



Многосекторальные действия по обеспечению здоровой старости на основе подхода, охватывающего весь жизненный цикл

Доклад Секретариата

1. Почти во всех странах доля пожилых людей в общем населении возрастает. К 2050 г. примерно 2 миллиардам человек в мире будет 60 лет или более, причем 400 миллион из них будет 80 лет или более. Около 80% из них будут жить в странах, имеющих сегодня низкий или средний уровень доходов.
2. Старение населения ставит перед обществом многие новые задачи. Спрос на медицинскую помощь, долгосрочное медицинское обслуживание, социальную помощь и пенсии, вероятно, будет возрастать, тогда как доля населения традиционных трудоспособных возрастов будет снижаться. Однако старению населения также сопутствуют многие возможности. Пожилые вносят важный социальный вклад в качестве членов семьи, добровольцев и активного компонента трудовых ресурсов. И действительно, пожилые являются существенным, но еще недостаточно используемым человеческим и социальным ресурсом.
3. От состояния здоровья в пожилом возрасте будет во многом зависеть баланс между издержками и выгодами, сопутствующими старению населения. Плохое состояние здоровья подрывает способность пожилых оставаться активными участниками жизни общества, ограничивает их вклад и повышает издержки старения населения. Инвестирование в здоровье на протяжении всего жизненного цикла ведет к сокращению бремени заболеваний в пожилом возрасте, повышает социальную вовлеченность пожилых людей (способствуя предотвращению изоляции) и обеспечивает обществу более масштабные выгоды, позволяя пожилым вносить разнообразный вклад.
4. Плохое состояние здоровья в старости является бременем не только для пожилого человека, но и для его или ее семьи и общества в целом. Чем беднее семья или окружение, тем более значительны потенциальные последствия. Утрата хорошего здоровья может означать, что пожилой человек, являвшийся прежде опорой семьи, возможно, не будет более в состоянии вносить свой вклад и может, напротив, нуждаться в существенной поддержке. Такой уход часто обеспечивается женщинами, которым, возможно, придется отказаться от своих карьерных устремлений. Стоимость

обеспечения медицинской помощи для пожилого члена семьи может стать разорительной для всей семьи. Такое бремя распределяется несправедливо. Наибольшему риску подвергаются лица, располагающие наименьшими ресурсами или проживающие в беднейших районах.

5. Состояние здоровья в пожилом возрасте определяется «траекториями» или тенденциями, которые формируются на протяжении жизни. Эти тенденции находятся под влиянием комплексного континуума воздействий, проживаемых ситуаций и взаимодействий. Воздействие многих факторов проявляется в максимальной степени в конкретные критические или сенситивный периоды развития. Их действие может начаться на раннем этапе жизни, и проживаемые ситуации могут «программировать» будущее здоровье и развитие индивидуума. В дальнейшем факторы риска и защиты, проявляющиеся на протяжении жизни, оказывают совокупное воздействие на тенденции в отношении здоровья.

6. В силу совокупного характера этих воздействий одной из отличительных черт старения является его многообразие. Многие пожилые люди будут иметь хорошее здоровье и образование и захотят и далее играть активную роль в обществе. Другие могут быть бедны, неграмотны и не обеспечены в финансовом отношении. Меры политики, призванные обеспечить пожилым возможность использовать в максимальной степени свой потенциал, должны быть ориентированы на широкий спектр потребностей этих различных групп населения.

ПРОБЛЕМЫ И ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ

Системы здравоохранения

7. Существующие системы здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, мало приспособлены для удовлетворения потребностей в обслуживании хронических больных, являющихся следствием этого сложного бремени заболеваний. Эти потребности охватывают жизненный цикл и континуум оказания помощи: начиная профилактикой и заканчивая выявлением, ранней диагностикой, лечением, реабилитацией, долговременной помощью и паллиативной помощью. Во многих случаях системам здравоохранения необходимо будет перенести акцент с лечебных мероприятий в отношении отдельно взятых острых проблем на более комплексный континуум оказания медицинской помощи, что предполагает увязку всех этапов жизни и решение проблемы множественной заболеваемости на интегрированной основе.

8. К концу жизни многим людям рано или поздно потребуется помощь сверх обычных потребностей здорового взрослого человека. Большинство из них предпочтут получать такой «долговременный уход» у себя дома, и его часто обеспечивают члены семьи. Для лиц с серьезными функциональным регрессом может потребоваться стационарный уход. Стандартов или руководящих принципов в отношении наиболее подходящей помощи существует мало, члены семьи, обеспечивающие уход, часто не понимают проблем, с которыми они сталкиваются, и помощь может оказываться в отрыве от служб здравоохранения. Это может обернуться неадекватным

удовлетворением потребностей пожилых, при котором лица, обеспечивающие уход, несут большее бремя, чем это необходимо, и службы экстренной медицинской помощи используются не по назначению для восполнения пробелов в уходе за хроническими больными. Кроме того, изменение социальных моделей означает, что и далее опираться на одни лишь семьи в удовлетворении многих из этих потребностей, возможно, не удастся. Относительное число пожилых членов семей резко возрастает; пожилые с меньшей вероятностью будут жить совместно с более молодыми поколениями и с большей вероятностью пожелают оставаться в собственном жилье; и у женщин, традиционно обеспечивающих в семье уход, могут изменяться карьерные ожидания. Поэтому срочно требуются новые системы предоставления долгосрочной медицинской помощи, чтобы обеспечить континуум помощи, приспособленной к континууму потребностей. Эти системы должны быть ориентированы на индивидуума, тесно связаны с системами здравоохранения и организованы таким образом, чтобы обеспечивать наилучшее возможное функционирование, благополучие и социальное участие.

Трудовые ресурсы

9. Недостатки систем здравоохранения усугубляются серьезным дефицитом кадров. Мало кто из занятых в официальном или неформальном секторе обладает надлежащей подготовкой для удовлетворения конкретных потребностей пожилых, и демографические изменения означают, что по мере увеличения числа пожилых относительная численность лиц традиционных трудоспособных возрастов будет сокращаться.

Новые социальные модели

10. Негибкие взгляды на жизненный цикл и предвзятые стереотипы в отношении пожилых ограничивают нашу способность находить инновационные решения. Так, например, социальные системы часто искусственно относят людей к различным жизненным этапам по хронологическому возрасту (например, студент, взрослый, пенсионер). Эти концепции не имеют под собой серьезной биологической основы. С увеличением продолжительности жизни людей на 10 или 20 лет стал возможен диапазон сценариев жизни, которые ранее были бы достижимы лишь в редких случаях. Подход к здоровому старению с позиций жизненного цикла означает, что жизнь рассматривается в качестве континуума, признаются и обеспечиваются возможности для ценного вклада лиц любых возрастов, укрепляются связи между поколениями и разрабатываются стратегии увеличения потенциала на всех этапах жизни.

11. Старение взаимосвязано с другими важными глобальными тенденциями, включающими миграцию, изменение роли женщин, урбанизацию, технологические изменения и глобализацию. Эти и другие аспекты физической и социальной среды могут оказывать мощное влияние как на здоровье пожилого человека, так и на его способность принимать активное участие в жизни общества. Инновация станет важным элементом успешных стратегий решения проблем стареющего населения.

Гендерный фактор

12. Гендерный фактор оказывает мощное влияние на здоровье и старение на протяжении жизненного цикла и в старости. Традиционно именно женщины обеспечивают большую часть неоплачиваемого ухода за членами семьи на протяжении жизненного цикла (начиная уходом за детьми и заканчивая уходом за престарелыми). Это часто идет в ущерб их собственному оплачиваемому трудоустройству, что оборачивается многочисленными последствиями в старости. К их числу относятся возросший риск бедности, более ограниченный доступ к качественным медицинским и социальным услугам, большой риск плохого обращения с ними, неудовлетворительное состояние здоровья в старости и ограниченный доступ к пенсиям.

Знания

13. Существуют серьезные пробелы в знаниях, препятствующие принятию нами надлежащих и эффективных мер в отношении старения и обеспечения здоровья. Даже на такие элементарные вопросы, как «является ли более продолжительная жизнь здоровой или же дополнительные годы жизни проживаются в состоянии плохого здоровья?», пока нет ответа. К числу других серьезных пробелов относятся понимание причин и ведение таких серьезных патологий, как деменция. Даже при наличии убедительных фактических данных сохраняются препятствия для их воплощения в политике и на практике.

14. Современные подходы к разработке мер политики и мероприятий в области здравоохранения часто исключают пожилых, хотя они могут являться основными пользователями или объектами внимания. Пожилые и лица с сочетанной заболеваемостью регулярно исключаются из клинических испытаний, что ограничивает наше понимание наилучших вариантов лечения пожилых. Во многих случаях регулярный сбор данных осуществляется либо без учета пожилых, либо с объединением всех лиц старше определенного возраста (например, лиц в возрасте 70 лет и старше) в общую категорию, что часто лишает нас возможности точно оценить потребности в области здравоохранения и определить, удовлетворяются ли они или нет.

Лидерство

15. На фоне нарастания внимания, уделяемого мировым сообществом старению населения и охране здоровья, принимаются несогласованные и не отвечающие времени ответные меры. Не существует ни глобальной стратегии, ни глобального плана действий. Как Мадридскому международному плану действий по проблемам старения¹, так и документу ВОЗ «Активная старость: директивные рамки»² больше 10 лет, и государства-члены нуждаются в обновленном руководстве в помощь в установлении

¹ Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2002 г. (<http://undesadspd.org/Ageing/Resources/MadridInternationalPlanofActiononAgeing.aspx>, по состоянию на 4 декабря 2013 г.)

² Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.

приоритетности принимаемых мер в стремительно меняющемся мире. Чтобы это руководство опиралось на наилучшие имеющиеся фактические данные, необходимо безотлагательно создать платформу, которая объединит усилия основных экспертов для подготовки рекомендаций по глобальным приоритетным действиям для лиц, принимающих решения. Существует также неотложная потребность в координации глобальных ответных мер, принимаемых основными учреждениями в отношении старения и обеспечения здоровья.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Информационно-разъяснительная деятельность

16. Старение населения является одним из наиболее крупных демографических сдвигов, которые когда-либо переживало человечество. Хорошее здоровье играет ключевую роль в обеспечении реализации в полной мере социальных и экономических преимуществ, и создание устойчивых систем здравоохранения и социальной помощи имеет важное значение для контроля за издержками. Существует необходимость в широкой международной и национальной информационно-разъяснительной деятельности по обеспечению понимания центрального места здоровья и вытекающих из этого возможностей. В качестве одного из шагов к этой цели тема Всемирного дня здоровья 2012 г. была сформулирована как «Крепкое здоровье наполняет годы жизнью», чтобы обратить внимание мирового сообщества на проблематику старения и охраны здоровья. Секретариат продолжает распространять эти обращения на многих форумах, однако эти взгляды следует еще более акцентировать в глобальных повестках дня в области развития и исследований.

Организация форумов и координация

17. Секретариат установил партнерские отношения со многими другими организациями, включая Международную ассоциацию по геронтологии и гериатрии и Международную федерацию по старению, с целью налаживания связей между экспертами и лицами, принимающими решения, в этой области. Однако существует необходимость в более официальном консультативном механизме экспертов для информирования Генерального директора и других заинтересованных сторон об основных пробелах в знаниях и приоритетах в области научных исследований, а также действиях на направлении старения и обеспечения здоровья.

18. Необходимо разработать комплексную глобальную стратегию по старению и здоровью, а затем глобальный план действий в отношении старения и здоровья с указанием поддающихся измерению результатов, чтобы определить будущие глобальные приоритеты в этой области.

Оказание поддержки государствам-членам

19. В настоящее время Секретариат оказывает государствам-членам поддержку, формулируя рекомендации по основным вопросам и способствуя использованию этих фактических данных в политике и действиях на страновом уровне. Эта работа осуществляется на всех уровнях Организации. В рамках проекта «практического

воплощения знаний в области старения и охраны здоровья» государствам-членам оказывается поддержка в определении приоритетных направлений деятельности и в разработке вариантов политики, основанных на фактических данных. Этот подход был впервые апробирован в 2013 г. в Гане и будет применен в 2014 г. в Китае. Секретариат ведет также работу в поддержку создания физической и социальной среды, способствующей активному и здоровому старению с помощью Глобальной сети ВОЗ «Города и сообщества, благоприятствующие людям пожилого возраста». Эта сеть способствует развитию обмена опытом и взаимному обучению между городами и сообществами, создающими инклюзивную и доступную среду, которая благоприятна для пожилых. В настоящее время она насчитывает более 150 городов и сообществ в 21 стране мира, а также 10 присоединившихся страновых программ.

20. Однако необходима дополнительная поддержка, которая включает:

- формулирование наилучших шагов, которые могут быть предприняты странами на различных уровнях развития с целью создания интегрированного континуума медицинской помощи, охватывающего первичную медико-санитарную помощь, стационарную помощь, долгосрочную помощь и помощь в конце жизни;
- определение основанных на фактических данных стратегий, способствующих здоровой и активной старости и обеспечивающих возможности для сотрудничества между поколениями;
- разработку моделей и стандартов мониторинга и представления здоровья пожилых в количественной форме;
- разработку стратегий укрепления потенциала и развития людских ресурсов с целью удовлетворения медицинских потребностей пожилых;
- определение устойчивых моделей финансирования с целью обеспечения доступа к услугам.

Накопление знаний и управление ими

21. В 2015 г. ВОЗ выпустит первый глобальный доклад по старению и здоровью. Он станет важным ресурсом для государств-членов, в котором будет отражено нынешнее состояние знаний, кратко охарактеризованы тематические исследования, посвященные инновационным ответным мероприятиям, и ясно показаны пробелы в наших знаниях. Тем не менее, существует неотложная потребность в обеспечении того, чтобы эти пробелы в знаниях были отражены в глобальных повестках дня в области исследований.

22. В качестве первого шага необходимо обеспечить, чтобы данные, собираемые Организацией, охватывали весь жизненный цикл и были дезагрегированы по полу и возрасту, чтобы проводить различие между различными этапами старения. Рекомендуемые ВОЗ стандарты и методы сбора данных государствами-членами также должны содействовать их разбивке по полу и возрасту на протяжении всего

жизненного цикла. Кроме того, существует неотложная потребность в объективных критериях для мониторинга состояния здоровья пожилых, включая детерминанты и последствия, и следует стимулировать научные исследования, позволяющие определить наиболее экономичные мероприятия.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

23. Исполкому предлагается принять настоящий доклад к сведению и сформулировать дальнейшие руководящие указания.

= = =