Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

СВОДНЫЙ ДОКЛАД СЕТИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ №51

Инвестиции в интересах здоровья и благополучия: анализ общественной эффективности инвенций в стратегии общественного здравоохранения для поддержки выполнения Целей в области устойчивого развития на основе политики Здоровье-2020

Mariana Dyakova | Christoph Hamelmann | Mark A. Bellis | Elodie Besnier
Charlotte N.B. Grey | Kathryn Ashton | Anna Schwappach | Christine Clar



Сеть фактических данных по вопросам здоровья

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) – действующая с 2003 г. информационная служба для руководителей и организаторов общественного здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ была создана по решению Европейского регионального бюро ВОЗ и функционирует под эгидой Европейской инициативы в области информации здравоохранения (многосторонней сети, координирующей всю деятельность в сфере информации здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ).

СФДЗ помогает руководителям и организаторам общественного здравоохранения в использовании наилучших имеющихся фактических данных для принятия решений; ее цель – выстроить прочные связи между объективными данными, политикой здравоохранения и позитивными изменениями в сфере общественного здоровья. В серии своих сводных докладов СФДЗ публикует резюмированные данные о том, что уже известно по конкретным вопросам политики, каковы пробелы в знаниях и по каким аспектам ведутся дебаты. Опираясь на проведенный синтез фактических данных, СФДЗ излагает варианты политики, без прямых рекомендаций, так чтобы руководители, отвечающие за принятие стратегических решений, могли на основе этой информации делать собственные выводы и строить оптимальную политику с учетом национальных условий.

Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие

Офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие в Венеции (Италия) является центром передовых технологий Европейского регионального бюро ВОЗ, разрабатываемых в таких тематических направлениях, как социальные и экономические детерминанты здоровья, обеспечение равенства в вопросах здоровья и инвестирование в здравоохранение в контексте Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Он также координирует деятельность сети «Регионы – за здоровье» и Инициативы малых стран Европейского регионального бюро ВОЗ. Его деятельность направлена на сбор и распространение новейшей информации, а также на оказание поддержки государствам-членам Европейского региона ВОЗ в создании прочных партнерских связей и сетей с правительствами, государственным и частным сектором, научными кругами и аналитическими центрами, а также с широким рядом заинтересованных сторон гражданского общества. Офис был учрежден в 2003 г. на основании меморандума о взаимопонимании между правительством Италии, регионом Венето и Европейским региональным бюро ВОЗ.

Сводный доклад сети фактических данных в отношении здоровья №51

Инвестиции в интересах здоровья и благополучия: анализ общественной эффективности инвенций в стратегии общественного здравоохранения для поддержки выполнения Целей в области устойчивого развития на основе политики Здоровье-2020

Mariana Dyakova | Christoph Hamelmann | Mark A. Bellis | Elodie Besnier
Charlotte N.B. Grey | Kathryn Ashton | Anna Schwappach | Christine Clar

HEN Health Evidence Network
EVIDENCE FOR DECISION-MAKERS

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Аннотация

Правительства стран всего Европейского региона ВОЗ должны принять срочные меры для решения возрастающих проблем, связанных со здравоохранением, неравенством, экономикой и окружающей средой, чтобы обеспечить устойчивое развитие (удовлетворение нынешних потребностей без ущерба для возможности будущих поколений удовлетворять свои собственные потребности), а также сделать здоровье и благополучие возможными для нынешнего и будущих поколений. На основании обзорного анализа научных исследований авторы настоящего доклада делают вывод, что текущая политика и практика инвестирования (деятельность согласно сценарию без принятия мер) является неустойчивой и дорого обходится для отдельных лиц, семей, общин, общества, экономики и планеты. Инвестиции в стратегии общественного здравоохранения, основанные на универсальных ценностях и фактических данных, помогают обеспечить эффективные и результативные, комплексные и инновационные решения, которые могут послужить движущей силой для обеспечения социальной, экономической и экологической стабильности. Выделение финансирования в интересах здоровья и благополучия - это двигатель и инструмент устойчивого развития, и наоборот; благодаря ему расширяются права и возможности людей в обеспечении наивысшего достижимого уровня здоровья для всех.

Ключевые слова
HEALTH POLICY, INVESTMENTS, PUBLIC HEALTH, PUBLIC POLICY, CONSERVATION OF NATURAL RESOURCES, HEALTH EQUITY

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования

Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, Besnier E, Grey CNB, Ashton K et al. Инвестиции в интересах здоровья и благополучия: анализ общественной эффективности инвенций в стратегии общественного здравоохранения для поддержки выполнения Целей в области устойчивого развития на основе политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (Сводный доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №51).

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Отдел прессы:
Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайновом режиме на сайте Регионального бюро (http://www.euro.who.int/pubrequest).

ISSN 2789-9225
ISBN 978 92 890 5282 5

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

- **Условные сокращения** iv
- **Лица, внесшие вклад в подготовку доклада** v
- **Резюме** viii
- **1. Введение** 1
  - 1.1. История вопроса 1
  - 1.2. Концептуальная основа инвестирования в интересах здоровья и благополучия 3
  - 1.3. Стратегический вопрос и подход 9
  - 1.4. Методология 10
- **2. Результаты** 13
  - 2.1. Улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья 13
  - 2.2. Поддержание хорошего состояния здоровья на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан 19
  - 2.3. Устранение основного бремени неинфекционных и инфекционных болезней в Европе 26
  - 2.4. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на человека, а также наращивание потенциала общественного здравоохранения, включая по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них 33
  - 2.5. Создание благоприятной окружающей среды и жизнестойких сообществ 44
- **3. Обсуждение** 53
  - 3.1. Сильные и слабые стороны обзора 53
  - 3.2. Варианты политики и последствия 55
- **4. ЗАключение** 64
- **Библиография** 66
- **Приложение 1. Стратегия поиска** 80
- **Приложение 2. Словарь терминов** 84
- **Приложение 3. Примеры из практики применения фактических данных в информационно-разъяснительной деятельности** 89

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВВП	Валовый внутренний продукт
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ЕС	Европейский союз
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОЭИ	Общественная эффективность инвестиций
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
DALY	Годы жизни с учетом неполного здоровья
QALY	Годы жизни с поправкой на качество



ЛИЦА, ВНЕСШИЕ ВКЛАД В ПОДГОТОВКУ ДОКЛАДА

Авторы

Mariana Dyakova
Руководитель по международным связям и заместитель директора, Отдел политики, научных исследований и международного развития, Служба общественного здравоохранения Уэльса, Кардифф, Почетный лектор Уорикского университета, Соединенное Королевство

Christoph Hamelmann
Глава Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Венеция, Италия

Mark A. Bellis
Заслуженный профессор общественного здравоохранения в Бангорском университете, директор Отдела политики, научных исследований и международного развития, Служба общественного здравоохранения Уэльса, Кардифф, Соединенное Королевство

Elodie Besnier
Сотрудник по вопросам международной политики здравоохранения, Отдел политики, научных исследований и международного развития, Служба общественного здравоохранения Уэльса, Кардифф, Соединенное Королевство

Charlotte N.B. Grey
Старший помощник по вопросам научных исследований в области здравоохранения, Отдел политики, научных исследований и международного развития, Служба общественного здравоохранения Уэльса, Кардифф, Соединенное Королевство

Kathryn Ashton
Научный сотрудник по вопросам общественного здравоохранения, Отдел политики, научных исследований и международного развития, Служба общественного здравоохранения Уэльса, Кардифф, Соединенное Королевство

Anna Schwappach
Врач, Отдел общественного здравоохранения, Служба общественного здравоохранения Уэльса, Кардифф, Соединенное Королевство

Christine Clar
Рецензент систематических обзоров, Берлин, Германия

Рецензенты

Franco Sassi
Профессор международной политики здравоохранения и экономики, директор Центра экономики здравоохранения и стратегических инноваций, Бизнес-школа Имперского колледжа, Лондон, Соединенное Королевство

Magda Zupančič
Эксперт, Координационная служба по вопросам анализа, развития и европейских дел, Министерство труда, по вопросам семьи, социальных дел и равных возможностей, Любляна, Словения

Соавторы

Лусин Айдинян (старший консультант по вопросам экономики здравоохранения и общественного здравоохранения, Армения), Peter Beznec (Центр здоровья и развития, Словения), Jonathan Cylus (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Roberto De Vogli (Падуанский университет, Италия), Nick Fahy (Оксфордский университет, Соединенное Королевство), Brian Ferguson (Служба общественного здравоохранения Англии, Соединенное Королевство), Josep Figueras (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Geoff Green (Университет Шеффилд Халлам, Соединенное Королевство), Klaus-Dirk Henke (Берлинский технический университет, Германия), Ирина Ильченко (Научно-исследовательский институт общественного здравоохранения, Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Российская Федерация), Mihajlo Jakovljevic (Крагуевацкий университет, Сербия), Анна Концевая (Национальный исследовательский центр профилактической медицины, Министерство здравоохранения, Российская Федерация), Gorgi Krlev (Центр по социальному инвестированию, Гейдельбергский университет, Германия), Mita Marra (Университет Салерно, Италия), Odile Mekel (Центр здравоохранения Северного Рейна-Вестфалии, Германия), Georg



Mildenberger (Центр по социальному инвестированию, Гейдельбергский университет, Германия), Neda Milevska-Kostova (Центр региональных политических исследований и сотрудничества «Студиорум», бывшая югославская Республика Македония), Aaron Reeves (Лондонская школа экономики и политических наук, Соединенное Королевство), Lorenzo Rocco (Падуанский университет, Италия), Matthew D. Saunders (Ливерпульский университет, Соединенное Королевство), Sarah Simpson (EquiACT, Франция), David Stuckler (Университет Боккони, Италия), Marc Suhrcke (Йоркский университет, Соединенное Королевство), Volker Then (Центр по социальному инвестированию, Гейдельбергский университет, Германия), Matthias Wismar (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ, внесшие вклад в разработку настоящего доклада: Anna Cichowska, Tina Dannemann Purnat, Masoud Dara, Nils Fietje, Frank George, Tamas Gyula Evetovits, Jill Louise Farrington, Frederiek Mantingh, Bettina Menne, Aasa Nihlen, Dorit Nitzan, Piroska Östlin и Isabel Yordi Aguirre.

Приносим большую благодарность Karen Hughes и Sophia Williams за помощь на начальных этапах разработки доклада.

Редакционная коллегия Сети фактических данных в отношении здоровья (СФДЗ)

Claudia Stein, директор
Tanja Kuchenmuller, заместитель главного редактора
Ryoko Takahashi, редактор серии
Jane Ward, редактор по техническим вопросам
Krista Kruja, сотрудник службы поддержки Секретариата СФДЗ

Редакционная коллегия СФДЗ входит в состав Отдела информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ. Сводные доклады СФДЗ являются заказными работами, проходящими коллегиальный обзор на международном уровне. За их содержание несут ответственность авторы. Они необязательно отражают официальную политику Регионального бюро.

РЕЗЮМЕ

Суть проблемы

Во всех странах Европейского региона ВОЗ появляется все больше проблем, связанных со здравоохранением, неравенством, экономикой и окружающей средой и требующих принятия неотложных мер и приоритетного выделения инвестиций для обеспечения устойчивого развития (удовлетворение нынешних потребностей без ущерба для возможности будущих поколений удовлетворять свои собственные потребности), а также здоровья и благополучия настоящего и будущих поколений. Здоровье и благополучие людей взаимосвязано с устойчивым развитием сложным и двусторонним образом, т.к. инвестиции в обеспечение здоровья для всех поддерживают социальную, экономическую и экологическую устойчивость, в то время как инвестиции в сохранение здорового состояния планеты с обеспечением всеохватного и устойчивого роста, а также справедливого и безопасного общества поддерживают здоровье и благополучие отдельных лиц, семей и общин. Инвестиции, направленные на улучшение социальных, экономических, культурных, коммерческих и экологических детерминант здоровья, а также на сокращение уровня неравенства в отношении здоровья критически важны для обеспечения здоровья и благополучия населения и являются движущей силой и необходимым условием для устойчивого развития. Процесс обеспечения этих инвестиций должен осуществляться на всех уровнях правительства, во всех секторах и отраслях с участием всех заинтересованных сторон из государственного и частного сектора и научных кругов.

Обобщающий вопрос

Цель данного доклада заключается в предоставлении информации в поддержку дорожной карты выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Организации Объединенных Наций на основе политики здравоохранения Здоровье-2020 в Европейском регионе ВОЗ, путем изучения вопроса: «Какие фактические данные, подтверждающие общественную эффективность инвестиций в стратегии общественного здравоохранения, поддерживают процесс достижения Целей в области устойчивого развития на основе положений политики Здоровье-2020?»



Виды фактических данных

Фактические данные были собраны при помощи анализа обзоров научных работ с использованием комплексных стратегий поиска, адаптированных для специфических баз данных, и терминов, связанных с общественным здравоохранением в сочетании с терминами, относящимися к политике, окупаемости инвестиций и критическому анализу. Поиск проводился в основных научных базах данных на английском языке, а дополнительные фактические данные были получены из серой литературы, в том числе из баз данных соответствующих международных и неправительственных организаций. В качестве источников потенциальных фактических данных также были задействованы поисковые системы Google и Google Scholar и рекомендации соавторов. Рабочими языками соавторов были английский, болгарский, испанский, немецкий, русский и французский, что позволило получить фактические данные из широкого ряда материалов на этих языках. Из общего числа 4620 найденных источников, опубликованных за период с 1 января 2007 г. по 1 января 2017 г., в конечном счете в обзорный анализ были включены 62 работы.

Результаты

На основе проанализированных в данном докладе фактических данных были сделаны три основных вывода о том, как инвестиции в общественное здравоохранение могут помочь достигнуть мирной, безопасной, инклюзивной и устойчивой экономики, общества и планеты.

- текущая инвестиционная политика и практика (действие по обычному сценарию без принятия мер) неустойчива, т.к. она дорого обходится как отдельным лицам, семьям и сообществам, так и всему обществу, экономике и планете;
- инвестиции в стратегии здравоохранения предоставляют эффективные, результативные, всеобъемлющие и инновационные варианты решения проблем в соответствии с универсальными ценностями и фактическими данными, а также содействуют обеспечению социальной, экономической и экологической устойчивости;
- выделение финансирования в интересах здоровья и благополучия - это двигатель и инструмент устойчивого развития, и наоборот; благодаря ему расширяются права и возможности людей для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья для всех.

Были определены три траектории, по которым инвестиции в интересах здоровья и благополучия приводят в движение (напрямую через сектор здравоохранения) и делают возможным (косвенно через другие сектора) устойчивое развитие:

- **траектория здоровья и благополучия** путем повышения продолжительности и качества жизни, наращивания человеческого капитала, повышения производительности труда и трудовой деятельности, обеспечения национальной и глобальной безопасности в отношении здоровья;
- **траектория социальной справедливости** путем сокращения расслоения общества и гендерного неравенства в области здравоохранения, наращивания социального капитала, обеспечения политической стабильности и равенства в области трудоустройства для женщин, молодежи и самых бедных слоев населения;
- **экономическая и инновационная траектория** путем достижения прямых, косвенных и индуцированных экономических результатов, таких как создание рабочих мест и оптимальных условий работы, развитие навыков и умений, создание инфраструктуры, поставка материалов и технологий, вклад в обеспечение связи, логистики, выплаты индуцированного налога и взносов в фонд социального обеспечения, создание конкурентоспособных медицинских служб и технологических инноваций (в частности, переходя от слов к делу в секторе здравоохранения), приводящих к устойчивым моделям производства и потребления.

Стратегические соображения

На основании полученных в результате данного анализа фактических данных и предлагаемой Европейским региональным комитетом ВОЗ дорожной карты по выполнению Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ, для приоритетного направления инвестиций рекомендуется пакет из 12 ключевых стратегий общественного здравоохранения, продемонстрировавших существенную общественную эффективность инвестиций (ОЭИ), а также пользу для обеспечения устойчивого развития:



- устранение социальных, экономических и экологических детерминант здоровья путем применения подхода соразмерного универсализма;
- обеспечение гендерного равенства, защита прав женщин и девочек, расширение их прав и возможностей, борьба с насилием и жестоким обращением;
- создание наилучших условий для старта в жизнь для всех детей без исключения;
- обеспечение образования детей и молодежи, медицинской грамотности и достойной занятости; здорового и активного старения;
- борьба с курением, злоупотреблением алкоголем, ожирением, нездоровым питанием и отсутствием физической активности; а также с неинфекционными и инфекционными заболеваниями;
- обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и минимизация оплаты медико-санитарных услуг за счет собственных средств;
- укрепление систем здравоохранения, расширение возможностей и услуг для обеспечения национальной и глобальной безопасности в отношении здоровья;
- преобразование, расширение и оптимизация трудовых ресурсов здравоохранения;
- создание благоприятных для здоровья и содействующих его укреплению мест и условий, а также жизнестойких сообществ, в том числе устойчивой природной и городской окружающей среды;
- переход к зеленой и циклической экономике (минимизация отходов и негативного воздействия) при устойчивых моделях производства, потребления и закупок.

Все это можно учитывать при принятии решений и выработке политики как в секторе здравоохранения, так и в других секторах и на всех уровнях (европейском, национальном, субнациональном или местном) в зависимости от контекста. Инвестиции в интересах здоровья и устойчивого развития — это ориентированная на конкретные результаты и основанная на правах человека обязанность всех, движущими силами которой являются универсальные ценности, фактические данные и справедливость для обеспечения благополучия нынешнего и будущих поколений.



1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. История вопроса

Сегодня аргументация в пользу устойчивого и справедливого инвестирования в целях обеспечения здоровья и благополучия людей как никогда сильна в свете многочисленных проблем, стоящих перед человечеством. Глобальные риски и угрозы (1), такие как изменение климата и ухудшение экосистем начали оказывать негативное влияние на здоровье населения. Так, в 2003 г. период аномальной жары привел к преждевременной смерти 70 000 человек в 12 странах Европы и Центральной Азии, а к 2030 г., согласно прогнозам, изменение климата приведет к смерти 250 000 человек во всем мире (2). Выделение инвестиций в целях обеспечения глобальной безопасности в отношении здоровья и готовности к чрезвычайным ситуациям стало одним из приоритетов в чрезвычайно глобализованном и взаимосвязанном мире, который вынужден противостоять таким угрозам, как эпидемии, изменение климата, природные и техногенные катастрофы, насилие и конфликты (3-5). Такие инвестиции также важны для обеспечения равенства в вопросах здравоохранения, т.к. уязвимые и обездоленные слои населения зачастую составляют основную долю пострадавших.

Самому Европейскому региону ВОЗ угрожают проблемы, связанные с ростом численности населения, а также с его старением; трудоустройством молодежи и детской бедностью; постоянно увеличивающимся разрывом между разными слоями населения, мужчинами и женщинами, а также с растущим уровнем неравенства в отношении здоровья внутри стран и между ними; эпидемиями неинфекционных и инфекционных заболеваний; перемещенными и уязвимыми лицами, живущими в неблагоприятных условиях; экологическим давлением; мерами жесткой экономии и ограниченными государственными бюджетами. Все это оказывает негативное влияние на перспективы обеспечения здоровой, счастливой и продуктивной жизни всех поколений.

Экономическое и социальное бремя плохого здоровья населения и неравенства между людьми, помимо причиняемых им человеческих страданий, представляет еще и серьезную проблему для правительств разных стран. Тенденции указывают на то, что неудовлетворенный спрос на услуги здравоохранения и связанное с этим экономическое бремя будут расти без

принятия эффективных стратегий с оптимальным соотношением затрат и результатов. По прогнозам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), если не будут приняты дополнительные меры, общая сумма затрат в секторе здравоохранения во всех странах-участницах ОЭСР в среднем возрастет почти в два раза к 2050 г. и составит примерно 13% от валового внутреннего продукта (ВВП) **(6)**. Это окажет существенное давление не только на системы здравоохранения, но и на социальную и экологическую устойчивость и может еще больше повысить уровень неравенства в отношении здоровья.

Правительства могут оказывать значительное влияние на все факторы, от которых зависит здоровье и благополучие людей, а также на их образ жизни и повседневный выбор. Совместная работа с людьми и сообществами на основе широкого общего участия (принцип привлечения всего общества), а также с организациями из различных секторов и уровней правительства (общегосударственный подход) крайне важна для предоставления информации, разработки и внедрения успешных и устойчивых стратегий и мероприятий, способствующих укреплению здоровья, повышению благополучия и обеспечению равенства, процветания, безопасности и мира.

Инвестиции в интересах здоровья и благополучия означают выделение средств для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья для всех в любом возрасте как в пределах одной страны, так и во всех странах. Здоровье и благополучие человека взаимосвязаны с устойчивым развитием сложным и двусторонним образом, т.к. инвестиции в обеспечение здоровья для всех поддерживают все три составляющие устойчивого развития (социальную, экономическую и экологическую), в то время как инвестиции в сохранение здорового состояния планеты с обеспечением всеобъемлющего и устойчивого роста, а также справедливого и безопасного общества приводят к здоровым, счастливым, устойчивым к внешним воздействиям и уверенным в себе людям, семьям и сообществам **(7)**.

При оценке эффективности инвестиций в интересах здоровья и благополучия, основную финансовую концепцию окупаемости инвестиций необходимо расширить, чтобы включить в нее более широкое понятие ценности, отражающее экономические, социальные и экологические аспекты итоговых результатов. Решения, принимаемые исключительно на основе стоимости и немедленной окупаемости, могут не отражать более широкомасштабных преимуществ в долгосрочной перспективе.



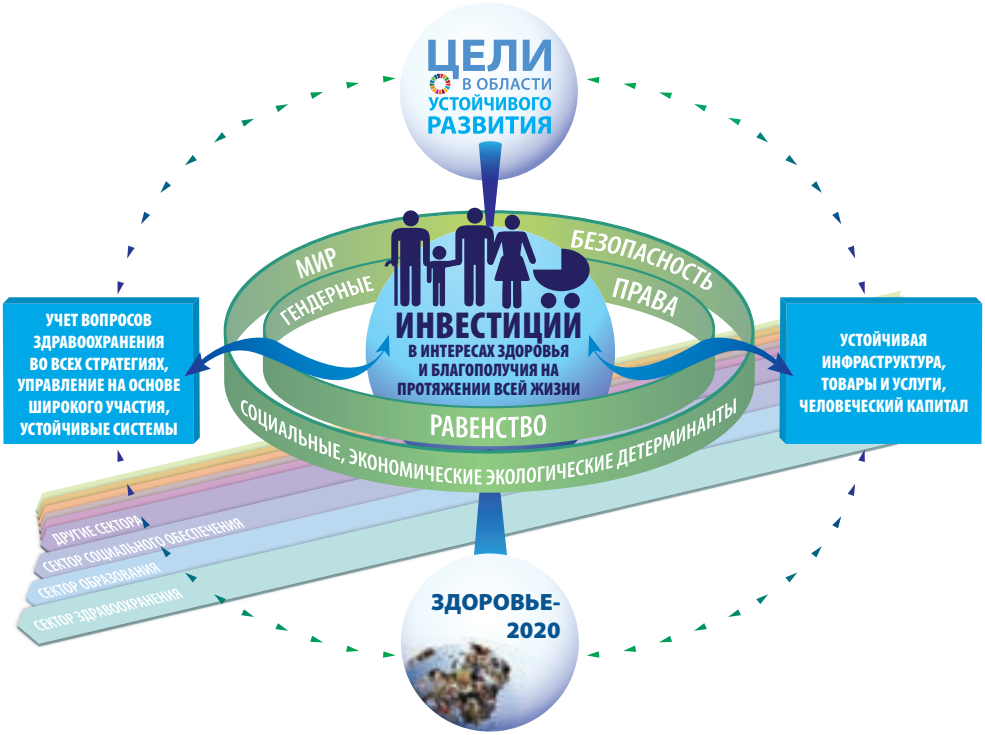
Это привело к разработке метода оценки ОЭИ, направленного на учет не только финансовых аспектов (т.е. денежных или монетизированных экономических и социально-экономических преимуществ), но и социальных аспектов, таких как расширение прав и возможностей людей, социальное сплочение и политическое участие, оценка которых проводится при помощи различных количественных и качественных методов. В рамках этого метода рассматриваются не только вопросы прибыли для инвестора, но и социальной ценности для других заинтересованных сторон, в том числе для общества в целом. Для этого проводятся консультации с заинтересованными сторонами с самого начала процесса и на всем его протяжении для определения границ и показателей, а также проверки предположений, сделанных во время анализа **(8,9)**.

В резолюции, принятой на Шестьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2016 г. (EUR/RC66/R4: К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ) **(10)** вновь подтверждается, что основы европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 **(11)**, а также глобальные и региональные стратегии и планы действий ВОЗ являются инструментами реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Организации Объединенных Наций **(12)**; и что Повестка-2030 г. предлагает возобновленную приверженность и более интегрированный и межсекторальный подход для реализации политики Здоровье-2020. В резолюции предлагалось Европейскому региональному директору «разработать дорожную карту для реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в консультации с государствами-членами, основными группами и заинтересованными сторонами, для представления на Шестьдесят седьмой сессии Регионального комитета в 2017 г.».

1.2. Концептуальная основа инвестирования в интересах здоровья и благополучия

При участии многочисленных экспертов была разработана всеобъемлющая и комплексная концептуальная основа инвестирования в интересах здоровья и устойчивого развития с использованием информации, полученной в результате обзора стратегического и политического контекста в Европе и во всем мире (рис. 1).

Рис. 1. Концептуальная основа инвестирования в интересах здоровья и устойчивого развития



В рамках данной концептуальной основы признается существование сложных межсекторальных и многоуровневых отношений между инвестированием в интересах здоровья и благополучия и обеспечением устойчивого развития. В ней обрисовывается взаимозависимость между политикой Здоровье-2020 и Повесткой-2030, а также эффект взаимного усиления и механизмы реализации этих документов, и тем самым выражается поддержка предлагаемой дорожной карте Европейского региона ВОЗ. Хотя настоящий сводный доклад посвящен особым критически важным вопросам инвестирования (т.е. окупаемым стратегиям здравоохранения), это лишь один аспект комплексной политики обеспечения устойчивого



выделения инвестиций, выполнение которой должно затрагивать все государственные сектора, уровни, стратегии и сферы жизни. Ключевые элементы и взаимосвязь между инвестициями в интересах здоровья и благополучия описаны ниже.

Центральная концепция инвестиций в интересах здоровья и благополучия на протяжении жизненного цикла опирается на Повестку-2030, Цели в области устойчивого развития (ЦУР) **(12)** и стратегические задачи и приоритеты политики Здоровье-2020 **(11)**, и одновременно оказывает содействие их выполнению. Метод устойчивого инвестирования позиционирует здоровье как одну из движущих сил устойчивости в секторе здравоохранения и как инструмент процессов управления и регулирования, которые направляют инвестиции в другие сектора для достижения их собственных целей и внесения вклада в дело обеспечения устойчивого развития, здоровья и благополучия.

Подход к охране здоровья, охватывающий все этапы жизни, предполагает, что результаты в отношении здоровья отдельных лиц и сообщества зависят от взаимодействия множества факторов защиты и риска на протяжении всей жизни человека, особенно в раннем возрасте. Следовательно, инвестиции должны выделятся на протяжении всего жизненного цикла: обеспечивая хороший старт в жизнь для всех детей без исключения; помогая постоянно развивать навыки и умения, жизнестойкость и здоровые привычки; оказывая поддержку молодежи в области обучения и трудоустройства и предоставляя другие возможности; обеспечивая хорошие рабочие и жилые условия; а также безопасное, здоровое и активное старение **(13-18)**.

В данной концептуальной основе также отражены более широкие детерминанты здоровья как для людей, так и для всей планеты. Это многочисленные и тесно взаимосвязанные социальные, экономические и экологические факторы, требующие применения подходов по обеспечению справедливости, соблюдению гендерных прав и прав человека, а также поддержанию безопасности и мира. Практические механизмы инвестирования являются неотъемлемой частью механизмов развития человеческого капитала, устойчивой инфраструктуры, товаров и услуг, с одной стороны; а также применения подхода по учету вопросов здравоохранения во всех стратегиях с осуществлением управления на основе широкого участия и обеспечением устойчивых систем, с другой стороны. Более того, инвестирование в интересах здоровья и благополучия осуществляется на основе принципа привлечения всего государства и общества.

Здоровье — это одно из основных прав человека и необходимое условие (и результат) соблюдения гендерного равенства. Инвестирование при помощи правозащитного подхода означает, что соблюдение права на здоровье должно лежать в основе всех приоритетов и действий (19), а сокращение уровня неравенства в отношении здоровья должно рассматриваться как вопрос обеспечения непредвзятости и социальной справедливости (13,20). Отсутствие дискриминации крайне важно для обеспечения гендерного равенства и поддержки девочек и женщин в полной реализации своего потенциала и обеспечении благополучия (21-23).

Условия, в которых люди живут, работают и стареют, и которые оказывают влияние на их поведение, зависят от распределения денежных средств, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровнях. Инвестиции, обуславливающие это распределение, сами зависят от стратегического выбора и будут влиять на физическое и психическое здоровье и социальное благополучие (13, 24-26). Инвестиции, нацеленные на устранение проблем, связанных с широкомасштабными детерминантами здоровья, содействуют укреплению здоровья и повышению благополучия и устойчивости к внешним воздействиям, путем оказания влияния на социальные, культурные, экономические, коммерческие и экологические условия в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют.

Рядом с вопросами равенства стоят вопросы мира и безопасности. Обеспечение и поддержание мира, благополучия и безопасности на национальном или глобальном уровне - основополагающие условия для гарантии устойчивости систем, инфраструктуры, товаров и услуг во всех секторах и на всех уровнях (3-5). Для этого требуется стратегическое руководство на основе широкого участия и совместные, скоординированные и устойчивые усилия, направленные на пропаганду, приоритизацию и поддержку здоровья и благополучия людей, а также включение вопросов укрепления здоровья и обеспечения равенства во все стратегии (27, 28). А также инновационные механизмы разумного инвестирования (нацеленные на достижение четких стратегических задач, таких как развитие необходимых навыков или создание инфраструктуры) и реконфигурация существующих методов стратегического руководства и структурных подходов для формирования динамических, устойчивых и всеохватных сетей, критически важных для социального, экономического и экологического развития (29,30).



Концепция здоровых мест/условий предполагает человеческую среду обитания, в которой экологические, организационные и личные факторы в самом широком смысле взаимодействуют между собой для оказания влияния на здоровье и благополучие людей. Выделение инвестиций для создания благоприятных для здоровья мест поможет отдельным лицам, семьям и сообществам улучшить детерминанты здоровья, поведение и итоговые результаты; в свою очередь, воздействие человека на экосистемы и природные ресурсы влияет на биологическое разнообразие и имеет долгосрочные последствия для национальной и глобальной устойчивости (2,10,11,13, 18,31). Увеличение размеров городов, их числа, численности населения и многогранности представляют особые проблемы и возможности для обеспечения здоровья и устойчивости **(18, 32)**.

Всеобщий охват услугами здравоохранения предельно важен для создания справедливой и жизнестойкой системы здравоохранения и содействует социальному сплочению, справедливости и устойчивому развитию **(33, 34)**. Тема обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения проходит красной нитью по всем ЦУР, связанным со здравоохранением, но в ЦУР 3 (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию) она выделена в качестве отдельной задачи **(35, 36)**. Всеобщий охват услугами здравоохранения определяется как всеобщность (доступ к высококачественным медико-санитарным услугам для всех), справедливость (услуги должны получать люди, нуждающиеся в них, вне зависимости от возможности заплатить за них или любых других факторов) и солидарность (финансовые договоренности, обеспечивающие доступ к услугам для всех) **(35, 37, 38)**. Благодаря ВОУЗ обеспечивается доступ для всех людей к качественным услугам по укреплению, защите и улучшению здоровья; профилактике заболеваний; лечебной, реабилитационной и паллиативной помощи, в которой они нуждаются без создания финансовых затруднений.

Укрепление системы здравоохранения считается наиболее важной сферой для инвестирования в целях глобального здравоохранения **(39-43)**. Для этого требуются как эффективные трудовые ресурсы, так и эффективное предоставление услуг общественного здравоохранения. Эффективные инвестиции в области трудовых ресурсов здравоохранения помогают обеспечить подходящее число высококачественных рабочих мест и соответствующее число квалифицированных медицинских работников в нужном месте **(44-46)**. Европейское региональное бюро

ВОЗ определило 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения, направленных на укрепление его услуг и потенциала **(47, 48)**. Наиболее эффективный и результативный метод выполнения этих оперативных функций - это применение интегрированного подхода, а не просто реализация вертикальных программ. Эти оперативные функции сконцентрированы вокруг трех основных направлений предоставления услуг: защита здоровья, профилактика заболеваний и укрепление здоровья. Сюда входит наблюдение за состоянием здоровья населения; мониторинг и реагирование на угрозы здоровью и чрезвычайные ситуации; охрана здоровья, в том числе обеспечение экологической безопасности, безопасных условий труда и безопасности продуктов питания; укрепление здоровья, в том числе воздействие на социальные детерминанты здоровья и социальные неравенства в отношении здоровья; профилактика заболеваний и раннее выявление болезней; стратегическое руководство; достаточное количество компетентных трудовых ресурсов; устойчивая организация, структуры и финансирование; информационно-разъяснительная деятельность, коммуникации и мобилизация общественности в интересах охраны здоровья; проведение научных исследований в области здравоохранения для использования в качестве доказательной базы при разработке и применении политики. В центре внимания общественного здравоохранения лежат вопросы укрепления здоровья и ранней профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний, а также борьбы с вредными привычками. Поэтому необходимо выделять инвестиции для воздействия на социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья на протяжении всего жизненного цикла **(18)**, а также осуществлять многодисциплинарные межсекторальные мероприятия и привлекать общественность к участию в процессе принятия решений **(11, 13, 24, 25, 49-54)**.

Настоящий доклад направлен на предоставление информации и оказание поддержки процессу разработки и выполнения предлагаемой дорожной карты реализации Повестки-2030 на основе политики Здоровье-2020 с целью укрепления потенциала государств-членов для обеспечения более крепкого и устойчивого здоровья и благополучия людей всех возрастов с соблюдением принципов социальной справедливости в Европейском регионе ВОЗ; а также для укрепления аргументации в пользу того, что инвестирование в общественное здравоохранение является главным фактором обеспечения устойчивого развития, национальной и глобальной безопасности, процветания и мира. Поддержка дорожной карты также оказывается в смежном докладе, в котором обсуждаются



основные стратегии устранения социально-экономических детерминант и неравенства в отношении здоровья и предполагается, что конкретные варианты политики, влияющие на условия жизни людей, также влияют на их здоровье и равенство (18).

1.3. Стратегический вопрос и подход

Принимая во внимание широкую концептуальную основу инвестирования в интересах здоровья и устойчивого развития, авторы настоящего сводного доклада стремятся ответить –на конкретный стратегический вопрос: «Какие фактические данные, подтверждающие общественную эффективность инвестиций в стратегии общественного здравоохранения, поддерживают процесс достижения Целей в области устойчивого развития на основе политики Здоровье-2020?»

Общественное здравоохранение как «искусство и наука профилактики заболеваний, увеличения продолжительности жизни и укрепления здоровья посредством организованных усилий общества» (55) играет главную роль в обеспечении здоровья и благополучия нынешнего и будущих поколений. Это социальная и политическая концепция, направленная на улучшение состояния здоровья и качества жизни и увеличение продолжительности жизни населения всех стран путем укрепления здоровья, профилактики заболеваний и принятия других межсекторальных и междисциплинарных мер. В данном обзоре стратегии здравоохранения определяются как стратегии, программы, проекты или меры, проводимые на уровне населения и возглавляемые правительством в области охраны и укрепления здоровья и улучшения его состояния исключительно в рамках ранней (первичной) профилактики. Вопросы скрининга, лечения, реабилитации и специализированной помощи здесь не рассматриваются.

При оценке вклада стратегий общественного здравоохранения в дело обеспечения устойчивого развития используется концепция ОЭИ для рассмотрения вопросов, касающихся здоровья и благополучия людей (8,9). Цели и задачи настоящего обзора сузили рассмотрение вопросов ОЭИ с точки зрения широких социально-экономических затрат и прибыли на инвестиции только в денежном выражении с использованием основных методов экономической оценки (56): анализа минимизации затрат, анализа экономической эффективности, анализа полезности затрат, анализа затрат и результатов и анализа затрат и последствий (см. словарь терминов).

Чтобы представить связи и взаимоотношения между политикой Здоровье-2020 и Повесткой-2030, фактические данные кратко описываются при помощи основных положений политики Здоровье-2020 **(11)**.

2.1. Улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья

2.2. Поддержание хорошего состояния здоровья на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан

2.3. Устранение основного бремени неинфекционных и инфекционных болезней в Европе

2.4. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на человека, а также наращивание потенциала общественного здравоохранения, включая по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них

2.5. Создание благоприятной окружающей среды и жизнестойких сообществ.

Эти направления взаимосвязаны и взаимозависимы и имеют общие детерминанты, проблемы и варианты решения, а также указывают на то, что стратегии общественного здравоохранения приносят многочисленные выгоды (ОЭИ) во всех областях. Ключевые межсекторальные связи подчеркиваются на протяжении всего текста, а также в разделе «Обсуждение». Потенциальный вклад каждого стратегического направления в дело выполнения ЦУР и соответствующих задач также резюмируется.

В каждом разделе приводится краткое описание фактических данных по двум аспектам:

- стоимость деятельности по обычному сценарию (текущая инвестиционная политика и практика) с акцентом на проблему и ее бремя для здоровья, общества, экономики и окружающей среды;
- ОЭИ в стратегии общественного здравоохранения с акцентом на варианты решения проблемы.

1.4. Методология

1.4.1. Источники обзора

Для выявления актуальных фактических данных из научной отрецензированной литературы были использованы следующие базы данных: MEDLINE/PubMed, SocINDEX, Cochrane Database of Systematic



Reviews и PROSPERO. Для поиска дополнительных фактических данных и серой литературы были использованы базы данных соответствующих международных и неправительственных организаций: База источников фактических данных СФДЗ, Фактические данные систем здравоохранения, Библиотека ВОЗ (WHOLIS), Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, учреждения Европейского союза (ЕС), ОЭСР (iLibrary). Дополнительный поиск был проделан при помощи поисковых систем Google и Google Scholar. К соавторам обратились с просьбой предоставить документы по ключевым тематическим направлениям из различных государств-членов. Рабочими языками были английский, болгарский, испанский, немецкий, русский и французский; благодаря чему стало возможно провести обзор более широкого набора фактических данных, полученных в результате поиска или предоставленных соавторами. Осуществлялся поиск работ, опубликованных в период с 1 января 2007 г. по 1 января 2017 г. Сам поиск был проведен в феврале-марте 2017 г. Полученные от соавторов или рецензентов дополнительные документы, отвечающие критериям включения/исключения, были добавлены в марте-мае 2017 г.

1.4.2. Извлечение данных

Был проведен обзорный анализ работ с использованием комплексных стратегий поиска, адаптированных для специфических баз данных. Скрининг был основан на целевом контингенте целых групп населения/правительства с упором на государства-члены Европейского региона ВОЗ (фактические данные из других стран включались, если считались подходящими); в рамках скрининга рассматривались термины, связанные с:

- мерами, направленными на выделение инвестиций в области общественного здравоохранения (профилактика заболеваний или укрепление здоровья), а также с проводимыми на уровне населения стратегиями, актуальными для политики Здоровье-2020;
- итоговыми результатами, ориентированными на получение фактических данных о здоровье и благополучии; об экономических, социальных и экологических преимуществах для населения; о стоимости неспособности решить текущие проблемы здравоохранения.

В приложении 1 приводятся термины поиска и конкретные критерии включения/исключения.

В результате поиска было выявлено 4657 записей (4421 после удаления дубликатов). Дополнительные 206 записей были найдены при помощи соавторов и в результате поиска из библиографии уже отобранных работ (199 после удаления дубликатов). В результате было получено 4620 записей для скрининга при помощи системы PRISMA **(57)**. После скрининга по заголовку и аннотации было проанализировано 399 полных текстовых записей. Из них 62 обследования и доклада в итоге вошли в обзор **(13, 15, 23, 24, 40, 58-114)**. Качество отобранных обзоров/докладов подтверждалось при помощи критериев отбора и учитывалось во время анализа фактических данных и разработки настоящего доклада.



2. РЕЗУЛЬТАТЫ

2.1. Улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья

2.1.1. Стоимость действий по обычному сценарию

Невыгодное социально-экономическое положение связано с плохим здоровьем и неравенством в отношении здоровья

Негативные социально-экономические факторы, такие как безработица, низкий уровень дохода/социальный статус или недостаточный уровень образования связаны с плохим здоровьем и приводят к развитию нездоровых привычек: число курящих в Соединенном Королевстве в два раза выше среди групп населения с низким уровнем доходов, заключенных и бездомных (13, 65); проблемы плохого здоровья и смертности в результате злоупотребления алкоголем несоразмерно сильно затрагивают более бедные страны и группы населения (82, 85); плохое здоровье и сопутствующие заболевания несоразмерно сильно сказываются на лицах с низким уровнем доходов и уязвимых группах населения, таких как мигранты и меньшинства (13, 82, 83, 90, 100, 101). Матери с более низким социально-экономическим статусом в Европейском регионе ВОЗ в меньшей степени прибегают к грудному вскармливанию, что негативно влияет на здоровье и жизненные перспективы как их самих, так и их детей (115). Фактические данные из ЕС подчеркивают связь между повышенным уровнем безработицы и показателями преждевременной смерти (25). Группы населения с пониженным уровнем доходов испытывают более серьезные экономические последствия, появляющиеся в результате хронических болезней, по сравнению с более обеспеченными сверстниками. Например, в Российской Федерации вероятность того, что мужчины, зарабатывающие ниже среднего национального уровня доходов и страдающие от хронических заболеваний, выйдут на пенсию преждевременно, на 24% выше, чем среди их здоровых соотечественников, в то время как хронические заболевания не оказывают никакого влияния на пенсионный возраст мужчин с высоким уровнем доходов (101). Дети, живущие в нищете и испытывающие лишения, подвергаются более высокому риску преждевременной смерти, развитию ожирения или ухудшения состояния здоровья (65).

Плохое здоровье связано с постоянным невыгодным социально-экономическим положением

Лица с физическими или психическими расстройствами или инвалидностью чаще страдают от безработицы или выполняют непрестижную работу с ограниченными возможностями карьерного роста; заняты на работах с вредными условиями труда; отличаются меньшей продуктивностью (формальное присутствие на работе) или чаще не выходят на работу (прогулы); зарабатывают меньше в любом возрасте, при этом разрыв в оплате труда увеличивается с возрастом (т.е. негативно влияет на пенсионное обеспечение), а также между мужчинами и женщинами **(25, 116, 117)**. Например, в Соединенном Королевстве вероятность трудоустройства среди лиц с плохим состоянием здоровья в два раза ниже, зачастую из-за связанной с этим стигмы или отсутствия подходящих условий труда **(118)**.

Гендерное неравенство тормозит всеохватный экономический рост и устойчивость

Гендерное неравенство, основанное на нормах, ролях и дискриминации, негативно сказывается на всеохватном экономическом росте, создании достойных рабочих мест и обеспечении устойчивости систем здравоохранения. Оно порождает неэффективность, ограничивая продуктивность, распределение, мотивацию и удержание на рабочих местах женщин, которые составляют основную долю трудовых ресурсов здравоохранения (см. также раздел 2.4) **(23, 119)**. Бремя бесплатной и неформальной работы также в несоразмерно высокой степени ложится на женщин и девочек, и это лишний раз подтверждает существование гендерного неравенства в оплате труда **(120, 121)**. Все еще существует разрыв в трудоустройстве мужчин и женщин и разделение профессий по половому признаку, при этом вероятность трудоустройства среди женщин на 30% ниже, чем среди мужчин, женщины также чаще имеют нестабильную работу и неполную занятость без контрактов, регулярной выплаты заработной платы или защиты прав **(2)**. Это негативно влияет на ресурсы как отдельных лиц, так и всей страны. Так, потеря ресурсов на уровне ЕС в результате недостаточной представленности женщин на рынке труда составляет 370 млрд евро в год (2,8% ВВП) **(122)**. В среднем в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии женщины зарабатывают на 21,8% меньше, чем мужчины, а в ЕС - на 16% **(123)**. Введение мер жесткой экономии в некоторых странах (напр., сокращение зарплаты и пенсионного обеспечения, субсидирования в области здравоохранения и реформирование систем здравоохранения) имеет много негативных



последствий, среди которых ограниченный доступ для женщин и девочек к жизненно важным услугам по охране репродуктивного и сексуального здоровья (особенно для женщин и девочек с ограниченными физическими и психическими возможностями или из сельских и бедных районов) (2).

Обусловленное возрастом неравенство связано с риском оказаться за чертой бедности

В Европе существует высокий уровень неравенства по показателям здоровья среди пожилых людей, который отличается большой разницей в возрасте, после которого люди в среднем могут рассчитывать прожить еще 15 лет. Он варьируется от 62,3 лет в Республике Молдова до 72,2 лет во Франции (124). Доля людей старше 65 лет, живущих за чертой бедности, существенно различается по всей Европе: так, в Венгрии она составляет около 4%, в Люксембурге - 5% и Чешской Республике - 7%, в то время как в Латвии, на Кипре и в Эстонии - 51%, 49% и 39% соответственно (125). Риск оказаться за чертой бедности возрастает по мере старения, при этом он значительно выше среди женщин, чем среди мужчин; например, в странах ОЭСР пенсии, выплачиваемые женщинам в возрасте 65 лет и старше, в среднем на 28% ниже, чем пенсии, выплачиваемые мужчинам того же возраста (126). Уровень жизни женщин и мужчин также значительно отличается, при этом женщины более уязвимы к падениям, чем мужчины (127).

Уязвимость связана с невыгодным социально-экономическим положением и более высоким риском ухудшения состояния здоровья

Отдельные группы населения, такие как женщины, подростки и маргинализированные лица, в частности, мигранты, представители меньшинств и бездомные, также испытывают социально-экономическое неравенство и неравенство в отношении здоровья, которое может привести к физическим и психическим болезням. Европа и Центральная Азия испытывают повышенное давление в результате перемещения населения и мигрантов, принимая довольно большое число беженцев, ищущих убежища лиц и мигрантов; в 2015 г. в регионе проживало 76,1 млн международных мигрантов, что составило 10,3% всей численности населения (2). Зачастую эти уязвимые группы имеют ограниченный доступ к основным услугам, в частности, к медико-санитарной помощи, а также часто подвергаются опасности и испытывают стресс, в том числе в связи с жарой, холодом, плохими санитарными условиями, отсутствием здоровой пищи и/или воды безопасного качества (2).

Отсутствие крова даже на протяжении короткого времени значительно сокращает шансы повторной интеграции человека в общество и может привести к ухудшению физического и психического здоровья, в том числе к психическому заболеванию и злоупотреблению психоактивными веществами (как причина, так и результат), а также к хроническим и инфекционным заболеваниям **(128)**.[1] Последствия длительного отсутствия постоянного места жительства могут быть необратимыми, при этом продолжительность жизни бездомного может сократиться на целых 30 лет по сравнению с остальным населением **(128)**. Ежегодное число оставшихся без крова или дома лиц в ЕС может составлять около 4,1 млн человек **(128)**. Все больше молодых людей, потерявших работу или оказавшихся за чертой бедности, становятся бездомными **(128)**.

Экологические угрозы здоровью связаны с социально-экономическим неравенством и неравенством в отношении здоровья

Экологические угрозы здоровью усугубляют неравенство внутри стран и между ними, а также среди разных групп населения и людей разных возрастов. Группы из более низких социально-экономических слоев обычно подвергаются повышенному экологическому риску и обладают пониженной способностью смягчать его последствия (см. также раздел 2.5): в странах Европейского региона ВОЗ с более низким уровнем доходов люди подвергаются более высокому воздействию загрязнения воздуха внутри и вне помещений **(111)**; в некоторых государствах-членах пятая часть населения по-прежнему испытывает такие бытовые проблемы, как отсутствие удобств внутри помещений **(130)**; в Центральной и Восточной Европе 40% населения проживают в домах, не подключенных к системам канализации **(96)**; у человека из наиболее неблагополучных районов, попавшего в автодорожную катастрофу, на 50% меньше шансов выжить по сравнению с человеком из благополучных районов **(60)**. Экологические риски, в наибольшей степени затрагивающие уязвимые и обездоленные слои населения, особенно губительны для детей; так, на глобальном уровне 26% случаев смерти среди детей связаны с загрязнением воздуха, небезопасной водой и санитарией и дорожно-транспортными происшествиями (85, 105).

[1] Отсутствие постоянного места жительства включает в себя такие понятия, как отсутствие крова (любого вида убежища), отсутствие дома (есть только временное место для сна в каком-либо учреждении или приюте для бездомных), проживание в небезопасных условиях с отсутствием гарантированного жилья (негарантированная аренда, угроза выселения, бытовое насилие) и проживание в ненадлежащих местах (незаконные лагеря, непригодное жилье, перенаселение) **(129)**.



Плохие условия проживания наносят особенно серьезный ущерб детям (60) и могут привести к негативным последствиям в будущем, таким как безработица и бедность во взрослом возрасте (104). Социальное расслоение может еще больше усугубляться географическим неравенством. Например, люди, проживающие в городских районах, испытывают более высокое воздействие загрязнения воздуха ввиду более интенсивного дорожного движения по сравнению с сельскими жителями (60), в то же время в сельских районах могут отсутствовать основные удобства, и/или может быть ограниченный доступ к услугам здравоохранения. В некоторых регионах, в частности, на Кавказе и в Центральной Азии 62% сельских жителей проживают в домах без доступа к водопроводу, по сравнению с 9% населения городов (96). Экологические детерминанты взаимодействуют с гендерными и социальными детерминантами и оказывают разное воздействие на мужчин и женщин (131).

2.1.2. Стратегии здравоохранения, имеющие ОЭИ

Подход соразмерного универсализма сокращает разрыв по показателям здоровья

Соразмерный универсализм определяется как выделение ресурсов и предоставление всеобщих услуг в таких размерах и с такой интенсивностью, которые соответствуют степени необходимости (13). Услуги доступны для всех, а не только для наиболее обездоленных слоев населения, и соответствуют уровню появившейся в них потребности. Такой подход к устранению основной причины социального и экономического неравенства на протяжении всего жизненного цикла наиболее эффективен для сокращения разрыва по показателям здоровья (13, 18, 40, 65). Например, выделение инвестиций в Соединенном Королевстве для предоставления всеобщей и адресной помощи на цели воспитания детей, в том числе оплачиваемого отпуска по уходу за детьми, могло бы привести к экономии 1,5 трлн фунтов стерлингов из 4 трлн, которые ежегодно тратятся на решение социальных проблем (напр., связанных с преступностью, психическими расстройствами, распадом семьи, наркоманией и ожирением) (13, 65). Предоставление высококачественного образования для людей любого возраста и для детей разного происхождения должно помочь в борьбе с гендерными стереотипами и сократить уровень разделения профессий по половому признаку (13, 16, 60, 65, 122).

Стратегии, направленные на обеспечение справедливой и достойной работы для всех, включают инвестиции в области развития инклюзивной

экономики; проведение программ активизации рынка труда; расширение масштабов представления интересов трудящихся; разработку надлежащего законодательства в области охраны труда; расширение трудовых прав, особенно прав индивидуальных предпринимателей, временных и неформальных работников, а также лиц с неполной занятостью (которые в основном представлены женщинами) **(13, 16, 18, 60, 64, 122)**. Предоставление прожиточного минимума (который, в отличие от минимального размера оплаты труда, позволяет работнику заплатить за жилье, продукты питания и другие предметы первой необходимости) связано с более крепким психическим здоровьем, низким уровнем преждевременной смертности и, возможно, влияет на последующие поколения **(13, 16, 18, 60, 65, 122)**.

Обеспечение всеобщей социальной защиты **(18)** путем эффективных социальных отчислений и стабильного финансирования в достаточных объемах на нужды социального обеспечения, законодательной и административной системы вносит вклад в поддержание общественной, экономической и экологической устойчивости (см. раздел 2.3) **(24, 66, 89, 100, 132-135)**.

Мероприятия, охватывающие все группы населения, могут привести к сокращению уровня неравенства в отношении здоровья

Финансирование услуг, направленных на предотвращение ухудшения состояния здоровья, а также укрепление здоровья, благополучия и жизнестойкости всего населения будет содействовать сокращению неравенства в отношении здоровья и затрат, связанных с предотвратимым ослаблением здоровья людей, например, из-за таких вредных привычек, как злоупотребление алкоголем или курение (см. раздел 2.3) **(13, 16, 40, 60, 65, 122)**.

Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин может сократить разрыв по показателям здоровья

Решение проблем, связанных с неравенством в отношении здоровья, включает обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин и девочек. Сюда входит обеспечение равенства оплаты труда и пенсионного обеспечения женщин и мужчин и рассмотрение вопросов о том, как взаимодействие гендерных норм, ценностей и стереотипов с социальными и экономическими факторами может негативно влиять на здоровье как женщин, так и мужчин (см. раздел 2.4) **(13, 16, 21, 60, 65, 122)**.



Меры охраны окружающей среды могут сократить социальное расслоение

Мероприятия, направленные на улучшение естественной и искусственной среды, дают уникальную возможность сократить социальное расслоение (18, 40). Например, оптимизация территориального планирования и расширение доступа к зеленым зонам может сократить негативное воздействие лишений на здоровье людей; схемы ограничения скорости дорожного движения (например, введение зон с ограничением скорости до 20 миль в час (32 км в час) в неблагополучных районах) могли бы привести к 100% окупаемости инвестиций в первый год благодаря сэкономленным средствам за счет предотвращенного травматизма и смертей (см. раздел 2.4) **(13, 16, 60, 65, 122)**.

2.1.3. РЕЗЮМЕ

Инвестиции в области укрепления здоровья для всех и сокращения уровня неравенства в отношении здоровья содействуют выполнению всех ЦУР и оказывают прямую поддержку реализации

- ЦУР 5
- ЦУР 10.

2.2. Поддержание хорошего состояния здоровья на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан

2.2.1. Стоимость действий по обычному сценарию

Негативный детский опыт связан с длительным невыгодным положением и слабым здоровьем

Негативный опыт, полученный в раннем возрасте (напр., жестокое обращение, безнадзорность, семейное неблагополучие, связанное с насилием или злоупотреблением психоактивными веществами) могут привести к значительным долгосрочным затратам как отдельных людей, так и всего общества **(14, 60, 65, 106)**. Дети, живущие в нищете и испытывающие лишения, подвергаются более высокому риску развития ожирения, ухудшения состояния здоровья и преждевременной смерти **(65)**. Например, негативный детский опыт приводит к повышенному риску появления вредных привычек,

развития хронических заболеваний и участия в преступной деятельности в старшем возрасте; что обходится обществу Англии и Уэльса в 60 млрд фунтов стерлингов ежегодно (65). Затраты, связанные с пониженной когнитивной способностью, обусловленной недостаточной продолжительностью грудного вскармливания, могут достигать 300 млрд долл. США в год во всем мире, при этом более 75% этих затрат приходятся на страны с высоким уровнем доходов (136).

Низкий уровень образования и медицинской грамотности негативно влияют на здоровье и жизненные перспективы

Низкий уровень образования и медицинской грамотности негативно влияют на здоровье, благополучие и жизненные перспективы на протяжении всей жизни, лишая людей возможности сделать здоровый выбор. Медицинская грамотность и доступ к информации - ключевые факторы, помогающие людям лучше понять, как осуществлять контроль над своей жизнью (11). Считается, что впредь до 47% европейского населения имеют низкий или недостаточный уровень медицинской грамотности, что негативно сказывается на их здоровье и благополучии на протяжении всей жизни (15). Например, в Соединенном Королевстве каждый молодой человек (в возрасте 16-18 лет), не проходящий обучение и не работающий, обходится обществу в 56 000 фунтов стерлингов за всю свою жизнь за счет выплаты пособия по безработице, неуплаты налогов, затрат, связанных со здравоохранением и уголовным правосудием (59); эти затраты возрастают до 104 000 фунтов стерлингов, если учесть потери, связанные с частичной или полной безработицей.

Безработица среди молодежи остается одним из самых значительных вызовов в области обеспечения устойчивого развития

Безработица среди молодежи остается одним из самых значительных вызовов в области обеспечения устойчивого развития. Тяжелые последствия экономических кризисов, постоянно растущая безработица, ограниченный доступ к социальному обеспечению и повышенная угроза оказаться за чертой бедности в пожилом возрасте приводят к риску появления брошенного поколения. Уровень безработицы среди молодежи в некоторых странах достиг 50%, а показатели участия молодежи на рынке труда варьируются от ниже 20% в Республике Молдова до более 60% в Нидерландах (137).



Небезопасные и нездоровые рабочие условия могут причинять вред экономике

Небезопасные и нездоровые рабочие условия могут иметь огромные негативные последствия для продуктивности труда и экономики европейских стран **(59, 60, 116)**. В 2010-2011 гг. в Великобритании социальные затраты, связанные с травматизмом и ухудшением состояния здоровья на работе, составили 13,8 млрд фунтов стерлингов; невыход на работу из-за болезни и безработицы обходится британской экономике в 100 млрд фунтов стерлингов в год; 300 000 человек ежегодно прекращают работать по состоянию здоровья и начинают получать государственное пособие **(60)**. В Великобритании связанный с работой стресс приводит к потере 13 млн рабочих дней ежегодно **(60)**, а затраты на лечение психических болезней составляют от 30 до 40 млрд фунтов стерлингов (см. раздел 2.3) **(59)**.

Инвалидность, неравенство и плохое обращение с пожилыми людьми связаны со слабым здоровьем и низким уровнем благополучия

В странах с высокими социально-демографическими показателями почти все лица старше 75 лет имеют какую-либо форму инвалидности, и 50% лиц, перешагнувших за 60-летний рубеж, страдают тяжелой формой инвалидности **(138)**. Ежегодно около 30% лиц в возрасте старше 65 лет и 50% лиц старше 80 лет переносят падение, при этом женщины более уязвимы, чем мужчины; 25-50% падений происходят из-за опасностей, связанных с окружающей средой **(139)**. Более 90% случаев смерти, связанных с гриппом, происходят в возрастной группе старше 65 лет **(139)**. По крайней мере 4 млн пожилых людей в Европейском регионе ВОЗ подвергаются плохому обращению каждый год: физическим, сексуальным, психическим и/или финансовым надругательствам или пренебрежительному отношению **(127)**. Чаще плохому обращению подвергаются пожилые женщины и лица, страдающие деменцией (см. разделы 2.3 и 2.5) **(140)**.

Насилие и плохое обращение связаны с высокими человеческими, социальными и экономическими потерями

Общинное, домашнее и гендерное насилие и плохое обращение связаны с высокими человеческими, эмоциональными и физическими потерями и представляют особое бремя для общества и экономики (см. раздел 2.1). Например, в Европейском регионе ВОЗ ежегодно утрачивается 1,9 млн

лет здоровой жизни (DALY) в результате насилия, которому подвергаются отдельные лица в любом возрасте **(40)**. За всю свою жизнь каждая третья женщина (35%) во всем мире подвергается физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера или лица, не являющегося партнером **(141)**. В ЕС насилие в отношении женщин обходится обществу в 226 млрд евро в год **(142)**; стоимость устранения социальных и эмоциональных последствий домашнего насилия составляет 15,7 млрд фунтов стерлингов в Соединенном Королевстве **(65)** и даже выше, если брать в счет долгосрочные последствия. Проявление агрессии со стороны сверстников в школе негативно сказывается на психологическом благополучии и успеваемости детей и, согласно подсчетам 2008 г., приводит к потере 50 000 фунтов стерлингов от общего объема доходов на протяжении жизни **(75)**.

2.2.2. Стратегии здравоохранения, имеющие ОЭИ

Социальные и экономические преимущества для всех можно обеспечить путем инвестирования в интересах здоровья и благополучия на протяжении всего жизненного цикла, особенно на ранних этапах жизни. Средства могут выделяться в различных секторах, при различных условиях и на осуществление разных подходов, при этом необходимо расширять права и возможности людей и призывать их ответственно относиться к собственному здоровью **(11, 17, 18, 60, 116)**. Инвестиции должны быть направлены на решение всех вышеописанных проблем на разных этапах жизни и в конкретных областях обеспечения охраны труда и предотвращения насилия и плохого обращения.

Обеспечение наилучших условий для старта в жизнь для всех приносит пользу отдельным лицам, обществу и экономике

Инвестирование в развитие всех детей, особенно в раннем возрасте, включает обеспечение надлежащей социальной защиты и здоровья, а также поддержку беременных женщин, матерей и молодых семей; поддержку во время грудного вскармливания и в области питания; достижение прогресса в области создания всеобщих, высококачественных и доступных по цене систем здравоохранения, образования и ухода за детьми **(42, 65, 143)**. Выделение средств на программы раннего детского развития с первой 1000 дней после зачатия и на протяжении двух первых лет жизни ребенка экономически эффективно и обладает наибольшим действенным потенциалом, т.к. эти программы отличаются оптимальным соотношением цены и качества. Прибыль для общества на один инвестированный доллар



существенно варьируется в странах с высоким уровнем доходов от 1,26 до 17,07 долл. США и в целом указывает на значительную ОЭИ **(65, 85)**. Без сомнения, инвестирование с целью повышения уровня грудного вскармливания имеет ОЭИ **(58, 109)**: так, в Соединенном Королевстве 1% сокращение числа детей, которых никогда не кормили грудью, принесло бы увеличение общего объема дохода на протяжении жизни отдельного человека в размере 17 000 - 72 000 фунтов стерлингов, а повышение показателей грудного вскармливания четырехмесячных детей с 7% до 45% помогло бы сэкономить 17,18 млн фунтов стерлингов ежегодно за счет сокращения уровня инфицирования **(104)**. Инвестирование в программы по воспитанию детей и укреплению семьи может быть экономически эффективно и иметь ОЭИ **(38, 58)**. Программа Triple P Positive Parenting в Соединенном Королевстве, направленная на сокращение числа случаев расстройства поведения, помогает сэкономить 4,2 фунтов стерлингов на каждую потраченную денежную единицу (экономия в размере 19,5 млн фунтов стерлингов при затратах на проведение программы стоимостью в размере 4,6 млн фунтов стерлингов) **(60)**, а коэффициент окупаемости проектов по поддержке семей, направленных на предупреждение антисоциального поведения, составляет 17-44 фунтов стерлингов на каждую потраченную денежную единицу **(40)**.

Хорошее образование и воспитание в раннем возрасте приносит пользу обществу и экономике на протяжении нескольких поколений

Инвестирование в раннее образование имеет высокую социальную и экономическую окупаемость и оказывает положительное воздействие на несколько поколений людей. По подсчетам, в Нидерландах прибыль на инвестиции в области раннего образования составляет 1,3%-5,8% на каждую вложенную денежную единицу **(109)**; каждые дополнительные четыре года образования приносят многочисленные преимущества, при этом возврат инвестиций достигает вплоть до 7,20 на каждую потраченную денежную единицу **(60)**. Школа - это одно из мест, где формируется и изменяется поведение, связанное со здоровьем, а также развиваются социальные и эмоциональные навыки детей, а значит, предоставляются возможности для обеспечения ОЭИ в долгосрочной перспективе. Улучшение когнитивного развития и результатов в отношении здоровья в детстве благотворно влияет на трудоустройство и здоровье людей по достижении взрослого возраста, расширяя их права и возможности сделать здоровый выбор **(11, 15, 60, 104)**. Повышение уровня медицинской грамотности среди детей школьного возраста через программы, направленные на укрепление

здоровья, позитивно влияет на результаты учебы и продолжает приносить пользу на протяжении всей жизни (15). Гендерные стереотипы на всех уровнях образования должны быть ликвидированы (21).

Образование и поддержка молодых людей идет на пользу их здоровью и экономике

Инвестирование в области обеспечения здоровья и благополучия подростков, а также оказания поддержки молодым людям приносит большую прибыль для экономики и общества. Например, меры по сокращению числа молодых людей, не посещающих учебные заведения и не работающих, помогают сэкономить значительные средства (60), ОЭИ в области образования взрослых в возрасте 19-24 лет составляет 21,60 единиц на каждую инвестированную единицу в Соединенном Королевстве; даже среди лиц в возрасте 25 лет и старше инвестиции окупаются на уровне 5,90 единиц на каждую вложенную единицу (59). Прибыль на инвестиции программы Ready for Work для молодых людей, находящихся в неблагоприятном положении, составляет 3,12 единиц на каждую инвестированную единицу и в целом приносит обществу 3,2 млн фунтов стерлингов в год (59) главным образом за счет сокращения затрат, связанных с бездомностью, преступностью, выплатами пособий и затратами на здравоохранение (60).

Благотворно влияющие на здоровье рабочие места содействуют укреплению здоровья и благополучия людей и приносят пользу экономике

Инвестирование в области создания рабочих мест, благотворно влияющих на здоровье людей, содействует укреплению здоровья и благополучия человека, системы здравоохранения, а также повышает продуктивность трудовых ресурсов, тем самым значительно сокращая нагрузку на экономику (60, 67). Укрепление здоровья на рабочих местах может быть экономически эффективно, приводя к сокращению рисков для здоровья и прогулов, а также к повышению эффективности работы. Инвестиции в программы поддержки в трудоустройстве, благодаря которым люди находят работу в Лондоне, имеют ОЭИ в размере 17,07 единиц на каждую потраченную единицу (59); меры охраны психического здоровья на рабочем месте могли бы помочь сэкономить 135 млрд евро в год за счет сокращения уровня прогулов и раннего ухода на пенсию. Ряд программ по изменению поведения на рабочем месте приносят как минимум 2 денежные единицы прибыли на каждую потраченную и могут приносить до 10 единиц (59, 60).



Меры поддержки здорового старения экономически эффективны и благотворно влияют на здоровье и благополучие людей

В рамках подхода к обеспечению здорового старения, охватывающего все этапы жизни, предусматривается создание условий для хорошего старта в жизнь и оказывается влияние на процессы старения людей, предоставляя им больше возможностей и прав жить лучше и вести здоровый образ жизни на протяжении всего жизненного цикла, а также адаптироваться к связанным со старением переменам (11). Инвестиции в здоровое и активное старение могут быть экономически эффективными и иметь ОЭИ (60, 65, 83-85, 91, 127, 139). Мероприятия могут включать программы по предотвращению падений и травматизма; повышению уровня физической активности; профилактике инфекционных заболеваний и вакцинации; предотвращению психических заболеваний и плохого обращения с пожилыми людьми; разноплановые жилищные программы; меры по сокращению уровня бедности, социальной изоляции и исключения из жизни общества путем предоставления общественной поддержки в рамках неформальной помощи и ухода на дому.

Предотвращение насилия приносит пользу отдельным лицам, обществу и экономике

Предотвращение и выявление общинного, домашнего и гендерного насилия, несомненно, имеет ОЭИ. Например, в Соединенном Королевстве программы помощи родителям для семей с детьми, страдающими расстройством поведения, имеют ОЭИ в размере почти 8 денежных единиц на каждую инвестированную единицу (6, 83). Программы по решению проблем обучения, связанных с эмоциональным состоянием школьников, могут быть экономически эффективными и иметь ОЭИ в размере до 50 денежных единиц на каждую инвестированную единицу в первый год реализации за счет экономии средств в секторах здравоохранения, социального обеспечения и правосудия (60).

Инвестиции в мероприятия по выявлению жертв домашнего насилия среди женщин и оказанию им помощи также могут быть экономически эффективны (40).

2.2.3. Резюме

Инвестиции в укрепление здоровья людей с применением подхода к охране здоровья, охватывающего все этапы жизни, а также с расширением прав и возможностей граждан вносят вклад в дело выполнения конкретных задач в рамках ЦУР (12):

1 ЛИКВИДАЦИЯ НИЩЕТЫ	1.2, 1.4, 1.5	8 ДОСТОЙНАЯ РАБОТА И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РОСТ	8.3, 8.5, 8.6, 8.8
2 ЛИКВИДАЦИЯ ГОЛОДА	2.1, 2.2	9 ИНДУСТРИАЛИЗАЦ ИННОВАЦИИ И ИНФРАСТРУКТУРА	9.1
3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВ И БЛАГОПОЛУЧИЕ	3.1, 3.2, 3.7	10 УМЕНЬШЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА	10.1, 10.2
4 КАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	4.1–4.7	16 МИР, ПРАВОСУДИЕ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ИНСТИТУТЫ	16.1, 16.2, 16.9, 16.a
5 ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО	5.1–5.6, 5.a–5.c		

2.3. Устранение основного бремени неинфекционных и инфекционных болезней в Европе

2.3.1. Стоимость действий по обычному сценарию

Нездоровый образ жизни дорого обходится для здоровья и благополучия людей, общества и экономики

Курение, злоупотребление алкоголем, отсутствие физической активности и нездоровое питание возглавляют список факторов риска, приводящих к ухудшению состояния здоровья и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ, а также к высоким затратам отдельных лиц, общества и экономики (40, 65,



78, 85, 88, 90, 100, 101). Стоимость устранения последствий табакокурения для мировой экономики составляет 500 млрд долл. США в год **(85)**, а злоупотребление алкоголем обходится обществу в 1-3% ВВП ежегодно **(40, 85, 88)**. В Европейском регионе ВОЗ отсутствие физической активности стоит обществу около 150-300 евро на душу населения в год **(40, 65)**. По подсчетам, в 2009 г. в Российской Федерации курение привело к затратам в секторе здравоохранения в размере 35,8 млрд российских рублей (800 млн евро) **(76)**; а в Соединенном Королевстве отсутствие физической активности приводит к непрямым медицинским затратам в размере 1,06 млрд фунтов стерлингов (примерно 1,50 млрд евро) **(40)**. Эти факторы риска и связанные с ними заболевания по-разному затрагивают женщин и мужчин **(82, 85)**: злоупотребление алкоголем несоразмерно сильно сказывается на мужчинах, в то время как отсутствие физической активности более распространено среди женщин в большинстве европейских стран **(65, 85)**.

Бремя неинфекционных заболеваний довольно значительно и влечет за собой высокие социальные и экономические затраты

НИЗ, в том числе психические расстройства, составляют значительную долю бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ и приводят к высоким затратам как отдельных лиц, так и системы здравоохранения, общества и экономики **(65, 86, 90, 144)**. В 2016 г. две трети случаев преждевременной смерти были вызваны четырьмя видами НИЗ: сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом, раком и болезнями органов дыхания **(144)**; эти болезни приводят к ежегодным экономическим потерям в размере 139 долл. США на одного человека в странах с валовым национальным доходом ниже 12 475 долл. США на душу населения **(86)**. Одни лишь сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, по подсчетам, обходятся обществу в 169 млрд и 117 млрд евро соответственно в ЕС **(40)**. В странах Центральной и Восточной Европы и в Содружестве Независимых Государств НИЗ, в общем, и сердечно-сосудистые заболевания, в частности, составляют основную долю бремени болезней и являются основной причиной смертности во время переходных периодов **(77, 101)**.

Психические расстройства и нанесение вреда самому себе составляют 30% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ **(73)**, а психические заболевания являются основной причиной инвалидности и невыхода на работу **(14)**. Депрессивные расстройства являются второй по величине причине DALY во всем мире; в Европейском регионе ВОЗ от них страдают 33,4 млн человек в любой фиксированный момент времени, и они обходятся европейской экономике от 92 млн до 136,3 млрд евро **(63, 85)** в основном

из-за потери продуктивности (73, 83, 85). В Англии материальный ущерб от психических заболеваний для людей, общества и экономики, по подсчетам, составляет 105-110 млрд фунтов стерлингов в год (65). В Соединенном Королевстве психические болезни и расстройство поведения у детей имеют долговременные последствия, а связанные с ними затраты составляют между 11 030 и 59 130 фунтов стерлингов на одного ребенка в год (40, 65).

Бремя инфекционных заболеваний для сектора здравоохранения, общества и экономики остается значительным

Бремя инфекционных заболеваний довольно высокое на всей территории Европейского региона ВОЗ, но варьируется в зависимости от страны и района. Ежегодно инфекционные заболевания в Европейском регионе ВОЗ становятся причиной 15,9 млн DALY (40). К числу серьезных инфекций, требующих больших затрат и имеющих широкомасштабные последствия, относятся сезонный грипп (90), корь, коклюш (90), гепатит B и C, передающиеся половым путем инфекции (90, 145), ВИЧ/СПИД (94, 100, 101, 146-148) и туберкулез (94, 100, 149, 150). Некоторые инфекционные заболевания, такие как инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ/СПИД и туберкулез, тесно связаны с социально-экономическим и/или гендерным неравенством и уязвимостью (100). Значительные расходы также связаны с болезнями, передающимися непрямым путем, например, через пищу, переносчиков заболеваний или воду (72). Несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние десятилетия, 62 млн человек в Европе и Центральной Азии по-прежнему лишены доступа к элементарным санитарно-гигиеническим удобствам, а 1,7 млн человек практикуют открытую дефекацию (2). Это негативно влияет на здоровье людей и особенно несоразмерно сильно сказывается на жизни и здоровье женщин (см. раздел 2.1) (115).

Развитие устойчивости к противомикробным препаратам ставит под угрозу эффективность лечения и борьбы с инфекционными заболеваниями, а также безопасность в отношении здоровья во всем мире (90).

2.3.2. Стратегии общественного здравоохранения, имеющие ОЭИ

Межсекторальные мероприятия по борьбе с нездоровым образом жизни демонстрируют ОЭИ

Политика здравоохранения, направленная на борьбу с курением, злоупотреблением алкоголем, ожирением, нездоровым питанием



и отсутствием физической активности может быть экономически эффективной и прибыльной для общества и экономики. Здесь представлены стратегии и мероприятия, которые продемонстрировали ОЭИ согласно двум критериям: (i) рекомендованы как «наиболее экономически эффективные и целесообразные для реализации» в результате проведения анализа с помощью методов WHO-CHOICE и/или подкреплены фактическими данными из настоящего обзора; и (ii) рекомендованы ВОЗ (на другом основании) и подкреплены убедительными фактическими данными из настоящего обзора **(151)**.

Увеличение налоговой ставки на табачные продукты с уделением особого внимания последствиям неравенства считается наиболее экономически эффективной политикой борьбы с табакокурением **(61, 67, 85, 88, 91, 152)**. Так, 10% увеличение стоимости сигарет привело бы к 4% сокращению распространенности курения в странах с высоким уровнем доходов **(40, 85, 97)**. Сочетание налогообложения с другими мерами по борьбе с табаком, такими как поддержка лиц, желающих бросить курить, запрет рекламы или курения в определенных местах, просвещение общественности могут также иметь ОЭИ **(61, 63, 67, 85, 91, 113)**. Такое сочетание мер стоило бы меньше 1 долл. США на человека в год в странах со средним уровнем доходов и привело бы к предотвращению утраты 25-30 млн DALY **(40)** или предупреждению более 5 млн случаев смерти в 23 странах на протяжении 9 лет **(82)**.

Самыми экономически эффективными мерами борьбы со злоупотреблением алкоголем остаются меры регулирования цены путем налогообложения или повышения минимальной стоимости единицы алкогольной продукции **(40, 65, 82, 85)**. Ограничение доступа к торговым точкам или введение повсеместного запрета на рекламу табачной продукции очень экономически эффективно и стоит около 0,5 долл. США на человека **(67, 82, 85, 97, 100)**. Экономическая эффективность мер на уровне отдельных лиц (таких как консультации в рамках первичной медико-санитарной помощи) зависит от страны **(67, 82, 85, 91, 100)**. Объединение этих мер, по всей вероятности, будет экономически эффективно **(63, 67, 82, 85, 100, 113)** при стоимости на душу населения ниже 5 долл. США или даже ниже 1 долл. США в странах с валовым национальным доходом ниже 12 475 долл. США на душу населения **(92)**. Сочетание таких мер может привести к сокращению глобального бремени болезней и травм, обусловленных алкоголем, на 10-20% **(40)**.

Меры борьбы с ожирением, нездоровым питанием и отсутствием физической активности могут иметь ОЭИ **(40, 85, 98)** в зависимости от национальных и местных условий **(40, 67, 68, 82, 85, 98)**. Стратегии, нацеленные на конъюнктуру рынка и выбор продуктов питания, могут быть экономически эффективными **(40, 97)**, помогают экономить средства в краткосрочной перспективе **(98)** и более эффективны, чем меры, направленные на отдельных лиц **(82, 85)**. Предполагается, что меры по сокращению потребления таких ингредиентов, как соль или транс-жир, посредством законодательства и переработки рецептуры продуктов имеют более высокую ОЭИ и, по всей видимости, являются экономически эффективными или приводят к экономии затрат **(40, 63, 67, 68, 85, 98, 113)**. Кампании в СМИ по пропаганде активного образа жизни могут осуществляться с минимальными затратами **(40)**, быть экономически эффективными или помогать экономить средства **(63, 85, 113)**, увеличивая продолжительность жизни на один год для каждого 115-121 человека при стоимости 2 долл. США на душу населения **(98)**. В зависимости от местных условий пропаганда активных способов передвижения (ходьбы и езды на велосипеде), приносящих огромную пользу окружающей среде и обществу (см. раздел 2.5) **(60)**, а также консультации в рамках первичной медико-санитарной помощи **(91)** могут быть экономически эффективны **(40, 82, 85)**.

Ранняя профилактика НИЗ и укрепление здоровья может иметь ОЭИ

Ранняя профилактика НИЗ и укрепление физического и психического здоровья и благополучия может иметь ОЭИ во многочисленных областях. Европейское региональное бюро ВОЗ рекомендует применят комплексный подход, включающий меры, направленные на население в целом и на отдельных лиц, а также признает, что индивидуальные меры зачастую стоят дороже, чем всеобщие/групповые **(40)**. Успех такой деятельности варьируется в зависимости от условий в конкретных странах Европейского региона ВОЗ **(61)**. Одно лишь 10% сокращение уровня сердечно-сосудистых заболеваний в странах с валовым национальным доходом ниже 12 475 долл. США на душу населения привело бы к уменьшению экономических потерь на 25 млрд долл. США в год **(63, 113)**. В Российской Федерации сокращение показателей НИЗ и травматизма среди взрослых до уровня, отмеченного в ЕС15 (15 государствах-членах ЕС до мая 2004 г.), принесло бы прибыль в размере от 3,6% до более 30% ВВП в зависимости от рассматриваемого сектора **(101)**.

Всеобщие подходы к укреплению психического здоровья и благополучия, а также к профилактике психических заболеваний чаще имеют большую



ОЭИ, чем адресные подходы **(84, 85, 91)**. Меры, принимаемые на протяжении всего жизненного цикла, также являются экономически эффективными, хотя степень их успешности варьируется в зависимости от условий конкретной страны (см. раздел 2.2) **(65, 75, 83-85, 91, 114)**. В ЕС благодаря мерам по укреплению психического здоровья на рабочем месте можно сэкономить до 135 млрд евро в год за счет сокращения показателей невыхода на работу и раннего выхода на пенсию **(66)**. Эти меры также являются экономически эффективными **(65, 75, 83, 85, 91)**.

Меры по борьбе с инфекционными заболеваниями демонстрируют ОЭИ

Было продемонстрировано, что профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями посредством сочетания программ вакцинации, мер охраны окружающей среды, эпиднадзора и контроля имеют значительную ОЭИ и приносят пользу во многих областях: для системы здравоохранения, производительности труда, успеваемости в учебе, сокращения неравенства в отношении здоровья, повышения более широкого общественного благополучия и экономического развития.

Для противостояния возникающим эпидемиям и пандемиям, а также последствиям изменения климата, повышающим вероятность появления вспышек заболеваний, требуется мощная, жизнестойкая и устойчивая система здравоохранения с высоким уровнем готовности к чрезвычайным ситуациям (см. раздел 2.4) **(40)**. Уже разработанные программы вакцинации приносят ОЭИ и обычно связаны с меньшими затратами, чем программы лечения. Вакцинация в детском возрасте против инфицирования норовирусом, ротавирусом, гриппом и пневмококковой инфекции может продемонстрировать ОЭИ в течение пяти лет. В Испании вакцинация детей в возрасте до 2 лет от пневмококковой инфекции помогла сэкономить 22 млн евро за один год **(40)**. Вакцинация от ротавирусной инфекции маленьких детей может иметь более высокую ОЭИ, чем рутинная всеобщая иммунизация **(72)**. Одно из необходимых условий ОЭИ - широкий охват населения мерами иммунизации **(153)**. Так, в Соединенном Королевстве комбинированная вакцинация от кори, паротита и краснухи помогает сэкономить 240 730-544 490 фунтов стерлингов на протяжении десяти лет за счет сокращения стоимости лечения **(38)**; прибыль на инвестиции в сезонную вакцинацию от гриппа составляет 1,35 на одну потраченную денежную единицу, а при вакцинации медицинских работников на одну прививку удается сэкономить до 12 фунтов стерлингов **(40)**.

Меры общественного здравоохранения по профилактике инфекций, передающихся половым путем, вирусного гепатита и туберкулеза обходятся дешевле, чем лечение этих заболеваний (91). Профилактика ВИЧ при помощи таких мер, как консультации, тестирование, направление к врачу, уведомление партнера и расширенное тестирование показала хорошую ОЭИ, которая отражает высокое бремя инфицирования и пользу мер профилактики (81). В качестве примера применения таких мер можно привести недавно разработанный подход оптимизированного инвестирования для осуществления национальных мер реагирования на ВИЧ в Узбекистане и Таджикистане (154, 155).

Меры охраны окружающей среды, надзора и борьбы с заболеваниями показывают существенную ОЭИ в области профилактики трансмиссивных заболеваний. Улучшение водоснабжения и санитарно-технических средств продемонстрировало ОЭИ в 20 раз выше затрат на эти услуги в некоторых странах, в том числе экономию средств и времени в области здравоохранения (72). ОЭИ мер предотвращения передачи сальмонеллеза посредством осуществления эпиднадзора и раннего изъятия продуктов от 3,5 до 23 раз выше затрат государства и общества (72).

2.3.3. Резюме

Охваченные в данном разделе области тесно взаимосвязаны, и инвестиции в профилактику одного заболевания могут влиять на другие заболевания. Например, стратегии, направленные на сокращение НИЗ и борьбы с ними, могут быть также полезны для профилактики инфекционных заболеваний: курение, злоупотребление алкоголем и диабет повышают риск развития туберкулеза и сокращают возможности лечения.

Инвестирование в борьбу с неинфекционными и инфекционными заболеваниями, составляющими основную долю бремени болезней в Европе, вносит вклад в дело выполнения конкретных задач в рамках ЦУР (12):

3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ	3.3–3.6, 3.b, 3.d	11 УСТОЙЧИВЫЕ ГОРОДА И НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ	11.6, 11.7
4 КАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	4.7	16 МИР, ПРАВОСУДИЕ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ИНСТИТУТЫ	16.1
5 ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО	5.6	17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ	17.1, 17.7, 17.17
10 УМЕНЬШЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА	10.4		

2.4. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на человека, а также наращивание потенциала общественного здравоохранения, включая по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них

2.4.1. Стоимость действий по обычному сценарию

Низкие объемы государственного инвестирования в области здравоохранения угрожают устойчивости систем здравоохранения

Объемы государственных инвестиций в области здравоохранения и их эффективность (техническая, продуктивная и связанная с их распределением; см. определения в приложении 2) значительно различаются во всем Европейском регионе ВОЗ. Общие затраты в области здравоохранения в процентном выражении от ВВП составляют в среднем 8%, но в 2014 г. они варьировались от менее 5% в Армении, Казахстане и Туркменистане до более 11% в Австрии, Германии, Франции, Швейцарии и Швеции (156). Доля выделяемых бюджетных средств от общего объема расходов на

здравоохранение отмечается еще большим разнообразием, так в 2014 г. она варьировалась от около 20% в Азербайджане и Грузии до более 80% в 11 странах Региона (156). Кроме того, в 2013 г. отмечалась большая разница между объемами государственных расходов на здравоохранение в процентном выражении от общих бюджетных расходов между странами с высоким и средним уровнем доходов: правительство первых выделяло около 15% общих бюджетных средств, в то время как правительство стран с доходами выше и ниже среднего уровня выделяло только 11% и 9% соответственно (156). Аналогично, расходы на цели общественного здравоохранения (т.е. меры охраны и укрепления здоровья, а также предупреждения рисков и профилактики заболеваний) значительно различаются во всем Европейском регионе ВОЗ, хотя сравнение трудно провести из-за несоответствия национальных определений и международных классификаций.[2] На основе данных ОЭСР в среднем только около 3% расходов сектора здравоохранения выделяется на охрану общественного здоровья (66). Например, в 2014 г. в Соединенном Королевстве 4,1% расходов сектора здравоохранения относились к профилактическим (157).

Если в государствах-членах ЕС повышение бюджетных расходов на цели здравоохранения представляется проблематичным для поддержания устойчивости систем здравоохранения (66), во многих странах Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств вообще не выделяется достаточно ресурсов, и они не используются эффективным образом для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и адекватного реагирования на потребности населения (100). Изменение демографии и клинической картины болезней, а также повышение темпов роста потребностей и спроса населения требует проведения радикальных реформ и оптимизации услуг здравоохранения и социального обеспечения с уделением повышенного внимания интегрированным службам здравоохранения, ориентированным на человека (23).

[2] В результате принятия Системы счетов здравоохранения 2011 г. почти всеми государствами-членами ОЭСР и Европейской экономической зоны начиная с 2016 г. впервые стало возможно сравнить на согласованной основе расходы на здравоохранение в большинстве европейских стран и государств-членов ОЭСР. Полученные в соответствии со стандартом 2011 г. данные не могут служить основой для показателей, опубликованных ОЭСР для всех государств-членов, т.к. во многих имеются только данные, полученные на основе более ранней Системы счетов здравоохранения, не поддающиеся сравнению с данными системы 2011 года. Не все страны предоставляют информацию в соответствии с одинаковыми критериями.



Сектор здравоохранения по-прежнему уязвим по отношению к мерам реагирования на глобальные и национальные экономические кризисы (сокращение объемов выделяемых на здравоохранение бюджетных средств) и мерам жесткой экономии. Так, в ответ на экономический кризис 2007-2011 гг. во многих странах был сокращен бюджет здравоохранения, в том числе в Болгарии, Венгрии, Греции, Ирландии, Италии, Испании, Латвии, Португалии, Румынии и Эстонии, что привело к риску создания новых неэффективных областей и негативно повлияло на доступность и качество помощи, нанося ущерб здоровью людей и в конечном счете ставя под угрозу устойчивость системы здравоохранения (158).

Высокие расходы отдельных лиц на потребности в области здравоохранения содействуют повышению уровня неравенства и могут привести к нищете

В ЕС уровень необеспеченных потребностей в области здравоохранения в общем низок (ниже 4% в среднем) (103); однако в 2014 г. в Греции, Латвии и Эстонии более 10% населения не могли удовлетворить свои потребности, связанные со здоровьем. Эта проблема затрагивает в основном группы населения с низким уровнем доходов, где неудовлетворенные потребности в области здравоохранения в четыре раза выше, чем среди групп населения с высоким уровнем доходов (90). Одной из основных причин неудовлетворения потребностей в области здравоохранения (кроме географической доступности и времени ожидания) являются ограниченные финансовые средства, что также связано с дискриминацией, стигмой и уязвимостью отдельных групп населения (напр., народность рома, национальные и сексуальные меньшинства, мигранты, лица в невыгодном положении или со слабым здоровьем). Это по-прежнему представляет проблему для сокращения риска оказаться за чертой бедности из-за медицинских расходов в странах Европейского региона ВОЗ (11). По подсчетам, 20-40% всех расходов в области здравоохранения тратится неэффективно (132); следовательно, более эффективное распределение средств позволило бы системе здравоохранения отдельной страны добиться большего при уже имеющихся в наличии ресурсах.

Финансовая нагрузка — это один из основных факторов, приводящих к росту неудовлетворенных потребностей в области здравоохранения, т.к. отдельные лица не обращаются за услугами здравоохранения из-за необходимости тратить свои собственные средства или боязни пережить финансовую катастрофу и оказаться за чертой бедности в результате

лечения. Высокая доля услуг, которые необходимо оплачивать за свой счет, приводит к усугублению неравенства и расслоения общества; из-за чего миллионы людей во всем мире ежегодно оказываются за чертой бедности (159). В 2014 г. в Европейском регионе ВОЗ доля услуг, оплачиваемых за счет пациентов, составляла в среднем 28% всех расходов на медицинское обслуживание и здравоохранение с большой разбежкой от 5% до 72% в отдельных странах (156). В 12 странах Европейского региона ВОЗ более 40% всех расходов на медицинское обслуживание и здравоохранение оплачивались за счет пациентов. В то же время, в других 13 странах удалось сдержать уровень оплаты услуг за свой счет ниже 15% всех расходов на медицинское обслуживание и здравоохранение и обеспечить хорошую финансовую защиту от высоких затрат при ухудшении состояния здоровья (156). Хотя уровень оплаты услуг за счет собственных средств как доля общих расходов на медицинское обслуживание и здравоохранение — это хороший приблизительный показатель финансовой защиты, его необходимо дополнить данными о потраченных собственных средствах отдельной семьи в увязке с данными об уровне дохода и положении на социальной лестнице, чтобы оценить вероятность для этой семьи оказаться за чертой бедности из-за таких затрат. Полная или частичная оплата услуг здравоохранения может достигнуть определенной доли доходов отдельного лица или целой семьи и привести к финансовой катастрофе (159); по подсчетам, это касается 1-18% населения европейских стран (103). Например, в 2011 г. в Таджикистане доля выплат, приведших к финансовой катастрофе, составила 18,8% (160). Во всех странах ЕС, кроме Кипра, государственные схемы и/или системы обязательного медицинского страхования выступают в роли основной структуры финансирования расходов населения, связанных со здравоохранением. Однако в Болгарии, Греции, Румынии и на Кипре по крайней мере 10% населения не имеют медицинской страховки; особенно это касается уязвимых групп населения, таких как безработные или индивидуальные предприниматели, рабочие неформального сектора и сообщества, находящиеся в невыгодном положении, или меньшинства (90). В странах Восточной Европы и Центральной Азии процентная доля людей, подпадающих под классификацию бедных слоев населения может увеличиться на 3-9% из-за катастрофически высоких затрат, связанных с оплатой услуг здравоохранения за счет собственных средств (100).



Дефицит и неравное распределение трудовых ресурсов здравоохранения угрожает доступу к услугам и безопасности в отношении здоровья

Недостаточное число и миграция медицинских работников, а также сохраняющееся гендерное неравенство негативно сказывается на качестве и наличии услуг здравоохранения. Это приводит к неравенству доступа к услугам здравоохранения и представляет потенциальную угрозу национальной и глобальной безопасности в отношении здоровья, особенно во время кризов и чрезвычайных ситуаций **(23, 161-164)**. Высокий уровень риска возникновения широкомасштабных кризисов в области здравоохранения в значительной степени недооценивается. Уровень готовности и способности реагирования на такие кризисы во всем мире недостаточно высок и будущие эпидемии могли бы потенциально привести к смерти миллионов людей и серьезной дестабилизации социальной, экономической и политической ситуации **(164)**.

До 2030 г. в секторе здравоохранения во всем мире необходимо создать 40 млн дополнительных рабочих мест, особенно в странах с высоким и средним уровнем доходов **(22)**. Помимо недостаточного числа медицинских работников, темпы их миграции также набирают обороты. Существует несоответствие квалификации требованиям работы и неравенство между группами населения, при этом сельские и удаленные районы не получают услуг должного качества или в достаточном объеме. Неспособность инвестировать или провести реформы для обеспечения наличия квалифицированных медицинских работников на глобальном уровне приводит к потере продуктивности и, в частности, к предотвратимым ежегодным затратам в размере 500 млрд долл. США, связанным с недостаточно ответственным использованием медицинских препаратов **(162)**. Сектор здравоохранения в значительной мере прибегает к неоплачиваемым и неформальным услугам, которые в основном выполняются женщинами или девочками (см. раздел 2.1) **(23, 163)**.

Системы медицинской информации также нуждаются в укреплении, чтобы поддержать и обеспечить возрастающие потребности в доступе к актуальной, своевременной и высококачественной информации здравоохранения и в ее использовании в качестве доказательной базы при выработке политики наряду с предоставлением дезагрегированных данных **(2)**.

Экологически вредная практика угрожает устойчивому развитию и всей планете

Экологически вредная практика и службы в секторе здравоохранения (напр., загрязнение воздуха, ненадлежащая утилизация медицинских отходов) неустойчивы и представляют серьезную угрозу для здоровья планеты **(110, 165)**. Системы здравоохранения содействуют изменению климата, повышая уровень выбросов углекислых и других парниковых газов путем прямого использования энергии, поездок персонала и пациентов, закупок товаров и услуг **(110)**. На долю Государственной службы здравоохранения Англии приходится около 4% общего объема выбросов и 5% всего автодорожного движения Соединенного Королевства, при этом в 2012 г. его общий углеродный след оценивался в 24,7 млн тонн, что сравнимо с размером углеродного следа Хорватии **(110)**. Системы здравоохранения также влияют на экологическую устойчивость посредством утилизации отходов и загрязнения сточных вод различными вредными химическими веществами (напр., фармацевтические препараты, цитотоксические и разрушающие эндокринную систему вещества; тяжелые металлы; микробные риски) **(110, 165)**. Ежегодно Государственная служба здравоохранения Англии вырабатывает около 34 млрд литров сточных вод **(110)**, в то время как в западноевропейских странах производится 3-6 кг твердых отходов на койкоместо в день, а в восточноевропейских странах - 1,4-2 кг на койкоместо в день. Страны с высоким уровнем доходов зачастую имеют более эффективные и жестко регулируемые механизмы удаления отходов **(110)**. Удаление медицинских отходов на полигонах твердых бытовых отходов может привести к прямым экологическим рискам, а сжигание отходов может привести к высоким уровням выбросов загрязнителей, например, ртути. Больницы могут представлять опасность для окружающей среды ввиду использования в их строительстве таких материалов, как асбест **(110)**. Учреждения системы здравоохранения используют значительное количество природных ресурсов, таких как вода и продукты питания, что оказывает значительное влияние на устойчивость систем здравоохранения и окружающей среды **(110)**.



2.4.2. Стратегии общественного здравоохранения, имеющие ОЭИ

Сектор здравоохранения — это один из основных двигателей экономического роста, обеспечивающий рабочие места и безопасность в отношении здоровья

Совокупный размер глобального сектора здравоохранения в денежном выражении превышает 5,8 трлн долл. США в год **(22)**. Инвестиции в экономику здравоохранения потенциально приводят к созданию достойных и инклюзивных рабочих мест, что идет на пользу социальной защите, безопасности людей и общественного здоровья, равенству и правам человека, расширению экономических прав и возможностей женщин и молодежи **(21, 23, 39, 166-168)**. ВОУЗ повышает устойчивость и всеохватность экономического роста, сокращает риск оказаться за чертой бедности и вносит вклад в борьбу с неравенством **(24, 66, 89, 100, 132-135)**. Прибыль на инвестированный в ВОУЗ капитал может быть в 10 раз выше, чем затраты на ранних стадиях, если в рамках обеспечения ВОУЗ применяются высоко экономически эффективные меры **(76)**. Немаловажно и то, что ВОУЗ защищает семьи от приводящих к обеднению финансовых рисков **(169)**.

Стратегии в области образования, труда, заработной платы и социальной защиты, гарантированные права трудящихся и расширение лидерских ролей женщин могут помочь решить проблему по сей день существующего гендерного неравенства в секторе здравоохранения **(18, 23)**. Например, если страны достигнут аналогичного исторического прогресса по обеспечению гендерного равенства во всех секторах трудоустройства, что и страна региона с самыми лучшими показателями в этой области, к 2025 г. к глобальному ВВП можно будет добавить 12 трлн долл. США: 11% рост ВВП по сравнению с текущими траекториями **(170)**.

Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста ВОЗ рекомендует провести четыре реформы для оптимизации предоставления медико-санитарных услуг **(23)**:

- приоритизация укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- оптимизация сферы охвата услуг, оказываемых медицинскими работниками, и разработка многодисциплинарной и взаимодополняющей практики;
- создание комплексных, ориентированных на человека систем с укреплением связи между секторами здравоохранения и социального обеспечения;

- наделение людей и сообществ большими правами и возможностями в области формирования систем здравоохранения и расширение их участия в охране своего собственного здоровья.

Укрепление потенциала и услуг общественного здравоохранения демонстрирует значительную ОЭИ

Инвестирование в области общественного здравоохранения включает инвестиции в меры охраны и укрепления здоровья, а также профилактики заболеваний (см. разделы 2.2 и 2.3). Выделение средств для развития кадровых ресурсов, организации услуг и принятия законодательства - ключевые факторы, содействующие укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Меры общественного здравоохранения на местном и национальном уровне помогают экономить значительные средства и демонстрируют доходность инвестированного капитала на уровне 14,3 единиц на каждую потраченную денежную единицу в странах с высоким уровнем доходов **(81)**. Результаты проведенных в Соединенном Королевстве исследований указывают на значительные долгосрочные преимущества эффективных стратегий общественного здравоохранения для системы здравоохранения: эффективная политика здравоохранения может сэкономить Государственной службе здравоохранения более 30 млрд фунтов стерлингов в год до 2022-2023 гг. **(80)**.

Инвестирование государственных средств в здравоохранение показывает ОЭИ

Государственное инвестирование в здравоохранение (неотъемлемая часть ВОУЗ) связано с улучшением результатов в отношении здоровья, сокращением уровня детской и материнской смертности, а также смертности взрослого населения. Так, повышение государственных расходов в секторе здравоохранения в ЕС25 (государства-члены ЕС состава 2004 г.) было связано с экономическим ростом в краткосрочной перспективе, в том числе во время экономического спада с возвратом от двух до четырех раз выше затрат (1,92-4,32 единиц на одну потраченную денежную единицу; что называется «позитивный фискальный мультипликатор») **(95)**. 10% увеличение государственных расходов на здравоохранение могло бы в среднем привести к сокращению числа случаев смерти среди детей младше 5 лет на 7,9/1000 детей и среди взрослых на 1,3/1000 человек **(89)**. Кроме того, в рамках «концепции социального инвестирования» признается, что защитные и активные меры являются двумя аспектами одного целого



и что социальная защита - это неотъемлемая часть успешной стратегии инвестирования (171).

Инвестирование в улучшение систем здравоохранения может содействовать всеобщему экономическому росту

Инвестиции в системы здравоохранения содействуют обеспечению устойчивого роста несколькими способами (23).

- **Дивиденд здоровья** формируется из подлинной ценности, которую имеет здоровье для людей. Он также имеет второстепенные экономические преимущества в виде повышенной продолжительности жизни и активности на рынке труда, улучшения качества жизни, экономической продуктивности и преимуществ, которые обеспечиваются благодаря оптимальному состоянию здоровья.
- **Экономический дивиденд** формируется из прямого, косвенного и индуцированного экономического эффекта более широкомасштабной экономики здравоохранения и представлен в виде обеспечения трудоустройства и создания достойных рабочих мест, развития навыков при получении образования и профессиональной подготовке, создания инфраструктуры и объектов, закупки материалов и технологий, обеспечения связи и логистики, траты полученного дохода, налоговых поступлений и взносов в фонд социального обеспечения.
- **Дивиденд социальной защиты** формируется за счет инвестирования в создание достойных рабочих мест в секторе здравоохранения, что содействует финансированию мероприятий социальной защиты и, тем самым, укрепляет схемы и системы социальной защиты (напр., социальные выплаты по причине болезни, инвалидности, безработицы и выхода на пенсию, а также финансовая защита от необходимости оплачивать медико-санитарные услуги за свой счет и от катастрофически высоких расходов на здравоохранение).
- **Дивиденд социальной сплоченности** создается через политическую стабильность, которая присуща обществу с высоким уровнем равенства; такая стабильность является важной предпосылкой для экономического роста. ВОУЗ вместе с достойными рабочими местами для женщин, молодежи и самых бедных слоев населения является одним из наиважнейших элементов обеспечения справедливости в обществе.
- **Инновационный и диверсификационный дивиденд** создается, когда инвестиции в экономику здравоохранения используются в качестве

целенаправленного средства повышения экономического роста страны, например, путем создания конкурентоспособных на международном уровне медицинских услуг, благодаря которым привлекаются пациенты из других стран, или путем внедрения технологических инноваций (напр., в области генетики, биохимии, инженерного дела и ИТ).

- **Дивиденд безопасности человека** создается путем инвестирования в обеспечение жизнестойких систем здравоохранения, благодаря которым осуществляется эффективный эпиднадзор, профилактика заболеваний, контроль и реагирование на кризисы и чрезвычайные ситуации, такие как вспышки заболеваний, эпидемии и пандемии. Это укрепляет способность страны защитить своих граждан (и, таким образом, свою экономику) от воздействия неинфекционных и инфекционных заболеваний.

В качестве примера можно привести расширенную экономику здравоохранения Германии, на долю которой, по подсчетам, приходится около 11% валовой добавленной стоимости и дополнительные 8%, если учесть прямые и непрямые результаты **(23, 172)**.

Устойчивое производство, потребление и закупки в секторе здравоохранения могут служить движущей силой зеленой экономики

Экономии средств в секторе здравоохранения можно добиться путем инвестирования в медико-санитарные услуги, практику и технологии, которые содействуют обеспечению экологической устойчивости **(102, 110, 165, 173, 174)**. Более оптимальное использование информационно-коммуникационных технологий (напр., телемедицина, электронное и мобильное здравоохранение) может потенциально сократить необходимость в поездках **(110, 165)**, но не для всех может быть доступно в плане цены и наличия. Использование телемедицины для лечения длительных хронических состояний могло бы привести к сокращению выбросов углекислого газа и экономии средств в размере 2,55 млн фунтов стерлингов в год в Англии до 2020 г. **(102)**. Предписание социальной помощи для лиц, страдающих психическими заболеваниями, чрезвычайно экономически эффективно и оставляет меньший углеродный след, чем когнитивно-поведенческая терапия или лекарственное лечение. Мобильные службы здравоохранения могут повысить экологическую сбалансированность, например, использование мобильных клиник обследования грудной железы приводит к сокращению



выбросов парниковых газов примерно на 75 тонн в год, а также делает опыт тестирования менее неприятным для пациента **(110)**. Экономии средств также можно достичь за счет правильной утилизации отходов; например, в больницах Кыргызстана удалось обеспечить в среднем 33% экономию ежегодных средств за счет оптимизации практики утилизации отходов **(110)**. В Англии за счет сокращения количества медицинских отходов можно было бы сэкономить 37,5 млн фунтов стерлингов в год и уменьшить выбросы углекислого газа более чем на 7 тонн в год до 2020 г. **(102)**. Изменение поведения персонала также могло бы внести вклад в обеспечение экологической устойчивости. В докладе из шести больниц Лондона 2015 г. указывается на то, что просвещение персонала о необходимости выключать оборудование и освещение, а также закрывать двери/окна, привело к сокращению выбросов углекислого газа на 1900 тонн за два года, а также затрат на электроэнергию в размере примерно 650 000 долл. США **(110)**. Поощрение персонала, пользующегося полезными для здоровья/активными видами передвижения, могло бы помочь предотвратить выбросы более 4 тонн углекислого газа в год до 2020 г., ежегодно экономить 19,5 млн фунтов стерлингов до 2026 г. и укрепить здоровье работников на 114 000 лет жизни с поправкой на качество (QALY) до 2020 г., если бы активными стали только 3% работников (см. раздел 2.5) **(102)**. Чтобы понять и смягчить воздействие на окружающую среду отходов, образующихся в результате реализации глобальных инициатив здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, Программа развития ООН проводит быструю оценку в странах Региона, в том числе в Боснии и Герцеговине, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане **(173, 174)**.

2.4.3. Резюме

Инвестирование в укрепление систем здравоохранения, ориентированных на человека, и потенциала охраны общественного здоровья вносит вклад в дело выполнения конкретных задач в рамках ЦУР **(12)**:

1 ЛИКВИДАЦИЯ НИЩЕТЫ	1.3	9 ИНДУСТРИАЛИЗАЦ ИННОВАЦИИ И ИНФРАСТРУКТУРА	9.4
3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВ И БЛАГОПОЛУЧИЕ	3.8, 3.d	10 УМЕНЬШЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА	10.4

Продолжение

4 КАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	4.3, 4.4	11 УСТОЙЧИВЫЕ ГОРОДА И НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ	11.5, 11.b
5 ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО	5.3, 5.4	13 БОРЬБА С ИЗМЕНЕНИЕМ КЛИМАТА	13.2, 13.3
6 ЧИСТАЯ ВОДА И САНИТАРИЯ	6.2–6.4, 6.a	16 МИР, ПРАВОСУДИЕ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ИНСТИТУТЫ	16.6
7 НЕДОРОГОСТОЯЩ. И ЧИСТАЯ ЭНЕРГИЯ	7.2, 7.3	17 ПАРТНЕРС В ИНТЕРЕС УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ	17.8, 17.17, 17.18

2.5. Создание благоприятной окружающей среды и жизнестойких сообществ

2.5.1. Стоимость действий по обычному сценарию

Экологические угрозы причиняют вред здоровью человека и создают высокое социальное и экономическое бремя

Экологические угрозы причиняют вред здоровью и благополучию людей и дорого обходятся для системы здравоохранения, общества и экономики. Все больше фактических данных указывают на то, что здоровье человечества неразрывно связано со здоровьем планеты. По подсчетам, 12,6 млн случаев смерти во всем мире были связаны с окружающей средой в 2012 г.: 23% всех случаев смерти в мире и 12% всех случаев смерти в Европе (105).

Основные экологические угрозы на местном и глобальном уровнях, оказывающие большое давление на здоровье людей, общество и экономику, включают загрязнение воздуха, шумовое загрязнение, вредные химические вещества, низкое качество воды и санитарии, изменение климата.



Загрязнение воздуха - основной экологический фактор, влияющий на бремя болезней

Загрязнение воздуха по-разному влияет на здоровье человека **(65)** и является причиной высоких экономических затрат в Европейском регионе ВОЗ. Например, по состоянию на 2010 г. ежегодные экономические затраты, связанные с преждевременной смертностью от загрязнения воздуха, во всех странах Региона составили 1,4 трлн долл. США, а общие ежегодные экономические затраты, связанные с воздействием загрязнения воздуха на здоровье и смертность, в том числе примерные расходы, связанные с заболеваемостью, составили 1,6 трлн долл. США **(111)**. 54% экономических затрат были связаны с негативным воздействием на здоровье загрязнения воздуха дорожным транспортом. Сжигание ископаемых видов топлива на угольных электростанциях в Европе продолжает представлять угрозу для здоровья людей, связанную, в частности, с негативным влиянием на развитие плода, онкологическими и сердечными заболевания, преждевременной смертностью **(175)**.

Шумовое загрязнение имеет многочисленные негативные последствия для жизни людей

Шум представляет собой особую проблему в городах **(176, 177)**. По подсчетам, как минимум 1 млн лет здоровой жизни утрачивается ежегодно из-за связанного с дорожным движением шума в западноевропейских странах **(176)**.

Низкое качество воды и санитарии по-прежнему представляют проблему в некоторых частях Европейского региона ВОЗ

Было установлено, что низкое качество воды является вторым по величине экологическим фактором, способствующим росту глобального бремени болезней **(69)**. В Европе все еще остаются места с неудовлетворительным качеством воды и санитарии, в результате чего около 10 человек в день умирают от диареи в некоторых странах (см. раздел 2.3) **(69, 96, 105)**.

Химикаты оказывают вредное воздействие на здоровье людей и экономику

Масштабы воздействия варьируются в зависимости от вида используемых химикатов **(40, 69, 85)**. По подсчетам, во всем мире

потери производительности труда из-за загрязнения окружающей среды ртутными соединениями составят 29,4 млрд долл. США до 2020 г. **(40)**. Воздействие свинца, пестицидов, антивоспламенителей, пластмассы и разрушающих эндокринную систему веществ вредно для здоровья людей, особенно детей **(88)**. Самая высокая доля глобального бремени болезней, связанных с асбестом, по-прежнему наблюдается в Европейском регионе ВОЗ из-за чрезмерного использования этого материала в предыдущие десятилетия **(178)**.

Изменение климата представляет угрозу для здоровья населения и экономики

Изменение климата может негативно влиять на здоровье человека, например, посредством воздействия чрезмерной жары или холода, наводнений и инфекций **(72, 105)**. Связанные со здоровьем затраты стран ЕС, вызванные изменением климата, по подсчетам, достигнут 147 млрд евро до 2080 г. **(72)**.

Вредная для здоровья искусственная среда может иметь серьезные негативные последствия для здоровья людей, общества и экономики

Существуют фактические данные, указывающие на связь между хорошим здоровьем и более широкой физической средой, в которой живут люди. Неудовлетворительные условия проживания, такие как холод, сырость, опасное состояние домов, оказывают огромное негативное влияние на здоровье людей **(60, 118)**, при этом ежегодные расходы на лечение болезней, прямым образом связанных с плохим качеством жилья, оцениваются в 194 млрд евро в ЕС **(130)**. Перемещенные группы населения и представители меньшинств особо страдают от сегрегации населения по месту жительства, плохих условий жизни и перенаселенности, а также отсутствия места жительства, что приводит к неравенству в отношении здоровья (см. раздел 2.1).

Дорожно-транспортный травматизм связан с высокими индивидуальными и общественными затратами во всех странах Европейского региона ВОЗ **(85)**. Например, дорожно-транспортные происшествия в ЕС обходятся в 153 млрд евро в год или до 2% ВВП в странах со средним и высоким уровнем доходов **(40)**.



Многие страны в Центральной Азии и Восточной Европе сталкиваются с проблемой неэффективного использования и роста стоимости энергии вкупе с неустойчивыми и дорогостоящими системами отопления и значительным углеродным следом; это в основном является результатом потерь энергии при использовании устарелой инфраструктуры. Ископаемые виды топлива продолжают доминировать. Например, в 2014 г. доля ископаемых видов топлива в глобальном топливно-энергетическом балансе достигла 81%, при этом их доля в Западной и Центральной Европе составила 71%, а в Центральной Азии - 94% **(2)**. Возобновляемые источники энергии, не включая гидроэлектроэнергию, составили всего лишь 3,7% всех источников энергоснабжения в 2014 г. в связи с высокой стоимостью технологий по использованию возобновляемых источников энергии, а также с информационными, техническими, законодательными, финансовыми и административными преградами **(2)**.

2.5.2. Стратегии общественного здравоохранения, имеющие ОЭИ

Инвестирование в межсекторальные стратегии охраны окружающей среды и здоровья людей способствует улучшению социальных и экономических детерминант здоровья и благополучия человека, а также укреплению здоровья планеты. Меры по сокращению воздействия экологических угроз могут принести большую отдачу зачастую при сравнительно небольших объемах инвестиций (40, 60, 70, 72, 85, 88, 99, 105, 111, 165). Инвестиции в области обеспечения экологической устойчивости создают, в свою очередь, благоприятные для здоровья людей места и условия, укрепляющие и поддерживающие жизнестойкость сообщества.

Меры по сокращению воздействия экологических угроз могут иметь большой коэффициент рентабельности

Меры по сокращению воздействия экологических угроз могут принести большую отдачу зачастую при сравнительно небольших объемах инвестиций **(85)**.

Меры контроля загрязнения воздуха имеют положительный коэффициент рентабельности

Величина этого коэффициента зависит от сектора, так, в сельском хозяйстве Венгрии он составляет три единицы прибыли на единицу вложенных средств, в промышленности - пять единиц прибыли на

единицу вложенных средств, в транспортном и энергетическом секторе - шесть, в жилищно-хозяйственном секторе и в секторе услуг - 16 и 17 единиц прибыли на единицу вложенных средств соответственно **(72)**. Коэффициент рентабельности мер по сокращению выбросов загрязняющих веществ в атмосферу в нефтедобывающей промышленности, по подсчетам, составляет 5,7:1 в год в Казахстане **(72)**. По подсчетам, полученным в рамках обзора вариантов сокращения уровня загрязнения, в Соединенном Королевстве коэффициент рентабельности составляет 6:1 **(179)**. Сокращение выбросов загрязняющих веществ путем установки специальных фильтров на грузовые автомобили и автобусы помогло бы сохранить 120 000 жизней в год, при этом чистая прибыль составила бы 24,7 млрд долл. США, а при установке на личные автомобили граждан - 200 000 человеко-лет и 10 млдр долл. США **(99)**.

Снабжение чистой водой и обеспечение санитарно-технических средств сокращают уровень предотвратимых заболеваний

Инвестиции в размере 1 долл. США в маломасштабные системы водоснабжения в Европейском регионе ВОЗ приносят прибыль в размере 2 долл. США в странах с высоким уровнем доходов и 21 долл. США в странах с низким уровнем доходов за счет сокращения уровня заболеваний, которые можно предотвратить. Мероприятия, направленные на обеспечение всеобщего доступа к улучшенным санитарно-техническим сооружениям на Кавказе и в Центральной Азии, по подсчетам, приносят 4,8 единиц прибыли на каждую инвестированную единицу **(71)**. Следует отметить, что прибыльность этих мер может варьироваться в зависимости от страны, при этом в более развитых странах она может быть ниже **(69)**.

К химическим угрозам относятся как старые, так и новые химикаты

Продолжает представлять химическую угрозу жизни людей асбест, который ранее использовался в строительстве зданий. Эффективные механизмы утилизации отходов здравоохранения, представляющих опасность (напр., фармацевтические препараты, тяжелые металлы и микробные опасные материалы), как правило, наиболее результативны в странах с более высоким уровнем



доходов. Расходы, связанные с выполнением нормативно-правовых актов ЕС, направленных на борьбу с воздействием новых химических веществ, составляют 3,6-6,7 млрд долл. США, при этом экономическая прибыль, по предварительным подсчетам, составит 34-68 млрд долл. США в последующие 30 лет **(85)**.

Смягчение последствий изменения климата влияет на продолжительность жизни и затраты, связанные со здоровьем

Сокращение выбросов парниковых газов в ЕС на 20% до 2020 г. помогло бы увеличить среднюю продолжительность жизни на 3,3 месяца и сократить затраты, связанные с плохим здоровьем, на 12-29 млрд евро **(72)**. Межсекторальные меры помогают получить наибольшие преимущества **(72)**.

Обеспечение безопасных и благоприятных для здоровья условий проживания

Сухие и теплые жилые помещения, не подверженные топливной бедности, вероятно, приносят самые большие преимущества для здоровья людей **(18, 130)**. Фактические данные из Нидерландов показывают, что на каждый 1 евро, потраченный на предотвращение бездомности, экономится около 2,20 евро, в том числе за счет сокращения расходов на неотложную помощь, психиатрические услуги и тюрьмы, а также что обеспечение здоровых жилищных условий остается общей ответственностью разных секторов **(128)**. Разносторонние и широкомасштабные мероприятия с вовлечением в процесс реализации жителей имеют большие шансы на успех **(130)**.

Сокращение дорожно-транспортного травматизма

Многочисленные мероприятия по сокращению дорожно-транспортного травматизма в Европе демонстрируют ОЭИ **(40, 81, 85)**. В качестве примеров можно привести прибыль на инвестиции в размере 6,80 денежных единиц на одну единицу, потраченную на использование камер фиксации нарушений скоростного режима в городских районах Испании за счет сокращения медицинских и общественных расходов за двухлетний период **(81)**; примерно 29 денежных единиц на одну единицу, потраченную на пропаганду использования велосипедных шлемов в Соединенном Королевстве **(104)**; 3,23 денежных единиц на одну единицу, потраченную семьями на покупку детских сидений в Швеции **(88)**; экономию средств на

год спасенной жизни в размере 5550 долл. США в рамках греческой схемы по прокату детских сидений родителям при рождении первого ребенка **(88)**. Наиболее эффективные стратегии соединяют в себе меры по сокращению скорости, повышению уровня безопасности и изменению дорожной инфраструктуры **(85)**, хотя некоторые меры безопасности, возможно, были бы более экономически эффективны в странах с низким и средним уровнем доходов, если можно было бы сократить их стоимость **(85, 100)**.

Оптимизация территориального и городского планирования

Инициативы территориального и городского планирования содействуют повышению социальной сплоченности, т.е. приносят взаимную пользу как для отдельных людей, так и для всего сообщества **(60)**. Повышение числа зеленых зон, таких как парки, сады и игровые площадки связано с улучшением состояния здоровья людей **(59, 104)**: каждое 10% повышение уровня воздействия зеленых зон обеспечивает пятилетнюю отсрочку в наступлении возраста, когда ожидается появление проблем со здоровьем в Нидерландах **(60)**. Кампания по пропаганде активного образа жизни в Соединенном Королевстве принесла прибыль в размере 23 денежных единиц на одну денежную единицу за счет повышения уровня жизни, сокращения использования медико-санитарных услуг, улучшения продуктивности, а также много других преимуществ для местных органов власти **(59)**. Укрепление здоровья и благополучия связано с повышенными уровнями физической активности и сокращением ожирения, в результате чего снижается уровень НИЗ, число приемов у врача в связи с психическим здоровьем и улучшаются учебные показатели (см. раздел 2.3) **(60)**.

Поощрение активных видов передвижения

Активные виды передвижения (ходьба и поездки на велосипеде) могут содействовать сокращению экологического вреда, повышению дорожной безопасности и укреплению здоровья **(60, 64)**. В Англии и Уэльсе повышение уровня использования активных видов передвижения могло бы привести к экономии 17 млрд фунтов стерлингов за 20 лет в секторе здравоохранения, при этом каждый человек, использующий велосипед вместо машины, помог бы сэкономить 539-641 фунта стерлингов в год за счет пользы для здоровья, сокращения расходов на здравоохранение, повышения производительности, сокращения загрязнения воздуха и перегруженности уличного движения **(40, 60)**. Экономическая прибыль на инвестиции в развитие велосипедной инфраструктуры в Норвегии в 3-14 раз выше, чем затраты (см. раздел 2.3) **(72)**.



Создание жизнестойких сообществ

Инвестиции в создание социальных сетей могут повысить устойчивость к угрозам для здоровья и благополучия, а также содействовать восстановлению после болезни (60). Социальный капитал взаимосвязан с хорошим здоровьем и благополучием (100,180,181). Например, каждая денежная единица, потраченная на волонтерские программы здравоохранения, приносит прибыль в размере 4-10 денежных единиц, которая распределяется между пользователями услуг, волонтерами и остальным населением (60). Проект по подготовке общественных поборников здоровья показал ОЭИ в размере 3,55 денежных единиц на каждую потраченную денежную единицу (104). Ряд общественных мероприятий по улучшению питания, повышению уровня физической активности и укреплению психического здоровья при помощи подхода на основе стоимости активов показал ОЭИ в размере 0,79-112 единиц на одну потраченную денежную единицу (104). Другие меры, такие как участие в системе «банк времени» (обмен навыками и услугами, при котором оплата осуществляется на основе потраченного человеком времени) продемонстрировали чистую экономическую прибыль в размере 667 фунтов стерлингов в год, а при учете повышения качества жизни - до 1312 фунтов стерлингов (104).

2.5.3. Резюме

Инвестиции в создание благоприятной окружающей среды и жизнестойких сообществ содействуют выполнению конкретных задач в рамках ЦУР (12):

1 ЛИКВИДАЦИЯ НИЩЕТЫ	1.2, 1.4, 1.5	10 УМЕНЬШЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА	10.1, 10.3, 10.4
2 ЛИКВИДАЦИЯ ГОЛОДА	2.4	11 УСТОЙЧИВЫЕ ГОРОДА И НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ	11.1–11.7, 11.a, 11.b
3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ	3.2, 3.6, 3.9, 3.d	12 ОТВЕТСТВЕННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ И ПРОИЗВОДСТВО	12.2, 12.4–12.9, 12.c
5 ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО	5.5, 5.a, 5.c	13 БОРЬБА С ИЗМЕНЕНИЕМ КЛИМАТА	13.1–13.3, 13.a, 13.b

Продолжение

	6.1–6.3		14.1
	7.1–7.3, 7.a		15.1
	8.3, 8.4		16.3, 16.6, 16.7
	9.4, 9.5		17.7, 17.17



3. ОБСУЖДЕНИЕ

Цель настоящего сводного доклада заключается в том, чтобы послужить доказательной базой и оказать поддержку разработке дорожной карты по реализации Повестки-2030 г. на основе политики Здоровье-2020 в Европейском регионе ВОЗ. Это достигается путем:

- создания концептуальной основы инвестирования в интересах здоровья и устойчивого развития;
- объединения фактических данных об общественной эффективности инвестиций в стратегии общественного здравоохранения в поддержку выполнения ЦУР на основе политики Здоровье-2020, тем самым содействуя разработке выдвигаемой ВОЗ европейской дорожной карты.

3.1. Сильные и слабые стороны обзора

В докладе делается общий обзор ранее проведенных обзоров исследований, включая как отрецензированную, так и серую литературу. Из-за такого подхода авторы не могли включать первичные исследования о конкретных стратегиях/мероприятиях или об экономической оценке/моделировании, которые еще не были проанализированы и опубликованы на уровне обзоров. Но это может рассматриваться и как дополнительная сильная сторона, т.к. таким образом повышается достоверность представленных фактических данных, которые по определению уже были проанализированы независимыми научными экспертами перед включением в настоящий доклад.

Несмотря на то, что поиск проводился только в англоязычных базах данных, благодаря составу авторской и экспертной группы было возможно рассмотреть фактические данные из документов на других европейских языках, включая болгарский, испанский, немецкий, русский и французский. На результаты обзора могут влиять ошибки, связанные с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования, а также ошибка отбора ввиду того, что в основу данного обзора была положена политика Здоровье-2020.

Установленные стратегии и мероприятия существенно различались в том, что касается использованных подходов, масштабов, методов реализации,

способов оценки и контекста. Использование экономических методов, сконцентрированных на одной мере, создает трудности при сравнении исследований и стран или обобщении итоговых результатов, т.к. на практике, как правило, используется целый ряд мер **(182)**. Другая проблема связана с разными периодами времени (обеспечение прибыли за короткий, средний и длительный промежуток времени) при сравнении стратегий, а также при рассмотрении вопросов, связанных с государственным финансовым сектором, работа которого обычно концентрируется на краткосрочной перспективе **(182)**. Здесь становится очень полезной концепция ОЭИ в предоставлении общей методологии для измерения широкомасштабной социальной, экономической и экологической ценности мер. Однако исследования, в которых использовалось адресное применение концепции ОЭИ в полной мере, проводятся довольно редко, особенно в контексте обеспечения устойчивого развития и охраны здоровья; поэтому применение концепции было ограничено фактическими данными из анализов соотношения затрат и прибыли (и связанных с ними денежных анализов) **(9, 183)**.

Состав населения и общин различаются в разных странах, и, если одна стратегия или модель работает в одном месте, это не значит, что она будет работать в другом. Следовательно, выводы и варианты политики должны всегда рассматриваться под призмой национального и местного контекста, ограничительных факторов и культурных соображений.

Существуют большие возможности для дальнейшего глубокого исследования контекстуальных и качественных аспектов оценки стратегий и определения проблем, преград и движущих сил для успешной реализации. Следует изучить важность регионального, национального, субнационального и местного контекста, а также способов влияния этих различных уровней на выполнение стратегий во всем Европейском регионе ВОЗ.

Большие массивы фактических данных служат для рассмотрения и оценки состояния здоровья людей и ситуации в секторе здравоохранения только с экономической точки зрения. Лица, вырабатывающие политику и принимающие решения, должны учитывать, что здоровье, равенство и благополучие имеют жизненно важную ценность для людей и сообществ (повышенная продолжительность и качество жизни, более широкие возможности), а также содействуют социальному сплочению, накоплению социального капитала, поддержанию мира и безопасности, которые не имеют



отношения к экономическим аргументам (184). В таких условиях особенно хорошо подходит метод оценки ОЭИ, а имеющуюся базу фактических данных можно обогатить путем применения аутентичных подходов ОЭИ, уделяя особое внимание неденежным общественным преимуществам или социальной прибыли на инвестиции в интересах здоровья и благополучия. Проведение оценки и подсчета выгоды для общества, а также для укрепления жизнестойкости отдельных лиц и расширения их прав и возможностей особенно проблематично и требует проведения дальнейшей работы.

3.2. Варианты политики и последствия

На основании настоящего обзора фактических данных были сделаны три основных заключения относительно инвестиций в интересах здоровья и благополучия:

- текущие стратегии и практика инвестирования (согласно обычному сценарию) неустойчивы, т.к. они дорого обходятся отдельным лицам, семьям, общинам, обществу, экономике и всей планете;
- инвестиции в политику здравоохранения предоставляют эффективные, результативные, всеобъемлющие и инновационные варианты решения проблем в соответствии с ценностями и фактическими данными, а также содействуют обеспечению социальной, экономической и экологической устойчивости;
- выделение финансирования в интересах здоровья и благополучия - это двигатель и инструмент устойчивого развития, и наоборот; благодаря ему расширяются права и возможности людей в обеспечении наивысшего достижимого уровня здоровья для всех.

На основе фактических данных были определены три траектории, по которым инвестиции в интересах здоровья и благополучия приводят в движение (напрямую через сектор здравоохранения) и делают возможным (косвенно через другие сектора) устойчивое развитие:

- **траектория здоровья и благополучия** путем повышения продолжительности и качества жизни, наращивания человеческого капитала, повышения производительности труда и трудовой деятельности, а также обеспечения национальной и глобальной безопасности в отношении здоровья;

- **траектория социальной справедливости** путем сокращения уровня социального и гендерного неравенства по показателям здоровья, накопления социального капитала, обеспечения политической стабильности и равенства в области трудоустройства для женщин, молодежи и самых бедных слоев населения;
- **экономическая и инновационная траектория** путем достижения прямых, косвенных и индуцированных экономических результатов, таких как создание рабочих мест и оптимальных условий работы, развитие навыков и умений, создание инфраструктуры, поставка материалов и технологий, вклад в обеспечение связи, логистики, выплаты индуцированного налога и взносов в фонд социального обеспечения, создание конкурентоспособных медицинских служб и технологических инноваций (в частности, переходя от слов к делу в секторе здравоохранения), тем самым содействуя распространению устойчивых моделей производства и потребления.

На основе фактических данных и вклада экспертов в поддержку дорожной карты предлагается меню, состоящее из 12 вариантов политики общественного здравоохранения для приоритетного направления инвестирования. Данное меню может использоваться лицами, вырабатывающими политику и принимающими решения, из сектора здравоохранения и других секторов в качестве потенциальных вариантов для применения в специфических условиях их стран. Все 12 вариантов политики направлены на сокращение нагрузки на здравоохранение, общество, экономику и окружающую среду и демонстрируют существенную ОЭИ, тем самым принося пользу делу обеспечения устойчивого развития.

Подход соразмерного универсализма предназначен сократить социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья

Плохое здоровье и неравенство в отношении здоровья связаны с невыгодным социально-экономическим положением на протяжении всего жизненного цикла и приводят к высоким затратам отдельного человека, семей, системы здравоохранения и всего населения. Например, в 2004 г. неравенство в отношении здоровья привело к общим потерям благосостояния в ЕС в размере 9,4% ВВП или 980 млрд евро, а в Англии, по предварительным подсчетам, – к сокращению производительности в размере 31-33 млрд фунтов стерлингов и к потере налоговых поступлений



и социальным выплатам на уровне 20-32 млрд фунтов стерлингов в год (13, 65). И наоборот, невыгодное социально-экономическое положение связано с плохим здоровьем и неравенством в отношении здоровья, при этом некоторые маргинализированные группы населения, такие как мигранты, меньшинства и бездомные отличаются особой уязвимостью. Сокращение неравенства в отношении здоровья - ключ к ускорению устойчивого развития. Для этого необходимо инвестировать в стратегии соразмерного универсализма, направленные на сокращение расслоения общества, например, посредством гарантирования зарплаты не ниже прожиточного минимума, всеобщего охвата социальным обеспечением, бесплатных детских садов и программ активизации рынка труда.

Обеспечение гендерного равенства, защита прав женщин, предотвращение насилия и жестокого обращения

Гендерное неравенство негативно сказывается на всеохватном экономическом росте, создании достойных рабочих мест и обеспечении устойчивости систем здравоохранения. Насилие и жестокое обращение наносят большой ущерб эмоциональному и физическому здоровью отдельного человека и дорого обходятся обществу и экономике. Обеспечение гендерного равенства требует инвестирования в такие меры, как гарантии равенства оплаты труда и пенсионного обеспечения женщин и мужчин, предотвращение дискриминации, активное продвижение женщин на руководящие должности, выявление жертв домашнего насилия и предоставление им помощи.

Создание наилучших условий для старта в жизнь для всех детей без исключения

Негативный опыт, полученный в раннем возрасте, может нанести длительный ущерб и привести к ухудшению состояния здоровья с высокими сопутствующими затратами отдельных лиц, общества и экономики. Инвестирование в меры по поддержанию хорошего здоровья на протяжении всего жизненного цикла имеет экономические, социальные и экологические преимущества. Инвестирование должно быть направленно в первую очередь на помощь на ранних этапах жизни и на стратегии профилактики, т.к. именно они приносят большую отдачу вложенных средств;

например, пропаганда грудного вскармливания и здорового питания матерей, проведение программ помощи родителям и семьям, предоставление всеобщих недорогих высококачественных систем ухода за детьми и обеспечение раннего, всеобщего и недискриминационного воспитания.

Обеспечение образования детей и молодежи, медицинской грамотности и достойной занятости

Плохое образование и низкая медицинская грамотность негативно влияют на здоровье, благополучие и жизненные перспективы людей. Безработица среди молодежи остается одним из самых значительных вызовов в области обеспечения устойчивого развития. Небезопасные и вредные для здоровья рабочие места могут оказывать негативное влияние на производительность труда и экономику. Инвестиции требуются во всех секторах, а не только в секторе здравоохранения, и при любых условиях, чтобы обеспечить проведение программ по расширению медицинской грамотности и формированию здорового поведения в школах, образованию и активному трудоустройству (подготовке к работе) молодежи, обеспечению безопасных рабочих условий и повышению благосостояния работников.

Обеспечение здорового и активного старения

Инвалидность, неравенство, плохое обращение с пожилыми людьми связаны с плохим здоровьем и благополучием и приводят к высоким сопутствующим затратам отдельных лиц, системы здравоохранения, общества и экономики. Мероприятия по содействию здоровому старению включают меры предотвращения падений и травматизма, программы повышения уровня физической активности, программы вакцинации, многосторонние жилищные мероприятия, меры защиты от бедности, социальной изоляции и отчуждения.

Борьба с курением, злоупотреблением алкоголем, ожирением, нездоровым питанием и отсутствием физической активности

Курение, злоупотребление алкоголем, отсутствие физической активности и нездоровое питание возглавляют список факторов риска, приводящих к ухудшению состояния здоровья



и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ, а также к высоким затратам, связанным со здоровьем и благополучием отдельных лиц, общества и экономики. Инвестирование в меры по борьбе с вредными привычками и укреплению здоровья следует проводить при помощи комплексной стратегии, объединяющей межсекторальные и многоуровневые мероприятия с учетом гендерной проблематики, например, введение минимальной стоимости одной единицы алкоголя, обширных запретов на рекламу сигарет и алкоголя, ограничение доступа к торговым точкам, консультирование в рамках первичной медико-санитарной помощи, принятие пищевого законодательства, поощрение изменения состава продуктов для сокращения концентрации соли, сахара и жира.

Борьба с неинфекционными и инфекционными заболеваниями

Бремя неинфекционных заболеваний, в том числе психических расстройств, для сектора здравоохранения, общества и экономики остается значительным. Бремя инфекционных заболеваний также довольно высоко и оказывает существенное влияние во всем Европейском регионе ВОЗ, хотя и с разной степенью в разных странах. Инвестиции в охрану здоровья и профилактику заболеваний могут быть высоко эффективны и приносить большую пользу для здоровья, благополучия и равенства людей, а также общества и экономики. Сюда входит борьба с НИЗ путем всеобщих и адресных мероприятий по охране физического и психического здоровья, профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями (напр., программы вакцинации, меры раннего выявления, надзора, контроля, охраны окружающей среды). Эти направления тесно взаимосвязаны, и инвестиции в профилактику одного заболевания могут помочь в борьбе с другими заболеваниями.

Обеспечение ВОУЗ и минимизация оплаты услуг за счет собственных средств

Низкий объем государственных инвестиций в секторе здравоохранения угрожает устойчивости систем здравоохранения, а необходимость оплачивать дорогостоящие медицинские услуги за свой счет усугубляет неравенство между разными слоями населения и может подтолкнуть людей к обнищанию. Инвестиции в ВОУЗ и повышение объемов государственного финансирования

в секторе здравоохранения повышает социальную и финансовую защиту и содействует процветанию и устойчивому развитию.

Мощные системы здравоохранения поддерживают национальную и глобальную безопасность в отношении здоровья

Построение справедливых, эффективных и жизнестойких систем здравоохранения, укрепление потенциала и услуг общественного здравоохранения, приоритизация мер по укреплению здоровья и профилактики заболеваний содействуют обеспечению национальной и глобальной безопасности в отношении здоровья и имеют существенную ОЭИ. Сюда входит профессиональная подготовка для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них, разработка всеобщих и адресных мер по укреплению здоровья и ранней профилактики заболеваний.

Преобразование, расширение и оптимизация трудовых кадров здравоохранения

Недостаток трудовых ресурсов здравоохранения, миграция медицинских работников и продолжающееся гендерное неравенство приводят к неравному доступу к услугам здравоохранения, что влечет за собой высокие экономические затраты и представляет потенциальную угрозу безопасности в отношении здоровья. Обеспечение достаточного числа и оптимальное распределение мотивированного и квалифицированного медицинского персонала требует инвестиций в улучшение образования и профессиональной подготовки в области медицины и здравоохранения, повышения квот подготовки, перераспределения и стимулирования медицинских работников, а также обеспечения равной зарплаты мужчин и женщин и недопущения дискриминации.

Благоприятные для здоровья и содействующие его укреплению условия помогают сократить расслоение общества

Экологические угрозы причиняют вред для здоровья и благополучия людей и дорого обходятся системам здравоохранения, обществу и экономике. Экологические угрозы здоровью усугубляют неравенство внутри стран и между ними, а также среди разных слоев населения и людей разных возрастов. К основным проблемам относятся загрязнение воздуха, шумовое



загрязнение, вредные химические вещества, низкое качество воды и санитарно-технических средств, а также изменение климата. Существует связь между хорошим здоровьем и качеством жилья и более обширной физической средой, окружающей человека. Инвестиции в многосторонние, межсекторальные мероприятия по улучшению окружающей человека среды, как естественной, так и антропогенной, а также по укреплению здоровья планеты - один из основных факторов, обуславливающих здоровье, благополучие и равенство людей. Существует явная связь между устойчивым развитием, жизнестойкостью сообществ, сплочением общества и социальным капиталом. В число природоохранных стратегий и мер здравоохранения, приносящих сопутствующие преимущества отдельным лицам, сообществам и планете, входит создание благоприятных для здоровья и содействующих его укреплению условий, жизнестойких сообществ и устойчивой естественной и городской среды с повышенным доступом к зеленым зонам и использованием активных методов передвижения (ходьба, езда на велосипеде).

Обеспечение *зеленой* и *циклической* экономики с устойчивыми моделями производства, потребления и закупок

Экологически вредная практика и службы во всех секторах являются неустойчивыми и представляют угрозу для здоровья людей и всей планеты. Обеспечение инновационных и экологически сбалансированных систем в интересах здоровья и благополучия включает внедрение соответствующих информационно-коммуникационных технологий, использование услуг мобильного и электронного здравоохранения и оптимизацию утилизации отходов.

Эти стратегические предложения также поддерживаются в смежном докладе, в котором обсуждаются основные стратегии устранения социально-экономических детерминант здоровья и неравенства в отношении здоровья и предполагается, что конкретные варианты политики, влияющие на условия жизни людей, также влияют на их здоровье и равенство **(18)**.

Все стратегии общественного здравоохранения имеют сложный, межсекторальный и многоплановый характер. Чтобы никого не оставить позади, необходимо решать проблемы, связанные с более широкомасштабными

факторами, влияющими на здоровье и благополучие людей (поведение, неинфекционные и инфекционные заболевания) и жизнестойкость сообщества на протяжении всего жизненного цикла. Для этого также необходимо обеспечить ВОУЗ и создать благоприятную окружающую среду. Проживание в безопасных и благоприятных для здоровья местах и условиях позволяет людям вести здоровый образ жизни и культивировать здоровые привычки, что может создать основные необходимые условия для крепкого здоровья и благополучия с ранних лет жизни вплоть до активного и здорового старения. Такие условия содействуют сокращению уровня неинфекционных и инфекционных заболеваний, а также помогают обеспечить устойчивые и безопасные объекты и инфраструктуру в секторе здравоохранения. И последнее, укрепление системы здравоохранения и ВОУЗ приводит к повышению финансовой и социальной защиты и работает на пользу зеленой экономики здравоохранения. Такая защита важна для предотвращения бедности и сокращения расслоения общества; обеспечения наличия и доступа к жизненно важным услугам здравоохранения, в том числе по укреплению здоровья и профилактике заболеваний; а также для обеспечения охраны здоровья и благополучия на протяжении всего жизненного цикла.

Фактические данные и практический опыт явно указывают на то, что инвестиции в развитие человеческого потенциала и на цели устойчивого развития не могут выделяться одним единственным сектором (т.е. сектором здравоохранения) в изоляции от других. Траектории инвестирования выходят за рамки всех стратегий (подход по учету вопросов здравоохранения во всех стратегиях), секторов и уровней правительства (общегосударственный подход). Для обеспечения инвестиций необходимо как государственное, так и общественное участие (принцип привлечения всего общества) **(18, 28)**. Взаимосвязанный и взаимозависимый характер нынешних проблем и их решений требует решительного руководства, стратегической и политической приверженности и новых подходов, включая создание кооперационных сетей, сотрудничество и вовлечение граждан на всех уровнях выработки политики и стратегического руководства **(28)**. Проведение мониторинга и оценки, создание интегрированных и гармонизированных информационных систем, сбор и анализ данных в интересах здравоохранения являются составной частью этого процесса **(185)**. Полезные подходы и инструменты, содействующие межсекторальному управлению на основе широкого участия и выделению связанных с этим инвестиций, включают оценку воздействия на здоровье, благополучие, равенство людей и окружающую среду **(186, 187)**, а также механизмы оценки аспектов гендерного равенства **(188)**.



Межсекторальное управление на основе широкого участия в интересах здоровья и благополучия набирает темпы при поддержке Парижской декларации 2016 г., в которой выражается приверженность созданию партнерских связей ради здоровья и благополучия нашей молодежи и будущих поколений, не оставляя никого позади **(189, 190)**, а также Остравской декларации 2017 г., в которой продвигается деятельность по охране окружающей среды, здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ **(191)**. На национальном и глобальном уровнях растет признание того, что здоровье является «необходимым компонентом социально-экономической стабильности». Лидеры здравоохранения из ведущих промышленно развитых и развивающихся стран выразили готовность применять подход по учету вопросов здравоохранения во всех стратегиях, отдавая приоритет наиболее уязвимым слоям населения и привлекая к политическим процессам граждан и сообщества, заполняя пробелы в данных здравоохранения, используя фактические данные в качестве доказательной базы для выработки и внедрения политики и укрепляя системы здравоохранения, тем самым содействуя обеспечению ВОУЗ **(192, 193)**. Появляется новая концептуальная основа социальных и глобальных границ **(194)**, в которой признается, что человеческое благополучие зависит от предоставления возможности жить в условиях достоинства и равных возможностей для всех людей с одновременным обеспечением неприкосновенности жизнеобеспечивающих систем Земли. В ней призывается ликвидировать глубокое неравенство и преобразовать процесс выработки политики и экономические системы, чтобы они стали восстановительными и распределительными. Обеспечение зеленой и циклической экономики считается не только эффективным, но и справедливым и всеохватным в отношении общества, где экономический рост и обязанность охранять окружающую среду укрепляют друг друга и поддерживают прогресс в области социального и человеческого развития и создания устойчивых систем, инфраструктуры, товаров и услуг для настоящего и будущих поколений **(7, 10, 195-197)**.

Развитая основа для инвестирования в интересах здоровья и устойчивого развития и предлагаемые варианты политики на основе приведенных здесь фактических данных соответствуют уже принятым ВОЗ и Организацией Объединенных Наций стратегическим и политическим документам и процессам и поддерживают их. В настоящем докладе подчеркиваются варианты, благодаря которым предлагаемая дорожная карта поможет ускорить реализацию Повестки-2030, тем самым превращая национальные, региональные и глобальные обязательства в реальные действия и структурные изменения, стимулирующие инвестиции.

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инвестиции в интересах здоровья и благополучия направлены на обеспечение наивысшего достижимого уровня здоровья для всех в любом возрасте. При их выделении следует руководствоваться принципами, целями и задачами Повестки-2030, опираясь на положения Здоровья-2020 с использованием подхода по обеспечению справедливости, гендерного равенства и прав человека. При направлении инвестиций необходимо учитывать местный, национальный, региональный и глобальный контекст, а для принятия решений требуется управление на основе широкого участия, основанное на принципе солидарности. При помощи инвестиций следует оптимизировать ОЭИ на всех этапах непрерывного процесса укрепления и охраны здоровья, а также профилактики и лечения заболеваний, реабилитации, ухода и поддержки.

Подход по обеспечению устойчивого инвестирования в интересах здоровья и благополучия продемонстрировал бы справедливое и эффективное определение приоритетов в отношении ресурсов, основанное на имеющихся данных с учетом прав человека и местных условий (с рассмотрением вопросов технической эффективности, продуктивности и эффективности распределения ресурсов) на всех уровнях правительства, во всех секторах и областях. Это выгодно не только для здравоохранения, но и для сокращения неравенства в отношении здоровья и обеспечения процветания, безопасности, мира и общественного богатства.

Появляется все больше фактических данных в пользу инвестирования в области общественного здравоохранения как двигателя и инструмента социальной, экономической и экологической стабильности, а также метода оказания содействия процветанию и безопасности на национальном и глобальном уровнях. Сюда также входит устранение основных причин неравенства (в отношении здоровья, общества, экономики и окружающей среды), а также обеспечение всеобщего охвата медико-санитарными услугами, устойчивых и жизнестойких систем здравоохранения. В число приоритетных направлений входит инвестирование на протяжении всего жизненного цикла, особенно в развитие детей; инвестиции в создание безопасной, здоровой и устойчивой к внешним воздействиям обстановки; а также инвестиции в защиту здоровья от рисков и кризисов.



Наращивает темпы комплексная, совместная и коллективная деятельность и инвестирование во всех секторах и на всех уровнях стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия всех людей без исключения. Для этого необходимы инновационные и хорошо продуманные финансовые механизмы и реформы управления, а также коренные изменения в образе мышления, направленные на признание того, что жизнь и здоровье людей, справедливость, устойчивое развитие, здоровье планеты, безопасность и мир имеют гораздо большую ценность, чем чистый экономический рост.

Инвестиции в интересах здоровья и устойчивого развития - это ориентированная на конкретные результаты и основанная на правах человека обязанность всех, движущими силами которой являются ценности и межпоколенческая справедливость, а также обеспечение благополучия нынешнего и будущих поколений.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. The global risks report 2017, 12th edition. Geneva: World Economic Forum; 2017.
2. Building more inclusive, sustainable and prosperous societies in Europe and central Asia: from vision to achievement of the sustainable development goals – call for action from the regional UN system. New York: United Nations Development Group; 2017 (Regional Advocacy Paper).
3. Международные медико-санитарные правила, третье издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 г.
4. Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы. Женева: Бюро по сокращению риска бедствий ООН; 2015 г.
5. Health emergencies programme. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme/en/, accessed 8 July 2017).
6. de la Maisonneuve C, Martins JO. The future of health and long-term care spending. OECD J Econ Stud. 2015;2014:61–96.
7. Bell R, Grobicki L, Hamelmann C. Ensure healthy lives and well-being for all: addressing social, economic and environmental determinants of health and the health divide in the context of sustainable human development – analysis of the project portfolio of the UNDP Regional Bureau for Europe and the Commonwealth of Independent States. New York: United Nations Development Programme; 2014.
8. Charles J, Tudor Edwards R. A guide to health economics for those working in public health: a concise desktop handbook. Bangor: Centre for Health Economics and Medicines Evaluation; 2016.
9. Yates BT, Marra M. Social return on investment (SROI): problems, solutions and is SROI a good investment? Eval Program Plann. 2016;64:136–44.
10. К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (EUR/RC66/R4).
11. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г.
12. Повестка дня в области устойчивого развития. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2016 г. (http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/, по состоянию на 29 сентября 2017 г.).
13. Marmot M, Allen JD, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M et al. Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: UCL Institute of Health Equity; 2010.
14. Universal social protection floors for better health and well-being for all children and adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Thematic Paper 1).



15. McDaid D. Investing in health literacy: what do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.

16. Школы и дошкольные учреждения, способствующие улучшению здоровья и благополучия всех детей и подростков. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (тематический документ 2).

17. Минская декларация: охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (Европейская министерская конференция ВОЗ «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020»; http://www.euro.who.int/ data/assets/ pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

18. Saunders MD, Barr B, McHale P, Hamelmann C. Key policies for addressing the socioeconomic determinants of health and health inequities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 52).

19. Устав Всемирной организации здравоохранения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1946 г.

20. Stronks K, Toebes B, Hendriks A, Ikram U, Venkatapuram S. Social justice and human rights as a framework for addressing social determinants of health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Final report of the Task Group on Equity, Equality and Human Rights: review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region; http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf_file/0006/334356/HR-task- report.pdf, accessed 8 July 2017).

21. Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г.

22. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). New York: United Nations Every Woman Every Child; 2015.

23. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

24. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г.

25. Обеспечение надлежащего стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия всех детей и подростков. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (тематический документ 3).

26. Building resilience: a key pillar of Health 2020 and the sustainable development goals – examples from the WHO Small Countries Initiative (2017). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.

27. Health in all policies: framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014.

28. Kickbusch I, Gleicher D. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г.

29. Kickbusch I, Gleicher D. Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

30. Kickbusch I, Behrendt T. Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Реализация задуманного. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г.

31. Шанхайская декларация по укреплению здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (9-я Глобальная конференция по укреплению здоровья, Шанхай; http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai_declaration_final_draft_Ru.pdf?ua=1, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

32. Environment and health for the European cities in the 21st century: making a difference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/ data/ assets/pdf_file/0020/341615/bookletdef.pdf?ua=1, accessed 15 July 2017).

33. Resolution on universal health coverage. New York: United Nations; 2012 (http://universalhealthcoverageday.org/un-resolution/, accessed 8 July 2017).

34. Council conclusions on common values and principles in European Union health systems. Brussels: Council of the European Union; 2006 (http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622(01), accessed 8 July 2017).

35. Алма-Атинская декларация. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1978 г. (Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, Российская Федерация).

36. Health financing for universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, accessed 8 July 2017).

37. Новая программа развития городов. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2016 г. (Резолюция 71/256, принятая Генеральной Ассамблеей 23 декабря 2016 года; http://habitat3.org/wp-content/uploads/New-Urban-Agenda-GA-Adopted-68th-Plenary-N1646659-R.pdf, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

38. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1999 г.

39. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Системы здравоохранения–здоровье–благосостояние, Таллинн, Эстония; http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

40. The case for investing in public health: a public health summary report for EPHO 8. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.



41. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (EUR/ RC65/13).

42. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (EUR/RC66/15).

43. Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г.

44. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г.

45. Кадровые ресурсы для здравоохранения и выполнение итоговых документов Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (A70/18: Доклад Секретариата).

46. Кадровые ресурсы для здравоохранения и выполнение итоговых документов Комиссии высокого уровня Организации Объединенных Наций по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (WHA70.6).

47. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г.

48. Коалиция партнеров по вопросам укрепления потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/en/ media-centre/events/events/2017/01/coalition-of-partners-expert-meeting-on-strengthening- public-health-capacities-and-services-in-europe, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

49. UN Interagency Task Force on NCDs (UNIATF). New York: United Nations; 2017 (http:// www.who.int/ncds/un-task-force/en/, accessed 8 July 2017).

50. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986 (First International Conference on Health Promotion, Ottawa).

51. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

52. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 г. (A/RES/66/2).

53. Обеспечение прогресса в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в странах. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://www.who.int/nmh/global_ monitoring_framework/ru/, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

54. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (EUR/RC66/11).

55. Acheson D. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: HMSO; 1988.

56. Higgins AM, Harris AH. Health economic methods: cost-minimization, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefit evaluations. Crit Care Clin. 2012;28(1):11–24.

57. Mohr D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med. 2009;151(4):264–9.

58. Batura N, Hill Z, Haghparast-Bidgoli H, Lingam R, Colbourn T, Kim S et al. Highlighting the evidence gap: how cost-effective are interventions to improve early childhood nutrition and development? Health Policy Plann. 2015;30(6):813–21.

59. Buck D. Local action on health inequalities: understanding the economics of investments in the social determinants of health. London: Public Health England; 2014 (Health Equity Briefing 9; http://www.hullpublichealth.org/assets/PHE/Briefing9.pdf, accessed 8 July 2017).

60. Buck D, Gregory S. Improving the public's health: a resource for local authorities. London: King's Fund; 2013.

61. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.

62. Cavill N, Kahlmeier S, Rutter H, Racioppi F, Oja P. Economic analyses of transport infrastructure and policies including health effects related to cycling and walking: a systematic review. Transport Policy. 2008;15(5):291–304.

63. Chisholm D, Abegunde D, Mendis S. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011.

64. Davis A. Value for money: an economic assessment of investment in walking and cycling. London: Department of Health; 2010.

65. Dyakova M, Knight T, Price S. Making a difference: investing in sustainable health and well-being for the people of Wales. Cardiff: Public Health Wales NHS Trust; 2016.

66. Investing in health. Brussels: European Commission; 2013 (Commission Staff Working Document Social Investment Package).

67. Figueras J, McKee M. Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.

68. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. Lancet. 2007;370(9603):1939–46.



69. Hunt A. Policy interventions to address health impacts associated with air pollution, unsafe water supply and sanitation, and hazardous chemicals. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (Environment Working Paper 35).

70. Hunter PR, Pond K, Jagals P, Cameron J. An assessment of the costs and benefits of interventions aimed at improving rural community water supplies in developed countries. Sci Total Environ. 2009;407(12):3681–5.

71. Hutton G. Global costs and benefits of drinking-water supply and sanitation interventions to reach the MDG target and universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2012.

72. Hutton G, Menne B. Economic evidence on the health impacts of climate change in Europe. Environ Health Insights. 2014;8:43–52.

73. Mental health in all policies: situation analysis and recommendations for action. Lisbon: Joint Action on Mental Health and Well-being; 2015.

74. А. М. Калинина, А. В. Концевая, А. Д. Деев. Долгосрочная экономическая эффективность программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичной медико-санитарной помощи. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013;12(1):60–6.

75. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science; 2011.

76. А. В. Концевая, А. М. Калинина. Затраты системы здравоохранения России, ассоциированные с курением. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011;7(3):306–12.

77. Kontsevaya AV, Kalinina A, Oganov R. Economic burden of cardiovascular diseases in the Russian Federation. Values Health Reg Issues. 2013;2:199–204.

78. В. С. Крысанова, М. В. Журавлева, О. В. Дралова, О. А. Рогачева, Т. Р. Каменева. Проблема ожирения и избыточной массы тела в Российской Федерации и ее фармакоэкономическая оценка. Альманах клинической медицины. 2015;1(1):36–41.

79. Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H et al. Women and health: the key for sustainable development. Lancet. 2015;386(9999):1165–210.

80. Money well spent? Assessing the cost effectiveness and return on investment of public health interventions. London: Local Government Association; 2013.

81. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2017;71:827–34.

82. Mattioli B, Quaranta MG, Vella S. Review on the evidence on public health impact of existing policies. Rome: FRESHER; 2016 (D6.2; http://www.foresight-fresher.eu/en/upload/Project_material/Project_Documents/D6.2%20Review%20on%20the%20evidence%20on%20public%20health%20impact%20of%20existing%20policies%20corrected.pdf, accessed 8 July 2017).

83. McDaid D. Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. Brussels: European Union; 2011.

84. McDaid D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. Health Promot Int. 2011;26(suppl 1):i108–i139.

85. McDaid D, Sassi F, Merkur S. Promoting health, preventing disease: the economic case. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.

86. Mendis S, Chestnov O. Policy reform to realize the commitments of the political declaration on noncommunicable diseases. Br Med Bull. 2013;105(1):7–27.

87. Meneses G. The Lancet: breastfeeding could add $300 billion into the global economy and save lives. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2016 (.http://www who.int/pmnch/media/news/2016/lancet_breastfeeding/en/, accessed 8 July 2017).

88. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.

89. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? Lancet. 2012;380(9845):917–23.

90. Health at a glance: Europe 2016 – state of health in the EU cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development and European Union; 2016.

91. Owen L, Morgan A, Fischer A, Ellis S, Hoy A, Kelly MP. The cost–effectiveness of public health interventions. J Public Health. 2012;34(1):37–45.

92. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Mental, neurological, and substance use disorders. Washington (DC): International Bank for Reconstruction and Development and World Bank; 2015.

93. Pennington M, Visram S, Donaldson C, White M, Lhussier M, Deane K et al. Cost–effectiveness of health-related lifestyle advice delivered by peer or lay advisors: synthesis of evidence from a systematic review. Cost Eff Resour Alloc. 2013;11(1):30.

94. Rechel B, Richardson E, McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.

95. Reeves A, Basu S, McKee M, Meissner C, Stuckler D. Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? Global Health. 2013;9:43.

96. Rickert B, Barrenberg E, Schmoll O. Taking policy action to improve small-scale water supply and sanitation systems: tools and good practices from the pan-European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

97. Sassi F, Belloni A. Fiscal incentives, behavior change and health promotion: what place in the health-in-all-policies toolkit? Health Promot Int. 2014;29(suppl 1):i103–i112.

98. Sassi F, Cecchini M, Lauer J, Chisholm D. Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2009 (Health Working Paper 48).

99. Scapecchi P. The health costs of inaction with respect to air pollution. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008 (Environment Working Paper 2).



100. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policy; 2007.

101. Suhrcke M, Rocco L, McKee M, Mazzuco S, Urban D, Steinherr A. Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.

102. Securing healthy returns: realising the financial value of sustainable development. Cambridge: Sustainable Development Unit for NHS England and Public Health England and the Healthcare Financial Management Association NHS Environmental Sustainability Special Interest Group; 2016.

103. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. Public Health Panorama. 2016;2(3):357–66.

104. Tudor Edwards R, Bryning L, Lloyd-Williams H. Transforming young lives across Wales: the economic argument for investing in early years. Bangor: Centre for Health Economics and Medicines Evaluation, Bangor University; 2016.

105. Healthy environment, healthy people. Nairobi: United Nations Environment Programme; 2016.

106. Conception to age 2: the age of opportunity report. Appendix 4: the economics of early years' investment. Croydon: WAVE Trust; 2013.

107. Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2011 (Preliminary findings, initial review).

108. Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – transport sector. Geneva: World Health Organization; 2011.

109. The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book. Geneva: World Health Organization; 2013.

110. Обеспечение экологической устойчивости систем здравоохранения в Европе. Обзор фактических данных. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г.

111. Economic cost of the health impact of air pollution in Europe: clean air, health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

112. Подготовка к третьему Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоится в 2018 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г.

113. World Economic Forum. From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.

114. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. BMC Public Health. 2008;8(1):20.

115. В Европейском регионе ВОЗ отмечаются самые низкие уровни грудного вскармливания в мире. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and- newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding- rates, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

116. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

117. Working together for better health and well-being. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Background Paper).

118. Statistical bulletin: adult health in Great Britain. London: Office for National Statistics; 2012 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ ons/rel/ghs/opinions-and-lifestyle-survey/adult-health-in-great-britain--2012/stb-health-2012. html, accessed 8 July 2017).

119. World employment social outlook: trends for women 2017. Geneva: International Labour Office; 2017.

120. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Final report of the expert group. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250040/1/9789241511285-eng.pdf?ua=1, accessed 8 July 2017).

121. Ferrant G, Pesando LM, Nowacka K. Unpaid care work: the missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (Issues Paper).

122. The gender employment gap: challenges and solutions. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2016.

123. Progress of the world's women 2015–2016: transforming economies, realizing rights. New York: UN Women; 2015.

124. 10 фактов о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ru/, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

125. Факторы риска ухудшения здоровья пожилых людей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

126. New OECD data and analysis revealing the wide gap in pension benefits between men and women. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015(http://www.oecd.org/gender/. data/newoecddataandanalysisrevealingthewidegapinpensionbenefitsbetweenmenandwomen htm, accessed 8 July 2017).

127. Стратегии и приоритетные вмешательства по обеспечению здорового старения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г.



128. EU Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities. Health inequalities in the context of housing conditions and homelessness. Brussels: European Union; 2016.

129. The G20 [website]. Toronto: G20 Information Centre, University of Toronto; 2010 (http://1 www.g20.utoronto.ca/g20whatisit.htm, accessed 8 July 2017).

130. Inadequate housing in Europe: costs and consequences. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2016.

131. Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 г. (Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья «Защитим здоровье детей в изменяющейся среде»; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EH_Conf_pb1_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

132. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: финансирование систем здравоохранения - путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г.

133. Mexico City political declaration on universal health coverage: sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/ MexicoCityPoliticalDeclarationUniversalHealthCoverage.pdf?ua=1, accessed 8 July 2017).

134. Bangkok statement on priority-setting for universal health coverage. Bangkok: Prince Mahidol Award Conference; 2016 (http://www.pmaconference.mahidol.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid, accessed 8 July 2017).

135. Tunis declaration on value for money, sustainability and accountability in the health sector. Tunis: Ministers of Finance and Ministers of Health of Africa; 2012 (https://www.afdb org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/Tunis%20declaration%20 english%20july%206%20(2).pdf, accessed 8 July 2017).

136. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491–504.

137. Key indicators of the labour market, 9th edition. Geneva: International Labour Office; 2015.

138. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545–602.

139. Стратегии и приоритетные вмешательства по обеспечению здорового старения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г.

140. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.

141. Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин. Распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г.

142. Jourová V. Istanbul convention: combatting violence against women. Brussels: European Commission; 2016 (Fact Sheet).

143. UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

144. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г.

145. Rowley J, Toskin I, Ndowa F. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections 2008. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2008.

146. Global Health Observatory data: HIV/AIDS. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/gho/hiv/en/, accessed 8 July 2017).

147. Центр СМИ. Информационный бюллетень ВИЧ/СПИД. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

148. Health topics: communicable diseases – HIV/AIDS. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids, accessed 8 July 2017).

149. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.

150. TB/HIV co-infections up 40% across Europe over the last five years. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2017/tbhiv-co-infections-up-40-across-europe-over-the-last-five-years, accessed 8 July 2017).

151. Подготовка к третьему Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоится в 2018 г. - Доклад Генерального директора (2017 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.

152. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (http://www.who.int/fctc/cop/about/ru/, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

153. Measles and rubella. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (.http://www euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/measles- and-rubella, accessed 8 July 2017).

154. Республика Таджикистан. Моделирование подхода оптимизированного инвестирования для Таджикистана: устойчивое финансирование национальных мер по противодействию ВИЧ. Душанбе: Министерство здравоохранения; 2014 г.

155. Республика Узбекистан. Моделирование подхода оптимизированного инвестирования для Узбекистана: устойчивое финансирование национальных мер по противодействию ВИЧ. Ташкент: Министерство здравоохранения; 2015 г.



156. Global health expenditure [online database]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http:// apps.who.int/nha/database, accessed 8 July 2017).

157. UK Health Accounts, 2014. London: UK Office for National Statistics; 2014 (.https://www.ons gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2014, accessed 8 July 2017).

158. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.

159. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff. 2007;26(4):972–83.

160. Tajikistan policy notes on public expenditures. Washington (DC): World Bank; 2013 (Policy Notes No 2: review of public expenditures on health).

161. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. Hum Resour Health. 2017;15(1):18.

162. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. Danbury (CT): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (.http://pharmanalyses fr/wp-content/uploads/2012/10/Advancing-Responsible-Use-of-Meds-Report-01-10-12.pdf, accessed 8 July 2017).

163. Gender, women and primary health care renewal. Geneva: World Health Organization; 2010 (Discussion Paper).

164. Группа высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения. Обеспечение защиты человечества от будущих кризисов в области здравоохранения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2016 г.

165. Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector. Geneva: World Health Organization; 2011.

166. Health expenditure. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm, accessed 8 July 2017).

167. GDP ranking. Washington (DC): World Bank; 2017 (http://data.worldbank.org/data-catalog/GDP-ranking-table, accessed 8 July 2017).

168. Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2005.

169. Summers LH. Economists' declaration on universal health coverage. Lancet. 2015;386(10008): 2112–13.

170. Delivering the power of parity: how advancing women's equality can add $12 trillion to global growth. London: McKinsey Global Institute; 2015 (http://www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth, accessed 8 July 2017).

171. Dhéret C, Fransen L. Social investment first! A precondition for a modern social Europe. Brussels: European Policy Centre; 2017.

172. Henke K. The economic and the health dividend of the health care system [presentation]. Vilnius: Health Forum; 2013.

173. Carbon footprint of UNDP administered Global Fund HIV/AIDS and tuberculosis grants in Montenegro and Tajikistan: project summary. New York: United Nations Development Programme; 2013.

174. Rapid assessment: environmental safeguarding and healthcare waste management of Global Fund HIV, TB and malaria projects. New York: United Nations Development Programme; 2015.

175. Burt E, Orris P, Buchanan S. Scientific evidence of health effects from coal use in energy generation. Chicago (IL): Healthcare Research Collaborative; 2013.

176. Burden of disease from environmental noise: quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Commission; 2011.

177. Berry B. Economic evaluation of the health impacts of environmental noise: summary of available information. Shepperton: Berry Environmental; 2015 (Technical Report).

178. Kameda T, Takahashi K, Kim R, Jiang Y, Movahed M, Park EK et al. Asbestos: use, bans and disease burden in Europe. Bull World Health Organ. 2014;92(11):790–7.

179. What is social prescribing? London: King's Fund; 2017 (https://www.kingsfund.org.uk/topics/primary-and-community-care/social-prescribing, accessed 8 July 2017).

180. Rocco L. Trust me, you will be in better health. Health Policy. 2014;116(1):123–32.

181. Rocco L, Fumagalli E, Suhrcke M. From social capital to health: and back. Health Econ. 2014;23(5):586–605.

182. Pokhrel S. Return on investment (ROI) modelling in public health: strengths and limitations. Eur J Public Health. 2015;25(6):908–9.

183. Krlev G, Münscher R, Mülbert K. Social return on investment (SROI): state-of-the-art and perspectives – a meta-analysis of practice in social return on investment (SROI) studies published 2002–2012. Heidelberg: CSI Advisory Services; 2013 (.https://www.csi.uni-heidelberg de/downloads/CSI_SROI_Meta_Analysis_2013.pdf, accessed 8 July 2017).

184. Jamison D, Yamey G, Beyeler N, Wadge H. Investing in health: the economic case. Doha: WISH Investing in Health Forum; 2016.

185. План действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (EUR/ RC66/12).

186. Health impact assessment: main concepts and suggested approach (Gothenburg consensus). Brussels: European Centre for Health Policy; 1999.

187. Environmental impact assessment. Wexford: Environmental Protection Agency; 2017 (http://www.epa.ie/monitoringassessment/assessment/eia/, accessed 8 July 2017).



188. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Faciltators' guide. Participant's notes. Geneva: World Health Organization; 2011.

189. Paris high-level conference: working together for better health and well-being, December 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/ media-centre/events/events/2016/12/paris-high-level-conference, accessed 8 July 2017).

190. Draft declaration: partnerships for the health and well-being of our young and future generations and draft regional action framework. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

191. Декларация Шестой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья (Остравская декларация). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/342287/170574_Ostrava-Declaration-FINAL-RUS.pdf, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

192. Boutilier Z, Kickbusch I, Mehdi A, Sangiorgio M, Told M, Taylor P. SDGs and health: a vision for public policy [website]. G20-insights.org; 2017 (http://www.g20-insights.org/policy_briefs/sdgs-health-vision-public-policy/, accessed 8 July 2017).

193. Berlin declaration of the G20 Health Ministers: together today for a healthy tomorrow. Berlin: G20 Germany; 2017.

194. Raworth K. A doughnut for the Anthropocene: humanity's compass in the 21st century. Lancet Planet Health. 2017;1:e48-e49.

195. Geissdoerfer M, Savaget P, Bocken N, Hultink EJ. The circular economy: a new sustainability paradigm? J Clean Prod. 2017;143:757–68.

196. Towards a green economy: pathways to sustainable development and poverty eradication. Nairobi: United Nations Environment Programme; 2011.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА

Базы данных и веб-сайты

Поиск был проведен в феврале-марте 2017 г., дополнительные документы от соавторов или рецензентов были получены в марте-мае 2017 г., тогда же была проведена проверка по критериям включения/исключения. Документы включались в обзор, если они были опубликованы в период с 1 января 2007 г. по 1 января 2017 г. Поиск научной отрецензированной литературы осуществлялся в базах данных MEDLINE/PubMed, SocINDEX, Cochrane Database of Systematic Reviews, PROSPERO. Для поиска дополнительных фактических данных и серой литературы были использованы: База источников фактических данных СФДЗ, Фактические данные систем здравоохранения, Библиотека ВОЗ (WHOLIS), Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, учреждения Европейского союза (ЕС), ОЭСР (iLibrary). Дополнительный поиск был проделан при помощи поисковых систем Google и Google Scholar. Кроме того, дополнительные записи были обнаружены при помощи соавторов и поиска литературы из библиографии уже отобранных работ. Все найденные работы проверялись двумя независимыми рецензентами на соответствие критериям включения/исключения сначала по заглавию и аннотации, а затем по содержанию полного текста. Все разногласия при отборе разрешались путем обсуждения и достижения консенсуса. Источники научной литературы были ограничены ресурсами, предоставляющими информацию на английском языке с имеющимися в наличии полными текстами.

Термины поиска

Скрининг был основан на целевом контингенте целых групп населения/правительства с упором на государства-члены Европейского региона ВОЗ (фактические данные из других стран включались, если считались подходящими); в рамках скрининга рассматривались термины, связанные с общественным здравоохранением в сочетании с терминами, связанными со стратегиями, окупаемостью инвестиций и обзорами. Применялись следующие критерии включения/исключения.



Структура исследования:

включение: фактические данные из источника высокого уровня (широко признанные организации, такие как ВОЗ, ООН, государственные научно-исследовательские институты) и/или имеющие убедительную/надежную методологию (напр., систематические обзоры, проведенные в соответствии с международными стандартами);

исключение: фактические данные из работ, которые не являются источниками высокого уровня, первичные исследования, отсутствие полного текста.

Мероприятия:

включение: акцент на выбор инвестиций, связанных с общими стратегиями охраны общественного здоровья (профилактика заболеваний или укрепление здоровья) на уровне населения; акцент на стратегические задачи Здоровья-2020;

исключение: фактические данные не предоставляют информации о стратегиях охраны общественного здоровья, которые проводятся многочисленными секторами или заинтересованными сторонами, согласно положениям Здоровья-2020; рассмотренные стратегии не поддаются воспроизведению в широких масштабах.

Целевое население:

включение: все население, правительство, фактические данные из государств-членов Европейского региона ВОЗ или других стран в соответствующем случае;

исключение: не актуальны для государств-членов Европейского региона ВОЗ или в данном контексте.

Выводы:

включение: данные или описание состояния здоровья И экономические ИЛИ социальные ИЛИ экологические преимущества/прибыль на инвестиции стратегий общественного здравоохранения для населения и правительства И/ИЛИ приблизительная стоимость неспособности решить текущие проблемы общественного здравоохранения;

исключение: преимущества/прибыль на инвестиции не сообщаются или отсутствуют данные по нескольким типам итоговых результатов (т.е. относительно здоровья, экономики, экологии или общества).

В стратегии поиска в базе данных PubMed использовались нижеприведенные термины. В других стратегиях поиска использовались аналогичные термины с незначительными изменениями.

Общественное здравоохранение

1. "public health" [TIAB] OR "health promotion" [TIAB] OR "primary prevention" [TIAB] OR "health in all policies" [TIAB] OR "social welfare" [TIAB]

Стратегии

2. policy [TIAB] OR policies [TIAB] OR governance [TIAB] OR (inequal* [TIAB] OR equality [TIAB] OR equity [TIAB] OR leadership [TIAB] OR intersector* [TIAB] OR inter-sector* [TIAB] OR multiagency [TIAB] OR multi-agency [TIAB] OR multi- sector* [TIAB] OR multisector* [TIAB] OR multi-actor* [TIAB] OR multiactor* [TIAB] OR communit* [TIAB] OR empowerment [TIAB] OR participat* [TIAB] OR sustainab* [TIAB]) AND (program* [TIAB] OR strategy [TIAB] OR strategies [TIAB] OR intervention* [TIAB])

Прибыль на инвестиции

3. cost [TIAB] OR costs [TIAB] OR costing* [TIAB] OR econom* [TIAB] OR invest* [TIAB] OR financ* [TIAB] OR funding [TIAB] OR budget* [TIAB] OR "monetary resource*" [TIAB]

4. benefit* [TIAB] OR effect* [TIAB] OR outcome* [TIAB] OR utilit* [TIAB] OR consequenc* [TIAB] OR impact* [TIAB] OR evaluat* [TIAB] OR analy* [TIAB]

5. "return on investment" [TIAB] OR "win-win" [TIAB] OR "best buy*" [TIAB] OR "good buy*" [TIAB] OR "value for money" [TIAB] OR ROI [TIAB] OR SROI [TIAB]

6. #3 AND #4

7. #5 OR #6

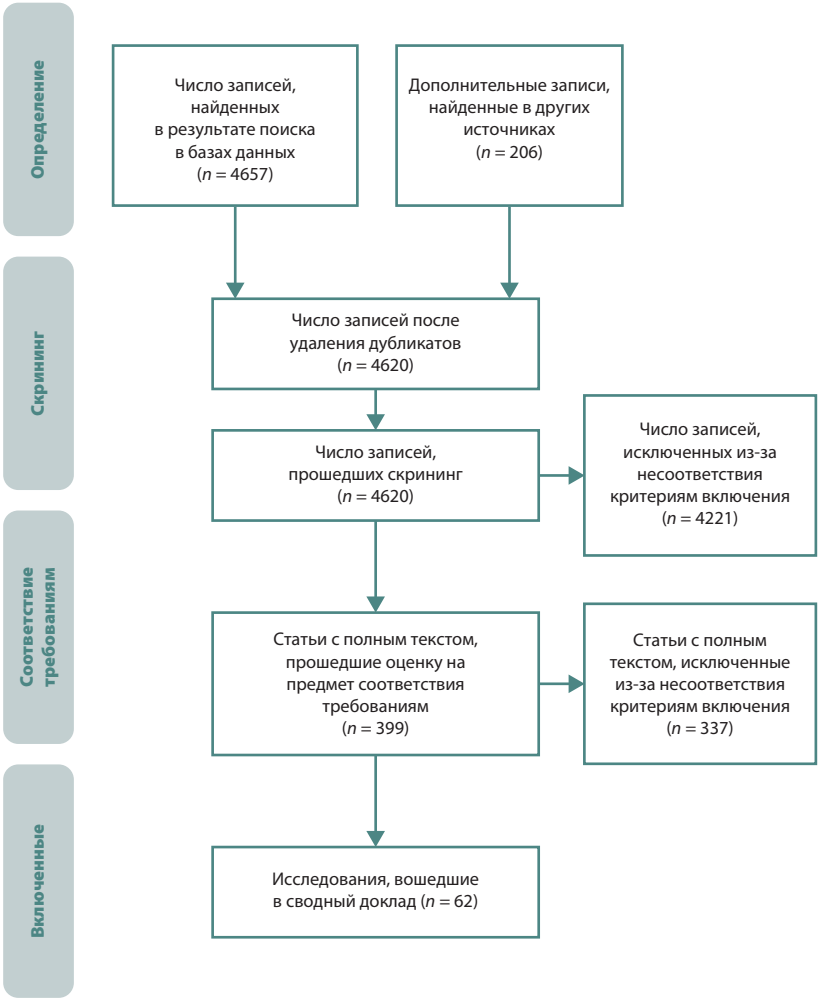
Обзоры

8. review* [TIAB] OR "health technology assessment" [TIAB] OR overview* [TIAB] OR (article* [TIAB] OR publicat*[TIAB]) AND combin* [TIAB]) OR meta-analy* [TIAB] OR metaanaly* [TIAB] OR (report [TIAB] AND "research evidence" [TIAB]) OR (research [TIAB] OR evidence) AND synthes* [TIAB])

9. #1 AND #2 AND #7 AND #8

На рис. A1.1 показана подборка исследований на основе поиска в системе PRISMA.

Рис. A1.1 Отбор исследований



ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Анализ затрат и последствий. Сбор, разбивка на категории и перечисление компонентов издержек избранного мероприятия в дезагрегированном формате без каких-либо выводов относительно их важности. Цель заключается в составлении баланса итоговых результатов, которые можно сравнить с затратами.

Анализ затрат и результатов. Денежное выражение как затрат, так и итоговых результатов, чтобы ответить на вопрос: «Оправдывает ли полученная выгода затраты?» (единое денежное выражение). Основные промежуточные результаты: коэффициент рентабельности, экономическая внутренняя норма прибыли, чистая текущая стоимость, порог рентабельности.

Анализ минимизации затрат. Форма экономической оценки, используемая в случаях, когда мероприятие или услуга и их альтернатива (напр., стандартное лечение или текущая практика) имеют одинаковые результаты. В таких обстоятельствах анализ минимизации затрат направлен на определение наименее затратного варианта.

Анализ полезности затрат. Вид экономической оценки, в которой польза для здоровья обычно измеряется в неденежных единицах, таких как DALY или QALY, в зависимости от предпочтения лиц, проводящих анализ. Такой анализ направлен на сравнение затрат и результатов альтернативных мер в одной области, при этом избегается оценка денежной ценности результатов в отношении здоровья. Основные промежуточные результаты: коэффициент эффективности дополнительных затрат, DALY, QALY, добавленные годы жизни, индекс полезности для здоровья.

Анализ экономической эффективности. Сравнение затрат на проведение альтернативных процедур, услуг и мер с общей терапевтической (связанной со здоровьем) целью мероприятия в эквиваленте основного итогового результата в натуральном выражении. Этот анализ направлен на сравнение затрат и результатов альтернативных мер в одной области, при этом избегается оценка денежной ценности результатов в отношении здоровья. Основные промежуточные результаты: коэффициент эффективности



дополнительных затрат, DALY, QALY, добавленные годы жизни, индекс полезности для здоровья.

Всеохватный и устойчивый экономический рост. Благодаря всеохватному экономическому росту создаются возможности для всех слоев населения, и справедливо распределяются дивиденды от повышения уровня благосостояния в денежном и неденежном выражении среди всех членов общества. В рамках комплексного подхода ОЭСР к обеспечению всеохватного роста учитывается широкий ряд вопросов, выходящих за рамки материального дохода, и считается, что плоды экономического роста должны эффективно распределяться (7). Для устойчивого экономического роста общества должны будут создать условия, позволяющие людям иметь хорошую работу, стимулирующую экономику и не приносящую вреда окружающей среде. Возможности трудоустройства и достойные рабочие условия должны быть предоставлены всему трудоспособному населению (8).

Достойная работа. Продуктивная работа, приносящая достаточный доход, обеспечивающая безопасность на рабочем месте и социальную защиту семьям, предоставляющая хорошие перспективы для личностного роста и интеграции в общество, свободу выражать свою обеспокоенность, проводить обсуждения и участвовать в принятии решений, влияющих на жизнь, равные возможности и одинаковое обращение со всеми (2).

Зеленая экономика. Это экономика, приводящая к повышению человеческого благосостояния и социальной справедливости при существенном сокращении экологических рисков и дефицита. В своем самом простом выражении зеленая экономика может считаться низкоуглеродистой, ресурсосберегающей и всеохватной в отношении общества (4).

Неравенства/несправедливости в отношении здоровья. Неравенства в отношении здоровья определяются как различия в состоянии здоровья или в распределении детерминант здоровья между разными группами населения, в то время как несправедливости в отношении здоровья - это предотвратимые неравенства по показателям здоровья между группами населения в пределах страны или между странами (напр., вытекающие из разных социальных или экономических условий). Некоторые неравенства в отношении здоровья связаны с биологической изменчивостью или свободным выбором, другие - с внешней окружающей средой или условиями, в большей степени не поддающимися контролю отдельного лица, и могут быть

ненужными и предотвратимыми, а также несправедливыми и нечестными, тем самым приводя к неравенству в области здравоохранения (6).

Оценка воздействия на здоровье, справедливость (и благополучие). Сочетание процедур, методов и инструментов, направленных на систематический анализ потенциальных и иногда незапланированных последствий политики, плана, программы или проекта для здоровья (и благополучия) населения, а также воздействия этих последствий на разные группы населения. Оценка воздействия на здоровье помогает определить соответствующие меры для управления этими последствиями (5).

Предписание социальной помощи. Обозначает предоставление возможности врачам общей практики, медсестрам и другим специалистам первичной медико-санитарной помощи предписывать пациентам ряд неамбулаторных услуг на местном уровне. Ввиду того, что здоровье людей обусловлено главным образом целым рядом социальных, экономических и экологических факторов, предписание социальной помощи направлено на комплексное обеспечение потребностей человека. В его цели также входит оказание поддержки отдельным лицам в осуществлении большего контроля над своим собственным здоровьем. Схемы предписания социальной помощи могут охватывать разнообразные мероприятия, обычно проводимые волонтерскими или общинными организациями (напр., волонтерство, групповое обучение, поиск новых друзей, рекомендации по здоровому питанию и занятие спортом). Предписание социальной помощи направлено на оказание поддержки людям, испытывающим разнообразные социальные, эмоциональные и практические потребности, и многие схемы главным образом направлены на улучшение психического здоровья и физического благополучия (11).

Социальный капитал. Степень социальной сплоченности населения. Речь идет о процессах создания сетей, формирования общественных норм и обстановки доверия, которые способствуют координации и сотрудничеству между людьми во имя общего блага (10).

Устойчивость к внешним воздействиям. Динамический процесс эффективной адаптации и индивидуального либо коллективного реагирования в ответ на возникновение неблагоприятных обстоятельств, кризисов или стресса. Устойчивость можно описать как способность предупреждать такие обстоятельства, противостоять им, справляться



с ними и восстанавливаться после их воздействия, а также как процесс определения и задействования необходимых ресурсов и благоприятных факторов (9).

Циклическая экономика. Восстановительная или регенеративная по замыслу и структуре промышленная система, выходящая за рамки текущих моделей потребления, производства и утилизации. Она основана на общесистемных инновациях, направленных на улучшенную разработку товаров и услуг с целью сокращения отходов и минимизации негативного воздействия. Циклическая система строится на экономическом, природном и социальном капитале и лежит в основе перехода к использованию возобновляемых источников энергии (1).

Эффективность (техническая, продуктивная и связанная с распределением ресурсов). Техническая эффективность обозначает использование каких-либо конкретных ресурсов с максимальной выгодой. Техническая эффективность достигается при максимально возможном улучшении итогового результата, полученного при помощи набора вкладываемых ресурсов (финансовых, трудовых). Продуктивная эффективность связана с вопросом выбора различных сочетаний ресурсов для достижения максимальной выгоды при определенных затратах; в ее рамках напрямую сравниваются альтернативные мероприятия, когда одно из них приводит к одинаковым (или более высоким) результатам в отношении здоровья при меньших (или больших) затратах одного ресурса и больших затратах другого ресурса. При использовании разных сочетаний вкладываемых ресурсов выбор между разными мероприятиями делается на основе сравнительной стоимости этих различных вкладываемых ресурсов. Эффективность распределения ресурсов заключается в рассмотрении вопроса обеспечения оптимального сочетания программ здравоохранения для максимального укрепления здоровья общества. Для принятия решений об эффективном распределении ресурсов в более широком контексте используется глобальная мера эффективности с учетом не только продуктивной эффективности, но и эффективности, с которой эти результаты распределяются среди населения (3).

Библиография

1. What is a circular economy? Cowes: Ellen MacArthur Foundation; 2017 (.https://www ellenmacarthurfoundation.org/circular-economy, accessed 15 July 2017).

2. Decent work. Geneva: International Labour Organization; 2017 (http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm, accessed 8 July 2017).

3. Palmer S, Torgerson DJ. Economic notes: definitions of efficiency. BMJ Clin Res. 1999;318(7191):1136.

4. What is an "inclusive green economy"? New York: United Nations Development Programme; 2017 (https://www.unep.org/greeneconomy/what-inclusive-green-economy, accessed 15 July 2017).

5. План действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (EUR/ RC66/12).

6. Health impact assessment: glossary of terms used. Geneva: World Health Organization; 2017 (lhttp://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.htm, accessed 8 July 2017).

7. Inclusive growth. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (http://www.oecd.org/inclusive-growth/, accessed 8 July 2017).

8. Цель 8: Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 г. (http://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/issues/prosperity/economic-growth/, по состоянию на 28 сентября 2017 г.).

9. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г.

10. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.

11. What is social prescribing? London: King's Fund; 2017 (https://www.kingsfund.org.uk/topics/primary-and-community-care/social-prescribing, accessed 8 July 2017).



ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для сообщения информации целевой аудитории, например, врачам, вырабатывающим политику лицам или населению можно использовать инфографику, как показано на рис. А3.1 и А3.2.

Рис. А3.1 Стратегии, направленные на сокращение неравенства в отношении здоровья

Примечание: были использованы самые последние числовые показатели по Уэльсу в 2016 г., при наличии таковых. При отсутствии таковых, числовые показатели рассчитывались на основе самых последних данных из Соединенного Королевства/Англии/ без поправок на душу населения.

Источник: Dyakova M, Knight T, Price S. Making a difference: investing in sustainable health and well-being for the people of Wales. Cardiff: Public Health Wales NHS Trust; 2016.

Варианты решения

Решение проблемы неравенства в Уэльсе

Сокращение неравенства в отношении здоровья обычно более эффективно для **предотвращения ухудшения состояния здоровья населения,** чем клинические вмешательства

Законодательство

Закон о запрете курения в общественных местах в Уэльсе 2007 г. привел к сокращению уровня пассивного курения взрослых с

70% до **40%**

2007 2008

Налогообложение

Курение - одна из основных причин неравенства в отношении здоровья

НАЛОГ

+10% = **2,5%** to **5%**

Сокращение числа выкуренных сигарет

Минимальная цена единицы (МЦЕ) алкогольной продукции

1 единица = 50п

Алкоголь причиняет огромный вред самым неблагополучным слоям населения

МЦЕ сокращает уровень вредного потребления алкоголя среди групп населения с самым низким уровнем доходов на **6%**

RIP

МЦЕ сокращает уровень смертности среди хронических алкоголиков, занимающихся рутинной/ручной работой на **8%**

Устранение **причин социального и экономического неравенства**, приводящего к неравенству в отношении здоровья, может быть самым эффективным средством

Обеспечить прожиточный минимум

Прожиточный минимум связан с увеличением продолжительности жизни и сокращением смертности, более крепким психическим здоровьем и пониженным употреблением алкоголя

Сокращение безработицы

JOBS

Почти четверть (20-25%) случаев смерти среди безработных на протяжении 10 лет можно было бы избежать при помощи их трудоустройства

Улучшение физической окружающей среды

Введение платы за въезд в центр Лондона на автомобиле привело к 9% сокращению случаев госпитализации в связи с болезнями легких

Решение проблем, связанных с холодом и сыростью в жилых домах, помогло бы сэкономить службе здравоохранения Уэльса 35 млн фунтов стерлингов

Инвестиции в развитие детей

a b c

Адресные меры + всеобщие услуги по уходу за ребенком и оплачиваемый декретный отпуск помогли бы избежать затрат в размере 72 млрд фунтов стерлингов на решение социальных проблем, связанных с преступностью, психическими расстройствами, распадом семьи, наркоманией и ожирением

Всеобщие услуги

Предоставление доступных услуг всем с одновременным инвестированием в дополнительные меры поддержки уязвимых групп



Рис. А3.2 Не обходя вниманием ни одного ребенка

Источник: Presented at the Paris high-level conference, Working together for better health and well-being, December 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/12/paris-high-level-conference/multimedia/infographic-working-together-to-ensure-health-and-well-being-for-all-children-and-adolescents, accessed 17 July 2017).

Работая вместе для здоровья и благополучия всех детей и подростков

Здоровье и благополучие начинаются до рождения. Каждый ребенок имеет право на хороший старт в жизнь.

Стратегии и решения затрагивают здоровье и благополучие каждого.

Принять стратегии и меры во всех секторах, чтобы обеспечить:

- Здоровье и благополучие в школах и дошкольных учреждениях
- Всеобщие минимальные нормы социальной защиты
- Надлежащее госуправление для здоровья и благополучия

При совместной работе секторов обеспечивается сокращение неравенства и улучшается здоровье всех людей.



2% увеличение текущих расходов на развитие детей в раннем возрасте могло бы принести в 9 раз больше экономических и социальных преимуществ.

Совместно работая над устранением неравенства, не допустить, чтобы потребности уязвимых детей учитывались в недостаточной степени -



#together4health

12/2016

Начать рано. Работать вместе. Действовать своевременно. time.

World Health Organization Europe

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Адрес эл. почты: euwhocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

