

Эволюция ВОЗ

**Ликвидация
натуральной оспы
в конце 70-х годов
расценивается
как одно
из величайших
достижений ВОЗ;
во многих
промышленно
развитых странах
достигнута
элиминация кори.**

Шрамы, оставленные второй мировой войной, к 1948 г. едва начали заживать. Европа и Япония приступили к широкому восстановительным и реконструктивным работам. Эра колониализма клонилась к закату, и многие страны вступили на путь освобождения. Огромное число людей, погибших или ставших инвалидами на войне, пополнялось миллионами умирающих от таких болезней, которые поддаются профилактике. Международное сообщество предусмотрительно занялось поиском новых форм международных взаимоотношений, построенных на основе совместных обязательств, которые могут привести мир к более совершенному будущему путем улучшения здоровья человеческого рода.

Первая Всемирная ассамблея здравоохранения (июнь 1948 г.) утвердила программу работы, в которой важнейшие приоритетные проблемы были расположены в следующем порядке: малярия, охрана здоровья матери и ребенка, туберкулез, венерические болезни, состояние питания и оздоровление окружающей среды.

Сегодня, спустя 47 лет, несмотря на значительные достижения в области охраны здоровья человека (особенно если взять за точку отсчета снижение смертности), мы все еще не избавились от огромного бремени страданий и болезней. На пути к дальнейшему прогрессу мировое сообщество, включая ВОЗ, руководствовалось полувековыми уроками, извлеченными в процессе ликвидации и контроля болезней, расширения охвата медико-санитарной помощью и лучшего использования имеющихся ресурсов. В настоящей главе представлен обзор состояния международного здравоохранения и эволюции ВОЗ.

Старые бедствия в современном мире

Если за точку отсчета взять продолжительность жизни болезней, отравлявших мир на протяжении всей его многовековой истории, то и сегодня ВОЗ все еще пребывает в раннем младенческом возрасте. В Древнем Египте такие болезни, как туберкулез, полиомиелит и сифилис, свирепствовали уже в III тысячелетии н.э. Не менее древняя болезнь и лепра. Ученые обнаружили следы шистосомоза — паразитарной болезни, передаваемой с водой, — у египетских мумий. В современном мире этой болезнью поражено примерно 200 млн человек.

Натуральную оспу и корь в Азии узнали по меньшей мере 1000 лет назад. В XIV в. примерно за 30-летний период бубонная чума погубила, по-видимому, четвертую часть населения Европы, и именно с этой болезнью связано введение городом-государством Венеция первых систематических карантинных предписаний.

Ликвидация натуральной оспы в конце 70-х годов текущего столетия расценивается как одно из величайших достижений ВОЗ; во многих промышленно развитых странах достигнута элиминация кори. Однако чума до сих пор существует в ряде стран, имеющих хорошо известные природные очаги болезни, о чем наглядно свидетельствует вспышка этой болезни в Индии в 1994 г. Тщательный и непрерывный эпидемиологический надзор за этой и другими опасными болезнями сегодня является важнейшим элементом Международных медико-санитарных правил.

Жертвами пандемии холеры, вторгшейся в Европу в 1830 г. из Индии через Россию, стало огромное число людей. Ущерб, причиненный холерой, а также чумой и желтой лихорадкой, в конце 40-х

годов прошлого столетия обусловил большее признание среди пораженных стран необходимости международного сотрудничества в целях предупреждения болезней, особенно с помощью карантинных мер. Создание спустя столетие Всемирной организации здравоохранения явилось важным шагом в направлении выполнения такой задачи.

На этом пути есть и другие знаменательные вехи. В 1864 г. было основано Общество Красного Креста — первое международное гуманитарное агентство, на которое была возложена задача оказания неотложной помощи раненым воинам независимо от того, на чьей стороне они воевали. Быстрый рост научных знаний и связанная с этим необходимость координировать научно-исследовательскую деятельность и обмен информацией побудили создать в 1902 г. Панамериканское санитарное бюро, а в 1907 г. Международное бюро общественной гигиены (МБОГ). В 1920 г. был подготовлен проект устава для новой организации здравоохранения под эгидой Лиги Наций, которая была создана как логическое следствие первой мировой войны. Эта вновь созданная организация здравоохранения много лет тесно сотрудничала с МБОГ, собирая и распространяя эпидемиологическую информацию, и лишь вторая мировая война прервала их постоянную работу.

Когда закончилась война, большая часть населения мира жила в условиях крайней нищеты, страдая от длительного недоедания, инфекционных болезней, паразитарных инвазий и очень многих других, не перечисляемых здесь поражений. Особенно высокому риску подвергались дети. Многие из существовавших служб здравоохранения, например в городах Европы, на севере Африки и в Азии, были сильно разрушены. Структурированных служб здравоохранения было немного, а там, где они существовали, они были недоступны огромным сегментам населения, причем, как правило, недоступны самым уязвимым людям, которые не могли оплачивать нередко весьма сомнительную помощь.

Необходимость создания Всемирной организации здравоохранения

На этом фоне была признана настоятельная необходимость в создании нового международного органа, способного объединять ресурсы для охраны здоровья, определять цели в области здравоохранения и обеспечивать проведение широких представительных встреч с целью обмена информацией и опытом. Однако сразу же в послевоенные годы ни одному международному органу здравоохранения было не под силу что-либо другое, кроме изнуряющих усилий, направленных на уменьшение эпидемий, охвативших опустошенные войной развитые страны, колониальные территории и некоторые нации, недавно обретшие независимость.

В то время существовали определенные модели национальных систем здравоохранения, основанные чаще всего на принципе обязательного медицинского страхования, при котором государство берет на себя ответственность за здоровье самых бедных, а вклады отдельных лиц соответствуют их средствам. Однако вскоре стало ясно, что такие модели не работают в странах, где фактически невозможным оказывалось любое медицинское вмешательство, где почти не было обученных медицинских работников и где большинство населения никогда не имело возможности делать денежные взносы, необходимые для поддержания служб здравоохранения. Следовательно, важнейшей задачей нового органа должно было стать содействие странам в строительстве или реконструкции служб здравоохранения на широкой основе и в поиске оптимальных путей организации таких служб, с тем чтобы донести медико-санитарную помощь до населения.

Состоявшаяся в 1945 г. в Сан-Франциско международная конференция разработала принципы функционирования Организации Объединенных Наций. В ходе этих дискуссий появилось незабываемое высказывание, приписываемое архиепископу, позднее кардиналу Спелмэну, о том, что «медицина — это одна из опор мира». ООН создала технический подготовительный комитет для того, чтобы учредить специализированное агент-

**Организация
Объединенных
Наций образовала
технический
подготовительный
комитет, чтобы
утвердить
специализированное
агентство,
которое явилось
прообразом ВОЗ.
На состоявшейся
в июне 1946 г.
международной
конференции по
здравоохранению
преобладали новые
устремления
к более
совершенному
миру и лучшему
здравоохранению
для всех людей
планеты.**

Первые два десятилетия работы ВОЗ характеризовались прежде всего проведением в странах массовых кампаний борьбы с туберкулезом, малярией, фрамбезией, сифилисом, натуральной оспой, лепрой и другими болезнями.

ство, которое явилось прообразом ВОЗ. На состоявшейся в июне 1946 г. международной конференции по здравоохранению возобладали новые устремления к более совершенному миру и лучшему здоровью для всех людей мира.

В послании конференции, зачитанном от имени Президента США Гарри Трумэна, говорилось: "В условиях современного транспортного сообщения нация уже не может защититься от привнесения болезни путем изоляции. Отсюда вытекает необходимость создать в каждой стране мощные службы здравоохранения, работа которых должна координироваться международными усилиями. Новая организация здравоохранения будет служить этой цели. Международное сотрудничество в науке сыграло важнейшую роль в военной победе, и точно так же оно выйдет победителем в сражении против болезней и недостаточности питания".

Конференция согласилась с тем, что новая структура станет известна как Всемирная организация здравоохранения, и разработала ее устав, определив, что она должна действовать как руководящий и координирующий орган в области международного здравоохранения, предоставляя странам помощь по их запросу. Люди и их право на охрану здоровья должны находиться в центре процесса развития. В борьбе во имя здоровья международная солидарность, вероятно, заменит подход, предполагающий по существу распространение карантинных мер (такой подход был принят в более ранних международных инициативах по здравоохранению). В настоящее время ВОЗ включает 6 регионов (карта 7).

На первой Всемирной ассамблее здравоохранения в 1948 г. присутствовали 53 делегата из 55 государств — членов ВОЗ, в основном относящихся к индустриальному миру. Рассматривавшиеся на этой Ассамблее проблемы первоочередной важности перечислены в начале этой главы; кроме того, определенное внимание было уделено социально-экономическим, культурным и политическим аспектам здоровья. Тем не менее главный акцент был сделан на борьбе с болезнями, и первые два десятилетия работы ВОЗ характеризовались прежде всего проведением в странах массовых кампаний борьбы с туберкулезом, маля-

рией, фрамбезией, сифилисом, натуральной оспой, лепрой и другими болезнями.

Объявление войны болезням: победы и поражения

В начале 50-х годов в мире насчитывалось около 20 млн случаев фрамбезии — тропической болезни, при которой поражаются главным образом кожные покровы и костная ткань. Для излечения больного достаточно однократного введения пенициллина. С 1950 г., когда началась первая кампания борьбы с фрамбезией на Гаити, и до 1965 г. в 49 странах мира были успешно излечены в общей сложности 46 млн больных фрамбезией, и в большинстве развивающихся стран эта болезнь больше не рассматривалась как проблема общественного здравоохранения. Однако успех кампании дезориентировал — он вызвал необоснованный оптимизм у работников здравоохранения, полагавших, что столь же легко можно победить и другие болезни.

В 1951 г. ВОЗ взяла на себя ответственность за координацию глобальной кампании борьбы с туберкулезом, финансируемой в основном ЮНИСЕФ. Первоначально кампания была сосредоточена на введении детям вакцины против туберкулеза (БЦЖ). К 1960 г. начали появляться серьезные сомнения относительно принятого кампанией подхода. Модель проведения кампании была недифференцированной, т.е. высокие показатели охвата достигались в регионах с низкой распространенностью болезни и, напротив, не удавалось вакцинировать те группы населения, для которых был высок риск заболевания. Именно поэтому стали высказываться мнения о целесообразности интегрирования вакцинации БЦЖ в другие профилактические и лечебные компоненты медико-санитарного обслуживания.

В том же 1951 г. бригады ВОЗ были заняты в 22 проектах борьбы с малярией, главным образом в Азии (эти проекты также проводились при значительной поддержке ЮНИСЕФ). Малярия была признана самой серьезной глобальной проблемой общественного здравоохранения. Первоначальные результаты борьбы с малярией оказались в высшей степени обнадежи-

вающими. К 1955 г. число случаев болезни в мире сократилось по меньшей мере на $\frac{1}{3}$. Проходившая в том году Ассамблея здравоохранения обратилась к государствам-членам с настоятельным призывом вести борьбу с малярией и рассматривать задачу искоренения болезни как первостепенную и безотлагательную. Однако к 1966 г. ситуация представлялась уже намного менее перспективной. Хотя 60 % населения первоначально малярийных регионов мира сейчас проживают в районах, где болезнь ликвидирована или больше не является важнейшей проблемой общественного здравоохранения, ситуация характеризуется бесчисленными неудачами. В Африке фактически не удалось достичь никакого прогресса. Слабо развитые службы здравоохранения не смогли решить проблему, а для многих стран расходы на антималярийную деятельность оказались невыносимыми. В 1970 г. Всемирная ассамблея здравоохранения признала, что ликвидация малярии в целом практически неосуществима и призвала вместо этого к повторному введению программ борьбы с малярией. Сегодня ВОЗ по-прежнему отдает высший приоритет борьбе с этой болезнью. Однако сейчас присутствует чувство реальности относительно результатов, которые могут быть достигнуты, особенно в Африке, где очень медленно протекают сдвиги в сторону улучшения экономических и социальных условий, а также доступности первичной медико-санитарной помощи; таким образом, 1970 г. явился поворотной точкой в сражении против малярии.

Год 1966-й ознаменовался открытием нового фронта — на сей раз против натуральной оспы. На фоне повсеместного разочарования массовыми кампаниями против одной болезни Всемирная ассамблея здравоохранения тем не менее призвала мировое сообщество предпринять всеобщие усилия, нацеленные на ликвидацию оспы в следующем десятилетии. В то время число жертв оспы в мире, по оценке, ежегодно составляло 10—15 млн, из которых 1,5—2 млн умирали. В 30 странах эта болезнь была эндемичной. Ликвидацию оспы сделало возможным сочетание ряда факторов. Не было известных животных-резервуаров и никаких долгосрочных носителей вируса оспы. У лиц, перенесших

оспу, сохранялся пожизненный иммунитет. Лица с субклинической формой инфекции не являются переносчиками болезни. Выявление случаев обычно не вызывает трудностей. И наконец, имелась высокоэффективная, устойчивая и легко вводимая вакцина. Кампания борьбы с оспой явилась первым глобальным усилием, которое оказалось успешным и позволило ликвидировать эту опасную болезнь. В мае 1980 г. достижение этой цели было официально подтверждено.

Программы иммунизации

Проводимые первые десятилетия массовые кампании против взятых по отдельности болезней открыли дорогу предложенной ВОЗ Расширенной программе иммунизации, нацеленной на защиту к 2000 г. всех детей в первые годы их жизни от 6 поддающихся профилактике болезней — кори, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и туберкулеза. Глобальный охват вакцинацией достиг пикового уровня в конце 1990 г., когда была выполнена цель: обеспечить иммунизацию 80 % всех детей в возрасте до одного года. Основными факторами, тормозящими дальнейший успех, являются недостаточные политические обязательства стран, гражданские беспорядки, истощение доноров и недостаток ресурсов.

Следующая после натуральной оспы выбранная для ликвидации болезнь — это полиомиелит. Это заболевание поддается профилактике с помощью вакцины. В 1992 г. в Западном полушарии не было зарегистрировано ни одного случая полиомиелита. ВОЗ рассчитывает, что к 2000 г. эта болезнь будет ликвидирована за счет поддержания эпидемиологического надзора в районах, свободных от полиомиелита, и повсеместного интенсифицирования мер борьбы.

В 1994 г. ВОЗ учредила глобальную программу по вакцинам и иммунизации, нацеленную на координацию всех видов деятельности в этой области; в проведении этой программы, помимо ВОЗ, участвуют и другие агентства. На эту программу возложена также ответственность за участие ВОЗ в Инициативе по созданию мультиагентной вакцины для детей,

осуществление которой начато в 1990 г. и имеет целью стимулировать обеспечение более совершенных, безопасных, надежных, недорогих и вводимых однократно вакцин для стран развивающегося мира. Долгосрочная цель состоит в том, чтобы защитить от болезней, предупреждаемых вакцинацией, всех подвергающихся опасности жителей планеты.

Здоровье для всех к 2000 г.

С самого начала деятельность ВОЗ подчинена важнейшей цели: достижению лучшего здоровья всеми людьми планеты (имея в виду не просто выживание, а повышение качества жизни). Обзор, проведенный еще в начале 70-х годов, показал, что более чем половине населения Земли недоступна адекватная медико-санитарная помощь. Разрыв между развитыми и развивающимися странами в уровнях помощи увеличился. Различные группы населения внутри стран также оказываются явно в неравном положении.

В 1977 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла решение о том, что основной социальной целью для правительств и ВОЗ в предстоящие десятилетия должно

быть “достижение всеми жителями Земли к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести социально и экономически продуктивную жизнь”.

В сентябре 1978 г. делегаты 134 стран и 67 учреждений системы ООН и неправительственных организаций встретились в Алма-Ате (Казахстан) на международной конференции по первичной медико-санитарной помощи. Эта встреча завершилась принятием Алма-Атинской декларации, единодушно поддержанной Ассамблеей здравоохранения в 1979 г. В настоящее время все без исключения государства — члены ВОЗ взяли на себя обязательство формировать деятельность общественного здравоохранения таким образом, чтобы фундаментально изменить распределение и использование ресурсов, а также ответственность в рамках системы медико-санитарной помощи правительства и общества в целом.

Декларация — этапный документ в истории международного здравоохранения — констатировала, что первичная медико-санитарная помощь, являясь элементом общего развития в духе социальной справедливости, должна быть ключом к достижению цели “Здоровье для всех к 2000 году”. Декларация призвала все правительства сформулировать национальные политические ориентиры, стратегии и планы действия, с тем чтобы создать и поддерживать службу первичной медико-санитарной помощи как часть всеобъемлющей национальной системы здравоохранения, а также координировать межсекторальную деятельность (текст 18 в рамке).

В 1981 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила глобальную стратегию здоровья для всех к 2000 г. Были установлены цели в области здравоохранения на 2000 г. и определены критерии оценки всех усилий по развитию здравоохранения. На конференции, проходившей в 1988 г. в Риге при участии министров здравоохранения, финансов и планирования, было отмечено, что охват населения первичной медико-санитарной помощью значительно повысился, хотя ситуация еще далека от совершенства.

18. Первичная медико-санитарная помощь

Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, состоявшаяся в 1978 г. в Алма-Ате, определила следующие 8 основных компонентов первичной медико-санитарной помощи:

- санитарное просвещение, касающееся распространяющихся проблем здравоохранения и методов их решения;
- содействие обеспечению продовольственных поставок и принятию практики рационального питания;
- обеспечение адекватного снабжения безопасной водой и основными санитарными средствами;
- охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи;
- иммунизация против важнейших инфекционных болезней;
- предупреждение локальных эндемических болезней и борьба с ними;
- надлежащее лечение распространенных болезней и травм;
- обеспечение основными лекарственными средствами.

ВОЗ устанавливает стандарты

Установление стандартов в таких областях, как вакцины, лекарственные средства и лабораторные тесты, является постоянным компонентом деятельности ВОЗ. Такие стандарты повсеместно расцениваются как наиболее доступный технический совет на данный момент и служат основой, обеспечивающей Организацию репутацию бесспорного авторитета в вопросах охраны здоровья.

Исполняя свои уставные функции, касающиеся стандартизации (в частности, биологических и фармацевтических продуктов), Комитет экспертов ВОЗ по стандартизации биологических препаратов с 1951 г. проводит ежегодные совещания, чтобы сформулировать стандарты, которые находят признание во всем мире. Эти стандарты позволяют фирмам — производителям лекарственных средств и вакцин гарантировать безопасность и эффективность биологических препаратов, а также стандартную форму фармацевтических продуктов и диагностических тест-наборов. Учитывая научный авторитет ВОЗ, пациенты, врачи и весь персонал здравоохранения с уверенностью используют лекарственные средства доказанной эффективности и ценные диагностические методы.

Вклад ВОЗ в работу Комиссии по Codex Alimentarius по стандартам для пищевых продуктов и создание Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока — это пример использования Организацией ее морального и технического авторитета, с тем чтобы помочь различным заинтересованным группам в достижении консенсуса. Другой тип стандартов касается классификации болезней (*текст 19 в рамке*). Опубликованный недавно 10-й пересмотр “Международной классификации болезней” (МКБ-10) должен служить инструментом для облегчения сбора эпидемиологических данных с целью проведения их сравнительной оценки на один и тот же отрезок времени в разных странах и в пределах страны, что в свою очередь позволит компилировать сравнимые статистические данные в интересах принятия решений, касающихся предупреждения болезней и проведения научно-исследовательской деятельности.

Людские ресурсы здравоохранения

Подготовка врачей и повышение стандартов медицинских школ в развивающихся странах, помощь странам в организации школ медицинских сестер и акушерок, введение курсов обучения смежного персонала здравоохранения всегда являлись важнейшими слагаемыми

19. Международная классификация болезней

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), опубликованная под разными названиями, подверглась уже 10-му пересмотру. Первая МКБ (МКБ-0) была подготовлена в 1893 г. во Франции Жаком Бертильоном по поручению Международного статистического института. Конференции по последующим пересмотрам были проведены Францией в 1900 г. (МКБ-1), 1909 г. (МКБ-2), 1920 г. (МКБ-3), 1929 г. (МКБ-4) и 1938 г. (МКБ-5); две последние конференции проводились под эгидой Статистического института и Организации здравоохранения Лиги Наций. Международная конференция по 6-му пересмотру прошла в 1948 г. в Париже при участии Временной комиссии Всемирной организации здравоохранения. Следовательно, ВОЗ ответственна за работу над последними пятью пересмотрами классификации.

До разработки МКБ-6 в классификациях использовалась только статистика смертности. Шестой пересмотр МКБ был расширен, с тем чтобы сделать его пригодным для сбора статистики заболеваемости. Принятая в 1955 г. МКБ-7 не претерпела существенных изменений — в нее были внесены лишь необходимые изменения, исправлены ошибки и устранены несоответствия. Восьмой пересмотр (1965 г.) носил более радикальный характер по сравнению с седьмым, но оставил без изменений структуру классификации и общий подход к группированию нозологических форм, основанный преимущественно на этиологии, а не конкретных проявлениях болезней.

В принятой в 1975 г. МКБ-9, сохранившую основную структуру, хотя и с множеством дополнительных деталей, были введены классификации нарушений, физических и других дефектов (ICIDH), а также — в качестве дополнения — применяемых в медицине процедур. В ICIDH сделана попытка установить (в интересах принятия и использования на международном уровне) однозначные дефиниции и терминологические понятия (часто запутанные и ошибочно используемые) в области реабилитации. Таким образом, в ходе успешных пересмотров МКБ расширилась и уже охватывала весь спектр здоровья.

МКБ-10 — классификация XXI в. — принята Ассамблеей здравоохранения в 1990 г. Классификация впервые вводит буквенно-цифровую систему кодирования: одна буква сопровождается тремя цифрами на четырехзначном уровне и образует “ядро семейства” классификаций болезней и связанных со здоровьем проблем. Цель классификации — служить инструментом для проведения сравнительных оценок статистических данных как между странами, так и в пределах страны в одно и то же время; это в свою очередь позволит проводить компиляцию сравнимых статистических данных с целью принятия решений, касающихся предупреждения болезней и обеспечения медико-санитарной помощью, а также облегчит сбор эпидемиологических данных в научно-исследовательских целях.

**Роль ВОЗ
в области
планирования
здравоохранения
с годами
изменяется,
отражая
эволюцию
политики
Организации
в сфере развития
здравоохранения
в целом.**

работы ВОЗ. Концепция первичной медико-санитарной помощи предполагает сместить акцент практики обучения в направлении подготовки коммунальных работников медико-санитарной помощи самых разных категорий (особенно в развивающихся странах), а не профессиональных медицинских работников как таковых.

Управление развитием здравоохранения

Роль ВОЗ в области здравоохранения с годами меняется, отражая эволюцию политики Организации в сфере развития здравоохранения в целом.

До 1965 г. планирование было рутинной функцией должностных лиц сферы общественного здравоохранения. В период 1965—1970 гг. ВОЗ поддержала разработку специфических концепций и методов планирования здравоохранения на национальном уровне. В следующие 5 лет происходило применение системного подхода, исследование компьютерного моделирования и введение программного планирования и управления в области здравоохранения.

Период 1975—1980 гг. отмечен введением практики программирования сектора здравоохранения (называемой также программированием национального здравоохранения) и началом процесса управления в интересах развития национального здравоохранения. С 1990 г. ВОЗ подчеркивает, что проведение оценки ситуации гораздо важнее, чем внимание, уделяемое процессу планирования в здравоохранении.

Между тем в секторе здравоохранения начато использование фьючерсных исследований, проводившихся в других секторах деятельности, а в ряде стран и в интересах планирования национального развития. Фьючерсный подход основан на использовании таких методов, как наблюдение, изучение альтернативных сценариев развития, практический анализ тенденций и прогнозирование, а также динамическое моделирование. Этот подход может стать хорошей основой для планирования здравоохранения в XXI в.

Вклад неправительственных организаций

Состоявшаяся в 1945 г. в Сан-Франциско конференция, разработавшая Устав Организации Объединенных Наций, признала преимущества, которые можно извлечь из энтузиазма, знаний и опыта международных ассоциаций, и уполномочила Экономический и Социальный Совет ООН обеспечить консультативную помощь неправительственным организациям (НПО) и их эффективное использование. Устав ВОЗ идет дальше, санкционируя не только консультирование, но и сотрудничество с НПО по вопросам охраны здоровья. Официальные отношения устанавливаются Исполнительным комитетом ВОЗ с теми НПО, которые занимаются вопросами, входящими в компетенцию Организации, и следуют целям и задачам, соответствующим духу и принципам Устава ВОЗ.

К концу 1957 г. в официальных отношениях с ВОЗ состояло примерно 40 неправительственных организаций. В течение первых пяти лет большинство этих организаций имело отношение к отдельным областям медицинской науки или научно-исследовательской деятельности и представляло группы профессионалов; лишь очень немногие непрофессиональные организации проявляли более широкий интерес к проблемам здравоохранения. Тем не менее было признано, что сотрудничество с этими организациями окажется полезным для получения информации; кроме того, такое сотрудничество обеспечивало широкую известность целей, поставленных ВОЗ, и стимулировало интерес к международной работе в сфере здравоохранения. В 1959 г. впервые были установлены официальные отношения с неправительственной организацией, представляющей лиц, имеющих специфическую проблему здравоохранения (речь идет о Всемирной федерации глухих). К январю 1994 г. общее число неправительственных организаций, состоящих в официальных отношениях с ВОЗ, достигло 184 (приложение 2).

Неправительственные организации, будучи относительно свободными от законодательных и политических ограничений, выдвига-

емых правительствами, обладают гибкостью, позволяющей им использовать новые и альтернативные подходы в интересах решения проблем здравоохранения. Многие из них способны эффективно мобилизовать большое число добровольцев и, следовательно, играть динамическую роль в развитии национальной системы здравоохранения. Все большее число неправительственных организаций участвуют в пропаганде здорового образа жизни и техническом сотрудничестве, а также в обеспечении финансовой поддержки и ресурсов как для развития национального здравоохранения, так и для технических программ ВОЗ, нередко тесно сотрудничая с ними. В 1990 г. Исполнительный комитет ВОЗ отметил быстрый рост числа неправительственных организаций и подчеркнул, что важнейшим критерием для установления официальных отношений с ВОЗ должен быть тот факт, что основной компонент деятельности неправительственной организации соответствует и способствует достижению цели "Здоровье для всех".

Политическая ситуация

В то время, когда было провозглашено движение во имя здоровья для всех, предполагали, что практически повсеместно продолжится экономический рост и что более богатые страны будут предоставлять значительную помощь наименее развитым (при условии достаточной обоснованности такой помощи). Разразившийся в конце 70-х — начале 80-х годов глобальный экономический кризис разрушил все эти исходные посыпки. Распад СССР с одновременным появлением множества вновь образованных независимых государств, окончание "холодной" войны и кончина оплота коммунизма привели к тому, что основной акцент деятельности сместился в направлении приватизации, децентрализации и либерализации. В свою очередь сопутствующие изменения систем медико-санитарной помощи вызвали новые проблемы и перекосы, а в некоторых странах и шаги в направлении обеспечения более централизованного контроля служб здравоохранения. Право справедливости в отношении состояния здоровья и по-

лучения медико-санитарной помощи, а также права человека и этические вопросы во многих странах стали предметом озабоченности.

Период после окончания "холодной" войны внушил надежды на получение "мирных дивидендов" в результате сокращения расходов на военные цели. Однако этим надеждам не суждено было сбыться. Место глобальной рецессии, по-видимому, заняли бесконечное повышение расходов на здравоохранение и растущий спрос на медицинскую помощь; все это вызвало серьезные финансовые трудности и неизбежно повлекло за собой болезненное урезание медико-санитарных услуг даже в богатых странах. По мере того как спадало глобальное напряжение в направлении Восток — Запад, большее значение, по-видимому, приобретают вооруженные конфликты между странами и внутри стран.

ВОЗ хорошо усвоила, что здоровье не может быть отделено от политики. Вплоть до недавнего времени немногие политические лидеры полагали, что здоровье — это ценное экономическое или политическое вложение капитала. Стратегия здоровья для всех получила одобрение на самом высоком политическом уровне, однако сохраняется разрыв между тем, что провозглашается, и тем, что осуществляется на деле. Во многих странах сектор здравоохранения не обладает значительной политической силой и не оказывает серьезного влияния на принятие решений, касающихся ассигнований общественных фондов. Расходы на медико-санитарную помощь нередко расцениваются просто как выкачивание скудных ресурсов, а не как инвестиции в будущее нации.

Профессиональные и финансовые интересы, сопротивление изменениям со стороны бюрократического аппарата и политические соображения — это глубинные причины замедленного применения рекомендаций ВОЗ; сохраняющаяся до сих пор позиция Организации как технического агентства по здравоохранению и здоровой совести мира всегда способствовала принятию ее рекомендаций. Ликвидация натуральной оспы стала возможной благодаря тесному сотрудничеству под эгидой ВОЗ многих стран независимо от особенностей их политического устройства. Пропагандируемая ВОЗ концепция здоровья для всех

**Стратегия
здоровья для всех
получила
одобрение
на самом высоком
политическом
уровне, однако
сохраняется
разрыв между
тем, что
провозглашается,
и тем, что
осуществляется
на деле.**

получила признание правительств всех стран мира.

Акцент в общественном здравоохранении переместился с технических и научных аспектов (как это было в ранних кампаниях, нацеленных на конкретную болезнь) в сторону понимания глубинных детерминант здоровья и поиска средств, способных направлять их в позитивное русло с помощью ориентированной как на отдельного человека, так и на сообщества и правительства пропаганды здорового образа жизни. К сожалению, это ослабило такие традиционные и действенные меры, как поддержание надлежащих систем эпидемиологического надзора для успешной борьбы с болезнями.

Путь вперед

Общие программы работы, осуществляемой ВОЗ (сейчас охватывающие 6-летние периоды), представляют принципы и политические ориентиры, на основе которых

строится деятельность Организации. Эти программы также обеспечивают структуру для подробных рабочих планов и бюджетных ассигнований. В течение многих лет эти программы работы учитывали, а часто и предупреждали важнейшие проблемы государств-членов. Девятая общая программа работы (1996—2001 гг.) закрепляет цели и задачи глобальной деятельности ВОЗ в области охраны здоровья. В центре программы — уменьшение несправедливости в праве на здоровье, контроль растущих расходов, ликвидация или элиминация отдельных инфекционных болезней, борьба с хроническими болезнями, пропаганда здорового образа жизни и здоровой окружающей среды.

Дальнейшая задача заключается в том, чтобы мобилизовать государства — члены ВОЗ на принятие политики и планов, которые будут гарантировать предоставление комплексного интегрированного медико-санитарного обслуживания каждому члену общества.

Карта 7. Регионы ВОЗ (региональные бюро и районы, которые они обслуживают) по состоянию на октябрь 1994 г.

