



Комиссия по социальным детерминантам здоровья

Доклад Секретариата

1. В своем выступлении на Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹ покойный Генеральный директор д-р Ли Чон-вук сообщил о создании Комиссии по социальным детерминантам здоровья. В задачу этой Комиссии, которая приступила к работе в марте 2005 г., входила разработка рекомендаций для государств-членов и программ ВОЗ на основе собранных данных о социальных детерминантах и способах устранения неравенства в области здравоохранения. Ранее Исполкому была представлена соответствующая информация², в данном же докладе излагаются рекомендации Комиссии, включенные в ее окончательный доклад.

2. Социальные детерминанты здоровья определяются в качестве структурных факторов и условий повседневной жизни, которые в значительной мере обуславливают неравенство в области здравоохранения внутри стран и между ними. Они включают распределение власти, доходов, товаров и услуг и обстоятельств, в которых живут люди, таких как доступ к медико-санитарной помощи, школам и образованию в целом; их условия работы и досуга; и состояние их жилья и окружающей среды. Таким образом, термин "социальные детерминанты" является сжатым определением социальных, политических, экономических, экологических и культурных факторов, которые в значительной мере сказываются на состоянии здоровья.

3. Комиссия состоит из 19 членов во главе с профессором Майклом Мармотом - сотрудником колледжа Лондонского университета³. При поддержке Секретариата он создал четыре рабочие группы по: работе с государствами-членами, работе с гражданским

¹ Документ А57/3.

² Документы ЕВ115/35 и ЕВ120/35, раздел В.

³ В число других членов входят следующие лица: профессор Frances Baum (Австралия), д-р Monique Bégin (Канада), д-р Giovanni Berlinguer (Италия), г-жа Mirai Chatterjee (Индия), д-р William Foege (Соединенные Штаты Америки), профессор Yan Guo (Китай), профессор Kiyoshi Kurokawa (Япония), д-р Ricardo Lagos (Чили), профессор Alireza Marandi (Исламская Республика Иран), д-р Pascoal Mocumbi (Мозамбик), д-р Ndioyo Ndiaye (Сенегал), г-жа Charity Ngilu (Кения), профессор Hoda Rashad (Египет), профессор Amartya Sen (Индия), д-р David Satcher (Соединенные Штаты Америки), д-р Anna Tibaijuka (Объединенная Республика Танзания), профессор Denny Vågerö (Швеция), д-р Gail Wilensky (Соединенные Штаты Америки).

сообществом, глобальным сетям специалистов и работе в рамках ВОЗ. Многие государства-члены вносят свой вклад в работе Комиссии с целью изучить опыт других и поделиться своим.

4. Комиссия консультировалась с многочисленными органами гражданского общества во всех регионах, которые предоставили результаты тематических исследований и фактические данные по всем областям работы Комиссии. Был также подготовлен отдельный доклад по гражданскому обществу¹. Комиссия созывала совещания международных экспертов по таким вопросам, как развитие детей в раннем возрасте, условия трудоустройства, глобализация, системы здравоохранения, системы измерения и фактические данные, приоритетные состояния здоровья людей, социальное отчуждение, условия проживания в городах и положение женщин и гендерное равенство, - тематика работы девяти глобальных сетей специалистов. Секретариат участвовал более непосредственно в работе двух таких сетей специалистов. Центр ВОЗ в Кобе принял у себя сеть специалистов по городским условиям. Секретариат также принял у себя сеть специалистов по приоритетным состояниям здоровья людей, которая координирует анализ социальных детерминантов, определяющих важнейшие состояния здоровья людей.

5. Комиссия провела десять совещаний: в Бразилии, Канаде, Чили, Китае, Египте, Индии, Исламской Республике Иран, Японии, Кении и Швейцарии. В каждом из регионов ВОЗ также состоялись региональные консультации. Кроме того, каждая рабочая группа провела несколько совещаний и консультаций.

6. Предварительное заявление Комиссии было опубликовано в сентябре 2007 г.², а окончательный доклад - в августе 2008 года³.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

7. Неравенство в области здоровья увеличивается как внутри стран, так и между ними. Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между самыми богатыми и самыми бедными странами составляет более 40 лет. Кроме того, большое неравенство с точки зрения состояния здоровья разделяет различные группы людей во всех странах независимо от дохода. В странах с высоким уровнем доходов разница в ожидаемой продолжительности жизни, составляющая более десяти лет, существует между различными группами в зависимости от таких факторов, как этническая принадлежность,

¹ Доклад по гражданскому обществу Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Представлен Комиссии по социальным детерминантам здоровья на ее девятом совещании в Пекине в октябре 2007 г.

² Commission on Social Determinants of Health. *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Interim statement of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

³ Комиссия по социальным детерминантам здоровья. "Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения". Окончательный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

пол, социально-экономическое положение и географический район проживания. В странах с низким уровнем доходов во всех регионах наблюдаются существенные различия в показателях смертности детей в зависимости от уровня благосостояния домашнего хозяйства.

8. Такие проявления неравенства в области здоровья нельзя считать неизбежными. В принципе, они указывают, главным образом, на недостатки политики, отражая неравенство в повседневных условиях жизни и в доступе к власти, ресурсам и участию в жизни общества.

9. Для решения многих задач по профилактике конкретных болезней, в том числе для достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем, и для борьбы и ликвидации эпидемий, которые ставят под угрозу жизнь целых групп населения, социальные детерминанты необходимо учитывать в обязательном порядке. Большинство приоритетных состояний здоровья людей обусловлены одними и теми же основными социальными детерминантами, в том числе теми, которые определяют уровень воздействия риска, подверженность болезням, доступ к медицинской помощи и последствия болезней. Для того чтобы ослабить воздействие этих детерминантов с помощью коллективных мер, существуют широкие возможности как в рамках данной системы здравоохранения, так и вне ее. В этой связи для достижения Целей тысячелетия в области развития и ослабления неравенства в области здоровья нужны согласованные действия, в дополнение к укреплению здоровья населения в целом, которые были бы ориентированы на различные состояния здоровья людей и предпринимались в рамках надежных систем здравоохранения, которые должны строиться на принципах первичной медико-санитарной помощи.

10. Комиссия сделала три основные рекомендации:

- (a) улучшение условия повседневной жизни
- (b) решение проблемы несправедливости в распределении власти, денег и ресурсов
- (c) количественное определение и понимание проблемы и оценка воздействия предпринятых действий.

С помощью этих основных рекомендаций Комиссия определяет области действий и конкретные рекомендации, ориентированные на всех участников, включая ВОЗ, иные многосторонние учреждения, правительства стран и местные органы управления, гражданское общество, частный сектор и научно-исследовательские учреждения.

11. В случае первой рекомендации Комиссия определяет следующие области действий;

- (a) предусмотреть всеобъемлющий подход к развитию детей на ранних этапах жизни на основе существующих программ выживания ребенка и распространения соответствующих мероприятий на ранние периоды жизни, включая социальную/эмоциональную и речевую/познавательную составляющие развития;

- (b) обеспечить устойчивые инвестиции в сельское развитие с проведением корректировки политики и процессов отчуждения, которые ведут к обнищанию сельской бедноты, безземелью и уходу людей с обжитых мест;
- (c) осуществить экономические и социальные программы в ответ на изменение климата и другие аспекты деградации окружающей среды с учетом вопросов справедливости в вопросах здоровья;
- (d) обеспечить полную занятость, справедливые условия найма и достойную работу в качестве одной из основных целей международной, социальной и экономической политики; безопасную, надежную и справедливо оплачиваемую работу, возможность трудоустройства в любое время года и здоровый баланс между работой и жизнью для всех; и улучшение условий труда для всех работников таким образом, чтобы ослабить воздействие материальных факторов риска, связанного с работой стресса и стиля поведения, подрывающего здоровье;
- (e) проводить политику комплексной социальной защиты, ориентированную на поддержание уровня дохода, позволяющего обеспечить здоровую жизнь для всех;
- (f) что касается конкретно сектора здравоохранения, Комиссия рекомендует создать всеобщие системы здравоохранения, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь.

12. В случае второй рекомендации Комиссия определяет следующие области действий:

- (a) установить ответственность за действия в области охраны здоровья и обеспечения справедливости в вопросах здоровья на самом высоком государственном уровне и обеспечить последовательный учет таких действий по всем направлениям политики;
- (b) надлежащим образом скорректировать работу сектора здравоохранения - включить социальные детерминанты в директивные и программные функции министерств здравоохранения и укрепить руководящую роль таких министерств в деле содействия применению подхода с учетом социальных детерминант на всех уровнях правительства;
- (c) укрепить систему государственного финансирования в целях воздействия на социальные детерминанты здоровья; увеличить международное финансирование на цели обеспечения справедливости в вопросах здоровья и координировать работу по освоению большего объема финансовых средств на основе соответствующей рамочной программы воздействия на социальные детерминанты;
- (d) укрепить основную роль государства в обеспечении базовых услуг, необходимых для здоровья (таких, как водоснабжение и канализация) и нормативного регулирования товаров и услуг, оказывающих существенное воздействие на здоровье (таких, как табак, спиртные напитки и пищевые продукты);

(e) учитывать элементы гендерной предвзятости в структурах общества - в законодательстве и обеспечении его применения, в методах управления организациями и разработке соответствующих мероприятий, а также в способе измерения экономических показателей страны;

(f) подтвердить обязательства по решению проблем, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем и обусловленными им правами на всеобщей основе;

(g) расширить возможности всех групп в обществе посредством обеспечения справедливой представленности в процессах принятия решений, касающихся функционирования общества, особенно в плане их воздействия на справедливость в вопросах здоровья, и создать и поддерживать соответствующую систему разработки политики, в которой могли бы участвовать все слои общества;

(h) дать гражданскому обществу возможность организовать свою жизнь и действовать таким образом, чтобы создать условия для поощрения и реализации политических и социальных прав, влияющих на справедливость в вопросах здоровья.

13. В случае третьей рекомендации Комиссия определяет следующие области действий:

(a) обеспечить создание на местном, национальном и международном уровнях системы регулярного мониторинга равенства в вопросах здоровья и социальных детерминант;

(b) вкладывать средства в системы сбора и обмена новыми данными о принципах воздействия социальных детерминант на здоровье населения и равенство в вопросах здоровья и об эффективности мер по снижению степени несправедливости в вопросах здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты;

(c) предоставлять информацию о социальных детерминантах лицам, разрабатывающим политику, заинтересованным сторонам и специалистам-практикам и вкладывать средства в повышение информированности общественности.

АНАЛИЗ И БУДУЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

14. Цель обеспечения равенства, которая занимает центральное место в рекомендации Комиссии принять соответствующие меры по социальным детерминантам, заключается в сохранении ценностей первичной медико-санитарной помощи. Рекомендации Комиссии дополняют призыв к действиям, содержащийся в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 год*¹. В обоих докладах подчеркивается необходимость действий за пределами сектора здравоохранения посредством учета концепции, предусматривающей включение проблемы здоровья во все политические программы и стратегии. Доклад

¹ Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.: первичная медико-санитарная помощь - сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

Комиссии можно рассматривать в качестве исчерпывающего анализа стратегий, которые должны учитываться при осуществлении многосекторальных действий в интересах здоровья населения, в качестве одного из компонентов активизации первичной медико-санитарной помощи.

15. Аналогичным образом, в рамках сектора здравоохранения Комиссия присоединяется к содержащемуся в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире* призыву строить системы здравоохранения на принципах первичной медико-санитарной помощи и, в частности, обеспечить всеобщий охват населения. Комиссия также указывает, каким образом воздействие на социальные детерминанты в рамках сектора здравоохранения может сделать системы здравоохранения более открытыми, более доступными и более "чуткими" к обездоленным группам людей и повысить эффективность работы по укреплению здоровья.

16. Для того чтобы добиться прогресса в деле достижения Целей тысячелетия в области развития, необходимо, помимо других мер, решить проблему неравенства в вопросах здоровья - особенно внутри стран, укрепить системы здравоохранения на принципах первичной медико-санитарной помощи и принять меры по воздействию на социальные детерминанты. Таким образом, рекомендации Комиссии указывают на важные области, в которых согласованные действия могут привести к ускорению прогресса.

17. Нынешний финансовый, продовольственный, топливный и экологический кризис еще больше подчеркивает необходимость воздействия на социальные детерминанты, поскольку страдания беднейших слоев населения могут оказаться просто несоразмерными. Сведение такого неравенства в ходе этих кризисов до минимума предполагает необходимость сохранения тех же уровней расходов на здравоохранение и социальное обеспечение и, к тому же, их более эффективное использование. Активизация первичной медико-санитарной помощи и воздействие на социальные детерминанты становятся в этом случае как никогда более важными, особенно если мы хотим направить прогресс по пути снижения уровня неравенства в вопросах здравоохранения и достижения соответствующих целей, связанных со здоровьем, например Целей тысячелетия в области развития.

18. В настоящее время в рамках Секретариата и в государствах-членах проводится большой объем работы по выправлению перекосов в области здравоохранения и воздействия на социальные детерминанты, как это предусмотрено Одиннадцатой общей программой работы и стратегической целью 7 Среднесрочного стратегического плана на 2008-2013 годы.

19. Комиссия предлагает ВОЗ строить свою работу на этих принципах. Что касается Секретариата, то Комиссия рекомендует вести работу в трех конкретных областях. Во-первых, Секретариат должен укреплять глобальный и национальный потенциал в целях воздействия на социальные детерминанты посредством (а) оказания поддержки государствам-членам в осуществлении концепции, предусматривающей "включение проблемы здоровья во все политические программы и стратегии", на всех уровнях правительства и перенацеливания работы своего сектора здравоохранения на социальные детерминанты; (б) укрепления способности стран учитывать воздействие глобальной

политики на неравенство в вопросах здоровья в их странах; и (с) налаживания сотрудничества с партнерскими учреждениями в рамках многосторонней системы в целях расширения возможностей в вопросах разработки соответствующих мер воздействия на социальные детерминанты и неравенство в вопросах здоровья.

20. Во-вторых, Секретариату следует укрепить работу по количественному определению и оценке социальных детерминант и неравенства в вопросах здравоохранения, которая проводится в настоящее время, посредством (а) содействия в постановке задач и мониторинге прогресса на пути к обеспечению равенства в вопросах здоровья между странами и внутри них; (b) оказания поддержки в создании национальных систем наблюдения за работой по обеспечению равенства в вопросах здоровья в государствах-членах; и (с) оказания помощи государствам-членам в разработке и использовании соответствующих методик оценки воздействия на равенство в вопросах здоровья.

21. В-третьих, Секретариату следует наращивать внутренний потенциал воздействия на социальные детерминанты во всех областях его работы посредством (а) повышения компетентности сотрудников и разработки требований в отношении интеграции работы по социальным детерминантам в основную деятельность и (b) оценки программ по этим критериям.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

22. Исполнительному комитет предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =