

## Приложение 2

### 21 задача на 21-е столетие и предлагаемые виды показателей

Опыт, накопленный начиная с 80-х годов, по разработке политики ЗДВ, а также в отношении мониторинга и оценки хода ее осуществления наряду с информацией, получаемой в результате обратной связи со странами, указывает на необходимость того, чтобы региональные задачи, будучи реалистичными и достижимыми, не были слишком назидательными. В то же самое время эти задачи призваны быть дерзкими и вдохновляющими – “смесью реальности сегодняшнего дня и мечты о дне завтрашнем”.

В целом, уровень предлагаемых задач соотносится со всем Европейским регионом ВОЗ. Вместе с тем, эти задачи не следует рассматривать как равно применимые к отдельным странам Региона (за исключением, разумеется, задач по частичной и полной ликвидации отдельных болезней). В ряде случаев определенные страны могли уже достичь поставленных целей, и потому та или иная задача не является для них актуальной; в ряде случаев сама задача может быть слишком “амбициозной” для стран и потому трудно говорить о ее незамедлительном выполнении.

Предлагаемые задачи не являются обязательного перечня: они предназначены оказывать содействие странам в установлении своих задач с учетом конкретных потребностей и условий. Поскольку при постановке этих задач должны учитываться такие параметры, как состояние здоровья населения и другие особые факторы в различных частях Региона, странам предлагается – там, где это возможно – адаптировать и осуществлять политику и задачи в соответствии с имеющимися возможностями.

При выборе показателей для мониторинга хода работ по выполнению поставленных региональных задач особое внимание было уделено вопросам преемственности этих показателей применительно к предыдущему документу по ЗДВ. Большинство показателей основаны на собираемых в рутинном порядке статистических данных, относящихся к здравоохранению, или иных данных, имеющихся на национальном и международном уровнях.

## Определение задач

В определении задач основное внимание было уделено значимости проблемы, характеру или типу задачи (определяемой с точки зрения количественных или качественных параметров, результата, процесса или вклада), уровня, на котором эта задача должна быть выполнена (например, европейский, национальный, региональный, местный или в рамках программы), и возможность ее достижения для государств-членов.

Количественные параметры в отношении задач для Европейского региона были установлены исходя из прогнозов, основанных на исторических тенденциях и анализе существующего положения дел, при условии наличия качественных данных. Количественные задачи в целом относятся к средним величинам региональных показателей и их можно подразделить на два следующих типа:

- достижение запланированного абсолютного уровня; или
- достижение запланированного процентного увеличения/снижения соответствующего показателя.

При составлении прогнозов и установлении конкретных задач были учтены следующие моменты: страны, которые получили хорошие результаты в своей работе в прошлом, должны развивать свои успехи; страны, где наблюдается тенденция к ухудшению ситуации или сложилось неудовлетворительное положение дел, должны предпринять необходимые усилия к тому, чтобы успешный ход работы осуществлялся в них теми же средними темпами, которые были обеспечены странами, достигшими положительных сдвигов в прошлом. Возможность выполнения запланированных задач сопоставляется с имеющимися результатами в странах, иными словами, следует исходить из того, что лучшие показатели, достигнутые уровнем определенной страной Региона или на глобальном уровне, могут быть в будущем получены и другими странами.

## Исходные и намеченные сроки

Точкой отсчета для тех задач, которые определяются как некоторое процентное увеличение или уменьшение для определенных показателей, является 1995 г. Вместе с тем, “конечный срок” был выбран в соответствии с характером и типом задачи. В принципе, окончательным сроком для получения необходимых результатов по задачам, ориентированным на конечные результаты (с точки зрения здоровья), был выбран 2020 г. (с более ранними сроками для частичной или полной ликвидации отдельных заболеваний). Для задач иного типа были определены более ранние сроки.

## Показатели для мониторинга хода работы по выполнению поставленных задач

Принцип сочетания реальности сегодняшнего дня и мечты о дне завтрашнем распространяется также на выбор показателей для мониторинга хода работы в отношении

региональных задач. Большинство показателей остаются без изменения и в значительной мере уже используются в странах с системами сбора обычных данных. Вместе с тем, эти системы должны также включать важные показатели, в отношении которых доступность и качество самих данных все еще нуждаются в улучшении в европейских странах. На сорок девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (сентябрь 1999 г.) будет одобрен новый перечень показателей – однако до утверждения новых показателей нынешний набор показателей продолжает сохранять свою силу. Окончательный перечень показателей будет опубликован в Европейской серии публикаций “Здоровье для всех” в конце 1999 г. В настоящем Приложении дается предварительное описание областей, для которых будут установлены показатели.

Один и тот же показатель (например, материнская смертность) может иметь отношение более чем к одной задаче. Статистические показатели не используются в отношении всех задач. В этом случае ход работы по достижению определенной задачи оценивается на основе качественных параметров определенной ситуации, принятых мер и полученных результатов.

Большинство показателей будут измеряться с помощью обычной системы регистрации. Вместе с тем, некоторые их наиболее важных показателей должны измеряться или дополняться с помощью опросов населения; это может быть достигнуто с меньшими затратами за счет проекта ЕРБ ВОЗ по проведению опроса по вопросам здравоохранения (ЕВРООЗ).

Данные в отношении названных показателей должны распределяться по признакам возраста, пола и принадлежности к определенным социально-экономическим подгруппам (там, где это уместно и необходимо) для того, чтобы содействовать проведению анализа по вопросам равенства доступа к медико-санитарным службам на уровне стран и в Регионе в целом.

## ЗАДАЧА 1 – СОЛИДАРНОСТЬ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

**К 2020 г. СУЩЕСТВУЮЩИЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАЗРЫВ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВАМИ-ЧЛЕНАМИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ДОЛЖЕН БЫТЬ СОКРАЩЕН КАК МИНИМУМ НА ОДНУ ТРЕТЬ.**

Это предполагает:

- 1.1 расхождение в отношении предполагаемой продолжительности жизни в одной трети европейских стран с наиболее высоким показателем и в одной трети стран с самым низким показателем предполагаемой продолжительности жизни должно быть сокращено по крайней мере на 30%;
- 1.2 различия в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности между группами стран должны быть сокращены за счет ускоренного улучшения положения дел в тех из них, где население не получает достаточного обслуживания.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *обеспечение всеми странами своего вклада для сокращения разрыва в состоянии здоровья населения за счет международной солидарности и взаимной поддержки, совместного использования ресурсов, знаний, информации и опыта, а также подходов, которые важны для будущего стран Европы;*
- *участие всех стран в составлении комплексного плана развития, непосредственно взаимосвязанного с их политикой в отношении здоровья для всех и на основе общего видения проблем здравоохранения для всей Европы;*
- *внешняя поддержка, обеспечиваемая странами, учреждениями и организациями, будет координироваться и взаимосвязываться с планами в сфере здравоохранения и развития, которые составлены принимающей стороной;*
- *международные учреждения и финансовые агентства совместно с ВОЗ будут координировать свои усилия в сфере здравоохранения и смежных отраслях для обеспечения роста эффективности и результативности своей поддержки наиболее нуждающимся странам Региона;*
- *обеспечение странами такого положения, при котором политика в социально-экономической сфере и по вопросам окружающей среды и торговли не будет наносить ущерба здоровью населения этих стран, и при условии, что она в максимальной степени будет содействовать развитию стран, находящихся в трудном положении.*

### Предлагаемые виды показателей

- Показатели, имеющие отношение к смертности (например, ожидаемая продолжительность жизни) и повозрастные показатели смертности (например, материнская смертность)
- Избирательные оценки показателей инвалидности и частоты и распространенности болезней
- Оценки расходов на здравоохранение и объемов внешней помощи, в тех случаях, когда такая информация имеется

## ЗАДАЧА 2 – РАВЕНСТВО В ВОПРОСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

**К 2020 г. РАЗРЫВ В УРОВНЕ ЗДОРОВЬЯ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ ГРУППАМИ ВНУТРИ СТРАН ДОЛЖЕН БЫТЬ СОКРАЩЕН ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА ОДНУ ЧЕТВЕРТЬ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЗА СЧЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО УЛУЧШЕНИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ДОСТАТОЧНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.**

Это предполагает:

- 2.1 сокращение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами по крайней мере на 25%;
- 2.2 более ровное распределение основных показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в различных социально-экономических группах;
- 2.3 значительное улучшение влияющих на здоровье социально-экономических условий, и прежде всего сокращение различий в уровне доходов, образования и доступа к трудоустройству;
- 2.4 значительное сокращение контингентов населения, проживающих в условиях бедности;
- 2.5 защиту групп населения с особыми потребностями, обусловленными состоянием их здоровья или их социальными или экономическими обстоятельствами, от какой бы ни было изоляции и предоставление им необходимого доступа к соответствующей медико-санитарной помощи.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *проведение оценки общественной политики с учетом ее воздействия на вопросы равенства доступа, принадлежности к тому или иному полу и обеспечения более*

*высокой приоритетности для групп, не получающих достаточного обслуживания с учетом получаемого дохода, имеющихся служб и мер социальной защиты;*

- *обеспечение такого положения, при котором политика, включая фискальную, позволяет обеспечить доступ к образ*

*а*      *д*

*в*

*ч*      *е*

### ЗАДАЧА 3 – ЗДОРОВОЕ НАЧАЛО ЖИЗНИ

**К 2020 г. все новорожденные, дети младшего возраста и дети дошкольного возраста в регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им здоровое начало жизни.**

Это предполагает:

- 3.1 обеспечение всеми государствами-членами улучшения доступа населения к службам репродуктивного здоровья, службам дородовой и перинатальной помощи, а также педиатрическим службам;
- 3.2 показатель младенческой смертности не должен превышать 20 на 1000 живорожденных в любой стране; страны, в которых эти показатели сегодня составляют менее 20 на 1000, должны попытаться снизить этот показатель до 10 на 1000 живорожденных или ниже;
- 3.3 в странах с коэффициентами младенческой смертности, составляющими сегодня менее 10 на 1000 живорожденных, должна увеличиться доля новорожденных без врожденных патологий или инвалидности;
- 3.4 сокращение не менее чем на 50% смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия, в возрастной группе до 5 лет;
- 3.5 сокращение числа детей, рождающихся с массой тела менее 2500 г, по крайней мере на 20% и значительное сокращение различий между странами в этом отношении.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *государства-члены вкладывают средства в социальное и экономическое благополучие родителей и семей и осуществляют политику, содействующую созданию крепкой семьи, где все дети являются желанными, а родители – хорошими, для того чтобы обеспечить здоровое начало жизни для всех детей;*
- *государства-члены проводят комплексную политику и осуществляют специальные программы на местах для обеспечения необходимых служб планирования семьи и репродуктивного здоровья;*
- *уделение большего внимания вопросам охраны здоровья женщины в национальной и субнациональной политике;*
- *включение в интегрированные службы медико-санитарной помощи широкого спектра служб по планированию семьи, перинатальной помощи, базирующейся на основных технологиях, укрепления здоровья детей, профилактики детских болезней, включая*

*иммунизацию по крайней мере 95% детей грудного и младшего возраста, а также служб, обеспечивающих адекватное лечение больных детей;*

- *общественная политика, социальное окружение и медико-санитарные службы оказывают поддержку матерям в грудном вскармливании, с тем чтобы по крайней мере 60% новорожденных детей получали грудное вскармливание на протяжении первых шести месяцев своей жизни;*
- *действия на уровне общины поддерживаются законодательством и нацелены на значительное сокращение числа детей, терпящих жестокое обращение или побои, а также брошенных детей и детей, находящихся в маргинальном положении;*
- *родители располагают средствами и возможностями для воспитания и ухода за своими детьми в социальной среде, которая защищает права ребенка;*
- *органы местной власти оказывают поддержку семьям за счет создания безопасной среды и условий, соответствующих укреплению здоровья детей;*
- *секторы образования, здравоохранения и социальной помощи совместно поддерживают развитие детей грудного и младшего возраста при возникновении кризисных ситуаций в семье;*
- *необходимые усилия предпринимаются для информирования общественности в отношении развития генных технологий и возможностей, предоставляемых ими с учетом этических последствий.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Показатели смертности в разбивке по возрастным группам и причинам смерти (например, перинатальная, младенческая, материнская смертность)
- Избирательная оценка некоторых параметров состояния здоровья и благополучия новорожденных и грудных детей (например, масса тела, врожденные патологии, питание, иммунизация)



**ЗАДАЧА 4 – ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ<sup>19</sup>**

**К 2020 г. молодежь в РЕГИОНЕ должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе.**

Это предполагает:

- 4.1 дети и подростки должны обладать лучшими жизненными навыками и возможностью сделать здоровый выбор;
- 4.2 смертность и инвалидность, связанные с актами насилия и несчастными случаями<sup>20</sup>, в которые оказываются вовлеченными молодые люди, должны сократиться по крайней мере на 50%;
- 4.3 доля молодых людей, которым свойственны вредные привычки поведения<sup>21</sup>, связанные с потреблением наркотиков, табака и алкоголя, должна значительно сократиться;
- 4.4 уменьшение частоты беременностей у девочек-подростков по крайней мере на одну треть.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *принятие государствами-членами соответствующих мер и создания структур для защиты детей как наиболее уязвимых членов общества, как о том заявлено в Конвенции Организации Объединенных Наций по правам ребенка;*
- *общественная политика обеспечивает создание поддерживающей и безопасной физической, социальной и экономической среды, делая здоровый выбор легким выбором;*
- *все решения по общественной политике изучаются на предмет оценки их воздействия на здоровье детей и подростков, их семей и тех, кто обеспечивает за ними уход;*
- *политика в вопросах образования и найма на работу облегчает доступ молодежи к соответствующему уровню образования и к рынку труда;*
- *службы здравоохранения, просвещения и социального обеспечения работают вместе, с тем чтобы устранить причины, лежащие в основе низкой самооценки, которая часто наблюдается у молодежи, укрепить имеющиеся у них возможности для того,*

---

<sup>19</sup> До 18 лет.

<sup>20</sup> См. также задачу 9 “Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев”.

<sup>21</sup> См. также задачу 12 “Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком”.

*чтобы справляться со стрессовыми ситуациями, и для того, чтобы создавать и поддерживать социальные связи, содействовать удовлетворению психосоциальных потребностей и оказывать помощь молодым людям, находящимся на грани общества;*

- *государства-члены должны обеспечить необходимый доступ к службам и средствам, позволяющим предупредить нежелательную беременность, включая предоставление информации и поддержки молодежи;*
- *использования на регулярной основе необходимых научно-методических подходов и методов оценки для определения состояния здоровья детей и подростков, включая вопросы эмоционального здоровья.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Показатели смертности, в разбивке по соответствующим возрастным группам и причинам смерти
- Показатели, относящиеся к образу жизни молодежи (например, курение, употребление алкоголя и наркотических средств, сексуальное поведение)

### **Задача 5 – СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

**К 2020 г. люди в возрасте старше 65 лет должны иметь возможность полностью реализовать имеющийся у них потенциал в отношении собственного здоровья и выполнять активную социальную роль в обществе.**

Это предполагает:

- 5.1 увеличение на 20% ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой жизни без инвалидности в возрасте 65 лет;
- 5.2 увеличение по крайней мере на 50% доли людей в возрасте 80 лет, обладающих таким уровнем здоровья, который позволяет им сохранять в домашних условиях независимость, самоуважение и надлежащее место в обществе.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *общественная политика, в том числе в отношении жилищных условий, доходов и других мер, обеспечивающих автономию людей и их социальную активность, должна*

*формулироваться и осуществляться с должным учетом потребностей и воззрений людей старшего поколения;*

- *политика в сфере здравоохранения готовит людей к здоровому старению за счет укрепления здоровья и его защиты на более ранних этапах жизни;*
- *службы здравоохранения и социальные службы на уровне общины оказывают поддержку пожилым людям в их повседневной жизни в соответствии с их запросами и взглядами, проявляют внимание к ним и оказывают необходимую помощь для того, чтобы они стали более активны и могли обеспечивать свои потребности;*
- *создание каждым сообществом программ, которые обеспечивают координацию, мониторинг и оценку служб для пожилых людей, а также выделение достаточных ресурсов для этой цели;*
- *разработка и осуществление политики, которая позволяет людям пожилого возраста использовать имеющиеся у них возможности и обеспечивает им доступ к необходимой помощи, к службам помощи на дому, необходимые технические средства и приспособления, а также социальную поддержку.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Показатели смертности, в разбивке по соответствующим возрастным группам и причинам смерти
- Имеющиеся статистические данные о заболеваемости и инвалидности среди пожилых

### **Задача 6 – УЛУЧШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**К 2020 г. следует обеспечить улучшение психосоциального состояния людей и наличие комплексных служб, которые будут оказывать помощь людям, имеющим проблемы, связанные с охраной психического здоровья**

Это предполагает:

- 6.1 значительное сокращение распространенности и неблагоприятного воздействия психических расстройств и предоставление людям возможности справляться с жизненными обстоятельствами, вызывающими стресс;
- 6.2 сокращение частоты самоубийств по крайней мере на одну треть, причем самое значительное сокращение произойдет в странах и группах населения, в которых сегодня эти показатели высоки.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *уделение большего внимания вопросам укрепления и охраны психического здоровья на протяжении всей жизни, особенно в отношении социально и экономически обездоленных групп;*
- *условия жизни и работы помогают людям любого возраста чувствовать свою принадлежность в обществе, устанавливать и поддерживать социальные связи и справляться со стрессовыми ситуациями и событиями;*
- *представители медико-санитарных и смежных профессий будут проходить курс подготовки по ранней диагностике психических проблем и проведению соответствующих вмешательств;*
- *предоставление людям, страдающим от психических расстройств, высококачественной медицинской помощи, как по месту жительства, так в стационаре, с уделением особого внимания вмешательствам в кризисных ситуациях, а также меньшинствам и неблагополучным группам;*
- *уважение к правам человека и улучшение качества жизни для людей, страдающих психическими расстройствами, особенно в случае, если эти расстройства являются хроническими.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Частота самоубийств
- Частота и распространенность психических расстройств, таких, как шизофрения, тяжелая депрессия, алкогольный психоз, посттравматические психические расстройства
- Статистические данные о наличии и использовании служб охраны психического здоровья

**ЗАДАЧА 7 – СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

К 2020 г. должно произойти значительное сокращение распространенности инфекционных заболеваний за счет систематических программ по частичной и полной ликвидации, а также борьбы с инфекционными заболеваниями, представляющими проблему для общественного здравоохранения.

Это предполагает:

***Применительно к ликвидации заболеваний<sup>22</sup>***

- 7.1 к 2000 г. или даже раньше должна быть прекращена передача полиомиелита в Регионе, и к 2003 г. или раньше сертификация ликвидации должна быть осуществлена в каждой стране;
- 7.2 к 2005 г. или раньше в Регионе должен быть ликвидирован столбняк новорожденных;
- 7.3 к 2007 г. или раньше в Регионе должна быть ликвидирована корь, и к 2010 г. это должно быть сертифицировано в каждой стране.

***Применительно к борьбе с заболеваниями***

- 7.4 к 2010 г. или раньше во всех странах:
  - показатель распространенности дифтерии должен составлять менее 0,1 на 100 000 населения;
  - число новых случаев передачи вируса гепатита В должно быть сокращено не менее чем на 80% за счет включения вакцины против гепатита В в программу иммунизации детей;
  - должен быть обеспечен уровень распространенности, составляющий менее 1 на 100 000 населения в отношении эпидемического паротита, коклюша и инвазивных инфекций, вызываемых *Haemophilus influenzae* типа b;
  - уровень распространенности врожденного сифилиса должен составлять менее 0,01 на 1000 живорожденных;
  - уровень распространенности врожденной краснухи – менее 0,01 на 1000 живорожденных.

---

<sup>22</sup> Дефиниция терминов “полная ликвидация”, “частичная ликвидация” и “борьба” дана в Глоссарии терминов (см. Приложение 5).

## 7.5 к 2015 г. или раньше:

- распространенность малярии в любой стране должна быть сокращена до показателя, составляющего меньше 5 на 100 000 населения; смертных случаев от заболеваний малярией в Регионе не должно быть вообще;
- каждая страна должна обеспечить последовательное и непрерывное уменьшение распространенности, смертности и отрицательных последствий для здоровья, связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, а также другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, туберкулеза, а также острых респираторных и диарейных инфекций у детей.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *службы общественного здравоохранения, располагающие системой эпиднадзора, основанной на лабораторных службах, осуществляют мониторинг конкретных заболеваний и оперативно выявляют вновь возникающие болезни, а также изменения в характере резистентности микроорганизмов к антибиотикам;*
- *достижение 95-процентного охвата соответствующих групп населения в отношении заболеваний, поддающихся профилактике с помощью иммунизации и намеченных для полной ликвидации и борьбы;*
- *обеспечение всеобщей иммунизации в детском возрасте против краснухи и осуществление соответствующих данной местности стратегии иммунизации против гепатита В, а также проведение программы вакцинации против Haemophilus influenzae типа b и эпидемического паротита, включая использование комбинированных вакцин;*
- *создание интегрированных и приемлемых с точки зрения представителей определенных культур программ по информации, профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и других болезней, передаваемых половым путем, с особым акцентом на наркоманов и другие уязвимые группы;*
- *осуществление международно согласованных стратегий по профилактике и борьбе с болезнями, такими, как туберкулез, острые респираторные инфекции и диарейные заболевания;*
- *укрепление эпиднадзора за малярией во всех странах и проведение необходимых мер для предупреждения передачи, выявления случаев и лечения малярии;*
- *обеспечение быстрого обмена информацией между национальными и международными участниками сотрудничества, включая сети институтов общественного здравоохранения и сотрудничающие центры ВОЗ, чтобы предпринимать необходимые действия при возникновении эпидемий, и определение политики, необходимого международного сотрудничества, а также*

*медико-санитарного законодательства в отношении торговли, туризма и пассажирских перевозок;*

- *разработка и осуществление соответствующим образом определенных национальных и международных стратегий по ликвидации и борьбе с болезнями посредством подходов на межсекторальной основе и хорошо организованных служб общественного здравоохранения.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Показатели смертности по возрастным группам и инфекционным болезням (туберкулез, респираторные и диарейные заболевания, малярия и т.д.)
- Новые случаи отдельных инфекционных заболеваний, таких как корь, малярия, дифтерия, столбняк, коклюш, врожденный сифилис, врожденная краснуха, столбняк новорожденных, краснуха, эпидемический паротит, туберкулез, гепатит (А, В и другие разновидности), сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция/СПИД
- Удельный вес детей (в %), иммунизированных против отдельных инфекционных заболеваний: дифтерии, столбняка, коклюша, кори, полиомиелита, туберкулеза, *Haemophilus influenzae* типа b, гепатита В, эпидемического паротита, краснухи

#### **Задача 8 – СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

**К 2020 г. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ, СВЯЗАННЫЕ С ОСНОВНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ СНИЖЕНЫ ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДО САМЫХ НИЗКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВО ВСЕМ РЕГИОНЕ.**

Это предполагает:

- 8.1 сокращение показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у людей до 65 лет в среднем на 40%, особенно в странах, где эти показатели сегодня высоки;
- 8.2 сокращение смертности от раковой патологии различной локализации у людей до 65 лет в среднем по крайней мере на 15% и уменьшение смертности вследствие рака легких на 25%;
- 8.3 сокращение на одну треть числа связанных с диабетом ампутаций, слепоты, почечной недостаточности, осложнений при родах и других серьезных расстройств;

- 8.4 последовательное снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, связанных с хроническими респираторными болезнями, мышечно-скелетными нарушениями и другими распространенными хроническими заболеваниями;
- 8.5 отсутствие кариеса по крайней мере у 80% детей в возрасте 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или пломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1,5.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *в рамках здоровой общественной политики во всех государствах-членах акцент поставлен на осуществлении принципов и стратегий укрепления здоровья и профилактики с участием всего населения;*
- *осуществление профилактики и борьбы с основными факторами риска в отношении неинфекционных заболеваний в качестве основной части деятельности на коммунальном уровне и наличие сильного общеевропейского движения за здоровый образ жизни с участием всех стран и соответствующих международных организаций;*
- *обеспечение комплексного лечения заболеваний, с особым акцентом на полученные результаты и усовершенствование качества помощи с учетом прав и желаний пациента;*
- *разработка и осуществление государствами-членами стратегий по гигиене полости рта, включая профилактику кариеса.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Смертность в разбивке по основным неинфекционным заболеваниям (сердечно-сосудистые болезни, раковая патология, хронические респираторные болезни, диабет и другие) и по возрастным группам
- Частота и распространенность основных неинфекционных заболеваний, перечисленных выше, включая астму и хронические ревматические заболевания
- Статистические данные о выписанных из стационара пациентах с основными неинфекционными заболеваниями
- Распространенность основных факторов риска в группах населения (например, высокое артериальное давление, высокие показатели холестерина в сыворотке крови, низкий уровень физической активности, курение, неправильное питание)
- Отдельные стоматологические показатели



## Задача 9 – СОКРАЩЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА В РЕЗУЛЬТАТЕ АКТОВ НАСИЛИЯ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

**К 2020 г. должно произойти значительное и устойчивое сокращение числа травм, случаев инвалидности и смерти в результате несчастных случаев и актов насилия в регионе.**

Это предполагает:

- 9.1 сокращение смертности и инвалидности в результате дорожно-транспортных несчастных случаев не менее чем на 30%;
- 9.2 сокращение по крайней мере на 50% смертности и инвалидности в результате всех несчастных случаев на рабочих местах, в домашних условиях и на отдыхе, с обеспечением наиболее значительного сокращения в странах, где сегодня регистрируются самые высокие показатели смертности от несчастных случаев;
- 9.3 сокращение по крайней мере на 25% числа случаев и показателей смертности в результате актов насилия и их последствий для здоровья в домашних условиях, по половому признаку, в результате организованной преступности.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *определение более высоких приоритетов в общественной политике для вопросов, связанных с социальной сплоченностью и безопасностью в среде обитания и на рабочих местах, с уделением внимания причинам насилия и несчастных случаев и особенно вопросам потребления алкоголя;*
- *объединение усилий всех секторов с целью предупреждения несчастных случаев во всех возможных случаях, оказание соответствующей помощи пострадавшим, их семьям и обществу в целом;*
- *обеспечение доступности соответствующей, с учетом различий пола, помощи и реабилитации всем людям, ставшим жертвами насилия;*
- *объединение усилий стран с целью поддержания научных исследований в отношении форм, детерминантов и последствий насилия и несчастных случаев, проведения анализа степени их распространенности, а также разработки планов по их предупреждению;*
- *определение странами четкой политики и руководства в вопросах безопасности на дорогах и включения информации по этому вопросу в учебные планы школ.*

### Предлагаемые виды показателей

- Смертность в результате внешних причин травм и отравлений
- Показатели травматизма в связи с несчастными случаями на дорогах, в быту и на рабочих местах
- Данные в отношении инвалидности, связанной с травмами

## Задача 10 – ЗДОРОВАЯ И БЕЗОПАСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ СРЕДА

**К 2015 г. НАСЕЛЕНИЕ РЕГИОНА ДОЛЖНО ПРОЖИВАТЬ В УСЛОВИЯХ БЕЗОПАСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ СРЕДЫ, НЕ ПОДВЕРГАЯСЬ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЗАГРЯЗНИТЕЛЕЙ, ОПАСНЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, В ПРЕДЕЛАХ УРОВНЕЙ, ПРЕВЫШАЮЩИХ МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ.**

Это предполагает:

- 10.1 значительное сокращение воздействия физических, микробных и химических загрязнителей в водной и воздушной среде, а также в отходах и почве, представляющих угрозу для здоровья, в соответствии с графиком и контрольными цифрами, определенными в национальных планах действий по гигиене окружающей среды;
- 10.2 обеспечение всеобщего доступа населения к достаточным запасам питьевой воды удовлетворительного качества.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *разработка и осуществление национальных, региональных и местных планов действий по профилактике факторов риска в окружающей среде при наличии необходимых юридических актов, экономических рычагов для сокращения потребления ресурсов и уменьшения количества отходов и загрязнения;*
- *улучшение качества атмосферного воздуха в городских районах за счет сокращения загрязнения, связанного с промышленными и транспортными источниками, а также в жилищах, с обеспечением стандартов качества атмосферного воздуха в соответствии с руководством ВОЗ;*
- *осуществление необходимых мер для обеспечения доброкачественной питьевой водой каждого жилища на основе стандартов, установленных ВОЗ, и принятых в мире технологий водоснабжения, предупреждающих загрязнение воды;*

- *наличие соответствующих систем по удалению сточных вод, включая их сбор, обработку и сброс или повторное использование;*
- *внедрение в практику систем сбора и обработки отходов теми, кто их производит, включая обязательное соблюдение установленных технологий переработки и сокращения объема различных отходов;*
- *разработка необходимых планов действий на случай возникновения чрезвычайных ситуаций для всех атомных электростанций и внедрение стандартов безопасности с использованием новейших технологий;*
- *выполнение международных конвенций в отношении трансграничных водных ресурсов, биологического разнообразия видов, изменений климата, трансграничного загрязнения атмосферного воздуха и защиты озонового слоя;*
- *создание необходимого потенциала для инспекции и мониторинга опасных факторов в окружающей среде и сбора данных, а также осуществление на регулярной основе мониторинга загрязнения окружающей среды и его воздействия на здоровье при обеспечении широкого доступа к полученным результатам;*
- *повышение уровня осознания общественностью важности стабильного развития и защиты окружающей среды.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Население (в %), имеющее доступ как к адекватному водоснабжению в домашних условиях, так и отвечающей гигиеническим стандартам системе удаления сточных вод
- Статистические данные о болезнях, передаваемых с микробиологическими загрязнителями продуктов питания, вспышках таких заболеваний и числе пострадавших
- Статистические данные о выбросах отдельных загрязнителей

## ЗАДАЧА 11 – БОЛЕЕ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ<sup>23</sup>

**К 2015 г. люди во всех прослойках общества должны принять более здоровый образ жизни.**

Это предполагает:

- 11.1 укрепление форм здорового поведения в таких областях, как питание, физическая активность и сексуальность;
- 11.2 расширение доступа, увеличение финансовых возможностей и доступности полезных для здоровья и безопасных продуктов питания.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *постановка связанных со здоровьем вопросов в центр политики развития и обеспечение того, чтобы здоровый выбор стал легким выбором;*
- *предоставление людям возможности для совершенствования и использования имеющихся у них задатков для того, чтобы вести социально, экономически и психологически удовлетворяющий их образ жизни;*
- *использование принципов гигиены продуктов питания в отношении всего установленного цикла — от производства до потребления — с возложением на все секторы ответственности за их применение;*
- *осуществление положений, направленных на сокращение микробного и химического загрязнения продуктов питания, и использование международных стандартов в таких областях, как ветеринария и гигиена продуктов питания;*
- *улучшение компонентов диеты и исключение недостаточности витаминов и минералов (например, витамина А и железа) за счет обеспечения ассортимента и доступа к продуктам питания и употребления в пищу недробленых зерновых культур, бобовых, овощей и фруктов, а также за счет сокращения потребления продуктов с высоким содержанием жиров;*
- *ликвидация нарушений, связанных с недостаточностью йода<sup>24</sup> как проблемы общественного здравоохранения во всех странах за счет использования универсальной стратегии йодизации соли;*

<sup>23</sup> Профилактика стрессов, см. задачу 6 “Улучшение психического здоровья”.

<sup>24</sup> Резолюция WHA49.13 (1997 г.) вновь подтверждает необходимость ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода в качестве проблемы общественного здравоохранения в странах к 2000 г.

- *использование сельскохозяйственной и фискальной политики, а также политики розничной торговли для закрепления здоровых привычек питания;*
- *поощрение развития транспортных систем, городского планирования и поселений для содействия здоровому отдыху и увеличению физической нагрузки;*
- *распространение информации среди населения о безопасном сексе;*
- *обеспечение эффективной инфраструктуры и необходимых ресурсов для распространения знаний в отношении здоровья посредством санитарного просвещения и информации.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Национальные статистические данные о потреблении пищевых продуктов и индексе массы тела
- Данные о проведенных оценках физической активности и сексуальном поведении населения

### **Задача 12 – УМЕНЬШЕНИЕ УЩЕРБА, ПРИЧИНЯЕМОГО АЛКОГОЛЕМ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ЗАВИСИМОСТЬ СРЕДСТВАМИ И ТАБАКОМ**

**К 2015 г. предполагается значительно уменьшить во всех государствах-членах неблагоприятное воздействие на здоровье, связанное с потреблением вызывающих зависимость средств, таких, как табак, алкоголь и психоактивные препараты.**

Это предполагает:

- 12.1 число некурящих должно составлять по крайней мере 80% среди лиц старше 15 лет и около 100% среди тех, кто еще не достиг 15 лет<sup>25</sup>;
- 12.2 потребление алкоголя на душу населения во всех странах не должно превышать 6 литров за год и быть практически равным нулю среди тех, кому еще нет 15 лет;
- 12.3 распространенность нелегального употребления психоактивных препаратов во всех странах должна сократиться по крайней мере на 25%, и смертность, связанная с этим, по крайней мере на 50%.

---

<sup>25</sup> Или в другой возрастной группе в соответствии с национальным законодательством.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *ориентация санитарно-просветительных мер и стратегий вмешательства на улучшение жизненных навыков и психосоциального благополучия людей за счет оказания им поддержки в определенных жизненных ситуациях и содействия здоровому выбору;*
- *введение запретительно-регуляторных мер с целью снижения пассивного курения и частоты случаев алкогольной интоксикации, а также для предупреждения случаев вождения автотранспорта в нетрезвом состоянии;*
- *внедрение стратегий по сдерживанию факторов риска для уменьшения ущерба при использовании вызывающих зависимость средств;*
- *осуществление международных конвенций в отношении нелегально используемых лекарственных средств и подготовка международной конвенции по табачным изделиям;*
- *принятие фискальной и регуляторной политики с целью ограничения наличия, доступности и сбыта табачной и алкогольной продукции, особенно молодым людям, и полного запрещения рекламы табачных изделий во всех странах;*
- *ориентация коммуникационных стратегий на общественную поддержку для уменьшения ущерба, наносимого вызывающими зависимость средствами.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- **Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя и наркотических средств**
- **Данные оценок о распространенности курения в соответствующих группах населения, а также данные национальной статистики о потреблении табака**
- **Данные оценок о распространенности употребления алкоголя и данные национальной статистики о потреблении алкоголя**
- **Статистические данные о госпитализации по поводу алкогольного психоза и лечения от наркотической зависимости**

### Задача 13 – Условия здоровой среды

**К 2015 г. НАСЕЛЕНИЕ РЕГИОНА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ЛУЧШИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НАХОДИТЬСЯ В ЗДОРОВОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЕ У СЕБЯ ДОМА, В ШКОЛЕ, НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И В МЕСТНОЙ ОБЩИНЕ.**

Это предполагает:

- 13.1 улучшение безопасности и качества жилищных условий за счет укрепления личных и семейных навыков в отношении укрепления здоровья и его охраны, сокращения угроз здоровью, возникающих в физической окружающей среде в домашних условиях;
- 13.2 лица с инвалидизирующими состояниями должны иметь гораздо большие возможности для охраны и укрепления здоровья, а также для участия в домашней, производственной, общественной и социальной жизни в соответствии со Стандартными правилами Организации Объединенных Наций о равенстве возможностей для людей, страдающих физическими и умственными недостатками<sup>26</sup>;
- 13.3 сокращение числа несчастных случаев на работе и дома в соответствии с описанием задачи 10;
- 13.4 по крайней мере 50% детей должны иметь возможность заниматься в детском саду, ориентированном на укрепление здоровья, а 95% детей – в школах, содействующих укреплению здоровья<sup>27</sup>;
- 13.5 по крайней мере 50% городов, городских районов и общин должны стать активными членами сети “здоровых городов” или “здоровых общин”;
- 13.6 по крайней мере 10% больших и средних компаний должны взять на себя обязательство следовать принципам “здоровых” компаний/предприятий<sup>28</sup>.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *создание механизмов, которые позволят людям участвовать в проектировании и улучшении своих жилищных условий, условий на рабочем месте и участвовать в оздоровительной работе для улучшения благосостояния населения в своей общине;*

---

<sup>26</sup> Эти правила приведены в Приложении к резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 48/96 от 20 декабря 1993 г.

<sup>27</sup> Школы, ориентированные на укрепление здоровья, включают вопросы санитарного просвещения в школьные учебные планы и программы, а также в мероприятия школьных служб здравоохранения. Система школ, способствующих укреплению здоровья, существует под эгидой ВОЗ, Европейской комиссии и Совета Европы начиная с 1992 г.

<sup>28</sup> Принципы “здоровых компаний/предприятий” касаются следующих аспектов: здоровая среда на рабочих местах; здоровые методы и практика работы; программы, направленные на укрепление здоровья и решение проблем, связанных с психосоциальными факторами риска на рабочих местах; оценка продукции, поступающей на рынок, с точки зрения ее влияния на здоровье; вклад в здравоохранительское и социальное развитие общины.

- *взятие на себя социальными организациями ведущей роли в обеспечении социального сплочения и улучшения доступа к имеющимся в общине ресурсам;*
- *наличие эффективной структуры для гигиены окружающей среды с точки зрения безопасного водоснабжения, обработки сточных вод и их удаления, требований к строительным сооружениям и защиты от угроз здоровью на дому и в городских условиях;*
- *объединение усилий всех заинтересованных секторов для интеграции вопросов, связанных со здоровьем, в унифицированный подход, который позволит школам обеспечивать физическое, социальное и эмоциональное благополучие учащихся, персонала, семей и общины в целом;*
- *содействие и поддержка процессу создания более “здоровых городов” при участии партнеров из разных сфер – здравоохранения, окружающей среды, экономики, образования, городского строительства и управления городами.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Показатели заболеваемости и смертности, связанной с несчастными случаями в быту, на производстве и профессиональными болезнями
- Данные национальной статистики по жилью

### **Задача 14 – МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ**

**К 2020 г. все секторы обязаны признать и принять на себя ответственность за здоровье.**

Это предполагает:

- 14.1 учет теми, кто отвечает за решения, принимаемые во всех секторах, преимуществ, которые можно получить за счет инвестирования средств в здравоохранение применительно к их специальной сфере и соответствующим образом ориентировать для этого свою политику и действия;
- 14.2 учреждение государствами-членами механизмов для оценки степени воздействия принятых мер на здоровье, с обеспечением подотчетности всех секторов в вопросах воздействия их политики и принимаемых ими мер на здравоохранение.



Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- создание государствами-членами соответствующей поощрительной системы, принятие юридических и управленческих мер для облегчения секторального участия и межсекторального сотрудничества в интересах здравоохранения;
- укрепление и охрана общественного здоровья используется в качестве важнейшего критерия при определении политики и стратегий как в частном, так и в общественном секторах;
- индивидуальное и совместное укрепление государствами-членами базы данных о воздействии на здравоохранение действий, предпринимаемых в различных секторах;
- признание правительствами и парламентами высокой приоритетности политики, которая содействует укреплению здоровья и его охране, и осуществление связанных с этим аудитов во всех секторах;
- организация общественных расследований и слушаний по вопросам воздействия на здоровье различных крупных проектов, при широком участии общественных кругов в их оценке и ознакомлении с их итогами;
- уделение большего внимания личной и коллективной ответственности в вопросах просвещения, информированности и научно-исследовательской работы с целью всеобщего осознания необходимой ответственности и подотчетности при решении связанных со здравоохранением вопросов.

#### Предлагаемые виды показателей

- Статистические показатели не используются, производится лишь качественная оценка

### ЗАДАЧА 15 – ИНТЕГРИРОВАННЫЙ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 2010 г. населению Региона должен быть обеспечен лучший доступ к первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на оказание помощи семье и общине, при поддержке гибкой и одновременно стабильной больничной системы.

Это предполагает:

- 15.1 наличие как минимум в 90% стран комплексных первичных медико-санитарных служб, обеспечивающих преемственность оказания медико-санитарных услуг посредством эффективной и оправданной с экономической точки зрения системы

консультаций, с обеспечением обратной связи со стороны вторичного и третичного уровней больничных служб;

- 15.2 наличие по крайней мере в 90% стран службы семейных врачей и медицинских сестер, составляющих основу интегрированной первичной медико-санитарной помощи с использованием многопрофильных бригад со стороны сектора здравоохранения и социального сектора при участии местной общины;
- 15.3 наличие в 90% стран медико-санитарных служб, обеспечивающих индивидуальное участие отдельных граждан и признающих население в качестве одного из участников процесса оказания медико-санитарной помощи.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *наличие соответствующих служб медико-санитарной помощи и программ при участии местных общин для обеспечения потребностей и запросов в отношении укрепления здоровья, профилактики болезней, медико-санитарной помощи и реабилитации, с учетом необходимости охвата групп, имеющих особые потребности;*
- *соблюдение руководством служб здравоохранения положения о том, что в случае, когда медико-санитарная помощь может быть предоставлена на первичном уровне, она должна быть оказана на этом уровне, с направлением на вторичный и третичный уровни стационарной помощи лишь в тех случаях, когда больной нуждается в помощи врачей-специалистов или в процедурах, требующих специализированного оборудования;*
- *определение политики, которая оказывает поддержку населению в сохранении здоровья и обеспечении самопомощи во всех возможных случаях, для чего должны быть созданы специальные механизмы и предоставлена необходимая информация с тем, чтобы население имело возможность сделать осознанный выбор в вопросах, касающихся здоровья, и могло принимать участие в таких решениях.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Кадровые ресурсы здравоохранения (например, количество врачей в разбивке по профилю, количество медсестер в разбивке по их занятости в секторе первичной медико-санитарной помощи и в стационарном секторе)
- Количество больничных коек в разбивке по их профилю и другие статистические данные о ресурсах здравоохранения
- Показатели использования медицинских услуг (например, количество госпитализаций, средняя продолжительность госпитализаций, обращаемость в медицинские учреждения поликлинического/амбулаторного профиля)

## ЗАДАЧА 16 – ВОПРОСЫ РУКОВОДСТВА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

К 2010 г. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ ДОБИТЬСЯ ТАКОГО ПОЛОЖЕНИЯ, ЧТОБЫ РУКОВОДСТВО СЕКТОРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА НАСЕЛЕНИЕ ПРОГРАММ ДО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ НА КЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ БЫЛО ОРИЕНТИРОВАНО НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Это предполагает:

- 16.1 оценку эффективности основных стратегий общественного здравоохранения с точки зрения результатов деятельности медико-санитарных служб и решений, касающихся альтернативных стратегий, для разрешения отдельных проблем на основе сопоставления результатов лечения и их экономической эффективности;
- 16.2 наличие во всех странах национального механизма для непрерывного мониторинга и совершенствования качества медико-санитарной помощи по крайней мере в отношении десяти основных заболеваний, с оценкой результатов лечения, экономической эффективности и степени удовлетворения пациентов;
- 16.3 результаты лечения по крайней мере пяти из вышеупомянутых болезней должны указывать на значительные улучшения, а проводимые опросы – свидетельствовать о росте удовлетворенности пациентов качеством полученного медико-санитарного обслуживания и об уважении прав самих пациентов.

Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:

- *принятие всеми учреждениями, предоставляющими медико-санитарную помощь, практики, основанной на научно обоснованных данных, как в отношении обычной медико-санитарной помощи, так и новых используемых технологий, с определением показателей качества медико-санитарной помощи на клиническом уровне и мониторинга качества помощи в качестве неотъемлемой составной части работы каждого подразделения;*
- *разработка государствами-членами политики и механизмов, которые гарантируют соблюдение прав пациентов, включая уважение их моральных, культурных, религиозных и философских ценностей и убеждений и содействие открытым общественным дебатам по вопросам этических аспектов политики здравоохранения и оказания медико-санитарной помощи;*
- *образовательные и другие меры формируют у работников здравоохранения мотивацию и навыки, позволяющие им брать на вооружение наилучшие методы и виды практики и отчитываться по результатам своей работы;*

- *регулярное использование критериев полученных результатов с точки зрения здоровья и экономической эффективности при оценке соответствующих процедур и практик;*
- *непрерывный мониторинг новых и существующих технологий, включающих фармацевтические препараты, а также оценка их воздействия на здоровье с учетом результатов и экономической эффективности;*
- *создание системы для обоснования, мониторинга и улучшения результатов медико-санитарной помощи, а также для распространения обычной документации по результатам лечения на анонимной основе среди тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь;*
- *обеспечение доступности информации о практике, основанной на фактических данных, для тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Показатели смертности от отдельных заболеваний (например, аппендицита, грыжи, кишечной непроходимости, неблагоприятного воздействия терапевтических средств и других предотвратимых причин смерти)
- Отдельные показатели, относящиеся к качеству медицинской помощи (показатели инфицирования ран после хирургических вмешательств, осложнения, связанные с диабетом, показатели проведения аутопсии, показатели удовлетворенности пациента качеством оказанных ему медицинских услуг и т.д.)

### **ЗАДАЧА 17 – ФИНАНСИРОВАНИЕ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ**

**К 2010 г. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ СТАБИЛЬНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ ДЛЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОСНОВАННЫХ НА ПРИНЦИПАХ РАВНОГО ДОСТУПА, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ, СОЛИДАРНОСТИ И ОПТИМАЛЬНОГО КАЧЕСТВА.**

Это предполагает:

- 17.1 адекватное расходование средств на службы здравоохранения, с учетом необходимого соответствия потребностям населения;

- 17.2 распределение ресурсов между охраной и укреплением здоровья, лечением и медико-санитарной помощью, с учетом результатов экономической эффективности и имеющихся данных;
- 17.3 финансирование систем здравоохранения, гарантирующее универсальный охват и соблюдение принципов солидарности и стабильности.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *укрепление структур общественного здравоохранения;*
- *открытое и гласное определение приоритетных задач в здравоохранении и выделение финансовых ресурсов, необходимых для их решения, ставя при этом задачу оптимизации получаемых результатов с точки зрения здоровья населения;*
- *направление, в случае необходимости, ресурсов сектора здравоохранения в другие секторы, в частности, а также неправительственные организации для достижения совместно определенных целей в сфере здравоохранения;*
- *ориентация мер, призванных обеспечить сдерживание расходов, прежде всего на сами учреждения здравоохранения и тех, кто предоставляет медико-санитарные услуги, а не на пациентов и тех, кто пользуется самими службами;*
- *создание необходимых механизмов для мониторинга в вопросах финансирования и распределения ресурсов при оказании медико-санитарной помощи в интересах охраны здоровья населения.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Расходы на здравоохранение; общие и по отдельным категориям (например, расходы на общественное здравоохранение, текущие расходы стационаров, капиталовложения в медицинские учреждения, расходы на лекарственные средства и т.д.)

### **Задача 18 – РАЗВИТИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

<b>К 2010 г. все государства-члены должны добиться того, чтобы работники здравоохранения и работники других секторов приобрели необходимые знания, навыки и умения в вопросах защиты и охраны здоровья.</b>
---

Это предполагает:

- 18.1 обеспечение обучения работников здравоохранения на основе принципов политики ЗДВ и их подготовку для оздоровительной, профилактической, лечебной и

- реабилитационной помощи хорошего качества и содействия сближению клинической практики и практики общественного здравоохранения;
- 18.2 наличие систем планирования, которые позволят обеспечить необходимое количество и разнообразие представителей медицинских профессий с учетом современных и будущих потребностей медико-санитарных служб;
- 18.3 наличие во всех государствах-членах необходимого потенциала для специализированной подготовки в вопросах руководства, управления и практики общественного здравоохранения;
- 18.4 включение в подготовку профессиональных работников в других секторах основных принципов политики ЗДВ с особым упором на то, каким образом их собственная профессиональная деятельность может воздействовать на детерминанты здоровья.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *включение в подготовку всех медико-санитарных работников соответствующих знаний, навыков и умений в отношении медико-санитарной помощи, включая вопросы обеспечения высокого качества предоставляемых услуг и основных аспектов экономических и социальных наук, взаимосвязанных с достижением здоровья для всех;*
- *постановка особого акцента в программах подготовки на вопросы семейной практики во всех образовательных учреждениях и университетах, где осуществляется подготовка врачей и медицинских сестер и других работников здравоохранения;*
- *подготовка медико-санитарных работников, для того чтобы выступать в качестве уполномоченных посредников и “адвокатов здоровья” во всех секторах и проводить работу с самыми разнообразными партнерами в обществе;*
- *подготовка профессиональных работников в других секторах помогает им признать значимость и тот вклад, которые несут с собой политика и действия того или иного сектора с точки зрения здоровья населения;*
- *наличие в образовательных учреждениях систем, которые обеспечивают непрерывную обратную связь на основе опыта, полученного на практике, а также за счет использования современных приемов и технологий обучения.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Статистические данные о кадровых ресурсах здравоохранения по категориям в той степени, в которой это применимо
- Статистические данные о медиках, завершивших курс обучения

## ЗАДАЧА 19 – НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИНФОРМАЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**К 2005 г. ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИМИ, ИНФОРМАЦИОННЫМИ И КОММУНИКАЦИОННЫМИ СИСТЕМАМИ, КОТОРЫЕ СМОГУТ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО СОДЕЙСТВОВАТЬ ПРИОБРЕТЕНИЮ, ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И РАСПРОСТРАНЕНИЮ ДАННЫХ В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ.**

Это предполагает:

- 19.1 наличие во всех странах научно-исследовательской политики, ориентированной на приоритеты долгосрочной стратегии по достижению здоровья для всех;
- 19.2 наличие в странах механизмов, которые позволяют обеспечивать оказание медико-санитарных услуг и их совершенствование на основе научных данных;
- 19.3 обеспечение необходимого и беспрепятственного доступа к информации по вопросам здравоохранения для политиков, менеджеров, представителей медицинских и других профессий, а также населения в целом;
- 19.4 разработку во всех странах соответствующей коммуникационной политики и программ по здравоохранению, которые будут оказывать поддержку “повестке дня” в интересах здоровья для всех и обеспечивать необходимый доступ к такой информации.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *определение государствами-членами своих стратегий в области научных исследований, основанных на постулатах здоровья для всех, с обеспечением необходимого равновесия между основными и прикладными научными исследованиями;*
- *укрепление международного сотрудничества, что повлечет за собой увеличение числа межнациональных научно-исследовательских программ и лучший обмен научно-исследовательской информацией;*
- *укрепление взаимосвязей и сотрудничества в общественном секторе между научной общественностью и теми, кто отвечает за принятие решений по использованию новых знаний для развития здравоохранения;*
- *учреждение и поддержка баз данных по вопросам здравоохранения и смежных отраслей для мониторинга и оценки воздействия политики и программ здравоохранения для обеспечения необходимой подотчетности, для обмена знаниями на национальном и международном уровнях и для пробуждения общественного интереса;*

- *полное привлечение имеющихся ресурсов и опыта сектора массовой информации и связей для просвещения и образования людей по такому вопросу, как важность здоровья – с индивидуальной и коллективной точек зрения – а также для предоставления им возможности осуществлять необходимые действия.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Расходы на научные исследования и разработки в области здравоохранения

### **Задача 20 – МОБИЛИЗАЦИЯ ПАРТНЕРОВ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**К 2005 г. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛИТИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ ДОЛЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ УЧАСТИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ, ГРУПП И ОРГАНИЗАЦИЙ КАК В ОБЩЕСТВЕННОМ, ТАК И В ЧАСТНОМ СЕКТОРЕ, А ТАКЖЕ ВСЕГО ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА, ОБЪЕДИНИВ ИХ НА ОСНОВЕ СОДРУЖЕСТВА И ПАРТНЕРСТВА ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНТЕРЕСАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

Это предполагает:

- 20.1 участие сектора здравоохранения в активной пропаганде и защите здоровья, что будет содействовать участию других секторов в межсекторальной деятельности на основе общих целей и ресурсов;
- 20.2 наличие на международном, национальном, региональном и местном уровнях структур и процессов для содействия гармонизации сотрудничества всех участников и секторов в развитии здравоохранения.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *укрепление существующих форм партнерского сотрудничества в вопросах здравоохранения и социального развития, таких, как сети городов, школ и рабочих мест, и изучение возможностей учреждения новых партнерских взаимоотношений на всех уровнях;*
- *выявление и учет во всех секторах и всеми участниками взаимных выгод от капиталовложений в здравоохранение;*
- *наличие механизмов для содействия совместному развитию, осуществлению и оценке политики, а также стратегий, основанных на принципах здоровья для всех<sup>29</sup>;*

<sup>29</sup> См. задачу 21 “Политика и стратегии по достижению здоровья для всех”.



- четкое реагирование представителей медико-санитарных профессий на мотивацию профессионалов в других секторах и их готовность вести переговоры по вопросам политики, приносящей взаимную выгоду;
- постановка особого акцента на создание содружеств и партнерств в интересах здоровья на всех уровнях, большем участии населения и создание новых сетей;
- обеспечение лидерства в вопросах общественного здравоохранения, с учетом стимулов, поощрения и создания необходимых условий во всех секторах, работающих в интересах здравоохранения;
- укрепление международной солидарности в вопросах развития здравоохранения с использованием существующих в Европе структур для межправительственного сотрудничества и действий.

#### Предлагаемые виды показателей

- Статистические показатели не используются; проводится лишь качественная оценка

### Задача 21 – Политика и стратегии по достижению здоровья для всех

**К 2010 г. все государства-члены должны не только иметь, но и осуществлять политику достижения здоровья для всех на уровне стран, региональном и местном уровнях, при поддержке соответствующих учрежденческих структур, процессов руководства и новаторского лидерства.**

Это предполагает:

- 21.1 наличие мотивации и целеустремленности, которые политика здоровья для всех на уровне стран должна обеспечивать для процесса разработки и осуществления соответствующих политики и действий в регионах, городах и на местах, а также в школах, на рабочих местах и в домашних условиях;
- 21.2 наличие необходимых структур и процессов для развития политики здравоохранения на уровне стран и на других уровнях, что позволяет объединить усилия широкого спектра основных партнеров как в общественном, так и в частном секторах, располагающих необходимыми мандатами для определения политики, ее осуществления, мониторинга и оценки;
- 21.3 разработку соответствующих краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных целей политики, задач, показателей и приоритетов, равно как и стратегий по их достижению, основанных на ценностях здоровья для всех, при регулярном

мониторинге и оценке хода работ по их достижению.

*Эта задача может быть выполнена при наличии следующих условий:*

- *одобрение политики по здравоохранению самым высоким политическим органом на каждом уровне;*
- *укрепление и модернизация структур и функций общественного здравоохранения в соответствии с потребностями здравоохранения и задачами по достижению здоровья для всех на уровне страны, регионов и на местном уровне;*
- *регулярная оценка состояния здоровья и тенденций<sup>30</sup>, мониторинг хода работ по развитию здравоохранения, а также оценка воздействия осуществляемой политики на результаты при необходимой оценке детерминантов здоровья и степени удовлетворенности населения;*
- *проведение странами периодических опросов населения (на основе методологии ВОЗ);*
- *наличие в странах синхронизированных систем сбора сопоставимых данных для мониторинга хода работ по достижению здоровья для всех с обеспечением необходимых усилий для систематизации собранных данных и учреждения унифицированной системы отбора показателей для содействия необходимой международной координации и гармонизации систем информации и коммуникации в здравоохранении;*
- *разработка политики и стратегий на основе полной мобилизации всех партнеров<sup>31</sup>.*

#### **Предлагаемые виды показателей**

- Статистические показатели не используются; проводится лишь качественная оценка

<sup>30</sup> Особенно задачи 1–9.

<sup>31</sup> См. задачу 20 “Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения”.