

# Политика и механизмы управления преобразованиями

**Задача 19 – Научные исследования и информация по вопросам здравоохранения**

**Задача 20 – Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения**

**Задача 21 – Политика и стратегии достижения здоровья для всех**

### 7.1 Введение

Как уже было отмечено в предыдущих главах, изменения, которые необходимо осуществить на основе принципов ЗДВ для улучшения состояния здоровья населения в Европе, выходят за рамки служб здравоохранения и охватывают все общество в целом. Они весьма сложны в концептуальном и практическом смысле, и в рамках Европейского региона потребуется мобилизовать множество участвующих или задействованных так или иначе в здравоохранительной деятельности учреждений, организаций и отдельных лиц. В данной главе рассматриваются процессы, с помощью которых эти ресурсы могут быть объединены в интересах здравоохранения, причем согласованным и структурированным, в соответствии с принципами ЗДВ, образом.

Бюрократическая иерархическая организация и устаревшие, отжившие свое системы и способы управления недостаточны для достижения этих целей, и сегодня необходимы новые системы для обеспечения многосекторального и организационного сотрудничества и координации. Широкие слои населения и общественности, а также широкий спектр организаций, учреждений, секторов должны мотивироваться и информироваться о том, что необходимо сделать для достижения улучшений в области здравоохранения и, кроме того, они должны вовлекаться в активные, динамичные объединения в интересах здоровья и его

охраны. Соответствующие управленческие умения и навыки для достижения и продвижения изменений по всему спектру современных плюралистических (со)обществ будут пользоваться большим спросом и потребуют значительного развития.

В данной главе рассматриваются лишь некоторые из необходимых системно-структурных преобразований, а именно: совершенствование информационной базы планирования и деятельности с помощью исследований и налаживания информационных систем (раздел 7.2); пути и способы мобилизации и привлечения широкого круга партнеров для создания общенациональных движений в интересах здоровья и его охраны (раздел 7.3); и, наконец, способы организации процесса планирования, реализации и оценки политики достижения ЗДВ (раздел 7.4).

## **7.2 Усиление информационной базы знаний для здравоохранительной деятельности**

Научные исследования – в целях разработки и совершенствования средств и подходов для охраны здоровья и борьбы с болезнями – и системы медико-санитарной информации – вот два ключевых направления изменений и преобразований.

### **7.2.1 Исследовательская работа**

Вся политика и действия, направленные на улучшение состояния здоровья, нуждаются в твердой и солидной базе знаний, а научные исследования являются одним из ценнейших и наиважнейших инструментов, позволяющих заложить фундамент более совершенной стратегии для улучшения состояния здоровья и здравоохранительной деятельности. Тем не менее, лишь немногие государства-члены последовали советам и рекомендациям, даваемым на постоянной основе Европейским консультативным комитетом по научным исследованиям в области здравоохранения (ВОЗ) относительно необходимости сформулировать для своих стран такую научно-исследовательскую политику и программы, которые бы были направлены на достижение ЗДВ.

Основополагающие исследования в таких областях, как улучшение фундаментальных знаний в биологических процессах, картирование генома человека и поиск новых лекарственных средств для улучшения лечения болезней, осуществляемые в настоящее время на широкой основе во многих странах Региона, финансируются как за счет общественных фондов, так и частными предприятиями. И хотя научные исследования можно было бы направить в большей степени на высокоперспективные или высокоприоритетные области (как, например, иммунология, генетика или усовершенствование применяемого в области иммунизации инструментария путем

разработки более простых, дешевых и удобных в хранении и распределении полиактивных вакцин), в целом существующие системы функционируют достаточно хорошо.

Более проблематичным является отсутствие системного подхода к клиническим исследованиям во многих областях медицины, низкая степень приоритетности, отводимая оперативным исследованиям в области медико-санитарной помощи, а также то, что значительная часть современной медицинской практики, соответственно, недостаточно подтверждена достоверными данными.

Возрастающая роль научных исследований означает, что научному сообществу надлежит принимать большее участие в разработке обоснованной в научном и социальном отношении и реально осуществимой базы для принятия решений. Тем не менее, в большинстве стран необходимо обеспечить большее согласование между потребностями в исследованиях в области здравоохранения, как их представляют себе принимающие ответственные решения деятели и лица, занимающиеся планированием, с одной стороны, и приоритетами в исследованиях, которые устанавливаются научным сообществом, с другой. Кроме того, вряд ли в настоящее время какая-либо страна располагает системным механизмом для обеспечения фактического, на деле преобразования новых данных и подтвержденных выводов научных исследований в повседневную практику. Поэтому необходимо значительно усилить диалог между вышеназванными двумя сторонами (сообществами) – не только для того, чтобы сделать научные исследования более целенаправленными, но и, что не менее важно, для обеспечения большей мотивированности и заинтересованности в осуществлении изменений лиц, ответственных за соответствующие службы, так как они сами участвуют в разработке и планировании научных исследований.

В настоящее время очень многообещающим является европейский контекст научных исследований. Наряду со значительными научно-исследовательскими усилиями со стороны отдельных государств-членов, этот контекст включает предложенную Европейским союзом так называемую Пятую рамочную программу и научные исследования, осуществляемые по поручению и под эгидой Генерального управления XII ЕС, Европейского совета по медицинским научным исследованиям, Европейского научного фонда и множества других фондов, частных промышленных предприятий и благотворительных учреждений, а также ВОЗ.

### **7.2.2 Информационное обеспечение здравоохранения**

Информационные системы являются еще одним ключевым компонентом, обеспечивающим более широкую доступность и распространенность знаний, и человечество сегодня живет в информационную эру.

В области охраны здоровья разработано множество новых систем для усовершенствования клинического обслуживания пациентов (см. также раздел 6.3). “Телемедицина” обеспечивает связь между специализированными центрами и другими частями системы здравоохранения в ряде стран и предоставляет возможность передавать диагностическую информацию от поставителей первичной медико-санитарной помощи или из местного стационара в специализированные центры в больницах третичного (высокоспециализированного) уровня и быстро получать ответную информацию или консультативную помощь. Разработаны автоматизированные методы медицинской регистрации в больницах и в системах ПМСП. Прямые связи – например, между врачами ПМСП и фармацевтами – позволили упростить и ускорить оказание некоторых видов медицинской помощи. Тем не менее, информационные системы обратной связи находятся все еще на ранних стадиях своего развития и не могут обеспечить повышение качества медико-санитарной помощи.

Вместе с тем, уровень использования достижений такого прогресса был очень неравномерным. Для многих стран Европейского региона – особенно расположенных в его восточной части – такие новые системы начинают появляться лишь в настоящее время и, очевидно, они не получили широкого распространения и еще долго не станут обычным, повседневным делом.

Что касается потребителей, в настоящее время имеется в наличии очень ограниченное число баз данных, содержащих медицинскую информацию – да и то лишь в некоторых странах. В настоящий момент еще нет четкого представления о том, каким образом можно контролировать или гарантировать качество вводимых данных, чтобы потребители получали точную информацию, которая могла бы действительно помочь им улучшить понимание и расширить представление о системе медико-санитарной помощи и ее конечных результатах.

На уровне общественного здравоохранения решающую роль играют информация о состоянии здоровья, факторах риска и организации службы здравоохранения. Очень важным фактором в этом плане было достижение соглашения о том, чтобы все государства-члены использовали и представляли данные в соответствии с общим набором глобальных и европейских показателей ЗДВ. Это соглашение успешно функционирует начиная с 1984 г., и разработана значительная база данных, позволяющая государствам-членам сравнивать данные по большому числу конкретных результатов и факторов риска для здоровья, т.е. информацию, являющуюся полезной для лиц, занимающихся планированием и принятием решений (хотя сбор данных в отдельных странах все еще далек от совершенства).

В настоящее время уже функционирует ряд информационных систем ВОЗ по таким вопросам, как безопасность пищевых продуктов и борьба с инфекционными болезнями. Проблемой остается пока обеспечение координации и сотрудничества, так как ЕС также

приступил к разработке новых систем по борьбе с инфекционными болезнями и по другим стоящим перед его странами-членами вопросам. Аналогичным образом, необходима координация деятельности с ОЭСР, которая осуществляет сбор данных о расходах на здравоохранение и о некоторых других, связанных со здравоохранением, элементах.

Службы дальней связи (телематика), с их информационным обеспечением с помощью современных технологий передачи информации (особенно компьютеров, различных СМИ и средств и возможностей телекоммуникации), могут использоваться во все большей мере для содействия и поддержки в области здравоохранительного образования и просвещения, здравоохранения, как такового (телемедицина, система раннего оповещения и т.д.), медико-санитарных исследований и управления службами здравоохранения.

**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.

**ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ**

***Разработка программы научных исследований для достижения ЗДВ***

Большинство государств-членов нуждаются в разработке научно-исследовательской политики, ориентированной на здравоохранение (рекомендации, сделанные Европейским консультативным комитетом ВОЗ по научным исследованиям в области здравоохранения,

являются хорошей основой для этого), и им следует стимулировать научно-исследовательское сообщество к тому, чтобы оно откликнулось и реагировало должным образом на задачи по достижению ЗДВ в двадцать первом столетии. Необходимо активизировать систематический поиск лучших способов и средств решения задач по вопросам укрепления здоровья, профилактики болезней, диагностики, лечения, реабилитации и ухода – для использования как в области клинической помощи, так и в общественном здравоохранении вообще. По всем основным областям проблем, связанных со здоровьем (например, сердечно-сосудистые заболевания), научным комитетам/комиссиям надлежит проводить систематический анализ научной базы данных и вводить свои выводы и заключения в постоянно обновляемые базы данных. Страны должны располагать механизмом для выявления имеющихся разрывов и расхождений в таких доказанных и подтвержденных данных и осуществлять поиск путей и способов заполнения и преодоления таких разрывов, проводя новые исследования в областях, где имеющиеся базы знаний и информации являются недостаточными. Кроме того, необходимо разработать новые подходы и методы для решения вопросов, связанных с более значительными в социальном плане изменениями – такими, как социально-экономические тяготы и лишения, различия в здоровье в зависимости от половой принадлежности и т.д.

Необходимы особые усилия для развития научных исследований в целях прогнозирования будущих тенденций, потребностей и проблем в отношении здоровья, включая разработку не только прямых показателей здоровья, но и показателей, связанных со структурными, экологическими, поведенческими и социальными факторами.

Поскольку на службы здравоохранения приходится 5–10% ВВП и в них занято 5–8% от общей рабочей силы в странах, все более важным становится проведение научных исследований по альтернативам реформы здравоохранения и их действительным результатам и влиянию. Таким образом, не следует приступать к осуществлению новой реформы здравоохранения, пока не будет создан четкий оценочный компонент, позволяющий “учиться на результатах деятельности”.

Общественный сектор и научные сообщества должны сотрудничать в установлении приоритетов научных исследований. Что же касается механизмов диалога и сотрудничества между лицами, определяющими политику и принимающими ответственные решения, и научным сообществом, то они нуждаются в своем значительном укреплении с помощью специальных органов (комитетов или комиссий) и путем ассигнования средств на научные исследования, совместное участие в исследованиях и т.д.

Одной из важнейших задач, стоящих фактически перед каждым государством-членом в Регионе, является создание постоянного механизма для проведения систематического обзорного исследования – например один раз в год – всех важнейших научно-исследовательских достижений на уровне стран и на международном уровне в основных

областях здравоохранительной деятельности (например, в отношении туберкулеза, рака, нарко- и токсикомании и т.д.). В таком исследовании следовало бы выявить все основные результаты, которые следовало бы внедрить в повседневную практику соответствующих стран и обратить на них внимание на самом высоком уровне принятия решений в секторе здравоохранения. Как указано в главе 2, это помогло бы осуществить замысел о создании “страновой функции ВОЗ” в каждом из государств-членов.

Необходимо усилить международное сотрудничество в области научных исследований на общеевропейском уровне, с уделением повышенного внимания исследованиям, основывающимся на реальных нуждах и потребностях, увеличению числа международных (межнациональных) научно-исследовательских программ и налаживанию обмена научно-исследовательской информацией. Так, например, Европейской комиссии, Европейскому научному фонду и ВОЗ следовало бы осуществлять более тесное сотрудничество в области исследований; уже имеется хороший задел в области окружающей среды и охраны здоровья, однако во многих других областях здравоохранения все еще требуется обеспечение более тесного сотрудничества.

### ***Усиление информационного обеспечения здравоохранения***

Для надлежащего понимания существа ЗДВ и активного продвижения связанных с ним идей необходимо обеспечить более широкую доступность и распространенность медико-санитарной информации. Лица, принимающие ответственные решения, профессиональные работники здравоохранения, экономисты, архитекторы, учителя, научно-исследовательские работники, представители СМИ, широкие массы населения и общественность – все они нуждаются в таком информировании на тематику здравоохранения, которая бы вызывала у них интерес и стремление ко всему, что связано с процессами улучшения здоровья и усовершенствования здравоохранения и вытекающими из них последствиями.

Один из способов достижения этого заключается в усилении механизмов мониторинга здоровья и его известных определяющих факторов, а также в улучшении работы функционирования систем здравоохранения. Для этого странам необходимо использовать, как минимум, глобальные, региональные показатели ЗДВ с желательным добавлением к ним конкретных показателей, отражающих особенности своих собственных задач по достижению ЗДВ в той или иной конкретной стране. Эта информация должна иметься и быть доступной через электронные средства и возможности и публиковаться на регулярной основе в доступной для широких масс населения и общественности форме, с тем чтобы способствовать информированному и открытому обсуждению между политическими деятелями, специалистами и общественностью по вопросам, касающимся конечных результатов и определяющих факторов здравоохранительной деятельности, а также будущих приоритетов для деятельности и инвестирования.

Информация и данные должны в каждом конкретном случае специально адаптироваться и представляться на каждом из основных уровней (отдельной страны, на внутринациональном уровне, на уровне местной общины, учреждения), которые отобраны для планирования и внедрения программ достижения ЗДВ (см. раздел 7.4 ниже).

Европейские показатели по достижению ЗДВ будут скорректированы, обновлены для отражения изменения приоритетов в связи с нынешним обновлением региональных задач и политики ЗДВ (см. Приложение 2). Некоторые аспекты, связанные с результатами здравоохранительной деятельности, нуждаются в дальнейшем своем усилении, в частности в том, что касается факторов риска. Здесь необходим общеевропейский стандарт для периодических обзоров состояния здоровья с целью улучшения информации, предоставляемой отдельным странам и Региону в целом по вопросам, касающимся образа жизни и факторов риска для здоровья. В настоящее время разрабатывается специальный проект ЕРБ ВОЗ под названием “Европейский опрос по вопросам здравоохранения” (ЕВРООЗ). Аналогичным образом, желательно дальнейшее усиление сетей и показателей по инфекционным болезням, безопасности пищевых продуктов, мониторингу окружающей среды и здоровья. Такое усиление будет сопряжено с большей стандартизацией определений и систем сбора данных во всех государствах-членах.

Обеспечение свободного доступа для пользователей, включая широкие массы населения и общественность, к базам данных, позволяющим обратить внимание на европейские проблемы в области здравоохранения, факторы риска и меры, необходимые для решения связанных с ними проблем, а также обоснование здравоохранительной деятельности и мероприятий – вот те важные задачи, которые предстоит решать в ходе будущих десятилетий. Важным вопросом является разработка особой базы данных, предназначенной для широких масс населения и общественности и предоставляющей полезную информацию по вопросам самопомощи.

ВОЗ приступила к работе над показателями качества и базами данных для использования на клиническом уровне врачами, медицинскими сестрами и другими категориями персонала здравоохранения, однако эта работа нуждается в своем дальнейшем продолжении. Сюда должна входить также подготовка согласованных на международном уровне показателей качества, что является обязанностью ВОЗ, и система взаимосвязанных баз данных, обеспечивающих обратную связь и сопоставление результатов отдельными пользователями, с тем чтобы они могли проводить сравнения и сопоставления со своими коллегами и т.п. Будет важно обеспечить конфиденциальность как для пациентов, так и для врачей в базах данных клинического уровня, с тем чтобы защитить и обеспечить достоверность вводимой информации. Вместе с тем, сводные анонимные данные должны иметься в наличии для целей управления на уровнях учрежденческой организации и обслуживания населения. В настоящее время в систему взаимосвязанных баз данных ВОЗ



включен ряд экспериментальных областей и территорий в Европейском регионе, что позволяет использовать стандартизованные показатели качества для сравнения конечных результатов медико-санитарного обслуживания.

Необходимой предпосылкой для обеспечения привлечения и участия широких масс населения являются меры, направленные на лучшее информирование местного населения по вопросам, касающимся здоровья, образа жизни и проблем окружающей среды, а также деятельности на местном, коммунально-общинном уровне и в области развития, что требует творческого и новаторского к себе подхода. Нынешние примеры включают использование традиционных средств массовой информации, а также новых возможностей, создаваемых системой электронной связи. И опять-таки, средства массовой информации и сектор коммуникации призваны играть жизненно важную роль в деле информирования, образования и просвещения населения, а также в том, чтобы убеждать людей в их индивидуальной и коллективной ответственности за здоровье, а также в том, что касается возможностей и вариантов конкретной деятельности.

### **Телематика**

Более широкое использование интегрированных средств обработки и передачи данных в области общественного здравоохранения и обслуживания пациентов (телематика) будет одним из очень важных стратегических направлений для государств-членов – стратегией, которая позволит донести знания экспертов, специалистов до новых областей и учреждений экономически эффективным и быстрым образом. Однако в такой стратегии должен учитываться целый ряд элементов, а именно<sup>18</sup>:

- системы и службы телематики в здравоохранении должны определяться потребностями в отношении здоровья, клиническими и здравоохраненческими стандартами и нормативами, а не чисто технологическими соображениями и требованиями;
- ценности и принципы ЗДВ, а именно справедливость, устойчивость, широкое участие и отчетность, должны полностью применяться для развития телематики в области здравоохранения;
- телематика в здравоохранении требует новых умений и навыков со стороны соответствующих лиц, принимающих ответственные решения, практических работников и пользователей, с обеспечением комбинации, сплава элементов и

---

<sup>18</sup> Адаптировано по данным публикации: *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-All strategy for global health development: report of the WHO Consultation on Health Telematics*. (Здравоохранительная телематика в поддержку стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех в целях глобального развития здравоохранения). (Отчет о консультативном совещании ВОЗ по использованию телекоммуникационных технологий в здравоохранении, Женсва, 11–17 декабря 1997 г.). Женсва, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.

параметров образования и просвещения участников, привития необходимых умений и навыков, непрерывного профессионального образования и обучения на протяжении всей жизни;

- учитывая быстрые темпы морального старения технологий и меняющихся соотношений цен и показателей эффективности, производительности, страны окажутся в выигрыше от более тесного сотрудничества в деле разработки технологических стандартов, обеспечения совместимости, “открытой архитектуры”, конкурентных цен и экспериментальных видов применения.

Для управления информационной деятельностью в области здравоохранения эффективным и рациональным образом на уровне Европейского региона потребуются, чтобы основные организации, осуществляющие деятельность в этой области, заключили большее число официальных соглашений и договоренностей о сотрудничестве по сравнению с настоящим временем; и – самое важное – эта деятельность должна осуществляться при участии со стороны ВОЗ, Европейской комиссии и ОЭСР.

### 7.3 Мобилизация партнеров в интересах охраны здоровья

Как показано в главе 5, для обеспечения развития и использования в интересах здоровья и его охраны многосекторальной общественной политики и деятельности необходимо привлечение широкого круга партнеров в обществе. Более конкретно, в разделе 5.4 подчеркивается необходимость использования этого подхода для пропаганды и укрепления здорового образа жизни, а в главе 6 указывается на необходимость того, чтобы в оказании медицинской помощи принимали участие не только работники здравоохранения, но и многие другие партнеры. Таким образом, ЗДВ предполагает мобилизацию широкого круга партнеров по целому ряду конкретных условий, сфер и областей повседневной жизни и на различных уровнях управления и регулирования – как страны в целом, так и до уровня местного населения, общины.

Новый акцент, делаемый в последнее время на определяющих факторах здоровья, показывает наличие ряда новых “действующих лиц” (партнеров), которые не получили еще полного признания в качестве партнеров здравоохранительной деятельности на сегодняшний день. Многие из этих потенциальных партнеров не представляют тех выгод и преимуществ, которые они могут получить от сотрудничества с сектором здравоохранения и инвестирования на цели охраны здоровья своих клиентов. Вот почему необходимо преодолеть трудности и проблемы, обусловленные подходами и методами с точки зрения одного изолированного сектора и конкретными организационными задачами и целями, бюджетами и мероприятиями; одна же из этих проблем заключается в отсутствии

механизмов для объединения, “сведения воедино” партнеров в рамках осуществляемого на регулярной основе сотрудничества.

В главе 1 право участия представлялось как одна из трех основополагающих ценностей ЗДВ. Оно применимо ко всем партнерам в области здравоохранения, т.е. ко всем тем лицам в обществе, которые путем своего личного участия, как отдельные граждане или в своем профессиональном качестве, могут вносить свой вклад в улучшение состояния здоровья. Однако право участия предполагает одновременно и взятие на себя ответственности (см. также главу 1); поэтому партнерство предполагает, что все партнеры должны отвечать за медико-санитарные последствия своей политики и действий и нести свою долю ответственности за здоровье населения.

Правительства остаются по-прежнему главными партнерами. Основное назначение связанных с правительством и исходящих от него процессов заключается в развитии принципа обслуживания населения в “общечеловеческом”, “гуманитарном” плане. Это характерно для структур правительства, выполняющих функции, связанные со здоровьем, образованием, социальным вспомоществованием и охраной окружающей среды, наряду с экономическим развитием. Тем не менее, данный принцип является самодовлеющим и эксплицитным лишь в очень редких случаях, и в настоящее время он не выступает в качестве основного стержня экономической деятельности и при формулировании политики.

Сама природа и роль правительств в Европейском регионе постепенно меняются, переходя от непосредственного обслуживания и поддержки населения к созданию структур для достижения общественных целей и регулирования, в рамках которых действует множество “предоставителей услуг, видов обслуживания” – как государственных, общественных, так и частных. Кроме того, имело место движение в направлении децентрализации, с делегированием полномочий и сфер ответственности во все большей мере на уровень территориальных/областных/краевых или местных структур. Тем не менее, на правительствах все еще лежит окончательная ответственность за здоровье населения и конечные результаты использования совокупных ресурсов в интересах здоровья и его охраны.

Как парламентариям, так и местным политическим деятелям стран Европы необходимо обеспечить более высокую приоритетность здравоохранительной тематики в их политических программах (“повестках дня”) и нести ответственность за достигнутые в отношении здоровья и его охраны результаты, а также за эффективность предпринимаемых в области здравоохранения действий и мер. Одной из важнейших задач этой группы лиц является разработка таких среднесрочных и долгосрочных программ и проектов, которые бы позволяли добиться более фундаментальных, эффективных и устойчивых результатов в области здравоохранения. Успешное выполнение этой задачи позволит реализовать тот

значительный потенциал в плане получения политической поддержки, который заложен в таких инициативах.

Различные действующие в рамках инфраструктуры общественного здравоохранения партнеры (“действующие лица”) – от персонала министерств здравоохранения до местных руководителей здравоохранения на коммунальном уровне – призваны играть ключевую роль в качестве “катализаторов” деятельности, технических экспертов, консультантов и советников политических деятелей, участников или членов той или иной сети и т.д. Тем не менее, в прошлом во многих странах они – за известными исключениями – не проявляли достаточной активности в стремлении выйти на другие секторы или содействовать клинической медицине в применении эпидемиологического подхода к решению проблемы обеспечения качества медико-санитарной помощи. В последнее время такие новаторские по своему характеру проекты, как, например, проект “здоровые города”, показали новый путь вперед наряду с расширением самого понятия инфраструктуры общественного здравоохранения (см. раздел 6.5).

Профессиональные работники здравоохранения являются основными участниками широкого спектра мероприятий в области здравоохранения, выступая при этом и как поставщики медико-санитарных услуг, и как лица, занимающиеся вопросами планирования и управления множеством компонентов и составляющих сектора здравоохранения. Тем не менее, таящийся в них большой потенциал не использовался сколько-нибудь полно в прошлом, поскольку деятельность как отдельных профессиональных работников здравоохранения, так и их организаций, часто – опять-таки за известными исключениями – была слишком узко сфокусированной и не выходила за рамки обслуживания отдельных пациентов, чтобы можно было анализировать результаты и эффект в отношении населения в целом. Кроме того, они зачастую не были готовы к тому, чтобы признать тот важный факт, что они во многом являются “ролевой моделью” для местного населения – например, в том, что касается вредных привычек (курение и т.п.). Часто наблюдалось значительное нежелание брать на себя ту или иную роль по укреплению здоровья (в отличие от обслуживания пациента, как такового) и сотрудничать со структурами и секторами вне рамок собственных учреждений.

И все же последнее десятилетие характеризовалось появлением взглядов, в большей степени ориентированных на общественное здравоохранение. При этом важную новаторскую роль в их развитии и становлении сыграли общеевропейский форум ВОЗ и медицинских ассоциаций стран, национальных ассоциаций медицинских сестер и национальных ассоциаций владельцев аптек/фармацевтов.

Работники сферы образования, просвещения – от детского сада до уровня школы и университета – располагают большими потенциальными возможностями для внесения своей лепты в становление, в разработку и поддержание среди населения ценностей, знаний,

умений и навыков, связанных с ЗДВ. Тем не менее, такой вклад редко является частью тщательно разработанной, интегрированной и обеспечивающей взаимоподдержку и взаимодействие программы, которая бы планировалась на систематической основе и была устойчивой и стабильной на протяжении всей жизни людей.

Научно-исследовательские работники призваны играть ключевую роль в совершенствовании многотысячного инструментария средств, разработок, механизмов и т.п., в которых нуждается ЗДВ. Тем не менее, как указывалось выше (раздел 7.2), их вклад часто недостаточно нацелен на реальные приоритеты в системах здравоохранения или же недостаточно взаимодействует с ними.

Число неправительственных организаций, занимающихся деятельностью в области здравоохранения в Европе и особенно в Западной Европе, быстро растет. В более отстоящей к востоку части Региона (СЦВЕ и ННГ) все еще насчитывается относительно немного НПО, хотя их количество и возрастает. Налицо большая потребность стимулировать и поддерживать развитие НПО, без какого-либо ущемления их самостоятельности или присущей им гибкости и их потенциальных возможностей в плане новаторства. НПО зачастую быстрее и более гибким образом могут реагировать на те или иные ситуации, так как они, как правило, менее ограничены организационными и бюрократическими ограничениями по сравнению с официальными международными организациями.

Одним из важнейших партнеров здравоохранения является частный сектор (см. раздел 5.5). До настоящего времени очень часто недооценивались огромные потенциальные возможности, таящиеся в нем в области промышленности и торговли, в плане СМИ и т.д., а именно, с точки зрения вклада в стратегию и процессы улучшения здоровья. Не подлежит сомнению то, что в настоящее время частный сектор во все большей мере признает и учитывает растущий спрос и требования потребителей и их озабоченность вопросами здоровья, качества жизни и социальных благ в более широком смысле этого термина и проводит более строгие оценки воздействия на здоровье новой продукции, новых изделий.

Отдельные лица выступают как партнеры здравоохранения с двух сторон. Во-первых, они являются партнерами в их личном, частном качестве в действиях и мероприятиях, напрямую влияющих на их собственное здоровье и/или на здоровье их семьи и друзей. Во-вторых, они могут быть партнерами через членство в НПО или участие в программах здравоохранения на местном коммунально-общинном уровне.

### **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.

## **ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ**

Партнерство в интересах здоровья необходимо на различных уровнях: международном, страновом, областном и местном. Оно необходимо для формулирования политики здравоохранения, для повышения степени восприятия и понимания проблематики здоровья и его охраны, для усиления политической воли и устремленности к действию, для постановки задач, для реализации политики и программы и организации непосредственного медико-санитарного обслуживания, включая выбор приоритетов и ассигнование ресурсов, а также для мониторинга и оценки результатов деятельности.

### **7.3.1 Правительства**

Ответственность за определение четкой политики здравоохранения в масштабах всей страны и выполнение соответствующих обязательств ложится, в конечном счете, на правительства. На пороге 21-го столетия правительствам государств-членов Европейского региона надлежит отразить тот перелом в социальных ценностях, в результате которого экономический рост становится лишь одной из множества задач, которые необходимо решать, – а именно в плане сбалансированности с другими задачами – такими, как продвижение целей и интересов здоровья и его охраны, устойчивость, справедливость и равноправие, социальная сплоченность и качество окружающей среды. Берясь за решение всех этих задач, правительства должны во все большей мере признавать необходимость всемерного и полноправного участия более широкого круга партнеров, а также гласности, “открытость” в процессах разработки политики.

Правительствам необходимо создать эффективную и постоянно действующую систему координации – такую, как совет здравоохранения страны, включающий высокопоставленных представителей министерств и других партнеров, для обеспечения как можно более сбалансированного и последовательного подхода к стратегии улучшения и налаживания здравоохранительной деятельности, а также для обеспечения надлежащей сбалансированности целей и задач здравоохранения как в политическом, так и технико-технологическом отношении. При всем этом министрам здравоохранения надлежит обеспечивать основные технические параметры стратегии здравоохранения и брать на себя основную ответственность за их реализацию. В качестве подспорья в этом им надлежит более систематическим образом прослеживать и анализировать процессы и изменения, происходящие на страновом и международном уровнях (см. раздел 7.2) и ведущие к усовершенствованию стратегии и методов здравоохранительной деятельности. Обеспечение “функционального присутствия ВОЗ в стране” (см. раздел 2.1), с официально-формальными связями и контактами с научно-исследовательскими организациями в стране, должно благоприятствовать такой инициативе и предоставлять тем самым соответствующие выгоды и преимущества.

### **7.3.2 Политики**

Политики – на местном, региональном или национальном уровнях – испытывают большую потребность в результатах тщательного анализа проблем и возможностей в области здравоохранения, которые имеются в обслуживаемой ими популяции; и европейская политика достижения ЗДВ предоставляет им своего рода широкое стратегическое “полотно”, с которого они могут “срисовывать” аналогичную политику на тот уровень, за который они отвечают. Их ответственность за такую политику и подотчетность должны быть обеспечены, например, путем постановки широких задач для достижения и обеспечения мониторинга и оценки выполнения на последующих стадиях. Им следует также обеспечить, чтобы соответствующие законы, правила и предписания, которые они разрабатывают, и экономические и прочие стимулы, которые они предлагают различным секторам и учреждениям, действительно содействовали сохранению и укреплению здоровья и, где это необходимо, поддерживались планами и программами оценки воздействия на здоровье.

### **7.3.3 Профессиональные работники**

#### ***Профессиональные работники здравоохранения***

Предоставляя основные виды медико-санитарного обслуживания, профессиональные работники здравоохранения и их организации должны придерживаться принципов

надлежащего качества медико-санитарной помощи и оказывать активное содействие обеспечению самопомощи их пациентам (как указано в разделе 6.3). Более того, им следует перейти на здоровый образ жизни, так как они часто служат примером для других членов общества (см. раздел 6.4.2). И, наконец, их специальные знания и техническая экспертиза налагают на них особую ответственность и обязанности по оказанию содействия и поддержки программам развития здравоохранения на местном коммунальном уровне и на уровне страны.

### ***Профессиональные работники общественного здравоохранения***

Их роль и сфера ответственности подробно рассматривались в разделе 6.5.

### ***Другие категории профессиональных работников***

Многие профессиональные работники вне сектора здравоохранения могут рассматриваться как относящиеся к “другим категориям работников общественного здравоохранения” в рамках более широкой инфраструктуры общественного здравоохранения (см. раздел 6.5).

Перед преподавателями в детских садах и школах стоят важнейшие задачи, а именно:

- Во-первых, они должны приобретать знания и навыки, необходимые для обучения своих воспитанников уважительному отношению к таким основополагающим ценностям, как справедливость, равенство, сострадание и устойчивое развитие. Очень важно поощрять своих учеников к формированию здоровых жизненных привычек и учить их тому, как противостоять негативному влиянию сверстников; они должны прививать детям основные жизненные навыки, с тем чтобы они могли успешно справляться со стрессами и проблемами; подготовить их к проблемам и трудностям, с которыми они могут столкнуться в подростковом возрасте, а также помочь им усвоить ценности социального взаимодействия и помочь понять важность социальных сетей. Преподаватели должны внести свой вклад в то, чтобы их ученики впоследствии сами стали хорошими родителями.
- Во-вторых, учителя должны признать и взять на себя ответственность за то, что они являются примером для своих питомцев, и поэтому им следует самим придерживаться здорового образа жизни (например, не курить) и уметь успешно справляться со стрессами.
- В-третьих, преподаватели должны осознать, что им следует как можно лучше знать ситуацию в семьях своих учеников и работать с их родителями в духе партнерства (см. раздел 5.4).



Инженерам, архитекторам и лицам, занимающимся городским планированием, необходимо лучше осознать то влияние, которое их работа оказывает на здоровье отдельных лиц и групп населения. Они должны не только уделять пристальное внимание вопросам безопасности при проектировании жилых зданий, микрорайонов и городов, но и стремиться к поиску новаторских методов и решений, которые бы позволяли, людям ежедневно заниматься умеренными физическими упражнениями, формировать и развивать социальные сети на уровне пригородов или микрорайонов, обеспечивать население жильем, позволяющим проживать совместно представителям трех поколений, а также пропагандировать концепцию расширенной семьи как средства борьбы с социальной изоляцией, характерной для множества современных городов.

Экономистам следует учитывать не только ресурсы, вклады и инвестиции на цели здравоохранения, но и конечные результаты для здоровья, услуги и виды обслуживания, предоставляемые системой здравоохранения и ее различными компонентами. Так, например, необходимо подвергать более критическому анализу медико-санитарные и социальные затраты и издержки, связанные с проектами в области промышленности и созданием тех или иных инфраструктур. Одной такой возможностью было бы создание соответствующих финансовых стимулов, используя, например, средства специального фонда здоровья, финансируемого за счет налогов на табачные изделия, для усиления таких, например, аспектов деятельности, как укрепление здоровья и повышение качества медицинской помощи.

Жизненно важное значение для успеха политики ЗДВ, в которой особый акцент ставится на участии населения, открытости процессов формулирования и реализации политики, имело бы более энергичное и широкое участие журналистов и других работников средств массовой информации в процессах наращивания общественных знаний и развертывания и поддержания широких обсуждений по вопросам здравоохранения. Вопросы здравоохранения должны стать неотъемлемой составной частью подготовки и обучения таких профессиональных работников. Сам же сектор здравоохранения должен дать отправной импульс этой деятельности, приветствуя и поощряя более открытый диалог по всем вопросам.

### **7.3.4 Неправительственные организации**

НПО являются важными партнерами для деятельности в интересах здоровья; они являются жизненно важным компонентом современного гражданского общества и способствуют повышению осознания людьми соответствующей тематики и существования стоящих перед ними проблем и трудностей, они выступают за преобразования и способствуют проведению широкого диалога по вопросам общей стратегии; и их роль в области здравоохранения требует своего усиления. Они в состоянии оказывать

значительные услуги и помощь в области здравоохранения и социального обеспечения в дополнение к помощи, оказываемой государственным и частными секторами, мобилизуя тем самым значительные и оставшиеся неиспользованными ресурсы. В частности, требует всемерной поддержки их роль по укреплению системы самопомощи, т.е. по содействию людям, страдающим от тех или иных конкретных проблем, связанных со здоровьем (например, лицам, страдающим гемофилией, диабетом, а также лицам, злоупотребляющим наркотическими и иными вызывающими зависимость веществами, а также алкоголем), больше и лучше заботиться о своем собственном здоровье. Тем не менее, сильные стороны и потенциал НПО нуждаются в более тесной координации с организованными усилиями населения и общественности на местном или национальном уровнях для улучшения состояния здоровья различных контингентов и групп населения. В этом плане НПО должны рассматриваться как полноправные партнеры. Их участие в местных программах здравоохранения также является отличным примером местной демократии в действии – что особенно важно для стран, находящихся на переходном этапе своего развития – наряду со значительным потенциалом для высвобождения местных ресурсов для здоровья и его охраны путем обеспечения значительной поддержки на местном уровне.

Ключевым приоритетом для ВОЗ в настоящее время является создание более гибких интеграционных механизмов для организации, проведения и поддержания диалога с НПО. Это позволило бы объединить информацию и знания ВОЗ относительно общих потребностей и вариантов, связанных со здоровьем, с потенциалом и возможностями НПО по более тесной и непосредственной идентификации с соответствующей проблематикой и связанными с ее решением людьми.

### 7.3.5 Частный сектор

Частный сектор должен более внимательно относиться к изменениям и переменам в потребительском спросе, критически оценивая пути и способы такого использования своей продукции, которые бы способствовали укреплению здоровья и улучшению состояния окружающей среды. По всей вероятности, будут усиливаться требования в отношении научного обоснования любых утверждений о преимуществах выпускаемой продукции, а также в отношении использования объективных критериев и методов, таких, например, как оценка воздействия на здоровье. Соответственно, деятельность частного сектора должна стать более всеобъемлющей и нацеленной на сохранение и поддержание здоровья, чем это имело место до настоящего времени. Более того, частный сектор является жизненно важной составляющей общины как на местном, так и общенациональном уровнях; поэтому необходимо прилагать активные усилия к тому, чтобы заручиться и пользоваться поддержкой с его стороны для разработки и выполнения программ общественного здравоохранения в качестве партнеров и при полном признании его потенциально решающего вклада.

Как указывалось в разделе 5.4, именно на местах работы можно предпринять очень эффективные меры, способные помочь взрослым переходить к более здоровому образу жизни. Поэтому жизненно важно, чтобы частный сектор уделял больше внимания вопросам охраны здоровья работающих в нем лиц. Одним из прогрессивных способов достижения этого могла бы стать разработка концепции “здоровой компании”, основывающейся на партнерских связях и взаимоотношениях между владельцами предприятий (работодателями), служащими (персоналом) и службами гигиены труда. Это должно осуществляться с помощью комплексного подхода, а именно: создания здорового контингента работающих, изготовления компанией здоровой продукции и активной поддержки местных (или национальных) программ в области здравоохранения. Такая деятельность сама по себе должна поддерживаться национальными ассоциациями предпринимателей (работодателей) и трудящихся (служащих), а также сектором общественного здравоохранения. Затем со временем можно было бы перейти к созданию целой сети “здоровых компаний/предприятий”.

### **7.3.6 Отдельные граждане**

Обеспечение того, чтобы здоровый выбор был одновременно и легким выбором, а именно путем действий, охарактеризованных в предыдущих главах (особенно в главе 5), – это жизненно важная стратегия, направленная на то, чтобы помочь людям брать на себя больше ответственности за то, чтобы их собственная жизнь была здоровой и признавая здоровье в качестве уникального ресурса, нуждающегося в защите и активном укреплении. Аналогичным образом, люди должны понять, что оказание помощи друзьям и родственникам в выборе и поддержании здорового образа жизни как с помощью личного примера, так и путем прямой поддержки и содействия – это их общественный долг.

### **7.3.7 Объединение партнеров для совместных действий**

Чтобы стратегия партнерства в здравоохранительной деятельности была действительно эффективной, нужно создать специальные механизмы для обеспечения конкретной направленности и устойчивости партнерских связей, контактов и объединений. Основываясь на политике достижения ЗДВ, многие страны в последнее время значительно продвинулись в деле разработки партнерских связей и контактов с помощью таких программ и проектов, как “здоровые города”, “школы, содействующие укреплению здоровья”, “больницы, способствующие укреплению здоровья”, “охрана здоровья в тюрьмах и иных местах заключения” (см. раздел 5.4). В настоящее же время необходимы стратегия и структурные механизмы для мобилизации такого рода партнерств в интересах здоровья во всем обществе.

### ***Семейный очаг***

Хотя неформальный характер семейной среды не требует формальных механизмов, однако пользующаяся очень высокой репутацией семейная медицинская сестра может оказаться исключительно полезным и эффективным фактором, способствуя проведению членами семей конструктивных обсуждений по вопросам, касающимся проблем их здоровья. Кроме того, решающую роль может сыграть хорошо спланированная концепция семейного врача, включая вопросы эпидемиологии на основе семьи и ведение постоянных записей данных, позволяющих проводить, в случае необходимости, бригадно-групповые исследования (например, врачом, медсестрой и социальным работником) семей с особыми потребностями в отношении здоровья или семьи.

### ***Школы, места работы и т.д.***

Как уже указывалось в разделе 5.4, важными объектами и средовыми условиями для здравоохранительной деятельности являются детские сады, школы, тюрьмы и места заключения. Для этого требуется наличие соответствующего органа (комитета или комиссии) по укреплению здоровья; в такой комитет должны войти представители основных партнеров и он должен располагать адекватными ресурсами для своей деятельности и иметь четкий круг обязанностей по укреплению здоровья на местном уровне.

### ***Деятельность на местном уровне***

Задачи разработки ориентированной на достижение ЗДВ политики охраны здоровья на коммунальном уровне, дополненные задачами и программой действий, а также осуществление, мониторинг и оценка ее выполнения являются жизненно важными компонентами подхода ЗДВ, который должен применяться на спланированной надлежащим образом основе каждой местной общиной (или контингентом населения) в каждом из государств-членов (см. разделы 5.4 и 7.4). Для обеспечения этого должен иметься местный совет здравоохранения или иной аналогичный орган, выполняющий эти функции, включающий выборный местный совет, представителей основных секторов (например, здравоохранения, образования, по социальным вопросам), а также основные НПО, средства массовой информации и местное население (последние путем их участия в публичных обсуждениях, например). В этом плане предполагается очень важная техническая и лидирующая роль местного ответственного по вопросам общественного здравоохранения и других практических работников здравоохранения (врачей общей практики и т.п.).

### ***Национальный и субнациональный уровни***

Формулирование общенациональной политики и программы, ориентированных на достижение ЗДВ, остается необходимым делом для установления рамок среднесрочного развития с четко сформулированными и определенными задачами по достижению ЗДВ,

стимулирующими согласованность действий и задающими общие направления для аналогичных усилий на других уровнях в стране (см. ниже раздел 7.4). Последнее необходимо и для того, чтобы обеспечить рациональное использование ресурсов на уровне страны и способствовать организации – в масштабах всего общества – движения, направленного на улучшение здоровья и пользующегося активной поддержкой со стороны министерств, профессиональных ассоциаций и объединений, организаций трудящихся и представителей промышленности, средств массовой информации и т.д.

Как уже указывалось выше, для обеспечения таких коллективных усилий совершенно необходим соответствующий влиятельный механизм, например, национальный совет здравоохранения. Такой совет должен получать техническую поддержку и руководство со стороны министерства здравоохранения. Он должен стать органом, отвечающим за планирование национальной политики и программ, за их мониторинг и оценку выполнения, а также за представление докладов о ходе работы. Такой процесс поможет создать атмосферу ответственности и отчетности перед обществом, повышая осознание всем обществом целей здравоохранительной деятельности и мобилизуя волю для их достижения.

### ***Европейский общерегиональный уровень***

Для 51 государства в Европейском регионе постоянный механизм сотрудничества уже существует в виде Европейского регионального комитета ВОЗ – “парламента здравоохранения”, на сессиях которого министры здравоохранения ежегодно рассматривают политику и программы здравоохранения в Регионе. Европейская региональная политика достижения здоровья для всех представляет и выражает политику и задачи, направленные на совместные действия в масштабах всего Региона, и является творческой и вдохновляющей основой для использования конкретными странами. Общерегиональное использование задач по достижению ЗДВ и оценочного процесса ЗДВ (в настоящее время он проводится раз в шесть лет) обеспечивают общественную гласность, открытость и систематическую обратную связь; конечные же выводы и заключения учитываются в ходе периодического обновления (раз в шесть–семь лет) европейской политики по достижению ЗДВ.

Для достижения надлежащего уровня и параметров здоровья во всей Европе исключительно важна роль партнерских связей и отношений с другими основными интеграционными и межправительственными органами и организациями, к которым относятся, например, Европейский союз, Всемирный банк, Совет Европы, ОЭСР и различные организации и учреждения системы Организации Объединенных Наций, специализирующиеся на гуманитарной деятельности в области развития. В условиях всеобщего внимания к проблематике здоровья в ходе разработки политики и деятельности, особого внимания заслуживает повышение компетенции и полномочий ЕС в области общественного здравоохранения и разработка в последнее время Всемирным банком

стратегической политики в области здоровья, народонаселения и питания. Имеется множество значительных достижений по налаживанию более тесного сотрудничества между всеми этими организациями, однако можно было бы добиться значительно большего прогресса и заключить, с большей пользой для здравоохранения, большее число официальных партнерских соглашений и договоренностей, в частности между ВОЗ, Европейской комиссией и Советом Европы. В главе 1 указывается на пять основных ролевых функций, которые Европейское региональное бюро ВОЗ могло бы играть в здравоохранительной деятельности в Европе.

Одним из примеров успешного установления и налаживания партнерских связей и контактов в области гигиены окружающей среды было создание Европейского комитета по окружающей среде и охране здоровья, с появлением в результате этого постоянной структуры, в рамках которой проводятся частые обсуждения важнейших стратегических и программных вопросов, что способствует упрочению сотрудничества и лучшему взаимопониманию между всеми основными организациями, занимающимися деятельностью в области окружающей среды и охраны здоровья. Еще одним таким примером является проект укрепления здоровья в школах, благодаря которому между Европейской комиссией, Советом Европы и Европейским региональным бюро ВОЗ сложились конструктивные, долгосрочные и новаторские партнерские отношения.

Исключительно успешными были попытки свести воедино в рамках общеевропейского движения за достижение ЗДВ партнеров по профессиональному и организационно-учрежденческому принципу. Как уже указывалось, Европейский форум национальных медицинских ассоциаций и ВОЗ в настоящее время включает представителей наиболее крупных организаций работников здравоохранения почти во всех государствах-членах, а в состав форума ЕВРОФАРМ, объединяющего фармацевтов, входят представители около двух третей всех государств-членов. Обе эти организации будут и в дальнейшем решать такие ключевые проблемы ЗДВ, как качество медицинской помощи, образ жизни и здоровье (причем не только на своих ежегодных конференциях, но и на более часто проводимых совещаниях целевых групп). В 1996 г. был создан аналогичный Форум европейских национальных ассоциаций медицинских сестер и ВОЗ, который также становится, без всякого сомнения, очень эффективным механизмом мобилизации 4,5-миллионной армии медсестер и акушерок в Регионе в поддержку политики достижения здоровья для всех.

Сети сотрудничества являются относительно недавним явлением, но они нацелены на то, чтобы стать постоянными структурами и располагают огромным потенциалом для оказания значительного влияния на процессы, связанные с решением конкретных задач ЗДВ по всему Региону. Как уже указывалось, сюда относятся такие сети, как “здоровые регионы”, “здоровые города”, “школы, содействующие укреплению здоровья”, “больницы, способствующие укреплению здоровья”, “охрана здоровья в тюрьмах и иных местах

заклучения”, СИНДИ и, в более широком смысле, конечно же, Европейский региональный комитет. Созданы и другие сети, направленные на решение конкретных проблем здравоохранения, таких, как борьба с инфекционными болезнями (где конкретные целевые группы по БППП/СПИДу и по программам вакцинации в ННГ доказали свою большую эффективность в деле объединения усилий множества партнеров), борьба с диабетом (Сент-Винсентское движение) и инсультом; важную роль в этом отношении играет также целый ряд европейских сетей по борьбе с онкологическими заболеваниями и Международное агентство по изучению рака (МАИР).

#### **НПДГОС – ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД СПЛОЧЕНИЯ ПАРТНЕРОВ ДЛЯ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ**

На Второй европейской конференции по окружающей среде и охране здоровья (Хельсинки, июнь, 1994 г.) министры здравоохранения и министры окружающей среды от имени своих стран взяли на себя обязательство разработать национальные планы действий по гигиене окружающей среды (НПДГОС), в которых действия, направленные на улучшение окружающей среды, увязываются с действиями по охране здоровья населения. За прошедший период 40 стран уже разработали или разрабатывают такие планы действий. НПДГОС оказались успешным механизмом объединения различных секторов и партнеров и представляют собой согласованную, всестороннюю и экономически эффективную структуру для действий, направленных на достижение целей ЗДВ и Повестки дня на 21-ое столетие. Ввиду межсекторального характера вопросов окружающей среды и здоровья успешное и последовательное осуществление НПДГОС зависит от сотрудничества между всеми действующими лицами и организациями на национальном и международном уровнях, например, между национальными правительствами, местными органами власти, различными экономическими секторами и общественностью. Деятельность на уровне стран также поддерживается международными организациями и финансовыми учреждениями. Помимо этого, осуществление НПДГОС также используется рядом стран в качестве одной из составляющих, содействующих их вступлению в Европейский союз.

*Источник: Осуществление национальных планов действий по гигиене окружающей среды на основе партнерства. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ, который будет представлен на рассмотрение Третьей конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, Лондон, 1999 г.).*

При всех положительных сдвигах и достижениях в области окружающей среды и охраны здоровья (благодаря процессу НПДГОС) в настоящее время испытывается настоятельная потребность в создании нового и мощного общеевропейского движения за здоровый образ жизни. Сейчас для этого самое подходящее время, учитывая наличие соответствующих технических знаний и опыта. Европейская комиссия разработала новую программу укрепления здоровья, а Европейское региональное бюро ВОЗ располагает разветвленными и мощными сетями и большим опытом в этой области наряду со множеством очень активно действующих НПО. И, наконец, – что очень важно – в государствах-членах крепнет политическая воля и стремление к тому, чтобы более серьезно относиться к вопросам укрепления здоровья населения.

Профессиональные сети обладают огромным потенциалом для обмена знаниями и опытом; к числу же других возможных сетей такого рода, ориентированных на здравоохранительную деятельность, можно отнести объединения парламентских комитетов

по здравоохранению, а также международные ассоциации учителей, экономистов, юристов, инженеров и архитекторов.

## **7.4 Планирование, выполнение и оценка политики достижения ЗДВ**

Осуществление всех намерений, изложенных в главах 1–6, возможно лишь при условии создания широкого общественного движения в интересах здоровья и его охраны, с привлечением всех гражданских, административных, коммерческих и политических звеньев общества. Эта цель может быть достигнута только при участии всех партнеров в процессах, требующих надлежащего понимания и осознания проблематики здравоохранения и того, что необходимо для улучшения здоровья населения. Для обеспечения эффективности столь масштабных и всеобъемлющих процессов необходимо четкое и вдохновляющее видение направления деятельности, наличие гласной, общеприемлемой и устраивающей всех политики, основывающейся на принципах достижения ЗДВ.

Начиная с 1984 г. многие государства-члены в Европейском регионе ВОЗ продвинулись вперед в своих усилиях по адаптации региональной стратегии достижения здоровья для всех с учетом своих собственных потребностей. Этот процесс замедлился на некоторое время в начале 90-х годов, когда основное внимание пришлось уделить вопросам реформирования здравоохранения, что было обусловлено политическими переменами и экономическим кризисом в СЦВЕ и ННГ. Тем не менее, к июню 1996 г. свыше 60% от 51 страны, входящей в настоящее время в состав Региона, сформулировали или разрабатывают комплексные стратегии здравоохранения, основанные на принципах политики ЗДВ, тогда как в большинстве остальных стран в их политику в этой области были интегрированы важные элементы политики ЗДВ.

В ряде стран механизмы внедрения и мониторинга политики ЗДВ были хорошо продуманы и оказались поэтому очень эффективными. В других странах эти механизмы отличались своей фрагментарностью, в результате чего были сильно ослаблены их эффективность и действенность. Пути и способы осуществления политики ЗДВ в странах были очень различными. Многие страны широко использовали задачи, определенные в количественном выражении (“квантификация”), тогда как другие предпочитали полагаться на качественные параметры и цели. В более успешных случаях странами был применен исключительно новаторский подход к обеспечению самого широкого участия в процессах принятия решений, тогда как другие страны отдали предпочтение процессу (или ограничили процессом), во главе которого стояли специалисты и который ограничивался, главным образом, рамками сектора здравоохранения. Во многих странах парламент законодательно утвердил документы, посвященные политике достижения ЗДВ, обеспечивая тем самым самую широкую политическую поддержку в среднесрочном плане, что очень важно. В



целом же в последние годы страны стали лучше формулировать свою политику и задачи по достижению ЗДВ, а также наладили планирование для эффективного их выполнения.

Общность принципов, положенных в основу показателей ЗДВ, и единый график и сроки для оценки политики ЗДВ на всемирном, региональном и страновом уровнях и для переоценки их масштабов и содержания в свете согласованных задач – все это придало новый импульс обеспечению “открытости” во многих странах. Данный процесс постоянной и систематической учебы и извлечение уроков из накопленного опыта способствовали развитию и коренному изменению основы для периодического обновления политики и стратегий, по сути интегрировав принцип научности во всю систему разработки и формулирования политики в отношении широких масс населения и общественности. Эта новая политика и процессы привели к развитию чувства сопричастности, сплоченности и солидарности между государствами-членами в Регионе и позволили заложить уникальную информационную базу для всех стран, которая служит для них источником знаний и вдохновения.

Таким образом, в ряде стран в настоящее время имеется хорошо функционирующая политика, направленная на достижение ЗДВ, в других странах она ждет своего обновления, тогда как некоторым странам все еще предстоит мобилизовать свою политическую волю, чтобы приступить к процессу разработки и формулирования политики ЗДВ в целом.

#### **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 страны 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.

## **ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ**

Всем государствам-членам Региона надлежит обеспечить соответствие в целом их здравоохранительной политике принципам и стратегиям достижения ЗДВ, с тем чтобы адаптировать свои подходы и методы к потребностям развития здравоохранительной деятельности и конкретным особенностям нынешних демократических и плюралистических по своему характеру обществ. Это предполагает не только адаптацию стратегии, изложенной в главах 2–6, для решения проблем образа жизни, среды обитания и здоровья. Не менее важной является необходимость применения концепции партнерских связей, объединений и контактов для целей планирования и выполнения, сосредоточивая усилия на основные средовые условия и факторы/уровни, там, где необходимы действия. Стратегии и задачи ЗДВ на общерегиональном уровне в Европе должны служить источником вдохновения для соответствующей деятельности на уровне стран, а задачи на страновом уровне должны, в свою очередь, побуждать к формулированию задач на местном уровне. Ниже приведены некоторые уроки, которые были извлечены начиная с 1984 г.

### **7.4.1 Четкое обозначение направлений дальнейшей деятельности**

Меры и действия, необходимые для содействия обеспечению справедливости, равноправия в вопросах охраны здоровья, повышения устойчивости и для более четкого сосредоточения усилий в области здравоохранения, требуют систематических усилий со стороны множества партнеров. Без наличия конкретного документа с изложением политики, который можно было бы в любое время взять и прочитать, обсудить и даже оспорить, многие партнеры, которые должны так или иначе привлекаться, могут не понять достаточно четко и однозначно, почему и во имя чего им следует объединять свои усилия и сотрудничать в интересах здоровья или в чем должен заключаться их конкретный вклад. Документ с изложением политики ЗДВ на общенациональном (и, когда это целесообразно, субнациональном) и местном уровнях – с четкой постановкой целей, стратегий и задач – обеспечивает основные принципы и рамки, справочную базу и исходные, отправные позиции, чтобы любые – даже самые незначительные – шаги осуществлялись в правильном направлении. Создание такой “карты” основных контуров продвижения вперед требует демократического, обеспечивающего всеобщее участие, процесса планирования, основные ступени которого характеризуются ниже.

### **7.4.2 Обеспечение осведомленности**

Политика, действия и заинтересованное отношение и приверженность интересам здравоохранения не произойдут сами по себе. Практические врачи и работники общественного здравоохранения в целом должны постоянно стремиться к обеспечению должной осведомленности и осознания необходимости того, чтобы цели в отношении

здоровья населения стали неотъемлемой составной частью общего социально-экономического развития общества. Кроме того, сектор здравоохранения должен выступать в роли активного защитника здоровья, а также должен пропагандировать и всемерно отстаивать принципы справедливости, равноправия и солидарности в вопросах охраны здоровья.

Существенным вкладом в эту деятельность явится подготовка и представление на регулярной основе докладов по этим вопросам на международном, национальном, региональном и местном уровнях. Такие доклады не принесут пользы, если они будут направлены исключительно на научное сообщество или на организаторов здравоохранения. Они должны быть оформлены и составлены таким образом, чтобы быть доступными и понятными для всех потенциальных партнеров или адресованными конкретным политическим деятелям всех уровней, а также специалистам и широкой общественности и населению. Вот почему чрезвычайно важны тесное сотрудничество со средствами массовой информации и конструктивная поддержка с их стороны.

### **7.4.3 Достижение консенсуса относительно процесса**

Как уже указывалось выше, процесс разработки политики должен быть открытым, гласным и обеспечивать как можно более широкое участие различных секторов, уровней и заинтересованных групп. До тех пор, пока те лица, которым предстоит непосредственно осуществлять стратегии и программы развития, не примут участия в формулировании этих стратегий и их оценке, они не будут чувствовать себя сопричастными и не будут чувствовать за собой обязательства претворять их в жизнь.

Соглашение о процессе разработки политики должно включать меры по созданию или укреплению механизмов и инфраструктур, способствующих развитию сотрудничества среди всех основных партнеров. Таким образом, на уровне той или иной страны специальный национальный совет здравоохранения мог бы взять на себя руководство министерством здравоохранения и другими министерствами, национальными организациями предпринимателей/работодателей и служащих, основными ассоциациями и объединениями персонала здравоохранения страны, общенациональной организацией, объединяющей все местные советы, а также НПО. Аналогичные механизмы (включая – где это целесообразно – субнациональные структуры) потребовались бы на муниципальном/местном уровне, с комитетами или комиссиями, преследующими аналогичные цели и с аналогичной компетенцией и кругом ведения на местах работы/производства, школах и в других учебных и иных заведениях и учреждениях. Все эти механизмы должны также учитывать возможность конфликтов интересов, признавать необходимость переговоров и компромиссов и обеспечивать право голоса и реальную возможность быть услышанными для уязвимых групп населения. На всех уровнях такие органы (комитеты, комиссии)

нуждаются в энергичной поддержке со стороны специалистов здравоохранения и содействии со стороны самых различных групп экспертов.

#### 7.4.4 Поиск консенсуса

Важнейшим элементом разработки политики на всех уровнях является достижение единого, общего понимания основополагающих ценностей, целей и задач, а также их приоритетности. Это подразумевает необходимость рассмотрения того, какую значимость следует придать тем или иным ценностям, определение критериев для постановки приоритетов, а также обсуждение последствий различных вариантов и альтернатив. Эти процессы потребуют обсуждений и повторных переговоров между партнерами по здравоохранительной деятельности, причем на постоянной основе и по мере реализации и развертывания соответствующих курсов политики и стратегий.

Всевозможные изменения в правительственных органах на национальном, региональном и местном уровнях могут затруднить процесс обеспечения приверженности политиков долгосрочным стратегиям по охране здоровья, которые могут не принести каких-либо результатов до очередных выборов. В то же время обеспечение долгосрочной приверженности, несмотря на внутрипартийные распри и расхождения или со стороны различных партий, облегчается, когда политики на национальном, региональном, городском и местном уровнях привлекаются к этому процессу или деятельности на самом раннем этапе. Оказание мощной поддержки со стороны потребителей или общественности в целом может также содействовать обеспечению необходимой преемственности и устойчивости стратегий поддержания, укрепления и охраны здоровья населения.

#### 7.4.5 Постановка задач

Приобретенный за последние 12 лет опыт использования в рамках всей Европы региональных задач по достижению ЗДВ с соответствующими показателями – равно как и аналогичных задач во многих странах на национальном и местном уровнях – уже наглядно продемонстрировал, что постановка задач является особенно полезным подходом. Задачи позволяют сделать политические цели более конкретными, осуществлять мониторинг их достижения и вдохновляют множество партнеров к тому, чтобы они оказывали самую активную поддержку здравоохранительной деятельности. При перспективном подходе к разработке политики, предлагаемой на ближайшие годы, использование задач на международном, национальном и местном уровнях будет по-прежнему играть большую роль. Основными причинами этого являются следующие:

- для постановки задач необходимы следующие условия: оценка нынешней ситуации или, насколько это возможно, научное обоснование, а также прогноз возможных

будущих тенденций, что является необходимым элементом процесса определения приоритетов;

- постановка задач и мониторинг хода их выполнения позволяет очень многому научиться в процессе непрерывной разработки политики, так как это позволяет сфокусировать обсуждение на том, что планировалось достичь и почему, а также были ли эти задачи выполнены и, если нет, то почему;
- задачи являются очень ценным коммуникационным средством, так как они позволяют процессу разработки политики выйти за пределы жестких бюрократических рамок и облегчают доступ к нему общественности;
- цели выполняют те же функции, что и отметки на географической карте, так как они дают всем партнерам более ясное представление о сфере применения политики, понимание того, почему должны произойти те или иные события, и каким может быть их участие в этих событиях; они также могут стать платформой для сплочения групп низового уровня, помогая им мобилизоваться и требовать принятия тех или иных мер;
- мониторинг с помощью конкретных показателей позволяет задачам служить эффективным механизмом для усиления ответственности соответствующих органов и лиц за здоровье населения;
- в ближайшей перспективе задачи являются основополагающими принципами/точками отчета, которыми следует руководствоваться в повседневной работе, например, при оценке предложений от государственных департаментов или при оценке ежегодного бюджета;
- и, наконец, привлечение людей к процессу постановки задач является хорошим методом мотивации населения к тому, чтобы предпринимать необходимые действия.

Не все задачи нуждаются в определении количественных параметров, и важно избежать хорошо известной и весьма распространенной предубежденности и склонности при постановке задач в отношении того, что поддается несложному или легкому подсчету или измерению (квантификации). При постановке задач ответственные лица и деятели должны обеспечивать тщательный анализ ожидаемой эффективности и предлагаемых решений и возможных последствий действия или бездействия. Как минимум, задачи должны свидетельствовать о стремлении к улучшению здоровья и сокращению факторов риска для здоровья. Весьма полезным и целесообразным может также быть постановка таких отражающих особенности процесса задач, которые позволяют конкретно определять и уточнять уровни действий в тот или иной период времени.

Кроме того, необходимо определить основные стратегии выполнения задач, в которых должно быть указано, какие действия и каким образом должны предприниматься

важнейшими партнерами. Процесс постановки задач должен также четко определять, когда эти задачи должны оцениваться и обновляться (по-видимому, это будет происходить, как минимум, один раз в десять лет).

#### **7.4.6 Большая открытость**

Какой бы путь ни был выбран для формулирования целей и задач, они должны быть выражены четким и понятным языком в документе, определяющем политику и стратегии. Именно сформулированная в письменном виде политика позволяет многим партнерам увидеть, на что она направлена, а также понять свою собственную потенциальную роль. Для углубления такого понимания могут быть подготовлены различные варианты политики применительно к различным целевым группам и могут использоваться новые виды и формы распространения информации, как, например, Всемирная компьютерная сеть (Интернет).

#### **7.4.7 Легитимация процесса**

Процесс разработки политики должен быть легитимирован с помощью открытого процесса консультирования. Имеется множество отличных примеров хорошей работы, проделанной начиная с 1984 г. на национальном, региональном и городском уровнях, а именно, общественных собраний, передвижных выставок, участия средств массовой информации, обеспечения обратной связи в процессе консультирования. Официальное одобрение политики должно даваться на самом высоком политическом уровне, желательно в виде его принятия национальным или местным парламентом, районными или городскими властями. Без принятия этой политики на высоком уровне сектор здравоохранения не будет иметь того веса, авторитета, влияния, которые необходимы для реализации этой политики, работая подчас в одиночку, но чаще всего совместно со множеством других секторов и партнеров.

#### **7.4.8 Создание новых объединений**

Установление новых партнерских связей и контактов. Для разработки и осуществления такого вида политики необходимы не только новые союзы и объединения с различными секторами, со множеством государственных, частных партнеров, включая бесчисленное множество добровольных организаций, но и новые, отличные от прежних, подходы к установлению партнерских связей и отношений с этими секторами и организациями.

Практические работники здравоохранения и сектор здравоохранения должны брать на себя основную ответственность за поощрение и стимулирование других секторов, органов и

организаций к тому, чтобы они обеспечивали ведущее, определяющее место решению задач и проблем здравоохранения в своих планах и программах, и им требуется помощь и поддержка, чтобы справиться с такой трудной и сложной задачей. Совместное стремление к общим для всех целям улучшения здоровья населения может потребовать новых путей и методов привлечения всех партнеров к здравоохранительной деятельности. Создавая “союзы” и объединяя усилия с другими секторами, нужно стремиться к достижению общих или “сходящихся, сближающихся” целей. Сектору здравоохранения следует быть готовым к проведению хорошо документированного и открытого диалога и стремиться к достижению надлежащей сбалансированности интересов или компромиссов там, где цели различных партнеров противоречат друг другу.

Все это предполагает необходимость не только узнавать больше друг о друге, но и учиться друг у друга. Еще более важным является то, что в процессе установления, расширения и усиления партнерских связей и объединений очень важно создавать и поддерживать атмосферу доверия. Непременными условиями успешного партнерства в интересах здоровья являются сильное совместное руководство и наличие эффективной организационной структуры. Помимо этого, необходима договоренность о круге обязанностей, механизмах и бюджетах, а также согласованная основа для обеспечения (под)отчетности.

#### **7.4.9 Расширение диапазона механизмов осуществления политики**

Действия, которые могут быть предприняты для реализации политики, могут различаться в зависимости от уровня ответственности и конкретных условий. Некоторые законоположения могут быть приняты только на национальном или региональном уровнях (если речь идет о федеративных странах). Так, например, при межсекторальных действиях в прошлом наблюдалась тенденция к использованию законодательных и регламентирующих методов и лишь к ограниченному использованию финансовых механизмов. Необходимо использовать в большей степени административные и управленческие механизмы, а также меры, позволяющие воздействовать на характер научных исследований и подготовки кадров. Очень важно обеспечить дальнейшее использование оценок воздействия на здоровье и контрольные обзоры политики в области здравоохранения.

Кроме того, сейчас необходимо продумать намного более серьезным образом вопросы, связанные с механизмами для информирования, привлечения и активизации деятельности “богатых сетей”, пользующихся большим влиянием и оказывающих большое воздействие в рамках общества. Именно здесь, на децентрализованном уровне внутри общества, будет проводиться практическая деятельность в интересах здоровья, свидетельствующая о приверженности целям здравоохранения и стремлению к их достижению.

#### 7.4.10 Процессы координации, мониторинга и оценки

Подотчетность может быть достигнута с помощью механизмов координации, мониторинга и оценки хода работы по реализации политики и с помощью процедур отчетности перед wybranными органами власти, а также через средства массовой информации. Имеется множество хороших примеров такого вида отчетности по общественному здравоохранению, что позволяет учиться на основе приобретенного опыта, вносить необходимые коррективы, изменения, а также реагировать на меняющиеся обстоятельства и условия. Это должно быть предусмотрено в самой политике достижения здоровья для всех, которая должна также включать точные показатели для измерения хода работы по выполнению задач, четкий механизм по их сбору и анализу и, наконец, заранее определенные периоды оценки, спланированные так, чтобы они совпадали со следующим циклом планирования.



**РАЗРАБОТКА И РАЗВИТИЕ ПОЛИТИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДВ в Финляндии – НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРОЦЕСС РЕАЛИЗАЦИИ, ОЦЕНКИ И ПЕРЕСМОТРА**

В 1985 г. правительство Финляндии представило в парламент для обсуждения документ по вопросам достижения ЗДВ в Финляндии, включающий 32 пункта с изложением политики в этой области. Данный документ был первым документом такого рода в Европе, и за ним вскоре последовала стратегия его реализации. Данный процесс реализации не протекал так гладко, как это предполагалось. Несмотря на широкий политический консенсус по основным направлениям политики, мало было сделано для того, чтобы определить приоритеты или обозначить сферы ответственности за осуществление деятельности. К 1990 г. было решено пересмотреть эту политику и увязать всю работу с проведением внешнего обзора всего процесса в целом (это должна была сделать ВОЗ). Процесс пересмотра вызвал значительный интерес, так как за это время изменились политические условия: экономика проявляла все признаки депрессии, и проводилась значительная реформа сфер планирования и финансирования, связанная с переносом ответственности за финансирование служб здравоохранения и делегированием ее 455 муниципалитетам.

Группа ВОЗ, проводившая обзор положения, отметила, что руководство политическим процессом осуществлялось в основном экспертами и что процесс этот ограничивался лишь сектором здравоохранения. Согласно сделанным предложениям, привлечение и участие на ранней стадии других секторов и расширение процессов консультаций могло бы содействовать процессу реализации политики; сама политика в этой области не получила достаточного освещения со стороны средств массовой информации или же на массовом, низовом уровне; обеспечение большей конкретности целей и задач применительно к уязвимым контингентам и группам населения могло бы повысить потенциал для продвижения процессов справедливости и равноправия в вопросах охраны здоровья. Кроме того, для выполнения и мониторинга политики нужно было использовать в больших масштабах людские/кадровые ресурсы.

После широкого процесса консультаций пересмотренная стратегия была утверждена к концу 1992 г. Пересмотренная политика носила более выборочный характер, характеризовалась уточнением ролей и задач всех партнеров, а также установлением четкой периодизации и сроков. Гораздо больше внимания было уделено вопросам рекламирования и пропаганды, обучения и подготовке учебных материалов. В начале 1998 г. был начат новый процесс оценки и пересмотра. Новый курс политики будет предваряться двухгодичным подготовительным периодом, включающим широкие консультации с другими группами и секторами. Особое внимание будет уделяться будущим проблемам и трудностям, концепции совокупного жизненного цикла и вопросам равноправия в отношении здоровья.

Как показывает со всей четкостью и очевидностью пример Финляндии, ЗДВ – это не разовое мероприятие, а непрерывный процесс реализации, оценки и пересмотра.

*Источнику: Health for all policy in Finland. WHO health policy review. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1991 г. (документ EUR/FIN/HSC 410); Exploring the process of health policy development in Europe. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).*