополучие часто рассматривается как синоним качества жизни и счастья.
- Среди различных описаний используемых инструментов различия между субъективными и объективными мерами часто трактуются неверно или не дифференцируются в зависимости от техники измерения (например, поступают ли данные от самих респондентов или формируются путем внешней оценки/измерения).
- Наиболее общие элементы во всех инструментах – это экономика, здоровье, образование, общество/местные коллективы и окружающая среда.
- В контексте различных областей нет последовательности в типах задаваемых вопросов или оцениваемых сферах.
- Ограниченное число инструментов предназначено для оценки на популяционном уровне: подавляющее большинство сосредоточено на конкретных видах нарушений здоровья.

Таблица 5
Примеры типичных вопросов из Лестницы Кантрила и Индекса личного благополучия

Вопрос	Используемая шкала	Источник/Пользователь
Насколько вы в целом удовлетворены своей жизнью?	Лестница Кантрила, 11-балльная шкала (самая низкая оценка = 0, самая высокая = 10)	ОЭСР, Ин-т Гэллага
В какой степени вы удовлетворены следующими аспектами своей жизни: <ul style="list-style-type: none"> • качество жизни • здоровье • жизненные достижения • личная жизнь • ощущение личной безопасности • ощущение сопричастности к своему сообществу • безопасность в будущем • духовность или религиозные верования 	Индекс личного благополучия, 11-балльная шкала Ликерта (абсолютно неудовлетворен = 0, полностью удовлетворен = 10)	Международная группа по проблемам благополучия

нет идеального эталона для сравнения, например при оценке людьми их личных взаимоотношений или качества социальных связей, достоверность данных можно определить с использованием ряда других приемов. Анализ может быть сосредоточен на том, в какой мере жизненные обстоятельства и другие возможные переменные объясняют ответы на индивидуальном уровне или распределение ответов на уровне населения. Можно также оценить степень того, в какой мере они коррелируют с другими субъективными и объективными мерами благополучия (корреляционная валидность). Это является мерой надежности. Другой метод заключается в рассмотрении того, как и в какой мере измеряемые параметры позволяют предсказать последующие итоговые результаты и поведение (прогностическая валидность).

При разработке методологических подходов, как и в любых других опросных инструментах, должен учитываться тот факт, в какой мере механизмы сбора данных, включая порядок и формулировки вопросов, влияют на ответы респондентов. Также важно подтвердить, возможно ли сравнение собираемых данных в хронологической динамике в целях мониторинга здоровья населения между странами или внутри стран. Другой важный аспект мониторинга – это роль и потенциальное влияние ожиданий людей в отношении определенного уровня благополучия. Люди оценивают свою ситуацию в сравнении с некоей идеальной нормой, например в рамках местного сообщества или страны, и это может влиять на самооценку. Важность ожиданий может влиять на интерпретацию содержания и значения различных компонентов благополучия и их распределение между различными подгруппами населения.

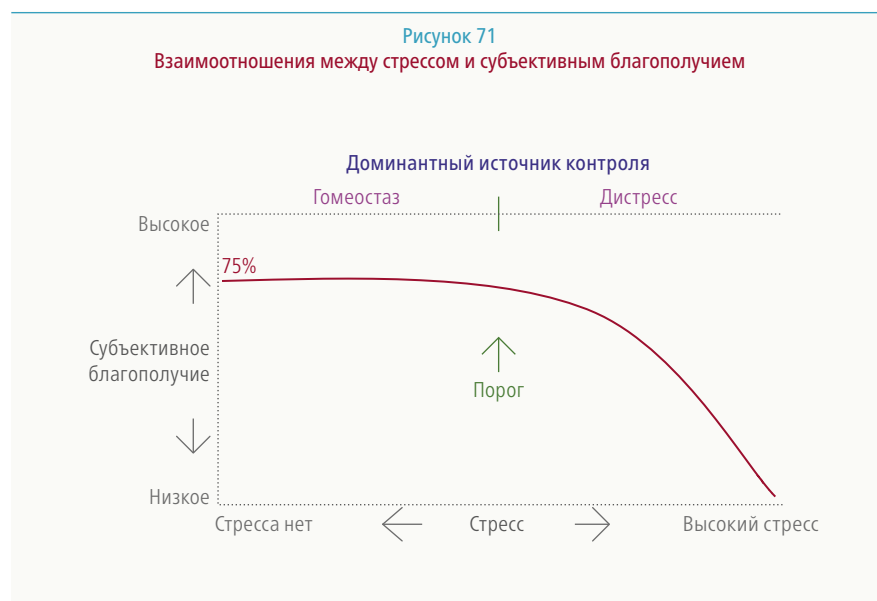
Другой важный вопрос – осведомленность о том, как интерпретировать данные, собранные на индивидуальном или популяционном уровне, включая то, в какой шкале выражены данные и что означают различия в 5, 10 или 20%. Имея дело с теми параметрами благополучия, которые предназначены для оценки позитивного конца спектра распределения в рамках населения, важно понимать, например, различия в контексте благополучия между такими состояниями, как здоровье, болезнь и норма. В отношении последнего понятия необходимо знать, имеется ли ожидаемая точка отсчета или норма для благополучия.

По данным опросов с использованием Индекса благополучия Австралийского сообщества (82), основная сила субъективного

благополучия как индикатора – это его надежность и стабильность, о чем свидетельствуют в высокой степени последовательные результаты. Субъективное благополучие в какой-то мере аналогично температуре тела: в норме оно постоянно. Значительные жизненные события могут заставлять его падать или повышаться, но затем оно, как правило, возвращается к исходной точке. Если этого не происходит, то речь может идти о чрезмерных проблемах и дистрессе (рис. 71). Опросы с применением Индекса благополучия Австралийского сообщества позволили выявить некоторые группы населения, находящиеся ниже нормального разброса показателей, – такие как безработные, одинокие, лица с низким уровнем дохода, а также предоставляющие услуги неформального ухода.

На что можно опереться?

Как показывает опыт, в решении задач мониторинга и отчетности по показателям здоровья и благополучия в масштабе Европейского региона усилия по измерению благополучия на общепопуляционном уровне на практике более целесообразны, чем те, которые сосредоточены на подгруппах с конкретными видами нарушений здоровья. В настоящем докладе вкратце описаны пять примеров таких действий: предпринятых



Источник: Проф. R. Cummins, Университет Дикина, Мельбурн, Австралия (не опубликовано).

национальным правительством, другой международной организацией, частной фирмой, ВОЗ на международном уровне и Организацией Объединенных Наций. Во всех примерах здоровье фигурирует как одна из главных составляющих благополучия или как фактор, непосредственно влияющий на благополучие. В некоторых работах используются одни и те же наборы данных, собираемых в ходе международных обследований, а в других для рассмотрения того, что составляет благополучную жизнь, используются иные формулировки – например качество жизни, субъективное благополучие или счастье – или иные методы измерения субъективного либо объективного (но по ответам респондентов) благополучия.

Деятельность Соединенного Королевства

Соединенное Королевство принадлежит к числу государств-членов с многолетним опытом в области установления целевых ориентиров и измерения показателей здоровья на уровне всего населения и отдельных групп. В 2010 г. под руководством Бюро национальной статистики (ONS) была начата реализация программы по разработке примерно к 2014 г. согласованного набора национальных статистических показателей для оценки и мониторинга благополучия населения на национальном уровне. Данная инициатива включает такие компоненты, как общественное обсуждение (где одним из основных вопросов является здоровье), обзор международной деятельности и дальнейшая разработка показателей субъективного благополучия.

Первоначальные предложения по областям благополучия были сформулированы в 2011 г., а в июле 2013 г. ONS опубликовало второй проект системы областей и предлагаемые главные индикаторы (83). Текущий вариант схемы содержит 10 областей (рис. 72).

Одной из предложенной областей является здоровье, которое оценивается по четырем главным индикаторам (84), приведенным ниже в таблице 6. Подход ONS к измерению параметров здоровья в контексте благополучия включает индикаторы объективного (в том числе самооценка функционирования или его нарушений) и субъективного благополучия (показатели удовлетворенности – все по самооценке).

В июле 2012 г. ONS опубликовало общие сведения по разделам вместе с первым набором экспериментальной статистики относительно субъективного благополучия по данным своего Ежегодного опроса населения (86). Эти исследования посвящены более детальному анализу главных показателей и помещают их в контекст других параметров здоровья и благополучия, например рассматривая самооценку здоровья и субъективное благополучие в соотношении с такими аспектами, как ожидаемая продолжительность жизни, смертность, заболевания и соматическое здоровье, психическое здоровье и образ жизни, каждый из которых влияет на здоровье. Это способствовало целостной интерпретации и позволило сформулировать ряд ключевых выводов.

- Люди, которые ощущают себя вполне здоровыми, с гораздо большей вероятностью сообщают о более высоких уровнях субъективного благополучия; и напротив, те, кто оценивает свое здоровье как неудовлетворительное, с гораздо большей вероятностью сообщают о более низком субъективном благополучии.

Таблица 6 Предлагаемые главные индикаторы для области здоровья	
Объективные	Субъективные
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (при рождении)	Удовлетворенность своей жизнью (процентное соотношение оценок: «отчасти», «преимущественно» и «полностью»)
Число лиц, не сообщающих о наличии у них хронического заболевания или инвалидности	
Оценка с использованием Общего вопроса о здоровье (GHQ-12) (процент с определенными объективными указаниями на возможное наличие психологических нарушений или психического заболевания (85))	

Источник: Бюро Соединенного Королевства по национальной статистике (United Kingdom Office for National Statistics licensed under the Open Government Licence v. 1. 0.)



Источник: Бюро Соединенного Королевства по национальной статистике (United Kingdom Office for National Statistics licensed under the Open Government Licence v. 1. 0.)

- Однако никто из тех, кто оценил свое здоровье как хорошее или очень хорошее, не отозвался о своем уровне удовлетворенности жизнью как относительно высоком. Точно так же никто из оценивших свое здоровье как плохое или очень плохое при этом не охарактеризовал свой уровень удовлетворенности жизнью как низкий. Аналогичные характеристики были зафиксированы в отношении и других аспектов субъективного благополучия.
- Результаты Ежегодного опроса населения в сочетании с фактическими данными из других источников показывают, что благополучие людей зависит от множественных аспектов их жизни, а не только от того, как они ощущают свое здоровье. Это означает, что важны и другие аспекты, например жилищные условия, трудоустройство, а также такие менее традиционные для государственной политики области, как развитие дружеских отношений между людьми, автономия и добровольная деятельность.

По мере реализации Программы оценки национального благополучия эти области и параметры получают дальнейшее развитие, в частности со специальным вниманием к отдельным группам населения, таким как дети.

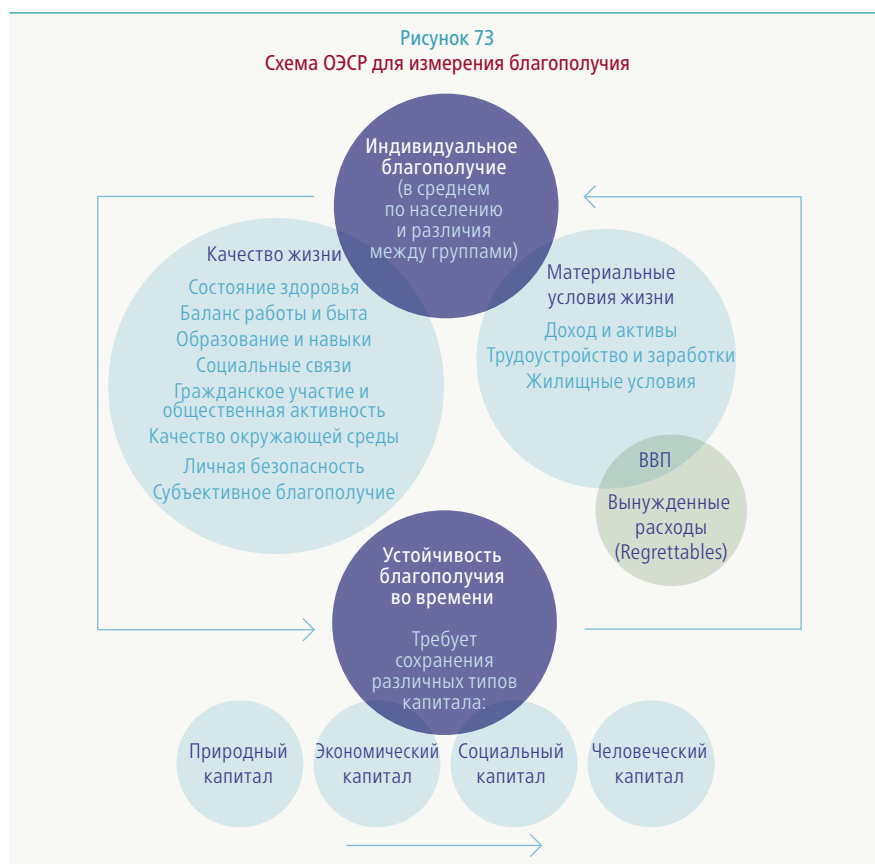
Деятельность ОЭСР

Работа по измерению благополучия, проводимая под эгидой ОЭСР, представляет собой пример значительных усилий, предпринятых в последнее время силами международной организации. Интерес к разработке новых показателей возник из долгосрочного обсуждения того, насколько полно традиционные индикаторы, такие как ВВП на душу населения, позволяют измерить уровень благополучия. Фактические данные из Европейского региона и стран за его пределами позволяют предположить, что в оценках следует выходить за рамки рынков, национальных усредненных данных и внимания к текущему экономическому благополучию. Работа ОЭСР также строится на других важных инициативах в данной области, среди которых можно отметить следующие: доклад Комиссии по измерению экономической деятельности и социального прогресса (61), созданной правительством Франции в 2008 г.; коммюнике Европейской комиссии от 2009 г. по измерению прогресса в меняющемся мире (87) и ее последующая работа; заявление группы лидеров 20 стран от 2009, 2010 и 2011 гг. (88); выводы

министерского совета стран ОЭСР в 2010 г. (89); национальные инициативы.

Опираясь на результаты почти 10-летней работы, ОЭСР предложила «Инициативу лучшей жизни», которая была описана в докладе 2011 г. под заглавием «Как жизнь?» (90) и распространена в качестве интерактивного инструмента (Индекс лучшей жизни) для государств-членов ОЭСР. Этот механизм (рис. 73) имеет четыре различные характеристики.

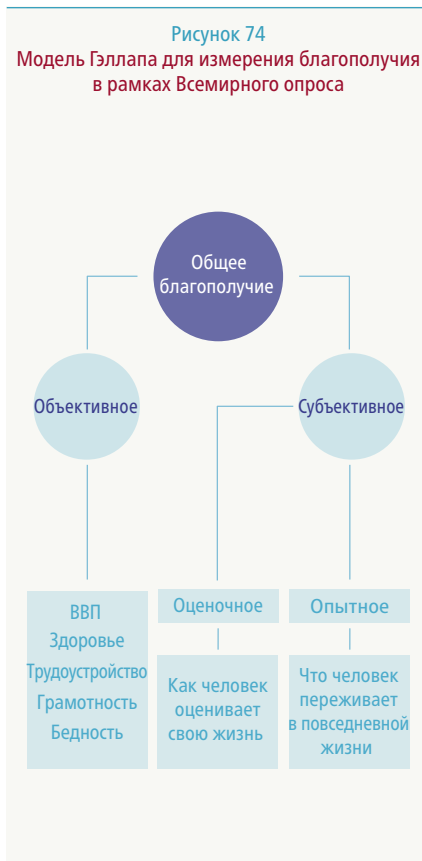
- Он сосредоточен на людях (отдельные лица и семьи), оценивая их индивидуальные характеристики, а также то, как люди соотносятся друг с другом в сообществе, где они живут и работают.
- Он выходит за рамки чисто экономических аспектов благополучия (контроль людей над ресурсами и ценностями), воспринимая благополучие как поистине многоаспектную концепцию.



Источник: Measuring well-being and progress (91).

- Метод рассматривает распределение показателей благополучия среди населения наряду с усредненными достижениями в каждой стране.
- Он учитывает как текущие, так и будущие показатели благополучия, оценивая последние в рамках ключевых ресурсов (имеющихся на данный момент), которые обладают потенциалом генерирования благополучия с течением времени.

Оценка каждой области базируется на индикаторах, критерии для которых включают однозначную интерпретацию, адаптируемость к изменениям политики и возможность разбивки по подгруппам населения. Одним из условий является получение высококачественных данных, как правило из официальных статистических источников (со сравнимыми дефинициями между странами). Кроме этого, ОЭСР интегрировала в свой набор индикаторных данных по благополучию сведения из неофициальных источников, таких как Институт Гэллапа. Имеются места, зарезервированные для индикаторов на основе запланированных на будущее официальных опросов с получением сравнимых данных.



Источник: Gallup World Poll (92).

Деятельность Института Гэллапа

Частная компания «Гэллап» (Институт Гэллапа) с 2006 г. проводит международный опрос, позволяющий постепенно накапливать данные по вопросам благополучия в разных странах. Всемирный опрос Гэллапа (92), главным образом отражающий данные самооценки, охватывает не менее 130 стран в каждый отдельно взятый год и включает широкий круг тем, в том числе здоровье. Его индекс благополучия сочетает объективные и субъективные параметры, при этом самооценка здоровья включена в качестве одного из пяти объективных показателей (рис. 74).

Данные Всемирного опроса Гэллапа были использованы в недавнем рабочем документе ОЭСР (93) для анализа детерминант благополучия, факторов, определяющих параметры аффекта (позитивного и негативного состояния психики), а также более распространенных в имеющейся литературе детерминант удовлетворенности жизнью. В этом документе, в частности, утверждается следующее (93):

В целом вопросы, относящиеся к состоянию здоровья, личной безопасности и свободе жизненного выбора, по-видимому, оказывают большее влияние на аффективный баланс по сравнению с уровнем удовлетворенности жизнью, в то время как экономические факторы, такие как доход и отсутствие трудоустройства, оказывают менее существенное влияние. <...> Различия между мужчинами и женщинами относительно невелики, однако приоритеты в значительной степени меняются в течение жизни.

Помимо этого, с 2008 г. Институт Гэллапа проводит ежедневные опросы в США, охватывающие шесть сфер, включая эмоциональное и физическое здоровье, и позволяющие получать данные по микротенденциям. С помощью этого инструмента собраны сведения от свыше миллиона случайно выбранных респондентов. Он дает возможность определять связи психического и соматического здоровья с микроинформацией по доступу к базовым услугам здравоохранения, рабочей среде и здоровому поведению. Проект распространен на Европу, в частности Германию и Соединенное Королевство, и будет регулярно предоставлять информацию для программ общественного здравоохранения. Данный инструмент можно использовать для проведения оценок на уровне местных сообществ и организаций, а также среди работников здравоохранения.

Сбор и представление данных от большого числа стран мира сопряжены с серьезными методологическими трудностями. Опираясь на свой опыт в проведении оценок общественного мнения, Институт Гэллапа устанавливает четкие стандарты для правильного формирования выборок, анализа и сравнимости между странами. Это особенно трудно для частной компании, поскольку государственные органы зачастую не дают доступа ко всем структурам, которые используются официальными статистическими агентствами, проводящими различные опросы. Тем не менее Институт Гэллапа также представил инструменты для отслеживания благополучия на индивидуальном уровне и разрабатывает пути сбора биомаркеров индивидуального благополучия, таких как определение биохимических показателей стресса в образцах слюны.

Деятельность ВОЗ

Усилия по измерению уровня благополучия в глобальном масштабе предпринимаются в рамках Исследования ВОЗ по глобальному старению и здоровью взрослых (SAGE) (94). SAGE – это всемирный опрос по аспектам старения и здоровья, который опирается на репрезентативные выборки населения из шести следующих стран: Гана, Индия, Китай, Мексика, Российская Федерация и Южная Африка. Общая выборка составляет около 45 000 человек с дополнительным отбором респондентов в возрасте 50 лет и старше для предоставления более детальной информации. Основная цель – отследить изменения в здоровье и получить четкие и значимые сведения о благополучии, изменяющиеся с течением времени. Исходная когорта была сформирована в 2002–2004 гг., и первая полная волна исследования была выполнена в 2008–2010 гг.; две последующие волны запланированы на 2013 и 2015 гг. В опросе уделяется внимание аспектам состояния здоровья и повседневного функционирования (самооценка состояния здоровья и тесты на функционирование по ряду аспектов), а также субъективной оценке благополучия.

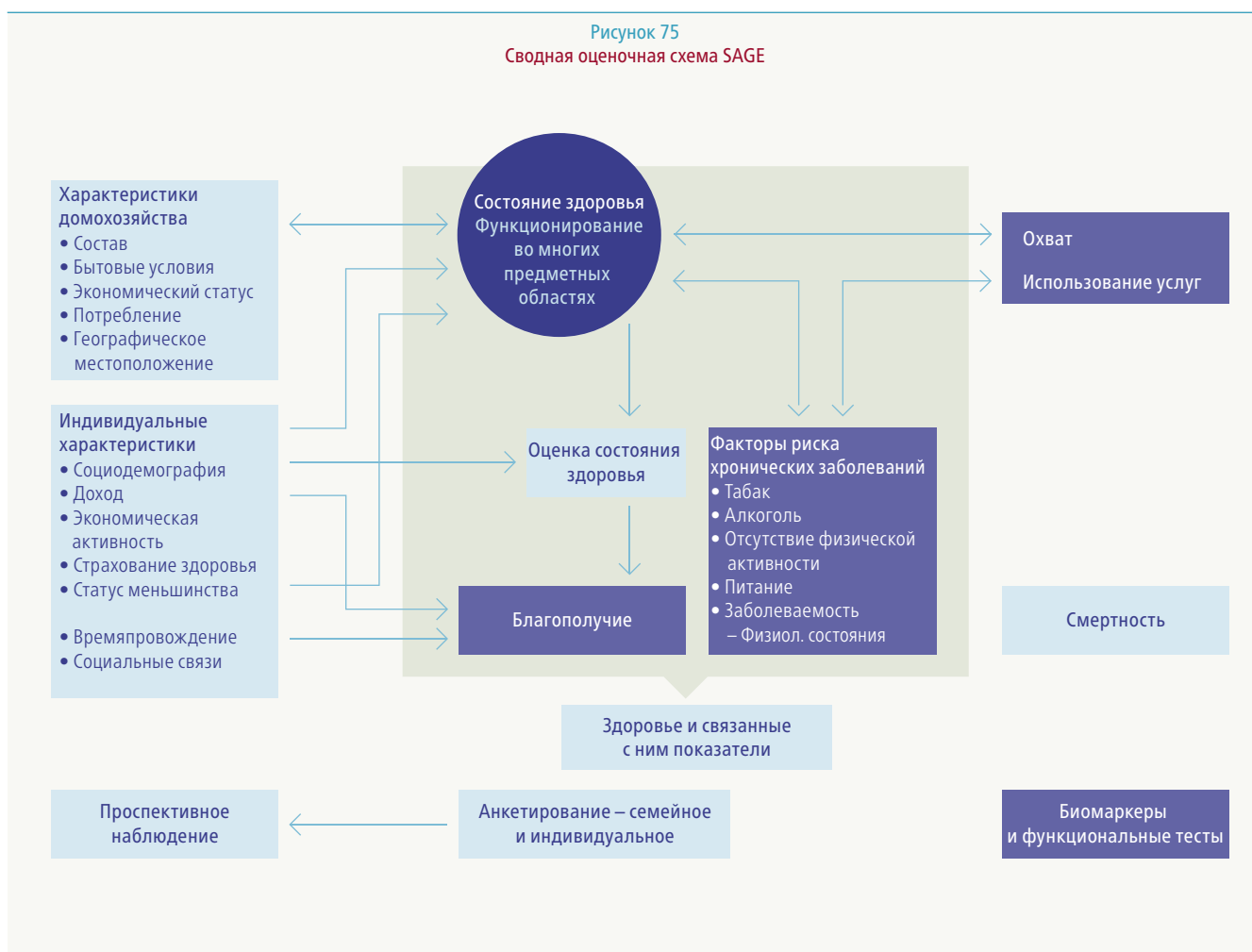
В этих рамках благополучие рассматривается как сочетание субъективных оценок (счастье, удовлетворенность жизнью) и аффективных переживаний (рис. 75). При этом субъективное благополучие измеряется путем использования комбинации параметров удовлетворенности жизнью (с использованием восьми вопросов ВОЗ по качеству жизни – WHOQoL 8 – по степени удовлетворенности различными жизненными аспектами и жизнью в целом), с самооценкой «переживаемого» благополучия с использованием метода реконструкции дня (см. 59).

Собранные данные дают возможность проводить анализ различных факторов, влияющих на изменение благополучия с течением жизни. Результаты на сегодняшний день позволяют предположить, что и счастье, и самооценка благополучия имеют следующие весьма сходные детерминанты: прочная связь с состоянием здоровья, наличием хронических болезней и инвалидности; устойчивые связи с возрастом, доходом, уровнем образования, вовлеченностью в социальные сети и более широкими условиями окружающей среды. В будущем это исследование может помочь в углублении понимания благополучия и его оценки путем выявления биомаркеров благополучия, изучения модулирующих эффектов в пределах различных методологий (например, как характер

постановки вопросов может влиять на ответы), проведения сравнений между группами населения и выявления связей с различными индивидуальными характеристиками, такими как темперамент. Более совершенные пути интерпретации данных позволят повысить уровень достоверности, что поведет к более широкому использованию результатов лонгитудинальных опросов в определении и оценке возможных вмешательств и в разработке политики (59).

В Европейском регионе аналогичный сбор данных проводится также в Испании, Польше и Финляндии.

Рисунок 75
Сводная оценочная схема SAGE



Деятельность Организации Объединенных Наций

Недавний глобальный доклад, подготовленный по заказу Организации Объединенных Наций (95), начинается с констатации того факта, что нам необходима во многом иная модель человеческих ценностей – такая, при которой в центр наиболее значимых аспектов жизни не ставится рост дохода или экономическое развитие. Этот доклад является одним из компонентов работы в свете резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (2011 г.), которая предложила государствам-членам «продолжать их усилия по разработке дополнительных мер, в которых полнее учитывается важность стремления к счастью и благополучию в контексте развития, в целях ориентации их государственной политики» (96). Так же как и в предпосылках деятельности ОЭСР в этой области, цель – использовать опыт проведенных научных исследований и существующие данные, пусть даже из неофициальных источников, которые устойчиво показывают, что более высокий средний доход не обязательно улучшает средний уровень благополучия внутри отдельно взятой страны или в сравнении между различными странами. Это, однако, не сбрасывает со счетов положение о том, что увеличение среднего семейного дохода (или рост ВВП на душу населения) обычно означает улучшение в условиях жизни малообеспеченных групп населения. В докладе содержится утверждение (95), что информация, используемая для формулирования представлений о том, что делает жизнь лучше, должна включать параметры субъективного благополучия.

Доклад позиционируется не в качестве работы, рассматривающей субъективное благополучие, но как первый *Всемирный доклад о счастье* (95), в котором содержится обзор данных, собранных другими организациями, включая *Всемирный опрос по ценностям*, *Всемирный опрос Гэллапа*, *Европейский социальный опрос* и ряд других национальных и международных опросных исследований. В докладе утверждается, что оценка социального прогресса требует анализа как объективных, так и субъективных сторон благополучия по более широкому набору аспектов. Информация по множественным аспектам позволит руководителям, отвечающим за проведение политики, составить более глубокие представления о значении стратегий и принимаемых решений для различных сфер жизни помимо дохода или экономического роста.

В докладе (95) признается, что для многих людей...

...счастье представляется как слишком субъективное понятие, слишком размытое, для того чтобы его можно было использовать в качестве ориентира для целей страны или для содержания политики. Такова традиционная точка зрения. Тем не менее фактические данные приводят к стремительному изменению существующих взглядов. Значительное число новых исследований, проводимых психологами, экономистами, социологами и другими, показывает, что счастье, хотя и действительно субъективное понятие, может быть объективно измерено, оценено, связано с регистрируемыми функциями головного мозга и соотнесено с характеристиками индивидуума и общества.

Внешние факторы, предложенные в качестве важных сфер или ключевых детерминант субъективного благополучия, – это доход, наличие работы, жизнь в сообществе и механизмы управления, а также духовные ценности и религия. Среди более личных факторов – такие как психическое и соматическое здоровье, семейные отношения и уровень образования. Также отмечены различия в уровне благополучия в зависимости от пола и возраста.

Основной вывод, следующий из этих данных, собранных среди множества стран, заключается в том, что материальное богатство – это не единственная ценность, которая позволяет людям считать себя счастливыми. Фактически такие факторы, как политическая свобода, наличие прочных социальных сетей и отсутствие коррупции, в своей совокупности являются более важным аргументом, чем доход в объяснении различий в благополучии между странами с наиболее высоким уровнем и наиболее низким уровнем по данному показателю. Ключевое значение имеют также и другие факторы, действующие на индивидуальном или семейном уровне, – хорошее состояние психического и соматического здоровья, надежное окружение, устойчивое трудоустройство, стабильные семейные отношения, высокий уровень взаимного доверия в местном сообществе.

Отчетность и презентация данных

Благополучие является многоаспектным понятием; это создает сложности для представления данных. Значительный полезный

Таблица 7
Индикаторная панель Индекса лучшей жизни ОЭСР: многочисленные параметры и страны

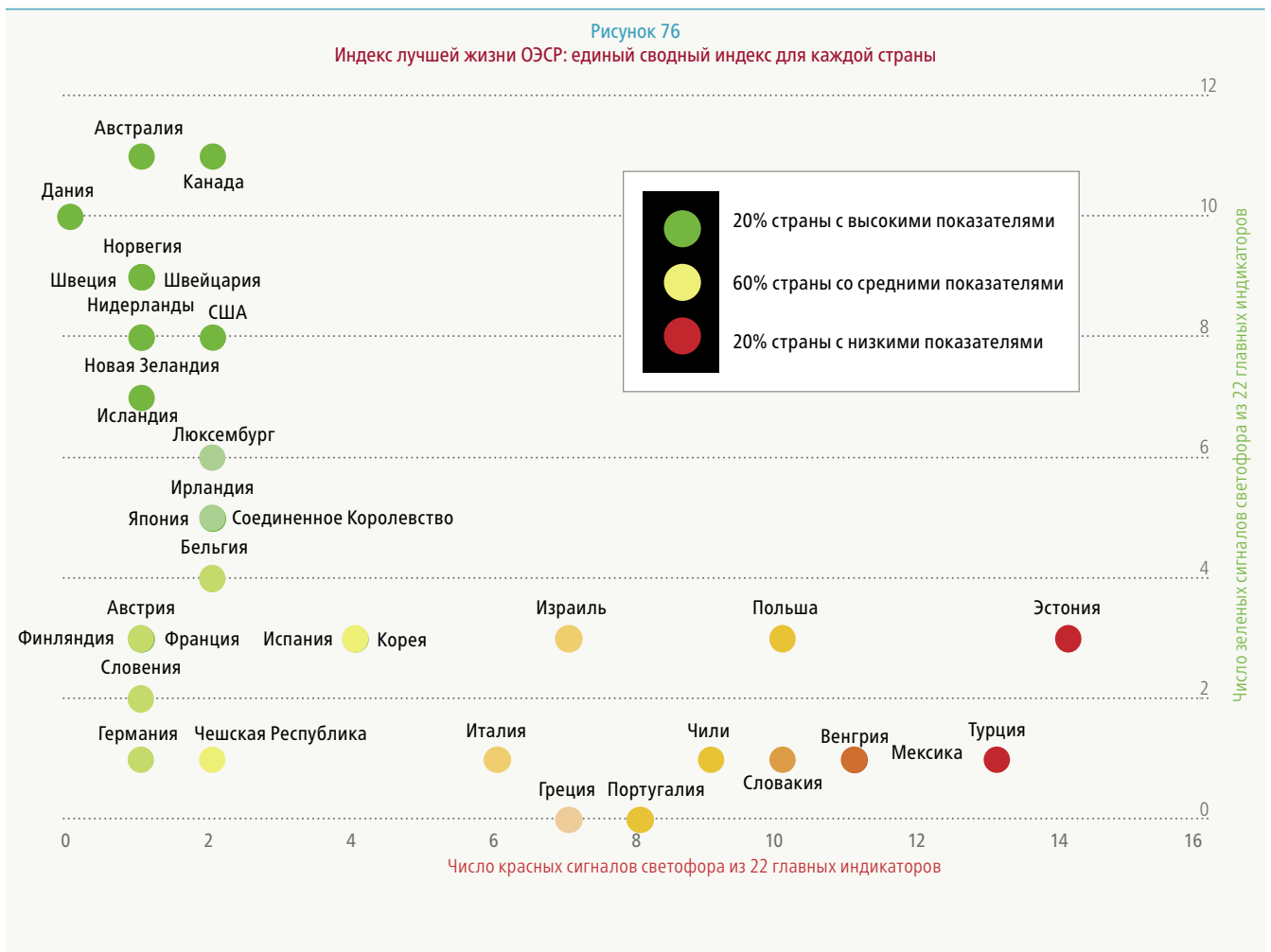
	Материальные условия жизни							Качество жизни				
	Доход и обеспеченность (IW)		Трудоустройство и заработок (JE)			Жилищные условия (HG)		Состояние здоровья (HS)		Работа и личная жизнь (WL)		
	IW I	IW II	JE I	JE II	JE III	HG I	HG II	HS I	HS II	WL I	WL II	WL III
	Чистый приведенный располагаемый семейный доход на душу населения	Чистая стоимость семейных имущественных активов на душу населения	Уровень безработицы	Уровень длительной безработицы	Среднегодовой размер заработной платы, на одного работающего	Число комнат на одного проживающего	Жилье без базовых удобств	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Самоченка состояния здоровья	Крайне длинный рабочий день	Время для отдыха и ухода за собой	Уровень трудовой занятости женщин с детьми школьного возраста
	2009	2009	2010	2010	2009	2009	2009	2009	2009	2009	2000	2008
AUS	●	▲	▲	●	●	●	...	●	●	◆	▲	▲
AUT	●	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
BEL	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	●	▲
CAN	●	▲	▲	●	▲	●	...	▲	●	▲	◆	●
CHL	◆	...	▲	▲	◆	▲	◆	▲
CZH	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲	◆	▲	▲	...	▲
DEN	▲	▲	●	▲	▲	●	●	▲	▲	●	●	●
EST	◆	◆	▲	◆	...	▲	◆	◆	◆	●	◆	▲
FIN	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	●
FRA	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲
DEU	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
GRE	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲	...	◆
HUN	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	●	...	▲
ICE	◆	◆	●	▲	...	▲	▲	●	●	●
IRE	▲	▲	▲	◆	●	●	▲	▲	●	▲	...	◆
ISR	...	●	◆	▲	...	◆	...	●	▲	◆
ITA	▲	▲	◆	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲	◆
JPN	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	◆	...	◆	▲
KOR	▲	▲	▲	●	▲	▲	◆	▲	◆	...	▲	...
LUX	●	●	▲	▲	●	●	▲	▲	▲	▲	...	◆
MEX	◆	◆	▲	●	◆	◆	...	◆
NET	▲	▲	●	▲	●	●	●	▲	▲	●	...	▲
NZL	▲	...	●	●	...	●	...	▲	●	◆	...	▲
NOR	●	◆	●	●	▲	●	▲	▲	▲	●	●	...
POL	◆	◆	◆	▲	◆	◆	▲	◆	◆	▲	◆	▲
POR	▲	▲	▲	◆	◆	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲
SVK	◆	◆	◆	◆	◆	◆	▲	◆	◆	▲	...	▲
SVN	▲	▲	▲	▲	...	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲
SPA	▲	▲	◆	◆	▲	●	●	●	▲	▲	▲	◆
SWE	▲	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	●	▲	●
SWI	▲	●	●	▲	●	▲	▲	●	●	▲	...	●
TUR	◆	▲	...	▲	◆	◆	▲	◆	...	◆
UNK	▲	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲
USA	●	●	▲	▲	●	...	●	▲	●	◆	▲	▲

Примечание. Кружками обозначены страны ОЭСР, входящие в два верхних дециля, ромбами – в два нижних дециля, треугольниками – в шесть промежуточных децилей. Индикатор «Жилье без базовых удобств» относится к данным только о жилищах без внутреннего туалета со смывом.

Качество жизни (продолжение)									
Образование и навыки (ES)		Социальные связи (SC)	Участие в общественной жизни и стратегическом руководстве (CG)		Качество окружающей среды (EQ)	Личная безопасность (PS)		Субъективное благополучие (SW)	
ES I	ES II	SC I	CG I	CG II	EQ I	PS I	PS II	SW I	SW II
Образовательный уровень	Когнитивные навыки учащихся	Поддержка со стороны социальных сетей	Явка на выборах	Консультация по нормативным вопросам	Качество воздуха	Преднамеренные убийства	Подверженность насилию (по самооценкам)	Удовлетворенность жизнью	Аффективная сбалансированность
2009	2009	2010	2007	2008	2008	2008	2010	2010	2010
▲	●	●	●	●	▲	▲	▲	●	▲
▲	◆	▲	▲	▲	▲	●	▲	▲	▲
▲	▲	▲	●	◆	▲	▲	◆	▲	▲
●	●	●	◆	●	▲	▲	●	●	▲
▲	◆	◆	●	◆	◆	◆	◆	▲	▲
●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
▲	▲	●	●	▲	▲	▲	▲	●	●
●	▲	◆	◆	◆	●	◆	◆	◆	◆
▲	●	▲	▲	▲	▲	◆	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	◆	●	▲	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	◆	▲	●	▲	▲	▲
◆	▲	◆	▲	▲	◆	▲	▲	◆	◆
▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	◆	◆
◆	▲	●	▲	▲	▲	●	▲	▲	●
▲	▲	●	▲	▲	●	▲	▲	▲	▲
▲	◆	▲	▲	◆	▲	◆	●	▲	◆
◆	▲	◆	▲	◆	▲	▲	▲	▲	◆
▲	●	▲	▲	▲	▲	●	●	▲	●
...	●	◆	▲	●	◆	▲	▲	▲	▲
▲	◆	▲	●	▲	●	▲	▲	▲	▲
◆	◆	▲	◆	▲	◆	◆	◆	▲	▲
▲	●	▲	▲	▲	◆	▲	▲	●	●
▲	●	●	▲	●	●	▲	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	▲	▲	●	▲	●	●
●	▲	▲	◆	●	◆	▲	●	◆	▲
◆	▲	◆	▲	▲	▲	▲	◆	◆	◆
●	◆	▲	◆	▲	▲	▲	▲	▲	▲
▲	▲	▲	▲	●	▲	●	▲	▲	▲
●	▲	●	◆	●	●	●	●	●	●
◆	◆	◆	●	▲	◆	◆	◆	◆	◆
▲	▲	▲	◆	●	●	▲	●	▲	●
●	▲	▲	●	▲	▲	◆	●	▲	▲

опыт можно извлечь из текущих усилий, предпринимаемых по всему миру, включая работу ОЭСР по формулированию подхода к коммуникации результатов среди 53 государств-членов Европейского региона. Два типовых подхода для представления многоаспектных концепций – это использование комплексной «индикаторной панели» (dashboard) или комбинирование данных в композитные измерения (отражающие сводные индексы); каждый имеет свои преимущества и недостатки.

При использовании индикаторных панелей представленные характеристики легко интерпретируются, не требуя специальных предпосылок. Однако такого рода графическое отображение иногда создает трудности в понимании основной сути



Вставка 20**На что можно опереться –
вопросы для обсуждения**

- Усилия по измерению благополучия на общепопуляционном уровне на практике более целесообразны, чем те, которые сосредоточены на подгруппах населения с конкретными видами нарушений здоровья.
- Меры субъективного благополучия следует дополнять объективными параметрами, даже если данные поступают из ответов респондентов.
- На практике существует высокая степень сотрудничества в данной области среди международных организаций; национальные и международные инициативы нередко дополняют друг друга.
- Для руководителей, разрабатывающих политику, более важное значение нередко имеют внешние, экологические факторы, определяющие благополучие, поскольку возникает возможность оказывать на них стабильное и долгосрочное влияние средствами государственной политики.

Вставка 21**Трудности в измерении параметров здоровья
и благополучия – ключевые положения**

- Единого определения благополучия во времени или в пространстве не существует, однако все согласны с тем, что его ключевым компонентом является здоровье.
- Существуют множественные подходы к измерению, однако нет критериев для правильного выбора того или иного инструмента.
- Представление многоаспектных данных не всегда носит последовательный или транспарентный характер.
- Возможности для интерпретации данных иногда ограничены в результате различий в сравнительном весе между оценочными областями или в том, как они сочетаются друг с другом, а также в результате трудности комбинирования данных по различным шкалам.

представленной информации и в установлении приоритетов (табл. 7). Кроме того, применение индикаторных панелей может вести к потере принципа максимальной экономности в использовании индикаторов.

Сводные показатели легче распространять среди различной аудитории (особенно среди населения и руководства, отвечающего за проведение политики), и они могут помочь в установлении приоритетов. Их составление, однако, базируется на определенных предпосылках (которые носят в некоторой степени произвольный характер), и этот процесс недостаточно прозрачен. Их использование также сопряжено с риском чрезмерно упрощенного отображения комплексных феноменов (рис. 76).

Одно из возможных решений – использовать оба подхода дополнительно друг к другу. Индикаторные панели дают информацию по каждому компоненту и просты в интерпретации показателей; композитные индексы можно использовать для акцентирования наиболее важных аспектов и для анализа взаимосвязей, например между детерминантами благополучия.

Каковы проблемы и трудности в измерении параметров здоровья и благополучия?

Несмотря на общее согласие в том, что составляет хорошую жизнь, а также наличие множества разнообразных инструментов и подходов, ученые единодушно признают, что в области измерения благополучия не хватает четких определений и строгих в научном отношении оценочных методов. Для этого имеется ряд вероятных причин, включая узкую концептуализацию здоровья и благополучия, ограниченность источников данных и нечеткое использование информации по благополучию в контексте мониторинга или улучшения здоровья. Кроме того, параметры оценки здоровья, включенные в индексы благополучия, часто продолжают измерять лишь смертность или заболеваемость (как отсутствие благополучия), а не позитивные стороны того, что составляет здоровье и благополучие.

Другая трудность может заключаться в невозможности сделать оптимальный выбор из ряда потенциальных параметров оценки благополучия; их существует множество, и они, как правило, отличаются друг от друга по формулировкам вопросов и по используемым данным, например из анкетирования или имеющейся статистики по экономическим, социальным и медико-санитарным вопросам. Еще одна сложность в том, что большинство усилий по измерению уровня здоровья в контексте благополучия в первую очередь основаны на субъективных параметрах, которые могут представлять сложности для сравнения в течение времени между странами или между социально-экономическими группами. И наконец, без четких руководящих принципов еще одной сложностью является интерпретация собранных данных. Например, некоторые подходы предусматривают комбинирование областей, которые оцениваются на индивидуальном уровне, с областями, оцениваемыми в масштабах местного сообщества или на национальном уровне. Такие индексы трудно интерпретировать, если некоторые из аспектов улучшаются, в то время как другие находятся в состоянии застоя или ухудшаются.

Дорожная карта для совершенствования методов измерения здоровья и благополучия

Опираясь на рекомендации группы экспертов и на положения новой политики Здоровье-2020 (1, 59, 60), Европейское региональное бюро ВОЗ всемерно стремится к обеспечению практической ясности в вопросе о том, как оценивать здоровье в контексте благополучия. Рекомендации и согласованные критерии включают следующие шаги.

Необходимо разработать логичное и рациональное определение понятия «благополучие». По мере возможности оперативный подход должен опираться на модели, которые используются на популяционном уровне, такие как Индекс лучшей жизни ОЭСР. Выбор областей для оценки благополучия должен быть направлен на обеспечение максимальной согласованности с другими международными подходами.

Что касается компонента благополучия, относящегося к здоровью, то перечень областей и соответствующих индикаторов должен быть увязан с Международной классификацией функционирования и ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (97), которая представляет собой принятую ВОЗ систему оценки здоровья и ограничений жизнедеятельности как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Структура МКФ включает следующие широкие компоненты:

- функции и структуры организма;
- виды активности (связанные с повседневными задачами и действиями индивидуума) и участие (степень вовлеченности в жизненные ситуации);
- дополнительная информация о тяжести нарушений и о факторах внешней среды.

Она дополняет утвержденную ВОЗ Международную классификацию болезней, которая содержит сведения по диагнозам и различным патологическим состояниям, но не отражает состояние функций организма. Здоровье в контексте благополучия должно включать как минимум аспекты социального, психического и соматического здоровья.

Выбранные для оценки каждого аспекта здоровья индикаторы должны быть привязаны к согласованному целевому ориентиру для мониторинга прогресса в достижении цели политики Здоровье-2020 – улучшить здоровье населения в контексте благополучия. Подходы к измерению должны быть максимально объективными, но без сбрасывания со счетов валидированных параметров самооценки или результатов оценки деятельности систем здравоохранения. Это включает определение оценочных индикаторов там, где данные уже существуют, или рекомендации по потенциальным новым параметрам измерения, которые необходимо разработать и протестировать. В любом случае результаты измерений по этим индикаторам должны достигать приемлемых уровней надежности и достоверности.

Подход к измерению должен позволять сравнение и интерпретацию параметров здоровья в контексте благополучия внутри страны и между странами. Таким образом, следует определять значения (данные) по каждому индикатору здоровья, а также тестировать и оценивать различные потенциальные подходы к комбинированию индикаторов с представлением и интерпретацией единого индекса для здоровья в целом.

Необходимо документировать и распространять данные о том, каким образом разработчики политики, работники здравоохранения и другие заинтересованные стороны в масштабе всего Европейского региона ВОЗ могут воспользоваться этой информацией. Коммуникация также должна включать инструменты, которые позволяют представление и интерактивный обмен информацией на базе Интернета.

Каково текущее положение дел?

Опираясь на результаты экспертных технических консультаций, состоявшихся в 2012 г. (59, 60), Европейское региональное бюро ВОЗ предлагает следующее первоначальное наиболее общее определение понятия «благополучие», которое можно использовать в качестве концептуальной основы для других международных усилий на популяционном уровне:

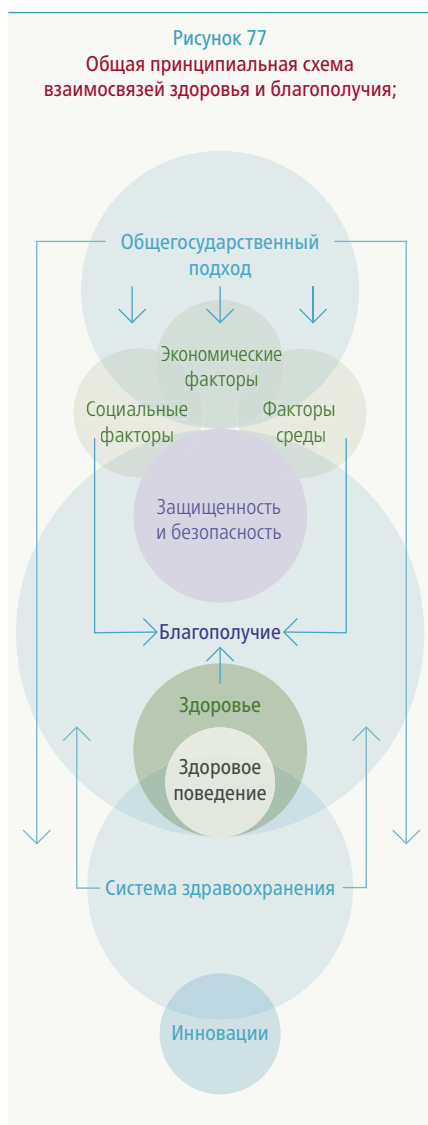
Благополучие (well-being) существует в двух измерениях – субъективном и объективном. Это понятие включает индивидуальное восприятие собственной жизни и сравнение переживаемых жизненных обстоятельств с существующими социальными нормами и ценностями.

Термин «социальные нормы и ценности» (social norms and values) применяют для обозначения порога или минимального уровня различных объективных аспектов благополучия, допуская, что такие пороги могут меняться с течением времени. Дополнительные уточнения в связи с рекомендуемым определением включают следующие положения:

- Благополучие и здоровье – это взаимодействующие состояния с рядом общих детерминант, таких как системы здравоохранения и социальной поддержки. Здоровье влияет на общее благополучие, а благополучие, в свою очередь, является прогностическим фактором здоровья.
- В различных странах у людей обычно имеются сходные представления в отношении общего понятия (минимальных составляющих благополучия), хотя определение частных областей или компонентов все еще требует нормативной оценки.
- Субъективные аспекты включают общее ощущение благополучия и эффективного психологического функционирования, а также

характер эмоциональных состояний. Примеры объективных параметров благополучия и жизненных обстоятельств включают: здоровье, уровень образования, трудоустройство, социальные связи, окружающую среду (искусственную и природную), личную безопасность, участие в жизни общества и управлении, жилищные условия и возможности для отдыха.

Приведенное определение предполагает, что различные аспекты благополучия отражены в его многочисленных областях или сферах, причем одной из важных областей и привносящим фактором благополучия является здоровье. На рисунке 77 схематически изображены эти области и действующие факторы, а также показаны подходы или точки приложения усилий для улучшения ситуации. Как было упомянуто ранее, систематическое описание процессов и путей для достижения состояния благополучия определяет потенциальные отправные точки для действий, направленных на повышение среднего уровня благополучия и оптимизацию распределения его показателей среди населения.



В каждую область благополучия можно включить взаимодополняющие субъективные и объективные элементы. Важно, однако, ясно представлять, какой аналитический механизм будет использован и с какой целью. Так, например, для определения путей описания и оценки благополучия можно использовать дескриптивный механизм. Механизм, нацеленный на действие, поможет руководителям и практическим работникам понять отправные точки для действий и изменений на основе атрибутивных исследований и фактических данных о том, что работает на практике.

Определение путей совершенствования механизмов и дальнейшей разработки специального определения понятия благополучия для данного контекста требует более детального обзора существующих концепций. Несмотря на то что благополучие, несомненно, охватывает целый ряд различных аспектов, среди многих других – здоровье, группа экспертов рекомендовала Региональному бюро сосредоточить внимание на основном мандате Организации в отношении здоровья и сконцентрировать усилия на измерении различных аспектов здоровья и аспектов благополучия, относящихся к здоровью (59, 60).

Предварительное тестирование гипотетических связей, характерных для групп населения с теми или иными нарушениями здоровья, для различных социально-экономических

и демографических групп, а также по другим внешним критериям укрепит качество интерпретации и полезности многоаспектных профилей здоровья и благополучия. Один из возможных путей решения этой специфической задачи, с учетом дефицита данных (в зависимости от выбора определения и индикаторов благополучия) – включить в число целевых ориентиров политики Здоровье-2020 показатель процесса, характеризующий работу государственных органов по сбору данных о благополучии. В дополнение к этому можно составить дорожную карту для достижения целевого итогового результата в зависимости от показателя процесса. Это, в свою очередь, позволило бы учесть и неравенства, и различия в пределах Региона путем формулирования целевого ориентира по итоговому показателю в рамках сокращения разрывов, обнаруженных для конкретных групп на национальном уровне. Возможные другие варианты: установление целевого ориентира в отношении роста общего благополучия (вне зависимости от путей его измерения) в масштабе Региона; акцент на нескольких конкретных аспектах (сопряженных со здоровьем); акцент на сокращении неравенств по одному из аспектов общего благополучия (например, сокращение социального градиента по показателям дохода или уровня образования).

Как можно использовать данную информацию для улучшения здоровья и повышения уровня благополучия?

Государственная политика формируется и развивается во времени. Этот процесс может включать установление наиболее общих стратегических задач, обсуждение роли государства в их решении, а также определение оптимальных механизмов и направлений для инвестирования государственных ресурсов, включая решение вопросов, связанных с необходимостью компромиссов и с конкурирующими приоритетами. В разработку и реализацию политики нередко вовлечен широкий круг действующих субъектов: министры и другие ключевые руководители, принимающие решения; политики и парламентарии; заинтересованные группы, в том числе пациентов и представителей местных сообществ; работники государственных учреждений, специалисты, ученые и, наконец, рядовые граждане.

Вставка 22**Пример из практики: гигиена труда и благополучие в бывшей югославской Республике Македония**

Национальный Институт профессиональной гигиены, являющийся сотрудничающим центром ВОЗ, активно продвигает на национальном и международном уровнях принципы ВОЗ в области гигиены труда, включая вопросы благополучия. Представители института, при координирующей роли Министерства здравоохранения, приняли участие в разработке национальной стратегии и плана действий по безопасности и охране здоровья на рабочих местах на 2011–2015 гг. Эти совместные действия привели к созданию национальной сети служб гигиены труда, призванной способствовать улучшению здоровья и благополучия среди уязвимых групп работающих.

За период с 2007 г. институт внедрил новый основной подход по базовым службам гигиены труда в рамках профилактических программ, направленных на оценку состояния здоровья и трудоспособности сельскохозяйственных работников, а также безработных. Некоторые из предпринятых мер по оценке вмешательств в плане их влияния на благополучие работников включают исследования проблем стресса и профессионального «выгорания» на рабочем месте (при поддержке со стороны 7-й Рамочной программы ЕС) и изучение профессиональных рисков инфекционной заболеваемости среди работников здравоохранения.

Кроме того, институт участвовал в разработке национальной стратегии и плана действий по адаптации системы здравоохранения к изменению климата (2011–2015 гг.), плана действий по защите здоровья в периоды аномальной жары, а также плана действий по профилактике неблагоприятного воздействия холодных погодных условий на здоровье населения. Институт также инициировал создание Сети стран Юго-Восточной Европы по охране здоровья работающих, в состав которой вошли также Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Румыния, Сербия, Турция, Хорватия и Черногория. Задача сети – укреплять региональное сотрудничество в области гигиены труда, внося вклад в реализацию Глобального плана действий ВОЗ по охране здоровья работающих (98).

В последние несколько лет стали возникать национальные и международные инициативы, направленные на содействие использованию в политике показателей благополучия, идущих дальше оценки результатов экономической деятельности и могущих служить дополнением к стандартным показателям смертности, инвалидности и заболеваемости в секторе здравоохранения. Эти инициативы различаются по сфере деятельности, методам, целям и основной аудитории. Некоторые из них вкратце представлены в данной главе. Общей целью ряда инициатив является вовлечение граждан в определение мер оценки благополучия и прогресса. Во многих странах активизируется деятельность по определению связей между благополучием и здоровьем, включая постановку целевых ориентиров по совершенствованию мер воздействия на здоровье в контексте благополучия (вставка 22). Прямая актуальность этих инициатив и их задач для нужд политики варьирует, однако все они нацелены на использование в качестве аргументации при ее разработке: так, например Индекс лучшей жизни ОЭСР был введен для применения сравнительного стратегического анализа и взаимного обмена полезным опытом (90).

Цель политики Здоровье-2020 – установить стратегические целевые ориентиры, что включает в себя определение конкретных действий, направленных на улучшение ситуации. Для использования в рамках политики Здоровье-2020 информационное содержание и отправные точки для оценки благополучия необходимо тщательно анализировать. Так, например, применительно к итоговым показателям здоровья некоторые из соответствующих движущих факторов могут относиться к характеристикам отдельных лиц (пациентов), другие – к программам предоставления услуг и реализации действий (например, к системе здравоохранения), а третьи – к условиям жизни людей (включая средовые и рабочие условия, факторы иммиграции, социально-экономические и другие неравенства). Системы здравоохранения, несомненно, вносят вклад в здоровье и благополучие: опыт проведения оценок деятельности систем здравоохранения и сопряженных с этим подходов к количественной оценке и учета их общего вклада свидетельствует о высокой актуальности таких исследований для целей формирования политики (вставка 23).

Хотя этот вопрос и выходит за рамки настоящего обсуждения, можно отметить, что некоторые из таких факторов, может быть, и не поддаются прямой оптимизации силами стратегических

вмешательств, в то время как другие показатели социального прогресса (например, параметры социальных связей или субъективного благополучия) могут носить слишком общий характер, чтобы выявлялись их причинные связи с государственными вмешательствами в конкретных областях.

Вставка 23

Вклад систем здравоохранения в повышение уровня благополучия

Публикация Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения под названием «Системы здравоохранения: здоровье, благосостояние и социальное благополучие: анализируя аргументы в пользу инвестирования в системы здравоохранения» (99) описывает вклад систем здравоохранения в благополучие общества по трем основным направлениям, сосредоточенным в рамках концептуальной схемы (см. рисунок справа внизу).

- Системы здравоохранения генерируют здоровье, которое является важнейшим компонентом благополучия.
- Системы здравоохранения способствуют росту материального благосостояния, являясь существенным компонентом экономики, которая вносит непрямой, но важный вклад в достижение благополучия.
- Системы здравоохранения непосредственным образом влияют на общественное благополучие, поскольку удовлетворенность жизнью, в частности, зависит от наличия услуг здравоохранения и возможности пользоваться ими.

Комбинированное значение этих трех факторов для повышения социального благополучия и природа взаимоотношений между системами здравоохранения, здоровьем и материальным благосостоянием неизбежно различаются в разных условиях, юрисдикциях и странах. Благополучие рассматривается в данной работе (99) в качестве одного из общих принципов, и вклад систем здравоохранения не подвергнут конкретной оценке. В работе, скорее, показано, каким образом более высокие показатели здоровья и более здоровые группы населения благодаря хорошо функционирующим системам здравоохранения могут определять рост социального благополучия.

Здоровье играет центральную роль в росте материального благосостояния и социального

благополучия (и системы здравоохранения являются катализатором в данном процессе)

Здоровье составляет один из основных компонентов благополучия.

- Здоровье ценится само по себе, и граждане стран Европейского региона придают высокую ценность хорошему здоровью.
- Здоровье повышает экономическую продуктивность и национальный доход, который может способствовать росту общественного благополучия (более здоровые люди обладают более высокой производительностью труда).

Здоровье влияет на материальное благосостояние, и наоборот.

- Здоровье может вносить вклад в бюджетный рост благодаря экономии расходов на здравоохранение (хорошее здоровье сокращает спрос на медицинское обслуживание, как текущий, так и в перспективе).
- Материальное благосостояние влияет на здоровье непосредственным образом, через материальные условия, и косвенно – через социальное участие и контроль людей над своей жизнью.

Здоровье также отражает общественный прогресс, и поэтому параметры оценки социального развития должны включать этот компонент.

Инвестиции в системы здравоохранения приносят реальную пользу

Общество может делать выбор: как и сколько инвестировать в системы здравоохранения, несмотря на конкурирующий спрос на ресурсы. Надлежащее инвестирование в системы здравоохранения – это эффективный путь улучшения здоровья и повышения материального благосостояния, вносящий вклад в общественное благополучие.

- Деятельность систем здравоохранения способствует формированию более здорового и экономически активного общества.
- Услуги здравоохранения спасают жизни.
- Правильно ориентированные вмешатель-

ства в области общественного здравоохранения приводят к позитивным сдвигам.

- Системы здравоохранения помогают создавать общественное благополучие, в частности путем повышения уровня социальной справедливости и отзывчивости. Обсерватория реализует специальную программу по вопросам оценки деятельности систем здравоохранения, задача которой – «усовершенствовать подходы к проведению оценки и анализа и продемонстрировать, как сравнительные показатели могут приносить пользу для планирования и оценки инициатив по укреплению систем здравоохранения» (100). В работе «Системы здравоохранения, здоровье, благосостояние и общественное благополучие» (99) документирован прогресс в этой области, и второй том данной публикации планируется к выходу в 2013 г.

Системы здравоохранения, здоровье, материальное благосостояние и социальное благополучие



В использовании индикаторов благополучия имеются потенциальные ограничения. Многие индикаторы, применяемые организациями или государствами-членами, в большей степени подходят для мониторинга динамики благополучия, чем для оценки влияния на него конкретных стратегических мер. Тем не менее важно проанализировать, каким образом измеряемые итоговые показатели реагируют на стратегические вмешательства и какими подходами воспользовались другие организации, такие как ОЭСР, для уточнения выбора индикаторов с учетом стратегических перспектив.

Вставка 24

Полезное применение показателей благополучия при разработке и проведении политики

По результатам анализа, проведенного силами ОЭСР (90, 101), в процессе разработки и проведения политики показатели благополучия используются в следующих целях:

- стимулировать общественное обсуждение и сосредоточить внимание на стратегиях, которые имеют реальное значение в жизни людей, придавая больше легитимности и социальной приемлемости для тех стратегий, которые обладают более высокими шансами на успех;
- определять приоритеты для действий, необходимых для достижения всеобщей цели улучшения жизни людей;
- предлагать широкий набор критериев, по которым можно оценивать конкретные стратегические вмешательства.

Приоритеты формируются в процессе решения следующих задач: установление важных факторов, оказывающих влияние на благополучие; определение относительно сильных и слабых сторон в условиях жизни в конкретной стране, неравенств по показателям благополучия в пределах стран и наиболее уязвимых групп населения, которые могут получить максимальную пользу от стратегических вмешательств; оценка взаимоотношений между различными аспектами благополучия и их стратегическими детерминантами в целях оптимизации распределения приоритетов между ними.

Европейское региональное бюро ВОЗ может поддержать использование показателей здоровья и благополучия при разработке и проведении политики следующими путями:

- предоставлять фактические данные по механизмам и инструментам, которые сектор здравоохранения может использовать для повышения уровня благополучия во всех секторах; эта роль может быть расширена и распространена на поддержку разработчикам политики в улучшении благополучия в рамках сектора здравоохранения, в других секторах, на межсекторальном уровне и в партнерствах с неправительственными структурами;
- распространять стратегическую информацию, подготавливаемую в сотрудничестве с европейскими организациями или государствами-членами (вставка 24);
- разрабатывать оптимальные пути интерпретации показателей благополучия и их использования совместно со стандартными показателями смертности, заболеваемости и деятельности систем здравоохранения; при этом индикаторы благополучия предназначены скорее для дополнения, нежели для замены этих показателей.

Требуются научные исследования, охватывающие статистические и методологические вопросы, затронутые в данной главе. Повестка дня научных исследований также могла бы включить пути разработки и тестирования механизмов коммуникации мер, направленных на повышение благополучия, которые:

- включают здоровье в качестве важной сферы;
- объединяют данную работу с оценкой деятельности системы здравоохранения;

- дают более широкую картину того, что имеет значение для благополучной жизни;
- анализируют то, каким образом изменения в одной области могут влиять на изменение в другой или в целом ряде других областей.

Дальнейшие шаги

Укрепление здоровья и повышение благополучия признаны важнейшими элементами политики Здоровье-2020. Широкий спектр текущей деятельности по измерению благополучия на международном уровне в Европе и множество национальных инициатив (вставка 25), дают прочную основу, опираясь на которую Европейское региональное бюро ВОЗ может развивать свою работу, в частности по проблемам измерения здоровья в контексте благополучия.

Вместе с тем в ряде стран Региона предпринимаются недостаточные усилия (в рамках министерства здравоохранения, других министерств или национальных статистических агентств) и не в полной мере проводятся научные исследования по концептуализации, сбору или использованию информации по здоровью и благополучию. В любых программах повышения благополучия на региональном уровне следует предусматривать механизмы поддержки широкого круга стран с различными отправными позициями в отношении сбора и оценки данных, с развитием связей между научно-исследовательскими центрами и структурами, отвечающими за разработку и проведение политики в здравоохранении и других секторах.

В настоящей главе изложен подход к дальнейшему развитию методов оценки прогресса по улучшению здоровья в контексте благополучия – того, что мы ценим. Преодоление трудностей, стоящих перед различными странами Европейского региона, и достижение поставленных целей к 2020 г. потребует мобилизации кадров, ресурсов и процессов, которые могут оказать поддержку в совместной работе: в мониторинге прогресса. В заключительной главе данного доклада обсуждаются некоторые пункты этой повестки дня, в том числе: механизмы оптимизации концепций и согласования норм; достоверность и ограничения; методологические вопросы; подходы и задачи, касающиеся измерений; интерпретации показателей здоровья и благополучия на уровне Европейского региона.

Вставка 25

Пример из практики: благополучие детей в Италии – множество научных исследований

Показатели благополучия детей в Италии, наряду с 20 другими странами, представлены в докладе Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) по проекту, посвященному вопросам благополучия детей в богатых странах (см. таблицу).

Кроме того, в ряде национальных исследований проводится оценка факторов, включенных в широкое определение благополучия, несмотря на то что ни одно из них ранее не было сосредоточено на сборе данных по конкретным индикаторам благополучия детей. Итальянский национальный институт статистики (ISTAT) приступил в 2008 г. к проведению опросного исследования по оценке функционирования, степени ограничения возможностей, здоровья и благополучия среди учащихся с ограниченными физическими возможностями в начальной и средней школе. Цель данного

исследования, финансируемого Министерством труда и социальной политики в сотрудничестве с Министерством образования, университетов и научных исследований, – проанализировать ресурсы и методики, принятые индивидуальными школьными центрами для содействия социальной интеграции учеников с ограниченными возможностями и, таким образом, улучшению их функционирования и благополучия. В рамках опросного исследования используются индикаторы на основе ИКФ (97) по типам нарушений здоровья и школьным условиям: доступность зданий, наличие учителей, обеспечивающих поддержку в учебе, наличие других специалистов и использование различных учебных технологий.

Завершено проведение двух раундов исследования (2008–2009 гг. и 2009–2010 гг.), результаты первого раунда опубликованы на

английском языке (103). По второму раунду свыше 89% школ (более 23 000) завершили заполнение вопросника. Анализ третьего раунда, за 2012 г., проводится в настоящее время.

В другой новой публикации приведен обзор проблем бедности семей с детьми и вопросов детского благополучия в Италии (104). Кроме того, в итальянских университетах и научно-исследовательских центрах проводится ряд научных исследований по данной тематике, в которых изучаются связи между различными параметрами психического, соматического и социального функционирования. Фонд неврологического института им. Карло Беста выполнил пилотные исследования по инвалидности, благополучию и качеству жизни, относящемуся к здоровью, среди детей с неврологическими расстройствами, такими как синдром Туретта и дистония.

Сводная таблица
Благополучие детей в богатых странах

		Параметр 1	Параметр 2	Параметр 3	Параметр 4	Параметр 5	Параметр 6
Параметры благополучия детей	Средний рейтинг (по всем шести параметрам)	Материальное благосостояние	Здоровье и безопасность	Благополучие в плане образования	Отношения в семье и со сверстниками	Поведенческие факторы и риски	Субъективное благополучие
Нидерланды	4,2	10	2	6	3	3	1
Швеция	5,0	1	1	5	15	1	7
Дания	7,2	4	4	8	9	6	12
Финляндия	7,5	3	3	4	17	7	11
Испания	8,0	12	6	15	8	5	2
Швейцария	8,3	5	9	14	4	12	6
Норвегия	8,7	2	8	11	10	13	8
Италия	10,0	14	5	20	1	10	10
Ирландия	10,2	19	19	7	7	4	5
Бельгия	10,7	7	16	1	5	19	16
Германия	11,2	13	11	10	13	11	9
Канада	11,8	6	13	2	18	17	15
Греция	11,8	15	18	16	11	8	3
Польша	12,3	21	15	3	14	2	19
Чешская Республика	12,5	11	10	9	19	9	17
Франция	13,0	9	7	18	12	14	18
Португалия	13,7	16	14	21	2	15	14
Австрия	13,8	8	20	19	16	16	4
Венгрия	14,5	20	17	13	6	18	13
США	18,0	17	21	12	20	20	–
Соединенное Королевство	18,2	18	12	17	21	21	20

Примечание. Страны ОЭСР, не включенные в обзор по причине недостаточных данных: Австралия, Исландия, Люксембург, Мексика, Новая Зеландия, Республика Корея, Словакия, Турция и Япония. Источник: Проблема детской бедности в перспективе (102).



04

Последующие
шаги в отсчете
времени до 2020 г. —
мониторинг
и документирование
прогресса

В настоящем докладе отображено обилие имеющейся в Европейском регионе ВОЗ информации по вопросам здоровья и здравоохранения, однако проблемы оценки по-прежнему остаются значительными:

- не по всем странам имеются данные, необходимые для измерения прогресса;
- в странах применяются разные определения одних и тех же понятий и отсутствует единообразное применение классификаций болезней;
- регистрация естественного движения населения неодинакова по своему охвату и пока не во всех странах Региона является обязательной.

Европейское региональное бюро ВОЗ всемерно стремится оказывать помощь государствам-членам в улучшении систем предоставления и отслеживания информации здравоохранения в рамках осуществления политики Здоровье-2020.

Одна из важных задач в реализации политики Здоровье-2020 и достижении ее конечного полезного эффекта – обеспечить наличие данных для мониторинга прогресса на уровне отдельных стран. Всеобъемлющие целевые ориентиры и их индикаторы были выбраны с учетом не только их важности для достижения целей политики Здоровье-2020, но и наличия соответствующих данных. Большинство индикаторов, предложенных для мониторинга целевых ориентиров, обеспечиваются информацией, которая собирается на регулярной основе в большинстве европейских стран. Однако различия в определениях, охвате населения и качестве данных затрудняют сравнительный анализ. По мере проведения оценки прогресса на региональном уровне эти трудности будут нарастать, однако, несмотря на имеющиеся ограничения, сравнительный анализ сохраняет свою ценность.

Региональное бюро оказывает поддержку странам, предоставляя им методики и инструменты для усовершенствования процессов сбора, анализа и презентации медико-санитарной информации на страновом уровне. Как было упомянуто ранее, ВОЗ сотрудничает с Европейской комиссией и ОЭСР в создании единой интегрированной системы информации здравоохранения для Европы, охватывающей все 53 государства-члена (вставка 26).

Вставка 26.**Дорожная карта по созданию интегрированной системы информации здравоохранения для Европы**

С 2011 г. Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ проводят совместную работу по созданию интегрированной системы информации по здравоохранению для всех 53 стран Европейского региона. Уже завершены следующие первоначальные этапы:

- анализ и систематическое описание всех баз и депозитариев данных в обеих организациях;
- создание новых партнерств, в том числе с ОЭСР;
- разработка дорожной карты по созданию единой европейской платформы для информации по здравоохранению.

Последующие шаги включают детальный анализ ситуации по странам и план интеграции ключевых индикаторов в платформу.

Эта интегрированная система позволит постепенно снизить бремя отчетности для стран, которые нередко представляют информацию параллельно в ряд организаций. Она также будет служить в качестве универсального источника информации по здравоохранению для Европы, действующего по принципу «единого окна».

Эта работа идет полным ходом параллельно с выработкой стратегии информации по здравоохранению для Региона. На сессии Регионального комитета в 2012 г. официальные представители Регионального бюро и ОЭСР подписали совместный план действий, предусматривающий сотрудничество по ряду направлений общественного здравоохранения, в том числе в области информации здравоохранения.

При этом предстоит решить следующие наиболее актуальные задачи:

- анализ и разработка широкого круга источников и нормативов/ стандартов, касающихся данных – от статистики естественного движения населения до обследований домашних хозяйств – таким образом, чтобы в них содержались единые методы разбивки данных по социальным группам, что даст возможность осуществлять мониторинг неравенств в отношении здоровья внутри стран и между странами;
- разработка путей распределения всех 53 стран по значимым субрегиональным группам или по субрегиональным тенденциям; в настоящее время 14 государств-членов не входят ни в одну из существующих субрегиональных групп (ЕС-12, ЕС-15 и СНГ – см. приложение).
- повышение достоверности и надежности данных, поступающих в базу данных «Здоровье для всех» (6) от всех 53 стран, в рамках совместной работы с государствами-членами и другими региональными структурами;
- оптимизация расчетов и представления сведений об общем бремени болезней, включая заболеваемость и другие параметры, в частности касающиеся психического здоровья;
- сбор, взаимоувязка и распространение смежных данных по сектору здравоохранения и другим секторам в поддержку принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях, межсекторального анализа, выработки политики, мониторинга и оценки;
- достижение прогресса в области эпиднадзора и мониторинга вспышек болезней, а также выполнение требований Международных медико-санитарных правил (105) на всей территории Европейского региона и посредством рабочих связей с другими регионами (путем решения вопросов стратегического руководства в интересах здоровья и борьбы с инфекционными болезнями);
- разработка дорожной карты для решения указанных выше задач и преодоления проблем, в которой должны быть определены партнеры, необходимые ресурсы и процессы, а также повестка дня научных исследований в поддержку согласованных действий.

В главе 1 содержится детальный обзор состояния здоровья европейского населения. Однако приведенные индикаторы

описывают главным образом смертность, в меньшей степени характеризую сводные показатели здоровья населения (такие как DALY). Последние объединяют информацию о летальных и нелетальных исходах и благодаря этому позволяют видеть более полную картину – то, что входит в понятие бремени болезней. Региональное бюро преследует цель более тесного сотрудничества с государствами-членами, для того чтобы повысить уровень использования таких сводных показателей, включающих оценку не только смертности, но и заболеваемости и ограничения возможностей жизнедеятельности (инвалидности).

Углубляющиеся неравенства в отношении здоровья, описанные в настоящем докладе, делают еще более необходимым формирование углубленных представлений о путях, ведущих к здоровью и благополучию, и их распределении в Европейском регионе и внутри стран. Это также включает способность более точно определять долю и масштабы конечного полезного эффекта того или иного вмешательства (исходящего из сектора здравоохранения или из других секторов) для здоровья людей и соответствующего сокращения неравенств в отношении здоровья.

Еще одна актуальная задача – проведение оценки благополучия в контексте здоровья и установление в итоге соответствующего целевого ориентира. Как изложено в главе 3, многие действующие структуры обращались к вопросам оценки благополучия на межсекторальном уровне; ВОЗ развивает сотрудничество со своими партнерами для разработки данной тематики в контексте здоровья. В главе 3 также содержится подробный план действий, итогом которых в 2013 г. станет составление перечня предлагаемых индикаторов для мониторинга и оценки благополучия.

Дополнительные сложные задачи – это уменьшение степени разрозненности и повышение уровня устойчивости систем информации здравоохранения в масштабах Европы. На совещании экспертов по вопросам индикаторов, состоявшемся под эгидой Регионального бюро в июне 2012 г. (60), был отмечен ряд различных инициатив, реализованных в течение последних лет, в частности в ЕС, по гармонизации определений, методик и механизмов сбора индикаторов, включая Индикаторы здоровья Европейского сообщества (58), Информационную систему ВОЗ по вопросам окружающей среды и здоровья (106) и Европейский опрос по показателям здоровья (107). Многие из этих проектов по сбору данных в настоящее время находятся под угрозой финансовых ограничений. В тесном сотрудничестве с

Европейской комиссией Региональное бюро будет оказывать поддержку подходам, опирающимся на существующую инфраструктуру, и проводить работу в направлении единой интегрированной Европейской системы информации по здравоохранению.

На проведенном Европейским региональным бюро ВОЗ совещании экспертов (60) были высказаны некоторые ключевые замечания и рекомендации в поддержку этого подхода, который должен в дальнейшем развиваться усилиями Регионального бюро, государств-членов и ключевых партнеров. Эти рекомендации следующие:

- Опирайтесь на действующие механизмы сбора информации по здравоохранению. Ряд долгосрочных программ в области информации здравоохранения, особенно на уровне ЕС, к сожалению, в настоящее время сворачиваются. Эти программы позволили получить полезные инструменты, методы и стандарты; их не следует отбрасывать, нужно стремиться к их дальнейшему использованию.
- Осуществлять обмен знаниями и экспертизой с отстающими странами: например, в некоторых странах Восточной Европы не хватает знаний в области проведения опросных исследований. Необходимо приложить дальнейшие усилия к вовлечению стран всего Европейского региона в коллективную работу.
- Подчеркнуть пользу от создания общей системы информации по здравоохранению, которая снизит административную нагрузку на государства-члены и позволит улучшить качество данных и уровень их интерпретации.

Частью деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ в целях улучшения мониторинга и отчетности будет поддержка усилий стран по обмену опытом работы, направленной на достижение каждого из целевых ориентиров политики Здоровье-2020, включая освещение передовой практики, примеров успешных проектов и сведений о том, как работают методы и подходы в конкретных контекстах.

Кроме того, Региональное бюро ведет сотрудничество с государствами-членами и партнерами в целях более активного использования новых технологий и инноваций, в частности в области электронного здравоохранения. Необходимо поддерживать безопасный обмен актуальной информацией на европейском уровне, соблюдая законы о защите данных, права пациентов и нормы подотчетности.

Информация и фактические данные несут в себе лишь ту пользу, в какой мере они применяются для разработки политики. Региональное бюро поддерживает новые инициативы для практического использования данных научных исследований в политике, такие как EVIPNet – Сеть ВОЗ по разработке политики на основе фактических данных (108). Эта платформа, с успехом применяемая в других регионах ВОЗ, обеспечивает проведение семинаров и предоставляет странам инструменты, предназначенные для формулирования решения стратегических вопросов с использованием наилучших имеющихся фактических данных. В октябре 2012 г. Региональное бюро официально приступило к осуществлению проекта EVIPNet-Европа с четырьмя странами Центральной Азии; проект получил значительную поддержку со стороны участников и партнеров, включая различные учреждения Организации Объединенных Наций и донорские агентства (108).

В течение ближайших месяцев посредством деятельности своих экспертных групп и в тесном сотрудничестве с государствами-членами Европейское региональное бюро ВОЗ завершит разработку индикаторов для целевых ориентиров политики Здоровье-2020, включая вопросы благополучия. Представлению окончательных предложений Региональному комитету в сентябре 2013 г. будет предшествовать онлайн-консультация со странами и детальные обсуждения с руководящими органами.

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г. – это лишь отправная точка на пути, который начинают государства-члены Европейского региона. Он дает платформу для дискуссий и основу для подотчетности и оценки прогресса в реализации политики Здоровье-2020 в Регионе. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.* способствует отслеживанию эффекта политики Здоровье-2020 на здоровье и благополучие жителей Европы; последующие доклады смогут использовать его в качестве исходного материала для оценки успеха.

Библиография

1. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf, по состоянию на 29 марта 2013 г.).
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
3. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98390/E87861R.pdf, по состоянию на 20 марта 2013 г.).
4. *ЗДОРОВЬЕ21 – Здоровье для всех в 21-м столетии. Введение.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/88593/EHFA5-R.pdf, по состоянию на 13 мая 2013 г.).
5. *Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1948 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
6. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
7. World Population Prospects, the 2008 revision [online database] [Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г., онлайновая база данных]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://esa.un.org/unpd/wpp>, accessed 1 September 2011).

8. *Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
9. World Urbanization Prospects, the 2009 revision [online database] [Мировые перспективы урбанизации: редакция 2009 г., онлайн-база данных]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 27 June 2011).
10. *Мировая статистика здравоохранения, 2010 год.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
11. Европейская база данных о смертности [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>, по состоянию на 25 марта 2013 г.).
12. ЦРТ 4: сокращение детской смертности [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/ru/, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
13. ЦРТ 5: улучшение охраны материнства [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/ru/index.html, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
14. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95595/E93723.pdf, accessed 21 June 2011).
15. *World report on disability.* Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf, accessed 8 November 2012).

16. Европейская база детализированных данных о смертности [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (<http://data.euro.who.int/dmdb/>, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
17. Lawes C, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 2008, 371(9623):1513–1518.
18. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 8 November 2012).
19. Verdecchia A et al. Survival trends in European cancer patients diagnosed from 1988 to 1999. *European Journal of Cancer (Oxford, England)*, 2009, 45(6):1042–1066.
20. Interactive atlases [online information system]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases>, accessed 8 November 2012).
21. Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, accessed 10 November 2012).
22. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care*, 2006, 29(5):1007–1011.
23. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf, accessed 10 November 2012).
24. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf, accessed 10 November 2012).

25. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. Комплекс мер MPOWER. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/ru/index.html, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
26. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf, по состоянию на 25 марта 2013 г.).
27. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 2009, 373(9682):2223–2233.
28. Ruidavets JB et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *BMJ*, 2010, 341:c6077.
29. Britton A, McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:328–332.
30. Leon D et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
31. Herttua K, Mäkelä P, Martikainen P. An evaluation of the impact of a large reduction in alcohol prices on alcohol-related and all-cause mortality: time series analysis of a population-based natural experiment. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40(2):441–454.
32. Рекомендации ВОЗ по качеству воздуха, касающиеся твердых частиц, озона, двуокиси углерода и двуокиси серы. Глобальные обновленные данные, 2005 г. Краткая оценка риска. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_rus.pdf, по состоянию на 25 марта 2013 г.).

33. *Air quality guidelines for Europe, second edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74732/E71922.pdf, accessed 11 November 2012).
34. *Air quality in Europe – 2012 report*. Copenhagen, European Environment Agency, 2012 (EEA Report No. 4/2012; <http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2012>, accessed 11 November 2012).
35. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429–445.
36. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf, accessed 11 November 2012).
37. Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: резюме. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215874/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-executive-summary-Rus.pdf, по состоянию на 15 октября 2013 г.).
38. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996:71–93.
39. Inequalities in health system performance and social determinants in Europe [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health>, accessed 12 November 2012).
40. Currie C et al., eds. Социальные детерминанты и благополучие подростков. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC): международный отчет по результатам опроса, проведенного в 2009/2010 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2012 (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; <http://>

- www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf, по состоянию на 25 марта 2013 г.).
41. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374(9686):315–323.
 42. Table A2.4: DALYs attributable to environmental factors, by disease and mortality stratum for WHO regions in 2004. In: Prüss-Üstün A, Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebddalys2004.pdf, accessed 12 November 2012).
 43. *Environmental health inequalities in Europe: assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf, accessed 12 November 2012).
Неравенства в отношении экологических условий и здоровья в Европе. Доклад о проведенной оценке. Рабочее резюме. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/162528/EH-inequalities-in-Europe_ES-Russian.pdf, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
 44. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 2010, 340:c3311.
 45. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире – Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
 46. Ritsatakis A. Experience in setting targets for health in Europe. *European Journal of Public Health*, 2000, 10(4):7–10.
 47. *Setting targets for Health 2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (document EUR/RC61/Inf.Doc./7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/149282/RC61_InfDoc7.pdf, accessed 13 December 2012).

48. *Глобальная стратегия достижения здоровья для всех к 2000 году*. Резолюция WHA34.36 // Сборник резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета, Том II, 1973–1984 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1985 г.
49. Kaprio LA. *Forty years of WHO in Europe: the development of a common health policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/131690/WA_540_MW6.pdf, accessed 13 November 2012).
50. *Задачи по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Региональные задачи в поддержку региональной стратегии достижения здоровья для всех*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 1).
51. *Jo Eirik Asvall's memorial guide 1931–2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/121387/E94246.pdf, accessed 13 November 2012).
52. McKee M, Fulop N. On target for health? Health targets may be valuable, but context is all important. *BMJ*, 2000, 320(7231):327–328.
53. *Отчет о шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-second-session/documentation/report-of-the-sixty-second-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
54. Paasi M. Collective benchmarking of policies: an instrument for policy learning in adaptive research and innovation policy. *Science and Public Policy*, 2005, 32(1):17–27.
55. Arbeit in plenum. Rahmengesundheitsziele [web site]. Wien, Bundesministerium für Gesundheit, 2012 (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeit-im-plenum/1-plenumssitzung-oktober-2011>, accessed 13 December 2012).

56. *Разработка показателей для целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Первое совещание группы экспертов, Утрехт, Нидерланды, 18–19 июня 2012 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/172510/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Rus.pdf, по состоянию на 15 апреля 2013 г.).
57. Murray CJ, Lopez AD. On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 1999, 10(5):594–605.
58. Harbers MM et al. *Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2008 (RIVM report no. 270051011; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf>, accessed 15 November 2012).
59. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8–9 February 2012.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/Well-being-experts-meeting-16-6-2012-again.pdf, accessed 15 November 2012).
60. *Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>, accessed 31 January 2013).
61. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress [web site]. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009 (<http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>, accessed 15 November 2012).
62. Sen A. *Development as freedom*. New York, Alfred A. Knopf, 2000. Сен А. Развитие как свобода / Пер. с англ., М.: Новое издательство, 2004.

63. Nussbaum MC. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2011.
64. Fleurbaey M. Capabilities, functionings and refined functionings. *Journal of Human Development*, 2006, 7(3):299–310.
65. *OECD guidelines on measuring subjective well-being*. Paris, OECD Publishing (in press).
66. Stoll L, Michaelson J, Seaford C. *Well-being evidence for policy: a review*. London, New Economics Foundation, 2012 (http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Well-being_Evidence_for_Policy_final.pdf, accessed 15 November 2012).
67. Graham C, Higuera L, Lora E. Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Economics*, 2011, 20(12):1431–1447.
68. Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 2007, 1(1):83–136.
69. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2011, 3(1):1–43.
70. Huppert FA, Baylis N, Keverne B, eds. *The science of well-being*. Oxford, Oxford University Press, 2005.
71. Stewart-Brown S. Measuring the parts most measures do not reach: a necessity for evaluation in mental health promotion. *Journal of Mental Health Promotion*, 2002, 1(2):4–9.
72. *Социальные условия и здоровье: убедительные факты*. Под ред. Wilkinson R, Marmot M. 2-е изд. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98442/e81384r.pdf, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
73. Huppert FA. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 2009, 1(2):137–164.

74. WHO-Five Well-being Index (WHO-5) [web site]. Hillerød, Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, 2012 (<http://www.who-5.org/>, accessed 15 November 2012).
75. Diener E et al. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49:71–75.
76. Cohen S, Kamarck X, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24(4):385–396.
77. Stewart-Brown S et al. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2009, 7:15 (doi: 1510.1186/1477-7525-7-15).
78. Steger ME, Samman E. Assessing meaning in life on an international scale: psychometric evidence for the Meaning in Life Questionnaire-Short Form among Chilean households. *International Journal of Well-being*, 2012, 2(3):182–195.
79. Huppert FA, So TTC. Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 2011, doi: 10.1007/s11205-011-9966-7.
80. Gudmundsdottir DG. The impact of economic crisis on happiness. *Social Indicators Research*, 2011, doi: 10.1007/s11205-011-9973-8.
81. *Iceland 2020 – governmental policy statement for the economy and community*. Reykjavik, Prime Minister's Office, 2011 (<http://eng.forsaetisraduneyti.is/iceland2020>, accessed 15 November 2012).
82. Australian Unity Wellbeing Index [web site]. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life at Deakin University, 2010 (<http://www.deakin.edu.au/research/acqol/auwbi/index.php>, accessed 16 November 2012).
83. *Measuring national well-being: summary of proposed domains and measures, July 2012*. London, Office for National Statistics, 2012 (http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_272242.pdf, accessed 17 November 2012).

84. Beaumont J, Thomas J. *Measuring national well-being – health*. London, Office for National Statistics, 2012 (http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_271762.pdf, accessed 17 November 2012).
85. General Health Questionnaire (GHQ-12) [web site]. Liverpool, NorthWest Public Health Observatory, 2012 (<http://www.nwph.net/lifestylesurvey/userfiles/mental/things/GHQ12.pdf>, accessed 17 November 2012).
86. *First ONS annual experimental subjective well-being results*. London, Office for National Statistics, 2012 (http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_272294.pdf, accessed 17 November 2012).
87. *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament – GDP and beyond: measuring progress in a changing world*. Brussels, European Commission, 2009 (COM(2009) 433 final; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0433:EN:NOT>, accessed 19 November 2012).
88. G20: Previous Leaders' Summits [web site]. Mexico City, G20, 2012 (<http://www.g20.org/index.php/en/previous-leaders-summits>, accessed 19 November 2012).
89. *2010 ministerial conclusions. Meeting of the Council at Ministerial Level, 27–28 May 2010*. Paris, OECD, 2010 (C/MIN(2010)6/FINAL; [http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c/min\(2010\)6/final&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=c/min(2010)6/final&doclanguage=en), accessed 19 November 2012).
90. *How's life? Measuring well-being*. Paris, OECD Publishing, 2011 (<http://www.oecd.org/statistics/howslifemeasuringwell-being.htm>, accessed 19 November 2012).
91. *Measuring well-being and progress: understanding the issue*. Paris, OECD Publishing, 2012 (<http://www.oecd.org/statistics/measuringwell-beingandprogressunderstandingtheissue.htm>, accessed 13 December 2012).
92. Gallup World Poll [web site], Washington DC, Gallup, 2012 (<http://www.gallup.com/strategicconsulting/worldpoll.aspx>, accessed 19 November 2012).

93. Boarini R et al. *What makes for a better life? The determinants of subjective well-being in OECD countries – evidence from the Gallup World Poll*. Paris, OECD Publishing, 2012 (OECD Statistics Working Papers, 2012/03; <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b91tjm937-en>, accessed 19 November 2012).
94. WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>, accessed 19 November 2012).
95. Helliwell J, Layard R, Sachs J, eds. *World happiness report*. New York, The Earth Institute, Columbia University, 2012 (<http://www.earth.columbia.edu/sitefiles/file/Sachs%20Writing/2012/World%20Happiness%20Report.pdf>, accessed 19 November 2012).
96. *Резолюция 65/309 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Счастье: целостный подход к развитию*. Нью-Йорк, Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 2011 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/65/309&referer=/english/&Lang=R, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
97. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, МКФ [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 (<http://icd-11.ru/icf/>, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
98. *Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 60.26. Здоровье работающих: глобальный план действий*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-ru.pdf, по состоянию на 28 апреля 2013 г.).
99. Figueras J, McKee M. *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Open University Press, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf, accessed 19 November 2012). Реферат на русском языке: *Системы здравоохранения: здоровье, благосостояние и социальное благополучие: анализируя аргументы в пользу инвестирования в системы здравоохранения* (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/partners/observatory/studies/>

health-systems,-health,-wealth-and-societal-well-being-assessing-the-case-for-investing-in-health-systems).

100. Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>, accessed 19 November 2012).
101. Boarini R, Exton C. *Can well-being indicators inform government policy making and how?* Paris, OECD, 2012 (unpublished).
102. ЮНИСЕФ. *Проблема детской бедности в перспективе: обзор благополучия детей в богатых странах*. ЮНИСЕФ, Исследовательский центр Инноченти, 2007 (Доклад Инноченти, выпуск 7; http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_rus.pdf, по состоянию на 28 апреля 2013 г.)
103. The integration of disabled students in public and private primary and lower secondary schools [web site]. Rome, ISTAT, 2011 (<http://www.istat.it/en/archive/12549>, accessed 20 November 2012).
104. Del Boca D, Mancini AL. Child poverty and child well-being in Italy in a comparative framework. In: Moreno Mínguez A, ed. *Family well-being: European perspectives*. Dordrecht, Springer, 2013 (Springer Social Indicators Research Series, 49:55–72).
105. Международные медико-санитарные правила (2005 г.) [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (<http://www.who.int/ihr/ru>, по состоянию на 10 мая 2013 г.).
106. Европейская информационная система по окружающей среде и здоровью (ENHIS) [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, по состоянию на 15 сентября 2013 г.).

107. European Health Examination Survey [web site]. Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/environment-and-health-information-system-enhis>, accessed 13 January 2013).
108. *EVIPNet: перевод фактических данных в стратегии и меры политики*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/sections/news/2012/10/evipnet-putting-evidence-into-policy>, по состоянию на 10 мая 2013 г.).





Приложение

Технические
замечания по
демографическим
и эпидемиологи-
ческим
характеристикам

Источники и методы анализа данных

В настоящем докладе использованы демографические данные из следующих источников: United Nations World Population Prospects [Мировые демографические перспективы] (пересмотр 2008 г.) и World Urbanization Prospects [Мировые перспективы урбанизации] (пересмотр 2009 г.), а также данные по вопросам здоровья и здравоохранения из Европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех» (пересмотр от января 2012 г.), базы данных GLOBOCAN (2008) и работы *The global burden of disease: 2004 update (1–5)*.

Основной источник – Европейская база данных «Здоровье для всех» (3), которая содержит сведения свыше чем по 600 индикаторам, охватывающим демографические и социально-экономические аспекты, смертность, заболеваемость и показатели госпитализации, образ жизни, состояние окружающей среды, ресурсы здравоохранения, использование медико-санитарных услуг и расходы на здравоохранение, вопросы здоровья матери и ребенка – где необходимо, в разбивке по полу и возрастным группам. По некоторым индикаторам данные охватывают период с 1970 по 2011 г., однако большая часть из них относится к периоду с 1980/1990 по 2009/2010 гг. Несмотря на то что после 1990 г. общее число стран в составе Европейского региона ВОЗ выросло почти вдвое, в статистических расчетах применяются данные в соответствии с сегодняшним перечнем из 53 государств-членов, которые ежегодно представляют сведения в Европейское региональное бюро ВОЗ, внося вклад в его усилия по мониторингу здоровья.

Европейские региональные средние показатели представляют собой усредненные значения, взвешенные либо по численности населения (всего, людей младше или старше 65 лет), либо по числу живорожденных – обоего пола или, где необходимо, отдельно мальчиков и девочек. Показатели смертности в большинстве случаев даны в виде коэффициентов смертности, стандартизированных по возрасту и полу, вычисленных прямым методом с использованием Европейского стандартного населения (3). Приведены некоторые расчеты и прогнозы, выполненные силами ВОЗ, Международного агентства по изучению рака (МАИР) и Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций.

В работе *The global burden of disease: 2004 update (5)* страны Европейского региона разделены на две группы:

- страны с высоким уровнем дохода: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария и Швеция;
- страны с низким и средним уровнем дохода: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория (в 2004 г. составляли единое государство), Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Хорватия, Чешская Республика, Эстония.

Однако в главе 2 настоящего доклада описан процесс разработки целевых ориентиров применительно к традиционным подгруппам стран, используемым в Европейской базе данных «Здоровье для всех» (3):

- ЕС-15 – государства-члены (общим числом 15), входившие в состав ЕС до 1 мая 2004 г.: Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция;
- ЕС-12 – государства-члены (общим числом 12), вошедшие в состав ЕС в мае 2004 г. или в январе 2007 г.: Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика, Эстония;
- СНГ (Содружество Независимых Государств, в составе до 2006 г.) – Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина.

Страны Европейского региона, не вошедшие в состав вышеуказанных групп: Албания, Андорра, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Исландия, Монако, Норвегия, Сан-Марино, Сербия, Турция, Хорватия, Черногория, Швейцария.

В настоящем докладе поставлена на повестку дня актуальная проблема: как заново распределить все 53 страны по значимым субрегиональным группам, например для выявления субрегиональных тенденций в современном контексте.

Библиография

1. World Population Prospects, the 2008 revision [online database] [Мировые демографические перспективы: редакция 2008 г., онлайн-база данных]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (<http://esa.un.org/unpd/wpp>, accessed 1 September 2011).
2. World Urbanization Prospects, the 2009 revision [online database] [Мировые перспективы урбанизации: редакция 2009 г., онлайн-база данных]. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2009 (<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>, accessed 27 June 2011).
3. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html, по состоянию на 8 апреля 2013 г.).
4. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [web site]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 8 November 2012).
5. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf, accessed 11 October 2012).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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

**Всемирная организация
здравоохранения
Европейское региональное бюро**

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

Как и предыдущие подобные публикации Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2012 г. демонстрирует как общие улучшения в показателях здоровья в Европейском регионе ВОЗ, так и их неравномерное распределение внутри стран и между ними. Однако в докладе есть и совершенно новые элементы: он помогает дать определение благополучию, являющемуся одной из целей новой европейской политики здравоохранения, и проложить путь к его достижению.

В докладе показано, что достижения в воздействии на факторы риска и улучшение социально-экономического положения и условий жизни людей позволили сократить смертность от ряда причин и улучшить показатели здоровья населения, однако наряду с этим во многих странах Региона сохраняются, а иногда и углубляются неравенства в отношении здоровья и их детерминанты. Неравенства, которых можно избежать при современном уровне знаний фактически отражают несправедливость в отношении здоровья. Для того чтобы исправить данную ситуацию, страны Региона приняли в 2012 г. новую европейскую политику здравоохранения Здоровье-2020; ее целью является улучшение здоровья и повышение уровня благополучия населения, сокращение несправедливых различий в отношении здоровья и

обеспечение наличия устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на человека.

Описывая показатели здоровья в Европе, этот доклад предоставляет лицам, определяющим политику, и специалистам в области здравоохранения базу эпидемиологических данных, которая подводит фундамент под политику Здоровье-2020 и ее шесть основных целевых ориентиров. В докладе приведены разработки по количественному выражению европейского целевого ориентира и соответствующих индикаторов в области благополучия, что способствует интеграции этого аспекта в политику Здоровье-2020. В нем описана работа Европейского регионально-го бюро ВОЗ совместно со своими партнерами и экспертами по созданию общей концепции и единого подхода к понятию благополучия, которые позволят проводить достоверные измерения и получать информацию, полезную для осуществления политики и для оценки программ. В докладе определяется согласованный подход к мониторингу прогресса в достижении целей политики Здоровье-2020, намечается общая повестка дня по преодолению лежащих впереди трудностей и обосновывается необходимость в измерении благополучия в качестве маркера прогресса в деле улучшения здоровья.

