



# ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ  
Сто седьмая сессия  
Пункт 8.4 предварительной повестки дня

EB107/35 Rev.1  
12 декабря 2001 г.

## Вопросы руководящих органов

### Доклад Председателя Исполнительного комитета

1. Настоящий доклад содержит резюме вопросов, обсужденных на неформальной встрече членов Исполнительного комитета (Гертенштайн, Швейцария, 12-14 ноября 2000 г.).
2. Проведение неформальной встречи стало возможным благодаря щедрой поддержке правительства Швейцарии. В ней приняли участие 26 членов Исполнительного комитета (Бангладеш, Бельгия, Бразилия, Кабо-Верде, Чад, Чили, Китай, Кот-д'Ивуар, Экваториальная Гвинея, Франция, Гватемала, Индия, Иран, Италия, Япония, Иордания, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Ливан, Литва, Катар, Швеция, Швейцария, Соединенные Штаты Америки, Вануату, Венесуэла и Йемен), а также два заместителя членов Исполкома (Корейская Народно-Демократическая Республика и Российская Федерация). Неформальная встреча в Гертенштайне прошла в теплой и дружеской обстановке, что способствовало открытому и плодотворному сотрудничеству между участниками.
3. Основными обсужденными вопросами были следующие:
  - мнения членов Исполкома в отношении будущей роли и функций Исполнительного комитета;
  - *Доклад о состоянии здравоохранения в мире*, общественное здравоохранение и его воздействие на гражданское сообщество;
  - увеличение масштабов действий по борьбе с болезнями бедности (массовые усилия);
  - связи между клинической медициной и общественным здравоохранением.

### ФУНКЦИИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

4. Председатель представил записку о функционировании Исполкома с предложениями об активизации участия его членов, а именно:

- создание дискуссионного форума на веб-сайте ВОЗ в Интернете для коммуникаций между членами Исполкома (виртуальный Исполнительный комитет);
- более раннее участие членов Исполкома в обсуждении тем, включенных в его повестку дня;
- проведение во время сессии Исполкома заседаний для ответов Генерального директора на вопросы;
- формально закрепленная процедура введения в курс дел для новых членов.

5. Члены Исполкома широко поддержали эти предложения. Они также считали, что должна быть установлена более тесная связь между Исполкомом и региональными комитетами и что Исполкому следует более полно выполнять свою функцию обеспечения контроля за выполнением резолюций и решений Ассамблеи здравоохранения. Период между январем и маем следует использовать для информации делегаций, которые придут на Ассамблею здравоохранения, о вопросах, рассмотренных Исполкомом, и для оценки любых проблем, которые могут создать трудности во время обсуждений на Ассамблее.

6. Другие мнения и идеи относительно будущих направлений деятельности Исполнительного комитета включают следующие:

- необходимость изучить механизмы для большего участия Исполкома в обеспечении стратегических направлений и ориентации работы ВОЗ;
- необходимость обеспечить, чтобы Исполком занимал более активную позицию, а не просто реагировал на просьбы и предложения;
- установить приоритеты в повестке дня Исполкома таким образом, чтобы выделить надлежащее количество времени для рассмотрения чувствительных или противоречивых тем;
- необходимость обеспечить, чтобы резолюции Ассамблеи здравоохранения были ориентированными на действия и осуществимыми;
- составление руководства для новых членов, включая тематические исследования, уточняющие методы работы и способы решения различных проблем.

## **ОЦЕНКА РАБОТЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

7. Был широко обсужден подход к *Докладу о состоянии здравоохранения в мире, 2000 год*. Общее мнение состояло в том, что этот доклад помог расширить осознание значения систем здравоохранения во всем мире; было предложено далее привлекать государства-члены к сбору данных и рассмотрению методологии на уровне коллег. Были высказаны различные мнения относительно частоты оценки, либо ежегодно, либо

каждые 2-4 года, и относительно использования скорее группового подхода, чем расположения государств в зависимости от занятого места.

8. Как представляется, существует конфликт со странами, которые не удовлетворены концепциями и методологиями, примененными для учета недостающих данных или обеспечения качества информации. Некоторые министерства стремились получить дальнейшие уточнения и внести возможные изменения в это мероприятие. Самым ярким примером этого является случай Бразилии и поддержавших ее министерств в Регионе стран Америки.

9. В ходе дискуссии был поднят ряд других вопросов:

- наличие, качество и надежность информации следует обсудить и обменяться результатами со странами и в регионах;
- следует принять и обменяться со странами формулой для индекса оценки работы в качестве приемлемого способа проведения оценки;
- расположение по местам является противоречивым способом оценки функционирования; следует рассмотреть варианты для отражения эффективности работы, такие как групповой подход или группировки;
- могут быть рассмотрены экспериментальные проекты по применению в странах методологии, которая обеспечивает всю необходимую информацию;
- самооценка стран должна быть одним из способов оценки эффективности работы с помощью общей и принятой методологии.

## **МАССОВЫЕ УСИЛИЯ ПО БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЯМИ БЕДНОСТИ**

10. Члены Исполкома проявили заинтересованность к получению большего объема информации об истоках и эволюции массовых усилий по борьбе против болезней бедности - вкладу в улучшение здоровья бедных людей и в содействие процветанию. Генеральный директор объяснила, что концепция "массовых усилий" была внедрена в ответ на расширение понимания того, что хорошее здоровье должно быть в центре экономического развития. Уровень политической воли был высоким среди членов Группы 77 и других стран, в которых эти проблемы являются наибольшими; политическая приверженность большему и устойчивому финансированию увеличивалась в группе "Большой восьмерки", Европейском союзе и в новых "мегафондах".

11. Главными целями этих усилий являются:

- уменьшить воздействие в бедных общинах болезней, связанных с бедностью и приводящих к высокому уровню смертности, - острых респираторных инфекций, СПИДа, диарейных болезней, малярии, кори, паразитарных болезней и туберкулеза, - наряду с небезопасной беременностью;

- шире (и разумнее) использовать вакцины, лекарственные препараты и другие средства, имеющиеся в настоящее время;
- обеспечить стимулы для оказания медико-санитарной помощи бедным общинам, предусматривая вознаграждение за хорошую работу;
- стимулировать исследования и разработки для лучшего использования существующих средств и разработки новых технологий.

Предполагается осуществить эти усилия под руководством правительств через разнообразные службы здравоохранения (сочетание государственных учреждений, неправительственных организаций, религиозных групп, частных провайдеров, работодателей, общин и других доказавших свою эффективность средств). Члены Исполкома считали, что эта инициатива является очень положительной, и предложили держать их в курсе дальнейших явлений и прогресса в этой области.

## **СВЯЗИ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНОЙ И ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

12. Документ о клинической медицине и общественном здравоохранении, подготовленный Председателем, был обсужден в одной небольшой группе. Члены Исполкома предложили, чтобы этот документ был приложен к докладу Председателя для Исполкома (см. Приложение к настоящему документу). В целом было признано, что потребуется дальнейшая работа для определения вида и конфигурации предложенной инициативы. Некоторые члены предложили подготовить резолюцию для осуществления плана действий.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:  
СТРЕМЛЕНИЕ К СБЛИЖЕНИЮ**

1. В течение двух последних столетий эволюция практики медицины и общественного здравоохранения привела к формированию двух различных граней одной и той же дисциплины. Они стали независимыми, иногда конкурирующими профессиями. В настоящем документе кратко излагается предложение об их взаимном сближении.
2. Политики и эксперты издавна оказывали содействие поиску решений в области общественного здравоохранения для болезней, связанных с бедностью, возникающих, например, в результате загрязнения окружающей среды, плохих продуктов питания, перенаселенности и плохих условий работы. Главной движущей силой для теоретических и практических решений этих проблем были клиницисты, которые, после того как им стали известны от своих пациентов связи болезней с этими условиями, стали оказывать давление на правительства и парламенты, чтобы принять законы, внедрить правила и отыскать ресурсы для практических мероприятий.
3. Наряду с важными открытиями в науке, и в частности в микробиологии, эти связи в начале двадцатого столетия прочно закрепились в знаниях и сформировали связную основу политики общественного здравоохранения во всем мире. После Второй мировой войны развитие клинической медицины и общественного здравоохранения пошло независимыми путями; их деятельность зачастую была конкурирующей, если не конфликтующей. В академической области общественное здравоохранение также отделилось и стало независимым предметом. Практики общественного здравоохранения стали терять репутацию в противовес популярному имиджу успешных клиницистов, спасавших жизни с помощью современных технологий. Общественное здравоохранение стало областью бюрократов и технократов, закрепившихся в министерствах и международных учреждениях. Министерства общественного здравоохранения, созданные в большинстве стран в начале 20-го столетия, потеряли свой авторитет и оказывали незначительное влияние в большинстве правительств.
4. **Клиническая медицина**, с другой стороны, стала все больше заниматься биологией - клеточной и молекулярной - и генетикой. Недавние биомедицинские и научные открытия позволили клиницистам добиться значительных успехов, например в новых лекарственных средствах, высокотехнологичных хирургических операциях, таких как трансплантация и генная терапия. Клиницисты, работающие в своих больницах и сосредоточенные на результатах отдельных случаев заболевания, стали изолированными. Сам по себе их успех вызвал параллельное увеличение как расходов, так и ожиданий со стороны населения. Такая перспектива удовлетворяет не всех, а только тех, кто может платить, и вызывает разочарование, нашедшее свое отражение в популярном выражении "делать лучше, а чувствовать себя хуже".

5. В ряде стран медицинские расходы, увеличившиеся до 10%-14% ВВП, стали макроэкономической проблемой. Инициативы по сдерживанию расходов и распределению ресурсов начали осуществляться повсюду, например с помощью финансовых ограничений, новых методов составления бюджетов и регулирования помощи, и постепенно становятся стандартными или вынужденными решениями. Клиническая медицина все больше попадает в ловушку своего собственного успеха; под давлением этих факторов утопии врачей начинают рушиться.

## РЕВОЛЮЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ И УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗРЫВА

6. В 1970-е годы ВОЗ начала свою революцию: концепция первичной медико-санитарной помощи была сформулирована в Глобальной стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г. и в Алма-Атинской Декларации, обе из которых отразили демократизацию медицинской помощи. "Босоногие врачи", народные целители и обслуживающий персонал, которые работали в общине и с общиной, стали главными действующими лицами в этих новых усилиях, которые предпринимались среди бедного и недостаточно обслуживаемого населения. Однако разрыв между общественным здравоохранением и клинической медициной становился все шире и глубже; во многих странах на общественное здравоохранение, включая первичную медико-санитарную помощь для бедных и базисную санитарии, приходилось не более 20% от общих расходов на здравоохранение, тогда как львиную долю средств расходовала клиническая медицина.

7. Политики высокого уровня начали реагировать на этот раскол между общественным здравоохранением и клинической медициной, предлагая пути для ликвидации этого разрыва. Одним из примеров ответных действий, направленных на то, чтобы дать клиническим исследователям более широкий взгляд на медико-санитарную помощь в развивающихся странах, является международная сеть клинической эпидемиологии, поддержку которой в течение более чем 20 лет оказывает Фонд Рокфеллера. Другой инициативой является сеть сотрудничества "Cochrane" для научно обоснованной медицины, которая начата в Оксфордском университете и Университете им. McGill (Канада). Получившая определение как "добросовестное, открытое и рациональное использование наилучших имеющихся фактических данных при принятии решений относительно помощи отдельным пациентам"<sup>1</sup>, научно обоснованная медицина постепенно стала средством для рационализации использования ресурсов, которое приведет к уменьшению расходов и улучшению этических стандартов в этой области. Этика, которая всегда имела фундаментальное значение для медицинской профессии, приобрела и будет иметь решающую роль в клинической деятельности, но также в общественном здравоохранении, главным образом для распределения ресурсов.

---

<sup>1</sup> D.L. Sackett et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996, 312 (January 13), 71-72.

8. Обеспечение качества также является ответом на излишества в клинической практике и ее отрицательные последствия, в соответствии с которым некоторые страны создали учреждения, посвятившие свою деятельность его содействию. Другие инициативы, такие как "клиническое руководство", привели к улучшению качества, рациональному использованию ресурсов и высоким стандартам медицины. Обеспечение качества является ценным и интересным подходом.

### **СТРЕМЛЕНИЕ К СБЛИЖЕНИЮ**

9. Все эти изменения в культурном поведении ведут к лучшему пониманию и сотрудничеству между клиницистами и должностными лицами общественного здравоохранения. И те, и другие имеют одни и те же цели и одни и те же внешние ограничения в виде нехватки и конкуренции за ресурсы. Обеспокоенность ВОЗ проблемами и болезнями, воздействующими на значительные группы населения в мире, означает постановку акцента на большинство - бедных, больных и недостаточно обслуживаемых людей. Приоритеты, определенные ВОЗ, в том числе болезни, связанные с бедностью, борьба против употребления табака, а также возможности и эффективность систем здравоохранения, означают приверженность всем, включая тех, кто живет в странах с высокими доходами и которые подвергаются воздействию общих эпидемий, таких как эпидемии болезней, связанных с употреблением табака, являющиеся сегодня причиной трети всех случаев смерти в мире. Таким образом, можно утверждать, что медицина и общественное здравоохранение пришли к согласию, должны идти вперед вместе, использовать общие методы и противостоять общим проблемам. Задачей на будущее является решение вопроса о том, как объединить силы для повышения действенности наших общих усилий. Специалисты общественного здравоохранения должны убедить клиницистов в необходимости объединиться в таком понимании и доказать остальной части общества, что представители этих двух профессий могут работать совместно на благо всех.

### **ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

10. Предлагается проект, который будет содействовать сближению общественного здравоохранения и клинической медицины на основе следующих принципов:

- клиницисты должны использовать эпидемиологические данные и информацию о здоровье населения, с тем чтобы признать необходимость решения более широких проблем, чем индивидуальное благополучие, и соответствующим образом посвятить этому свои усилия;
- приоритеты в клинической практике следует установить на основе собранной на уровне населения информации, а практические мероприятия следует разработать и осуществить в соответствии с их эффективностью и действенностью;
- клиницистам следует четко оценить экономические последствия своих решений и осознавать управленческие аспекты эффективности своей работы.

11. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. - Системы здравоохранения: улучшение деятельности имеет большое значение и содержит предложения о новой парадигме для анализа систем здравоохранения, учитывающей как пользователей, так и провайдеров, и проводящей различия между индивидуальными и неиндивидуальными услугами, а также для получения ресурсов, включая физические и людские ресурсы, наряду с исследованиями и знаниями. Этот шаг вперед будет значительно содействовать сближению клинической медицины и общественного здравоохранения.

12. Целями предложенного проекта должны быть следующие:

- довести до сведения клиницистов и специалистов общественного здравоохранения изложенные выше принципы и их взаимозависимость;
- определить ключевых участников и оценить их знание проблем и их готовность участвовать в проекте;
- предложить деятельность, которая объединит клиницистов и специалистов общественного здравоохранения на всех уровнях; и
- разработать оперативные принципы для этого проекта.

13. Конкретные результаты должны включать:

- совещания для анализа и дискуссий;
- документы, излагающие цели, задачи и области сотрудничества;
- анализ методов и средств, необходимых для осуществления сближения этих двух профессий, таких как обеспечение качества, клиническое руководство и научно обоснованная медицина; и
- более высокие уровни взаимооценки и взаимопонимания.

= = =