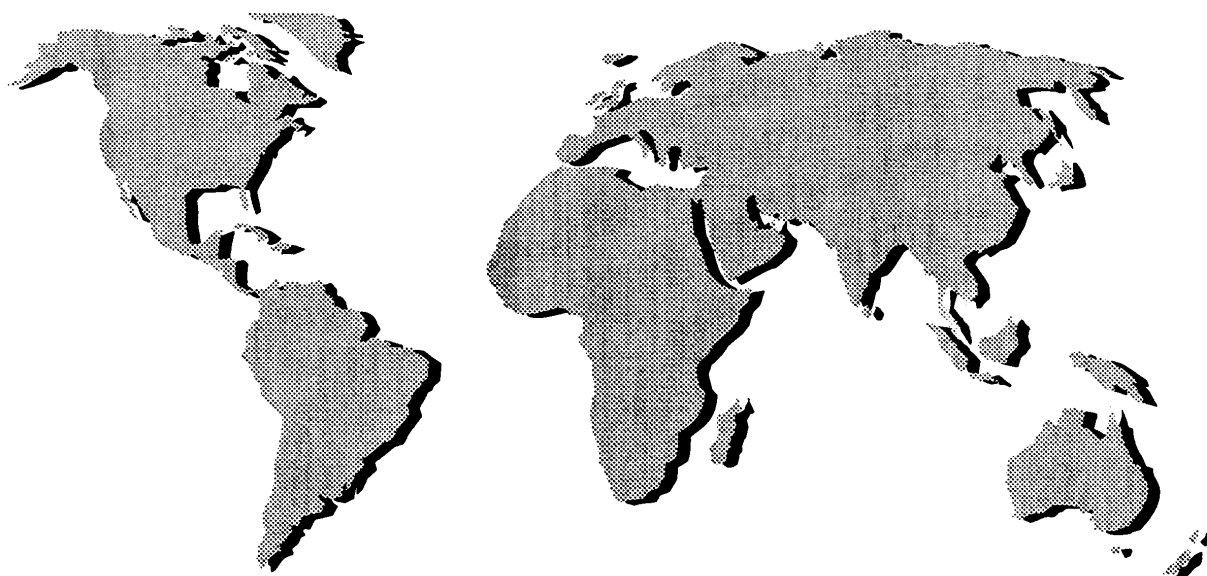

Здоровье для всех

в двадцать первом

столетии



Всемирная организация здравоохранения

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме		v
Раздел I. Цель обновления "здоровья для всех"		
Глава 1.	Вопрос о полномочиях и истоках	1
Глава 2.	Старые и новые задачи	5
Раздел II. Здоровье для всех в двадцать первом столетии		
Глава 3.	Ценности, цели и задачи "здоровья для всех в двадцать первом столетии"	21
Глава 4.	Политическая основа для действий	31
Глава 5.	Роль ВОЗ	34
Раздел III. Воплощение концепции в жизнь: действия по осуществлению политики		
Глава 6.	Действия, необходимые для того, чтобы поставить здоровье на центральное место в развитии	39
Глава 7.	Основные функции устойчивых систем здравоохранения	43
Глава 8.	Ключевые моменты для успешного осуществления "здоровья для всех в двадцать первом столетии"	50
Приложение А.	Пояснительные замечания, касающиеся глобальных задач в отношении здоровья	57
Приложение В.	Отдельные задачи, связанные с развитием и бедностью, одобренные на всемирных конференциях в 1990-х годах	63
Приложение С.	Дополнительные материалы	64
Приложение D.	Акронимы	67

Рамки

Рамка 1.	Всемирные конференции, на которых была выражена поддержка "здоровья для всех"	4
Рамка 2.	Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП): от Алма-Аты в 21-е столетие	6
Рамка 3.	Оценка ЗДВ, 1979-1996 гг.	7
Рамка 4.	Новые тенденции, влияющие на здоровье в 21-м столетии	19
Рамка 5.	Право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья	24
Рамка 6.	Этика: основа политики и практики ЗДВ	25
Рамка 7.	Справедливость: фундамент ЗДВ в 21-м столетии	26
Рамка 8.	Перспектива учета различий между полами: учет потребностей мужчин и женщин	27
Рамка 9.	Роль и функции ВОЗ в 21-м столетии	34
Рамка 10.	Основные функции общественного здравоохранения	43
Рамка 11.	Роль правительств в достижении ЗДВ	49

Рисунки

Рисунок 1.	Доступ к отдельным элементам ПМСП, развивающиеся страны, 1983-1985 гг. и 1991-1993 гг.	5
Рисунок 2.	Распределение расходов на медико-санитарную помощь, 1994-1995 гг.	8
Рисунок 3.	Более продолжительная жизнь: ожидаемая продолжительность жизни при рождении с учетом уровня развития 1960-2020 гг.	10
Рисунок 4.	Население с прожиточным уровнем ниже 1 долл.США в день. Развивающиеся страны и страны с переходной экономикой, 1987 г. и 1993 г.	10
Рисунок 5.	Показатели смертности с указанием причин среди 20% самых богатых и 20% самых бедных групп населения в мире, расчеты 1990 г.	12
Рисунок 6.	Причины смерти: показатели смертности с указанием причин. Развитые и развивающиеся страны, 1985 г., 1990 г. и 1996 г.	13
Рисунок 7.	Степень поддержки пожилых в странах. Распределение по уровню развития, 1960-2020 гг.	13

Рисунок 8.	Недостаточность питания: процент населения с недостаточной и избыточной массой тела. Отдельные страны, приблизительно 1993 г.	16
Рисунок 9.	Материнская смертность: число случаев смерти, связанных с беременностью, на 100 000 живорожденных, 1990 г.	16
Рисунок 10.	Смертность среди детей в возрасте до пяти лет в 1995-2000 гг. в сопоставлении с валовым национальным продуктом на душу населения в 1995 г.	22

РЕЗЮМЕ

Целью достижения здоровья для всех (ЗДВ) в двадцать первом столетии является содействие реализации концепции здоровья для всех, принятой на Алма-Атинской конференции в 1978 г. В ней излагаются на первые два десятилетия двадцать первого столетия глобальные приоритеты и задачи, которые создадут людям во всем мире условия для достижения и поддержания наивысшего достижимого уровня здоровья на протяжении всей их жизни. Здоровье для всех в 21-м столетии есть продолжение процесса ЗДВ.

В течение последних двух десятилетий первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), являясь краеугольным камнем концепции достижения здоровья для всех, обеспечила стимул и энергию для прогресса в достижении ЗДВ. Однако, несмотря на достигнутое, прогрессу препятствовали различные причины, включая недостаточную политическую приверженность осуществлению концепции здоровья для всех, медленное социально-экономическое развитие, трудность достижения межсекторальных действий в целях здоровья, недостаточное финансирование здравоохранения, быстрые демографические и эпидемиологические изменения, а также стихийные бедствия и антропогенные катастрофы. Кроме того, бедность увеличилась во всем мире. Здоровье страдает более всего в тех случаях, когда страны не могут обеспечить адекватные уровни доходов для всех.

Несмотря на то, что в двадцать первом столетии возникнут новые опасности, уже появляются новые возможности и подходы для их преодоления. Глобализация торговли, поездок, технологии и средств связи может дать существенные преимущества, если будут преодолены серьезные потенциальные отрицательные последствия. Глобальные экологические угрозы требуют неотложного внимания. Новые технологии могут преобразовать системы здравоохранения и улучшить здоровье. Более тесные партнерские связи в целях здоровья между частным и государственным секторами и гражданским обществом могут привести к более активным совместным действиям в поддержку ЗДВ. ЗДВ есть концепция, исходящая из единства интересов человечества и потому учитывающая необходимость содействия в вопросах укрепления здоровья, облегчения страданий, причиняемых отсутствием здоровья на основе всеобщей солидарности интересов.

Реализация целей ЗДВ зависит от усиления приверженности ключевым ценностям посредством: обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья в качестве фундаментального права; постоянного и усиленного применения этических принципов к политике, исследованиям и оказанию услуг в области здравоохранения; осуществление политики и стратегий, ориентированных на справедливость и подчеркивающих солидарность; и посредством включения перспективы учета различий между полами в политику и стратегии в области здравоохранения. Эти ценности тесно связаны между собой, причем каждая из них поддерживает осуществление политики и стратегий.

Цели и задачи помогают определить видение ЗДВ. Цели ЗДВ состоят в достижении увеличения ожидаемой продолжительности жизни и повышения качества жизни для всех; в повышении справедливости в отношении здоровья между странами и внутри стран; и в обеспечении доступа для всех к устойчивым системам и службам здравоохранения. Задачи определены для активизации деятельности и установления приоритетов в целях распределения ресурсов. Десять глобальных задач в поддержку "здоровья для всех" отражают более ранние задачи ЗДВ и соответствуют задачам, согласованным на недавних всемирных конференциях. Задачи, связанные с политикой и системами здравоохранения, должны быть выполнены для того, чтобы действия в отношении детерминантов здоровья привели к улучшенным результатам здоровья и доступу к помощи. Выполнение этих задач обеспечит достижение целей ЗДВ. Региональные и национальные цели будут определены в рамках глобальной политики и станут отражением всего разнообразного спектра потребностей и приоритетов.

Глобальные задачи по здравоохранению

1. Справедливость в отношении здоровья: задержка роста в детстве
2. Выживание: КМС¹, КДС², ожидаемая продолжительность жизни
3. Обратить вспять глобальные тенденции в отношении пяти основных пандемий
4. Полная и частичная ликвидация определенных болезней
5. Улучшение доступа к водоснабжению, санитарии, пищевым продуктам и жилью
6. Меры по укреплению здоровья
7. Разработка и осуществление национальной политики ЗДВ
8. Улучшение доступа к комплексной, качественной основной медико-санитарной помощи
9. Применение глобальных и национальных систем эпиднадзора
10. Поддержка научных исследований в области здравоохранения

Действия всех государств-членов по достижению целей "здоровья для всех" должны определяться двумя широкими политическими целями: обеспечением здоровья центрального места в гуманитарном развитии и разработкой устойчивых систем здравоохранения для удовлетворения потребностей людей. Признано, что при достижении первой цели хорошее здоровье выступает как ресурсом, так и целью развития. Кроме того, здоровье людей, особенно наиболее уязвимых, является показателем обоснованности политики развития. Соответствующие действия, учитывающие детерминанты здоровья, должны быть направлены на борьбу с бедностью, укрепление здоровья при любых условиях, согласование секторальной политики в интересах здоровья и на обеспечение включения вопросов здоровья в планы устойчивого развития.

Системы здравоохранения должны быть способны реагировать на потребности в отношении здоровья и социальные потребности людей на протяжении всей их жизни. В этих целях, исходя из основ первичной медико-санитарной помощи, будут разработаны устойчивые системы здравоохранения, которые станут гарантом справедливости в доступе к основным видам помощи. Эти функции включают наличие качественной помощи на протяжении всей жизни; профилактику болезней и борьбу с ними, а также укрепление здоровья; содействие законодательным и регулирующим мерам в поддержку систем здравоохранения; развитие информационных систем здравоохранения и обеспечение активного эпиднадзора; содействие использованию и обновлению связанных со здоровьем результатов науки и технологии; создание и поддержание кадровых ресурсов для здравоохранения; и обеспечение адекватного и стабильного финансирования. Гибко реагирующая на социальные проблемы система здравоохранения будет учитывать экономические, социально-культурные и духовные ценности и потребности отдельных людей.

ВОЗ и правительства будут играть решающую роль в обеспечении такого положения, при котором эта политика будет вести к существенному улучшению здоровья. Правительствам необходимо будет разработать и осуществлять политику, соответствующую ценностям ЗДВ. Поступая так, они признают, что капиталовложения в здравоохранение будут содействовать улучшению результатов лечения и будут содействовать достижению стабильных целей в сфере гуманитарного развития. Являясь высшим моральным авторитетом в области здравоохранения, ВОЗ обеспечит лидерство в достижении "здоровья для всех". ВОЗ будет содействовать международным совместным действиям в целях здоровья посредством разработки глобальных этических и научных норм и стандартов; международных документов, содействующих укреплению здоровья во всем мире; поощрения технического сотрудничества между странами; усиления процесса принятия решений с помощью надлежащих информационных систем здравоохранения; создания активных систем

¹ КМС - коэффициент материнской смертности.

² КДС - коэффициент детской смертности.

эпиднадзора; укрепления научно-исследовательского потенциала во всем мире; обеспечения лидерства для полной, частичной ликвидации отдельных болезней и борьбы с ними; и посредством оказания технической поддержки действиям по предупреждению чрезвычайных ситуаций с точки зрения общественного здравоохранения и последующего восстановления медико-санитарных служб.

Прогресс в отношении перехода от политики к действиям требует динамичного лидерства, участия населения и его поддержки, четко поставленных целей и адекватных ресурсов. Для поддержки процесса изменений особое внимание будет обращать на усиление потенциала по разработке политики; на развитие систем хорошего руководства; на установление приоритетов на различных уровнях; на укрепление и расширение партнерства в целях здоровья и на осуществление систем оценки и мониторинга.

Целенаправленные действия на всех уровнях - глобальном, региональном, национальном и местном - будут иметь решающее значение для преобразования видения "здоровья для всех" в практическую и устойчивую реальность общественного здравоохранения.

РАЗДЕЛ I¹

Цель обновления "здоровья для всех"

Глава 1. Здоровье для всех: вопрос о полномочиях и истоках

В главе 1 описываются истоки концепции достижения здоровья для всех (ЗДВ). Устав ВОЗ обеспечивает основу для нашего определения здоровья и существа глобальных действий. Кратко описывается также центральная роль Алма-Атинской конференции в принятии концепции ЗДВ и признании первичной медико-санитарной помощи в качестве ключевого элемента ЗДВ.

Уставные полномочия ВОЗ

"Здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств".

"Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека".

1. Более пятидесяти лет назад основатели Всемирной организации здравоохранения определили здоровье как "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов". В Уставе ВОЗ говорится, что "здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств". Таким было видение в послевоенном мире конца 1940-х годов. Нашей задачей на следующие два десятилетия является использование достижений прошлого для построения здорового и безопасного мира.

2. В Уставе ВОЗ говорится, что "обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека...". Право каждого человека на уровень жизни, адекватный для здоровья и благополучия, включает право на адекватные продукты питания, воду, одежду, жилище, медицинскую помощь, образование, репродуктивное здоровье и социальные услуги; а также право на защищенность в случаях безработицы, болезни, инвалидности, пожилого возраста или отсутствия средств к существованию в обстоятельствах, не поддающихся контролю со стороны отдельных людей. Соблюдение прав человека и достижение целей общественного здравоохранения являются взаимодополняющими.

¹ Настоящий документ следует рассматривать совместно с Докладом о состоянии здравоохранения в мире, 1998 г.: Жизнь в 21-м столетии - Что нас ожидает (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.), в котором приводятся данные подробного анализа тенденций в прошлом и прогнозов на будущее в отношении глобального здравоохранения.

Здоровье для всех и первичная медико-санитарная помощь

3. Концепция и видение "здоровья для всех" (ЗДВ) были определены в 1977 г., когда Тридцатая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения постановила, что основная социальная задача правительств и ВОЗ в предстоящее десятилетие должна заключаться "в достижении к 2000 г. всеми жителями Земли такого уровня здоровья, который позволит им жить продуктивно в социальном и экономическом плане". В Алма-Атинской декларации, принятой в 1978 г. на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, которая была совместно организована ВОЗ и ЮНИСЕФ, говорится, что первичная медико-санитарная помощь является ключевым элементом для достижения здоровья для всех в качестве части общего развития. Этот призыв к ЗДВ был и остается в своей основе призывом к социальной справедливости.

Призыв к ЗДВ был и остается в своей основе призывом к социальной справедливости.

4. Концепция "здоровья для всех" была задумана не просто как конечная цель, а как процесс, ведущий к постепенному улучшению здоровья людей. Ее можно толковать по-разному в зависимости от социальных, экономических и медико-санитарных характеристик каждой страны. Однако при этом следует помнить, что имеется некий базисный уровень, ниже которого не должно опускаться здоровье людей в любой стране. Все люди во всех странах должны обладать таким уровнем здоровья, который позволит им продуктивно работать и принимать активное участие в социальной жизни общины, в которой они живут. Концепция "здоровья для всех" признает уникальность каждого человека и необходимость реагировать на поиск каждым индивидуумом смысла, на его стремление к конкретной цели и общности. В то же время ЗДВ является общественной реакцией, признающей единство в разнообразии и необходимость в социальной солидарности. Наша общая принадлежность к человечеству и ответственность за нынешнее и будущие поколения требуют, чтобы мы приняли концепцию ЗДВ.

"Здоровье для всех - это процесс, ведущий к постепенному улучшению здоровья людей".

Здоровье для всех в двадцать первом столетии

5. Концепция "Здоровье для всех в двадцать первом столетии" является продолжением процесса ЗДВ¹. Она основана на прошлых достижениях, определяет действия и политику в интересах здоровья на всех уровнях (международном, региональном, национальном и местном) и определяет глобальные приоритеты и задачи на первые два десятилетия двадцать первого века. Прежде всего, она учитывает резкие глобальные изменения, происшедшие в течение прошлых 20 лет. Она является результатом широкого и полного процесса консультаций со странами и внутри стран - процесса, который имеет важное значение для формирования чувства принадлежности к этой политике, содействуя тем самым обеспечению ее реализации всеми партнерами.

¹ В резолюции WHA48.16 Генеральному директору предлагается "предпринять необходимые шаги для обновления стратегии достижения здоровья для всех вместе с ее показателями посредством разработки новой целостной глобальной политики здравоохранения, основанной на концепциях справедливости и солидарности, подчеркивающей ответственность отдельных людей, семей и общин за здоровье и учитывающей здоровье в общих рамках развития".

6. В настоящем документе отражены также результаты девяти международных конференций, в которых ВОЗ принимала активное участие и которые были созданы в 1990-е годы для рассмотрения некоторых наиболее неотложных проблем в мире. На всех этих конференциях был достигнут консенсус в отношении приоритетов для повестки дня развития на будущее, которые, безусловно, будут поддерживать достижения здоровья для всех. Они кратко излагаются в Рамке 1.

Рамка 1**ВСЕМИРНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ, НА КОТОРЫХ БЫЛА ВЫРАЖЕНА ПОДДЕРЖКА "ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ"**

С 1990 г. система Организации Объединенных Наций создала девять всемирных конференций, в которых ВОЗ принимала активное участие, для рассмотрения некоторых наиболее неотложных проблем в мире. На этих совещаниях был достигнут глобальный консенсус в отношении приоритетов для новой повестки дня развития на будущее, включая безусловную поддержку достижения здоровья для всех в качестве приоритета.

Эти конференции отразили растущее совпадение мнений в отношении того, что демократия, развитие и уважение прав человека и основных свобод являются взаимозависимыми и взаимоусиливающими. Была выражена озабоченность по поводу того, чтобы разрабатываемые и применяемые "сверху вниз" подходы к развитию были сбалансированы подлинным вкладом населения в процесс разработки политики.

Были определены следующие новые подходы к развитию:

- * Развитие должно быть сосредоточено на людях.
- * Главные цели развития включают ликвидацию бедности, удовлетворение основных потребностей всех людей и защиту прав человека.
- * Инвестиции в здоровье, образование и подготовку имеют решающее значение для развития людских ресурсов.
- * Улучшение положения женщин, включая предоставление им прав и полномочий, должно занимать центральное место во всех усилиях по достижению устойчивого развития во всех его экономических, социальных и экологических аспектах.
- * Следует избегать отвлечения ресурсов от социальных приоритетов.
- * Открытые и справедливые рамки для торговли, инвестиций и передачи технологии имеют важное значение для содействия устойчивому экономическому росту.
- * Хотя частный сектор и имеет важное значение для экономического развития, правительствам следует принимать активное участие в формулировании, регулировании и мониторинге политики здравоохранения, социальной политики и политики в области скружающей среды.

Эти подходы по мере необходимости включены в политику ЗДВ и обосновывают необходимость рассматривать ответственность за здоровье как ответственность всех секторов, обращая при этом внимание на все детерминанты здоровья.

Всемирные конференции: Всемирная встреча на высшем уровне в интересах детей (1990 г.); Международная конференция по питанию (1992 г.); Конференция Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию (1992 г.); Всемирная конференция по правам человека (1993 г.); Международная конференция по народонаселению и развитию (1994 г.); Всемирная встреча на высшем уровне в интересах социального развития (1995 г.); Четвертая всемирная конференция по положению женщин (1995 г.); Вторая конференция Организации Объединенных Наций по населенным пунктам (ХАБИТАТ-2) (1996 г.); Всемирная встреча на высшем уровне по продовольствию (1996 г.).

ГЛАВА 2. Старые и новые задачи

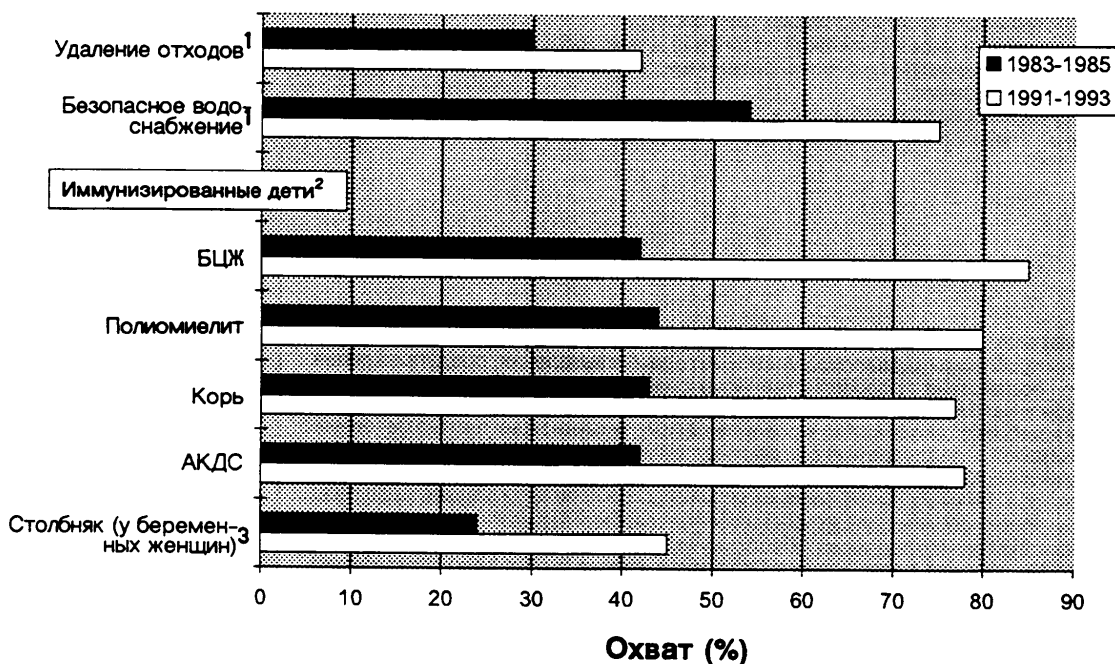
В главе 2 дано описание того, каким образом, несмотря на существенный прогресс в улучшении здоровья во всем мире, преимущества не распределяются справедливым образом. Кратко описывается прогресс после Алма-Атинской конференции. Описываются также проблемы здравоохранения в настоящее время и возникающие опасности, а также имеющиеся возможности.

Прогресс после Алма-Аты

Правительства и неправительственные организации все больше принимают концепцию ЗДВ.

7. В течение последних двух десятилетий правительства и неправительственные организации все больше принимают ЗДВ в качестве цели своих усилий по улучшению здоровья (см. Рамку 2) и большинство стран приняли первичную медико-санитарную помощь. Доступ населения к элементам первичной медико-санитарной помощи, определенным в Алма-Ате, постепенно расширился, хотя и со значительными различиями как внутри групп населения, так и между странами (см. Рис. 1). Первичная медико-санитарная помощь наряду с экономическими, образовательными и технологическими достижениями, значительно содействовала во всем мире сокращению смертности и заболеваемости грудных детей и детей раннего возраста, а также значительному увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Миллионы детей дожили до зрелого возраста в результате осуществленных в начале их жизни здравоохранительных мероприятий.

Рисунок 1. Доступ к отдельным элементам ПМСП, развивающиеся страны, 1983–1985 гг. и 1991–1993 гг.



- 1 Процент населения.
 2 Процент детей в возрасте до одного года.
 3 Процент беременных женщин.

Источник: ВОЗ.

Рамка 2**ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ (ПМСП):
ОТ АЛМА-АТЫ В ДВАДЦАТЬ ПЕРВОЕ СТОЛЕТИЕ*****Ключевые элементы достижения ЗДВ: уроки и прогресс***

- * ПМСП в качестве подхода обеспечивает стимул и энергию для прогресса в направлении ЗДВ.
- * Определенный прогресс достигнут в обеспечении доступа к первоначальным восьми элементам ПМСП¹.
- * ПМСП остается действенной в качестве начального элемента всеобъемлющей системы медико-санитарной помощи.
- * Межсекторальные действия в целях здоровья не были достигнуты в полном объеме.
- * Переориентация служб и персонала здравоохранения все еще не приобрела четких форм.
- * Участие населения требует времени и преданности со стороны всех.

ЗДВ в двадцать первом столетии: политические задачи по усилению подхода ПМСП

- * Обеспечение здоровья центрального места в развитии и усилении перспектив для межсекторальных действий.
- * Борьба с бедностью как отражение стремления ПМСП к социальной справедливости.
- * Содействие справедливости в доступе к медико-санитарной помощи.
- * Создание партнерства для включения семей, общин и их организаций.
- * Переориентация систем здравоохранения в направлении укрепления здоровья и предупреждения болезней.

Устойчивые системы здравоохранения: некоторые основные компоненты

- * Обращение большего внимания на повсеместное качество медико-санитарной помощи на протяжении всего жизненного цикла.
- * Обеспечение справедливого доступа к первоначальным восьми элементам ПМСП.
- * Расширение элементов ПМСП в ответ на выявление новых опасностей для здоровья и возможностей для устранения этих опасностей.

Основные функции систем здравоохранения, которые дополняют и поддерживают ПМСП

- * Обеспечение устойчивого финансирования для ПМСП.
- * Инвестиции в людской и учрежденческий потенциал для здоровья.
- * Оптимизация поддержки частного и государственных секторов для ПМСП посредством надлежащего регулирования.
- * Укрепление научных исследований в поддержку и в развитие ПМСП.
- * Осуществление глобальных, национальных и местных систем эпиднадзора и мониторинга.

¹ Первоначальные элементы ПМСП включали, по крайней мере, следующие: просвещение по преобладающим проблемам здравоохранения и методам их выявления, предупреждения и борьбы с ними; содействие продовольственному снабжению и правильному питанию, адекватному снабжению безопасной водой и обеспечению базисной санитарии; охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; иммунизация против основных инфекционных болезней; предупреждение местных эндемических болезней и борьба с ними; надлежащее лечение распространенных болезней и увечий; охрана психического здоровья; а также обеспечение основных лекарственных средств. Эти элементы должны быть расширены и приспособлены для включения более широких вариантов иммунизации; потребностей репродуктивного здоровья; обеспечения основных технологий для здоровья; укрепления здоровья, как это определено в Оттавской хартии и одобрено в резолюции WHA42.44; предупреждения инфекционных болезней и борьбы с ними; безопасности пищевых продуктов и обеспечения отдельных пищевых добавок.

8. Однако, несмотря на эти успехи в отношении здоровья, прогрессу препятствовал ряд факторов (см. Рамку 3). Темпы улучшений и выполнения задач не являются одинаковыми. Различия между странами, а также между определенными группами населения внутри стран в отношении состояния здоровья и доступа к медико-санитарной помощи (включая первичную медико-санитарную помощь) являются в настоящее время большими, чем они были два десятилетия назад. Миллионы людей по-прежнему не имеют доступа к некоторым элементам первичной медико-санитарной помощи, и во многих случаях эффективные службы первичной медико-санитарной помощи не существуют. Хотя инфраструктура здравоохранения за последние двадцать лет физически увеличилась, фактическое предоставление помощи является ограниченным в результате несоответствия национальных возможностей. Кроме того, некоторые международные и двусторонние финансовые учреждения не сделали существенного сдвига в своих приоритетах в области оказания помощи в пользу стран с низкими доходами или наименее развитых стран.

Рамка 3.

ОЦЕНКА ЗДВ, 1979-1996 гг.

Во многих странах прогрессу в направлении ЗДВ препятствовали:

- * недостаточная политическая приверженность осуществлению ЗДВ;
- * неудачи в обеспечении справедливого доступа ко всем элементам ПМСП;
- * по-прежнему низкий статус женщин;
- * медленное социально-экономическое развитие;
- * трудность в обеспечении межсекторальных действий в интересах здоровья;
- * несбалансированное распределение и слабая поддержка кадровых ресурсов;
- * широко распространенная неадекватность деятельности по укреплению здоровья;
- * слабые системы медико-санитарной информации и отсутствие исходных данных;
- * загрязнение, недостаточная безопасность пищевых продуктов, а также отсутствие снабжения безопасной водой и обеспечения санитарией;
- * быстрые демографические и эпидемиологические изменения;
- * ненадлежащее использование дорогостоящей технологии и ненадлежащее выделение на нее ресурсов;
- * стихийные бедствия и антропогенные катастрофы.

Основано на трех основных оценках Глобальной стратегии достижения здоровья для всех.

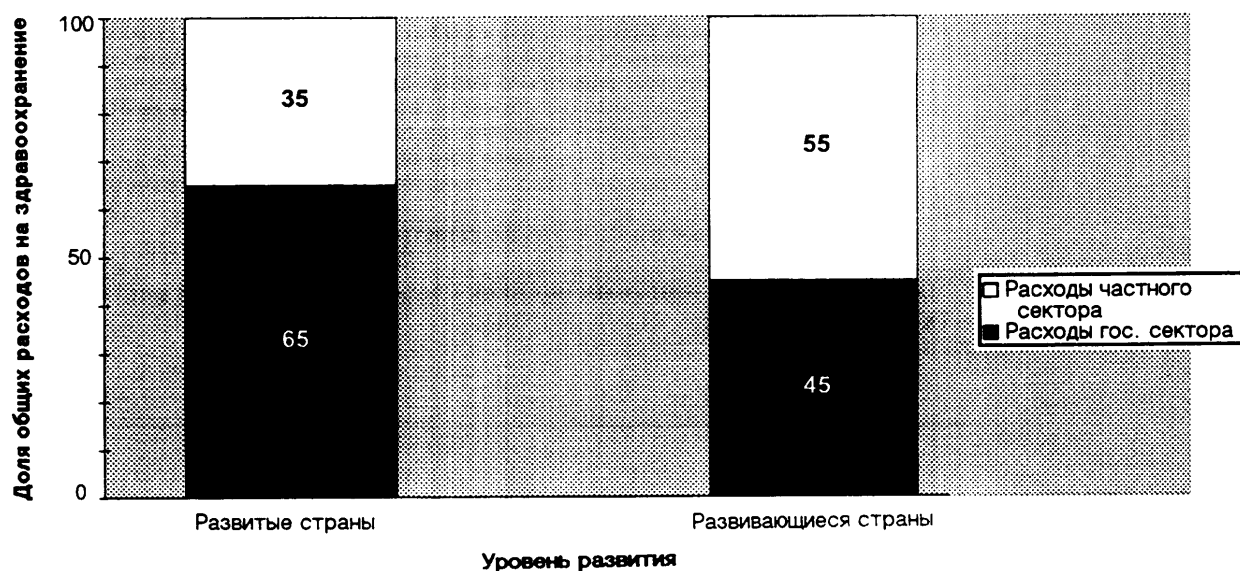
9. После Алма-Атинской конференции прошел длительный период времени, прежде чем людские и финансовые ресурсы в значительной степени были переориентированы на первичную медико-санитарную помощь. Даже сегодня во многих странах системы и службы общественного здравоохранения имеют недостаточно ресурсов и плохо поддерживаются. Отсутствие опыта в политике и управлении в области здравоохранения зачастую препятствуют прогрессу в разработке гибких и учитывающих все аспекты систем здравоохранения, хотя эта ситуация значительно варьируется между странами. Кроме того, профессиональные интересы, которые отдают предпочтение лечебной, клинической медицине по сравнению с профилактическим и укрепляющим здоровье общественным здравоохранением, продолжают оказывать доминирующее влияние на разработку политики и принятие решений в секторе здравоохранения. Помощь инвалидам, больным на терминальной стадии и болезненным пожилым людям в целом обеспечивается плохо.

Отсутствие опыта в политике и управлении в области здравоохранения препятствовало прогрессу.

10. Некоторые виды политики развития и экономической политики в сочетании с демографическими и эпидемиологическими изменениями увеличили бремя болезней, с которым приходится иметь дело системам здравоохранения. Службы здравоохранения расплачиваются за это и за то, что правительствам не удается обеспечить финансирование долгосрочных мер по укреплению и охране здоровья.

Службы здравоохранения расплачиваются за некоторые виды экономической политики.

Рисунок 2. Распределение расходов на медико-санитарную помощь, 1994–1995 гг.



Источник: Сектор документов по стратегии: Здравоохранение, питание и народонаселение, Всемирный банк, 1997 г.

В наиболее бедных странах отсутствие финансирования служб здравоохранения и социальных служб, а также неспособность правительства собирать внутренние и международные средства для здоровья серьезным образом препятствуют прогрессу в направлении ЗДВ.

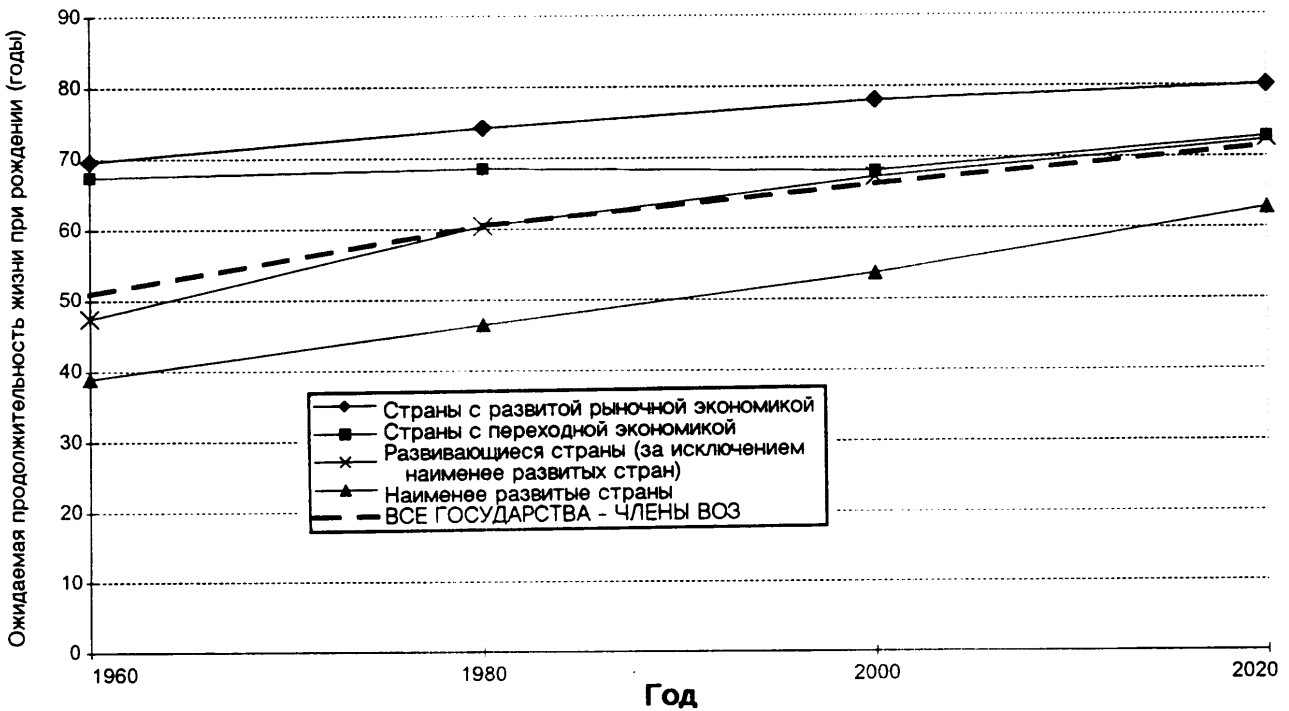
11. В наиболее бедных странах отсутствие финансирования служб здравоохранения и социальных служб, а также неспособность правительств собирать внутренние и международные средства для здоровья серьезным образом препятствуют прогрессу в направлении ЗДВ. В других странах провал попыток создания или поддержания основных функций систем здравоохранения привел к застою или ухудшению состояния здоровья населения. Возникающие и повторно возникающие болезни представляют собой значительную угрозу для здоровья. Быстрый рост частной медико-санитарной помощи во многих странах со средними доходами оказал неодинаковое воздействие на службы государственного сектора. В некоторых случаях он содействовал увеличению расходов, неэффективной помощи и неравному доступу к медико-санитарной помощи. В передовых промышленно развитых странах основой реформ медико-санитарной помощи является контроль над расходами, расширение возможностей для отдельных людей и обеспечение качества помощи в условиях старения населения и быстрого увеличения цен и спроса на новые технологии. В большинстве стран лица и учреждения, оказывающие медико-санитарную помощь в частном и государственном секторах, не создали эффективных партнерских связей, тем самым еще более препятствуя развитию здравоохранения (см. Рисунок 2).

Существенные преимущества для здоровья

Люди живут дольше: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 46 лет в 1950-х годах до 65 лет в 1995 г.

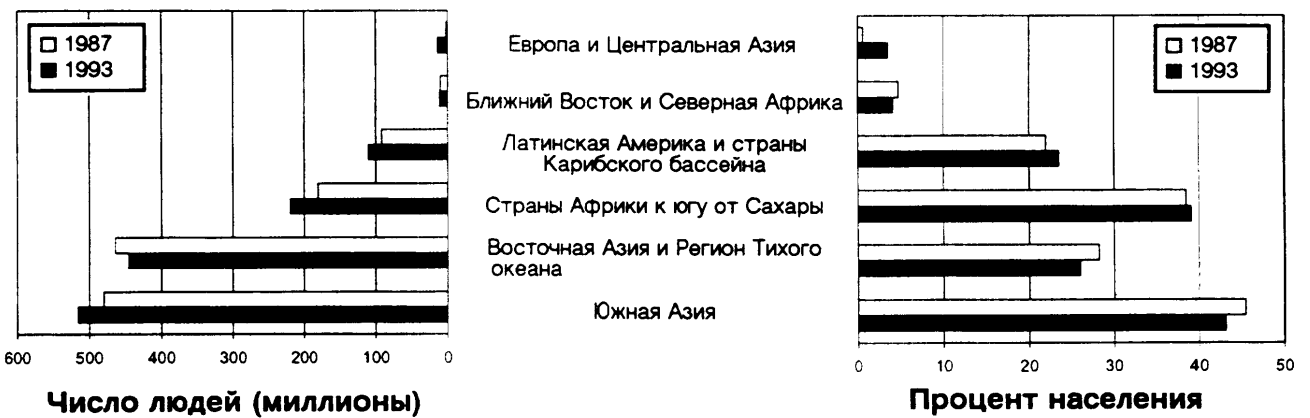
12. В то же время за последние 50 лет в мире имели место значительные достижения в сфере здравоохранения. Эти успехи вызваны не только прогрессом науки, техники, общественного здравоохранения и медицины, но и расширением инфраструктуры, повышением грамотности, увеличением доходов, а также улучшением питания, санитарии, образования и возможностей, особенно для женщин. Заболеваемость инфекционными болезнями уменьшилась во многих странах, а оспа была ликвидирована. Профилактика и борьба с такими болезнями, как корь, полиомиелит и дифтерия, значительно уменьшили детскую смертность и заболеваемость. Люди живут дольше: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 46 лет в 1950-х годах до 65 лет в 1995 г. (см. Рисунок 3). Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между богатыми и бедными странами уменьшился с 25 лет в 1955 г. до 13,3 года в 1995 г.

Рисунок 3. Более продолжительная жизнь: ожидаемая продолжительность жизни при рождении с учетом уровня развития 1960–2020 гг.



Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, Перспективы роста мирового народонаселения. Пересмотр 1996 г. (Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, ожидается поступление документа).

Рисунок 4. Население с прожиточным уровнем ниже 1 долл. США в день. Развивающиеся страны и страны с переходной экономикой, 1987 г. и 1993 г.



Источник: Всемирный банк, 1996 г. Сокращение бедности и Всемирный банк: Прогресс и проблемы в 1990-е годы. Вашингтон, О.К.

Бедность и растущая несправедливость

Здоровье пострадало в наибольшей степени в тех случаях, когда экономика оказывалась неспособной обеспечить адекватные доходы для всех, когда рушились социальные системы и когда природные ресурсы использовались нерационально.

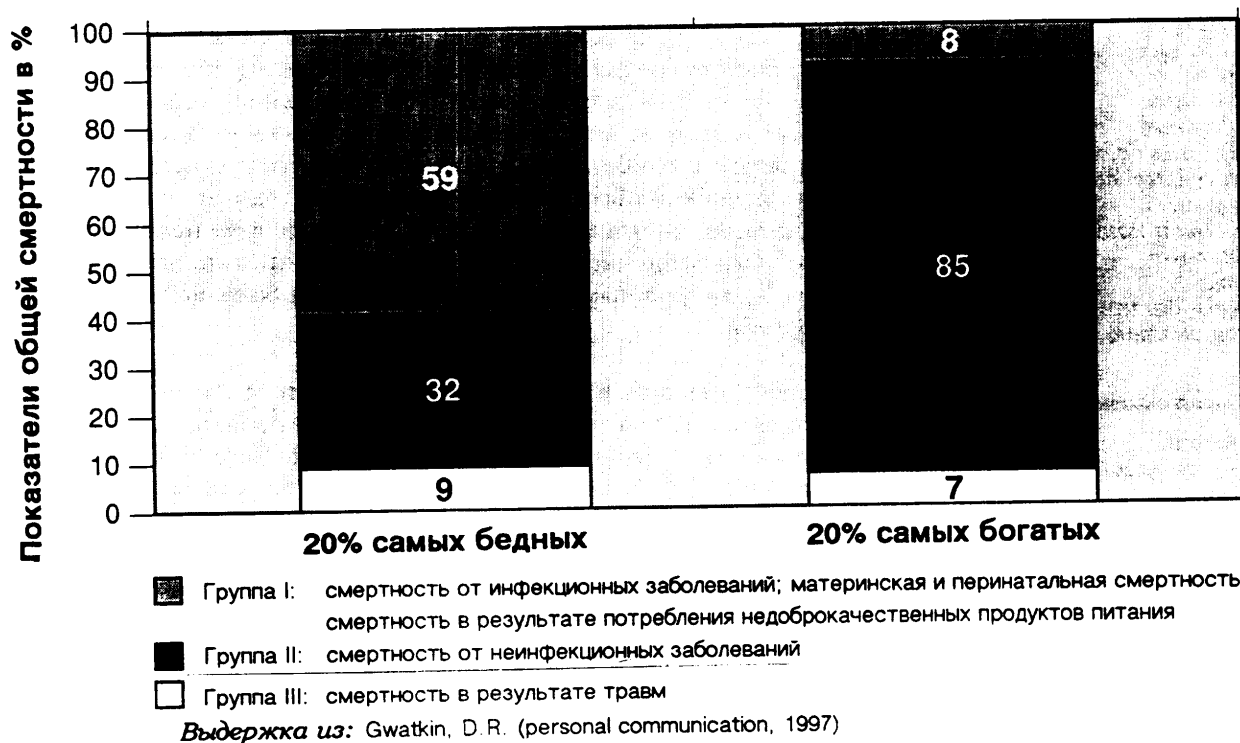
Бедность является главной причиной недостаточного питания и плохого состояния здоровья.

13. Однако, несмотря на определенные достижения, некоторые различия в отношении здоровья между странами и внутри стран увеличились. Наблюдается угрожающая тенденция в заболеваемости рядом болезней, и прогнозы на будущее указывают на возможность того, что некоторые достигнутые результаты невозможно будет сохранить в будущем. Кризис задолженности в 1980-е годы во многих странах привел к сокращению их поддержки для служб здравоохранения и социальных служб. Резкие политические изменения, происшедшие в 1990-е годы в ряде стран, зачастую сопровождавшиеся гражданскими беспорядками, нанесли серьезный ущерб и задержали развитие здравоохранения и экономики. Здоровье пострадало в наибольшей степени в тех случаях, когда экономика оказывалась неспособной обеспечить адекватные доходы для всех, когда рушились социальные системы и когда природные ресурсы использовались нерационально. Огромное число глобальных и местных экологических и социальных проблем продолжает увеличивать бремя болезней и плохого состояния здоровья.

14. Число людей, живущих в абсолютной бедности и отчаянии, постоянно увеличивается, несмотря на тот факт, что в течение прошлых двух десятилетий произошло беспрецедентное увеличение богатства во всем мире. Сегодня почти 1300 миллионов человек живут в условиях абсолютной бедности (см. Рисунок 4). Бедность является основной причиной недостаточного питания и плохого состояния здоровья; она содействует распространению болезней, препятствует эффективности служб здравоохранения и замедляет регулирование рождаемости. Заболеваемость и инвалидность среди бедных и находящихся в неблагоприятном положении групп населения ведут к порочному кругу маргинализации, к сохранению бедности, что, в свою очередь, ведет к еще большему распространению плохого состояния здоровья.

15. На долю бедняков приходится непропорционально большая доля глобального бремени плохого состояния здоровья и страданий. Они зачастую живут в небезопасных и перенаселенных жилищах, в недостаточно обслуживаемых сельских районах или пригородных трущобах. Они имеют большую вероятность, чем обеспеченные люди, подвергнуться воздействию загрязнения и других опасностей для здоровья в быту, на работе и в своих общинах. Для них существует большая вероятность того, что они будут потреблять продукты питания в недостаточном количестве и низкого качества, что они будут курить и подвергаться воздействию других опасностей, наносящих вред здоровью. В целом это сокращает их возможность вести социально и экономически продуктивную жизнь и приводит к иному распределению показателей смертности (см. Рис. 5). Несправедливость и увеличивающийся разрыв между богатыми и бедными во многих странах и общинах даже в условиях продолжающегося экономического роста угрожает социальной сплоченности и в ряде стран содействует насилию и психологическому стрессу.

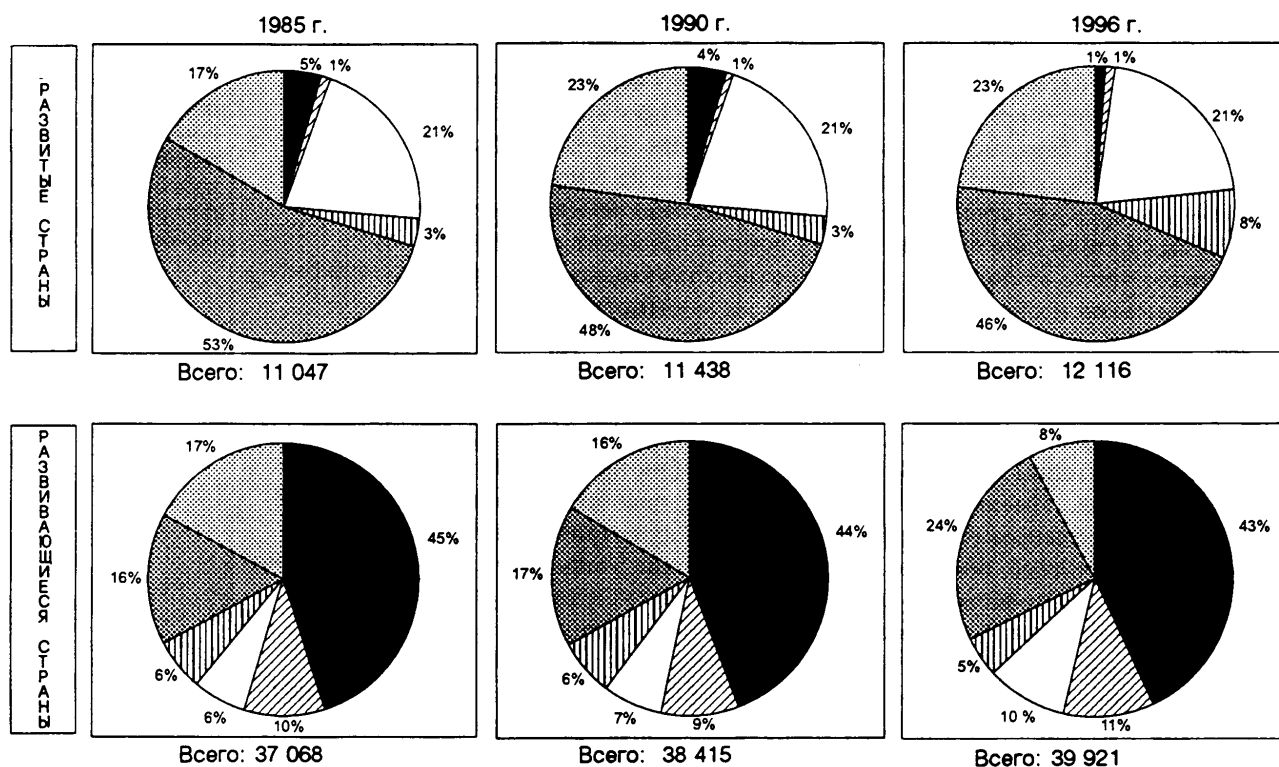
Рисунок 5. Показатели смертности с указанием причин среди 20% самых богатых и 20% самых бедных групп населения в мире, расчеты 1990 г.



Демографические и эпидемиологические изменения

16. Улучшения в состоянии здоровья во всем мире, связанные с достижениями в области общественного здравоохранения и с экономическим ростом, привели к ряду демографических и эпидемиологических изменений (см. Рис. 6 и Рис. 7). Увеличенная ожидаемая продолжительность жизни, более низкие коэффициенты рождаемости и увеличение распространенности неинфекционных болезней в сочетании с воздействием новых угроз определяют задачи на будущее. Одна лишь численность населения в некоторых странах и высокое потребление ресурсов в других уменьшают возможности удовлетворения будущих потребностей населения в мире.

Рисунок 6. Причины смерти: показатели смертности с указанием причин.
Развитые и развивающиеся страны, 1985 г., 1990 г. и 1996 г.



Всего в тысячах, процент относится к термину "всего".

Источник: ВОЗ.

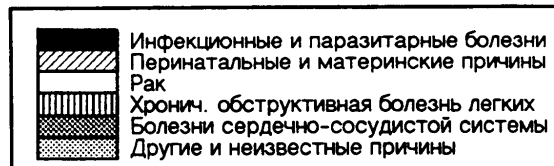
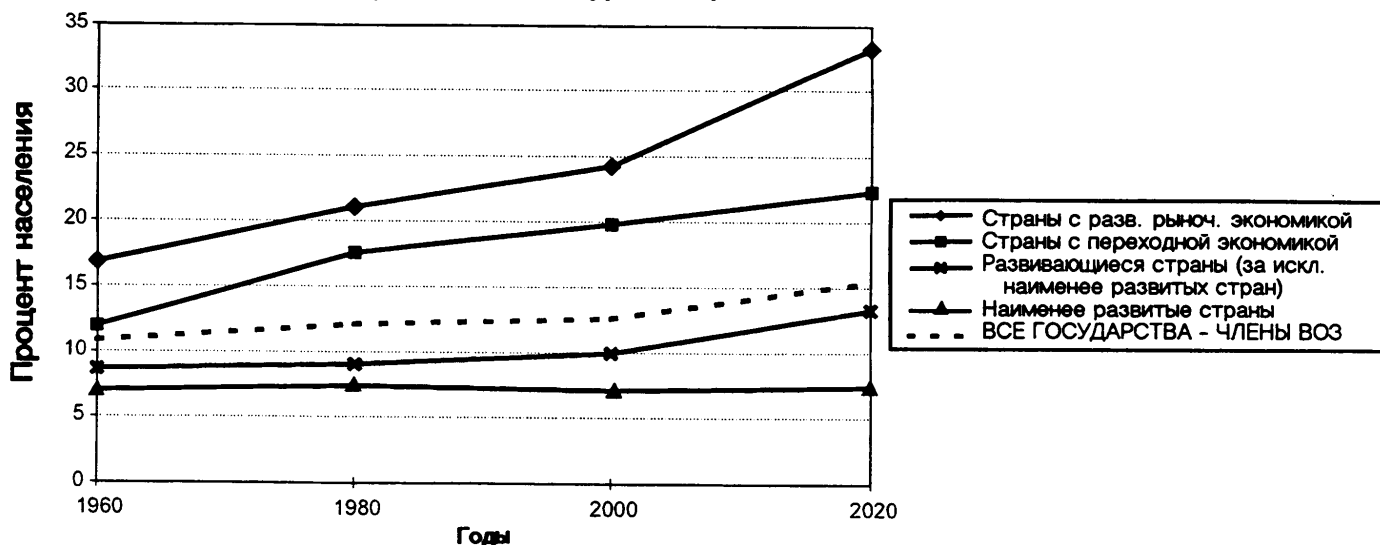


Рисунок 7. СТЕПЕНЬ ПОДДЕРЖКИ ПОЖИЛЫХ В СТРАНАХ*
Распределение по уровню развития, 1960–2020 гг.



* Доля населения в возрасте 65 лет и выше в процентах от численности населения в возрасте от 20 до 64 лет.

Источник: Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций, Перспективы роста мирового народонаселения: Пересмотр 1996 г. (Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, ожидается поступление документа).

17. Одним из результатов успешного социально-экономического развития является то, что все население стареет. Темпы увеличения числа людей старше 65 лет являются более высокими в странах со средними и низкими доходами, чем в передовых промышленно развитых странах. Хотя пожилые люди во многих странах обладают лучшим здоровьем, чем прежде, старение населения зачастую приводит к увеличению распространенности неинфекционных болезней, инвалидности и психических расстройств. Эта тенденция уже оказывает значительное давление на системы социальной поддержки и требует сдвига в службах здравоохранения. Кроме того, в некоторых странах демографический переход приведет к абсолютному увеличению числа молодых людей и соответствующему давлению на службы здравоохранения и образования, а также на занятость.

Старение населения оказывает значительное давление на системы социальной поддержки и требует сдвига в службах здравоохранения.

18. В целом урбанизация улучшила качество жизни и здоровья во многих странах. Однако она отрицательно влияет на социальную среду в тех случаях, когда она опережает возможности инфраструктуры удовлетворять потребности людей. Это особенно очевидно в быстрорастущих пригородных районах крупных городов. Имеются хорошо документированные свидетельства связей между бесконтрольным городским ростом и распространением инфекционных болезней. Кроме того, перенаселенность и плохие условия работы могут вести к беспокойству, депрессии и хроническому стрессу, а также оказывать пагубное воздействие на качество жизни семей и общин. Изменения в структуре семьи и условиях совместного проживания оказали значительное воздействие на здоровье людей и на их способность преодолевать проблемы здоровья и социальные проблемы. Разрушение традиционного сельского уклада жизни во многих случаях привело к постепенному разрушению систем социальной поддержки.

Инфекционные болезни, недостаточность питания и материнская смертность

19. Отмечен значительный прогресс в предупреждении болезней и борьбе с ними, и во всем мире наблюдается уменьшение распространенности инфекционных болезней. Однако новые и старые инфекционные болезни, такие как малярия, туберкулез и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), по-прежнему будут представлять собой серьезную опасность для здоровья всех людей в мире в течение следующего столетия. Прогнозы являются неопределенными из-за потенциальной возможности переездов и торговли, урбанизации, миграции и эволюции микроорганизмов, что приводит к увеличению распространенности этих болезней. Развитие резистентности к лекарственным средствам еще более увеличивает эту опасность, так же как появление неизвестных в настоящее время патогенов. Бремя проблем, связанных с инфекционными болезнями, остается особенно высоким среди детей в развивающихся странах, что объясняется сочетанным действием перинатальных факторов, плохого состояния питания и таких заболеваний, как острые респираторные инфекции, диарея, корь и малярия. Успехи в борьбе с этими заболеваниями среди детей окажут благотворное влияние на многие причины нарушения здоровья в зрелом возрасте, и, таким образом, их предупреждение среди детей грудного и раннего возраста должно оставаться первоочередной задачей во многих частях мира.

Во многих наиболее бедных частях мира болезни, связанные с бедностью, останутся главным фактором, содействующим увеличению бремени болезни.

20. Усилия, предпринимаемые с целью сокращения числа случаев недостаточности питания среди детей в наиболее бедных странах, не получили дальнейшего развития. Согласно имеющимся сообщениям, высокая распространенность случаев недостаточности питания отмечается в Южной Азии и странах Африки, расположенных с югу от пустыни Сахары (см. Рис. 8). Согласно оценкам, 168 миллионов детей в возрасте до 5 лет в развивающихся странах в настоящее время страдают от недостаточности питания, почти 1 миллиард человек не способны удовлетворить свои основные ежедневные потребности в калориях и белках, а более 2 миллиардов человек страдают от недостаточности питательных микроэлементов. Это приводит к задержке физического и умственного развития и обостряет проблемы, вызванные бедностью и социальной изоляцией. Показатели материнской смертности продолжают оставаться недопустимо высокими (см. Рис. 9). В 1990 г. около 585 тысяч женщин погибли от причин, связанных с беременностью; более 99% таких случаев имели место в развивающихся странах, что указывает на низкий уровень развития и низкую эффективность систем здравоохранения в этих странах. Эти состояния по-прежнему будут увеличивать бремя болезней в развивающихся странах, если в число первоочередных задач не будут включены проведение долговременных и эффективных мероприятий в области здравоохранения и борьба с бедностью.

Неинфекционные болезни

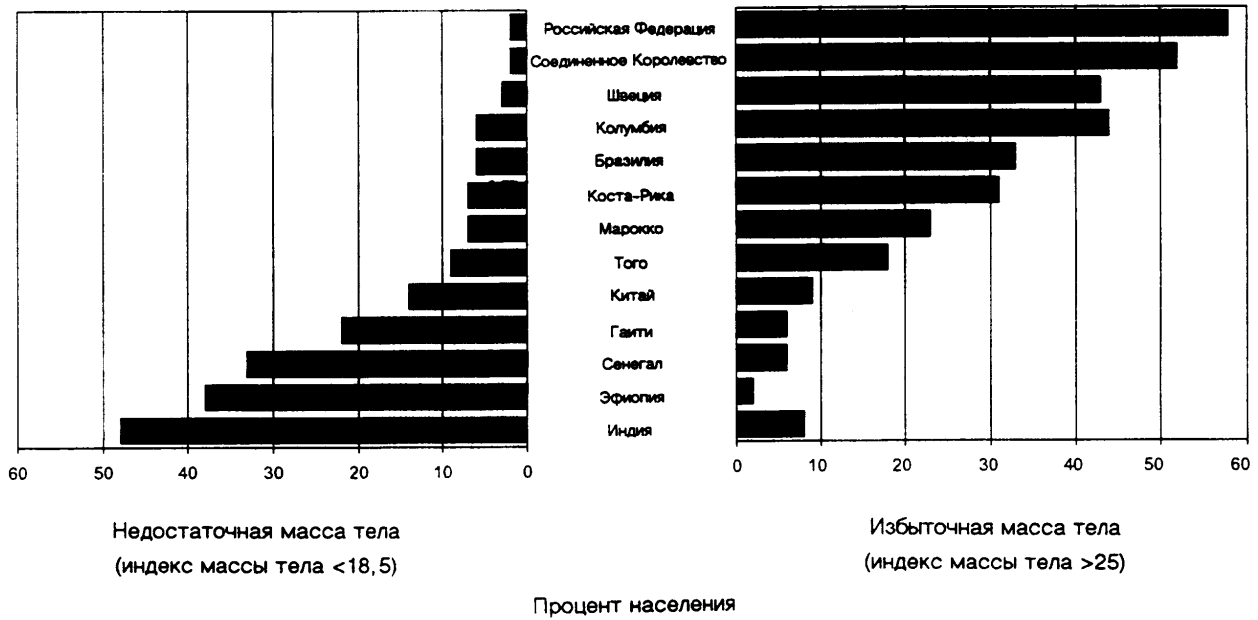
21. Неинфекционные болезни представляют собой гетерогенную группу, которая включает основные причины смерти, такие как ишемическая болезнь сердца, диабет и рак, а также инвалидности, такие как психические расстройства. Сегодня они значительно содействуют глобальному бремени болезней. Если нынешние тенденции в употреблении табака, потреблении жирной пищи, избыточный вес и другие опасности для здоровья сохранятся, такие болезни к 2020-м годам станут преобладающими причинами смерти, заболеваний и инвалидности во всем мире. Употребление табака является фактором риска приблизительно для 25 болезней, и, хотя его последствия для здоровья хорошо известны, огромные масштабы его воздействия на болезни как сейчас, так и в будущем, все еще не получили полной оценки.

Насилие, увечья и социальная дезинтеграция

22. Насилие возникает в различных формах в различных обществах, включая племенные или этнические конфликты, войны между бандами и насилие в семье. В некоторых странах воздействие сцен насилия в средствах массовой информации в сочетании с легким доступом к оружию, а также употребление алкоголя и незаконных лекарственных средств и наркотиков содействовало увеличению насилия. Это является одной из самых заметных черт социальной дезинтеграции. Во многих обществах проявляется озабоченность относительно социальной дезинтеграции, происходящей в результате ослабления связей между людьми, основанных на взаимопомощи и поддержке, связей между поколениями и связей в семье как основной ячейки общества. Безработица, алкоголизм и психические расстройства становятся все более распространенными. Число увечий также может увеличиться, частично в результате расширения использования автотранспортных средств, урбанизации и индустриализации.

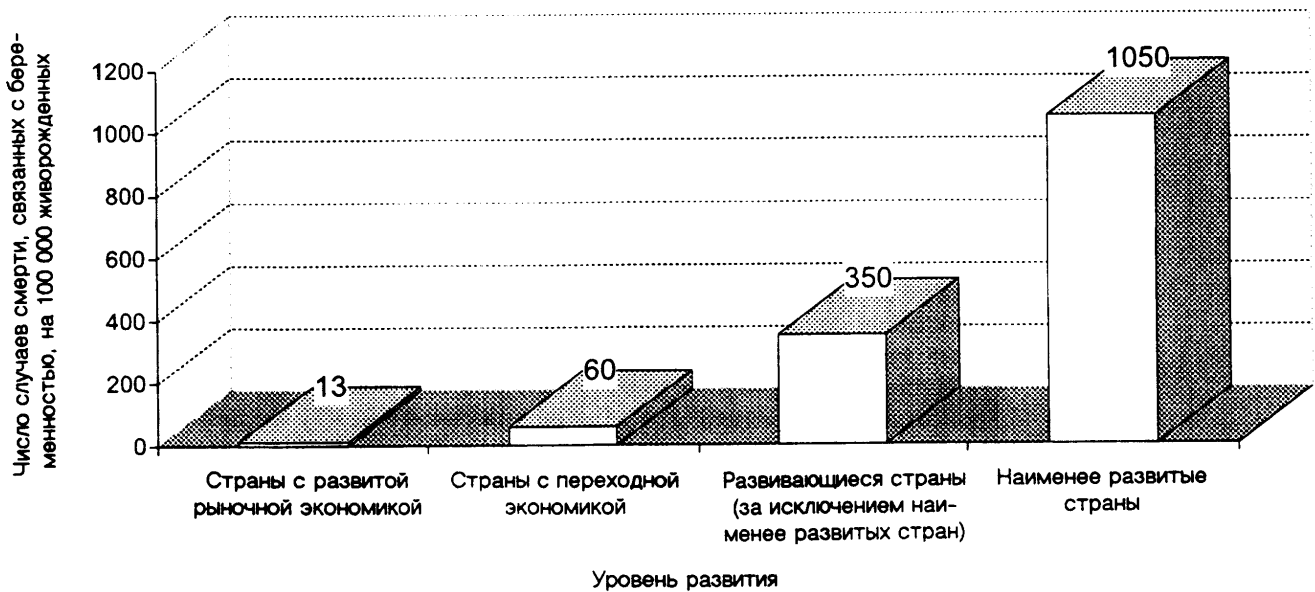
Употребление табака является фактором риска приблизительно для 25 болезней ... огромные масштабы его воздействия на болезни сейчас и в будущем все еще не получили полной оценки.

Рисунок 8. Недостаточность питания: процент населения с недостаточной и избыточной массой тела. Отдельные страны, приблизительно 1993 г.



Источник: ВОЗ.

Рисунок 9. Материнская смертность: число случаев смерти, связанных с беременностью, на 100 000 живорожденных, 1990 г.



Источник: ВОЗ.

Новые тенденции, которые будут влиять на здоровье

Глобализация

Резкое увеличение торговли, поездок и миграции, наряду с развитием технологий, связей и маркетинга, привело к значительным преимуществам для некоторых групп и к крайней маргинализации других.

23. Как никогда ранее, на национальные и местные решения влияют глобальные силы и политика. Резкое увеличение торговли, переездов и миграции, наряду с развитием технологии, связей и маркетинга, особенно после окончания холодной войны, привело к значительным преимуществам для некоторых групп и к крайней маргинализации других. Распространение информационных технологий и прогресс биотехнологии во всем мире все больше будут содействовать выявлению, предупреждению и уменьшению воздействия вспышек болезней, голода и опасностей окружающей среды, а также предоставлению услуг в областях здравоохранения и образования гораздо большему числу людей. Вместе с тем проявляется озабоченность в отношении того, что расширение торговли вредными для здоровья и окружающей среды продуктами угрожает здоровью населения, особенно в странах с низкими доходами. Увеличение транснациональной торговли продуктами питания и массовые перемещения людей представляют собой дополнительные глобальные опасности для здоровья.

Здоровье людей в мире является неразрывно взаимосвязанным; оно все меньше и меньше зависит от географических границ.

24. Здоровье людей в мире является неразрывно взаимосвязанным; оно все меньше и меньше зависит от географических границ. Страны вынуждены признать свою взаимозависимость из-за неустойчивости нашей общей среды, все более расширяющейся глобальной экономической системы и потенциала к быстрому распространению инфекционных болезней. В то же время проявляется озабоченность в отношении того, что глобализация создаст угрозу для сохранения культурного и этнического разнообразия во многих странах и сократит объемы общественных инвестиций в здравоохранение.

Экологические и промышленные изменения

Глобальные экологические опасности оказывают отрицательное воздействие на здоровье.

25. Глобальные угрозы в окружающей среде, такие как загрязнение воздуха, истощение озонового слоя, изменение климата, потеря биологического разнообразия и трансграничное перемещение опасных продуктов и отходов, оказывают отрицательное воздействие на здоровье. Эти опасности могут усиливать уязвимость бедных стран и общин. Кроме того, национальные и местные экологические факторы непосредственно влияют на здоровье. Бесплановая и плохо контролируемая индустриализация в сочетании с неэффективным использованием энергии на транспорте, в промышленности и строительстве создают угрозу для качества воздуха в наиболее быстро растущих городах. Загрязнение воздуха внутри помещений является одной из основных причин заболеваемости и преждевременной смерти. Многие виды промышленной практики создают угрозу здоровью и окружающей среде. Ненадлежащая практика обработки пищевых продуктов непосредственно связана с болезнями пищевого происхождения, диарейными болезнями и другими состояниями. Опасные профессии, небезопасные виды и условия работы, а также увеличение конкуренции в изменяющихся экономических условиях содействуют стрессу и другим проблемам, связанным со здоровьем.

26. Водоснабжение, удаление отходов и санитария являются ключевыми детерминантами здоровья человека во всех странах, как это первоначально было признано в подходе ПМСП. Несмотря на прогресс в этих областях, многое предстоит сделать. Нехватка воды препятствует сельскохозяйственному и промышленному производству во многих странах, содействуя ухудшению почв и бедности. Чистая вода для бытового потребления имеет важное значение для здоровья; отсутствие адекватного количества и качества чистой воды может способствовать распространению инфекционных болезней. Более активные усилия и обновленная межсекторальная приверженность необходимы для решения этих проблем в 21-м столетии.

Значительная часть населения в мире по-прежнему подвергается опасности болезней, связанных с недостаточным количеством воды или ее загрязнением.

Изменяющаяся роль государства

27. Наблюдается поразительный контраст между миром сегодня и миром в 1948 г., когда была создана ВОЗ. Риск глобального конфликта резко уменьшился, однако его место заняли многочисленные региональные и гражданские конфликты. Взаимосвязи между странами, которые в конце 1940-х годов отражали колониальную практику и состояние "холодной войны", в настоящее время подвержены влиянию огромного числа факторов, особенно в результате распространения рыночных сил и увеличения взаимозависимости стран.

28. Последствия глобальных политических, экономических и социальных изменений для роли государства, особенно в отношении охраны и укрепления здоровья, являются глубокими. Опасности подвергаются автономия, а также жизнеспособность государства. Правительства должны функционировать в условиях растущих требований и в то же время ограничений, а также в условиях давления из многих источников для приведения национальной политики в соответствие с глобальными или региональными соглашениями. Во многих случаях внутри стран коррупция разъедает доверие населения к правительствам, а в некоторых странах даже разрушилась структура государственного управления.

29. Медленный прогресс в осуществлении первичной медико-санитарной помощи не ставит под вопрос обоснованность концепции ЗДВ. Во всяком случае, возникающие опасности для здоровья усиливают необходимость в межсекторальном подходе, который является ключевой характеристикой ПМСП. Этот подход в изначальной своей трактовке, как и сегодня, предназначенный для решения новых проблем (см. Рамку 4), остается основополагающим для достижения ЗДВ в 21-м столетии. Необходимость адаптации подхода учитывает возможности системы здравоохранения и оказывает на нее давление, которое связано с рядом факторов, включая децентрализацию и передачу функций органам власти на местах и гражданскому обществу, увеличение участия частного сектора в оказании медико-санитарных услуг и большее участие населения в принятии решений, касающихся разнообразных аспектов медико-санитарной помощи.

Рамка 4**НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ
В ДВАДЦАТЬ ПЕРВОМ СТОЛЕТИИ**

- * Распространение абсолютной и относительной бедности.
- * Демографические изменения: старение населения и рост городов.
- * Эпидемиологические изменения: продолжение высокой заболеваемости инфекционными болезнями; увеличение заболеваемости неинфекционными болезнями, числа случаев увечий и насилия.
- * Глобальные экологические опасности для выживания человека.
- * Новые технологии: информационные службы и службы телемедицины.
- * Прогресс биотехнологии.
- * Партнерство в интересах охраны здоровья частного и государственного сектора и гражданского общества.
- * Глобализация торговли; переезды и распространение концепций и идей.

РАЗДЕЛ II

Здоровье для всех в двадцать первом столетии

Глава 3. Ценности, цели и "задачи здоровья для всех в двадцать первом столетии"

В главе 3 указывается на необходимость подготовиться к следующему столетию, вновь подтвердив свою приверженность ЗДВ. Широкие цели ЗДВ могут быть достигнуты за счет укрепления поддержки основных ценностей: прав человека, справедливости, этики и равенства представителей различных полов при уважении существующих различий. Эти ценности должны стать основой всех аспектов политики здравоохранения. Чтобы обеспечить ускорение действий, указываются конкретные задачи.

Новая основа для действия

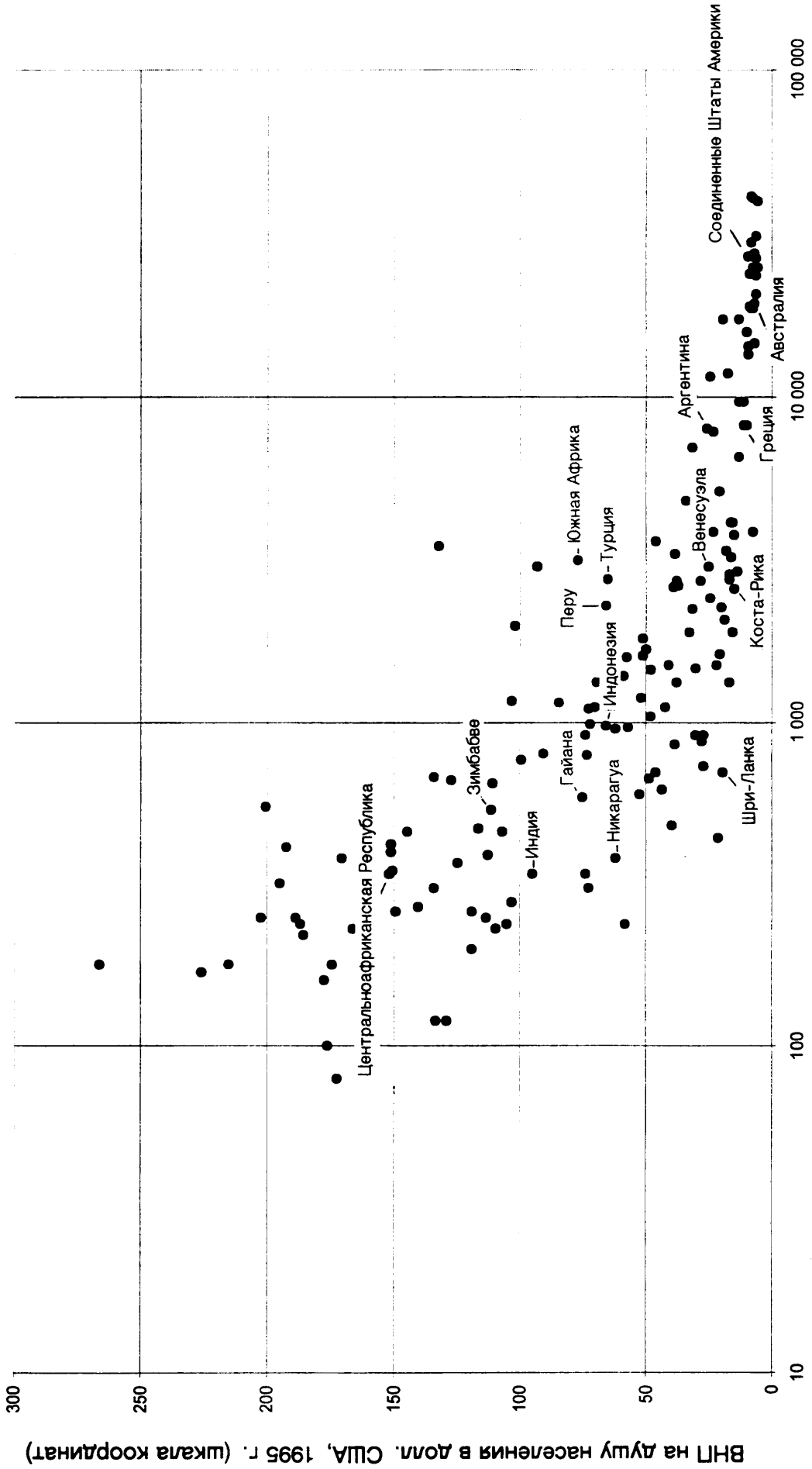
Главным параметром ПМСП станет консолидация участия всех групп населения.

30. Расширение возможностей и реальность неопределенного будущего требуют, чтобы концепция ЗДВ рассматривалась в качестве не чернового наброска, а как обязательство действовать воедино для достижения общей цели. Стратегии ЗДВ в нашем изменяющемся мире должны:

- включать четкую перспективу равноправия полов и различий между ними;
- делать акцент на здоровье как центральной составляющей устойчивого гуманитарного развития (см. Рисунок 10);
- использовать достигнутые новые технологии в интересах здоровья;
- признавать расширенную роль гражданского общества в здравоохранении; и
- способствовать глобальным действиям по охране здоровья на национальном и местном уровнях.

Ключевым аспектом будет укрепление участия населения и общины в принятии решений и в практических действиях в интересах здоровья – одна из главных составляющих подхода ПМСП.

Рисунок 10. Смертность среди детей в возрасте до пяти лет в 1995-2000 гг. в сопоставлении с валовым национальным продуктом на душу населения в 1995 г.



Смертность детей в возрасте до пяти лет на 1000 живорожденных, 1995-2000 гг.

ВНП на душу населения в долл. США, 1995 г. (шкала координат)

ЗДВ – концепция, выдержавшая проверку временем

Концепция ЗДВ признает единение человечества.

31. Концепция ЗДВ устремлена на создание таких условий, при которых люди везде на протяжении всей жизни имеют возможность добиваться наивысшего достижимого уровня здоровья и поддерживать его. Это устремление, которое признает единство человечества и соответственно необходимость укреплять здоровье, бороться с болезнями и облегчать страдания повсюду в духе солидарности. Концепция ЗДВ строится на следующих ключевых ценностях:

- признание, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав человека (см. Рамку 5);
- этика: постоянное и более активное применение этики к политике здравоохранения, медицинским научным исследованиям и обеспечению обслуживания;
- справедливость: осуществление направленных на достижение справедливости политики и стратегий, акцентирующих солидарность; и
- признание равноправия полов и различий между ними: включение осознания этих вопросов в политику и стратегии здравоохранения.

Эти ценности должны лежать в основе и быть основной частью всех аспектов политики здравоохранения, воздействуя на политические выборы, способы принятия этих выборов и интересы, которым они служат. Они тесно переплетены и служат опорой для осуществления соответствующих стратегий. На глобальном уровне ВОЗ в первую очередь несет ответственность за пропаганду этих ценностей, и такая же ответственность за распространение и укрепление этих ценностей возлагается на всех членов общества.

Чтобы предвидеть и направлять развитие науки и техники и практическое применение их достижений, а также служить руководством для решений в вопросах, влияющих на здоровье, нужны этические принципы.

32. Прочная этическая основа, включающая уважение индивидуального выбора, личной автономии и непричинения вреда, применяется как к индивидуальным, так и к общественным аспектам медико-санитарной помощи и исследований. Успехи науки и технологии, медицины, в области инженерного дела и связи предлагают невиданные возможности для оказания влияния на здоровье. Одновременно научно-технический прогресс наступает на границы этических норм и бросает вызов самому понятию того, что делает нас людьми. Поэтому необходимы надежные этические принципы, для того чтобы предвидеть и направлять развитие науки и техники, а также практическое применение их достижений, служа руководством для решений вопросов, влияющих на здоровье (см. Рамку 6).

Справедливость требует оказания помощи по потребностям и ликвидации несправедливых и неоправданных различий между отдельными лицами и группами.

33. Справедливость требует оказания помощи по потребностям и ликвидации несправедливых и неоправданных различий между отдельными лицами и группами. Определение степени несправедливости является начальным этапом разработки политики и действий. Справедливая система здравоохранения обеспечивает всеобщий доступ к помощи адекватного качества, не взваливая чрезмерного бремени на отдельного человека. Справедливость и солидарность должны лежать в основе международного технического сотрудничества, преимущественно в интересах групп населения и стран с наибольшим бременем нищеты и плохого здоровья. Справедливость и солидарность для нынешнего и следующих поколений требуют от нас сохранения и защиты нашей окружающей среды и обеспечения того, чтобы работа по геному человека соответствовала согласованным этическим стандартам (см. Рамку 7).

Рамка 5

**ПРАВО НА ОБЛАДАНИЕ НАИВЫСШИМ
ДОСТИЖИМЫМ УРОВНЕМ ЗДОРОВЬЯ**

Что означает "право на здоровье"?

- Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья (часто называемым "правом на здоровье") является одним из основных прав всякого человека в пределах максимально возможного "потенциала" данного человека.
- При трактовании "права на здоровье" принимается, что:
 - * биологические и генетические различия, существующие между людьми, могут ограничивать их "потенциал здоровья";
 - * доступ к службам здравоохранения является обязательным, но не достаточным условием для реализации "права на здоровье".

"Право на здоровье" и права человека

- Здоровье является необходимым условием для обладания в полной мере всеми другими правами человека. Эти права являются всеобщими, неотъемлемыми и взаимозависимыми.

Международная и национальная политика и деятельность, направленная на обеспечение "права на здоровье"

- Принимая международные и национальные документы по вопросам прав человека, государства-члены берут на себя определенные обязанности и функции с целью содействия укреплению и охране здоровья населения в этих странах путем:
 - * обеспечения доступности устойчивых систем здравоохранения для всего населения;
 - * поощрения межсекторальной деятельности в отношении факторов, определяющих здоровье, и необходимых предпосылок для его достижения.

Международные документы по правам человека

Право на уровень жизни, адекватный состоянию здоровья и благосостоянию, закреплено во Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), а право на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья охраняется законом в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.). К другим международным документам, охраняющим "право на здоровье" на глобальном и региональном уровнях, относятся Конвенция по правам ребенка (1989 г.), Конвенция по устранению дискриминации в отношении женщин (1979 г.), Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека (Сан-Сальвадорский протокол по экономическим, социальным и культурным правам, 1988 г.), Европейская социальная хартия (1961 г.), и Африканская хартия по правам человека и народов (1981 г.).

Рамка 6**ЭТИКА: ОСНОВА ПОЛИТИКИ И ПРАКТИКИ ЗДВ**

На этику будут ориентироваться все аспекты планирования и осуществления ЗДВ

- ***Поведение работников здравоохранения:***

- * укрепление здоровья, профилактика и лечение болезней;
- * обеспечение ухода и сострадания на протяжении всей жизни;
- * уважение индивидуального выбора, конфиденциальности и автономии;
- * непричинение вреда;
- * уважение различных ценностей и потребностей.

- ***Политические курсы и приоритеты систем и служб здравоохранения:***

- * работа в целях обеспечения равенства и социальной справедливости в доступе к медико-санитарной помощи;
- * привлечение пациентов и других членов сообщества к установлению приоритетов в отношении доступа к медико-санитарным мероприятиям;
- * сбалансированное сочетание технических критериев с ценностями ЗДВ при распределении ресурсов на конкретные мероприятия;
- * справедливый подход к принятию решений относительно распределения ресурсов как внутри отдельных стран, так и между странами;
- * просвещение медико-санитарных работников и населения по вопросам этики.

- ***Наука, исследования и технология:***

- * мониторинг и обновление по мере необходимости этических норм для исследований;
- * упреждение этических последствий достижений науки и техники, касающихся здравоохранения;
- * применение международно принятых сводов этических правил;
- * обеспечение того, чтобы дальнейшая работа по геному человека руководствовалась согласованными этическими стандартами;
- * обеспечение оценки качества медико-санитарной помощи и услуг, а также их внедрение в практику.

Рамка 7**СПРАВЕДЛИВОСТЬ - ФУНДАМЕНТ ЗДВ В 21-м СТОЛЕТИИ*****Справедливость - основа концепции здоровья для всех:***

- * Призыв к ЗДВ был и остается по существу призывом к социальной справедливости.
- * Справедливость требует устранения несправедливых и неоправданных различий между отдельными лицами и группами.

Новые угрозы справедливости после Алма-Атинской конференции:

- * больше людей живут в абсолютной нищете;
- * расширение разрыва между богатыми и бедными в странах и между странами, общинами и группами;
- * убедительные данные, связывающие абсолютную и относительную нищету со слабым здоровьем;
- * экологические факторы риска, угрожающие справедливости для нынешнего и будущих поколений;
- * неравные выгоды от глобализации;
- * неравный доступ к системам здравоохранения.

Поддержка справедливости требует конкретных политических курсов и действий:***(а) Межсекторальные действия на национальном и местном уровнях:***

- * экономическая политика в поддержку справедливости и солидарности;
- * укрепление политического анализа в целях справедливости;
- * установление приоритетов на основе справедливости;
- * межсекторальные действия для достижения справедливости в отношении здоровья;
- * приоритет борьбы с нищетой;
- * приоритетное предоставление женщинам прав и возможностей;
- * четко сформулированные ориентированные на справедливость задачи и выделение соответствующих ресурсов на их выполнение;
- * системы руководства для здравоохранения на удовлетворение потребностей бедняков в качестве одной из главнейших целей.

(b) Действия систем здравоохранения:

- * определение несправедливости по классу, полу, расе, поколению, возрасту, месту жительства и состоянию здоровья;
- * обеспечение всеобщего доступа к помощи адекватного качества;
- * подход к медико-санитарной помощи с учетом всей жизни;
- * накопление потенциала и исследования по вопросам справедливости в отношении здоровья;
- * здравоохранительные, социальные и экологические службы, благоприятствующие бедным.

(с) Глобальные действия:

- * глобальный надзор за справедливостью в интересах охраны здоровья;
- * исследования, которые направлены на удовлетворение потребностей бедноты;
- * солидарность как основа международного технического сотрудничества;
- * переходные меры в здравоохранении и развитии, которые рассматривают вопросы отчуждения и предупреждают его.

Рамка 8**ПЕРСПЕКТИВА УЧЕТА РАЗЛИЧИЙ МЕЖДУ ПОЛАМИ:
ПРИЗНАНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН**

Эта перспектива имеет большое значение для политики здравоохранения, поскольку она:

- * признает потребность широкого участия женщин и мужчин в принятии решений;
- * в равной мере учитывает знания, ценности и опыт женщин и мужчин;
- * обеспечивает определение женщинами и мужчинами своих потребностей и приоритетов в области здоровья и признает, что некоторые проблемы здоровья уникальны для мужчин или женщин либо имеют более серьезные последствия для одних, чем для других;
- * ведет к лучшему пониманию причин плохого здоровья;
- * приводит к более эффективным мерам для улучшения здоровья;
- * содействует достижению большей справедливости в отношении здоровья и медико-санитарной помощи.

Эта перспектива по отношению к здоровью занимает центральное место в развитии, поскольку:

- * равенство полов в образовании и принятии решений облегчит бремя нищеты;
- * образование девушек и женщин снизит рождаемость и смертность детей грудного и раннего возраста, будет способствовать ликвидации неравенства по признаку пола в раннем детстве и в результате улучшит здоровье населения.

Эта перспектива в отношении структуры систем здравоохранения и практического осуществления медико-санитарного обслуживания требует:

- * учета взаимодополняемости ролей, которые играют мужчины и женщины в здоровье семьи и общины;
- * устранения препятствий к медико-санитарному обслуживанию по признаку пола;
- * сбора и анализа данных систем эпиднадзора и мониторинга с разбивкой по полу;
- * обеспечения баланса между полами в тематике исследований, среди объектов этих исследований и тех, кто их проводит;
- * проведения подготовки работников медико-санитарной помощи в целях осознания ими равноправия полов и различий между ними;
- * финансирования систем с учетом роли женщин в семье и в общине.

ЗДВ требует:

- * равного участия и партнерства мужчин и женщин в разработке политики и принятии решения;
- * прочного партнерства с НПО и другими организациями, которые занимаются вопросами учета различий между полами;
- * систематического воплощения всеми партнерами идеи равенства полов и различий между ними.

34. Перспектива учета различий по признаку пола имеет особо важное значение для разработки и осуществления справедливых и эффективных политических курсов и стратегий в области здравоохранения. Такая перспектива ведет к лучшему пониманию факторов, которые влияют на здоровье женщин и мужчин. Она не только учитывает биологические различия между мужчинами и женщинами или репродуктивную роль женщин, но и признает последствия социально, культурно и поведенчески детерминированных отношений, ролей и ответственностей мужчин и женщин, особенно в отношении здоровья индивидуумов, семей и общин. Эта перспектива, связанная с достижением справедливости, должна входить в политику и программы здравоохранения и, в частности, включать:

- проведение анализа связанных с половыми различиями вопросов и содействие более глубокому их осмыслению;
- удовлетворение особых потребностей девочек и мальчиков, женщин и мужчин на протяжении всей их жизни;
- поддержку прав человека, достоинства, самоуважения и развития способностей девочек и женщин;
- создание возможностей для полного участия женщин вместе с мужчинами в принятии решений на всех уровнях.

Цели и задачи ЗДВ

35. Цели и задачи позволяют определить понятие ЗДВ. Для определения степени прогресса используются показатели. Цели ЗДВ таковы:

- увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни и качества жизни для всех;
- снижение несправедливости в отношении здоровья в рамках отдельных стран и между странами;
- доступ для всех к устойчивым системам здравоохранения и медико-санитарным службам.

36. Изначальный набор задач будет служить ориентиром для осуществления политики ЗДВ и определять приоритеты для действий в течение первых двух десятилетий следующего столетия. Для глобальных задач в области здравоохранения, перечисленных ниже (и более подробно изложенных в Приложении А), будут разработаны конкретные показатели прогресса. Для решения поставленных глобальных задач необходимо обеспечить "стратегический альянс" между ВОЗ и другими учреждениями Организации Объединенных Наций, Всемирным банком, НПО, частным сектором и другими заинтересованными сторонами. В рамках глобальной политики ВОЗ определит свои конкретные задачи, взаимосвязанные с функциями Организации. В рамках глобальной политики будут разрабатываться региональные и национальные задачи, которые будут отражать разнообразие потребностей и приоритетов. Все задачи следует периодически пересматривать. Для оценки степени прогресса на пути к достижению целей и выполнению задач будут использоваться показатели в качестве обязательных средств эффективного мониторинга и оценки программы.

Перспектива учета различий по признаку пола имеет особо важное значение для разработки и осуществления справедливых и эффективных политических курсов и стратегий в области здравоохранения.

Задачи должны быть измеримыми, с указанными сроками выполнения, практически осуществимыми и обеспечиваться адекватными ресурсами.

Глобальные задачи в области здравоохранения отражают более ранние задачи ЗДВ и соответствуют задачам развития, согласованным на последних всемирных конференциях.

37. Глобальные задачи в области здравоохранения отражают более ранние задачи ЗДВ и соответствуют задачам развития, согласованным государствами-членами на последних всемирных конференциях, в которых участвовала ВОЗ. Выполнение задач общего развития считается исключительно важным для успешного достижения ЗДВ, хотя они конкретно не включены в глобальные задачи в области здравоохранения, а касаются вопросов, связанных с экономическим благосостоянием, облегчением бремени нищеты и социальным развитием, включая начальное образование и равенство полов и экологическое равновесие (более подробно см. в Приложении В).

Глобальные задачи ЗДВ к 2020 г.

38. Чтобы действия, связанные с детерминантами здоровья, привели к лучшим результатам в отношении здоровья и доступу к помощи, необходимо выполнить задачи, связанные с политикой и системами здравоохранения. Изначально задачи ЗДВ-2000, определенные в 1981 г., не были поддержаны исходными данными. Значительный опыт, накопленный с тех пор в области укрепления информационных систем в здравоохранении, указывает на то, что задачи на 2020 г. в большей степени будут основываться на конкретных данных. Выполнение этих задач обеспечит достижение поставленных целей ЗДВ.

А. Результаты в отношении здоровья

Справедливость: задержка в росте.

1. К 2005 г. в странах и на межстрановом уровне будут использоваться показатели справедливости в отношении здоровья в качестве основы для повышения и мониторинга справедливости в здравоохранении. Первоначально справедливость в отношении здоровья будет оцениваться на основе измерения роста детей.

Выживаемость.

2. К 2020 г. будут выполнены задачи, согласованные на всемирных конференциях, в отношении коэффициентов материнской смертности (КМС), детской смертности (КДС), а также ожидаемой продолжительности жизни.

Сокращение бремени болезней.

3. К 2020 г. бремя болезней во всем мире будет существенно сокращено благодаря специальным программам, направленным на обращение вспять нынешних тенденций распространенности туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, малярии, курения и связанных с этим болезней, а также насилия и травматизма и вызываемой ими инвалидности.

Ликвидация: полная, частичная.

4. Корь будет полностью ликвидирована к 2020 г.; лимфатический филяриатоз частично - к 2020 г.; к 2010 г. будет прервана передача болезни Шагаса; лепра будет частично ликвидирована к 2010 г., а трахома - к 2020 г. Кроме того, до 2020 г. будет частично ликвидирована недостаточность витамина А и йода.

В. Межсекторальные действия по детерминантам здоровья

Детерминанты окружающей среды.

5. К 2020 г. посредством межсекторальных действий все страны добьются серьезного прогресса в обеспечении безопасной питьевой воды, соответствующей санитарии, продовольствия и жилья в достаточном количестве и достаточного качества.

6. К 2020 г. все страны будут активно проводить и контролировать стратегии, которые укрепляют способствующий улучшению здоровья образ жизни и ослабляют вредящий здоровью посредством сочетания регламентарных, экономических, просветительных, организационных программ, осуществляемых на базе общины.

Здоровый образ жизни.

C. Политика и системы здравоохранения

7. К 2005 г. все государства-члены будут располагать механизмами для осуществления и контроля политики, соответствующей политике ЗДВ.

Политика здравоохранения.

8. К 2010 г. все люди будут иметь на протяжении всей жизни доступ к комплексной качественной медико-санитарной помощи, осуществляемой на основе общественного здравоохранения.

Медико-санитарная помощь.

9. К 2010 г. будут созданы системы медико-санитарной информации, глобальные и национальные системы эпиднадзора и предупреждения.

Информация и эпиднадзор.

10. К 2010 г. будет начато осуществление определенной политики в области научных исследований и учрежденческих механизмов на глобальном, региональном и страновом уровнях.

Научные исследования.

Глава 4. Политическая основа для действий

В главе 4 представлена политическая основа для действий. Действия по детерминантам здоровья путем постановки вопросов здоровья на центральное место в гуманитарном развитии приведут к значительному общему улучшению состояния здоровья и сократят несправедливость. Здесь коротко излагается вопрос о разработке устойчивых систем здравоохранения, которые будут отвечать потребностям населения.

39. Задачи ЗДВ будут выполняться посредством решения двух политических задач:

- выделением проблемам здоровья центрального места в гуманитарном развитии;
- создания устойчивых систем здравоохранения для удовлетворения потребностей населения.

Капиталовложения в здравоохранение будут содействовать улучшению результатов лечения и достижению устойчивых результатов в сфере гуманитарного развития.

40. Эти политические линии взаимосвязаны, и их предполагается применять на всех уровнях - местном, национальном, региональном и глобальном. Их принятие и дальнейшее преобразование в конкретные стратегии, которые будут адекватно финансироваться, в полной мере осуществляться и тщательно оцениваться, должны привести к улучшению здоровья и к сокращению разрывов в состоянии здоровья между всеми социальными и экономическими группами. Процесс воплощения должен использовать все политические, социальные и экономические силы, а также вовлечь потенциальных партнеров с помощью расширенных систем управления в интересах здоровья. Капиталовложения в здравоохранение будут содействовать улучшению результатов лечения и достижению устойчивых результатов в сфере гуманитарного развития.

Постановка здоровья на центральное место в гуманитарном развитии

Хорошее здоровье является одновременно и ресурсом, и целью развития.

41. Важно признать, что здоровье нельзя рассматривать в отрыве от гуманитарного и социального развития. Это - функция социальной, физической, психической, экономической, духовной и культурной среды общин, в которых живут люди. Цель гуманитарного развития - позволить людям жить экономически продуктивной и социально удовлетворяющей их жизнью. Это требует постепенных улучшений условий жизни и качества жизни всех членов общества. Хорошее здоровье является одновременно и ресурсом, и целью устойчивого гуманитарного развития.

Здоровье населения является показателем обоснованности политики в вопросах развития.

42. Здоровье населения, особенно наиболее уязвимых групп, является показателем обоснованности политики развития. При соответствующей разбивке данные о состоянии здоровья могут четко выявить неравенства между различными группами в обществе. Состояние здоровья населения отражает условия жизни и может служить ранним предупреждением о возникающих социальных проблемах. Подход, в центре которого находится человек, ценит здоровье как таковое и признает, что без хорошего здоровья отдельные люди, семьи, общины и народы не могут надеяться добиться своих социальных и экономических целей. Этот подход решительно ставит здоровье на центральное место в планах развития для обеспечения того, чтобы экономический и технический прогресс был совместим с охраной и улучшением качества жизни для всех.

Создание устойчивых систем здравоохранения для удовлетворения потребностей населения

43. Системы здравоохранения должны быть способны реагировать на медико-санитарные и социальные потребности людей на протяжении всей их жизни. Национальные и местные системы должны доходить до граждан и привлекать их к улучшению их собственного здоровья посредством обращения особого внимания на укрепление здоровья и предупреждение болезней. Следует направить усилия на четко определенные медико-санитарные потребности и организацию всеобъемлющих служб с точно определенной популяционной основой. Системы здравоохранения будущего должны быть гибкими и способными реагировать на такие факторы, как

- демографические и экономические изменения;
- изменения в эпидемиологических структурах болезней;
- ожидания пользователей служб здравоохранения в отношении качества и участия в принятии решений;
- достижения науки и техники.

Реформы систем здравоохранения должны быть тесно взаимосвязаны с более широкими национальными реформами, поскольку многие изменения экономической, социальной политики, равно как и политики в вопросах развития, имеют далеко идущие последствия для систем здравоохранения и здоровья населения.

44. Действия по обеспечению хорошего здоровья начинаются в доме, хотя и подвержены воздействию многих сил. Если отдельные люди, семьи и общины будут убеждены в необходимости укрепления здоровья на основе собственной информированности, это будет лучшей гарантией осуществления и поддержания улучшений в отношении здоровья. Медико-санитарные службы должны дополнять действия отдельных лиц и семей, обеспечивая информацию о здоровом образе жизни и доступе к качественной медико-санитарной помощи, а также оказывая поддержку тем функциям, которые осуществляют и укрепляют общественное здравоохранение. Контакты населения с медико-санитарными учреждениями обеспечивают многочисленные возможности на каждом этапе жизни для поддержания и укрепления здоровья и предотвращения болезней и инвалидности.

45. Системы здравоохранения могут принимать многие формы. Службы первичной медико-санитарной помощи, являясь первым уровнем контакта отдельных людей с национальной системой здравоохранения, предназначены для максимально возможного приближения медико-санитарной помощи к местам жизни и работы людей. Исходя из принципа первичной медико-санитарной помощи, системы здравоохранения должны быть: общинными и всеобъемлющими и включать профилактические, укрепляющие здоровье, лечебные и реабилитационные компоненты; постоянно доступными; адекватно финансируемыми; тесно связанными со всеми уровнями социальных и экологических служб; интегрированными в более широкую систему, предусматривающую возможность направления к узким специалистам или в лечебные учреждения более высокого уровня. Кроме того, медико-санитарная помощь должна быть высокого качества во всех странах. Важные элементы медико-санитарной помощи высокого

Системы здравоохранения должны быть способны реагировать на медико-санитарные и социальные потребности людей на протяжении всей их жизни.

Если отдельные люди, семьи и общины будут убеждены в необходимости укрепления здоровья на основе собственной информированности, это будет лучшей гарантией осуществления и поддержания улучшений в отношении здоровья.

качества включают: профессионализм и знание соответствующих технологий, эффективное использование ресурсов, минимизацию риска для пациентов, удовлетворение пациентов и благоприятный исход для здоровья.

Социально "чуткая" система здравоохранения будет учитывать социально-культурные и духовные потребности различных групп.

46. Устойчивая система здравоохранения будет активно поощрять участие общины в разработке политики. Ее практика найма на работу будет учитывать потребности трудовых ресурсов с акцентом на качество и рациональное использование окружающей среды. Регулирующая социальную обстановку система здравоохранения будет учитывать экономические, социально-культурные и духовные потребности различных групп, разнообразие систем здравоохранения и лечения, а также потенциал сосуществования этих различных систем и их взаимного обогащения. В полной мере используя общинные ресурсы, системы здравоохранения должны сочетать сострадание с эффективностью. Они должны выходить за рамки главной задачи увеличения продолжительности жизни и улучшения здоровья и включать избавление от боли и страданий, обеспечивать сострадание и помощь неизлечимым больным и пытаться сделать так, чтобы люди могли встретить смерть спокойно и достойно.

Обеспечение финансовой устойчивости систем здравоохранения является выражением политической поддержки здравоохранения.

47. Создание стабильных систем здравоохранения подвержено влиянию социальных, политических, финансовых, технических и управленческих аспектов. Особое внимание следует уделять социальному аспекту; он требует интеграции здравоохранения в повседневную жизнь общины, развития общинной поддержки, максимального участия людей в поддержании здоровья своих семей и общин и обеспечения доступа к медико-санитарным службам для самых бедных. Правительства должны продемонстрировать неуклонную политическую поддержку здравоохранению, обеспечив стабильную финансовую поддержку систем здравоохранения и их подотчетность и уделяя постоянное внимание доступу и качеству. Комплексное и непрерывное развитие людских ресурсов необходимо для правильной практики управления и технической устойчивости. Обеспечение финансовой устойчивости систем здравоохранения является выражением политической поддержки здравоохранения.

Основные функции систем здравоохранения

Роль правительств заключается в гарантии справедливого доступа к медико-санитарным службам и обеспечении основных медико-санитарных услуг для всех.

48. Роль правительств в отношении стабильных систем здравоохранения заключается в гарантии справедливости доступа к медико-санитарным службам и обеспечении основных медико-санитарных услуг самого высокого качества для всех людей. Основные медико-санитарные услуги включают как функции общественного здравоохранения, так и индивидуальное медико-санитарное обслуживание, основывающееся на существующих службах первичной медико-санитарной помощи и дополняющее их. В главе 7 описываются основные функции устойчивой системы здравоохранения.

Глава 5. РОЛЬ ВОЗ

В главе 5 описывается роль ВОЗ по обеспечению лидерства среди многочисленных партнеров, участвующих в достижении здоровья для всех (см. Рамку 9).

Рамка 9

РОЛЬ И ФУНКЦИИ ВОЗ В ДВАДЦАТЬ ПЕРВОМ СТОЛЕТИИ

- * Выступать в качестве высшего морального авторитета в области здравоохранения в мире, обеспечивая лидерство по достижению ЗДВ.
- * Разрабатывать глобальные этические и научные нормы и стандарты.
- * Разрабатывать международные документы, содействующие укреплению здоровья во всем мире.
- * Осуществлять техническое сотрудничество со всеми странами.
- * Укреплять потенциал стран по созданию стабильных систем здравоохранения и улучшать оказание основных видов медико-санитарной помощи.
- * Охранять здоровье уязвимых и бедных общин и стран.
- * Способствовать использованию науки и техники в интересах здоровья и новаторских подходов.
- * Обеспечивать лидерство для полной и частичной ликвидации отдельных болезней или борьбы с ними.
- * Обеспечивать техническую поддержку предупреждению чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения и реабилитации после ликвидации таких ситуаций.
- * Обеспечивать партнерство в интересах здравоохранения.

49. На ВОЗ возложены уникальные полномочия и ответственность по руководству другими партнерами, участвующими в общей ориентации здравоохранения на достижение здоровья для всех (на глобальном, региональном и национальном уровнях). Она будет добиваться этого путем содействия международным коллективным действиям, которые приносят пользу всем странам, и путем реагирования на глобальные угрозы здоровью.

50. Являясь высшим моральным авторитетом в области здравоохранения в мире, ВОЗ будет выступать за глобальное здоровье и справедливость в области здравоохранения как внутри стран, так и между ними; выявлять политические курсы и практические направления деятельности, которые благоприятны или вредны для здоровья; охранять здоровье уязвимых и бедных общин. Она будет добиваться этого, обеспечивая благоприятную и способствующую среду, в которой широкий круг партнеров в целях здоровья сможет эффективно работать вместе по воплощению в жизнь глобальной повестки дня в интересах здоровья.

51. По мере роста глобальной взаимозависимости будет расти и потребность в глобальных этических и научных нормах, стандартах и

На ВОЗ возложены уникальные полномочия и ответственность по руководству другими партнерами, участвующими в общей ориентации здравоохранения на достижение здоровья для всех.

обязательствах, включая те, которые являются юридически обязывающими. Цель заключается в том, чтобы предупредить или сократить транснациональные угрозы здоровью, связанные с торговлей, поездками и связями. ВОЗ окажет особое внимание разработке актуальных национальных и региональных стандартов эффективной деятельности для основных функций систем здравоохранения.

ВОЗ будет разрабатывать международные документы, способствующие укреплению и охране здоровья.

52. В сотрудничестве с соответствующими партнерами, включая и тех, с которыми у ВОЗ существуют соглашения на договорной основе, ВОЗ будет разрабатывать международные документы, способствующие укреплению и охране здоровья, а также будет осуществлять мониторинг их выполнения; она будет поощрять государства-члены применять международные законы, имеющие отношение к здравоохранению. Для воплощения в жизнь существующих международных конвенций и юридически обязывающих соглашений по здравоохранению, правам человека и другим документам, имеющим отношение к здоровью, необходима мощная система глобального руководства. Эти соглашения включают: Всеобщую декларацию прав человека (1948 г.), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.), Конвенцию о правах ребенка (1989 г.) и Венскую декларацию и Программу действий, принятые Всемирной конференцией по правам человека (1993 г.). Задачи в отношении здоровья обеспечивают средства для мониторинга осуществления многих из этих документов. Эти задачи, разработанные в ходе конференций Организации Объединенных Наций в 1990-х годах, в дальнейшем будут включены в осуществление стратегий, преобразуя, таким образом, политику в действия.

53. В рамках технического сотрудничества со всеми странами ВОЗ будет согласовывать свою поддержку с потребностями стран и за счет этого координировать свои усилия с другими международными организациями и инициативами. Она будет стремиться к достижению согласования политики и установлению непосредственного диалога между этими партнерами. Кроме того, ВОЗ будет поощрять страны и учреждения, занимающиеся вопросами развития, вкладывать средства туда, где бремя предотвратимых болезней среди бедного населения остается высоким. ВОЗ будет оказывать поддержку и способствовать всем странам в процессе развития здравоохранения, предоставляя помощь для укрепления их роли в выработке политики, управленческого потенциала и систем отчетности. Акцент будет поставлен на необходимость прочного организационного и кадрового потенциала для поддержки деятельности в области здравоохранения. При сотрудничестве с другими международными организациями ВОЗ будет содействовать укреплению потенциала отдельных стран по развитию стабильных систем здравоохранения. ВОЗ будет стремиться к мобилизации финансовых ресурсов благодаря укреплению глобального союза для удовлетворения связанных со здравоохранением потребностей программ и стран. Приоритет будет отдан самым бедным странам и общинам (особенно в Африке к югу от Сахары и в Южной Азии) и странам со слабым учрежденческим потенциалом для развития здравоохранения.

Укрепление потенциала по сбору, анализу, интерпретации и распространению медико-санитарной информации.

54. Качество принятия решений в области здравоохранения зависит от доступа к медико-санитарной информации. ВОЗ будет работать совместно с государствами-членами для укрепления их потенциала по сбору, анализу, интерпретации и распространению медико-санитарной информации. Это включает поддержку накоплению потенциала в эпидемиологии, экономике здравоохранения и социальных науках; продолжения разработки глобальной интерактивной сети медико-санитарной информации и распространении публикаций о работе ВОЗ.

55. Для обеспечения активного эпиднадзора, оценки и заблаговременной разработки политики и действий, которые оказывают глобальное воздействие на здоровье, необходимы глобальные действия. ВОЗ будет обеспечивать, чтобы глобальные системы раннего предупреждения и эпиднадзора предоставляли своевременную информацию о транснациональных опасностях для здоровья. Существующие системы раннего предупреждения о возникающих инфекциях и надвигающихся стихийных или антропогенных бедствиях будут расширены, с тем чтобы охватить такие угрозы здоровью, как легальная и нелегальная торговля продуктами, наносящими ущерб здоровью. Системы, соединяющие местные, национальные, региональные и глобальные уровни и соответствующие организации, позволят обеспечивать быстрое и глобальное распространение предупреждений об угрозах здоровью даже на местном уровне, давая, таким образом, возможность для согласованных действий.

ВОЗ будет обеспечивать, чтобы глобальные системы раннего предупреждения и эпиднадзора предоставляли своевременную информацию о транснациональных опасностях для здоровья.

56. ВОЗ в тесном сотрудничестве с международным научным и академическим сообществом будет содействовать созданию такой обстановки, в которой смогут процветать фундаментальные и прикладные исследования в области здравоохранения. Она будет поощрять научное новаторство на службу удовлетворению потребностей всех. ВОЗ будет использовать коммуникационные технологии для связей между научными работниками, которые до настоящего времени изолированы от глобальных сетей научных исследований в силу недостаточных ресурсов. Развитие поистине глобальной сети и центров передового опыта позволит местным научным работникам внести свой вклад в знания о здоровье и получить от этого пользу. ВОЗ будет решительно оказывать помощь странам для развития их национальных потенциалов научных исследований и для обмена приобретаемыми знаниями.

ВОЗ будет поощрять научное новаторство на службу удовлетворению потребностей всех.

57. Глобальные усилия в области научных исследований следует направлять на те области, где требуется существенно улучшить здоровье. Они должны дополняться более конкретными приоритетами и действиями в области научных исследований в странах, благодаря которым эти страны будут совместно действовать в интересах улучшения здоровья в национальных и глобальных масштабах. Сотрудничающие центры ВОЗ, а также национальные и международные организации исследований в области здравоохранения составляют вместе глобальный и интеллектуальный капитал, который будет полностью использоваться в проведении научных исследований. Глобальные области концентрации усилий будут включать исследования, которые:

Глобальные усилия в области научных исследований следует направлять на те области, где требуется существенно улучшить здоровье.

- дают информацию для определения политики здравоохранения;
- позволяют проводить сопоставление систем здравоохранения между странами, особенно в областях финансирования здравоохранения и разработки политики;
- определяют социальные, экологические и другие специфические секторальные политические курсы и действия, способствующие здоровью;
- дают оценку эффективности мероприятий по уменьшению несправедливости в отношении здоровья;
- максимально повышают эффективность систем здравоохранения и ведут к стабильности;

- ускоряют сокращение детских болезней, недостаточности питания, а также материнской и перинатальной смертности;
- выявляют меняющиеся угрозы со стороны микроорганизмов и разрабатывают стратегии для их предупреждения и борьбы с ними;
- разрабатывают эффективные профилактические, укрепляющие здоровье, лечебные и реабилитационные подходы к неинфекционным болезням и к последствиям старения для здоровья; и
- ведут к борьбе с насилием и травматизмом.

ВОЗ будет поддерживать эффективное использование существующих технологий и разработку новых.

58. ВОЗ будет поддерживать эффективное использование существующих технологий и разработку новых в различных странах и условиях посредством: как можно более широкого распространения знаний; поддержки улучшения прогнозирования в области технологии; инвестиций в развитие образования и кадровых ресурсов; установления партнерских отношений с частным сектором и между странами; обеспечения принятия такой политики, которая делает технологии более дешевыми и доступными; содействия использованию основных технологий для здоровья.

ВОЗ и ее международные партнеры должны обеспечить во всем мире эпиднадзор за болезнями глобального значения и борьбу с ними.

59. ВОЗ обеспечит лидерство в усилиях по полной и частичной ликвидации болезней, которые представляют наибольшую угрозу общественному здравоохранению. В отношении некоторых состояний практически возможен и желателен глобальный консенсус и действия в целях полной или частичной ликвидации (подробно см. Приложение А). Глобальные пандемии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), малярии и туберкулеза, а также связанных с табаком болезней, травматизма и насилия, по-видимому, будут занимать все более важное место в первой четверти следующего столетия. Некоторые инфекционные болезни, по-видимому, будут и далее угрожать всем странам и поэтому требуют глобального внимания. Для многих из наиболее бедных стран и общин бремя детских инфекционных болезней, материнской смертности и недоедания остается приоритетом, требующим глобальной поддержки.

ВОЗ продемонстрирует, что здоровье может быть мощным фактором мира.

60. Во многих зонах гражданские конфликты, войны, а также стихийные и антропогенные катастрофы помешали созданию устойчивых систем здравоохранения и существенно замедлили развитие здравоохранения. Реагирование ВОЗ на такие чрезвычайные с точки зрения здравоохранения ситуации будет выражаться в первую очередь в предупреждении и установлении норм. Она будет делать акцент на готовность, профилактику, реконструкцию и гуманитарность, осуществляя мероприятия в тесном сотрудничестве с международными, национальными и местными органами. В период реконструкции после чрезвычайных ситуаций ВОЗ будет стремиться к оказанию поддержки правительствам в восстановлении их систем здравоохранения и социального обеспечения и в решении долговременных проблем адаптации людей. Таким образом, ВОЗ продемонстрирует, что здоровье может быть мощным фактором мира, и документально подтвердит воздействие использования оружия на общественное здравоохранение как основы для профилактических действий.

61. ВОЗ обеспечит лидерство, примеры и ориентиры для организаций и учреждений, работающих в целях улучшения здоровья в мире. ВОЗ сделает акцент на этом и покажет, что изменения политики требуют соответствующим образом финансируемых функциональных и структурных изменений, с тем чтобы можно было затем предпринять действия. Она будет пропагандировать более комплексные подходы к созданию потенциала, разработке политики и мобилизации ресурсов в интересах здоровья в странах. Кроме того, она будет стремиться к большему согласованию политики между международными и межправительственными учреждениями, работа которых оказывает воздействие на здоровье. Вместе с этими партнерами будет разработана глобальная структура для действий в различных секторах, которая будет способствовать экономическим, торговым и социальным политическим курсам и программам, подкрепляющим ценности ЗДВ.

Будет разработана глобальная структура для действий в различных секторах для подкрепления ценностей ЗДВ.

62. Решая вопрос о широких детерминантах здоровья, ВОЗ будет осуществлять тесное сотрудничество на глобальном, региональном и национальном уровнях с международными и региональными межправительственными организациями, включая региональные банки развития. Эффективным средством для гармонизации программ работы ВОЗ с программами межправительственных учреждений призваны стать регулярные межучрежденческие консультации для рассмотрения основополагающих вопросов, представляющих взаимный интерес, на которых будет сделан особый акцент при осуществлении политики ЗДВ. В некоторых областях межсекторального сотрудничества, таких как глобальный эпиднадзор за заболеваниями, ВОЗ возьмет на себя лидирующую роль. Однако в других областях сотрудничества, например в вопросах безопасности продуктов питания и структуры проблем, относящихся к безработице, другие агентства, возможно, пожелают взять на себя роль лидера. Эффективное межучрежденческое и межсекторальное сотрудничество требует четкого определения ролей и ответственности и служит фундаментом для успешного осуществления политики ЗДВ. Сотрудничество должно быть нацелено на оптимальное использование всех имеющихся для здравоохранения и развития ресурсов в рамках учреждений системы Организации Объединенных Наций и других международных агентств.

Эффективное межучрежденческое и межсекторальное сотрудничество требует четкого определения ролей и ответственности.

Отчетность и целенаправленность

63. Ответственность за достижение здоровья для всех в двадцать первом столетии возлагается на многих. ВОЗ на международном уровне и работники здравоохранения на национальном и местном уровнях должны обеспечить, чтобы все партнеры выполняли свои роли и несли ответственность за осуществление политики ЗДВ. Их совместные действия позволят построить такой мир, в котором ценности ЗДВ и действия в их поддержку приведут к тому, чтобы все люди обладали наивысшим достижимым уровнем здоровья. Целенаправленные действия на всех уровнях имеют важнейшее значение для превращения концепции ЗДВ в практическую и устойчивую реальность общественного здравоохранения.

Целенаправленные действия на всех уровнях имеют важнейшее значение для превращения концепции ЗДВ в практическую и устойчивую реальность общественного здравоохранения.

РАЗДЕЛ III

Воплощение концепции в жизнь: действия по осуществлению политики

Глава 6. Действия, необходимые для того, чтобы поставить здоровье на центральное место в развитии

В главе 6 описываются четыре стратегические направления действий: борьба с нищетой, повсеместное укрепление здоровья, согласование секторальной политики в интересах здоровья и включение здоровья в планирование устойчивого развития.

64. Для того чтобы контролировать детерминанты здоровья и поставить здоровье на центральное место в гуманитарном развитии, требуются четыре направления действий со следующими целями:

- борьба с нищетой,
- повсеместное укрепление здоровья,
- согласование секторальной политики в интересах охраны здоровья,
- включение здоровья в планирование устойчивого развития.

Борьба с нищетой

65. С тем чтобы наиболее бедные люди и общины освободились от нищеты, необходимы ускоренное гуманитарное развитие и экономический рост как в государственном, так и в частном секторах. Такой рост должен подкрепляться существенной и постоянной международной поддержкой в целях здоровья и образования, а также более сильными правительственными учреждениями в самых бедных странах. Для разрыва порочного круга нищеты и плохого здоровья необходимы комплексные планы развития, включающие сокращение долга и предоставление кредитов. В долгосрочном плане здоровье населения зависит от многих факторов, и особенно от поддержания мира, справедливого экономического роста, предоставления более широких прав и возможностей женщинам, устойчивого обеспечения средств к жизни и улучшения образования. Важное значение для устойчивого экономического роста и гуманитарного развития во всех странах имеет этичная экономическая политика, утверждающая справедливость.

Для разрыва порочного круга нищеты и плохого здоровья необходимы комплексные планы развития.

66. Медико-санитарные мероприятия должны увязываться с улучшением образования девочек и обеспечением базовой инфраструктуры общественного здравоохранения и основных медико-санитарных услуг. Такая связь поможет разорвать порочный круг нищеты и плохого здоровья, сократить детскую смертность и замедлить демографический рост, в частности, обеспечение служб охраны здоровья и питания ребенка может оказать длительное положительное воздействие на все население. Легкий доступ бедных людей к качественным службам медико-санитарной помощи, если необходимо, то и на дому, должен получить поддержку в качестве важного компонента программ сокращения бремени нищеты в будущем.

Медико-санитарные мероприятия могут позволить разорвать порочный круг нищеты и плохого здоровья, сократить детскую смертность и замедлить демографический рост.

67. Поскольку нищета многогранна, для устойчивого облегчения ее бремени потребуется сочетание усилий многих секторов. Система здравоохранения может сыграть важнейшую роль, доводя свои услуги до беднейших семей и районов посредством концентрации на проблемах, от которых бедные страдают в большей степени, чем другие слои населения. Важное значение имеет сотрудничество между системами здравоохранения и секторами сельского хозяйства, торговли, финансов, продовольствия и питания, образования и промышленности. В дополнение к подходам на широкой основе необходимо охранять здоровье населения и доступ к образованию для него в периоды временных экономических трудностей. Гарантия продовольственной обеспеченности тесно связана с борьбой против нищеты.

Система здравоохранения может сыграть исключительную важную роль, доводя свои услуги до беднейших семей и районов.

68. Программы борьбы с болезнями, охватывающие крупные географические регионы или осуществляющиеся в специфических условиях, могут оказать большое воздействие в тех случаях, когда важной причиной нищеты является одна или несколько болезней. Например, борьба с онхоцеркозом в Западной Африке позволила проводить сельскохозяйственное освоение широких территорий. Равным образом борьба с малярией и другими эндемичными инфекционными болезнями значительно способствовала производству продовольствия и коммерческих культур, а также созданию рабочих мест во многих районах. Комплексные программы продовольственной помощи и дегельминтации могут привести к существенным улучшениям посещаемости школ и успеваемости детей.

Повсеместное укрепление здоровья

69. Отдельные люди, семьи и общины могут предпринимать действия для улучшения своего здоровья, когда им предоставляется возможность и когда они могут сделать соответствующий выбор. Поэтому людям необходимы знания, понимание и навыки, а также доступ к возможностям, предоставляемым обществом, для того чтобы приспособляться к изменяющимся структурам уязвимости и сохранять свое здоровье и здоровье своих семей. Чтобы преуспеть в этом, укрепление здоровья должно проводиться с учетом социальной, культурной, политической, юридической и духовной среды, в которой люди живут, работают, развлекаются и учатся. Социальные мероприятия могут способствовать охране молодежи от насилия и наркомании, обеспечивая такое положение, когда условия работы способствуют укреплению здоровья, содействуют здоровому рациону питания и отдыху, а также создают в школах такую обстановку, которая содействует обучению, крепкому здоровью и развитию личности.

Людям необходимы знания, понимание и навыки, чтобы сохранять свое здоровье и здоровье своих семей.

70. Коммуникационная технология, включая интерактивные методы, стала важным средством распространения изображений и сообщений в целях укрепления здоровья и оказания поддержки отдельным людям и общинам в повышении качества их жизни. Средства массовой информации могут играть более активную роль в пропаганде здоровья и здорового образа жизни. Они могут способствовать повышению осознания общественностью проблем здравоохранения посредством обсуждения вопросов здоровья. Санитарно-просветительные и развлекательные программы, которые проникают в каждую общину и в каждый дом, могут донести современные знания даже в самые изолированные семьи и, таким образом, принести им пользу.

Согласование секторальной политики в интересах здоровья

Политика всех секторов, которые оказывают непосредственное или косвенное влияние на здоровье, должна подвергаться анализу и согласовываться в целях предоставления максимума возможностей для охраны и укрепления здоровья.

Более мощные совместные действия систем здравоохранения и сектора образования могут в значительной мере и быстро способствовать общему улучшению состояния здоровья населения.

71. В правительстве решения, оказывающие воздействие на здоровье, принимают самые различные органы, которые отвечают за сельское хозяйство, жилищное строительство, энергетику, водоснабжение и санитарную, труд, транспорт, торговлю, финансы, образование, окружающую среду, юстицию и иностранные дела. Политика всех секторов, которые оказывают непосредственное или косвенное влияние на здоровье, должна подвергаться анализу и согласовываться в целях предоставления максимума возможностей для охраны и укрепления здоровья. Это потребует от работников здравоохранения более чуткого реагирования на первичную мотивацию специалистов из других секторов и большей готовности совместно выработать такие политические курсы, которые взаимно полезны. Дополнительные многопрофильные научные исследования необходимы для изыскания новых возможностей для укрепления здоровья и его охраны через межсекторальные действия.

72. Более мощные совместные действия систем здравоохранения и сектора образования могут в значительной мере и оперативно способствовать общему улучшению состояния здоровья населения и долговременному сокращению неравенств в области здоровья и экономики между отдельными группами. Экономическая и финансово-налоговая политика могут значительно влиять на возможности улучшения здоровья и их распределение в обществе. Финансово-налоговая политика может способствовать здоровью; например, следует поощрять такую политику, которая препятствует использованию вредных продуктов и стимулирует потребление питательного продовольствия и здоровый образ жизни. Такая политика в сочетании с соответствующим законодательством и программами санитарного просвещения может замедлить или даже обратить вспять отрицательные тенденции, например рост неинфекционных болезней и травматизма.

73. Сельскохозяйственная политика может включать меры по предупреждению конкретных болезней в программы по ирригации, активно содействовать комплексной борьбе с вредителями для сведения к минимуму использование токсичных химических веществ, создавать структуры землепользования, которые, скорее, способствуют, чем препятствуют развитию людских поселений в сельских районах, поощряют замену культур, вредных для здоровья, и обеспечивают производство безопасного продовольствия в достаточных количествах. Политика в области энергетики, которая способствует здоровью, должна поддерживать использование более чистых источников энергии и обеспечивать меньшее количество опасных и токсичных отходов, более чистый и более эффективный с энергетической точки зрения транспорт, а также проектирование эффективных с точки зрения энергозатрат зданий. Кумулятивное воздействие таких политических курсов может быть очень значительным. Их принятие может обеспечить, чтобы здоровье не приносилось в жертву узким краткосрочным секторальным или экономическим выгодам.

74. Национальная политика в отношении демографического роста будет включать стратегии улучшения положения женщин, особенно за счет обеспечения их доступа к образованию и программам первичной медико-санитарной помощи и репродуктивного здоровья, а также их равного участия в принятии решений. Социальные, экономические и этические последствия репродуктивных методологий должны рассматриваться национальными и международными организациями.

Включение здоровья в планирование в интересах устойчивого развития

75. Чтобы развитие было устойчивым, его блага должны накапливаться для нынешнего и будущих поколений. Чтобы здоровье было поставлено на центральное место в гуманитарном развитии, вопросы здравоохранения должны получить самый высокий приоритет в планах устойчивого развития. Укрепление и охрана здоровья человека, а также вопросы его благополучия должны выступать в качестве главной отправной точки при рассмотрении всех аспектов развития.

Вопросы здравоохранения должны получить самый высокий приоритет в планах устойчивого развития.

76. Эксплуатация невозобновляемых ресурсов достигла опасных масштабов, а возобновляемые ресурсы потребляются так, что нет гарантии их сохранения. Принятие конвенций и действия, которые препятствуют серьезной деградации окружающей среды или предупреждают ее, будут содействовать охране здоровья будущих поколений.

77. Работники здравоохранения в первую очередь несут ответственность за четкое выявление связей между здоровьем, системами и службами здравоохранения и другими секторами. Они должны обеспечить, чтобы общее воздействие мероприятий по развитию на здоровье и последствия для обеспечения равенства доступа измерялись или прогнозировались. Требуется разработать соответствующую политику и предпринять действия в поддержку ЗДВ. Это предполагает использование возможностей для улучшения здоровья, которые предоставляют программы развития.

Работники здравоохранения в первую очередь несут ответственность за четкое выявление связей между здоровьем, системами и службами здравоохранения и другими секторами.

78. Включение показателей здоровья в оценку воздействия окружающей среды улучшит принятие решений в секторах здравоохранения и окружающей среды. Расширение понимания долгосрочного кумулятивного воздействия химических веществ, истощение озонового слоя, изменение климата, малых доз радиации и генетических манипуляций с растениями и животными, используемыми для производства продовольствия, имеют чрезвычайно важное значение для прогнозирования будущих угроз для здоровья и принятия своевременных мер для их устранения. Последствия изменения окружающей среды для здоровья должны быть количественно определены и использоваться для оценки успехов в достижении устойчивого развития. Это создаст стимулы как для улучшения окружающей среды, так и для охраны здоровья.

Включение показателей здоровья в оценку воздействия окружающей среды улучшит принятие решений в секторах здравоохранения и окружающей среды.

Глава 7. Основные функции устойчивых систем здравоохранения

В главе 7 содержится описание основных функций устойчивых систем здравоохранения. Они включают:

- *обеспечение качественной медико-санитарной помощью на протяжении всей жизни;*
- *профилактику болезней и борьбу с ними, а также охрану здоровья;*
- *содействие принятию законодательства и регулирующих норм в поддержку устойчивых систем здравоохранения и развития;*
- *разработку информационных систем здравоохранения и обеспечение активного эпиднадзора;*
- *содействие научным исследованиям и использованию науки и технологии и связанных с этим нововведений в интересах здоровья;*
- *формирование и поддержание кадровых ресурсов для здравоохранения; и*
- *обеспечение адекватного и устойчивого финансирования.*

Эти функции включают как основные функции общественного здравоохранения, так и функции отдельных служб медико-санитарной помощи (см. Рамку 10).

Рамка 10

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Эти функции представляют собой набор основных и необходимых видов деятельности по охране здоровья населения и лечению болезней, ориентированной на охрану окружающей среды и население. Они имеют жизненно важное значение для поддержания и укрепления здоровья. Странам, находящимся на всех уровнях развития, следует обеспечить осуществление этих видов обслуживания, по крайней мере, по минимальным стандартам, а правительственным учреждениям следует проводить их мониторинг. Функции следует рассматривать как основные, если они содействуют укреплению здоровья и предупреждают или защищают от воздействия основных факторов риска. Выполнение названных функций требует надежных партнерских взаимоотношений.

Обеспечение качественной медико-санитарной помощью на протяжении всей жизни

79. Подход к здоровью с точки зрения всего жизненного цикла признает сложное и взаимосвязанное воздействие многих факторов на здоровье взрослых и детей. Оказание помощи на протяжении всей жизни ставит особый акцент на мероприятиях, имеющих профилактический потенциал, который распространяется на весь период от рождения до смерти.

80. Подход с точки зрения всего жизненного цикла основан на очевидности связей между поколениями и на увязке ранних факторов, присутствующих от рождения до периода детства, со здоровьем подростков и на более поздних этапах жизни. Имеется много примеров состояний и видов поведения, которые можно было предупредить посредством инвестиций на этапе раннего детства и развития, ведущих к улучшению здоровья на более поздних этапах жизни. Подход с точки зрения всего жизненного цикла к укреплению здоровья, профилактике и к оказанию помощи может сократить распространенность инвалидности и повысить качество жизни в более поздние годы.

81. Учреждения медико-санитарной помощи в двадцать первом столетии будут отличаться от сегодняшних. Большее сосредоточение усилий на включении научных достижений в клиническую практику в сочетании с акцентом на качество помощи должно уменьшить расхождения в диагнозах и результатах. Более широкий диапазон помощи и услуг в учреждениях в общинах должен быть в наличии прямо или косвенно, например с помощью использования коммуникационной технологии. Больницы должны все больше концентрироваться на предоставлении амбулаторных, высокотехнологичных, лечебных и диагностических услуг. Долгосрочная помощь должна оказываться, главным образом, в общине посредством внебольничной учрежденческой помощи и услуг на дому. Это потребует солидарности в общине, а также поддержки в семьях между представителями различных поколений.

82. Помощь на протяжении всего жизненного цикла должна быть в наличии в местных общинах в рамках системы здравоохранения, которая подчеркивает качество профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Местные и районные службы здравоохранения должны быть в состоянии обеспечивать основными лекарственными средствами и другими услугами для удовлетворения потребностей общины. Они должны быть связаны с помощью электронных средств и с помощью постоянно имеющегося транспорта со специализированными центрами. Связь между местной службой здравоохранения и государством будет определяться степенью, в которой на места будут переданы административная ответственность, обязанности и инициативы. В отношении качества медико-санитарной помощи должен быть найден баланс, который наилучшим образом будет отражать структуру, ресурсы и потребности общины. Потребуется тесная интеграция медико-санитарных, образовательных, социальных и экологических служб, включая программы охраны здоровья в школах и охраны здоровья трудящегося населения.

Подход к здоровью с точки зрения всего жизненного цикла признает сложное и взаимосвязанное воздействие многих факторов на здоровье взрослых и детей.

Потребуется тесная интеграция медико-санитарных, образовательных, социальных и экологических служб, включая программы охраны здоровья в школах и охраны здоровья трудящегося населения.

Профилактика болезней и борьба с ними, а также охрана здоровья

Ориентированная на население профилактика болезней и борьба с ними в общинах, а также службы охраны здоровья обеспечивают преимущества для всех.

83. Профилактика болезней среди населения на протяжении всего жизненного цикла имеет решающее значение для гуманитарного развития. Ориентированные на население профилактика болезней и борьба с ними в общинах и службы охраны здоровья дают преимущества всем, причем их осуществление требует минимального индивидуального участия. Первостепенное внимание следует уделять эндемическим и часто появляющимся инфекциям, неинфекционным болезням, увечьям и насилию. Поддержание и расширение сферы деятельности таких служб должно быть децентрализовано, насколько это возможно, с учетом того, что успешная децентрализация требует наличия компетентных местных органов власти.

84. Поддержание экологических служб, способствующих охране и поддержанию здоровья, является обязанностью национальных и местных органов власти. Это включает службы по обеспечению доступа к безопасной воде и санитарии, чистому воздуху и безопасным продуктам питания, удалению и переработке опасных химических веществ и отходов, а также борьбу с переносчиками и загрязнением окружающей среды. Кроме того, включение потребностей и проблем здравоохранения в рамки городского планирования и разработка систем надлежащего инспектирования и мониторинга вредных для здоровья факторов окружающей среды являются функциями, главным образом, местных органов власти. Несмотря на то, что предоставление этих услуг зачастую происходит за пределами служб системы здравоохранения, специалисты здравоохранения должны обеспечивать их координацию и способствовать их осуществлению.

85. Службы профилактики болезней и охраны здоровья на рабочих местах являются важными компонентами комплексного подхода к улучшению здоровья работающих. Нынешний акцент на предупреждение воздействия конкретных факторов и на содействие безопасности на работе следует расширить для охвата всех предупреждаемых условий, которые влияют на взрослых людей на рабочих местах. Если люди работают на дому, их потребности в профессиональной гигиене должны удовлетворяться местными или районными службами здравоохранения.

Содействие принятию законодательства и регулирующих норм в поддержку устойчивых систем здравоохранения

Национальные законы должны устанавливать основу для коллективных действий в интересах здоровья.

86. Национальные законы должны устанавливать основу для коллективных действий в целях здоровья, защищать уязвимых и обездоленных людей от воздействия отрицательных экономических факторов и определять границы и ожидания правительства в отношении его партнеров. Законодательство и регулирующие нормы должны установить соотношение между индивидуальными свободами и общественными потребностями и интересами. Люди доверяют своему правительству создание такой системы здравоохранения, которая удовлетворяет их потребностям. Министерства и департаменты здравоохранения отвечают за разработку политики и установление приоритетов, отражающих потребности людей: посредством установления стандартов и норм, посредством обеспечения принятия поддерживающего законодательства и регулирующих норм и посредством информирования населения об их правах и обязанностях.

87. Регулирование и контроль имеют жизненно важное значение для установления надлежащего баланса между государственным и частным секторами. С учетом процессов глобализации и приватизации экономики растет потребность в таком законодательстве. Законодательство, которое содействует укреплению здоровья, включает меры по обеспечению стандартов окружающей среды, безопасности пищевых продуктов, запрета рекламы и финансирования рекламы табачных изделий, ограничений на продвижение на рынок алкоголя, запрета доступа к определенным видам оружия, мер по защите потребителей и предоставлению людям права на медико-санитарную помощь. Законодательство в области гигиены окружающей среды может защищать население от воздействия широкого диапазона опасных продуктов. Законодательство также необходимо для оказания помощи в борьбе с насилием и увечьями, для обеспечения соблюдения этической практики в медико-санитарной помощи и научных исследованиях, для предоставления регулирующих рамок медико-санитарной помощи частного сектора и межсекторальных действий в целях здоровья, а также для обеспечения безопасности фармацевтических препаратов и продуктов питания, равно как и для защиты потребителей медико-санитарных услуг и тех, кто их предоставляет. Успех этих подходов будет зависеть от политической приверженности, эффективности закона об общественном здравоохранении, общественной поддержки и эффективного исполнения.

Регулирование и контроль имеют жизненно важное значение для установления надлежащего баланса между государственным и частным секторами.

Разработка информационных систем здравоохранения и обеспечение активного эпиднадзора

88. Национальные и местные информационные системы здравоохранения являются необходимой предпосылкой для развития эффективных, действенных, справедливых и качественных систем здравоохранения. Национальные информационные системы здравоохранения должны быть способны предоставлять, анализировать, оценивать, подтверждать и распространять необходимую информацию для обеспечения активного процесса принятия решения, управления здравоохранением, клинической практики и просвещения населения. Системы национального и местного мониторинга, эпиднадзора и оценки необходимы для предоставления своевременной информации лицам, принимающим решения, что содействует оценке систем здравоохранения и управлению ими, а также способствует наилучшему использованию ресурсов.

Информация о здравоохранении является необходимой предпосылкой для развития качественных систем здравоохранения.

89. Одним из признаков устойчивой системы здравоохранения является ее акцент на активном эпиднадзоре и мониторинге. Глобальные, региональные, национальные и местные системы эпиднадзора, мониторинга и раннего оповещения будут предупреждать население о надвигающихся опасностях для здоровья, тем самым создавая возможности для принятия надлежащих мер. Соответствующая разбивка исходных данных даст возможность названным системам выявлять случаи несправедливости в отношении здоровья, связанные с социальным классом, полом, местонахождением или возрастом. Улучшение связи между местными учреждениями, национальными организациями и ВОЗ станет возможным благодаря более совершенным технологиям передачи информации и связи.

Глобальные, региональные, национальные и местные системы эпиднадзора, мониторинга и раннего оповещения будут предупреждать население о надвигающихся опасностях для здоровья.

90. Интегрированная система активного эпиднадзора и мониторинга для здоровья будет сосредоточена, по меньшей мере, на следующих областях: инфекционные болезни, состояние здоровья и тенденции, включая коэффициенты рождаемости и смертности; выполнение международных норм, стандартов и правил; прогресс в сокращении неравенства в доступе

в отношении здоровья; эффективность основных функций общественного здравоохранения; воздействие различных видов образа жизни на состояние здоровья; транснациональные проблемы здравоохранения и "секторальное" воздействие на здоровье.

Содействие использованию науки и технологий

Быстрый прогресс должен дать возможность более бедным странам извлечь максимальные преимущества из развития технологий и воспользоваться опытом других стран.

91. Прогресс науки и технологии в прошлом дал существенные преимущества для здоровья. В двадцать первом веке научно-технический прогресс, вероятно, должен дать еще большие преимущества для всех. В частности, быстрый прогресс в некоторых областях в течение предстоящих десятилетий должен дать возможность более бедным странам извлечь максимальные преимущества из развития технологии и воспользоваться опытом других стран.

92. Охват технологий для здоровья включает от технологий, которые дают прямые преимущества для здоровья, такие как "геномика" (изучение структуры и функций генома), биологические препараты, фармацевтические препараты и медицинские устройства, до технологий, которые поддерживают функции систем здравоохранения, например телекоммуникации, информационные технологии и охрана окружающей среды и технологии производства продуктов питания. Более тесные партнерские связи с исследованиями и разработками в области науки и техники между пользователями и новаторами, а также между частным и государственным секторами увеличат шансы того, что нововведения в науке будут содействовать улучшению здоровья во всем мире. Научных исследователей и учреждения, финансирующие научные исследования в различных географических условиях и на различных уровнях развития, следует поощрять к обмену опытом и ресурсами в духе международной солидарности.

93. При оценке новых технологий для здоровья и оказании им содействия необходимо учитывать следующие обстоятельства: их способность улучшать качество жизни и укреплять здоровье; возможности для содействия справедливости; соблюдение конфиденциальности и индивидуальной автономии, а также степень их сосредоточения на детерминантах здоровья. В то же время должны быть предприняты усилия к тому, чтобы принять долгосрочные временные рамки и широкий взгляд на вопросы передачи технологии, поскольку преимущества и прикладное применение технологии не всегда сразу же воспринимаются, реализуются или становятся доступными.

Формирование и поддержание кадровых ресурсов для здравоохранения

Хорошо подготовленные и заинтересованные кадры имеют важное значение для хорошего функционирования систем здравоохранения.

94. Хорошо подготовленные и заинтересованные кадры имеют важное значение для хорошего функционирования систем здравоохранения. Поддержка учебных заведений со стороны государства, ВОЗ и их партнеров должна отражать необходимость в непрерывном и всеобъемлющем создании потенциала для здравоохранения. Кадры здравоохранения в двадцать первом веке, равно как и условия труда всех работников здравоохранения, должны обеспечивать качественные услуги, основанные на ценностях ЗДВ. Культура здоровья, уважающая и поддерживающая право на здоровье, этику, справедливость и учет различий по признаку пола, имеет фундаментальное значение. Это относится ко всему персоналу здравоохранения, а также к членам общины, которые будут во все большей степени оказывать помощь людям на дому и в общине.

95. Учебные заведения для персонала здравоохранения должны постоянно пересматривать свои учебные программы в свете новых знаний для удовлетворения потребностей людей. Больше реагирование на потребности общества будет достигаться посредством расширения ориентированного на общину медицинского и медико-санитарного образования и научных исследований. Учрежденческое и индивидуальное руководство, осуществляемое работниками здравоохранения, должно особо подчеркивать ценности концепции достижения здоровья для всех. В отношении лиц и учреждений, оказывающих медико-санитарную помощь, это требует уделения особого внимания вопросам соблюдения прав отдельных людей, конфиденциальности, достоинства и самоуважения; вопросам уважения различных духовных и культурных ценностей и потребностей отдельных людей, а также вопросам понимания потребностей в справедливой, доступной и устойчивой медико-санитарной помощи. Профессиональные кодексы поведения должны быть совместимы с ценностями ЗДВ.

Учрежденческое и индивидуальное руководство, осуществляемое работниками здравоохранения, должно особо подчеркивать ценности концепции достижения здоровья для всех.

96. При планировании кадровых ресурсов следует признавать необходимость дополнения медицинского и сестринского персонала кадрами, способными работать в многодисциплинарном коллективе. Такие многодисциплинарные бригады должны включать тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь, техников, терапевтов, врачей, а также сестринский персонал. Недостатки в обеспечении специалистами общественного здравоохранения будут устраняться посредством технического сотрудничества, а также международной подготовки и образования. Необходимо расширить границы существующих дисциплин в областях развития, окружающей среды, социальной сфере, области общественного здравоохранения и в области медицины и укрепить навыки развития в общине. Сочетание новых технологий и различных демографических, эпидемиологических и социальных задач требует, чтобы клинические знания и навыки работников здравоохранения, а также их знания и навыки в области общественного здравоохранения и управления постоянно повышались. Для удовлетворения потребностей населения в улучшении информации по всем аспектам здоровья больше внимания следует обращать на подготовку по развитию коммуникационных навыков, навыков укрепления здоровья, предоставления необходимых видов помощи и оценки их с точки зрения общины. Телекоммуникационные связи дают новые возможности для дистанционного обучения и диагностической поддержки во многих местах. Эти связи ликвидируют расстояния и позволят ускорить развитие кадровых ресурсов в бедных странах и общинах.

Необходимо постоянно повышать клинические знания и навыки работников здравоохранения, а также их знания и навыки в области общественного здравоохранения и управления.

97. Сектор здравоохранения должен разрабатывать национальную политику, которая будет содействовать достижению самообеспеченности в развитии кадровых ресурсов, возможностей для продвижения по службе, распределению кадровых ресурсов и соответствующих условий труда для работников здравоохранения. Такая политика должна рассматривать долгосрочные потребности в кадрах здравоохранения; развивать учрежденческое и индивидуальное лидерство; укреплять управленческий потенциал; и улучшать управление, инфраструктуру и учрежденческую среду. Помимо этого, глобальная политика и региональная политика будут рассматривать более широкие вопросы кадровых ресурсов, такие как транснациональное перемещение специалистов здравоохранения, обеспечение подготовки кадров и необходимость в международном согласовании стандартов образования и обслуживания, использования соответствующих регулярных и финансовых механизмов для сохранения и укрепления национального потенциала.

Сектор здравоохранения должен разрабатывать национальную политику, которая будет содействовать достижению самообеспеченности в развитии кадровых ресурсов и распределении кадров здравоохранения.

Обеспечение адекватного и устойчивого финансирования

Правительственные действия и регулирование необходимы для обеспечения справедливого использования национальных ресурсов в целях удовлетворения потребностей в области здравоохранения.

Все страны поощряются к улучшению своего аналитического потенциала, позволяющего обеспечивать более справедливое и эффективное использование финансовых ресурсов.

Расходы по обеспечению доступа к основной медико-санитарной помощи по осуществлению нормирования будут справедливым образом распределены среди всего населения.

98. Правительственные действия и регулирование необходимы для обеспечения адекватного уровня финансирования (из государственных или частных источников), для содействия сдерживанию расходов и финансовой дисциплине, для обеспечения перечнями основных лекарственных средств и технологий и для обеспечения справедливого использования национальных ресурсов в целях удовлетворения потребностей в области здравоохранения. Для достижения этих целей необходимо тесное сотрудничество в правительстве между департаментами здравоохранения, финансов и планирования. Когда правительство оставляет за собой основные полномочия в отношении систем здравоохранения или предоставляет им основные средства, то справедливость доступа, сдерживание расходов и сильный акцент на профилактических и оздоровительных службах являются более вероятными.

99. Подходы, необходимые для обеспечения адекватных уровней финансирования в целях создания устойчивых систем здравоохранения, варьируются между странами. Во многих наиболее бедных странах необходимо дополнительное финансирование из источников общины и от международных доноров для поддержки основных функций систем здравоохранения, особенно тех, которые дают преимущество бедным людям. В странах со средними доходами обеспечение такого положения, при котором значительная доля финансирования поступает из формируемых за счет предварительной оплаты источников поступлений, повышает шансы на создание справедливых и эффективных служб здравоохранения. В странах с высокими доходами увеличение расходов, связанных с медико-санитарной помощью, может не давать преимуществ для здоровья. Во всех странах следует рассмотреть меры по сдерживанию расходов в целях доведения до максимума эффективности с точки зрения затрат. Все страны поощряются к улучшению своего аналитического потенциала, позволяющего обеспечивать более справедливое и эффективное использование финансовых ресурсов.

100. В справедливой системе медико-санитарной помощи будет обеспечиваться всеобщий доступ к адекватному уровню помощи на протяжении всего жизненного цикла. Государство будет иметь возможность со временем расширять и повышать уровень помощи, которую оно обеспечивает. Расходы по обеспечению доступа к основной медико-санитарной помощи по осуществлению нормирования будут справедливым образом распределены в соответствии с потребностями среди всего населения. Однако перемещение расходов, связанных с медико-санитарной помощью, на отдельных людей и отдельные семьи следует производить осторожно. Основанные на солидарности финансовые механизмы и системы страхования могут быть использованы для обеспечения равенства доступа за счет такого положения, при котором больные и бедные люди будут поддерживаться здоровыми и работающими членами общества. Эти подходы должны быть направлены на обеспечение инвестиций в службы здравоохранения и социальные службы для будущих поколений.

Глава 8. Ключевые моменты для успешного достижения здоровья для всех в 21-м столетии

В главе 8 описано движение от политики к действиям - сощещательного и направленного на создание консенсуса процесса, посредством которого идеалы политики будут преобразованы странами в конкретные достижения. Этот процесс начинается с оценки и определения основных ценностей, целей и задач, за которыми следуют разработка вариантов политики, принятие решений и действия и, наконец, оценка. Ключевое значение для успешного процесса имеют надлежащее руководство, механизм для установления приоритетов, надежное партнерство и оценка.

Укрепление потенциала для разработки политики

101. Движение от политики к действиям требует динамического руководства, участия и поддержки населения, четкого осознания цели и ресурсов. Преобразование политики ЗДВ в действия должно рассматриваться в контексте общей экономической и социальной ситуации в стране или на местах; необходимые решения не являются легкими, учитывая множество влияющих факторов и неопределенность сложной политической среды. Для достижения цели обеспечения здоровья для всех каждая страна выберет наилучшее сочетание вариантов политики. Это сочетание будет варьироваться в зависимости от национальных потребностей, возможностей и приоритетов.

Движение от политики к действиям требует динамического руководства.

102. Правительства нуждаются в мощном потенциале для разработки политики, направленной на решение крупных задач, стоящих перед ними. Для осуществления своей политики им предстоит преодолеть ряд препятствий. Во многих странах работники здравоохранения могут разработать политику, но не могут претворить ее в жизнь. Правительствам необходимо развивать умения и навыки в области стратегического управления, свести к минимуму устаревшие бюрократические процедуры и правила, а также создать механизм регулирования, обеспечивающий надежную основу для проведения реформы. Прежде всего им необходимо разработать поддерживающую правовую и организационную основу, которая побуждает работников здравоохранения к внедрению нововведений и постепенному продвижению к четко определенным целям и задачам политики. Необходимо уделять больше внимания вопросам анализа политики, особенно ее связи с межсекторальными действиями, для обеспечения направленности политики, проводимой различными секторами, на достижение здоровья. Решения должны оцениваться с точки зрения их краткосрочных и долгосрочных последствий с конечной целью достижения стабильных результатов. Поддержка населением политики, которая приведет к долгосрочным преимуществам, укрепляется в тех случаях, когда налицо улучшение здоровья в краткосрочной перспективе.

Правительства нуждаются в сильном потенциале для разработки политики, направленной на решение крупных задач, стоящих перед ними.

103. Для того чтобы политика основывалась на научных данных, требуется надежная научно-исследовательская база в области здравоохранения и эпидемиологии наряду с соответствующей информацией о том, что хотело бы население, а также о наличии ресурсов. Это требует укрепления научной и технологической инфраструктуры (особенно в развивающихся странах), содействия проведению политики в области здравоохранения и изучению систем здравоохранения, а также методологических нововведений в области измерения, аналитических

При использовании научных данных необходимо руководствоваться этическими соображениями.

методов и моделей выделения ресурсов. При использовании научных данных необходимо руководствоваться этическими соображениями.

Надлежащее руководство

Руководство представляет собой систему, посредством которой общество организует и управляет делами различных секторов и партнеров для достижения своих целей.

104. Здоровье для всех зависит от желания и действий различных секторов и партнеров на всех уровнях. *Руководство* представляет собой систему, посредством которой общество организует и управляет делами этих секторов и партнеров для достижения своих целей. Только при сотрудничестве многих заинтересованных сторон и секторов, которые оказывают воздействие на здоровье, можно осуществить концепцию ЗДВ. Участие гражданского общества, особенно неправительственных организаций, повышает вероятность того, что все, занимающиеся вопросами здоровья, возьмут на себя ответственность и согласятся отчитываться за свои действия.

105. Признаками надлежащего руководства в интересах здоровья на всех уровнях являются открытость, подотчетность и наличие стимулов для содействия участию. Надлежащее руководство ведет к сохранению и укреплению мира и стабильности между странами и внутри стран - к условиям, которые имеют существенное значение для здоровья. При надлежащем руководстве критерии, используемые для принятия решений, - от установления приоритетов до распределения ресурсов - хорошо известны, а результаты мониторинга и оценки осуществления широко распространяются. В такой системе известны роль и обязанности каждого действующего лица.

Планирование на местах при широком участии населения укрепит связи общин с этими службами.

106. Правительства отдельных стран обязаны учитывать связанные со здоровьем вопросы при разработке гражданской политики (см. Рамку 11). Децентрализованное принятие решений по вопросам, связанным со здоровьем, в широких рамках развития, в которых поощряются модели партнерства при обеспечении услуг, помогут обеспечить учет местных потребностей. Планирование на местах при широком участии населения, полное использование местного потенциала и ресурсов, а также более эффективное сотрудничество в приближении экологических, социальных и экономических служб к населению повысит их использование и укрепит связи общины с этими службами. Надлежащее местное руководство системами здравоохранения при поддержке национальных, региональных и глобальных действий будет содействовать здоровым условиям жизни и работы, а также доступу к медико-санитарной помощи на протяжении всего жизненного цикла. Для достижения успеха лица, участвующие в местном руководстве, должны получить подготовку по навыкам управления.

Внешняя политика должна включать подходы общественного здравоохранения к предупреждению болезней и укреплению здоровья.

107. Международная и внешняя политика должна иметь более широкую основу при уделении большего внимания международной безопасности в отношении здоровья и ее содействию прочному миру. Внешняя политика должна включать подходы общественного здравоохранения к предупреждению болезней и укреплению здоровья. Политика должна учитывать и рассматривать угрозы для безопасности человека, включая последствия для здоровья, связанные с нарушениями прав человека, транснациональных угроз в связи с болезнями, торговли продуктами, вредными для здоровья, ухудшения окружающей среды, неравенства между странами и внутри них в областях здравоохранения и экономики, миграции и роста численности населения. Страны должны сотрудничать в деле разработки стратегий, которые обеспечивают устойчивую безопасность людей.

108. Следует образовывать региональные союзы в областях экономики, политики и развития, а также новые двусторонние и многосторонние органы с целью создания новых возможностей для регионального руководства по вопросам здоровья. Сотрудничество между странами со сходными уровнями экономического развития позволит применять общий подход. Важно будет обеспечить, чтобы политика и действия осуществлялись на том уровне, на котором они могут принести наибольшую выгоду для здоровья.

Установление приоритетов для действий

109. Существует широкий диапазон стратегий для улучшения здоровья, но ресурсы ограничены. Это означает, что правительства должны определить границы для необходимых действий и в их пределах выбрать приоритеты. Процесс установления приоритетов будет отличаться в зависимости от того, какие варианты будут выбраны на национальном, местном или индивидуальном уровнях. Существует пять возможных уровней принятия решений по финансированию:

- макроуровень финансирования систем и служб здравоохранения;
- распределение средств бюджета между различными географическими районами и службами;
- выделение ресурсов на конкретные виды лечения;
- выбор, касающийся того, какие больные должны будут получать лечение;
- решения о размерах сумм, которые необходимо израсходовать на отдельных больных.

Установление приоритетов, для того чтобы здравоохранение заняло центральное место при решении вопросов гуманитарного развития, является сложным делом и требует пристального внимания со стороны самых высоких уровней иерархии власти. Делая такой выбор, учитывающее социальные перспективы правительство делает акцент на нужды людей, и особенно бедняков и женщин.

110. При установлении приоритетов должны учитываться технические соображения, в частности состояние здравоохранения и потребности населения. Приоритеты действий в конкретной группе населения будут определяться относительным значением различных проблем здравоохранения с точки зрения: эпидемиологических показателей бремени болезней или страданий, эффективности (в том числе эффективности затрат) практических мероприятий по улучшению здоровья и уменьшению случаев несправедливости, возможных тенденций при отсутствии действий, способности сектора здравоохранения осуществлять или пропагандировать межсекторальные действия и поддержки со стороны населения. Кроме того, необходимо будет рассмотреть конкретное содействие секторов, а также вопросы финансовой осуществимости и учрежденческого потенциала.

Поскольку ресурсы ограничены, правительства должны определить границы для необходимых действий и в их пределах выбрать приоритеты.

Рамка 11

РОЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВ В ДОСТИЖЕНИИ ЗДВ

Демонстрировать приверженность основным ценностям:

- * разрабатывать политику, поддерживающую ЗДВ;
- * пропагандировать достижение здоровья для всех;
- * выполнять международные соглашения, связанные с правом на здоровье;
- * укреплять национальный потенциал для обеспечения этических стандартов в области здравоохранения и медико-санитарной помощи;
- * включать вопросы, связанные со справедливостью и различиями по признаку пола, в политику в области здравоохранения и развития;
- * способствовать надлежащему руководству в области здравоохранения;
- * содействовать развитию партнерских связей в области здравоохранения.

Обеспечить здоровью центральное место в гуманитарном развитии:

- * обеспечивать, чтобы экономическая политика укрепляла здоровье;
- * инвестировать в системы и службы здравоохранения и образования;
- * вести борьбу с бедностью посредством многосекторальных и целенаправленных программ;
- * направлять политику правительства во всех секторах в интересах укрепления здоровья;
- * требовать проведения оценки окружающей среды и ее воздействия на здоровье для проектов в области развития.

Создавать устойчивые системы здравоохранения:

- * обеспечивать эффективные правовые и регулирующие рамки для ЗДВ;
- * обеспечивать равный доступ к основной качественной помощи на протяжении всего жизненного цикла;
- * осуществлять национальные и местные системы эпиднадзора и мониторинга;
- * обеспечивать осуществление контроля за основными эндемическими болезнями;
- * предпринимать усилия по полной или частичной ликвидации отдельных болезней;
- * инвестировать средства для развития науки и технологии, связанных со здоровьем;
- * обеспечивать развитие и поддержку учрежденческого и людского потенциала в области медико-санитарной помощи;
- * обеспечивать адекватное и устойчивое финансирование систем здравоохранения.

Приоритеты следует устанавливать, используя открытый консультативный подход с участием в нем населения и основных партнеров в области здравоохранения.

111. Приоритеты следует устанавливать, используя открытый консультативный подход с участием в нем населения и основных партнеров в области здравоохранения. Необходимо будет повысить степень осознания ценностей, которые должны лежать в основе принимаемых решений. Регулярный диалог и обмен мнениями между различными группами приведут к установлению общего понимания основных проблем и вариантов действий. Для разработки справедливой и устойчивой политики важное значение имеет мнение маргинализированных групп населения, больных и инвалидов. Приоритеты следует регулярно пересматривать. Правительства играют важную роль в содействии этому процессу. Требуется хорошо разработанная политика и хорошие аналитические способности для обеспечения того, чтобы в переговорах с международными донорами в первую очередь учитывались национальные потребности.

Партнерство в целях здоровья

112. Совершенно очевидным является рост плюрализма, влияющего на руководство сектором здравоохранения. Необходимо партнерство между многочисленными уровнями и секторами, занимающимися вопросами здоровья, и такое партнерство станет главным компонентом достижения ЗДВ. Продуктивное партнерство позволит объединить различные идеологии, культуры и таланты таким образом, что будет создаваться энергия и стимулироваться воображение в деятельности по улучшению здоровья. Работа на основе партнерских взаимоотношений требует, чтобы были определены роли, продемонстрирована подотчетность и критически оценено влияние совместных действий и прежде всего выработано доверие.

Продуктивное партнерство позволит объединить различные идеологии, культуры и таланты таким образом, что будет создаваться энергия и стимулироваться воображение.

113. Сущность ЗДВ заключается в организации партнерства среди общин и в разработке соответствующих навыков в целях как увеличения вариантов, имеющихся в распоряжении отдельных лиц и стран, так и усиления контроля, который они осуществляют за этими вариантами. Партнерство между людьми и учреждениями на всех уровнях позволяет осуществлять обмен опытом, знаниями и ресурсами, необходимыми для достижения здоровья для всех. Необходимость участия населения была отмечена в Алма-Ате. Прямое и косвенное участие людей в укреплении и поддержании своего здоровья, а также здоровья своих семей и общин лежит в основе ориентированных на людей подходов к вопросам развития. Такие подходы требуют осуществления основанных на самообеспеченности программ по устойчивому развитию, которые расположены в общинах, осуществляющих руководство ими. Для обеспечения полного осуществления срочно необходимо усиление приверженности всех участвующих сторон.

Прямое и косвенное участие людей лежит в основе ориентированных на людей подходов к вопросам развития.

114. Правительствам следует стремиться к созданию условий, стимулирующих и способствующих партнерству в интересах здоровья. Необходимы как официальные партнерские связи, так и основанные на общинах неофициальные сети на различных уровнях. ВОЗ и правительствам следует рассмотреть вопрос о разработке руководящих принципов сотрудничества с частным сектором, направленных на обеспечение того, чтобы новые партнерские связи были взаимовыгодными и всегда служили здоровью. Такие партнерские связи могут основываться на энергии и жизненной силе гражданского общества, особенно неправительственных организаций, для развития условий, которые способствуют улучшению здоровья. Неофициальные сети имеют важное значение, но зачастую они отсутствуют в районах, в которых происходит быстрая урбанизация или миграция, в общинах беженцев и в послеконфликтных ситуациях. Создание (или восстановление деятельности) культурных, спортивных, религиозных групп и групп женщин с помощью системы местного руководства может усилить социальную сплоченность и социальную среду, благоприятствующую здоровью.

Необходимы как официальные партнерские связи, так и основанные на общинах неофициальные сети на различных уровнях.

Глобальные действия в поддержку национального здравоохранения

Глобальные действия должны быть направлены на достижение преимуществ глобализации в интересах здоровья для всех на справедливой основе.

115. Региональные, национальные и действия на местах в отдельности не могут обеспечить возможность всеобщего достижения наивысшего уровня здоровья или сокращения несправедливости в отношении здоровья. Необходимы также глобальные действия и сотрудничество между странами. Эти действия должны быть направлены на достижение преимуществ глобализации в интересах здоровья для всех на справедливой основе и на предупреждение или сведение к минимуму различного рода опасностей. Для успешного достижения этой цели решающее значение будет иметь полная мобилизация и поддержка международных и неправительственных организаций, занимающихся вопросами здоровья и развития для выполнения ЗДВ. Приоритеты глобальных действий будут направлены на решение следующих проблем:

- глобальное бремя предупреждаемых болезней;
- увеличение бремени болезней, особенно в наиболее бедных странах и общинах;
- глобальные болезни и проблемы здравоохранения, распространяющиеся за пределы национальных границ, в отношении которых имеются решения в рамках сектора здравоохранения или межсекторальные решения, требующие транснациональных подходов;
- ситуации, в которых эффективности функций общественного здравоохранения препятствуют стихийные бедствия или антропогенные катастрофы (включая конфликты) или в которых учрежденческий и кадровый потенциал для действий остается слабым.

Глобальные действия общественного здравоохранения должны быть повсеместно приемлемыми.

116. Глобальные действия общественного здравоохранения должны быть приемлемыми повсеместно, представлять собой глобальное достояние общественного здравоохранения, в котором преимущества для отдельных стран могут быть низкими, но общие преимущества - высокими. Такие глобальные действия общественного здравоохранения включают активный эпиднадзор, поддержку изучения вопросов бедности и здоровья, развитие глобальных этических и научных норм и стандартов. Они включают профилактику, борьбу, полную или частичную ликвидацию отдельных болезней и связанных с ними факторов риска, которые представляют собой транснациональную угрозу здоровью и поддаются воздействию. Кроме того, либерализация торговли требует большей совместимости политических задач между международными и межправительственными учреждениями и многонациональными учреждениями, участвующими в торговле и здравоохранении.

Оценка и мониторинг

Оценка является важнейшим средством управления и основой для формирования новой политики и программ.

117. Оценка является важнейшим средством управления для определения ценности программы на основе сопоставления эффективности программы и поставленных целей. В качестве основы для формирования новой политики и программ оценка должна быть связана с анализом политики и рекомендациями. Оценка должна играть ключевую роль в укреплении политического процесса и служить в качестве окончательной проверки степени успеха политики. Политика будет пересматриваться раз в десять лет на основе оценки глобального прогресса в достижении ЗДВ. Процесс оценки должен быть включен в постановку целей и разработку задач и показателей.

118. Национальные и местные задачи, основанные на политике ЗДВ, должны отражать ситуации и приоритеты в странах. Системы оценки и мониторинга, усиленные за счет коммуникационных и информационных технологий, будут определять, какие цели достигаются, а какие из них требуют дополнительного внимания. С их помощью будет также проводиться оценка уровня воздействия, а также оказываться с помощью имеющихся ресурсов содействие разработке новых подходов, которые принесут наибольшую пользу. Цель будет заключаться в предоставлении информации, необходимой для оценки воздействия политики на всех уровнях. Явное внимание будет обращено на оценку степени, в которой ценности ЗДВ включены на всех уровнях в стратегии.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Пояснительные замечания по глобальным задачам в отношении здоровья

Глобальные задачи по здравоохранению

1. Справедливость в отношении здоровья: задержка роста в детстве
2. Выживание: КМС, КДС, ожидаемая продолжительность жизни
3. Обратить вспять глобальные тенденции в отношении пяти основных пандемий
4. Полная и частичная ликвидация определенных болезней
5. Улучшение доступа к водоснабжению, санитарии, пищевым продуктам и жилью
6. Меры по укреплению здоровья
7. Разработка и осуществление национальной политики ЗДВ
8. Улучшение доступа к комплексной, качественной основной медико-санитарной помощи
9. Внедрение в здравоохранение глобальных и национальных информационных систем и эпиднадзора
10. Поддержка научных исследований в области здравоохранения

Общие замечания

- * Информационные системы здравоохранения должны предоставлять данные по всем важным подгруппам населения, распределяя их в соответствии с возрастом, с социально-экономическим классом, полом, расой/этническим признаком, географическим местонахождением и состоянием здоровья.
- * Показатели должны разрабатываться и использоваться на соответствующих уровнях системы здравоохранения для измерения степени прогресса в выполнении этих задач.
- * Достижение всех поставленных задач требует активных действий по сотрудничеству на всех уровнях и участия всех партнеров. Характер партнерского участия и их индивидуальный вклад в общее дело могут быть различными.

Конкретные замечания

Задача 1: К 2005 г. показатели "равенства доступа" будут использоваться в странах и между странами в качестве основы для внедрения и мониторинга равного доступа к медико-санитарной помощи. Изначально равенство доступа будет оцениваться исходя из замеров роста ребенка.

- На первом этапе количественным параметром задачи в отношении равного доступа станет процентный показатель числа детей в возрасте до 5 лет, имеющих задержки в росте¹, который должен составлять менее 20% во всех странах и особых подгруппах населения в странах к 2020 г.
- Параметр "линейная задержка роста" был рекомендован Комитетом экспертов ВОЗ по физическому состоянию: Использование и толкование антропометрии² в качестве идеального показателя для определения приоритетов при выделении ресурсов для уменьшения несправедливости в области медико-санитарной помощи.
- Наилучшим показателем для мониторинга роста ребенка является соотношение роста к возрасту, потому что он измеряет общее недостаточное развитие, связанное с долгосрочными факторами, включающими хроническое недостаточное ежедневное потребление продуктов питания, частые инфекции, неправильную практику кормления и, возможно, низкое социально-экономическое состояние семьи.
- На основе существующих в настоящее время тенденций и уровней (38% в развивающихся странах и 34% во всем мире) можно сделать заключение о том, что эта глобальная задача (20% всех детей в возрасте до 5 лет) осуществима. Однако при рассмотрении различных контекстов на региональном, национальном и местном уровнях страны поощряются к установлению собственных задач.
- Рекомендуется проводить четкое различие между постановкой задачи, касающейся справедливости, с данным показателем и постановкой общей задачи. Следующие примеры являются иллюстрацией того, что означает общая задача и задача, касающаяся справедливости, в отношении коэффициента детской смертности:
 - общая задача; к году сократить коэффициент детской смертности до x% (относится к общему совокупному результату);
 - задача, касающаяся справедливости; к году сократить детскую смертность до x% в целом и уменьшить различия в коэффициентах детской смертности между группами населения с наибольшим и наименьшим доходом на z%.

Задача 2: К 2020 г. будут выполнены задачи, поставленные на всемирных конференциях в отношении коэффициента материнской смертности (КМС), детской смертности, а также смертности детей в возрасте до пяти лет (КДС) и ожидаемой продолжительности жизни.

- В количественном выражении показатели для КМС, КДС и ожидаемой продолжительности жизни в соответствии с определенными задачами на состоявшихся недавно всемирных конференциях составят: КМС - меньше, чем 100 на 100 000 живорожденных; КДС - менее 45 на 1000 живорожденных; предполагаемая продолжительность жизни при рождении - свыше 70 лет для всех стран.
- Определяя показатель КДС как менее 45 на 1000 живорожденных, система здравоохранения принимает на себя обязательства первоочередного выделения ресурсов на ИТДБ (интегрированную терапию детских болезней) и обязательства в отношении того, что предоставляемые виды лечения, экономически эффективные, результативные с точки зрения терапии, будут внедрены во всех странах. Данный подход должен обеспечить сокращение

¹ Определяются как соотношение рост/возраст, выражаемое величиной на "два порядка" меньшей, чем стандартный показатель.

² Серия Технических докладов ВОЗ, No. 854, 1995 г. (по англ. изд.).

Обеспечение адекватного и устойчивого финансирования

Правительственные действия и регулирование необходимы для обеспечения справедливого использования национальных ресурсов в целях удовлетворения потребностей в области здравоохранения.

Все страны поощряются к улучшению своего аналитического потенциала, позволяющего обеспечивать более справедливое и эффективное использование финансовых ресурсов.

Расходы по обеспечению доступа к основной медико-санитарной помощи по осуществлению нормирования будут справедливым образом распределены среди всего населения.

98. Правительственные действия и регулирование необходимы для обеспечения адекватного уровня финансирования (из государственных или частных источников), для содействия сдерживанию расходов и финансовой дисциплине, для обеспечения перечнями основных лекарственных средств и технологий и для обеспечения справедливого использования национальных ресурсов в целях удовлетворения потребностей в области здравоохранения. Для достижения этих целей необходимо тесное сотрудничество в правительстве между департаментами здравоохранения, финансов и планирования. Когда правительство оставляет за собой основные полномочия в отношении систем здравоохранения или предоставляет им основные средства, то справедливость доступа, сдерживание расходов и сильный акцент на профилактических и оздоровительных службах являются более вероятными.

99. Подходы, необходимые для обеспечения адекватных уровней финансирования в целях создания устойчивых систем здравоохранения, варьируются между странами. Во многих наиболее бедных странах необходимо дополнительное финансирование из источников общины и от международных доноров для поддержки основных функций систем здравоохранения, особенно тех, которые дают преимущество бедным людям. В странах со средними доходами обеспечение такого положения, при котором значительная доля финансирования поступает из формируемых за счет предварительной оплаты источников поступлений, повышает шансы на создание справедливых и эффективных служб здравоохранения. В странах с высокими доходами увеличение расходов, связанных с медико-санитарной помощью, может не давать преимуществ для здоровья. Во всех странах следует рассмотреть меры по сдерживанию расходов в целях доведения до максимума эффективности с точки зрения затрат. Все страны поощряются к улучшению своего аналитического потенциала, позволяющего обеспечивать более справедливое и эффективное использование финансовых ресурсов.

100. В справедливой системе медико-санитарной помощи будет обеспечиваться всеобщий доступ к адекватному уровню помощи на протяжении всего жизненного цикла. Государство будет иметь возможность со временем расширять и повышать уровень помощи, которую оно обеспечивает. Расходы по обеспечению доступа к основной медико-санитарной помощи по осуществлению нормирования будут справедливым образом распределены в соответствии с потребностями среди всего населения. Однако перемещение расходов, связанных с медико-санитарной помощью, на отдельных людей и отдельные семьи следует производить осторожно. Основанные на солидарности финансовые механизмы и системы страхования могут быть использованы для обеспечения равенства доступа за счет такого положения, при котором больные и бедные люди будут поддерживаться здоровыми и работающими членами общества. Эти подходы должны быть направлены на обеспечение инвестиций в службы здравоохранения и социальные службы для будущих поколений.

ЗАДАЧА 4: Корь будет полностью ликвидирована к 2020 г.; лимфатический филяриатоз будет частично ликвидирован к 2020 г.; передача болезни Шагаса будет прервана к 2010 г.; лепра будет частично ликвидирована к 2010 г.; и трахома будет частично ликвидирована к 2020 г. Кроме того, недостаточность витамина А и йода будет ликвидирована до 2020 г.

- Предполагается, что к 2000 г. будет полностью ликвидирован полиомиелит и к 2005 г. прервана передача дракункулеза. Эпиднадзор в период после полной ликвидации и дальнейшие меры по сертификации будут продолжаться после 2000 г.. Конкретные задачи в отношении ряда болезней представлены в пункте 38 настоящего документа.
- Основной акцент в борьбе с частичной ликвидацией лепры будет сделан на уровне отдельных районов, т.е. распространенность этого заболевания составит менее одного случая на 10 000 человек - жителей в каждом районе.

Задача 5: К 2020 г. все страны на основе межсекторальных действий достигнут значительных успехов в обеспечении безопасного водоснабжения питьевой водой, соответствующих санитарных условий, обеспечения продуктами питания и жилищ в достаточном количестве и необходимого качества.

- Конкретными показателями будут такие, как:
 - число семей/людей с регулярным доступом к достаточной и безопасной питьевой воде;
 - число семей/людей, обеспеченных надлежащими средствами санитарии;
 - число семей/людей, проживающих в жилищах, которые в структурном отношении являются безопасными и расположены на безопасной территории;
 - число семей/людей, имеющих доступ к достаточным и безопасным продуктам питания.

Задача 6: К 2020 г. во всех странах будет обеспечено внедрение, активное руководство и мониторинг стратегиями по укреплению содействующих здоровому образу жизни привычек поведения и уменьшения опасных для здоровья факторов за счет внедрения регуляторных, экономических, образовательных, организационных и коммунальных программ.

- Эта задача основана на Оттавской и Джакартской хартиях, касающихся политики, обеспечивающей здоровье населения, благоприятных условий окружающей среды, действий общины, личных навыков и служб здравоохранения. Она отражает значение действий в отношении основных личных, социальных и экономических детерминант здоровья и болезней.
- Будут использоваться показатели, связанные со здоровым образом жизни (например, аспекты, связанные с физической активностью, питанием, личными взаимоотношениями) и с образом жизни, наносящим вред здоровью, таким как наркомания, насилие и опасные половые связи. Мониторинг будет сосредоточен на изменениях в:
 - (1) поведении, влияющем на здоровье (например, распространенность курения в различных социальных группах);
 - (2) детерминантах здоровья (например, обеспечение полноценными продуктами питания, социальная изоляция);
 - (3) регулирующей, финансовой, экономической и экологической политике (например, в отношении ограничения алкогольных напитков);

- (4) программах по увеличению потенциала (например, укрепление здоровья, инфраструктура, информация, развитие руководства);
 - (5) участия (например, отдельных лиц, общин, школ, производственных предприятий, средств массовой информации и других секторов).
- * Кроме того, будут использоваться отдельные "контрольные" исследования для проведения мониторинга и оценки этой задачи при уделении особого внимания вопросам справедливости и равенства доступа.

Задача 7: К 2005 г. все государства-члены будут располагать оперативными механизмами по разработке, осуществлению и мониторингу направлений политики, согласующейся с политикой ЗДВ.

- * Национальная политика ЗДВ будет включать ценности ЗДВ: обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья в качестве основного права человека, справедливость и солидарность, этика и учет различий по признаку пола.
- * Эта политика должна разрабатываться открыто и при участии всех заинтересованных сторон, она должна учитываться при выделении ресурсов и осуществляться посредством последовательного учрежденческого и правового механизма.
- * Показатели, которые следует применять для определения:
 - качественных параметров участия общины в разработке политики;
 - наличия политики с точки зрения принятого национального законодательства;
 - выделения ресурсов в соответствии с установленной политикой;
 - технического сотрудничества;
 - устойчивости политики/выделения ресурсов.

Задача 8: К 2010 г. все люди будут иметь доступ на протяжении своей жизни к комплексным основным и качественным медико-санитарным услугам, оказываемым с учетом основных функций общественного здравоохранения.

- * Комплексная основная помощь должна включать, как минимум, элементы, определенные в ПМСП; адаптированные к возникающим потребностям и новым возможностям для оказания устойчивой медико-санитарной помощи. Устойчивость, доступность и качество такой помощи основываются на основных функциях общественного здравоохранения (см. Рамку 2).
- * В этой задаче признается концепция подхода, осуществляемого на протяжении всего жизненного цикла. Факторы, существующие на ранней стадии жизни и даже до рождения, могут оказывать постоянное воздействие на здоровье людей.
- * Будут разработаны показатели, касающиеся качественных параметров медико-санитарной помощи, включая ее доступность, эффективность, использование служб, а также степень интеграции в более широкую систему консультаций у специалистов с учетом показателей качества оказываемых услуг в отношении основных функций общественного здравоохранения.

Задача 9: К 2010 г. будут созданы соответствующие системы глобальной и национальной информации по вопросам здравоохранения, эпиднадзора и систем оповещения.

- Системы информации в здравоохранении должны обеспечить для стран возможность осуществлять мониторинг и оценку положения дел в области здравоохранения в странах, качество работы служб медико-санитарной помощи и воздействие осуществляемой политики. Такие системы служат основой для эпиднадзора и принятия необходимых решений.
- Особый акцент будет сделан на разработке систем по сбору информационных данных для использования на местном уровне. Помимо этого, решения в отношении собранных данных будут учитывать существующие на местном уровне возможности для анализа, интерпретации и использования этих данных для принятия решений. Эти соображения должны сопоставляться с потребностью в отношении определенных данных на национальном и глобальном уровнях.
- Системы информации в здравоохранении должны располагать данными в таких областях, как наличие лекарственных средств, безопасность продуктов питания, оценка качества, вопросы аудиторской работы, финансовой администрации и оценка технологии.
- Соответствующие глобальные и национальные системы эпиднадзора и оповещения при поддержке коммуникационных технологий позволят производить быстрое и широкомасштабное направление информации в отношении имеющихся и возникающих угроз здоровью на национальном, региональном и транснациональном уровнях. Эта задача учитывает также важность соответствующих ответных действий на такие угрозы.

Задача 10: К 2010 г. политика в области научных исследований и учрежденческих механизмов должна стать действенной на глобальном, региональном и национальном уровнях.

- Политика в области научных исследований и учрежденческих механизмов должна оказывать содействие созданию необходимого потенциала, новаторским подходам к научным исследованиям, обеспечивать партнерство и принимаемые на научной основе решения с обязательным включением вопроса об этике.
- Все страны должны определить свои приоритеты в области научных исследований, обеспечить финансирование научных исследований и управление ими, применение этических принципов и оказание поддержки в развитии потенциала. Будут разработаны специальные показатели, связанные с этими вопросами.
- Будет разработан глобальный показатель для проведения мониторинга тенденций, касающихся расходов на медицинские исследования, в сопоставлении между странами и областями исследований.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Отдельные задачи, связанные с вопросами развития и бедности и одобренные на всемирных конференциях в 1990-е годы

1. **Экономическое благополучие:** процент людей, живущих в абсолютной бедности в развивающихся странах, должен быть сокращен, по крайней мере, наполовину к 2015 г.
2. **Социальное развитие:** должен быть достигнут значительный прогресс в начальном образовании, равенстве между полами, основной медико-санитарной помощи и планировании семьи по следующим направлениям:
 - (a) К 2015 г. должно быть всеобщее начальное образование во всех странах.
 - (b) Прогресс в достижении равенства между полами и в предоставлении женщинам прав и полномочий должен быть продемонстрирован посредством устранения к 2005 г. неравенства между полами в области начального и среднего образования.
 - (c) К 2015 г. в каждой развивающейся стране на две трети от уровня 1990 г. должен быть сокращен коэффициент смертности детей грудного возраста и детей в возрасте до пяти лет. В течение этого же периода коэффициент материнской смертности должен быть сокращен на три четверти.
 - (d) Как можно скорее, но не позднее 2015 г., все лица соответствующего возраста должны иметь доступ в рамках системы первичной медико-санитарной помощи к службам репродуктивного здоровья (включая безопасные и надежные методы планирования семьи).
3. **Экологическая устойчивость и восстановление:** к 2005 г. в каждой стране должна осуществляться национальная стратегия устойчивого развития. Это необходимо для обеспечения того, чтобы существующие в настоящее время тенденции к разрушению окружающей среды и утрате природных ресурсов - лесов, мест рыбной ловли, свежей воды, климата, почвы, биологических разновидностей, озона в стратосфере - наряду с накоплением вредных веществ и существованием других основных показателей были к 2015 г. обращены вспять как на глобальном, так и на национальном уровнях.

ПРИЛОЖЕНИЕ С

Дополнительные материалы

Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. *Investing in health research and development*. Geneva, World Health Organization, 1996 (Document TDR/GEN/96.1).

Commission on Population and Quality of Life. *Caring of the future: making the next decades provide a life worth living*. Report of the Commission on Population and Quality of Life. New York, Oxford University Press, 1996.

De Ferranti D, Feachem RGA, Preker AS. *Sector strategy paper: Health, nutrition and population*. World Bank, Washington, D.C., June 1997.

ECOSOC. Mainstreaming the gender perspective into all policies and programmes of the United Nations system (Document E/1997/L.30 dated 14 July 1997).

Global Advisory Committee on Health Research. *Research policy agenda: science and technology in support of global health development*. Presented to ACHR, Geneva, World Health Organization, October 1997 (Document ACHR35/97.13).

Murray CJL, Lopez AD, ed. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. Cambridge, MA, 1996.

Наша планета - наше здоровье. Доклад Комиссии ВОЗ по здравоохранению и окружающей среде. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1992 г.

Reports on the WHO Working Groups on Health for All: Essential public health functions; Technology for health for the future; Health status and determinants; Partnerships for health; Human resources for health in the 21st century. Geneva, World Health Organization, 1997 (неопубликованные документы ВОЗ).

Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1)

United Nations Development Programme. *Human development report, 1996*. Oxford University Press, New York, 1996.

United Nations Development Programme. *Human development report, 1997*. Oxford University Press, New York, 1997.

WHO. *A new global health policy for the twenty-first century: an NGO perspective. Outcome of a formal consultation with nongovernmental organizations held at WHO, Geneva, 2 and 3 May 1997*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/PPE/PAC/97.3).

WHO Advisory Committee on Health Research. *Development of a research agenda for science and technology to support the Health for All strategy*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document ACHR35/97.13).

- ВОЗ. *Алма-Ата, 1978 г.: первичная медико-санитарная помощь*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г.
- Устав ВОЗ. *Основные документы*, 40-е изд. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г.
- WHO. *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 1996 (Document WHO/ARA/96.1).
- ВОЗ. *Разработка стратегий по достижению здоровья для всех к 2000 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1979 г.
- ВОЗ. *Глобальная стратегия по достижению здоровья для всех к 2000 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1981 г.
- WHO. *Health and environment in sustainable development. Five years after the Earth Summit*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/ENH/97.8).
- WHO. *Interagency Consultation on the New Global Health Policy. Geneva, 9-10 July 1997. Summary Report*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/PPE/PAC/97.4).
- WHO. *Intersectoral action for health: addressing concerns in sustainable development*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/PPE/PAC/97.1).
- WHO. *Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century*. Report of the International Conference, 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada.
- WHO. *New challenges for public health. Report of an interregional meeting, Geneva, 27-30 November 1995*. Geneva, World Health Organization, 1996.
- WHO. *Renewing the Health-for-All Strategy: elaboration of a policy for equity, solidarity and health*. Geneva, World Health Organization, 1995 (Document WHO/PPE/95.1).
- Резолюция ВОЗ WHA37.13. *Духовные аспекты Глобальной стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г.* (в документе WHA37/1984/REC/1, с. 6).
- WHO. *The African Economic Community: a framework for action by WHO*. Geneva, World Health Organization, 1995 (Document WHO/INA/95.2).
- WHO. *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Adopted at the Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4).
- ВОЗ. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 1995 г.: ликвидация разрывов*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г.
- ВОЗ. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 1996 г.: борьба с болезнями - содействие развитию*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.
- ВОЗ. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 1997 г.: преодоление страданий - укрепление гуманизма*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1997 г.
- WHO. *Think and act globally and intersectorally to protect national health*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/PPE/PAC/97.2).

WHO. *WHO Global Partnerships Initiatives for Health Development*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Document WHO/INA/97.2).

WHO. *WHO/World Bank Partnership: recommendations for action for health development*. Geneva, World Health Organization, 1995 (Document WHO/INA/95.1).

ПРИЛОЖЕНИЕ D**Акронимы**

СПИД	СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА
КДС	КОЭФФИЦИЕНТ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ
КТНН	КРАТКОСРОЧНАЯ ТЕРАПИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА)
ИК	ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ (ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)
ЭКОСОС	ЭКОНОМИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ (ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ)
ЗДВ	ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ
ВИЧ	ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА
НРС	НАИМЕНЕЕ РАЗВИТЫЕ СТРАНЫ
КМС	КОЭФФИЦИЕНТ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ
НПО	НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ПМСП	ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ
ЮНИСЕФ	ДЕТСКИЙ ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
ВАЗ	ВСЕМИРНАЯ АССАМБЛЕЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЗ	ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

= = =