



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Межсекторальное взаимодействие, направленное на ликвидацию ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов в Европе и Центральной Азии

Концептуальная основа
реализации Общей позиции
Организации Объединенных Наций

ПЕРВОЕ ИЗДАНИЕ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Межсекторальное взаимодействие, направленное на ликвидацию ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов в Европе и Центральной Азии

Концептуальная основа
реализации Общей позиции
Организации Объединенных Наций

ПЕРВОЕ ИЗДАНИЕ

Резюме

В своем стремлении положить конец эпидемиям ВИЧ-инфекции, туберкулеза (ТБ) и вирусных гепатитов многие страны в Европейском регионе ВОЗ сталкиваются со значительными проблемами. Решение этих проблем требует комплексного подхода, а не только усилий со стороны сектора здравоохранения. В связи со сложившимся положением несколько агентств Организации Объединенных Наций взяли на себя совместное обязательство по оказанию поддержки государствам-членам в расширении межсекторальных подходов к устранению факторов риска и детерминант трех указанных заболеваний. В мае 2018 г. была подписана Общая позиция Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов посредством межсекторального сотрудничества, включившая рекомендацию по поддержке стран в реализации данного подхода. Предназначение первого издания Концептуальной основы реализации Общей позиции Организации Объединенных Наций – обеспечить руководство и поддержать страны в процессе реализации межсекторальных стратегий воздействия на социальные, экологические, экономические и иные не связанные со здравоохранением детерминанты ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов. Этот документ основан на соответствующих региональных планах действий, касающихся трех заболеваний, и содержащихся в них рекомендациях по межсекторальным действиям. Он также предназначен для поддержки стран в изучении того, как различные отраслевые законодательные и нормативные документы могут помочь людям вести более здоровый образ жизни и, более конкретно, сократить риск заражения ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и вирусным гепатитом и минимизировать экономические, социальные и медицинские последствия для тех, кто затронут этими заболеваниями.

Ключевые слова

UNITED NATIONS COMMON POSITION, VULNERABLE POPULATIONS, HIV, TUBERCULOSIS, VIRAL HEPATITIS

ISBN: 9789289055338

© Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке *Intersectoral collaboration to end HIV, tuberculosis and viral hepatitis in Europe and Central Asia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Межсекторальное взаимодействие, направленное на ликвидацию ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов в Европе и Центральной Азии. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Дизайн: Ex Arte

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Предисловие | IV |
| Выражение признательности | V |
| Сокращения | VI |
| Введение | 1 |
| Обращение к социальным детерминантам | 1 |
| Как использовать этот документ | 8 |
| Применение подхода по принципу охвата всех этапов жизни..... | 10 |
| Вовлечение и расширение полномочий гражданского общества | 12 |
| Организация процесса | 14 |
| Роль факторов за пределами компетенции сектора здравоохранения в снижении рисков для здоровья, возникающих в связи с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и вирусными гепатитами | 15 |
| Борьба с бедностью | 15 |
| Продовольственная безопасность и питание | 18 |
| Окружающая среда | 22 |
| Гендерное равенство..... | 24 |
| Образование..... | 25 |
| Исследования и инновации | 29 |
| Трудоустройство | 30 |
| Государственное финансирование | 33 |
| Социальная защита | 34 |
| Психическое здоровье и аддиктивное поведение | 36 |
| Сексуальное и репродуктивное здоровье и права..... | 42 |
| Миграция | 44 |
| Законодательство | 48 |
| Судебная и пенитенциарная система | 49 |
| Транспорт | 52 |
| Города | 54 |
| Жилье..... | 56 |
| Искусство | 58 |
| Внешняя политика | 60 |
| Библиография | 64 |
| Приложение 1 | 73 |
| Приложение 2 | 76 |
| Приложение 3 | 79 |
| Приложение 4 | 84 |
| Приложение 5 | 87 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

Воодушевленные новаторским видением политики Здоровье-2020 и духом Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., 15 учреждений системы Организации Объединенных Наций и организаций гражданского общества в мае 2018 г. собрались для того, чтобы рассмотреть возможности для вовлечения всего общества в решение задачи ликвидации эпидемий ВИЧ-инфекции, туберкулеза (ТБ) и вирусных гепатитов в Европейском регионе ВОЗ. В результате была утверждена Общая позиция в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов посредством межсекторального взаимодействия, в ноябре того же года представленная на совещании высокого уровня Организации Объединенных Наций по туберкулезу. Это позволило подчеркнуть роль каждого учреждения в поддержке стран для достижения равенства в отношении здоровья и общей стратегической цели – остановить эпидемии. На ВИЧ-инфекцию, туберкулез и вирусные гепатиты оказывают воздействие общие социальные, экономические и экологические детерминанты. Эти факторы более подробно описываются в данном документе, задуманном в качестве конкретной концептуальной основы межсекторальной деятельности, направленной на выполнение коллективного обещания – никого не оставить без внимания в борьбе с этими эпидемиями.

Еще в 2015 г. государства-члены в Регионе приняли решение о реализации концепции «Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ: здоровье – это политический выбор» (1) и запросили поддержку ВОЗ в разработке и реализации межсекторальных действий, направленных на улучшение здоровья населения. Подход, принятый в этом документе, основан на концепции «здоровье во всех стратегиях», отраженной в политике Здоровье-2020 (2), европейской концептуальной основе политики в области здравоохранения, которая в настоящее время реализуется во всех государствах-членах в Европейском регионе.

Данная концептуальная основа действия соответствует также и рекомендациям Минской декларации 2015 г., в которой государства-члены в Европейском регионе единодушно согласились с тем, что «применение принципа охвата всех этапов жизни во всех сферах государственного управления будет способствовать улучшению здоровья и благополучия людей и социальной справедливости, а также устойчивому развитию, инклюзивному росту и благосостоянию во всех странах» и что «взаимозависимость между жизнями людей должна признаваться и отражаться в государственной политике, как в пределах одного поколения, так и в контексте преемственности поколений. Такая политика должна способствовать... укреплению здоровья для каждого поколения людей и сводить к минимуму передачу неблагоприятных предпосылок из поколения в поколение. Государственная политика должна признавать и воздействовать на двустороннюю связь между неблагополучием и уязвимостью перед психосоциальными расстройствами» (3).

Мы надеемся, что этот документ поможет государствам-членам и партнерам укрепить и активизировать многоотраслевые меры в ответ на эпидемии ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов, несмотря на напряжение, которое национальные системы здравоохранения испытывают в связи с пандемией коронавирусной инфекции.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Этот документ подготовлен д-ром Assia Brandrup-Lukanow, консультантом по вопросам общественного здравоохранения, г-жой Vittoria Gemelli, консультантом по вопросам межсекторальных действий, и д-ром Masoud Dara, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Следующие коллеги в Европейском региональном бюро ВОЗ внесли очень полезный вклад в создание конкретных разделов данного документа: д-р Sayohat Hasanova, г-жа Tifenn Humbert, г-жа Monika Kosinska, д-р George Kuchukhidze, д-р Danilo Lo Fo Wong, д-р Bettina Menne, д-р Antons Mozalevskis, г-жа Åsa Nihlén, г-н Bhim Pradhan, д-р Nicole Seguy, д-р Santino Severoni, д-р Peter Sousa Hoejskov, г-н Adam Tiliouine, д-р Martin van den Boom, д-р Elena Vovc, д-р Askar Yedilbayev и г-жа Isabel Yordi Aguirre.

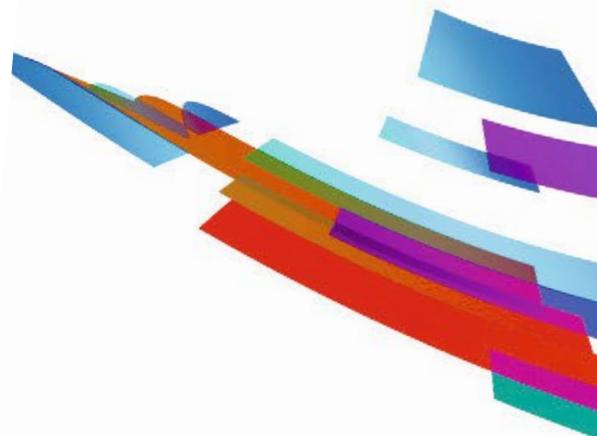
Авторы хотели бы поблагодарить многих коллег из Организации Объединенных Наций и партнерских агентств по Общей позиции и из организаций гражданского общества, а также национальных представителей, консультировавших по вопросам страновых миссий, чье непрекращающееся стремление заниматься межсекторальной работой вдохновило на создание этого документа.

Особых слов благодарности заслуживают д-р Dr Yuliya Chorna, Европейская коалиция по борьбе с туберкулезом; г-н Zachary Gavry, консультант по вопросам общественного здравоохранения; д-р Asker Ismayilov, Партнерство «Остановить ТБ»; г-н Daniel Kashnitsky, Европейская коалиция по борьбе с туберкулезом; д-р Rosemary Kumwenda, Программа развития Организации Объединенных Наций; г-н Gennady Roshchupkin, Европейская коалиция по мужскому здоровью; профессор Timo Ulrichs, Акконский университет гуманитарных наук; д-р Anke van Dam, Международный благотворительный фонд «СПИД Фонд Восток-Запад»; д-р Elisabeth Waagensen, консультант по вопросам миграции и здоровья; д-р Christoph Wippel, консультант, Цели в области устойчивого развития и системы здравоохранения; д-р Dominik Zenner, Международная организация по миграции.

Кроме того, авторы хотели бы выразить благодарность всем членам профессиональных и затронутых сообществ за участие в общественных консультациях, проводившихся в режиме онлайн и посвященных обсуждению данного документа на английском и русском языках.

СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|---------------|--|
| АРВ-препараты | антиретровирусные препараты |
| ВВП | валовой внутренний продукт |
| ВГС | вирус гепатита С |
| ДКТБС | добровольное консультирование и тестирование на базе сообществ |
| ЕС | Европейский союз |
| ЛЖВ | люди, живущие с ВИЧ |
| МКБ | Международная классификация болезней |
| МОМ | Международная организация по миграции |
| МОТ | Международная организация труда |
| ОГО | организация гражданского общества |
| ОЭСР | Организация экономического сотрудничества и развития |
| СРЗП | сексуальное и репродуктивное здоровье и права |
| ТБ | туберкулез |
| УВКБ ООН | Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев |
| УНП ООН | Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности |
| ЦУР | Цель в области устойчивого развития |
| ЮНЕСКО | Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры |
| ЮНИСЕФ | Детский фонд Организации Объединенных Наций |
| ЮНФПА | Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения |
| ЮНЭЙДС | Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу |
| МІРЕХ | Индекс политики интеграции мигрантов |





ВВЕДЕНИЕ

Пытаясь положить конец эпидемиям ВИЧ-инфекции, туберкулеза (ТБ) и вирусных гепатитов, многие страны в Европейском регионе ВОЗ сталкиваются с серьезными проблемами. Для их решения требуется целостный подход, выходящий за пределы сектора здравоохранения, принимающий во внимание изменяющиеся условия донорских программ и переход от внешнего финансирования к внутреннему. В ответ на сложившуюся ситуацию было принято совместное обязательство по оказанию государствам-членам поддержки в расширении масштабов межотраслевых подходов к устранению факторов риска и детерминант трех упомянутых болезней. Во исполнение данного обязательства, в мае 2018 г. была утверждена Общая позиция Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов посредством межсекторального взаимодействия (4). Впоследствии четыре страны в Европейском регионе ВОЗ (Беларусь, Грузия, Португалия и Таджикистан) выразили желание апробировать этот подход на основе уже начатой межсекторальной работы в контексте стратегий профилактики отдельных заболеваний или национальных планов.

Цель настоящего первого издания концептуальной основы действий, которая, как предполагается, будет постоянно совершенствоваться по мере накопления странами опыта и адаптироваться к нему в процессе претворения в жизнь в будущем, – предоставить руководство и содействовать процессу реализации необходимых межсекторальных стратегий на уровне страны при обращении к вопросам социальных, экологических, экономических и других, прямо не связанных со здоровьем детерминант ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов. Этот документ основан на соответствующих региональных планах действий по борьбе с тремя болезнями. Он предназначен для поддержки стран в изучении того, как различные отраслевые нормативные и правовые акты и законы могут помочь людям вести более здоровый образ жизни. Заболевания, вызванные любой из этих инфекций, способны изменить жизнь не только из-за ухудшения состояния здоровья человека, но и в связи с обнищанием, маргинализацией и стигматизацией.

ОБРАЩЕНИЕ К СОЦИАЛЬНЫМ ДЕТЕРМИНАНТАМ

Исследования, проводившиеся на протяжении многих десятилетий, продемонстрировали, что социальные детерминанты оказывают гораздо большее воздействие на здоровье, чем биологические и генетические детерминанты. Поэтому, если мы хотим снизить риски ухудшения здоровья и улучшить шансы пациентов на выздоровление и возвращение к прежнему уровню активности и участия в жизни общества, эти проблемы необходимо решать в обязательном порядке. Реальное бремя этих эпидемий отражено в иллюстрациях, представленных в приложении 4.

На рисунке 1 представлена модель детерминантов здоровья, подчеркивающая важность социальных факторов (6). Рисунок 2, в свою очередь, иллюстрирует относительное воздействие социально-экономических факторов в качестве детерминантов здоровья. Согласно оценкам Канадского института специализированных исследований, социально-экономические факторы определяют 50% всех

«Социальные детерминанты относятся как к инфекционным, так и к неинфекционным заболеваниям. Поэтому состояние здоровья должно стать предметом озабоченности лиц, определяющих политику в каждом секторе, а не только тех, кто отвечает за политическую линию в здравоохранении».

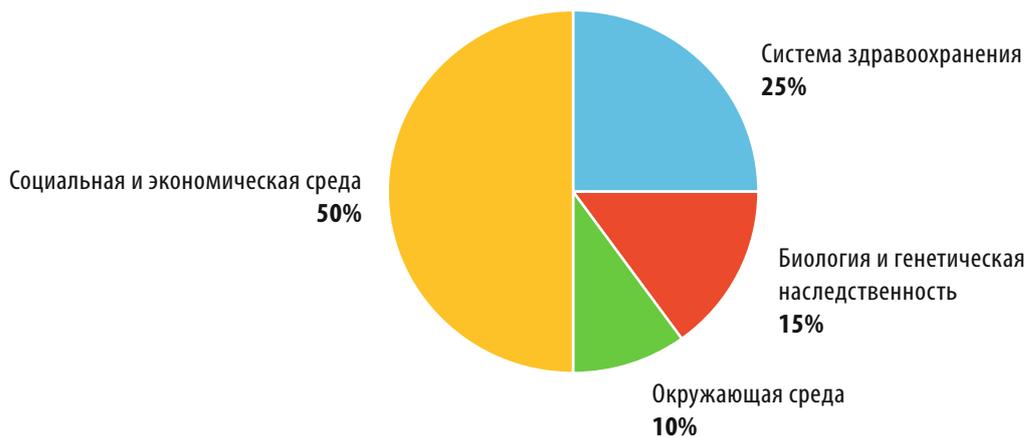
Marmot M. Social determinants of health inequalities (Социальные детерминанты неравенств в отношении здоровья) (5).

РИСУНОК 1. Модель детерминант здоровья



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (6).

РИСУНОК 2. Оценочное воздействие детерминант здоровья на состояние здоровья населения



Источник: Постоянный комитет Сената Канады по социальным делам, науке и технике. Отчет «Здоровье канадцев – Роль федерального правительства, том 1 – Чего мы добились». График взят из отчета, опубликованного на веб-сайте Сената Канады (<https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repintmar01-e.htm>), и воспроизводится без какой-либо привязки к деятельности Сената и без его официального одобрения (7).

детерминантов, в то время на систему здравоохранения приходится только 25%, на биологию и генетику 15% и, меньше всего, на физические факторы окружающей среды – 10% (7).

Это означает, что даже если мы будем вкладывать огромные средства в дополнительную медицинскую помощь и услуги, нам удастся повлиять на исходы в отношении здоровья в гораздо меньшей степени, нежели инвестируя в улучшение тех социально-экономических факторов, которые оказывают воздействие на здоровье, таких как уровень бедности, уровень образования, жилищные условия, правовой статус и многие другие, к обсуждению которых мы перейдем в следующих разделах.

Во вставке 1 показан пример межсекторальной деятельности, направленной на оздоровление общества в Шотландии.

ВСТАВКА 1. Обращение к социальным детерминантам здоровья: пример из Шотландии

Social Determinants of Health

The social determinants of health are the conditions in which we are born, we grow and age, and in which we live and work.

These include...

- Childhood experiences
- Housing
- Education
- Social support
- Family income
- Employment
- Our communities
- Access to health services

Each of these factors impact on our health and wellbeing

A fairer society is a healthier society

Find out more about reducing health inequalities and improving health at: <http://healthscotland.com>

NHS
Health Scotland

Заголовок: Социальные детерминанты здоровья. Под заголовком дано краткое определение. Далее графически обозначены различные детерминанты: опыт детства, жилищные условия, образование, социальная поддержка, семейный доход, трудоустройство, местное сообщество, доступ к услугам здравоохранения.

Источник: воспроизведено с разрешения Национальной службы здравоохранения Шотландии.

Связь между социальными детерминантами и худшими исходами в отношении здоровья достоверна для многих болезней, как инфекционных, так и хронических неинфекционных, но особенно очевидна она при туберкулезе (8), ВИЧ-инфекции (9) и вирусных гепатитах.

Хотя пять основных типов вирусных гепатитов – гепатит А, В, С, D и Е – различаются по путям передачи, затронутым, а также уязвимым группам населения, географическому распространению и социально-экономическим условиям, приводя к ряду различных последствий для здоровья, они рассматриваются участниками, согласовавшими Общую позицию, совместно как «вирусный гепатит», поскольку социально-экономические факторы риска у них аналогичны¹.

¹ Гепатиты А и Е связаны с алиментарным и водным путями передачи, но они могут также передаваться половым путем и в типичном случае разрешаются без возникновения хронической патологии, в то время как гепатиты В, С и D – гемоконтактные инфекции с высоким риском передачи путем небезопасных инъекций и иных видов медицинской практики, половых контактов и совместного использования инъекционных приспособлений при наркопотреблении. Кроме того, передача гепатита В может происходить вертикально от матери к ребенку и горизонтально при бытовых контактах в раннем детстве. Гепатиты В, С и D нередко приводят к хронической инфекции, которая может оставаться невыявленной в течение десятилетий, но при этом ведет к развитию цирроза и рака печени.

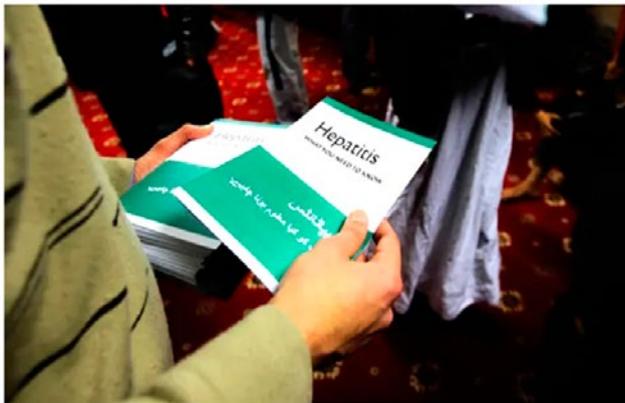
«Нищета способствует распространению ВИЧ/СПИДа. Малярия, туберкулез и болезни, передаваемые половым путем, способствующие возникновению инфекции ВИЧ, в большей мере распространены среди неимущих слоев населения. Бедные люди имеют меньше информации о ВИЧ/СПИДе и у них меньше возможности защитить себя. Особо уязвимыми в этом отношении являются молодые женщины, прежде всего те, кто не имеет соответствующей информации. ...Воздействие СПИДа делает положение пострадавших от него семей еще более тяжелым».

Народонаселение мира в 2002 году. Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) (9).

ВСТАВКА 2. Заголовок британской газеты подчеркивает риск смерти от гепатита С

Nearly 100,000 Britons thought to be risking death from hepatitis C

Public health body calculates undiagnosed sufferers after monitoring drugs users



▲ Public information leaflets. Nine in 10 people infected with hepatitis C have injected recreational drugs says Public Health England. Photograph: Graham Turner/The Guardian

Almost 100,000 Britons are at risk of dying because they do not know that they have the deadly liver disease **hepatitis C**, health officials are warning.

An estimated 95,600 people in the UK, mainly drug users, are believed to be suffering from the disease but are unaware of the condition because they have not been diagnosed, said Public Health England (PHE) on Friday.

Почти 100 000 британцев подвержены риску смерти от гепатита С.

Органы здравоохранения предупреждают о том, что множество жителей Соединенного Королевства заражены гепатитом С, но не знают об этом. Речь идет прежде всего о людях, употребляющих наркотики.

Источник: воспроизведено с разрешения газеты The Guardian (10).

Специфика риска заражения и исхода заболевания, характерная как для различных типов вирусных гепатитов (см. вставку 2), так и для ВИЧ и ТБ, во многом определяется условиями проживания людей, полученными ими знаниями, личными и финансовыми ресурсами, имеющимися в их распоряжении для доступа к информации, диагностике, лечению и помощи, что еще раз подчеркивает необходимость работы с ключевыми группами населения (см. вставки 3А и 3В).

ВСТАВКА 3А. Группы населения, подвергающиеся риску заболевания гепатитами

Наиболее затронутые и подвергающиеся риску группы населения: каждая страна должна определить в пределах своих границ конкретные группы населения, которые в наибольшей степени пострадали от эпидемий вирусного гепатита, а ее конкретные ответные меры должны основываться на эпидемиологическом и социальном контексте. Определение таких групп населения зависит от местных условий, но они могут включать: (а) людей, контактировавших с вирусами гепатита из-за небезопасных методов заготовки донорской крови и небезопасных медицинских инъекций и процедур; (б) трансгендерных лиц и МСМ; (в) работников коммерческого секса; (г) заключенных; (д) ЛЖВ и (е) мобильные группы населения и людей, затронутых конфликтами и гражданскими беспорядками. К людям, которым потребуется особое внимание, относятся лица с коинфекциями, такими как: комбинация гепатитов В и С, вирусный гепатит и сопутствующий ТБ, ВИЧ-инфекция и сопутствующий вирусный гепатит (9).

Источник: План действий ВОЗ по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе.

ВСТАВКА 3В. Актуальность работы с ключевыми и уязвимыми группами населения в целях сокращения заболеваемости ВИЧ-инфекцией

Среди ключевых групп населения и их половых партнеров регистрируется:

- 54% новых случаев ВИЧ-инфекции в мире;
- свыше 95% новых случаев ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и Центральной Азии;
- 88% новых случаев ВИЧ-инфекции в Западной и Центральной Европе и Северной Америке.

Риск заражения ВИЧ:

- в 22 раза выше среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (по сравнению с общей популяцией);
- в 22 раза выше среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
- в 21 раз выше для работников коммерческого секса;
- в 12 раз выше для трансгендерных лиц.

Для ознакомления с определениями ключевых и уязвимых групп населения – см. приложение 2.

Источник: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) (11).

Право на охрану здоровья делает обязательным для общества оказание помощи людям в преодолении этих болезней и предотвращение стигматизации или маргинализации заболевших. Другая причина совместных и всесторонних усилий заключается в огромных затратах общественного здравоохранения на лечение этих трех заболеваний. Например, только реализация Плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. (12), выполнение которого, согласно оценкам, могло бы спасти 3,1 миллиона жизней, обошлось в 15 млрд долл. США. Однако на основе экономического анализа спасенных жизней и предотвращенных страданий было рассчитано, что этот план потенциально может привести к экономии в размере 48 млрд долл. США. Основная группа пациентов – лица трудоспособного возраста, и, следовательно, существует добавленная стоимость потери для общества их производительности, которая с трудом поддается количественным измерениям в абсолютном выражении. Но, судя по расчетам, сумма экономии может оказаться еще более значительной.

Для населения, проживающего в странах с высокой распространенностью заболеваний, при отсутствии медицинского обслуживания, а также при дороговизне или недоступности диагностики либо лечения такие факторы могут создавать социально-экономический мотив или так называемый «толчок» (побуждение) к миграции в те страны, которые обеспечивают лучший уровень жизни в целом и лучший доступ к услугам и помощи в случае необходимости. Таким образом, инвестиции в совершенствование здравоохранения и социальных служб способны сократить влияние такого побуждающего фактора и защитить людей от стресса и затрат на охрану психического здоровья, нередко сопряженных с эмиграцией и расставанием с родными местами.

Без сомнения, доступная и не слишком дорогая медицинская помощь должна предоставляться в странах происхождения, но ведь нам известно, что миграция как таковая является фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией. Поэтому доступ к диагностике, терапии и диспансерному наблюдению и лечению в странах транзита и назначения также является высокоприоритетной задачей.

«Появляется всё больше информации о том, что ВИЧ-положительные беженцы и мигранты, в том числе прибывшие из стран с высоким уровнем распространенности ВИЧ, заражаются ВИЧ-инфекцией уже после прибытия в Регион. ... В 47 государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ, по которым имеются соответствующие данные, 21% новых случаев ВИЧ, диагностированных в 2016 г., приходились на лиц, родившихся за пределами страны, представившей отчет... В случаях, когда место заражения считалось известным, только 10% лиц, живущих с ВИЧ, заразились до миграции. Большинство из них заразилось ВИЧ-инфекцией в странах, граничащих с Центральной и Восточной Европой».

Доклад о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ (13).

Целенаправленные инвестиции в различные напрямую не связанные со здравоохранением секторы для снижения риска инфицирования, а также для улучшения исходов лечения способствуют как личному благополучию граждан, так и социально-экономическому прогрессу страны.



КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТОТ ДОКУМЕНТ

В этом документе мы предлагаем вмешательства, которые могут быть реализованы в различных секторах в целях содействия решению сложных проблем здравоохранения и социально-экономических вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и вирусными гепатитами. Цель заключается в оказании странам помощи в выборе и расширении масштабов конкретных действий, способных оказать существенное влияние на жизнь людей, а также внести вклад в ответные меры системы здравоохранения и дополнить их.

Осуществление межсекторальной деятельности – это четкая и недвусмысленная задача, но проблемы часто кроются в деталях отдельных бюджетов, различиях в рабочих процессах и разных способах оценки итоговых показателей и результатов. Межсекторальная деятельность также требует ресурсов и затрат, и, хотя она и способна обеспечить сектору здравоохранения экономию в долгосрочной перспективе, важно при этом предусмотреть расчеты необходимых ресурсов и их соответствующее распределение.

В этом документе предпринимается попытка детально проработать различные возможные варианты участия разных секторов в борьбе с эпидемиями. Он может и должен использоваться в связи с возможностями, определенными для действий по достижению Целей в области устойчивого развития (ЦУР) (14). Еще одно его предназначение – стать инструментом для поиска ответа на вопрос о том, кто должен присутствовать на обсуждении за круглым столом при содействии решению проблем, связанных с тремя вышеупомянутыми болезнями.

Каждый раздел содержит предложения, имеющие отношение к различным ЦУР, облегчающие обзор уже существующей политики межсекторального взаимодействия и достижения прогресса в ее реализации, что позволяет проводить «анализ пробелов» и выявлять отсутствующие вмешательства. В приложении 3 приводятся примерные таблицы, которые идентифицируют риски для каждого сектора, связанные с различными этапами человеческой жизни, с соответствующими им возможными вмешательствами на уровне политики или практики. Эти таблицы представляют собой примерную функцию, поскольку процесс выявления рисков и определения вмешательств должен соответствовать каждому конкретному контексту.

В дискуссиях по вопросам укрепления и защиты здоровья, а также о подходе по принципу охвата всех этапов жизни предполагается, что все сектора возьмут на себя ответственность за защиту и укрепление здоровья, а также за принятие мер в отношении факторов риска, имеющих отношение к соответствующему сектору. Хотя вышеизложенное является главной целью и в этом отношении достигнуто общее понимание, иногда не хватает знаний о том, как решать более конкретные медицинские проблемы, такие как вспышки или распространение болезней, с применением интервенционных подходов, доступных и в основном используемых в других секторах. В приложении 4 приведен список дополнительных методик, разработанных различными субъектами, в целях содействия конкретным межсекторальным вмешательствам и в дополнение к инструментам, упоминаемым в каждом разделе. Эти ресурсы также могут быть полезны для организации консультативных процессов по вопросам ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов.

Данная концептуальная основа опирается на опыт стран по объединению различных секторов, сосредоточивая их внимание на адаптации соответствующей политики, тем самым способствуя улучшению здоровья общества. Уже проведенный анализ того, как действия по достижению целевых ориентиров ЦУР в одном секторе могут повлиять на прогресс других секторов, способен вдохновить на применение межсекторального подхода, необходимого для снижения рисков и минимизации негативных последствий

РИСУНОК 3. Связанные со здоровьем задачи ЦУР



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ.

трех болезней. На рисунке 3 представлен обзор вмешательств, связанных с другими целями ЦУР, которые также могут оказать позитивное воздействие на достижение ЦУР 3 – «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

В целях облегчения распознавания и выявления связей между уже существующими системами мониторинга, прежде всего ЦУР, в приложении 5 приводятся соответствующие индикаторы для определения возможного вклада каждого сектора в укрепление здоровья и устойчивое развитие с отражением двустороннего подхода.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОДХОДА ПО ПРИНЦИПУ ОХВАТА ВСЕХ ЭТАПОВ ЖИЗНИ

Применение подхода по принципу охвата всех этапов жизни человека помогает сделать вмешательства более целенаправленными и ориентированными на соответствующие жизненные периоды и потребности каждой возрастной группы, особенно в отношении уязвимых групп населения. В то же время подход по принципу охвата всех этапов жизни может предотвратить риски уязвимости в будущем, поскольку он позволит сосредоточить внимание на ранних этапах жизни. Каждый сектор обладает потенциалом для снижения факторов риска на любом этапе жизни. Рисунок 4 иллюстрирует взаимосвязи подхода по принципу охвата всех этапов жизни с различными факторами риска, а таблицы в приложении 3 детализируют примеры вмешательств с учетом стадии жизненного цикла, полезные для некоторых секторов.

Условия, в которые попадают дети, формируют их жизненные траектории и возможности для поддержания здоровья, что поможет успешно бороться с передачей неблагоприятных факторов из поколения в поколение. Вмешательства, приносящие пользу взрослым, окажут благотворное воздействие на детей; например, если возможно сократить частоту передачи и распространенность ВИЧ или туберкулеза во взрослой популяции, то это потенциально уменьшит общую вероятность рождения инфицированных детей. Эффективное лечение ВИЧ-инфекции для достижения неопределяемой вирусной нагрузки также предотвращает передачу инфекции («неопределяемая = непередаваемая», или U=U) (15). Защита взрослых, подвергающихся риску заражения ВИЧ, в том числе с помощью мер профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), которая может по показаниям включать доконтактную профилактику, – один из способов предотвращения инфицирования ребенка. Увеличение охвата взрослого населения тестированием и диагностикой ВИЧ путем повышения осведомленности и предоставления информации и возможностей обследоваться повысит вероятность согласия людей на лечение и ради самих себя, и ради защиты своих партнеров от инфицирования. Такой подход уменьшит также общее бремя болезни и, следовательно, вероятность передачи инфекции от родителя ребенку.

РИСУНОК 4. Факторы риска и подход по принципу охвата всех этапов жизни



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ.

Мы пришли к выводу, что применение подхода по принципу охвата всех этапов жизни поможет разбить анализ вмешательств на более удобные для изучения элементы – рассмотрение конкретных рисков для каждой стадии жизненного цикла и выявление возможных вмешательств, релевантных в работе каждого сектора с конкретными возрастными группами. Вышесказанное иллюстрируется в приложении 3 на примерах отдельных секторов и связанных с ними факторов риска и вмешательств на разных этапах жизни. Эти примеры могут быть адаптированы для использования в других секторах. Следует обратить внимание на возможное совпадение различных факторов риска и их совокупное влияние на протяжении конкретных стадий жизненного цикла, особенно в подростковом возрасте.

Хотя может показаться надуманным говорить о развитии в раннем детском возрасте в контексте болезней, поражающих в основном взрослых, фундамент здоровья – будь то когнитивный, эмоциональный или поведенческий – закладывается на ранних этапах жизни (16).

Проведение более совершенных вмешательств в раннем детстве и раннее распознавание эмоциональных и поведенческих факторов риска увеличивает шансы на предоставление социальной и образовательной поддержки, необходимой для предотвращения нездоровья и рискованного поведения в долгосрочной перспективе. Сотрудникам системы образования и социальной защиты, занимающимся вопросами развития детей, важно иметь в распоряжении необходимые ресурсы для предоставления, по мере необходимости, дополнительной поддержки и защиты, в особенности тем семьям, которые сами подвергаются риску или в которых наркотическая зависимость и наркопотребление могут быть частью повседневной жизни.

Секторы социальной защиты, здравоохранения и образования несут особую ответственность за формирование основ здорового образа жизни путем подготовки молодежи к выполнению ее роли в руководстве будущими поколениями. Указанные секторы одновременно предоставляют необходимые знания и информацию и обеспечивают наличие в обществе «безопасных пространств» для рождения, воспитания и обучения детей и руководства грядущими поколениями. Это влечет за собой создание правового поля для обеспечения дохода и защиты в периоды отпуска по беременности и родам или по уходу за ребенком.

Как показано на рисунке 5, подход по принципу охвата всех этапов жизни может помочь секторам определить необходимые вмешательства на различных этапах жизненного цикла.

«Неблагоприятные события могут повлиять на развитие головного мозга детей раннего возраста и стать причиной самодеструктивного поведения, следствием которого является причинение вреда здоровью, такого как употребление алкоголя и наркотиков, курение и аутоагрессия. Подобное поведение в конечном итоге способно подорвать здоровье взрослого человека, обуславливая заболеваемость и преждевременную смерть».

Повторное воздействие неблагоприятного детского опыта на здоровье. Hughes с соавт. (17).

РИСУНОК 5. Подход к проведению вмешательств с охватом всех этапов жизни



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ.

ВОВЛЕЧЕНИЕ И РАСШИРЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Вовлечение гражданского общества и его организаций имеет первостепенное значение для охвата подвергающихся риску сообществ и работы с ними, поскольку такие организации близки к пониманию существующих потребностей групп населения и затронутых сообществ и часто более гибко и быстро реагируют на них. Роль гражданского общества в ответных действиях может заключаться в повышении осведомленности и осуществлении профилактических мероприятий, предоставлении услуг, в том числе на базе сообщества, и представлении интересов ключевых и уязвимых групп населения; а также в агитации за устранение препятствий для доступа к услугам и в содействии доступу к недорогим и качественным лекарственным средствам. Кроме того, гражданское общество способно принимать участие в оперативных исследованиях и пропаганде проводимой политики. Организации гражданского общества играют важную роль в обеспечении ответственности властей и учреждений за выполнение взятых на себя обязательств. Выявление наиболее релевантных организаций гражданского общества (ОГО) в национальном контексте и их долгосрочное вовлечение в составление и выполнение планов действий может привести к более быстрому прогрессу в достижении цели снижения рисков заражения ВИЧ, туберкулезом и вирусными гепатитами. ОГО предоставляется возможность ограниченной апробации эффективных вмешательств, которые могут оказаться достойными расширения масштабов и способствовать адаптации выбранных национальных стратегий.

Во вставке 4 приведены примеры межсекторального стратегического управления в сфере здравоохранения с участием ОГО из двух стран Европейского региона. Во вставке 5 показано на примере Украины, как вовлечение гражданского общества может принести пользу всей системе здравоохранения и людям, пострадавшим от эпидемий.

К ОГО могут относиться пациентские группы различной направленности, правозащитные организации, организации, занимающиеся информационно-пропагандистской работой, религиозные организации, благотворительные организации и фонды, а также профессиональные ассоциации, молодежные организации, организации, посвятившие свою деятельность гендерной проблематике или вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, добровольческие организации, работающие с маргинальными группами, и многие другие. Некоторые ОГО, например международные благотворительные организации или профсоюзы, могут быть крупными, другие – очень небольшими, занимающимися вопросами местного развития. Учет их мнений и поддержка их работы посредством целевого распределения ресурсов, как это успешно делается при распределении грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, – полезный подход в контексте снижения рисков трех болезней. При переходе на внутреннее финансирование ассигнуемых ресурсов следует обратить внимание на создание устойчивых моделей предоставления услуг, основанных на соблюдении прав человека.

ВСТАВКА 4. Вовлечение всех заинтересованных сторон: примеры стратегического управления межсекторальной деятельностью в здравоохранении Ирландии и Кыргызстана



Публикации, посвященные применению общегосударственного подхода: система повышения уровней здоровья и благосостояния (Ирландия) и Координационный совет по общественному здравоохранению (Кыргызстан).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (18,19).

ВСТАВКА 5. Деятельность гражданского общества в области ценообразования на препараты для лечения ВИЧ-инфекции в Украине

В Украине Альянс общественного здоровья добился успеха в снижении цен на лекарственные средства для лечения ВИЧ-инфекции и гепатитов. С целью расширения доступа к лечению ВИЧ и гепатита С (ВГС) Альянс общественного здравоохранения и Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, с января 2015 г. активно боролись с ограничениями, обусловленными эксклюзивностью патентованных лекарственных средств. В результате их совместных информационно-пропагандистских вмешательств, направленных на цикл закупок и появление на рынке генерических версий, цены значительно снизились (см. табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. Цены на препараты для лечения ВИЧ и ВГС до и после появления генерических версий, Украина

| Препарат (при заболевании) | До вмешательства (2016 г.) (долл. США) | После вмешательства (2017 г.) (долл. США) |
|---|---|--|
| Долутегравир (ВИЧ), за упаковку | 228,00 | 5,00 |
| Тенофовир/эмтрицитабин/эфавиренз (ВИЧ), на человека в год | 353,67 | 95,04 |
| Абакавир (ВИЧ), за упаковку | 24,22 | 9,24 |

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (20).

Такое снижение цен способно улучшить доступ к недорогому лечению и увеличить охват антиретровирусной терапией (АРТ) в Украине с охватом дополнительных 80 000 пациентов. Как и ожидала Сеть, появление генерических версий снизило цены на АРВ-препараты в среднем в 2–4 раза (20).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА

Организация межсекторальной работы по снижению рисков заражения ВИЧ, туберкулезом и гепатитами будет зависеть от специфического контекста страны, организационной структуры правительства и обязанностей соответствующих отраслевых министерств. Она также будет зависеть от действующих субъектов гражданского общества и общеполитических обязательств. После посещения пилотных стран (Беларусь, Грузия, Португалия и Таджикистан) представляется целесообразным увязать текущий процесс с уже существующими межсекторальными механизмами, такими как Страновой координационный механизм, изначально созданный для координации грантов Глобального фонда, или межсекторальные механизмы, учрежденные коспонсорами ЮНЭЙДС, или национальные межведомственные круглые столы и рабочие группы. К ним могут относиться национальные инициативы в отношении Многоотраслевой системы подотчетности по туберкулезу в процессе выполнения обязательств, взятых на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по туберкулезу. Какая бы организационная форма ни была выбрана каждой страной на основе ее конкретной ситуации, исключительно важным остается качество данных, используемых для принятия решений; таким образом, с самого начала должен быть предусмотрен механизм мониторинга и оценки, включая сопутствующие операционные исследования, чтобы иметь возможность оценивать воздействие и по мере надобности вносить соответствующие коррективы в целях обеспечения устойчивого развития и условий для обмена накопленным опытом. Кроме того, национальные процессы, связанные с адаптацией и достижением ЦУР, создают уникальные возможности для поиска новых подходов и оценки их воздействия на конкретные связанные со здоровьем проблемы.

РОЛЬ ФАКТОРОВ ЗА ПРЕДЕЛАМИ КОМПЕТЕНЦИИ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В снижении рисков для здоровья, возникающих в связи с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и вирусными гепатитами

В данной главе представлен обзор потенциальных воздействий различных секторов на риски для здоровья в отношении ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов и варианты разработки соответствующих политики и действий. В последующих разделах рассматриваются те секторы, которые в наибольшей степени могут оказать положительное влияние на устранение совокупных факторов риска трех заболеваний (см. рисунок 6).

БОРЬБА С БЕДНОСТЬЮ

Инвестиции в здравоохранение все чаще признаются важным средством экономического развития и обязательным условием выхода из замкнутого круга бедности, поскольку хорошее здоровье во многом способствует развитию, повышая производительность труда, академические достижения и капиталовложения. Решение проблемы нищеты в контексте укрепления здоровья имеет первостепенное значение, так как состояние здоровья людей, живущих за чертой бедности, всегда хуже, и умирают они в более молодом возрасте. Среди таких контингентов показатели детской и материнской смертности выше среднего, более высоки уровни заболеваемости и в значительной степени ограничен доступ к медицинскому обслуживанию и социальной защите. Гендерное и расовое неравенство еще серьезнее усугубляют положение живущих в нищете людей, для которых здоровье является также и чрезвычайно важным экономическим активом. Заболевание или получение травмы может привести к тому, что все домохозяйство окажется в ловушке нисходящей спирали утраченного дохода и высоких расходов на медицинскую помощь (21).

РИСУНОК 6. Возможности для вмешательств в различных секторах



Появляется все больше свидетельств того, что бедность не только ухудшает состояние здоровья в целом, но и увеличивает риск заболевания вирусными гепатитами, ВИЧ и туберкулезом. Связь между бедностью и туберкулезом двусторонняя, и то же самое правомочно для ВИЧ-инфекции и гепатита. Туберкулез порождает бедность вследствие многомесячной нетрудоспособности, потери доходов и высоких расходов на медицинское обслуживание. Факторы риска, связанные с нищетой, такие как плохие жилищные условия и плохое питание, также повышают восприимчивость к ТБ. Следствием бедности может стать ограничение доступа к медицинской помощи, что приводит к задержкам в диагностике и лечении, и в результате к более длительному периоду бацилловыделения и более высокой смертности.

Во вставке 6, заимствованной из материалов некоммерческой организации The Borgen Project, базирующейся в Соединенных Штатах Америки и занимающейся борьбой с нищетой и голодом, описываются четыре пути влияния бедности на распространение вирусных гепатитов. Поскольку лечение гепатита В может быть очень длительным, стоимость лекарств способна оказать пагубное влияние на расходы домашних хозяйств при отсутствии схем страхования или иной финансовой поддержки. Такое утверждение также верно и в отношении лечения ВИЧ и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Как показывает этот пример, высокие цены на патентованные лекарственные средства ограничивают доступ к лечению, ухудшают исходы терапии и создают огромные финансовые трудности для систем здравоохранения не только в странах с низким уровнем дохода, но даже в европейских странах с высоким уровнем дохода.

Сосредоточение на политике борьбы с бедностью

Обеспечение людей, живущих в нищете, доступом к недорогому и качественному медицинскому обслуживанию недостаточно для улучшения их здоровья. Основные детерминанты здоровья зависят от действий за пределами сектора здравоохранения. Для начала критически важно реализовать эффективную политику роста в интересах бедных, согласно изложенному в «Рекомендациях Комитета содействия развитию (КСР) по искоренению бедности и защите здоровья населения» (21): без более высоких или более гарантированных доходов малообеспеченные люди не смогут позволить себе оплачивать еду или медицинские услуги (см. вставку 7).

Политика других секторов также исключительно важна, особенно в отношении доступного жилья, образования, продовольственной безопасности, безопасной воды, санитарии и энергоснабжения. Здоровье бедных также можно улучшить за счет уменьшения риска развития зависимости от табака или алкоголя, получения травм вследствие дорожно-транспортных происшествий или иных видов травматизма, а также предупреждения разрушительных последствий конфликтов и стихийных бедствий.

«Существует социальный градиент здоровья – чем ниже социально-экономическое положение человека, тем хуже его состояние здоровья. Действия должны сосредоточиться на снижении социального градиента здоровья.

Неравенства в отношении здоровья возникают в результате социального неравенства. Борьба с неравенством в отношении здоровья требует действий, направленных на все социальные детерминанты здоровья.

Сосредоточение лишь на наиболее обездоленных не приведет к достаточному сокращению неравенства в отношении здоровья. Для уменьшения перепада в социальном градиенте здоровья предпринимаются универсальные действия, но их масштаб и интенсивность должны быть пропорциональны степени обездоленности. Мы называем это пропорциональным универсализмом».

Обзор Мармота: Справедливое общество, здоровая жизнь. М. Marmot (22).

ВСТАВКА 6. Четыре пути влияния бедности на эпидемию гепатитов на примере США

Распространение гепатитов достигло уровня глобальной эпидемии. Их возбудители могут вызывать цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Ими инфицированы девять процентов населения мира, или 550 миллионов человек, а свыше одного миллиона человек каждый год умирают от этих болезней. Больше всего людей умирают от гепатитов в странах с низким уровнем дохода. Инфекционные гепатиты имеют определенную связь с нищетой и помимо показателей смертности – бедность является установленным фактором риска развития заболевания. Вот четыре пути, посредством которых бедность влияет на эпидемию гепатитов.

1. Бедность препятствует диагностике

Многие люди не знают, что у них гепатит. Действительно, 90 процентов людей с гепатитом С не диагностированы. Люди с неустановленным диагнозом не могут принимать меры предосторожности для профилактики передачи инфекции. Многие диагностические тесты стоят дорого, что делает их недоступными для стран с низким уровнем дохода. Например, биопсия печени не только является дорогостоящей, но и требует для анализа образца ткани подготовленных гистопатологов. ... Кроме того, в странах с низким уровнем дохода, как правило, нет высококачественных лабораторий, которые могли бы выполнять тесты на гепатит. Существующие центры, обычно расположенные в городах, не обслуживают жителей сельской местности.

2. Бедность ограничивает доступ к лечению

В странах с низким уровнем дохода доступ к лечению гепатитов ограничен: 41 процент населения проживает в местах, где нет государственного финансирования борьбы с гепатитами. Существуют также тесты, с помощью которых контролируется ход лечения гепатита. Они идентифицируют вирусный штамм и количество вирусов в организме человека. Такие обследования дороги и, как таковые, не всегда выполняются в плановом порядке.

3. Патенты делают лекарственные средства более дорогими по сравнению с тем, сколько они должны стоить

В качестве интеллектуальной собственности лекарственные препараты защищены патентами. Законы о защите права на патент не позволяют другим компаниям в течение двадцати лет после изобретения создавать сопоставимые генерические препараты, цена которых была бы ниже. Есть намерение поощрять фармацевтические компании на проведение исследований и разработок. Подобные патенты делают некоторые лекарства от гепатита запредельно дорогими для пациентов в странах с низким уровнем дохода.

4. Повторное использование шприцев – распространенная практика в странах с низким уровнем дохода

Шприцы могут быть контаминированы вирусом гепатита. При их повторном использовании без стерилизации такие шприцы способны стать источником инфекции. Одна из причин повторного использования грязных шприцев – плохо подготовленные работники здравоохранения. Кроме того, повторно использовать шприцы медицинских работников заставляет недофинансирование. Если эта практика продолжится, то же произойдет и с эпидемией.

Источник: текст воспроизведен с разрешения The Borgen Project (23).

ВСТАВКА 7. Подход с позиций здравоохранения к удовлетворению потребностей людей, страдающих от бедности

Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР) следующим образом определяет подход к здравоохранению «в интересах малоимущих слоев населения». Такой подход:

- Отдает приоритет укреплению, защите и улучшению здоровья бедных.
- Включает развитие систем здравоохранения в интересах бедных слоев населения и справедливое финансирование здравоохранения, являющееся неотъемлемой частью улучшения доступа к медицинскому обслуживанию и защиты бедных от катастрофических затрат вследствие плохого состояния здоровья. Поставленная цель требует эффективных стратегий социальной защиты, движения в направлении объединения рисков и предоплаты.
- Охватывает политику в областях, диспропорционально влияющих на здоровье малоимущих, таких как образование, питание, водоснабжение и санитария.
- Интегрирован в страновые стратегии искоренения бедности и программы сектора здравоохранения.
- Принимает во внимание глобальные общественные блага и проблемы согласованности политики, включая политику в области здравоохранения.

Источник: ОЭСР (21).

ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ПИТАНИЕ

Правильное питание, продовольственная безопасность и чистая вода являются основными предпосылками хорошего здоровья. Правильное питание подразумевает получение нужного количества качественной пищи, обеспечивающей должный уровень энергии и способность бороться с заболеваниями при их развитии. Недоедание и недостаточность питательных микроэлементов являются факторами риска быстрого ухудшения состояния здоровья человека, заразившегося туберкулезом, ВИЧ или гепатитом, в то время как правильное питание в период лечения и выздоровления способно оказать очень значительное положительное воздействие на процесс исцеления. С другой стороны, плохое состояние здоровья и длительное лечение, которое может продолжаться месяцами, нередко означает снижение дохода, необходимого для удовлетворения потребностей в питании пациента и его семьи.

Другие факторы риска, такие как употребление наркотиков или содержание под стражей, влияют на способность к самообслуживанию, гигиене и на возможность позволить себе здоровое питание, рассмотреть его как допустимый вариант или перейти на него. Таким образом, вопросы продовольственной безопасности и питания важны во многих контекстах. Оценки состояния питания, содержания микроэлементов в пище и потребностей в дополнительном питании должны стать частью обычной клинической практики и мониторинга. Во многих странах уже реализуется политика в отношении дополнительного питания, производятся денежные выплаты или предоставляются ваучеры на питание для пациентов, находящихся на лечении, чтобы помочь больным преодолеть трудности в период лечения; такую поддержку иногда получают и члены семьи пациента.

Анализ цен на продукты питания и их доступности, а также наличия продуктов питания в регионах, подверженных особому риску, в том числе в связи с климатическими и экологическими проблемами, предоставляют важную базовую информацию в контексте здоровья населения.



Продуктовый рынок в Душанбе.
Yasmin Brandrup-Versi © ВОЗ

В политике продовольственной безопасности и питания можно учесть и вопросы профилактики диабета посредством пропаганды здорового образа жизни и контроля за потреблением сахара. Это особенно важно для людей, живущих с ВИЧ, подвергающихся более высокому риску развития диабета 2-го типа, на что указывает значительное количество научных данных (24, 25). Люди, страдающие диабетом и/или получающие неполноценное питание, с большей вероятностью заболевают туберкулезом (26).

Культурные особенности приема пищи, дающие преимущества различным группам или лишаящие их приоритетности, – например, сначала еда подается взрослым, лишь потом детям, сначала старшим, а затем молодежи, сначала мужчинам, а потом женщинам или наоборот – могут оказывать влияние на процессы излечения и реабилитации в периоды повышенной потребности в питательных веществах. На протяжении критических этапов физического развития, таких как младенчество, детство и подростковый возраст, недостаточное питание может привести к непоправимым последствиям в связи с задержкой когнитивного развития, а также к патологии в развитии иммунной системы. Плохое питание во время беременности может вызвать осложнения беременности, проблемы развития плода и затяжное течение болезней матери и новорожденного. Это особенно важно, если беременная женщина также инфицирована ТБ или ВИЧ или получает лечение по поводу этих инфекций. Недостаток правильного питания в пожилом возрасте может привести к быстрому ухудшению состояния здоровья, особенно при наличии сопутствующей патологии.

Сельское хозяйство и производство продуктов питания

Правильное питание несомненно связано с производством и доступностью пищевых продуктов. Сельскохозяйственный сектор должен играть главную роль в поставке высококачественной первичной продукции для пищевой промышленности, включая продукты растительного и животного происхождения. Сельское хозяйство также является потенциальным сектором занятости населения. Безопасное и устойчивое производство продуктов питания исключительно важно и для борьбы с некоторыми формами гепатитов и туберкулезом.

Устойчивые сельскохозяйственные вмешательства могут включать поддержку выращивания диверсифицированных культур, которые в долгосрочной перспективе более жизнеспособны в экономическом плане, чем культуры, быстро приносящие прибыль, или содействие использованию высокопродуктивных семян, более устойчивых к засухам. Подобные стратегии помогут сформировать сельскохозяйственную практику в странах с низким и средним уровнем дохода таким образом, чтобы оказать положительное влияние на ТБ и другие исходы в отношении здоровья.

«Сельскохозяйственный сектор может внести свой вклад в оздоровление отдельных лиц и групп населения, действуя по следующим направлениям:

- сотрудничество с сектором здравоохранения и другими сферами государственного управления, с тем чтобы обеспечить наличие и экономическую доступность безопасных и питательных пищевых продуктов для всего населения;
- содействие здоровому и устойчивому развитию сельского населения, в том числе посредством изучения потенциала использования коротких и устойчивых цепей продовольственного снабжения и решения проблемы недостаточной обеспеченности продовольствием;
- активизация работы по профилактике пищевых и зоонозных инфекций, включая борьбу с устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП).

.....

Установление связей с сельскохозяйственным сектором дает сектору здравоохранения возможность увеличить предложение более здоровых и безопасных пищевых продуктов и повысить спрос на них. Меры аграрной политики могут способствовать этому процессу посредством обеспечения большей физической и экономической доступности разнообразного ассортимента более здоровых пищевых продуктов и продовольствия».

Здоровье-2020: укрепление сотрудничества между секторами сельского хозяйства и здравоохранения для обеспечения безопасности пищевых продуктов и улучшения питания. Европейское региональное бюро ВОЗ (27).

В отличие от основной формы туберкулеза, распространяющейся от человека к человеку, зоонозный ТБ передается от животного к человеку, в основном в результате потребления непастеризованных молочных продуктов, но также – менее часто – сырого или не обработанного кулинарным способом мяса или же путем прямого физического контакта с зараженными животными. Безопасное производство пищевых продуктов включает в себя ветеринарный контроль и рациональное и ответственное использование антибиотиков при лечении животных, поскольку антибиотикорезистентность может передаваться через пищевую цепочку, приводя к множественной лекарственной устойчивости (см. вставку 8) и нехватке вариантов терапии заболеваний, включая лечение оппортунистических инфекций и пациентов с коинфекцией ВИЧ или ТБ.

ВСТАВКА 8. Устойчивость к противомикробным препаратам и сельскохозяйственный сектор

ANTIBIOTIC RESISTANCE
WHAT THE AGRICULTURE SECTOR CAN DO

Antibiotic resistance happens when bacteria change and become resistant to the antibiotics used to treat the infections they cause.

- 1 Ensure that antibiotics given to animals—including food-producing and companion animals—are **only used to control or treat** infectious diseases and under veterinary supervision
- 2 Vaccinate animals to reduce the need for antibiotics and develop alternatives to the use of antibiotics in plants
- 3 Promote and apply **good practices** at all steps of production and processing of foods from animal and plant sources
- 4 Adopt **sustainable systems** with improved hygiene, biosecurity and stress-free handling of animals
- 5 Implement **international standards** for the responsible use of antibiotics and guidelines, set out by OIE, FAO and WHO

www.who.int/drugresistance
www.oie.int/antimicrobial-resistance
www.fao.org/antimicrobial-resistance

#AntibioticResistance

Food and Agriculture Organization of the United Nations
Oie WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH
World Health Organization

Заголовок: Устойчивость к противомикробным препаратам. Что может сделать сельскохозяйственный сектор.

Далее кратко определяется суть устойчивости и перечислены возможные меры: применять антибиотики у животных только при наличии инфекции, вакцинировать животных, внедрять приемы передовой практики и устойчивые системы, соблюдать международные стандарты МЭБ, ФАО и ВОЗ.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (28).

Отсутствие мер гигиены и контроля пищевых продуктов, как для продукции животного происхождения, так и других видов продовольствия, может увеличить риск инфицирования гепатитами А и Е, так как обе инфекции передаются при употреблении в пищу контаминированных продуктов. В большинстве стран Европейского региона ветеринарный контроль хорошо организован и функционирует как для местного производства, так и для импортируемых и экспортируемых продуктов питания, но иногда необходимо убедиться в том, что контроль осуществляется и в более отдаленных сельских районах, что там нет незаконного оборота пищевой продукции животного происхождения через границы. Этими вопросами занимаются также в рамках торговли и приграничного сотрудничества.



Сельский пейзаж в Дании.
Assia Brandrup-Lukanow © ВОЗ

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА

Загрязнение воздуха, воды и почвы является серьезной угрозой здоровью человека. Социальное неравенство, затрагивающее людей, которые более уязвимы к туберкулезу, ВИЧ и гепатитам, может иметь экологическую составляющую. Отсутствие доступа к чистой питьевой воде и небезопасное обращение с отходами могут быть связаны с риском заболевания гепатитом. Группы населения с более низким доходом и маргинальные популяции с большей вероятностью поселятся в менее дорогих районах городов и сельских населенных пунктов, которые, как правило, отличаются ограниченным доступом к основным услугам и худшими условиями окружающей среды. Такие кварталы могут находиться вблизи промышленных объектов, поэтому они характеризуются более высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха, воды и почвы, что усугубляет риск для здоровья.

Загрязнение воздуха увеличивает риск развития заболеваний органов дыхания, в том числе неинфекционной природы, с хроническим течением, но тем не менее такая патология увеличит риски заражения респираторными инфекциями, например туберкулезом. Обеспечение учета подобных вопросов в экологической политике является важным фактором снижения рисков для здоровья в целом и инфекционных заболеваний в частности. Более подробную информацию об антропогенной среде можно найти в разделах, посвященных городам, транспорту и жилью.

Создание так называемых «зеленых» рабочих мест также рассматривается в качестве возможности предоставить дополнительное образование, профессиональную подготовку и трудоустройство для тех,

кто пытается вернуться на рынок труда после болезни и лечения по поводу ВИЧ, туберкулеза и вирусного гепатита, при сочетании социальной и экологической устойчивости.

Для обсуждения всех этих вопросов в Европейском регионе была проведена серия министерских конференций высокого уровня на тему окружающей среды и охраны здоровья, последняя из которых состоялась в Остраве, Чехия, в июне 2017 г. Итоговая Оставская декларация (29) (см. вставку 9) направлена на достижение следующих целей:

- улучшение качества воздуха внутри и вне помещений;
- обеспечение всеобщего и равноправного доступа к безопасной питьевой воде, санитарно-гигиеническим услугам, а также комплексное управление отходами;
- сведение к минимуму негативного воздействия химических веществ на здоровье людей и окружающую среду;
- предотвращение и устранение негативных последствий для экологии и здоровья людей, а также затрат и неравенств, связанных с процессом удаления отходов и наличием загрязненных территорий;
- повышение адаптивной способности и устойчивости к рискам для здоровья, связанным с изменением климата, а также поддержка мер по смягчению последствий изменения климата;
- поддержка усилий европейских городов и регионов;
- создание экологически устойчивых систем здравоохранения.

Опираясь на Оставскую декларацию, страны и партнерские учреждения проделали дополнительную работу по разработке методик картирования неравенств в отношении экологических условий, в частности зафиксировали гораздо более высокие уровни воздействия на неблагополучные группы населения по сравнению с благополучными (30).

ВСТАВКА 9. Оставская декларация



Улучшение здоровья. Улучшение экологии. Выбор в пользу устойчивых решений.

«Мы:

Признаем, что Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. выдвигает на передний план важнейшие и неразрывные связи между развитием, окружающей средой, здоровьем и благополучием человека и экономикой, которые имеют важное значение для реализации целого ряда прав человека (в том числе права на жизнь; обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья; достаточный жизненный уровень; безопасное питание, питьевую воду и санитарию; безопасность; чистую почву, чистую воду и воздух), играющих ключевую роль в развитии справедливых, мирных, инклюзивных и процветающих обществ в наши дни и в будущем».

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (29).

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО

Европейские государства-члены все активнее занимаются выявлением последствий гендерного неравенства в своих странах и разработкой ответных мер. Это особенно актуально в контексте снижения риска заболеваний, усугубляющихся стигмой. Принятие подхода к снижению этих рисков с учетом гендерных факторов влечет за собой создание адаптивных услуг для всех, независимо от пола, гендерной идентичности и выражения.

«Женщины и мужчины различаются по биологии, ролям и обязанностям, которые им отводит общество, и их положению в семье и сообществе. Различия отражаются на степени готовности рисковать, на риске, которому они подвергаются, на их усилиях по улучшению собственного здоровья и на том, как система здравоохранения отвечает их потребностям. Различия способны отразиться на причинах и последствиях заболеваний, а также ведении болезней и укреплении пошатнувшегося здоровья.

Гендерный подход в здравоохранении начинается с признания этих различий и способствует интеграции гендера как социальной детерминанты здоровья в разработку политики, исследования, медицинское обслуживание, распределение ресурсов и планирование, мониторинг и реализацию проектов и программ.

Цель гендерного подхода – достижение более значительного воздействия на здоровье и уменьшение неравенства путем:

- сбора и использования количественных и качественных данных с разбивкой по полу;
- достижения понимания и анализа различий (гендерного анализа);
- разработки политики и вмешательств с учетом гендерных факторов».

Гендер [веб-сайт]. Европейское региональное бюро ВОЗ (31).

Включение организаций и учреждений, занимающихся вопросами гендерного равенства, защитой сексуальных меньшинств и представляющих цис- и трансгендерные группы населения, в межсекторальную работу по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и гепатитами обеспечит реализацию всех программ с учетом гендерных позиций и, таким образом, принесет больше пользы при удовлетворении потребностей обслуживаемого населения.

В Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) дано новое определение здоровья, связанное с гендерной идентичностью; такие диагностические категории, как «транссексуализм» и «расстройство гендерной идентичности у детей», употреблявшиеся в МКБ-10, были заменены на «гендерное несоответствие в подростковом и взрослом возрасте» и «гендерное несоответствие в детском возрасте», соответственно. После этого тема гендерного несоответствия в целом была перемещена из главы «Психические и поведенческие расстройства» в новую главу «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Эти изменения свидетельствуют о том, что транссексуальность и разнообразные формы гендерного выражения не являются патологией психического здоровья, а подобная классификация сама по себе способна вызвать тяжелую стигматизацию (32).

Включение гендерного несоответствия в МКБ должно обеспечить трансгендерным лицам доступ к гендерно-ориентированным медицинским услугам, а также адекватное покрытие таких услуг медицинским страхованием. Новыми формулировками в МКБ подтверждается также наличие связей между гендерной идентичностью, сексуальным поведением, подверженностью насилию и инфекциями, передаваемым половым путем (32). Переход от подходов с учетом гендерных факторов к гендерно-трансформирующим подходам, как компоненту вмешательств в области здравоохранения и лидерства, приведет к расширению прав и возможностей отдельных лиц и устранению препятствий к услугам, связанным с решением гендерных вопросов. Вмешательства могут включать более широкую перспективу изменения гендерных стереотипов (трансформация гендерных ролей) в поддержку мероприятий с учетом гендерных факторов. Сюда же можно отнести решение вопросов образования мальчиков и девочек в целях обеспечения гендерного равенства.

ОБРАЗОВАНИЕ

Общеобразовательный уровень и санитарная грамотность связаны с улучшением результатов в области здравоохранения и оказывают позитивное воздействие на здоровье посредством влияния на доход взрослых, их занятость и жилищные условия.

«Образование оказывает положительные эффекты на здоровье на протяжении всей жизни за счет увеличения возможностей трудоустройства и доходов, улучшения условий жизни, повышения уровня уверенности в себе и грамотности, в том числе грамотности в вопросах здоровья. Кроме того, обучение взрослых может оказать положительное влияние на такие показатели, как удовлетворенность жизнью, состояние психического здоровья и поведение в отношении здоровья (формирование поведенческих установок на отказ от курения, активный образ жизни, здоровое питание и увеличение продолжительности грудного вскармливания). Создание возможностей для обучения на протяжении всей жизни, а также для получения адекватного образования в зрелом возрасте имеет решающее значение в продвижении равенства. Для людей с плохим опытом образования в детстве и юности особой проблемой является то, что у них может не хватать смелости вновь приступить к обучению. Поэтому инвестирование в создание условий для получения адекватного образования на протяжении всей жизни является одной из важнейших предпосылок для преодоления порочного круга «нищета – социальное отчуждение – негативное воздействие на здоровье и благополучие людей».

Здоровье-2020: деятельность по повышению уровня образования и здоровья на протяжении всей жизни. Европейское региональное бюро ВОЗ (33).

Сектор образования имеет уникальный доступ ко всем членам общества в период их детства и юности, а также во время их обучения и профессиональной жизни. Поэтому данный сектор оказывает особенно сильное влияние на развитие здорового поведения и, в частности, поведения, направленного на поддержание и укрепление здоровья. К примерам эффективного здорового поведения, которому можно научить, относится соответствующий кашлевой этикет, способный снизить риск передачи туберкулеза, мытье продуктов питания, что может снизить риск передачи гепатита, и практика безопасного секса, снижающая риск инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ и вирусных гепатитов. Сектор образования также призван сыграть ключевую роль в сокращении стигмы и дискриминации в отношении людей, страдающих от заболеваний, начиная со школьной среды, что способствует появлению более терпимого и инклюзивного отношения к группам населения высокого риска.

Инвестиции в образование девочек и женщин

Для достижения гендерного равенства особенно важно образование девочек и женщин. Оно может оказывать самое непосредственное влияние на риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ и ВГС, поскольку образование обеспечивает большую степень равенства, самоуважение и уважение к женщинам и девочкам в обществе и само по себе повышает вероятность сексуальных отношений, основанных на взаимном согласии. Конкретный пример: обучение девочек использованию двойной защиты – презервативов, в том числе женских презервативов, и доконтактной профилактики ВИЧ – способно снизить риск гетеросексуальной передачи ВИЧ и ВГС. Кроме того, информирование девочек и женщин о риске передачи ВИЧ от матери ребенку, вероятно, повысит защитное поведение, мотивированное желанием защитить свое будущее потомство.

Поскольку женщины часто являются лицами, осуществляющими уход за детьми и престарелыми членами семьи, их образование может способствовать улучшению здоровья всей семьи. Матери и бабушки нередко выступают в качестве источников санитарного и сексуального просвещения своих детей и внуков, особенно девочек. Обучение матерей распознаванию ранних признаков заболеваний, например туберкулеза, и информирование их о том, куда и когда обращаться за помощью, может привести к более раннему и более эффективному лечению детей и других членов семьи.

Образовательный контент и санитарная грамотность

Образовательные условия в детских садах, школах, профессионально-технических учебных заведениях и университетах обеспечивают оптимальную среду преподавания санитарной грамотности: учащиеся получают информацию о хорошем и слабом здоровье, отрабатывают навыки защитного поведения, а также узнают о тех заболеваниях, которые распространены в районе их проживания. Это особенно важно при профессиональной подготовке тех специалистов, например сотрудников правоохранительных органов, которые часто вступают в контакт с уязвимыми группами населения, подвергающимися риску заражения ВИЧ, туберкулезом и вирусными гепатитами.

Детям и подросткам можно изложить факты о трех инфекциях и рассказать о том, как защитить себя от заражения. Есть много способов научить детей и молодежь защите от инфекции, в том числе путем обучения девочек и мальчиков взаимному уважению и самостоятельности, что может предупредить гендерное и домашнее насилие, нежелательные притязания сексуального характера и сексуальное насилие, и, таким образом, помочь предотвратить инфекции, передаваемые половым путем, такие как ВГС и ВИЧ.

Наконец, общественная и гражданская образовательная среда предоставляет возможность научиться избегать рискованного поведения, такого как злоупотребление наркотиками и алкоголем и незащищенный секс, оберегая будущее как детей, так и всего сообщества. Для этого требуется, чтобы школьная система, родительские организации, школьные советы и общественные организации признали реалии современного общества, к которым относятся более раннее начало сексуальных отношений между сверстниками, а также сексуальные отношения пар, не состоящих в браке. Поэтому необходимо, чтобы молодежь и молодые пары были надлежащим образом подготовлены и обладали знаниями о рисках для сексуального здоровья, о противозачаточных средствах и двойной защите от нежелательных беременностей и инфекций, передаваемых половым путем.

Подготовка учителей и учебных программ

Учителя, как правило, недостаточно подготовлены для осуществления полового воспитания, и для многих из них оно может оказаться трудной темой из-за ее деликатности, существования личных границ и

возможного сопротивления со стороны общества. Поэтому важно, чтобы сектор образования проводил подготовку учителей посредством их обучения не только содержанию, но и передовым и наиболее соответствующим возрасту методам преподавания. Многие учебные программы были разработаны международными организациями, такими как Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Международная федерация планирования родительства (МФПР) и Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) (см. вставку 10), а также национальными образовательными или лечебно-профилактическими учреждениями. Такие ресурсы доступны и могут быть соответствующим образом адаптированы.

Обучение по принципу «равный – равному»

Еще одно вмешательство, которое, как было показано, эффективно, в частности для подростков, особенно маргинализированных, – это обучение по принципу «равный – равному» и консультирование молодых людей подготовленными добровольцами из числа молодежи. Полезные ресурсы, касающиеся обучения по принципу «равный – равному», были разработаны Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (35). Сектор формального образования – школы и университеты – не только обеспечивает хорошие условия для подготовки молодежи к решению подобных задач, но и предоставляет возможности для общения сверстников. Однако эти же типы подходов могут реализовываться и в неформальном секторе молодежных и спортивных клубов, лагерей досуга и отдыха и аналогичных инициатив (36).

ВСТАВКА 10. Международное техническое руководство по вопросам сексуальности



Источник: ЮНЕСКО (34).

Равные права для всех учащихся

В контексте или сообществе, где высокая распространенность туберкулеза, ВИЧ или вирусных гепатитов может затрагивать молодежь и учащихся, сектор образования должен иметь стратегии и руководства, касающиеся тактики ведения заболевших или получающих лечение студентов, чтобы помочь учителям, родителям и учащимся принимать ответные меры с уважением к пострадавшим учащимся.

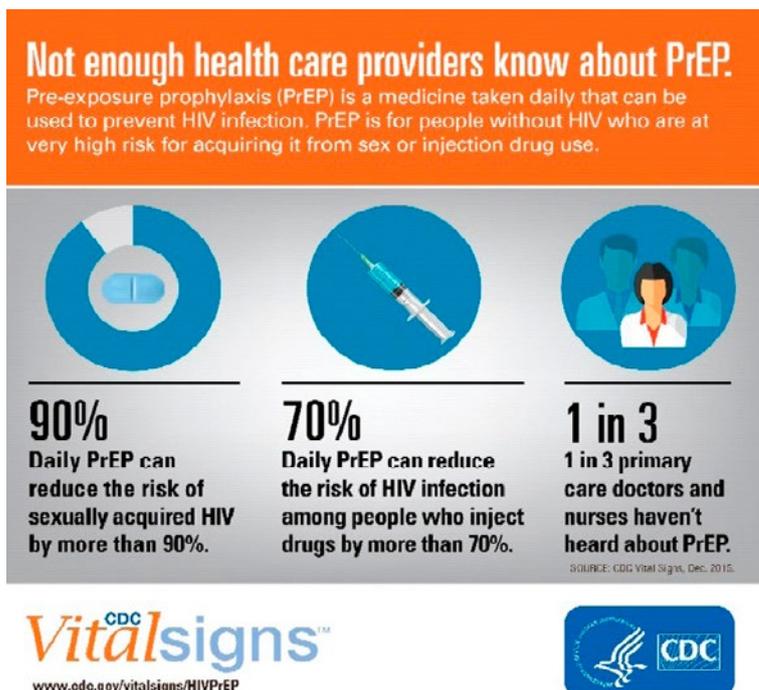
Можно ли гарантировать, что они все еще имеют доступ к учебным программам и обучаются в процессе лечения? Могут ли они оставаться частью школьного сообщества, не подвергаясь стигматизации? Как следует информировать других учащихся о возможном скрининге и/или профилактическом лечении? Решаются ли все эти вопросы по мере их возникновения или у школ и учителей есть руководства, способные помочь в принятии правильных решений? Пересмотр руководств и законов, регламентирующих контакты с инфицированными или получающими лечение учащимися, имеет основополагающее значение для борьбы со стигмой и обеспечения непрекращающегося участия студентов в жизни своих сообществ.

Обучение работников здравоохранения

Крайне важно, особенно в контексте ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов, обеспечить постоянное обновление учебных программ, предназначенных для всех категорий будущих работников здравоохранения, с целью включения как вопросов дестигматизации, так и последних достижений в области исследований и лечения. Как упоминалось в годовом отчете Управления Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ) за 2011 г., дискриминационные законы, ксено- и гомофобная политика, сексизм и предвзятое отношение к трансгендерам и наркопотребителям, в том числе со стороны персонала медицинских учреждений, могут удерживать людей от обращения в службы здравоохранения.

В целях поддержания практики на современном уровне должны существовать стратегии непрерывного образования и последипломной подготовки медицинского и парамедицинского персонала. Примером этого может служить необходимость дальнейшего распространения последних рекомендаций по доконтактной профилактике (ДКП) среди ВИЧ-отрицательных людей, подвергающихся риску заражения ВИЧ-инфекцией (см. вставку 11).

ВСТАВКА 11. Информация о ДКП для работников здравоохранения



Заголовок: Не все медицинские работники знают о ДКП.

Далее приведено определение этого вмешательства, ниже – количественные показатели его важности: ДКП снижает риск заражения ВИЧ половым путем более чем на 90%, а через инъекционные наркотики – более чем на 70%, каждый третий медработник первичного звена не слышал о ДКП.

Источник: воспроизведено с разрешения Центров по контролю и профилактике заболеваний США (37).

ИССЛЕДОВАНИЯ И ИННОВАЦИИ

Наиболее эффективное реагирование на новые вызовы, связанные с развитием и эпидемиологией, требует оптимального использования научно-технических разработок. Постоянный пересмотр доступности и безопасности новых инструментов диагностики и лечения, потенциальных возможностей радикального излечения, средств коммуникации и способов сбора и обработки данных играет крайне важную роль в обеспечении наиболее эффективных и рентабельных методов диагностики, лечения и последующего наблюдения за пациентами. Все профильные секторы, но в особенности гражданское общество, должны вовлекаться в практическую реализацию и разработку программы биомедицинских и оперативных исследований и создание новых средств профилактических процедур и лечения (38).

Технологические разработки и современные достижения в области информационных технологий могут помочь преодолеть значительные ограничения в доступе к медицинским услугам. Цифровая технология обеспечивает немедленную передачу данных о состоянии здоровья, таких как результаты рентгенологических или лабораторных исследований или показатели витальных функций пациента. Они могут быть переданы в центры с более высокоспециализированным медицинским персоналом, а незамедлительная обратная связь обеспечит дальнейшие инструкции по лечению или диагностике.

Инновационные информационно-коммуникационные технологии должны далее апробироваться с возможным расширением их масштабов. Цифровые коммуникации популярны и уже сегодня доступны многим людям, что может позволить медицинским работникам поддерживать тесный контакт с пациентом при длительном лечении, а также проводить конференции с большим числом специализированных центров. Исследования показали, что обмен текстовыми сообщениями (SMS) и интернет-вмешательства способствуют профилактике, приверженности лечению и успеху терапии туберкулеза и ВИЧ-инфекции (39). В исследованиях отмечалось, что показатели излечения ТБ были в 2,3 раза выше у пациентов, получавших SMS-напоминания о лечении, по сравнению с другой группой, получавшей стандартное лечение без SMS-напоминаний (39, 40).

Научный поиск также жизненно важен для создания баз данных фактического материала, которые помогут понять, какие методы и меры работают, а какие нет, особенно при экспериментальном применении новых интервенционных подходов на национальном или местном уровне. При внедрении производительных и более эффективных моделей оказания помощи и/или при обращении к нетрадиционным подходам, таким как межсекторальная деятельность, важно проанализировать и отразить в документах те мероприятия, которые эффективно уменьшают число новых инфекций и сокращают заболеваемость и смертность. Существуют серьезные проблемы, связанные со сбором данных, регистрацией пациентов и обменом данными между странами, в случае беженцев и мигрантов. Сбор дезагрегированных данных о состоянии здоровья беженцев и мигрантов имеет первостепенное значение для представления научно обоснованных стратегических рекомендаций; однако при этом необходимо учитывать значительные этические и правовые барьеры.

ТРУДОУСТРОЙСТВО

Связи между трудоустройством и здоровьем носят сложный характер. В целом наличие работы, благоприятно влияет на здоровье, поскольку трудоустройство и стабильный доход могут привести к повышению уровня социальной защиты, улучшению питания и психического здоровья, а также к снижению социальной стигматизации. Стабильная занятость может также способствовать повышению самооценки и, таким образом, снизить риск саморазрушающего поведения, алкоголизма и злоупотребления психоактивными веществами, тем самым уменьшая риск заражения одним или всеми тремя заболеваниями, о которых идет речь. Туберкулез нередко более распространен среди безработных.

Вынужденная безработица и потеря работы сопряжены как с экономическим, так и с эмоциональным стрессом из-за отсутствия ощущения принадлежности, чувства самоуважения и утраты уважения со стороны сообщества и членов семьи. Отсутствие занятости может привести к маргинализации, повысить риск криминального поведения и злоупотребления наркотиками или алкоголем, что создает порочный круг – уменьшаются шансы на трудоустройство и увеличивается риск ухудшения здоровья.

С другой стороны, некоторые виды трудовой деятельности и занятости, а также неудовлетворительные условия труда несут в себе риски для здоровья, поскольку в этом случае работники могут подвергаться воздействию опасных/токсичных веществ, шума, пыли и нехватки свежего воздуха. Тяжелый физический труд увеличивает риск несчастных случаев и заболеваний опорно-двигательного аппарата, переутомления и других хронических проблем со здоровьем. Работа на закрытых и плохо проветриваемых рабочих местах, таких как шахты и тюрьмы, может увеличить риск заражения инфекциями, передаваемыми воздушно-капельным путем, включая туберкулез (41).

«На протяжении более 100 лет исследования связывали кремнеземную пыль на рабочем месте с повышенным риском туберкулеза».

Профилактика силикоза в шахтах месторождения Витватерсранд. Комитет шахтеров по предупреждению туберкулеза (42)

«Помимо шахтеров высокие показатели заболеваемости туберкулезом отмечаются среди рабочих, занятых в строительстве, гончарном деле, обработке натурального камня и добыче песка. Для лиц с подтвержденным силикозом риск активного туберкулеза повышается более чем втрое, тогда как для людей с ВИЧ риск увеличивается пятикратно. Среди работников с ВИЧ-инфекцией и силикозом суммарный риск увеличивается более чем в 15 раз, превращая эту комбинированную патологию в одну из самых смертоносных в странах с высоким бременем болезней».

ВИЧ-инфекция и силикоз. Corbett с соавт. (43).

Занятость в коммерческом сексе без адекватной защиты или в результате торговли людьми может значительно увеличить риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, особенно в тех случаях, когда законодательные ограничения становятся препятствием для доступа к услугам, предотвращающим, например, передачу ВИЧ и гепатитов. Группы, чья профессиональная деятельность связана с частыми поездками и длительными периодами работы вахтовым методом вне дома, такие как моряки, водители грузовиков, военнослужащие и трудовые мигранты, подвергаются большему риску заражения всеми инфекционными заболеваниями и, в частности, инфекциями, передаваемыми половым путем, вследствие случайных половых связей и контактов с работниками коммерческого секса (см. вставку 12).

ВСТАВКА 12. Охрана здоровья на рабочем месте – ВИЧ, гепатиты и инфекции, передаваемые половым путем


Источник: Всемирная организация здравоохранения (44).

Рабочие места представляют собой идеальные условия для реализации информационных и образовательных инициатив в области здравоохранения. Некоторые примеры предотвращения риска на рабочем месте включают предоставление сотрудникам регулярной информации о рисках для здоровья и защитном поведении посредством интрасети или лекций, предложения о скрининге через службы гигиены труда с последующим направлением на лечение, а также раздачу презервативов или размещение аппаратов по их продаже. В ответ на эпидемию ВИЧ была разработана специальная политика в отношении профилактики ВИЧ/СПИДа на рабочих местах, широко применявшаяся на практике и включавшая также вопросы социальной защиты, охраны здоровья сослуживцев, помощи членам семьи и обеспечения занятости (45).

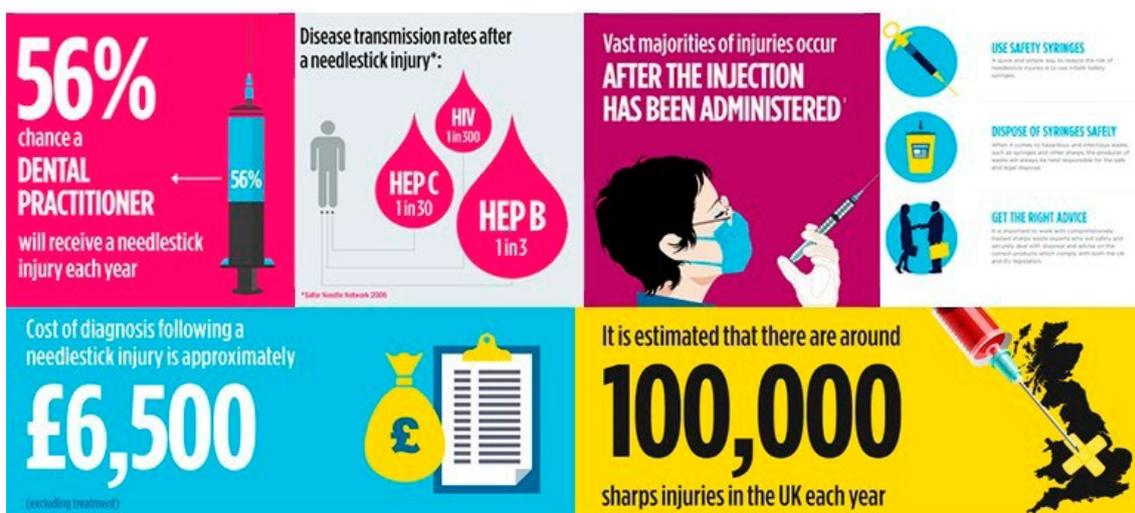
Люди, страдающие хроническими заболеваниями, не всегда способны вернуться к труду на полный рабочий день, но вполне могут иметь силы и желание работать на должностях, предполагающих частичную занятость, соответствующую их способностям и физическим возможностям. Имеет смысл подумать о создании таких возможностей с помощью схем профессиональной переподготовки и профессионально-технического образования людей, затронутых ВИЧ, туберкулезом или вирусными гепатитами, не способных вернуться к труду на полный рабочий день, с тем чтобы они нашли подходящую работу и получали доход. При приеме на работу работодателям не следует дискриминировать сотрудников по состоянию здоровья или перенесенным заболеваниям. Политика в области занятости может включать создание рабочих мест за счет государственного финансирования.

Трудоустройство в здравоохранении

Сами службы здравоохранения являются рабочим местом, которому необходимо уделять первоочередное внимание в контексте обсуждения вопросов занятости с высокими рисками для здоровья. Работники здравоохранения постоянно общаются с инфицированными пациентами, обычно находясь с ними в тесном физическом контакте. Медработники могут также заразиться инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, уколоться острыми предметами (использованными иглами) или подвергнуться воздействию инфицированной крови или биологических жидкостей. Защита работников здравоохранения от заболеваний и заражения инфекциями на рабочем месте и разработка специальной политики социальной защиты медиков на случай их заболевания является задачей не только самого сектора здравоохранения, но и всего законодательства в сфере охраны здоровья.

Во вставке 13 приводится пример инициативы Соединенного Королевства по защите работников здравоохранения от производственного травматизма.

ВСТАВКА 13. Выпущенный в Соединенном Королевстве постер, напоминающий работникам и руководителям здравоохранения о необходимости профилактики травм медицинскими иглами



Каждый стоматолог ежегодно подвергается 56%-ному риску уколоться иглой. Риски инфицирования при травме иглой: ВИЧ – 1:300, гепатит С – 1:30, гепатит В – 1:3. Травма возникает наиболее часто после проведения инъекции. Стоимость диагностических вмешательств после травмы иглой – примерно 6500 фунтов стерлингов. В Соединенном Королевстве ежегодно случается около 100 000 травм острыми медицинскими инструментами.

Источник: Воспроизведено с разрешения Initial [веб-сайт] (46).

Трудоустройство в вооруженных силах и правоохранительных органах

Трудовые ресурсы вооруженных сил и правоохранительных органов исключительно мобильны, что связано с рисками для здоровья, но прекрасно организованы в области обучения и управления персоналом. Поэтому они предлагают хорошие условия для предоставления информации о профилактике трех болезней, а также об их симптомах и методах лечения. Сотрудники правоохранительных органов потенциально чаще имеют дело с уязвимыми группами населения, что требует специальной подготовки, посвященной роли детерминант здоровья, недискриминации, укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Неформальная занятость

Доля населения, работающего в неформальном секторе, варьируется от страны к стране, однако некоторая степень неформальной занятости присутствует повсеместно. Мужчины, женщины и дети, занятые в неформальном секторе, занимаются, например, надомным трудом, сельским хозяйством, строительством, декоративно-прикладным искусством и ремеслами и мелкой торговлей. Обычно они не пользуются медицинской страховкой и поэтому имеют меньший доступ к медицинскому обслуживанию, последующему лечению и социальной защите, что создает особые проблемы для профилактики и борьбы с инфекционными болезнями, такими как туберкулез, ВИЧ и вирусные гепатиты.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Крайне важно, чтобы политическая воля к ускорению действий по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и вирусными гепатитами сочеталась с ассигнованием надлежащих ресурсов. Целевое выделение средств – на укрепление систем здравоохранения в целом или на борьбу с конкретными болезнями – зависит от национального и эпидемиологического контекста и бюджетных систем.

В большинстве стран значительная часть сектора здравоохранения получает государственное финансирование и ассигнования на конкретные программы. Даже в тех странах, где медицинское обслуживание было частично приватизировано, затраты на услуги, направленные на профилактику заболеваний, – классические информационные кампании, распространение бесплатных презервативов или программы обмена шприцев и игл – покрываются за счет государственного финансирования. Финансирование может быть национальным или, как в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, международным по линии таких организаций как ЮНЭЙДС, Глобальный фонд и др. Для обеспечения устойчивости программ заявки на донорскую поддержку должны в обязательном порядке содержать план перехода к стабильному внутреннему финансированию.

Если больные ТБ, ВИЧ и вирусными гепатитами, получающие длительное лечение, нуждаются в усиленном питании и пособии по безработице, соответствующие средства должны выделяться сектору социальной защиты, в том числе на кадровое обеспечение, необходимое для осуществления надлежащих вмешательств. Могут также потребоваться дополнительные ассигнования для сектора образования, чтобы поддержать производство новых школьных материалов по вопросам стигмы и профилактики.

«Растущий объем достоверных научных данных по экономическим аспектам профилактики болезней демонстрирует возможности сдерживания расходов на здравоохранение – но только при условии параллельного сокращения неравенств по всему социальному градиенту и оказания поддержки наиболее уязвимым группам населения».

Здоровье-2020. Европейское региональное бюро ВОЗ (2).

Лица, принимающие решения в сфере государственных финансов, могут рассмотреть вопрос о финансировании базового пакета для межсекторального взаимодействия с целью снижения рисков, связанных с тремя болезнями, с выделением субпакетов каждому из участвующих секторов. Такой процесс требует информационно-пропагандистской работы с государственными секторами, а также надлежащего планирования мероприятий и составления реалистичных бюджетов сопряженных затрат. При разделении труда между национальными и международными организациями последние могут оказывать техническую поддержку на основе своего опыта работы с другими программами и странами.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

Комплексная политика в области социального обеспечения, являющегося ключевым элементом защиты прав человека, – обязательная предпосылка воздействия на детерминанты здоровья и поведения, обуславливающие факторы риска и повышающие вероятность заражения ВИЧ, туберкулезом и гепатитами. Таким образом, социальная справедливость и слаженно функционирующие системы социальной защиты способствуют первичной профилактике этих инфекций и нивелируют последствия утраты дохода по состоянию здоровья.

Для покрытия расходов на лечение и в случае неполучения дохода пациентами должны применяться нормы права или законодательство, такие как законы о социальной защите и обязательном медицинском и социальном страховании. Однако существующие нормативные правовые акты нуждаются в пересмотре, так как необходимо убедиться, что они не содержат специальных статей, которые могли бы поставить в невыгодное положение эти группы населения (например, разрешение увольнения из-за продолжительности отсутствия на рабочем месте вследствие болезни/лечения, правовой статус в стране, тюремное заключение или наркопотребление в прошлом).

Социальная защита и устойчивые системы социального обеспечения людей в тяжелом экономическом положении и затронутых туберкулезом, ВИЧ и/или вирусными гепатитами играют важную роль, гарантируя недопущение дальнейшей маргинализации или окончательного обнищания таких граждан и ущемления их прав на социальные льготы, а также способствуя реинтеграции в общество по завершении лечения. Повторная интеграция подразумевает обеспечение жильем и школьным обучением, а также возобновление трудовой деятельности, возможно при поддержке в рамках специальных инициатив с учетом потенциально сниженной работоспособности этих групп населения. В политике социальной защиты должны также учитываться иждивенцы затронутых лиц, их дети, родители и, возможно, пожилые члены семьи.

Исследование, проведенное в 21 европейской стране, показало, что в период с 1995 по 2012 г. увеличение расходов на социальную защиту на 100 долл. США на человека каждый раз было связано с: уменьшением количества извещений о случае заболевания ТБ на 1,5%, снижением оценочного показателя заболеваемости на 1,7%, снижением смертности от туберкулеза, не связанного с ВИЧ, на 2,7% и снижением смертности от всех причин на 3,2% (47).

Инструмент оценки социальной защиты при ВИЧ, разработанный ЮНЭЙДС (49), помогает директивным органам выявлять пробелы и проблемы в существующей политике в отношении цели, поставленной в стратегии ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг.: обеспечить, чтобы к 2020 г. 75% людей, живущих с ВИЧ, имеющих риск заражения или затронутых ВИЧ, имели доступ к мерам социальной защиты при ВИЧ (50).

«Всесторонние стратегии социальной защиты могут быть особенно эффективными в защите здоровья людей во время экономических кризисов. Фактические данные показывают, что инвестирование в социальную защиту помогает защищать граждан и семьи от негативных эффектов экономических кризисов. Социальная защита и инвестирование в социальную поддержку открывают возможности для предупреждения болезней и инвалидности, и, в конечном счете, для улучшения показателей здоровья и сокращения масштабов неравенств в отношении здоровья. Общества, инвестирующие в социальную защиту, включая антициклические меры, достигают более значительного прогресса в улучшении показателей здоровья в целом и также могут быстрее улучшать здоровье наиболее уязвимых групп населения».

Здоровье-2020: социальная защита и здравоохранение. Европейское региональное бюро ВОЗ (48).

Социальная защита выходит за рамки чисто финансовой поддержки людей, затронутых тремя болезнями: к ней относится информационно-пропагандистская работа, направленная на достижение общественного понимания и признания, дестигматизация и защита от дискриминации. Кроме того, она предполагает наличие определенной структуры: пострадавшие должны знать, к кому обратиться, у них должно быть контактное лицо, социальный работник или наставник, на которого можно положиться.

Физический недуг и эмоциональное напряжение создают стресс. Наличие заболеваний, связанных с передачей инфекций половым путем, однополыми отношениями и наркотической зависимостью или нищетой, безработицей и такими факторами риска, как чрезмерное употребление алкоголя и табака, может вызвать чувство стыда и ощущение личной неудачи, что нередко затрудняет обращение пострадавших за помощью в медицинские или социальные службы. Это же обстоятельство повышает риск оказаться вне сети социальной защиты и попасть в порочный круг ухудшения состояния здоровья и усугубления бедности и изоляции.

Поэтому для социальных служб чрезвычайно важно предусматривать и выделять ресурсы для визитов на дом и посещений групп населения высокого риска, уязвимых и маргинальных слоев населения, чтобы активно предлагать им скрининг, консультации и направление на лечение и в службы социальной защиты. Во времена общего дефицита ресурсов в государственном секторе появляется тенденция к сокращению этих видов услуг; однако было бы нереалистично ожидать, что представители уязвимых групп населения будут наблюдаться в лечебно-профилактических учреждениях, не занимающихся аутрич-работой, или самостоятельно обращаться за помощью. Также важно, чтобы социальные работники аутрич-команд проходили специальную подготовку по общению с уязвимыми группами с уважением прав пациентов в кризисных жизненных ситуациях. Для таких тренингов должны изыскиваться ресурсы. Государственно-частные партнерства становятся популярным способом разделения ответственности за социальную защиту между частным и государственным секторами. Разработка программ корпоративной социальной ответственности также представляет собой хороший пример вклада частного сектора.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Службы здравоохранения нередко игнорируют психические расстройства, в особенности тревогу и депрессию, что лишает пациентов возможности должным образом заботиться о своем здоровье и становится причиной недоедания, ослабления иммунной системы и повышения риска таких инфекций, как туберкулез (52). Кроме того, нарушения психического здоровья ухудшают комплаентность и, следовательно, снижают эффективность медицинской помощи и терапии, в том числе противотуберкулезного лечения. Психические расстройства также тесно связаны с бездомностью, затрудняющей трудоустройство (53). С другой стороны, психические заболевания могут развиваться или усугубляться в связи с социальной изоляцией во время лечения и стигматизацией ТБ, ВИЧ и ВГС. Их симптомы также могут появиться в качестве побочного эффекта некоторых режимов медикаментозной терапии (52). Психические расстройства способны повышать риск незащищенного секса и употребления психоактивных веществ, что, в свою очередь, увеличивает риск заражения ВИЧ, ТБ и вирусными гепатитами.

Обеспечение функционирования легкодоступных комплексных служб охраны психического здоровья для всех возрастных групп и во всех странах является важным фактором раннего распознавания аддиктивного поведения и оказания помощи в связи с ним, а также поддержки людей, страдающих такими расстройствами. Службы охраны психического здоровья важны также для проведения психологического консультирования и психотерапии в процессе диагностики и лечения трех инфекционных заболеваний.

На сегодняшний день медперсонал практически не специализируется на терапевтических подходах к работе с людьми, страдающими наркотической зависимостью, или эффективном предупреждении начала употребления психоактивных веществ, особенно в случае употребления наркотиков для секса (так называемый «хемосекс»). Более того, медикам, работающим с больными туберкулезом и гепатитом, почти недоступна подготовка в области проблем психического здоровья и зависимости (алкоголизм, токсикомания, курение), которые могут быть связаны с этими тремя заболеваниями. Больше тренингов проводилось по вопросам консультирования и психического здоровья в контексте ВИЧ-инфекции, скорее вследствие характера заболевания, которое до улучшения доступа к антиретровирусным препаратам и снижения цен на них рассматривалось как эквивалент смертного приговора. Проведение такой подготовки стало также ответом на вовлечение людей, живущих с ВИЧ, в деятельность сообществ, положив начало психологической поддержке в 1980-х годах.

Рекомендуется, чтобы межсекторальные действия, направленные против ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов, были тесно связаны с усилиями по первичной профилактике злоупотребления психоактивными веществами. В программу последипломного образования медицинского персонала, специализирующего-

«Психическое здоровье – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества. Нарушения психического здоровья тесно коррелируют с лишениями, нищетой, неравенством и социальными и экономическими детерминантами здоровья. Нарушения психического здоровья усугубляются в связи с повышенной интенсивностью курения, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, безработицей, ожирением и плохим питанием, что актуально для одних групп населения в большей степени, нежели для других».

Межсекторальные действия по охране психического здоровья. Европейское региональное бюро ВОЗ (51).

ся на профилактике и лечении токсикоманий, следует включить темы, касающиеся этих трех заболеваний. ОГО и бывшие пациенты должны вовлекаться в разработку содержания учебных программ и их преподавание с учетом точки зрения больного.

Наркопотребление и аддиктивное поведение

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) обычно не начинается с потребления инъекционных наркотиков. Чаще всего люди, употребляющие ПАВ, начинали с легальных наркотиков (как рецептурных, так и безрецептурного отпуска), а также алкоголя и табака или даже рецептурных препаратов, купленных на черном рынке. Вред, связанный с употреблением алкоголя и табака, рассматривается ниже в соответствующих разделах.

В Европейском регионе ВОЗ большинство случаев смерти среди людей, употребляющих ПАВ или инъекционные наркотики, связаны со СПИДом, передозировкой, самоубийством или травматизмом. Совершенствование помощи в связи с туберкулезом, ВИЧ и вирусными гепатитами может улучшить состояние здоровья потребителей ПАВ или инъекционных наркотиков. В 2004 г. в Европейском регионе из-за употребления запрещенных наркотических веществ было потеряно 2,4 миллиона лет жизни, что связано с инвалидностью и смертностью. Таким образом, употребление запрещенных наркотических веществ является девятой по значимости причиной потери лет жизни с учетом неполного здоровья (DALY). В Восточной Европе 70–90% всех заразившихся ВИЧ-инфекцией составляют люди, употребляющие инъекционные наркотики, а в Европейском регионе в целом потребление инъекционных наркотиков приводит к большинству новых случаев ВГС (54).

«Международные конвенции о контроле над наркотиками создавались для защиты и укрепления общественного здоровья, особенно в отношении таких уязвимых групп населения, как дети и подростки, подвергающиеся риску, маргинальные лица, люди, затронутые социальным отчуждением или неблагоприятными предпосылками, или люди с анамнезом аффективной травмы и психологических проблем и сопутствующими психическими расстройствами. Конвенции однозначно обеспечивают поддержку лицам с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, и людям, которым показан контролируемый прием наркотиков в медицинских целях, причем положения этих конвенций должно и нужно реализовывать при полном соблюдении прав человека и уважении достоинства людей».

Пакет УНП ООН для обучения лиц, определяющих политику, по характеру, профилактике и лечению нарушений, связанных с употреблением наркотиков. УНП ООН (55).

Потребление инъекционных наркотиков должно рассматриваться не изолированно, а в контексте использования и контроля других веществ, вызывающих зависимость, разрешенных или запрещенных. В последнее десятилетие предметом серьезной озабоченности стало использование стимуляторов амфетаминового ряда и новых психоактивных субстанций (56, 57).

Межсекторальные действия, направленные на снижение рисков, связанных с тремя болезнями, должны включать политику в отношении наркотиков, алкоголя и табака и ее реализацию, причем обычно нормативные правовые акты сами по себе являются продуктом межсекторального взаимодействия. Декриминализация употребления наркотиков в сочетании с декриминализацией поведения, при котором

употребление наркотиков может быть более очевидным, такого как секс-индустрия, также помогает гарантировать группам риска постоянный доступ к лечению, помощи и поддержке, в которых они нуждаются для ведения более здорового образа жизни. Такие меры увеличивают вероятность ранней диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов и, следовательно, приводят к снижению числа новых инфекций.

Во вставке 14 подчеркивается необходимость международного сотрудничества для снижения вреда, связанного с употреблением психоактивных веществ.

ВСТАВКА 14. Сотрудничество в целях снижения вреда, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами

«Воодушевленный успехом состоявшегося в 2017 г. в Женеве Первого форума Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе с алкоголем, наркотиками и наркозависимостью, Второй форум должен придать новый стимул международным действиям под руководством ВОЗ, направленным на сокращение медицинского и социального бремени, связанного с употреблением психоактивных веществ и наркозависимостью.

В условиях стремительно меняющегося глобального ландшафта и коммерциализации здравоохранения необходимы прочное международное сотрудничество и партнерства для снижения уровней употребления алкоголя и борьбы с наркотиками и достижения целей всеобщего охвата услугами здравоохранения для лиц, страдающих от нарушений здоровья, связанных с наркопотреблением и наркозависимостью.

*Д-р Рен Минхуэй
Помощник Генерального директора
Всеобщий доступ к услугам здравоохранения /
Инфекционные и неинфекционные заболевания*



Источник: Всемирная организация здравоохранения (58).

Алкоголь

Потребление алкоголя в Европейском регионе ВОЗ является самым высоким в мире. Вредное употребление алкоголя связано с преждевременной смертностью и заболеваемостью, которые можно предупредить; потребление алкоголя – основной предотвратимый фактор риска психоневрологических расстройств, сердечно-сосудистой патологии, алкогольных поражений печени, включая цирроз и рак. Употребление алкоголя – фактор риска снижения иммунитета и повышения вероятности заражения; при этом снижается и способность к самообслуживанию, включая гигиену и питание, что приводит к повышению частоты ряда инфекционных заболеваний и в значительной степени способствует непреднамеренным и преднамеренным травмам. Чрезмерное употребление алкоголя женщиной во время беременности может привести к серьезным нарушениям когнитивных функций у ребенка. Кроме того, алкоголь оказывает растормаживающее действие и снижает порог для рискованного поведения, в частности для употребления других веществ, вызывающих зависимость, небезопасного секса и гендерного насилия.

Таблица 2 иллюстрирует высокую степень алкогольной зависимости, подтвержденной медицинским диагнозом, среди больных туберкулезом в португальском округе Порту.

ТАБЛИЦА 2. ТБ в уязвимых группах населения – округ Порту, Португалия

| Алкогольная зависимость | | ПИН | | Другие виды наркотической зависимости | | Заклученные | | Бездомные | | Проживающие по договору социального найма | |
|-------------------------|---------------|-----|---------------|---------------------------------------|---------------|-------------|---------------|-----------|---------------|---|---------------|
| % | Число случаев | % | Число случаев | % | Число случаев | % | Число случаев | % | Число случаев | % | Число случаев |
| 10,7 | 194 | 2,9 | 52 | 6,1 | 110 | 2,4 | 44 | 1,4 | 26 | 3,0 | 54 |

Источник: неопубликованная презентация Генерального директората по здравоохранению Министерства здравоохранения Португалии, 2019.

Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (59) в сентябре 2011 г. получил одобрение всех 53 государств-членов Региона. В него включен целый ряд вариантов научно обоснованной межсекторальной политики, направленной на сокращение вредного употребления алкоголя, список индикаторов (с определениями) по аналогии с теми, что используются в Европейской информационной системе «Алкоголь и здоровье», а также контрольный список для государств-членов.

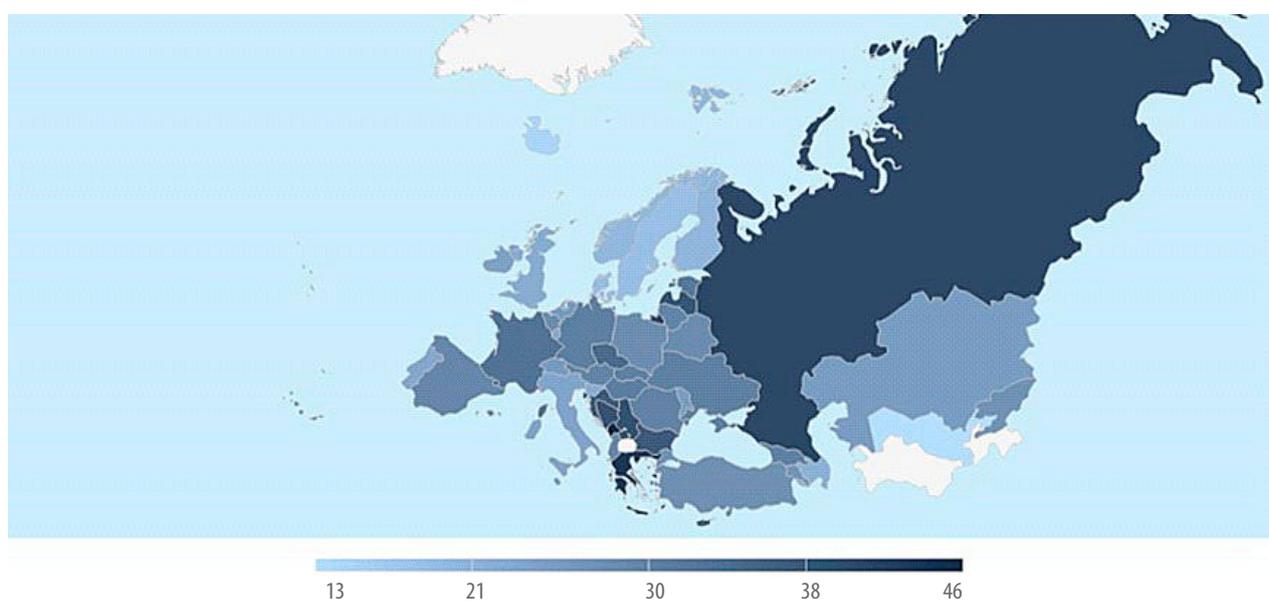
К основной аудитории этого плана действий относятся национальные органы власти стран Региона, отвечающие за политику в отношении алкоголя, такие как министерства здравоохранения и другие ведомства (в том числе министерства финансов, промышленности и торговли, образования, социальной защиты, транспорта и уголовной юстиции), неправительственные организации и организации гражданского общества, исследователи, частный сектор и международные партнеры.

Табак

Табакокурение увеличивает риск возникновения болезней дыхательных путей и уязвимости к инфекциям, причем последнее обстоятельство усугубляется приемом алкоголя. Курение является фактором риска развития туберкулеза, независимо от употребления алкоголя и других социально-экономических факторов риска. Курение повышает риск заражения ТБ более чем в 2,5 раза и увеличивает смертность больных туберкулезом. Свыше 20% заболеваемости туберкулезом в мире может быть связано с курением (60). Рисунки 7 и 8 иллюстрируют последние сведения о распространенности табакокурения и количестве новых случаев туберкулеза, соответственно.

Подробный разбор связей между употреблением табака и риском заболеть туберкулезом представлен в «Монографии ВОЗ / Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких по ТБ и борьбе против табака: объединение усилий для противостояния двум взаимосвязанным глобальным эпидемиям» (62). В ней вносятся ряд предложений по борьбе с этими двумя эпидемиями путем интеграции национальной стратегии по борьбе с ТБ с мероприятиями по борьбе против табака на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Даются рекомендации по проведению обучения для работников ПМСП по вопросам диагностики, профилактики и лечения туберкулеза и профилактики табакокурения и отказа от

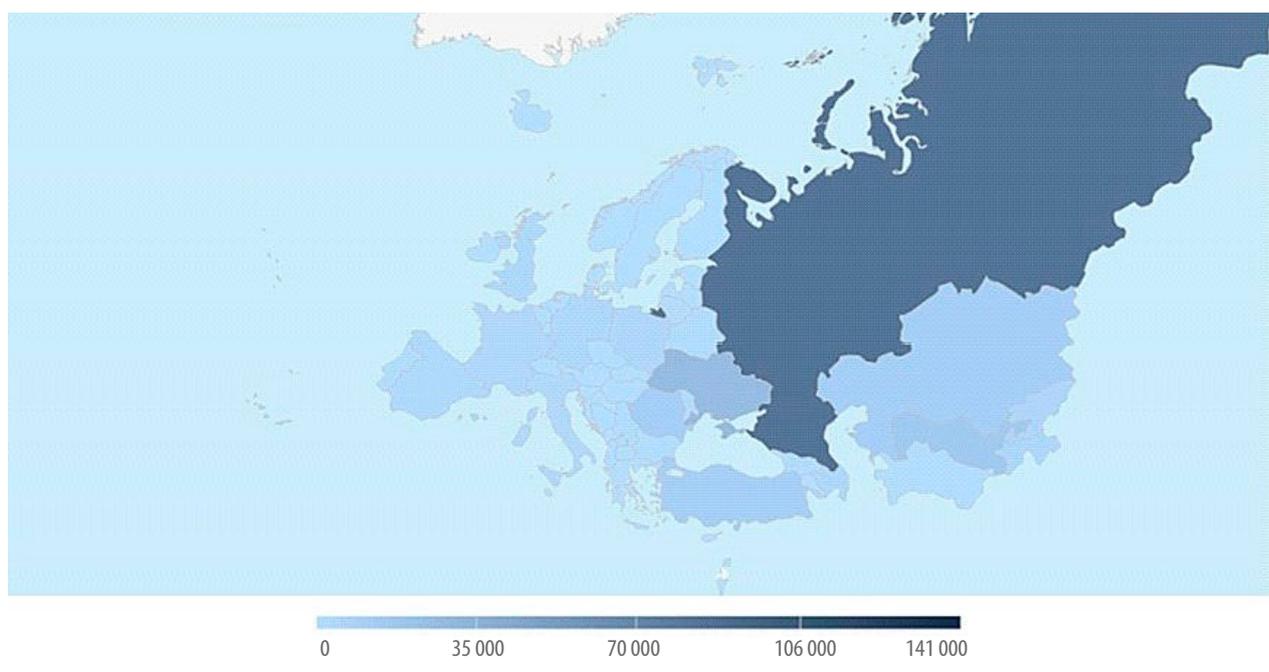
РИСУНОК 7. Стандартизированная по возрасту распространенность курения табака среди людей в возрасте 15 лет и старше в настоящее время (%)



Белый цвет – нет данных.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (61).

РИСУНОК 8. Количество новых случаев туберкулеза



Белый цвет – нет данных.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (61).

курения, с тем чтобы пациенты могли быть продиагностированы и пролечены по обоим направлениям, а также чтобы больным ТБ можно было предлагать консультации и лечение в связи с табачной зависимостью.

Прослежены связи между курением и ВИЧ-инфекцией. У людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), с большей вероятностью проявляются вредные последствия курения, такие как бактериальная пневмония, кандидоз, волосатая лейкоплакия, рак, серьезные заболевания легких, включая хроническую обструктивную болезнь легких, и патология сердца. Курящие ЛЖВ демонстрируют худший ответ на антиретровирусную терапию в отношении подавления вирусной нагрузки (63) и чаще умирают вследствие СПИД-ассоциированных заболеваний и в связи с другими причинами смертности по сравнению с некурящими ЛЖВ (64). Helleberg с соавт. (2012) выявили среди ЛЖВ избыточную смертность на уровне 17,6%, связанную с курением, по сравнению с избыточной смертностью на уровне 4,8% в ВИЧ-отрицательных контрольных группах курильщиков и некурящих. Они отметили, что программы отказа от курения способны принести огромную пользу ЛЖВ в процессе лечения, так что полезно было бы предлагать их в рамках программ терапии ВИЧ (64).

Некоторые исследования указывают на то, что среди людей, коинфицированных ВИЧ и ВГС, отказ от курения ассоциируется со снижением смертности от ВГС. Исследование связанной с ВГС смертности среди лиц с коинфекцией ВИЧ/ВГС показало, что с людьми, живущими с коинфекцией ВИЧ/ВГС, должна проводиться работа, направленная на прекращение употребления табака и алкоголя (65). В другом исследовании причин смертности среди ЛЖВ в Лондоне в 2016 г. курение наряду с употреблением алкоголя за год до смерти было названо фактором риска (66).

Что касается имеющихся данных об усилении вредного воздействия табака на пациентов, живущих с тремя болезнями или получающих в связи с ними лечение, и о благоприятных исходах отказа от курения среди этого контингента больных, то странам предоставляется возможность самостоятельно проследить подобные связи с реализацией соответствующей политики и обеспечить, чтобы медицинский персонал, работающий с пациентами с ВИЧ, туберкулезом и гепатитом, был обучен навыкам коммуникации в отношении вреда употребления табака и методам руководства пациентами в процессе отказа от курения.

Бремя употребления табака для здоровья огромно: в 2016 г. во всем мире от него умерло более 7 миллионов человек, причем многие из этих смертей произошли преждевременно; также были понесены огромные потери здоровых лет жизни, вызванные заболеваемостью и инвалидностью (67). Для общества это бремя влечет за собой огромные экономические затраты – как непосредственные, на удовлетворение потребностей в охране здоровья, так и косвенные, из-за утраты трудоспособности, пожаров, ущерба, наносимого окружающей среде сигаретным мусором и деструктивными методами ведения сельского хозяйства. В настоящее время появилось более широкое понимание того, как снизить экономические и медицинские издержки этой смертельной эпидемии, но, несмотря на наличие экономически эффективных инструментов, многие страны по-прежнему сталкиваются с проблемой при разработке и реализации всеобъемлющих и устойчивых стратегий борьбы с курением.

Для решения этих вопросов государства-члены в Европейском регионе ВОЗ на протяжении последних 15 лет согласовали ряд концептуальных основ политики, например таких, как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (68). В странах наметился прогресс в реализации этих концептуальных основ, но достигнутые к настоящему времени показатели недостаточны для достижения целевого ориентира по снижению распространенности употребления табака среди взрослого населения в Европейском регионе на 30% к 2025 г. (69).

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА

Важность укрепления сексуального и репродуктивного здоровья и соблюдения соответствующих прав для повышения эффективности ответных мер на ВИЧ, вирусные гепатиты и другие инфекции, передаваемые половым путем, получила широкое признание и документальное подтверждение в ряде национальных и международных ресурсов и обязательств (70), таких как Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (71), Конвенция о правах ребенка (72) и Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека (73), что подчеркивается также в утвержденной Общей позиции Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита посредством межсекторального сотрудничества (4). Это относится и к праву людей решать, хотя бы они вынашивают беременность, независимо от их ВИЧ-статуса.

ВИЧ и вирусные гепатиты могут передаваться во время незащищенного полового акта (вагинального, орального или анального) с кем-либо инфицированным, а в случае ВИЧ – с партнером с определяемой вирусной нагрузкой. Таким образом, обеспечение включения связей с профилактикой ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, в национальную политику и стратегии в области сексуального и репродуктивного здоровья, имеет решающее значение для предотвращения заражения молодежи и взрослых, что также исключительно важно для сокращения частоты или ликвидации передачи ВИЧ-инфекции от родителя ребенку, а также врожденного сифилиса.

В документе «Обращение к международному сообществу с призывом к действию для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения путем решения взаимосвязанных вопросов сексуального и репродуктивного здоровья и прав и проведения вмешательств по борьбе с ВИЧ-инфекцией» перечислены 10 ключевых действий, направленных на улучшение сексуального и репродуктивного здоровья и прав, в их число входит обеспечение значимого участия сообщества, формирование консолидированной политической воли с ответственным руководством и стратегическим управлением, а также исправление законодательства и практики (см. вставку 15).

Большинство стран Европейского региона разработали и начали реализовывать комплексные стратегии в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Эти стратегии внедрялись с 1994 г. в соответствии с рекомендациями и Программой действий Международной конференции по народонаселению и развитию (71), организованной ЮНФПА в Каире, Египет. Как правило, в такие стратегии включаются межсекторальные действия, особенно касающиеся вмешательств в сфере образования и молодежной политики, в том числе направленные на предотвращение сексуального насилия. Однако они не всегда охватывают права на охрану сексуального и репродуктивного здоровья сексуальных меньшинств, транссексуалов и людей, живущих с ВИЧ, туберкулезом и вирусным гепатитом. Все более доступной становится информация и научные данные о связях между лечением туберкулеза и репродуктивным здоровьем. Имеется достаточно сведений об использовании противотуберкулезных препаратов первого ряда для лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза и большинства противотуберкулезных препаратов второго ряда для лечения МЛУ-ТБ во время беременности. В настоящее время появляется все больше фактического материала на фоне расширения масштабов доступа к новым рекомендованным терапевтическим режимам.

ВСТАВКА 15. Призыв к действию для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения путем решения взаимосвязанных вопросов сексуального и репродуктивного здоровья и прав и проведения вмешательств по борьбе с ВИЧ-инфекцией



В контексте связей между сексуальным и репродуктивным здоровьем и правами (СРЗП) с ВИЧ-инфекцией особое внимание следует уделять людям, живущим с ВИЧ, работникам секс-бизнеса, трансгендерным лицам, мужчинам, практикующим секс с мужчинами, людям, употребляющим наркотики, а также лицам, содержащимся в тюрьмах и учреждениях закрытого типа, уделяя при этом особое внимание подросткам и ключевым группам молодого населения.

Основное действие: национальные правительства и парламенты работают с системой уголовной юстиции и партнерами из гражданского общества над внесением поправок в национальные законы и политику, препятствующие, как было доказано, доступу людей к необходимым для них услугам в области СРЗП и ВИЧ/СПИДа.

Улучшить согласованность и координацию действий заинтересованных сторон и сотрудничество между ними в системе здравоохранения для обеспечения когерентности и эффективности предоставления комплексных услуг по охране СРЗП и профилактике, лечению и помощи в связи с ВИЧ, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Источник: Всемирная организация здравоохранения (74).

«Сексуальное и репродуктивное здоровье и права (СРЗП) имеют основополагающее значение для здоровья и выживания людей, экономического развития и благополучия человечества. Несколько десятилетий исследований продемонстрировали – и продолжают демонстрировать – глубочайшие и поддающиеся количественной оценке преимущества инвестиций в сексуальное и репродуктивное здоровье. Подписав международные соглашения, правительства взяли на себя обязательства по таким капиталовложениям. И все же прогресс застопорился из-за слабой политической приверженности, неадекватности ресурсов, непрекращающейся дискриминации женщин и девочек и нежелания открыто и всесторонне решать вопросы, связанные с сексуальностью».

Ускорение прогресса – сексуальное и репродуктивное здоровье и права для всех. Starrs с соавт. (75).

МИГРАЦИЯ

Последствия миграционного процесса, социальные детерминанты здоровья, а также риски и контакты в местах происхождения, транзита и назначения взаимодействуют с биологическими и социальными факторами, обуславливая различные исходы в отношении здоровья. Миграция представляет собой исторический процесс с долговременной глобальной динамикой, требующий структурной адаптации и инклюзивной государственной политики с участием национальных систем здравоохранения стран происхождения, транзита и назначения.

Однако на самом деле в миграционной политике часто отдается предпочтение краткосрочным вмешательствам и проблемам безопасности, а не потребностям в области здравоохранения и соблюдения прав беженцев и мигрантов. Именно поэтому для реализации эффективной долгосрочной структурной политики во всех секторах и на всех административных уровнях требуются сильное и эффективное управление и стратегическое руководство. Стратегия и План действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (76), принятые всеми 53 государствами-членами в 2016 г., представляют собой дорожную карту вариантов действий, которые могут быть предприняты государствами-членами и ВОЗ.

Важно отметить отсутствие каких-либо доказательств того, что беженцы и мигранты создают значимую угрозу передачи заболеваний в принимающих сообществах. Возможно, беженцы и мигранты, прибывающие из стран с высокой распространенностью туберкулеза, могут отражать распространенность ТБ в странах происхождения. Однако доля беженцев и мигрантов в общем числе случаев заболевания ТБ в стране варьирует в диапазоне от более чем 90% до менее чем 1%, что зависит от показателя распространенности инфекции в принимающей стране.

То же самое правомочно в отношении ВИЧ. Значительная доля ВИЧ-положительных беженцев и мигрантов инфицируются после прибытия в Регион, но более вероятно, что диагноз им будет установлен позднее от момента инфицирования по сравнению с общей популяцией. Инфекции, вызванные вирусами гепатита В и С, более распространены среди беженцев и мигрантов, прибывающих из стран, где эта патология высокоэндемична, но показатель превалентности этих инфекций среди групп беженцев и мигрантов в разных государствах-членах ВОЗ Региона варьирует (13).

Многие беженцы и мигранты прибывают из стран с разрушенными системами здравоохранения и тяжелым бременем болезней. Однако трудовые мигранты могут также приезжать в страны с высоким бременем болезней и там заразиться ВИЧ, туберкулезом или вирусным гепатитом, не в последнюю очередь из-за нередко ненадежных условий проживания и труда, а также из-за одиночества и временного ослабления социальных и семейных связей и отношений во время миграции. Кроме того, обстановка в странах транзита и назначения (например, отсутствие доступа к услугам, чистой воде и адекватному питанию, неудовлетворительные условия проживания и труда, социальные и культурные препятствия) усугубляют неравенство, риски этих трех заболеваний и восприимчивость к ним. Поэтому рекомендуется (78) улучшить доступ к услугам по тестированию и лечению вне зависимости от правового статуса мигрантов. Даже там, где доступ к услугам и тестированию существует, трудовые мигранты не всегда обращаются за помощью из страха обнаружения заболеваний, что может привести к потере работы или депортации в их родную страну без доступа к источникам дохода, который они ожидали получить, особенно, если мигранты не имеют легального статуса.

«Мобильность населения приводит к увеличению разнообразия в наших обществах, создавая в то же время целый ряд вызовов, относящихся к интеграции и демографии. Системы здравоохранения должны быть гибкими и адаптировать свою деятельность с учетом различий в состоянии здоровья и медицинских потребностей конкретных групп населения. Право на здоровье является универсальной ценностью, которая лежит в основе конституционных законов многих стран. Мероприятия по охране здоровья мигрантов должны проводиться в соответствии с принципами уважения прав человека, благодаря чему мигранты смогут вносить полный вклад в социально-экономическое и политическое развитие общества. Это понятие легло в основу посвященной здоровью мигрантов резолюции WHA61.17, одобренной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2008 г.

Мигранты являются группой населения, состоящей из различных и частично совпадающих подгрупп, включая следующие: трудящиеся-мигранты и члены их семей; иностранные студенты; незарегистрированные мигранты; внутренне перемещенные лица; беженцы; лица, ищущие убежища; несопровождаемые несовершеннолетние; жертвы торговли людьми и т.д. Отсутствие консенсуса относительно понятий «мигранты» и «миграция» также указывает на сложность вопросов миграционной политики.

Кроме того, для успешного решения вопросов, связанных с миграцией и охраной здоровья, требуется участие различных правительственных и неправительственных организаций и секторов, занимающихся внутренними и внешними делами, а также вопросами правосудия, труда, социальной защиты, образования и здравоохранения. Это объясняется тем, что очень часто стратегии и действия одних секторов влияют на деятельность других секторов. Для обеспечения скоординированных, структурных и устойчивых изменений в этой области необходимы многосекторальные, многоуровневые и транснациональные подходы».

Здоровье-2020: многосекторальные действия по защите здоровья мигрантов. Европейское региональное бюро ВОЗ (77).

Публикация Международной организации труда (МОТ) «Продвижение основанного на правах человека подхода к миграции, защите здоровья и предотвращению ВИЧ/СПИДа: платформа действий» содержит рекомендации по улучшению здоровья мигрантов посредством целенаправленных действий (79). К таким действиям относятся защита прав человека и трудовых прав мигрантов и их семей, безопасность и гигиена труда, доступ к социальной защите, целевые подходы к мобильной рабочей силе, развитие служб общественного здравоохранения и аутрич-работа.

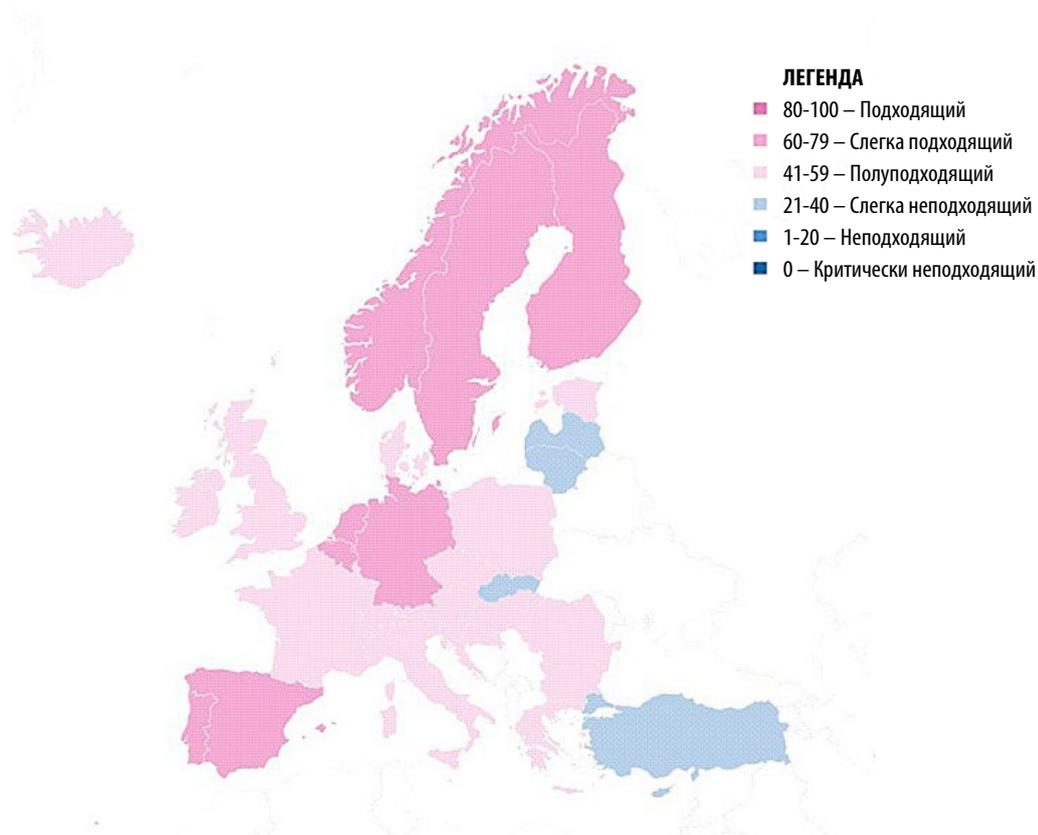
Ограничительные законы и регламентирующие документы могут также затрагивать мигрантов, не являющихся выходцами из неблагополучных мест. Поэтому очень важно внимательно изучить правовые препятствия для доступа к диагностике и лечению и как можно скорее устранить их, чтобы остановить распространение болезней. Есть несколько государств, которые все еще вводят ограничения на пребывание в стране и въезд на свою территорию в связи с ВИЧ-статусом (80).

Вопросник Индекса политики интеграции мигрантов (MIPeX) – это методика, предназначенная для оценки политики интеграции мигрантов, включая доступ к услугам здравоохранения. Последнее издание MIPeX (2015) охватывает 38 различных стран. Раздел анкеты, посвященный охране здоровья, основан на рекомендациях по мобильности, миграции и доступу к медицинскому обслуживанию, разработанных в процессе консультаций, который длился два года и в котором приняли участие исследователи,

межправительственные и неправительственные организации и широкий круг специалистов по охране здоровья мигрантов. Анкета включает свыше 167 индикаторов и определяет равноценность в политике, касающейся четырех вопросов: (i) права мигрантов на медицинское обслуживание, (ii) доступность услуг здравоохранения для мигрантов, (iii) быстрое реагирование на потребности мигрантов и (iv) меры, направленные на достижение перемен. Исследования в области медицинского раздела Индекса были совместно профинансированы Международной организацией по миграции (МОМ), Генеральным директором по здравоохранению и продовольственной безопасности Европейской комиссии [DG SANTE] и Исполнительным агентством ЕС по защите прав потребителей, здравоохранению, сельскому хозяйству и продуктам питания [CHAPEA], а также проводились в сотрудничестве с Группой по вопросам миграционной политики [MPG] и Барселонским центром международных отношений [CIDOB] (81).

На рисунке 9 показаны общее количество баллов по шкале MIPEX в 2016 г., а также значительные различия в пределах Европы.

РИСУНОК 9. Индекс политики интеграции мигрантов – здоровье, Европа 2016 г.



Примечание: Карта иллюстрирует общий рейтинг MIPEX по политике здравоохранения в отношении мигрантов в Европе, основанный на показателях, включающих уровни охвата медицинским обслуживанием и доступа к услугам.

Источник: воспроизведено с разрешения МОМ (82).

В странах с известными путями миграции и точками пересечения государственных границ может оказаться эффективным предложение мобильных медицинских услуг по тестированию, началу лечения или контролю за ранее назначенным лечением, а также привлечение общин и диаспор в качестве отправных точек, помогающих мигрантам получить доступ к медицинским услугам.

В Европейском регионе еще не создан скоординированный механизм общественного здравоохранения, гарантирующий трансграничное предоставление услуг профилактики, диагностики, лечения и помощи в связи с туберкулезом. В ответ на этот вызов Европейское региональное бюро ВОЗ разработало минимальный пакет для трансграничного контроля и помощи в Регионе (см. вставку 16) (83, 84).

ВСТАВКА 16. Какие меры профилактики, лечения и помощи в связи с ТБ эффективны и действенны среди беженцев и мигрантов?

Ввиду разнообразия условий в Европейском регионе маловероятно, что единый гармонизированный подход к ведению ТБ среди мигрантов окажется эффективным или действенным. Однако есть смысл рассмотреть следующие варианты политики:

- включить доступные и учитывающие культурные особенности скрининг и лечение латентной туберкулезной инфекции и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в программы скрининга беженцев и мигрантов (например, при первом контакте вновь прибывших мигрантов со службами здравоохранения в принимающей стране) в базовый пакет бесплатных услуг;
- улучшить трансграничное сотрудничество в сфере скрининга и лечения ТБ на протяжении всей траектории миграции, делая упор на реализацию пакета минимальных услуг по скринингу на ТБ и помощи в связи с ТБ;
- выработать более целостный подход к охране здоровья мигрантов во всем Регионе с признанием прав мигрантов на здоровье и последовательно устранять правовые, социальные и культурные препятствия к получению услуг здравоохранения для содействия оптимизации борьбы с ТБ среди мигрантов;
- повышать уровень санитарного просвещения / санитарной грамотности в области профилактики, лечения и ухода в связи с ТБ для распространения знаний, повышения осведомленности и, как следствие, привлечения пациентов;
- привести политику в отношении ТБ в соответствие с инициативами в рамках социальных программ, поскольку бедность и социальная депривация являются хорошо известными факторами риска передачи и реактивации ТБ;
- усилить подходы к сбору информации для создания международной базы данных о ТБ среди беженцев и мигрантов для мониторинга и оценки в пределах национальных систем здравоохранения;
- поощрять исследования в целях улучшения понимания закономерностей ТБ и определения инновационных подходов к реализации, в частности, затратной эффективности и путей совершенствования скрининга и полноценного лечения.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (83).

«Синяя карточка» медицинского страхования граждан Европейского союза (ЕС) обеспечивает доступ к неотложной медицинской помощи в странах ЕС, отличных от страны проживания. Это хороший пример трансграничной координации в финансировании здравоохранения. Однако он не предусматривает продолжения лечения ранее диагностированных состояний, а также не обеспечивает трансграничный доступ к истории болезни пациентов.



«Синяя карточка» медицинского страхования в странах ЕС.
© Assia Brandrup-Lukanow

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Законодательство в сфере охраны здоровья, профилактики заболеваний, отпуска по болезни, страхования от потери работы и нового трудоустройства оказывает непосредственное влияние на доступ к лечению, а также на возможность продолжать лечение в течение длительного времени, что особенно актуально для ВИЧ, ТБ и вирусных гепатитов. Работа с законодателями является обязательным условием включения вопросов здоровья в политическую повестку дня.

Еще один столь же актуальный раздел законодательства – это права человека. Там, где существующие законы не обеспечивают защиту прав всех людей, в том числе представителей групп риска и уязвимых популяций, трудно реализовывать программы по охране здоровья, которые касаются каждого члена общества и используются всеми. Рисунок 10 иллюстрирует тесное переплетение вопросов охраны здоровья и прав человека.

РИСУНОК 10. Право на охрану здоровья и права человека



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ.

Там, где использование наркотических веществ в личных целях и наркотическая зависимость рассматриваются как преступная деятельность, а не как медицинские проблемы, труднее вовлечь затронутых людей в программы наркологического лечения и, что наиболее важно, еще труднее заставить их лечиться от ВИЧ, туберкулеза или ВГС, так как посещение медицинского центра может ассоциироваться со страхом быть уличенным или арестованным. То же самое относится к другим ключевым группам населения и группам риска, таким как мужчины, практикующие секс с мужчинами, или работники коммерческого секса.

Дискриминационное и стигматизирующее законодательство сильно затрудняет аутрич-работу с группами, которые в наибольшей степени нуждаются в поддержке и вмешательствах, а также подвергает медицинских работников риску быть замеченными в осуществлении действий, считающихся противоправными, и, таким образом, создает у них ощущение, что они сами играют роль чуть ли не преступников. Ограничительные законы, отличающиеся особой дискриминацией в отношении работников коммерческого секса и наркопотребителей, повышают вероятность того, что данные континенты откажутся от обращения за медицинской помощью, и это станет причиной поздней диагностики и несвоевременного начала лечения.

Таким образом, при оценке эффективности работы с ключевыми группами населения, в частности с мигрантами и беженцами, полезным шагом может стать анализ законов, касающихся людей, живущих с ВИЧ, туберкулезом и ВГС, и оценка того, насколько далеко они заходят в создании препятствий для доступа к диагностике, лечению, уходу и реинтеграции. Оценке правовой среды будет способствовать участие в ней заинтересованных сторон из различных профильных секторов, таких как здравоохранение, образование и занятость, а также самого юридического сектора (см. приложение 4, комплекс методик).

СУДЕБНАЯ И ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СИСТЕМА

Состояние здоровья заключенных в тюрьмах хуже, чем в общей популяции, равно как и качество медицинского обслуживания. В то же время доля заключенных, инфицированных ВИЧ, туберкулезом и ВГС, как правило, выше, чем среди населения в целом. Такая ситуация может быть связана с более высокой вероятностью криминализации в группах риска потребления инъекционных наркотиков. Это также может быть следствием преступного поведения, например кражи и незаконного коммерческого секса как средства доступа к деньгам, необходимым для покупки наркотиков.

«Свыше 1,5 миллиона человек содержатся в европейских пенитенциарных учреждениях, в том числе в тюрьмах. Число людей, ежегодно попадающих в европейские тюрьмы, значительно больше. Есть убедительные доказательства того, что люди, находящиеся в местах лишения свободы, несоразмерно чаще страдают от комплексных, одновременно возникающих проблем со здоровьем, включая психические заболевания, когнитивные нарушения, наркотическую зависимость, неинфекционные заболевания, а также ВИЧ, туберкулез, гепатит С и другие инфекционные болезни».

Охрана здоровья в тюрьмах: бюллетени по 38 европейским странам. Европейское региональное бюро ВОЗ (85).

Эти проблемы часто усугубляются особенностями инфраструктуры и управления в системе исправительных учреждений. Инфраструктура внутри системы исполнения наказаний часто не соответствует современным стандартам санитарно-гигиенических условий проживания, нередко проживания в условиях скученности – при недостаточном проветривании, вентиляции и инфекционном контроле – могут повысить риск заражения туберкулезом или инфицирования окружающих.

«Ухудшение состояния здоровья этого контингента обычно происходит на фоне укоренившихся неблагоприятных социально-экономических предпосылок. Хотя здоровье заключенных само по себе важно, здравоохранение в тюрьмах является также предметом озабоченности всего общества, так как тюрьмы тесно связаны с сообществами. Большинство заключенных возвращаются в сообщество, причем многие неоднократно попадают в места лишения свободы, а затем выходят на свободу».

Охрана здоровья в тюрьмах: информационные бюллетени по 38 европейским странам. Европейское региональное бюро ВОЗ (85).

Кроме того, время, проведенное в уголовно-исполнительной системе, часто не используется для реабилитации и ресоциализации, расширяющих возможности заключенных, с тем чтобы после выхода на свободу они не возвращались к рискованному поведению. Иногда отбывание наказания приводит к появлению новых видов поведения риска, таких как потребление инъекционных наркотиков или рискованное сексуальное поведение. Обеспечение психосоциальной поддержки, направленной на предотвращение бездомности и рецидивной преступности среди тех, кто покидает пенитенциарную систему, имеет решающее значение во избежание повторных правонарушений и последующего тюремного заключения.

Информационные бюллетени об охране здоровья в тюрьмах по 38 европейским странам, опубликованные ВОЗ в 2019 г., дают хорошее представление о существующих службах здравоохранения, политике скрининга и распространенности ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов среди заключенных (86).

Хотя большинство заключенных – взрослые, молодежь также содержится в специальных исправительных учреждениях, а у отбывающих наказание матерей рождаются дети. Поэтому имеет смысл использовать подход по принципу охвата всех этапов жизни и обеспечивать соблюдение прав человека и удовлетворение потребностей в каждой возрастной группе. На практике может оказаться уместным проведение обзора стандартов здравоохранения в тюрьмах и имеющихся на эту тему данных (см. вставку 17), в частности в отношении профилактики и диагностики ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов и их последующего лечения во всех возрастных группах заключенных. При этом следует учитывать субкультуру и иерархии, бытующие среди заключенных. Классическая профилактика и помощь должны модифицироваться в соответствии с конкретными условиями, регулирующими тюремную жизнь.

ВСТАВКА 17. Отсутствие исчерпывающих данных о состоянии здоровья в тюрьмах в Европейском регионе ВОЗ



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (86).

«Многие страны могут рассчитывать на специализированные учреждения, отвечающие за предоставление последующей поддержки и обеспечение надзора за недавно освобожденными правонарушителями. В одних случаях такие программы предлагаются службами пробации, в то время как в других организацией соответствующей деятельности могут заниматься НПО. Хотя большинство программ возвращения в общество не подвергались контролируемой оценке, а наиболее успешные подходы еще не вполне определены, о факторах, влияющих на продолжение участия в программах и/или на их завершение, известно многое. В частности, улучшение ситуации с трудоустройством, жильем и образованием может способствовать дальнейшему участию в программах и оказывать позитивное воздействие на социальную реинтеграцию правонарушителей».

Вводное руководство по предупреждению рецидивизма и социальной реинтеграции правонарушителей. УНП ООН (87).

ТРАНСПОРТ

Транспорт имеет решающее значение в повседневной жизни людей, которым необходимо регулярно посещать медицинские учреждения, таких как люди, живущие с ВИЧ, хроническим гепатитом и туберкулезом. Многие из них при обращении за медицинской помощью полагаются на общественный транспорт.

«Участники подтвердили свою приверженность повышению роли устойчивого транспорта в обеспечении доступа людей и общин к работе, школам и медицинским услугам и в обеспечении поставок товаров и услуг для сельских и городских общин, с тем чтобы предоставить всем равные возможности и чтобы никто не остался в стороне.

.....

Было подчеркнуто, что услуги и инфраструктура общественного транспорта имеют решающее значение для обеспечения передвижения людей и товаров, особенно с учетом потребностей уязвимых групп населения (женщин, детей, молодежи, инвалидов, лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, пожилых людей, лиц, принадлежащих к коренным народам, беженцев и внутренне перемещенных лиц и мигрантов)».

Ашхабадское заявление об обязательствах и рекомендациях по вопросам политики Глобальной конференции по устойчивому транспорту. Организация Объединенных Наций (88).



© ВОЗ

«Транспорт – это не только вопрос развития транспортной инфраструктуры и услуг, но и простота достижения пунктов назначения с точки зрения близости, удобства и безопасности.

.....

Транспорт предлагает не только общедоступные средства для облегчения реализации возможностей, но и рабочие места. ... Транспорт – это доступ к обеспечению инклюзивности и социального равенства, но определяющим фактором является стоимость проезда...».

Анализ значимости транспорта в достижении каждой из 17 ЦУР. Программа ООН по населенным пунктам (ООН-Хабитат), Программа ООН по окружающей среде, SLoCaT (89).

Переполненные поезда метро и автобусы, где стоящие пассажиры находятся в очень тесном контакте друг с другом, представляют собой среду риска распространения инфекционных болезней, особенно тех, что передаются воздушно-капельным путем, таких как туберкулез. В некоторых регионах мира пассажиры перешли на ношение масок, чтобы защитить себя от загрязненного воздуха, от заражения воздушно-капельными инфекциями и в целях предотвращения заражения окружающих.

«В сегодняшней Европе легковые и грузовые автомобили и мотоциклы являются основными средствами дорожного транспорта. Стремительное развитие дорожного транспорта оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье людей вследствие дорожных заторов, дорожно-транспортных происшествий, загрязнения воздуха и шума. Оно также способствует распространению малоподвижного образа жизни, особенно в городах, и увеличению выбросов парниковых газов. Многие из этих факторов риска связаны с заболеваниями органов дыхания, гипертонией, ожирением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом 2 типа, раком и проблемами психического здоровья. Создание в наших городах безопасных условий для ходьбы и езды на велосипеде, а также системы адекватного и доступного (в том числе по средствам) общественного транспорта будет способствовать улучшению здоровья людей и устранению неравенств в отношении мобильности».

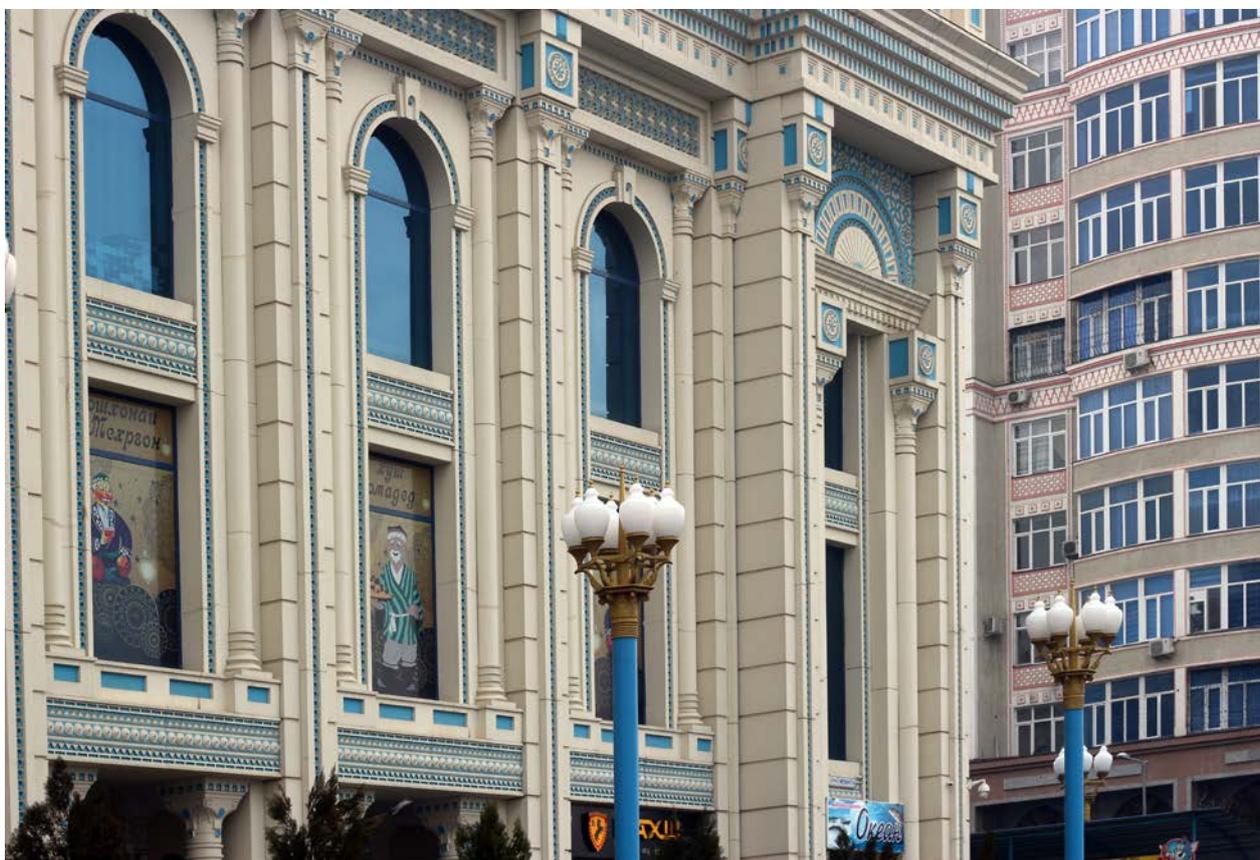
Здоровье-2020: транспорт и здравоохранение. Европейское региональное бюро ВОЗ (90).

Кроме того, транспортный сектор можно считать подразделением сектора занятости населения. Причина, по которой транспорт рассматривается отдельно, заключается в огромных объемах перевозок товаров морским, воздушным и автомобильным транспортом по всему миру, что приводит к значительному перемещению людей – физически занятых в транспортировке товаров и тех, кто занимается их распределением и продажами. Транспортировка может происходить из стран с низким или высоким уровнем распространенности болезней или в обратную сторону. Глобализация и работа за границей вынуждает людей покидать свои семьи и партнеров на длительные периоды, что способствует вступлению в сексуальные отношения за рубежом. Хотя эта группа населения как таковая и не является ключевой, поскольку она не обязательно социально уязвима, тем не менее данная популяция является группой риска, требующей особого внимания. Важно определить механизмы охвата и информирования этой группы, подверженной риску заражения вследствие повышенной мобильности (91).

Таковыми механизмами могут стать включение соответствующего раздела в курс общей подготовки водителей грузовиков, моряков и летных экипажей – в том числе модулей по защите своего здоровья, распознаванию симптомов и обращению за помощью – либо проведение ознакомительных программ компаниями, набирающими людей на работу для оказания транспортных услуг. Оба сектора – здравоохранения и образования – могли бы принять участие в подготовке учебных материалов и тренингов и, возможно, командировать специалистов для проведения обучения.

ГОРОДА

Две трети населения Региона живут в городских условиях, что может обеспечить отдельным лицам и семьям возможности для процветания и способствовать укреплению здоровья путем расширения доступа к услугам, приносящей доход деятельности, культуре и отдыху. Тем не менее, хотя города являются движущей силой экономического процветания и зачастую там сосредоточены главные богатства страны, в них может концентрироваться бедность и нездоровье, как физическое, так и психическое. Люди в поселках городского типа и городах сталкиваются с тройной угрозой. Городские жители чаще страдают от инфекций, таких как туберкулез, пневмонии и диарейные болезни; среди них повышена частота неинфекционной патологии, такой как кардиологические и онкологические заболевания и сахарный диабет, а также больше распространено насилие и травматизм, в частности дорожно-транспортный (92). Высокая степень загрязнения окружающей среды и социальная разобщенность способны превратить города в нездоровые места проживания. Исключительно важно то обстоятельство, что наиболее обездоленные члены общества, как правило, вынуждены мириться с наихудшими условиями (93).



Г. Душанбе.
Yasmin Brandrup-Versi © ВОЗ

Градостроителям непросто спрогнозировать масштабы миграции населения в города и соответствующим образом обеспечить создание инфраструктуры и служб здравоохранения и образования. Как это ни парадоксально, именно восприятие городов как мест с лучшими условиями проживания является фактором притяжения для внутренних мигрантов из недостаточно обслуживаемых сельских районов.

Урбанизация будет продолжаться, и планирование ее расширения с разработкой политики, ставящей во главу угла здоровье и благополучие, спасет жизни. Совершенствование окружающей среды города с заботой о здоровье приносит пользу многим отраслям помимо непосредственного влияния на здравоохранение: например, улучшение дорог способствуют доступу к медицинскому обслуживанию, продовольственным рынкам и школам. Нерегулируемый рост городов в странах, где наблюдается интенсивная миграция из сельской местности в городскую, влечет за собой нерегулируемое расселение в местах без элементарных удобств, создает дополнительные риски для распространения болезней среди людей, проживающих в стихийных поселениях или районах с недостаточным обслуживанием. Это особенно касается ТБ, ВИЧ и ВГС, а также других инфекционных болезней (94). Быстрая и нерегулируемая урбанизация с высокой плотностью населения, неудовлетворительными условиями проживания, отсутствием социальной поддержки и усилением неравенства может создать идеальные условия для развития этих эпидемий.

Для решения проблем, связанных со здоровьем и благополучием людей, и обеспечения равенства в вопросах здравоохранения необходимо внедрять практику городского планирования, включая стратегическое руководство, управление, планирование и проектирование. С принятием Парижской декларации 2014 г. (95) мэры городов со всего мира взяли на себя обязательство по ускорению действий, чтобы покончить с эпидемией СПИДа в своих городах. Городское планирование может стать мощным инструментом в решении проблем охраны здоровья и привлечении различных негосударственных и правительственных субъектов (см. вставку 18). Оно включает в себя планирование безопасных

ВСТАВКА 18. Влияние «Здоровых городов» на состояние здоровья, благополучие и равенство граждан

- **Нормативно-правовая база.** У городов есть рычаги влияния на вопросы целевого использования земель, строительные нормы и правила, системы водоснабжения и канализации, они могут принимать решения по ограничению использования табака, нормативам охраны и безопасности труда и контролировать их исполнение.
- **Комплексный подход.** Органы местного самоуправления обладают необходимым потенциалом для разработки и внедрения комплексных стратегий укрепления здоровья населения.
- **Межсекторальные партнерства.** Демократический мандат городов укрепляет авторитет власти и является источником полномочий по созданию партнерств с привлечением представителей различных секторов.
- **Вовлечение граждан.** Органы местного самоуправления работают в тесном ежедневном контакте с гражданами и находятся ближе всего к их заботам и насущным нуждам. Они обладают уникальными возможностями по сотрудничеству с частным и некоммерческим секторами, гражданским обществом и группами граждан.
- **Внимание к вопросам равенства.** Органы местного самоуправления обладают необходимым потенциалом для мобилизации местных ресурсов и направления их на создание дополнительных возможностей для малоимущих и уязвимых групп населения, а также на защиту и укрепление прав всех городских жителей.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (96).

транспортных систем, не увеличивающих загрязнение воздуха и обеспечивающих достаточное пространство для людей, совершающих ежедневные поездки. Городское планирование подразумевает также рациональное городское управление, являющееся достаточно гибким, чтобы адекватно реагировать на возникающие потребности и новые риски и угрозы здоровью жителей городов. Оно призвано компенсировать ситуации, связанные с неравенством, и обеспечивать получение наиболее уязвимыми группами дополнительного внимания, в котором они нуждаются. Стили руководства, основанные на привлечении к участию широких слоев населения, с большей вероятностью приведут к созданию безопасной, здоровой и благоприятной городской среды. Города также могут взять на себя конкретные обязательства и сосредоточиться в своих планах развития на определенных сферах вмешательства; примерами таких областей, связанных со здоровьем, являются «Инициатива для ускорения действий в больших городах: покончить с эпидемией СПИДа» и подписание Декларации Zero TB.

ЖИЛЬЕ

Скученность, загрязнение воздуха внутри помещений и плохая вентиляция в жилых домах, больницах и общественном транспорте способствуют распространению воздушно-капельных инфекций. Инновационные технологии, нивелирующие выбросы выхлопных газов, улучшающие централизованные системы вентиляции и фильтрации поступающего воздуха, а также обеззараживающие воздух помещений с помощью ультрафиолетового излучения, могут способствовать естественной вентиляции и снизить риск передачи патогенов. Улучшение окружающей среды городов оказывает огромное влияние на борьбу с туберкулезом. Исследование, проводившееся в Южной Африке, показало, что риск передачи ТБ можно снизить с 55,4% до 9,6%, открывая окна и двери для увеличения потока воздуха (97).



Деревня на западном побережье Гренландии.
Assia Brandrup-Lukanow © ВОЗ

Устойчивое развитие требует адекватного жилья для всех, обеспечения доступа к воде и санитарии, утилизации отходов, свету и воздуху. Обеспечение безопасного жилья оказало бы значительное положительное воздействие на здоровье жителей. Поэтому в политике, касающейся критериев приемлемости для получения жилых помещений по договорам социального найма, следует избегать исключения ключевых групп населения, подвергающихся риску заболевания ВИЧ, туберкулезом и вирусными гепатитами.

«Сейчас уже хорошо известно, что жилищные условия являются важной детерминантой здоровья и справедливости в отношении здоровья. Жилье и здоровье – это вопросы, имеющие универсальный характер, так как они относятся к числу основных потребностей человека. Они настолько тесно связаны, что во многих странах министерства здравоохранения и жилищного строительства были часто интегрированы, что отражает синергетические отношения между этими секторами. Улучшение жилищных условий повышает уровень здоровья людей; а инвестирование в здоровье повышает возможности трудоустройства и, следовательно, помогает людям получить и сохранить доступ к адекватному жилью.

Многие факторы жилья оказывают огромное влияние на здоровье людей. В их число входят расположение и дизайн жилья; стандарт строительства и эксплуатации; наличие и поддержание бытовых удобств, таких как санитарные узлы и система отопления; а также соответствие данного жилища потребностям проживающих там людей.

.....

Улучшение жилищных условий в Европе сыграло важную роль в увеличении продолжительности жизни. Кроме того, улучшение жилищных условий является одним из важнейших мероприятий в сфере охраны здоровья населения. Проживание в плохо проветриваемом, небезопасном и переполненном жилье с высоким уровнем загрязнения окружающей среды оказывает негативное влияние на здоровье человека. Неудовлетворительное состояние жилищного фонда и неудовлетворительные жилищные условия влияют на здоровье и являются причиной неравенств в отношении здоровья: сырость, плесень и холод – это лишь некоторые из основных факторов риска, связанных с неадекватным жильем. Это, в свою очередь, повышает риск заболеваний опорно-двигательного аппарата, аллергии, травм, сердечно-сосудистых заболеваний и респираторных заболеваний, включая астму и туберкулез».

Здоровье-2020: социальная защита, жилищная политика и здравоохранение. Европейское региональное бюро ВОЗ (98).

ИСКУССТВО

Привлечение огромного творческого потенциала искусства как средства коммуникации и самовыражения способно открывать неожиданные пути изменения поведения, получения знаний и содействия благополучию. исполнительское искусство особенно широко использовалось в общественных информационных кампаниях, направленных на борьбу с ВИЧ в Африке, и все чаще задействуется в преподавании основ сексуального и репродуктивного здоровья и в борьбе с наркотиками в школьном образовании в Северной Европе.

«Искусство, включая его сценические виды, изобразительное искусство, дизайн и ремесла, цифровое и электронное искусство, литературу, культурные мероприятия и события, призвано сыграть решающую роль в обеспечении здорового образа жизни и содействии всеобщему благополучию на протяжении всей жизни. Занятие искусством может помочь в обращении к вопросам социальных детерминант здоровья, таких как повышение уровня социальной сплоченности, уменьшение одиночества в обществе и социальной изоляции и формирование индивидуальной и групповой идентичности.



Настенный барельеф «Музыкант и танцовщица», Таджикистан.
Assia Brandrup-Lukanow © ВОЗ

Было показано, что программы художественной направленности уменьшают частоту конфликтов путем содействия межкультурному взаимопониманию и поощрения толерантности и сотрудничества между различными группами. Такие программы могут одновременно помочь сократить социальное неравенство и повысить равенство в отношении здоровья путем развития навыков, наращивания потенциала и содействия социальной инклюзивности.

Искусство способно также обеспечить каждому ребенку лучшее начало жизни, укрепляя связь между матерью и ребенком и способствуя овладению речью и языком, поддерживая поведенческую адаптацию и повышая уровень образования. Участие в творческой деятельности может способствовать здоровому образу жизни. Танцы – это возможность заниматься физкультурой с повышением мышечной силы и снижением веса (борьба с ожирением). Было установлено, что целевые программы художественной направленности способствуют повышению осведомленности о здоровье, более здоровому питанию и снижению рискованного поведения, такого как употребление наркотиков и алкоголя, а также практики незащищенного секса.

Было показано, что программы коммуникации по вопросам здоровья, использующие такие виды искусства, как игры, настенные рисунки и истории, способствуют повышению санитарной грамотности с уважением к местным культурным традициям и пониманием проблем иерархического разделения и напряженности, существующих в сфере медицинских коммуникаций... Искусство может использоваться и для уменьшения окружающей здоровье стигмы, например посредством репрезентации в сюжетных линиях СМИ; было установлено, что участие в программах художественной направленности способствует сопереживанию, обеспечивает позитивное отношение к людям с психическими и физическими отклонениями и сопротивляемость людей, страдающих заболеваниями.

Искусство эффективно также в охвате людей, имеющих меньше шансов обратиться за медицинской помощью или сталкивающимися с большим количеством препятствий при обращении за ней, а посему подвергающихся более высокому риску неблагоприятных исходов в отношении здоровья. Имеются в виду дети, оставшиеся без попечения родителей, бездомные и лица, столкнувшиеся с дискриминацией по признаку расы, этнической принадлежности, пола или сексуальной ориентации. Было продемонстрировано, что программы художественной направленности способствуют взаимодействию со службами здравоохранения, нередко за счет облегчения стресса или беспокойства, связанных с посещением медицинских учреждений, и улучшения приверженности к лечению путем повышения самоэффективности и уменьшения побочных действий, таких как боль или усталость.

Благодаря представлению опыта и симптоматики в художественной форме искусство способствует лучшему пониманию недуга и болезни работниками здравоохранения. Искусство помогает медикам отрабатывать профессиональные навыки, в том числе навыки общения, умение сочувствовать и понимать и даже правильно ставить диагнозы. Было установлено, что художественные программы в системе медицинского образования и в учреждениях здравоохранения способствуют улучшению психического здоровья и благополучия персонала, а также уменьшению стресса и синдрома выгорания. Было показано, что подобные программы в сообществе лиц, осуществляющих неофициальный уход, учили стойкости и преодолению трудностей».

Межсекторальные действия: искусство, охрана здоровья и благополучие. Европейское региональное бюро ВОЗ (99).

ВНЕШНЯЯ ПОЛИТИКА

«... Современное здравоохранение требует совместных действий для решения коллективных проблем, которые стоят перед всеми странами. Связь между здравоохранением и внешней политикой в глобализованном мире наиболее ярко проявляет себя в ответных действиях при вспышках инфекционных болезней и строится на исторической традиции санитарных соглашений между государствами. ...

Внешняя политика и дипломатия предлагают важные инструменты для развития межсекторальной, многоуровневой и многосторонней политики и могут дополнять и поддерживать национальные стратегические усилия. Крайне важно обеспечить, чтобы внешняя политика поддерживала здоровье и рассматривала влияние на здоровье в качестве ключевого аспекта стратегий в сфере международных отношений, развития и инвестиций.

.....

Все большее признание получает здравоохранение в качестве жизненно важного компонента внешней политики при решении вопросов постконфликтного развития и ответных действий при природных бедствиях, главным образом в контексте оказания гуманитарной помощи... Многие страны осуществляют программы здравоохранения как часть своих обязательств в области развития и гуманитарной деятельности. Факторы здоровья также могут служить важным инструментом "мягкой силы" и развития взаимоотношений между странами, особенно тогда, когда сотрудничество в других областях внешней политики затруднено».

Здоровье-2020: внешняя политика и здравоохранение. Европейское региональное бюро ВОЗ (100).

Компонент охраны здоровья во внешнеполитических вопросах безопасности мог бы стать наиболее значимым связующим звеном между министерством здравоохранения и министерством иностранных дел, что особенно актуально при смягчении последствий вспышек инфекционных заболеваний и принятии ответных мер на них, а также для содействия международному сотрудничеству и развитию. Что касается конкретных вопросов, относящихся к ВИЧ, туберкулезу и вирусным гепатитам, то страны с большим количеством мигрирующих групп населения – въезжающих в страну, выезжающих из страны либо возвращающихся в страну – сталкиваются со специфическими проблемами.

Взаимные соглашения о назначении пациентам лечения и его продолжении или о соответствующем доступе к услугам могут заключаться в регионах с предсказуемой миграцией между странами. Международные медико-санитарные правила также содержат рекомендации по международному сотрудничеству в борьбе с инфекционными заболеваниями, что может иметь отношение к бациллярным формам туберкулеза среди путешественников, не получающих лечение (101). Важно отметить, что ВИЧ-статус, как и диагноз вирусного гепатита, не должен становиться причиной ограничения на въезд в новую страну или пребывания в ней. Вопросы охраны здоровья, в особенности те, что касаются инфекционных заболеваний, должны стать постоянным пунктом повестки дня переговоров между странами, имеющими общие границы. Это помогло бы с ранним выявлением рисков и быстрой разработкой вмешательств, направленных на снижение риска, таких как обеспечение немедленного доступа к лечению после установления диагноза в новой стране.

Диалог о сотрудничестве в отношении инфекций, передаваемых половым путем, и инфекций, для которых наркопотребление является фактором риска, требует открытости, а также наличия фактического материала и достоверных данных.

Международное сотрудничество включает и иностранную помощь странам. Что касается охраны здоровья, такая помощь может носить гуманитарный характер либо оказываться в качестве поддержки укреплению систем здравоохранения. Обычно в рамках оказания помощи предоставляются диагностические тесты и лекарственные препараты, а также осуществляется наращивание потенциала при дополнительной поддержке двусторонних или региональных агентств по развитию. Торговые аспекты прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), включая фармацевтическую продукцию, отражены в международных соглашениях Всемирной торговой организации.

На сегодняшний день преобладающая часть международной поддержки для борьбы с ВИЧ, туберкулезом и вирусными гепатитами предоставляется через многосторонние организации и учреждения, такие как Глобальный фонд, ВОЗ, партнерство «Остановить ТБ», ЮНЭЙДС и другие. Однако получение финансирования зависит от классификации стран по уровню дохода, проводимой Всемирным банком, и, по мере перехода стран от низкого уровня дохода к среднему, доступность средств сокращается.

Дискуссии о финансировании и пополнении бюджета международных организаций, таких как Глобальный фонд, показали, что информационно-пропагандистская работа может достичь успеха не только в предоставлении дополнительного финансирования странам, но и в переговорах о международных ценах на лекарственные средства и товары, что делает лечение в целом более доступным. Глобальный фонд разработал также методы увеличения внутреннего финансирования и обеспечения устойчивости, такие как обязательное условие о включении в заявки стран на материальную помощь определенной доли финансирования из внутренних источников и борьба с болезнями посредством комплексных и общесистемных вмешательств (102).

Эффективное международное сотрудничество требует непрекращающегося диалога и регулярного мониторинга программ, включая сбор надежных данных и выявление пробелов, с тем чтобы потребности в профилактике и лечении можно было своевременно и всесторонне удовлетворять, избегая перебоев в обеспечении услугами или лекарственными препаратами. Вставка 19 иллюстрирует пример такого международного сотрудничества. В этом контексте проблема заключается в том, что упомянутые заболевания имеют тенденцию распространяться в определенных группах населения, отражая общие социальные проблемы в стране, и в стратегических переговорах высокого уровня не всегда легко учитывать потребности таких континентов или проблемы передачи инфекции половым путем.

ВСТАВКА 19. Сеть COBATEST

Примером сотрудничества между странами является сеть COBATEST, созданная для стандартизации мониторинга и оценки добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ на базе сообществ (ДКТБС). В настоящее время сеть включает 48 служб ДКТБС в 21 стране (Австрия, Болгария, Венгрия, Германия, Дания, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Польша, Португалия, Республика Молдова, Северная Македония, Сербия, Словения, Украина, Франция, Хорватия, Чехия и Швейцария).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (103).

Привлечение всех секторов к решению проблем, связанных с ВИЧ, туберкулезом и вирусными гепатитами, обеспечит согласованные действия, направленные на достижение общей цели – прекращение дальнейшего распространения трех эпидемий в Европейском регионе.

«Социальные детерминанты релевантны как для инфекционных, так и для неинфекционных заболеваний. Поэтому состояние здоровья должно быть предметом озабоченности лиц, определяющих политику в каждом секторе, а не только у тех, кто отвечает за политику в области здравоохранения».

Социальные детерминанты неравенства в отношении здоровья. М. Marmot (5).



БИБЛИОГРАФИЯ

- 1 Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор. Рабочий документ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/284955/65wd16r_PromotingIntersectoralAction_150619.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 2 Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 3 Минская декларация Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье 2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289966/The-Minsk-Declaration-RU-rev1.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 4 Общая позиция Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов посредством межсекторального сотрудничества. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/382960/IBC-Health-Common-Position-Paper-Ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 5 Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet Pub Health. 2005;365(9464):1099–104 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71146-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71146-6/fulltext), accessed 31 October 2019).
- 6 Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, accessed 17 August 2020).
- 7 The health of Canadians – The federal role. Volume one – The story so far. Ottawa: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; 2001 (<https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repintmar01-e.htm>, accessed 20 August 2020).
- 8 Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty: why are the poor at greater risk in India? PLOS ONE 2012;7(11):e47533 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047533>, accessed 31 October 2019).
- 9 Народонаселение мира в 2002 году. Население, нищета и возможности. Нью-Йорк; Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; 2002 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp02russian.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 10 Campbell D. Nearly 100,000 Britons thought to be risking death from hepatitis C. The Guardian. 13 September 2019 (<https://www.theguardian.com/society/2019/sep/13/hepatitis-c-affecting-near-100000-britons>, accessed 31 October 2019).
- 11 Информационный бюллетень – Всемирный день борьбы со СПИДом 2019. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

- 12 План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/283968/65wd17r_Rev.1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 13 Доклад о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье беженцев и мигрантов – неотъемлемая часть общественного здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311368/9789289053969-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 14 Укрепление сотрудничества, улучшение здоровья Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327841/9789244516430-rus.pdf?sequence=9&isAllowed=y>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 15 Risk of Sexual Transmission of HIV from a person living with HIV who has an undetectable viral load, Messaging Primer & Consensus Statement, May 2019 (<https://www.preventionaccess.org/consensus>, accessed 30 October 2019).
- 16 Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. Bull World Health Organ. 2014;92(9):641–55. doi: 10.2471/BLT.13.129247.
- 17 Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Pub Health. 2017;2(8):e356–66. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- 18 Governance snapshot: whole-of-government approach. Ireland: Healthy Ireland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/412821/Ireland-Healthy-Ireland-wog.pdf?ua=1, accessed 30 October 2019).
- 19 Краткий обзор стратегического руководства: общегосударственный подход. Кыргызстан: Координационный совет по общественному здравоохранению. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/413063/Kyrgyzstan-snapshot-Coordinating-Council-for-Public-Health-CCPH-ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 20 Сборник примеров передовой практики здравоохранения в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/391935/HIV-Compendium-RU-Final-Jan-10.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 21 OECD, WHO. Poverty and health. DAC guidelines and reference series. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2003 (https://www.who.int/tobacco/research/economics/publications/oecd_dac_pov_health.pdf, accessed 31 October 2019).
- 22 Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. The Marmot review: Fair society, healthy lives: the strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Department for International Development; 2010 (<https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review-strategic-review-of-health-inequalities-in-england-post-2010>, accessed 31 October 2019).

- 23 4 ways poverty impacts the hepatitis epidemic. In: the Borgen Project [Website]. Seattle: the Borgen Project; 2017 (<https://borgenproject.org/poverty-impacts-hepatitis-epidemic>, accessed 31 October 2019).
- 24 HIV and diabetes. In: AIDSinfo.nih.gov [website]. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2019 (<https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/22/59/hiv-and-diabetes>, accessed 31 October 2019).
- 25 Galli L, Salpietro S, Pellicciotta G, Galliani A, Piatti P, Hasson H, et al. Risk of type 2 diabetes among HIV-infected and healthy subjects in Italy. *Eur J Epidemiol.* 2012;27(8):657–65 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-012-9707-5>, accessed 31 October 2019).
- 26 Dooley KE, Chaisson RE. Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics. *Lancet Infect Dis.* 2009;9(12):737–46. doi: 10.1016/S1473-3099(09)70282-8.
- 27 Здоровье-2020: укрепление сотрудничества между секторами сельского хозяйства и здравоохранения для обеспечения безопасности пищевых продуктов и улучшения питания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/286811/Argiculture_R.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 28 Infographic: What the agriculture sector can do. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/multimedia/infographics/infographic-what-the-agriculture-sector-can-do>, accessed 14 November 2019).
- 29 Декларация шестой Министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/342287/170574_Ostrava-Declaration-FINAL-RUS.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 30 Environmental health inequalities in Europe. Second assessment report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-second-assessment-report-2019>, accessed 25 November 2019).
- 31 Gender [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender>, accessed 14 November 2019).
- 32 Краткий обзор ЕРБ-ВОЗ – здоровье трансгендеров в контексте МКБ-11 [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 33 Здоровье-2020: деятельность по повышению уровня образования и здоровья на протяжении всей жизни. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/324622/Health-2020-Education-and-health-through-the-life-course-ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 34 ЮНЭЙДС, ЮНЕСКО, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ. Международное техническое руководство по половому просвещению: фактологически обоснованный подход для школ, учителей и специалистов по санитарному просвещению. Париж: ЮНЕСКО; 2009; 2010; 2012 (<https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/170106rus.pdf>, по состоянию на 28 октября 2020 г.).

- 35 Peer education. In: UNICEF/Life skills/resources [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2012 (https://www.unicef.org/lifeskills/index_12078.html, accessed 31 October 2019).
- 36 Chandra-Mouli V, Baltag V, Ogbaselassie L. Strategies to sustain and scale up youth friendly health services in the Republic of Moldova. *BMC Public Health*. 2013;13(1):284 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-284>, accessed 31 October 2019).
- 37 Not enough health care providers know about PrEP [infographic]. Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (<https://www.cdc.gov/media/releases/2015/p1124-prevent-HIV.html>, accessed 31 October 2019).
- 38 WHO Guideline. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>, accessed 25 November 2019).
- 39 Ronen K, Unger J, John-Stewart G SMS messaging to improve ART adherence: perspectives of pregnant HIV-infected women in Kenya on HIV-related message content Keshet Ronen, PhD, Jennifer A. Unger, MD, MPH, [...], and Grace John-Stewart, MD, PhD, MPH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5839109/>).
- 40 Mobile phone text messaging for promoting adherence to anti-tuberculosis treatment: a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2013;13:566 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24295439/>, accessed 31 October 2019).
- 41 Gottesfeld P, Reid M, Goosby E. Preventing tuberculosis among high-risk workers. *Lancet Glob Health*. 2018;6(12):e1274–5 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30313-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30313-9/fulltext), accessed 31 October 2019).
- 42 Miners' Phthisis Prevention Committee. The prevention of silicosis in the mines of Witwatersrand. Pretoria: Government Printer; 1937.
- 43 Corbett EL, Churchyard GJ, Clayton TC, Williams BG, Mulder D, Hayes RJ, De Cock KM. HIV infection and silicosis: the impact of two potent risk factors on the incidence of mycobacterial disease in South African miners. *AIDS*. 2000;14(17):2759–68. doi: 10.1097/00002030-200012010-00016.
- 44 Инфографика: Гигиена труда. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://www.who.int/phe/infographics/occupational-health/ru/>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 45 Hodges J. Guidelines on addressing HIV/AIDS in the workplace through employment and labour law. Geneva: International Labour Office; 2004.
- 46 Initial [website]. Camberley: Initial; 2015 (<https://www.initial.co.uk/blog/six-needlestick-safety-reminders/>, accessed 31 October 2019).
- 47 Social protection and tuberculosis control in 21 European countries, 1995-2012: a cross-national statistical modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(11):1105–12. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70927-2.
- 48 Здоровье-2020: социальная защита и здравоохранение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/324634/Health-2020-Social-protection-and-health-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 49 HIV and social protection assessment tool. Generating evidence for policy and action on HIV and social protection. Geneva: United Nations Joint Programme on HIV/AIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV-social-protection-assessment-tool_en.pdf, accessed 31 October 2019).

- 50 Стратегия ЮНЭЙДС на 2016-2021 гг. Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу; 2016 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaidstrategy_2016-2021_ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 51 Multisectoral action for mental health. Thematic brief on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/413015/Multisectoral-action-for-mental-health-Brief.pdf?ua=1, accessed 31 October 2019).
- 52 Doherty AM, Kelly J, McDonald C, O'Dywer AM, Keane J, Cooney J. A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(4):398-406. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.03.018.
- 53 Fischer PJ, Breakey WR. Homelessness and mental health: an overview. 1985;14(4):6-41. doi: 10.1080/00207411.1985.11449008.
- 54 WHO European regional information system on resources for the prevention and treatment of substance use disorders [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.RSUD04?lang=en&showonly=RSUD>, accessed 31 October 2019).
- 55 UNODC policymakers training package on the nature, prevention, and treatment of drug use disorders. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 (https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_Policymakers_TrainingPackage.pdf, accessed 31 October 2019).
- 56 Всемирный доклад о наркотиках за 2019 год: 35 миллионов человек в мире страдают от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, но только 1 из 7 человек получают лечение https://www.unodc.org/unodc/ru/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 57 Treatment of Stimulant Use Disorders: Current practices and promising perspectives https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Treatment_of_PSUD_for_website_24.05.19.pdf
- 58 Second WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours [flyer]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/substance_abuse/activities/2nd_fadab_brochure_final.pdf?ua=1, accessed 31 October 2019).
- 59 Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 60 Не позволяй табаку лишить тебя дыхания: выбирай здоровье, а не табак: 31 мая - Всемирный день без табака [брошюра]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324997/WHO-NMH-PND-2019.3-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 61 Европейский портал информации здравоохранения. Путеводитель по базе данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

- 62 WHO and the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. A WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: Joining efforts to control two related global epidemics. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf, accessed 31 October 2019).
- 63 Rahmanian S, Wewers ME, Koletar S, Reynolds N, Ferketich A, Diaz P. Cigarette smoking in the HIV-infected population. *Proc Am Thorac Soc.* 2011;8(3):313–9. doi: 10.1513/pats.201009-058WR.
- 64 Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study. *Clin Infect Dis.* 2013;56(5):727–34. doi: 10.1093/cid/cis933.
- 65 Santos ME, Protopopescu C, Sogni P, Yaya I, Piroth L, Bailly F et al. HCV-related mortality among HIV/HCV co-infected patients: the importance of behaviors in the HCV cure era (ANRS CO13 HEPAVIH cohort). *AIDS behav.* 2019. doi: 10.1007/s10461-019-02585-7.
- 66 Croxford S, Miller RF, Post FA, Harding R, Lucas SB, Figueroa J et al. Cause of death among HIV patients in London in 2016. *HIV med.* 2019;20(9):628–633. doi: 10.1111/hiv.12761.
- 67 Табак [основные факты]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 68 Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 69 Доклад о тенденциях в области употребления табака в Европе 2019 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/413268/Tobacco-Trends-Report-RUS.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 70 Ghebreyesus TA, Kanem N. Defining sexual and reproductive health and rights for all. *Lancet.* 2018;391(10140):2583–5. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30901-2.
- 71 Программа действий принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 г. Юбилейное издание по случаю 20-летия. Каир: Фонд ООН в области народонаселения; 2014 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Ru-FINAL.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 72 Конвенция о правах ребенка. Geneva: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека; 1989 (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 73 УВКПЧ, ЮНЭЙДС. Объединенная версия Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу; 2006 (<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesru.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 74 UNFPA, WHO et al. Call to action to attain universal health coverage through linked sexual and reproductive health and rights and HIV interventions. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273148/WHO-RHR-18.13-eng.pdf?ua=1>, accessed 31 October 2019).

- 75 Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642–92. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
- 76 Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/315480/66wd08r_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 77 Здоровье-2020: многосекторальные действия по охране здоровья мигрантов. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/324630/Health-2020-Multisectoral-action-for-the-health-of-migrants-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 78 Gosselin A. et al. (2019) When and why? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France, *Sexually Transmitted Infections*, 2019-054080.
- 79 Promoting a rights-based approach to migration, health, and HIV and AIDS. A framework for action. Geneva: International Labour Office; 2016 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_605763.pdf, accessed 31 October 2019).
- 80 Still Not Welcome. HIV-related Travel Restrictions. UNAIDS Explainer. UNAIDS. 2019a. Available online at: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf, accessed 31 October 2019).
- 81 Huddleston T, Bilgili O, Joki A, Vankova Z. Migrant Integration Policy Index 2015. Barcelona/Bruxelles: CIDOB, Migration Policy Group; 2015 (<http://mipex.eu/sites/default/files/downloads/files/mipex-2015-book-a5.pdf>, accessed 31 October 2019).
- 82 Health. In: Migrant Integration Policy Index 2015 [website]. Barcelona/Bruxelles: CIDOB, Migration Policy Group; 2015 (<http://www.mipex.eu/health>, accessed 31 October 2019).
- 83 Dara M, De Colombani P, Petrova-Benedict R, Centis R, Zellweger JP, Sandgren A et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *Eur Respir J*. 2012;40(5):1081–90. doi: 10.1183/09031936.00053012.
- 84 What constitutes an effective and efficient package of services for the prevention, diagnosis, treatment and care of tuberculosis among refugees and migrants in the WHO European Region? Health Evidence Network synthesis report 56. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/371145/who-hen-report-56.pdf?ua=1, accessed 31 October 2019).
85. Health in prisons: fact sheets for 38 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf?ua=1, accessed 31 October 2019).
86. Люди в местах заключения ограничены в свободе, но не должны быть лишены здоровья [инфографика]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/419202/Prison-health-infograph-rus.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

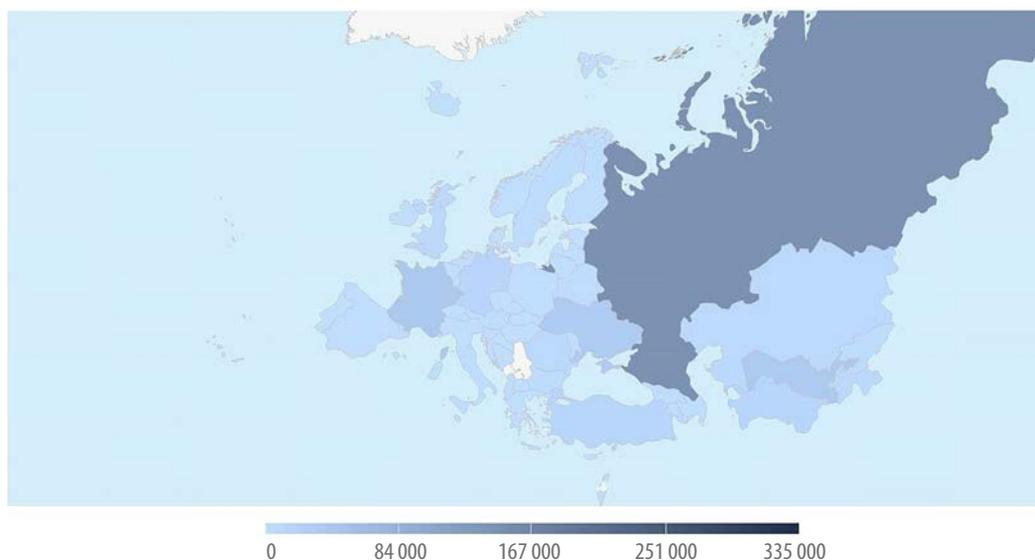
- 87 Вводное руководство по вопросам предупреждения рецидивизма и социальной реинтеграции правонарушителей. Серия справочников по вопросам уголовного правосудия. Вена: Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; 2018 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/V1802305_-_R.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 88 Ашхабадское заявление об обязательствах и рекомендациях по вопросам политики Глобальной конференции по устойчивому транспорту. Ашхабат: Организация Объединенных Наций; 2016 (<https://undocs.org/ru/A/C.2/71/6>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 89 Analysis of the transport relevance of each of the 17 SDGs. UN-Habitat, United Nations Environment Programme, SLOCAT Partnership on Sustainable, Low Carbon Transport; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/8656Analysis%20of%20transport%20relevance%20of%20SDGs.pdf>, accessed 31 October 2019).
- 90 Здоровье-2020: транспорт и здравоохранение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/286810/Transport_R.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 91 Driving for change: Training toolkit on HIV/AIDS for the road transport sector [online training materials]. Geneva: International Labour Organization; 2011 (https://www.ilo.org/sector/Resources/training-materials/WCMS_159263/lang--en/index.htm, accessed 31 October 2019).
- 92 Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789244563700_rus.pdf?sequence=5, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 93 Воздействие на социальные детерминанты здоровья: городской контекст и роль местных органов власти. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255797/Urban-dimension-and-the-role-of-local-government-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 94 Dyson T. HIV/AIDS and urbanization. *Popul Dev Rev.* 2003;29(3):427-42 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1728-4457.2003.00427.x>, accessed 31 October 2019).
- 95 Мэры городов разных стран мира подписали Парижскую декларацию с призывом покончить с эпидемией СПИДа. Мэр Парижа, ЮНЭЙДС, ООН-Хабитат, IAPAC (https://www.unaids.org/sites/default/files/20141201_PR_WAD_ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.)
- 96 Рамочная программа реализации этапа VII (2019–2024 гг.) Европейской сети ВОЗ «Здоровые города»: цели, требования к участникам и стратегии (2019 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/400287/04-FINAL-Phase-VII-implementation-framework_Ru-.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 97 Lygizos M1, Shenoj SV, Brooks RP, Bhushan A, Brust JC, Zelterman D, et al. Natural ventilation reduces high TB transmission risk in traditional homes in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Infect Dis.* 2013; 13:300. doi: 10.1186/1471-2334-13-300.

- 98 Здоровье-2020: социальная защита, жилищные условия и здоровье. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/338494/housinghealth_R.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 99 Intersectoral action: the arts, health and well-being. Sector brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/413016/Intersectoral-action-between-the-arts-and-health-v2.pdf?ua=1, accessed 31 October 2019).
- 100 Здоровье-2020: внешняя политика и здравоохранение. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/287092/foreignaffairs_R.pdf?ua=1, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 101 Международные медико-санитарные правила (2005). Третье издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246188/9789244580493-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).
- 102 Step up the fight. Focus on domestic financing for health. Grand-Saconnex: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2019 (https://www.theglobalfund.org/media/7019/publication_domesticfinancinghealth_focuson_en.pdf?u=636533758460000000, accessed 31 October 2019).
- 103 Сборник примеров передовой практики здравоохранения в сфере противодействия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/391935/HIV-Compendium-RU-Final-Jan-10.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Статистика по ВИЧ, ТБ и вирусным гепатитам в Европейском регионе, последние данные

РИСУНОК А1.1. Новые случаи заболевания вирусными гепатитами (последние данные) (число случаев)



Примечание: Белый цвет указывает на отсутствие данных.

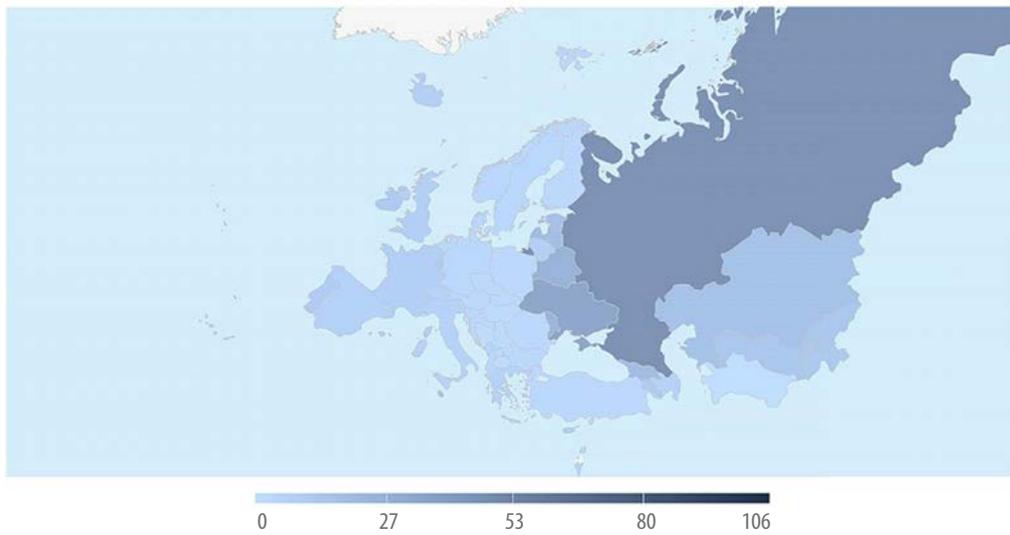
Источник: Европейское семейство баз данных «Здоровье для всех»; по состоянию на 5 декабря 2019 г.

РИСУНОК А1.2. Стандартизированный показатель смертности от вирусных гепатитов (смертей на 100 000 населения)



Источник: Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ «Здоровье для всех»; по состоянию на 5 декабря 2019 г.

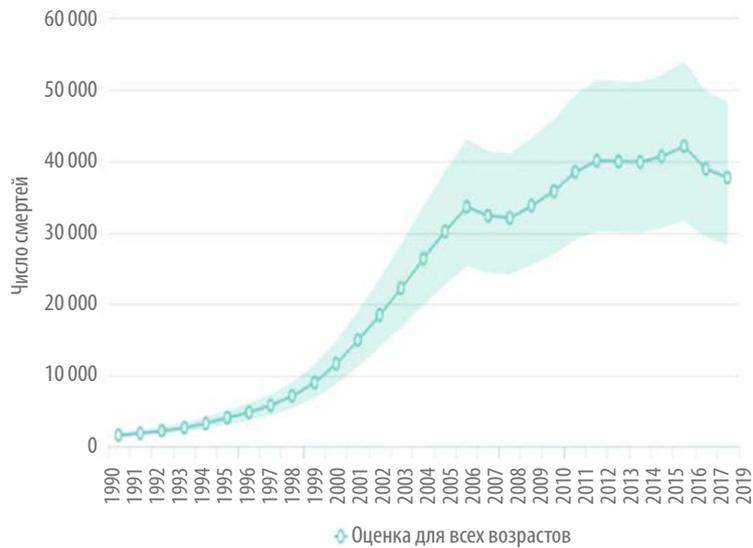
РИСУНОК А1.3. Частота выявления новых случаев ВИЧ (последние данные) (на 100 000 населения)



Примечание: Белый цвет указывает на отсутствие данных.

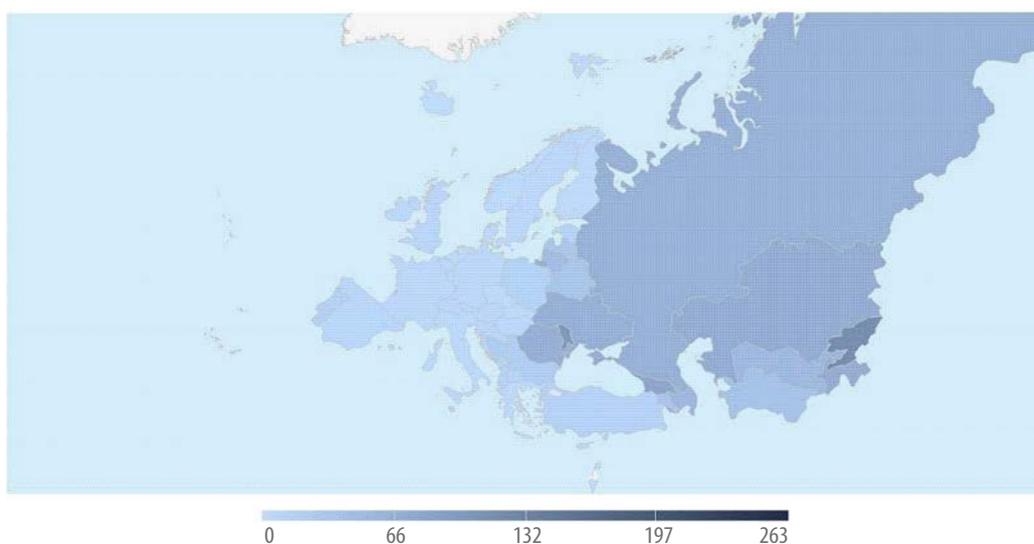
Источник: Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ «Здоровье для всех», по состоянию на 5 декабря 2019 г.

РИСУНОК А1.4. Тенденция смертности вследствие СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии



Источник: оценочные значения ЮНЭЙДС 2019 г.

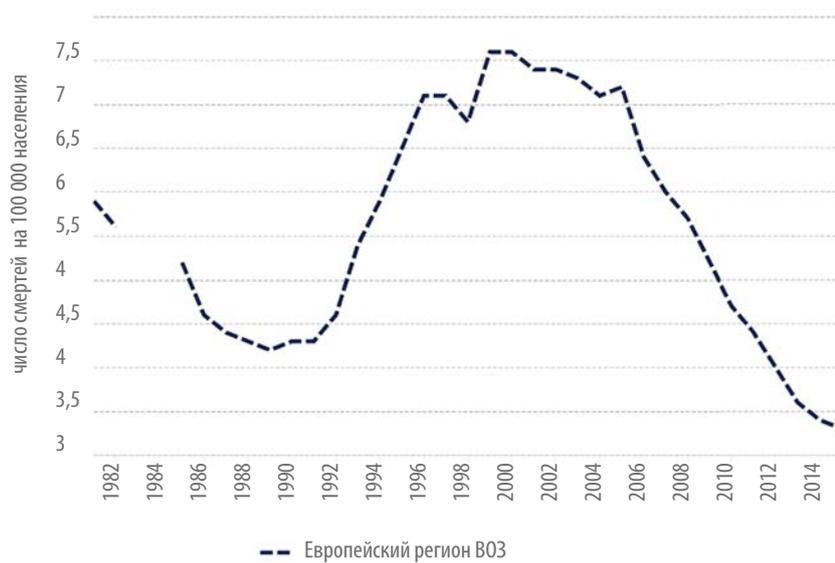
РИСУНОК А1.5. Число новых случаев туберкулеза (последние данные) (на 100 000 населения)



Примечание: Белый цвет указывает на отсутствие данных.

Источник: Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ «Здоровье для всех», по состоянию на 5 декабря 2019 г.

РИСУНОК А1.6. Стандартизированный показатель смертности от туберкулеза (смертей на 100 000 населения)



Источник: Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ «Здоровье для всех», по состоянию на 5 декабря 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Определения ключевых терминов

Определения, используемые в этом документе, соответствуют текущим консенсусным определениям, используемым в Глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. и Организацией Объединенных Наций, как описано в Руководящих указаниях ЮНЭЙДС по ВИЧ и секс-бизнесу и других релевантных документах ООН и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Ключевые группы населения

определяются как группы, которые из-за специфического поведения высокого риска подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ, независимо от типа эпидемии или местного контекста. Кроме того, у них часто возникают связанные с поведением правовые и социальные проблемы, которые повышают их уязвимость к ВИЧ. Данные руководства сосредоточиваются на пяти ключевых группах населения: 1) мужчины, практикующие секс с мужчинами, 2) потребители инъекционных наркотиков, 3) люди в тюрьмах и иных учреждениях закрытого типа, 4) работники коммерческого секса и 5) трансгендерные лица. Люди в тюрьмах и иных учреждениях закрытого типа включены в эти руководства еще и в связи с высокой частотой лишения свободы среди представителей других групп включенных, а также по причине более частого рискованного поведения и отсутствия служб борьбы с ВИЧ в условиях тюремного заключения. Ключевые группы населения играют важную роль в динамике передачи ВИЧ. Они также выступают в качестве основных партнеров по эффективному противодействию эпидемии.

Уязвимые группы населения –

это группы людей, особенно уязвимых к ВИЧ-инфекции в определенных ситуациях или контекстах, такие как подростки (в частности, девочки-подростки в странах Африки, расположенных к югу от Сахары), сироты, беспризорные и безнадзорные дети, люди с ограниченными возможностями, а также мигранты и мобильные работники. Эти контингенты не затрагиваются ВИЧ-инфекцией в одинаковой степени во всех странах и при всех эпидемиях. Данные руководства не рассматривают отдельно вопросы уязвимых групп населения, но большая часть рекомендаций применима и к ним.

К группе мужчин, практикующих секс с мужчинами,

относятся все мужчины, которые вступают в сексуальные и/или романтические отношения с другими мужчинами. Слова «мужчины» и «секс» по-разному интерпретируются в разнообразных культурах и обществах и участвующими партнерами. Поэтому этот термин охватывает большое широкое разнообразие условий и контекстов, в которых имеет место секс между мужчинами, независимо от многочисленных мотивов участия в сексе, самоопределения сексуальной и гендерной идентичности и различных отождествлений с каким-либо конкретным сообществом или социальной группой.

Термин «люди, употребляющие инъекционные наркотики»

относится к лицам, которые употребляют психотропные (или психоактивные) вещества в инъекциях в немедицинских целях. К таким наркотическим препаратам относятся опиоиды, стимуляторы амфетамин нового ряда, кокаин, гипноседативные средства и галлюциногены, но список ими не ограничивается. Инъекция может быть внутривенной, внутримышечной, подкожной; используются и другие способы парентерального введения. Люди, которые самостоятельно вводят себе лекарства в медицинских целях, что называется «терапевтическими инъекциями», в эту категорию не включены. Определение также не включает лиц, которые самостоятельно вводят себе не психотропные субстанции, такие как стероиды или другие гормоны, для коррекции фигуры или улучшения спортивных результатов. Хотя это руководство в основном посвящено людям, употребляющим инъекционные наркотики, из-за специфического риска передачи ВИЧ вследствие совместного использования контаминированного кровью инструментария для инъекций большая часть рекомендаций относится также к людям, употребляющим инъекционные формы других веществ.

Люди в тюрьмах и иных учреждениях закрытого типа

Есть много различных терминов, используемых для обозначения мест содержания под стражей, куда помещают людей, ожидающих суда, осужденных или задержанных из соображений безопасности. Точно так же различные термины используются для задержанных. В этом руководящем документе термин «тюрьмы и другие учреждения закрытого типа» подразумевает все места содержания под стражей в стране, а термины «заключенные» и «задержанные» относятся ко всем лицам, находящимся в учреждениях уголовной юстиции и тюрьмах, в том числе взрослым и несовершеннолетним мужчинам и женщинам, подследственным во время расследования преступления, в ожидании суда, после осуждения, до вынесения и после вынесения приговора. Формально этот термин не включает лиц, задержанных по причинам, связанным с иммиграционным статусом или статусом беженца, лиц, задержанных без предъявления обвинений, и проходящих принудительное лечение и содержащихся в реабилитационных центрах. Тем не менее большинство соображений, изложенных в данном руководстве, относится и к этим людям.

Потребители наркотиков –

это лица, употребляющие психотропные вещества при любом способе введения, включая инъекции, пероральный прием, ингаляции и чресслизистое (подъязычное, ректальное, интраназальное) или чрескожное введение. Нередко из этого определения исключаются люди, употребляющие такие широко используемые вещества, как алкогольные и кофеинсодержащие напитки и продукты питания.

К работникам коммерческого секса

относятся женщины, мужчины и взрослые трансгендерные лица (в возрасте 18 лет и старше), получающие деньги или товары в обмен на сексуальные услуги на регулярной основе или от случая к случаю. Коммерческий секс – это секс по обоюдному согласию между взрослыми, который может принимать различные формы, варьируя между странами и сообществами и внутри них. Коммерческий секс различается также в зависимости от степени своей «официальной» организации.

Как определено в Конвенции о правах ребенка (КПР), дети и подростки, в возрасте до 18 лет, продающие секс за деньги, товары или услуги, «подвергаются сексуальной эксплуатации» и не определяются как работники коммерческого секса.

Трансгендерные лица –

это общий термин для обозначения людей, чья гендерная идентичность и выражение не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно связанным с полом, назначенным им при рождении; он включает людей, являющихся транссексуалами, трансгендерами или иным образом не соответствующих своему изначальному полу. Трансгендерные лица могут идентифицировать себя как трансгендеры, женщины, мужчины, трансгендерные женщины или трансгендерные мужчины, транссексуалы или, в определенных культурах, как хиджра (Индия), катой (Таиланд), вария (Индонезия) или считать себя одной из многих других трансгендерных идентичностей. Они могут проявлять свой пол разнообразными мужскими, женскими и/или андрогинными путями. Высокая уязвимость и специфические потребности трансгендерных лиц в охране здоровья требуют особого и независимого статуса в глобальных ответных мерах на ВИЧ.

Дети

В соответствии со статьей 1 Конвенции о правах ребенка «ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее».

Подростки

Лица в возрасте от 10 до 19 лет обычно считаются подростками. Подростки не являются однородной группой; физическое и эмоциональное созревание наступает с возрастом, но его прогресс среди одноклассников варьирует. Кроме того, различные социальные и культурные факторы могут влиять на состояние их здоровья, способность принимать важные личные решения и обращаться за помощью.

В этом документе в основном используется термин «подростки». Есть и другие термины для обозначения совпадающих возрастных границ, такие как:

Молодежь

Этот термин относится к лицам в возрасте от 15 до 24 лет.

Молодые люди

Этот термин относится к лицам в возрасте от 10 до 24 лет.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

Таблицы подходов по принципу охвата всех этапов жизни, риски и вмешательства для избранных секторов

ТАБЛИЦА АЗ.1. Продовольственная безопасность и питание: риски и вмешательства на протяжении жизни

| Риски/ вмешательства | Период новорожденности и младенчество | Дети | Подростки и молодежь | Взрослые | Индикаторы |
|----------------------|---|--|---|--|---|
| Риски | <p>Задержка развития, маловесность для гестационного возраста / низкий вес при рождении / неполное развитие органов</p> <p>При инфицировании ТБ, ВИЧ или возбудителями гепатитов повышается риск преждевременной смерти</p> | <p>Отставание роста, задержка психического развития, задержка моторного развития, недостаточная иммунная защита от ТБ, ВИЧ и гепатита В или С</p> | <p>Сниженный иммунитет, повышающий риск инфицирования</p> <p>Дополнительные факторы риск: наркопотребление, низкий доход, безработица</p> | <p>Сниженный иммунитет, неспособность восстановиться после болезни</p> | <p>Стоимость и региональная доступность продуктов питания</p> <p>Культурные практики</p> |
| Вмешательства | <p>Обеспечение во время беременности достаточного в качественном и количественном отношении питания / пищевых и железосодержащих добавок</p> | <p>Обеспечение всех детей доступной здоровой пищей</p> <p>Обучение здоровому питанию</p> <p>Обеспечение всех детей, пострадавших от любого из трех заболеваний, гарантированным бесплатным дополнительным питанием</p> | <p>Пропаганда сбалансированного питания и сбор информации о продовольственной безопасности в домашних условиях и вне дома</p> <p>Обеспечение доступности достаточного количества еды хорошего качества для подростков, страдающих от этих заболеваний или находящихся на лечении в связи с ними</p> | <p>Обеспечение ценовой доступности еды дома и на работе</p> <p>Обеспечение доступности достаточного количества еды и пищевых добавок для получающих лечение взрослых</p> | <p>Политика обеспечения полноценного питания во всех возрастных группах, всех социально-экономических слоях населения и группах риска, включая заключенных</p> <p>Общественные ресурсы для обеспечения дополнительного питания группам с особыми потребностями, включая пациентов, находящихся на лечении в связи с ВИЧ, ТБ и гепатитом В или С</p> |

ТАБЛИЦА АЗ.2. Образование: риски и вмешательства на протяжении жизни

| Риски/ вмешательства | Дети | Подростки и молодежь | Взрослые | Пожилые люди | Индикаторы |
|--|--|---|---|--|--|
| Риски (недостаточного общего образования и санитарной грамотности) | Недостаток знаний о предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку, недостаток знаний о факторах риска ТБ у детей, недостаток знаний о распознавании ранних признаков заболевания и надлежащем поведении, ориентированном на здоровье | Недостаток знаний о самозащите Гендерное неравенство в образовании, приводящее к повышению риска для молодых женщин заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ и ВГС Недостаток знаний о конкретных заболеваниях | Недостаточная самозащита и неумение распознать ранние признаки заболеваний Несоблюдение требований в отношении лечения | Повышенный риск недоедания при одновременном дефиците экономических ресурсов (недостаточные выплаты) | Охват детей школьным образованием Опросы о знаниях по поддержанию и защите здоровья |
| Вмешательства | Обучение вопросам охраны здоровья и профилактики заболеваний, обучение самоутверждению и поведению, направленному на поддержание и укрепление здоровья | Организация учета подростков, бросивших учебу, чтобы убедиться в их трудоустройстве и получении ими дохода, а также в наличии у них знаний, необходимых для защиты от болезней, особенно ВИЧ, ТБ и ВГС | Предложения по обучению взрослых, выявление пробелов в образовании взрослых, санитарное просвещение, связанное с риском конкретных заболеваний, и обучение родителей, чтобы они передавали знания своим детям | Поддержание знаний об уходе за собой и поведении, направленном на поддержание и укрепление здоровья Предоставление информации о заболеваниях, в частности о ТБ и его ранних признаках Распространение знаний о здоровом питании и потреблении напитков | Опросы, основанные на методологии ЗОП (знания, отношение, практика) Разделы санитарного просвещения в учебных планах Разделы, посвященные половому воспитанию, в учебных планах Информация/кампании в средствах массовой информации с включением конкретных сведений о ВИЧ, ТБ и вирусных гепатитах |

ТАБЛИЦА А3.3. Трудоустройство: риски и вмешательства на протяжении всей жизни

| Риски/ вмешательства | Младенчество | Дети | Подростки и молодежь | Взрослые | Пожилые люди | Индикаторы |
|-------------------------|---|---|--|--|--|--|
| Риски | Безработица родителей и отсутствие политики защиты занятости может стать причиной патологий развития плода и новорожденного | Безработица родителей сокращает семейный доход, оказывая отрицательное влияние на жилищные условия и продовольственную безопасность, повышая риски как ТБ, так и вирусных гепатитов, оказывая негативное воздействие на развитие в детском возрасте и состояние питания, повышая риск снижения иммунного статуса и риск насилия в семье | Безработица среди молодежи – фактор риска наркопотребления (таким образом, повышается риск заражения ВИЧ и гепатитом), низкой самооценки, проблем с психическим здоровьем, пониженного питания, миграции | Безработица приводит к снижению семейного дохода, нарушениям психического здоровья, понижению питания, повышению риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, риска бытового насилия, неадекватных жилищных условий – таким образом, она увеличивает риск заболеваний, особенно ТБ | Безработица в зрелом возрасте – причина недостаточного дохода в пожилом возрасте, более низких пенсий и сопряженных рисков проживания в неадекватных условиях и неполноценного питания | Статистика занятости/безработицы, семейного дохода, распределения доходов |
| Вмешательства | Политика защиты занятости во время беременности и родов и отпуск по уходу за ребенком | Обеспечение занятости родителей и поиск гибких вариантов работы с частичной занятостью, обеспечение страховой защиты на случай потери работы с получением минимального дохода для отдельных лиц и семей | Программы трудоустройства молодежи, хорошие схемы обучения и профессиональной подготовки молодежи, профессиональная ориентация молодых людей в мире труда | Занятость и инвестиционные стимулы, борьба с безработицей | Политика защиты трудовых пенсий | Стимулирование и политика занятости, социальная защита безработных, существование профсоюзов |

ТАБЛИЦА АЗ.4. Социальная защита: риски и вмешательства на протяжении всей жизни

| Риски/ вмешательства | Младенчество | Дети | Подростки и молодежь | Взрослые | Пожилые люди | Индикаторы |
|-------------------------|---|---|---|---|--|--|
| Риски | Безработица родителей и отсутствие политики защиты занятости может стать причиной патологии развития плода и новорожденного ребенка | Безработица родителей сокращает семейный доход, оказывая отрицательное влияние на жилищные условия и продовольственную безопасность, повышая риски как ТБ, так и вирусных гепатитов, оказывая негативное воздействие на развитие в детском возрасте и состояние питания, повышая риск снижения иммунного статуса и риск насилия в семье | Безработица среди молодежи – фактор риска наркопотребления (таким образом повышается риск заражения ВИЧ и гепатитом), низкой самооценки, проблем с психическим здоровьем, пониженного питания, миграции | Безработица приводит к снижению семейного дохода, нарушениям психического здоровья, понижению питания, повышению риска злоупотребления алкоголем и наркотиками, риска бытового насилия, неадекватных жилищных условий – таким образом она увеличивает риск заболеваний, особенно ТБ | Безработица в зрелом возрасте – причина недостаточного дохода в пожилом возрасте, более низких пенсий и сопряженных рисков проживания в неадекватных условиях и неполноценного питания | Уровень безработицы Безработица среди молодежи Статистика безработицы с учетом гендерного фактора |
| Вмешательства | Политика защиты занятости во время беременности и родов и отпуск по уходу за ребенком | Обеспечение занятости родителей и поиск гибких вариантов работы с частичной занятостью, обеспечение страховой защиты на случай потери работы с получением минимального дохода для отдельных лиц и семей | Программы трудоустройства молодежи, хорошие схемы обучения и профессиональной подготовки молодежи, профессиональная ориентация молодых людей в мире труда | Занятость и инвестиционные стимулы, борьба с безработицей | Политика защиты минимального дохода и ресурсов на жилье, отопление и питание, удовлетворения основных требований к поддержанию и укреплению здоровья | Стимулирование и политика занятости, социальная защита безработных, существование профсоюзов, служб социальной защиты, занимающихся аутрич-работой, а также политики и программ реинтеграции |

ТАБЛИЦА А3.5. Тюремное заключение: риски и вмешательства на протяжении всей жизни

| Риски/ вмешательства | Младенчество | Дети | Подростки и молодежь | Взрослые | Пожилые люди | Индикаторы |
|-------------------------|---|---|---|---|--|--|
| Риски | Отсутствие профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку при недоступности для беременных заключенных должного дородового патронажа Новорожденные, находящиеся со своими матерями в тюрьмах, подвергаются большому риску заражения ТБ из-за плохих гигиенических и бытовых условий | Тюремное заключение родителей снижает семейный доход и может оказать негативное воздействие на жилищные условия и продовольственную безопасность семьи заключенного Заражение взрослых заключенных ТБ, ВИЧ или вирусным гепатитом может повысить риск инфицирования их детей | Инфицирование молодежи ТБ, ВИЧ и вирусным гепатитом во время тюремного заключения Недостаточное лечение подростков, инфицированных до заключения под стражу Недостаточный скрининг подростков в тюрьмах | Инфицирование ТБ, ВИЧ и вирусным гепатитом во время тюремного заключения Недостаточное лечение лиц, инфицированных до заключения под стражу Недостаточный скрининг на ВИЧ, ТБ и вирусные гепатиты в тюрьмах | Повышенный риск заражения в субпопуляции, заведомо ослабленной в связи с возрастом и возможной сопутствующей патологией | Эпидемиологические исследования здоровья заключенных / охраны здоровья в тюрьмах |
| Вмешательства | Политика обеспечения скрининга среди беременных заключенных и, при необходимости, направления их на лечение, включая профилактику передачи инфекции от матери ребенку | Политика защиты детей, посещающих заключенных родителей, от заражения, отслеживание контактов, лечение членов семьи | Скрининг подростков и, по мере необходимости, направление на лечение Использование периода лишения свободы для санитарного просвещения и распространения информации о стратегиях профилактики | Скрининг и, по мере необходимости, направление на лечение Использование периода лишения свободы для санитарного просвещения и распространения информации о стратегиях профилактики | Особое внимание в отношении иммунного статуса и скрининга, а также направления на лечение следует уделять пожилым заключенным и лицам, приговоренным к длительным срокам лишения свободы | Текущая политика и существующие службы тюремного здравоохранения Политика специальной профилактики ТБ, ВИЧ и вирусных гепатитов в тюрьмах, включая скрининг, лечение, информирование и отслеживание контактов |

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

Инструментарии для осуществления межсекторальных действий, направленных на социально-экономические детерминанты ВИЧ, ТБ и вирусных гепатитов

ВИЧ и инструмент оценки социальной защиты: Получение научных данных для обоснования политики и действий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и социальной защите. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2017 (<https://www.unaids.org/ru/resources/documents/2017/HIV-social-protection-assessment-tool>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Practical guidelines for developing and implementing workplace policies and programmes on HIV and AIDS. Based on ILO's experience in the English- and Dutch-speaking Caribbean countries [Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда. На основе опыта МОТ по реализации мер и программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах в странах региона Карибского бассейна, говорящих на английском и голландском языках]. Port of Spain: International Labour Organization; 2013 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-port_of_spain/documents/publication/wcms_429977.pdf, accessed 30 October 2019).

Европейская база данных «Охрана здоровья в тюрьмах» [HIPED] (база данных в режиме онлайн). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/node.prisons>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Dara M, de Colombani P, Petrova-Benedict R, Centis R, Zellweger JP, Sandgren A с соавт. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement [Минимальный пакет для трансграничного контроля и лечения ТБ в Европейском регионе ВОЗ: консенсусное заявление Вольфхезе]. European Respiratory Journal. 2012;40:1081–90 (<https://erj.ersjournals.com/content/40/5/1081?sid=3c630ccb-ad6e-4259-97b3-c29bb1694370>, accessed 30 October 2019).

WHO and UNHCR. Tuberculosis care and control in refugee and displaced populations. An interagency field manual. Second edition [ВОЗ и Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН). Борьба с туберкулезом среди беженцев и перемещенных лиц: межведомственное практическое руководство. Второе издание]. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/refugees/en/>, accessed 30 October 2019).

Introductory handbook on the prevention of recidivism and the social reintegration of offenders [Вводное руководство по вопросам предупреждения рецидивизма и реинтеграции правонарушителей]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/18-02303_ebook.pdf, accessed 30 October 2019).

Concept note. Assessment tool for governance health and well-being [Концептуальная записка. Методика оценки стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/383943/h2020-concept-note-eng.pdf?ua=1, accessed 30 October 2019).

Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Final Report [Многосекторальное и межведомственное взаимодействие, направленное на улучшение

состояния здоровья и благополучия всего населения: картирование Европейского региона ВОЗ. Итоговый доклад.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf?ua=1, accessed 30 October 2019).

Governance snapshot: whole-of-government approach. Ireland: Healthy Ireland [Краткий обзор стратегического руководства: общегосударственный подход. Ирландия: Здоровая Ирландия]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/412821/Ireland-Healthy-Ireland-wog.pdf?ua=1, accessed 30 October 2019).

Краткий обзор стратегического руководства: общегосударственный подход. Кыргызстан: Координационный совет по общественному здравоохранению. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/413063/Kyrgyzstan-snapshot-Coordinating-Council-for-Public-Health-CCPH-ru.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Governance snapshot: whole-of-government approach. The Coalition of Partners for Strengthening Public Health Services in the European Region [Краткий обзор стратегического руководства: общегосударственный подход. Коалиция партнеров по укреплению служб общественного здравоохранения в Европейском регионе]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/413156/Governance-Snapshot-The-Coalition-of-Partners-for-Strengthening-Public-Health-Services-ENGv2.pdf?ua=1, accessed 30 October 2019).

Инструмент гендерной оценки для национальных ответных мер на ВИЧ и ТБ

Оценка стигмы, связанной с ТБ, Партнерства «Остановить ТБ» – Справочник по выполнению

Оценка стигмы, связанной с ТБ, Партнерства «Остановить ТБ» – Методы сбора данных

Оценка стигмы, связанной с ТБ, Партнерства «Остановить ТБ» – Рабочая тетрадь по вводу и анализу данных

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ С КЛЮЧЕВЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ

Городское население

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Городское население. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Urban-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Дети

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Дети. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Children-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Работники здравоохранения

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Работники здравоохранения. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP-Brief_HealthCareWorker_ENG_WEB.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Люди, употребляющие наркотики

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Люди, употребляющие наркотики. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/PeopleUseDrugs-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Мобильные группы населения

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Мигранты. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Mobile-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Шахтеры

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Шахтеры. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Miners-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Заклученные

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Заклученные. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Prisoners-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Сельское население

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Сельское население. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Rural-Rus.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Люди, живущие с ВИЧ/СПИД

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Люди, живущие с ВИЧ. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2016 (http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_PLHIV_ENG_WEB.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Коренные народы

Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. Коренные народы. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2017 (http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/6_27-UNOPS-KPB-Indigenous-Print.pdf, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

Затронутые, уязвимые и недостаточно обслуживаемые группы населения

Данные по борьбе с туберкулезом среди ключевых, уязвимых и недостаточно обслуживаемых групп населения. Рабочие документы. Женева: Партнерство «Остановить ТБ»; 2017 (<http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/Data%20for%20Action%20for%20Tuberculosis%20Key,%20Vulnerable%20and%20Underserved%20Populations%20Sept%202017.pdf>, по состоянию на 28 мая 2020 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

Индикаторы достижения прогресса в различных секторах

В этом приложении приведены примеры индикаторов для каждого сектора в связи с темами, освещенными в документе, с отсылками к нескольким соответствующим задачам ЦУР на основе данных, собираемых по показателям для включения в национальную отчетность.

Борьба с бедностью



- Доля населения, живущего за международной чертой бедности, в разбивке по возрасту и полу
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)
- Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)
- Индекс Джини
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)

Продовольственная безопасность и питание



- Распространенность недоедания
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)
- Распространенность сахарного диабета
(Источник данных: ВОЗ)

Окружающая среда



- Доля населения, использующего в основном чистые виды топлива и технологии

(Источник данных: ВОЗ)

Гендерное равенство



- Доля участия молодежи и взрослых в формальном и неформальном образовании и профессиональной подготовке в предыдущие 12 месяцев, в разбивке по полу

(Источник данных: Институт количественных показателей и оценки здравоохранения)

Образование



- Доля детей, зачисленных в начальную школу, в разбивке по полу

(Источник данных: ЮНИСЕФ)

Исследования и инновации



- Объем внутренних затрат на исследования и разработки, в процентах от ВВП (показатель ЦУР 9.5.1)
- Количество исследователей (в эквиваленте полной занятости) на миллион жителей (показатель ЦУР 9.5.2)

(Источник данных: Институт статистики ЮНЕСКО, Организация экономического сотрудничества и развития, Евростат, службы государственной статистики)

Трудоустройство



- Уровень безработицы, в разбивке по полу
(Источник данных: службы государственной статистики)

Финансирование здравоохранения



- Расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП
(Источник данных: службы государственной статистики)
- Расходы на здравоохранение на душу населения
(Источник данных: службы государственной статистики)

Социальная защита



- Политика социального страхования на случай временной нетрудоспособности или в связи с инвалидностью
(Источник данных: национальные нормативные правовые документы)
- Доля населения, обеспеченного минимальным уровнем / системами социальной защиты
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)

Психическое здоровье и аддиктивное поведение



- Распространенность расстройств, связанных с употреблением алкоголя
(Источник данных: ВОЗ)
- Распространенность табакокурения среди лиц в возрасте 15 лет и старше
(Источник данных: ВОЗ)

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права



- Доля умерших после аборта в структуре материнской смертности
(Источник данных: ВОЗ)

Миграция



- Индекс МІРЕХ
(Источник данных: МОМ)

Законодательство



- Недискриминационные законы в отношении работников коммерческого секса, мужчин, практикующих секс с мужчинами
(Источник данных: национальное законодательство)

Судебная и пенитенциарная система



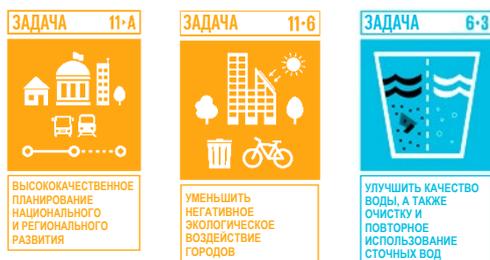
- Частота назначения наказания в виде лишения свободы
(Источник данных: УНП ООН)

Транспорт



- Доля населения, имеющего удобный доступ к общественному транспорту, в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности
(Источник данных: национальные данные, база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)
- Доля сельского населения, проживающего в пределах 2 км от круглогодичной дороги
(Источник данных: национальные данные, база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)

Города



- Процент населения, проживающего в городах
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)

Жилье



- Доля городского населения, проживающего в трущобах, неформальных поселениях или неадекватных жилищных условиях
(Источник данных: база данных ООН «Показатели достижения целей в области развития»)

Внешняя политика

ЗАДАЧА 17-6



ОБМЕН ЗНАНИЯМИ
И СОТРУДНИЧЕСТВО
В ПОДДЕРЖКУ
ДОСТУПА К НАУЧНО-
ТЕХНИЧЕСКИМ
ИННОВАЦИЯМ

ЗАДАЧА 17-16



УКРЕПЛЯТЬ
ГЛОБАЛЬНОЕ
ПАРТНЕРСТВО
В ИНТЕРЕСАХ
УСТОЙЧИВОГО
РАЗВИТИЯ

ЗАДАЧА 16-B



ПРОВОДИТЬ В ЖИЗНЬ
НЕДИСКРИМИНА-
ЦИОННЫЕ ЗАКОНЫ
И ПОЛИТИКУ

- Наличие политики и соглашений о трансграничном сотрудничестве в сфере контроля за болезнями
(Источник данных: ВОЗ)
- Реализация Международных медико-санитарных правил (ММСП)
(Источник данных: ВОЗ)

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

ISBN 978-92-890-5533-8



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
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int