

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

E. 5176

ЗАДАЧИ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ:  
АСПЕКТЫ, СВЯЗАННЫЕ С СЕСТРИНСКИМ ДЕЛОМ/АКУШЕРСТВОМ

NURS/EURO 86.1  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ  
2420A

1986 г.



**ЗАДАЧИ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ:  
АСПЕКТЫ, СВЯЗАННЫЕ С СЕСТРИНСКИМ ДЕЛОМ/АКУШЕРСТВОМ**

## ВВЕДЕНИЕ

Какое отношение имеют к вам цели достижения Здоровья для всех к 2000 году, поставленные Всемирной организацией здравоохранения? Что означают 38 региональных задач по достижению здоровья для всех с точки зрения медицинских сестер и акушерок?\*

Задачи эти подготавливают им возможность достичь их традиционных целей новыми, более независимыми способами в тесном взаимодействии и сотрудничестве с другими специалистами и группами, действующими в области здравоохранения и участвующими в деле охраны здоровья, а также для того, чтобы строить свое будущее, осуществляя деятельность, направленную на достижение Здоровья для всех. Изменению подлежат все компоненты их профессиональной деятельности, начиная с определения здоровья как такового.

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье - это "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов", оно же является и "одним из основных прав всякого человека".

ВОЗ поставила перед собой цель "достижения всеми гражданами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволял бы им вести продуктивную в социальном и экономическом плане жизнь". Ключом же к достижению этой цели является первичная медико-санитарная помощь, дополненная массовым участием населения.

На совещаниях Европейского регионального комитета государства - члены Европейского региона ВОЗ утвердили "Здоровье для всех" в качестве своей первоочередной совместной политики в области здравоохранения и утвердили 38 региональных задач, в которых определяется минимум того, что должно быть сделано ими для улучшения системы здравоохранения и решения проблем, связанных со здоровьем. Государства-члены также договорились о том, чтобы осуществлять мониторинг и регулярно докладывать Региональному комитету о ходе осуществляемой ими работы.

Для обеспечения здоровья для всех необходим целый ряд предпосылок. Без обеспечения мира, социальной справедливости, достаточного количества пищи и безопасной воды, без надлежащей системы образования и просвещения, приемлемых жилищных условий и возможностей играть полезную роль в обществе, а также без надлежащего уровня доходов для всех и каждого нельзя говорить ни о здоровье, ни о реальном росте, ни о социальном развитии. Задачи касаются почти всех из этих потребностей и нужд. Задачи эти были приняты потому, что, несмотря на все денежные затраты и положительные сдвиги в области здравоохранения, здоровье людей в Европе не является таким, каким оно могло бы быть. Кроме того, несмотря на высокий в целом уровень развития в Регионе, все еще имеют место значительные различия в отношении здоровья. Так, например, различия между

---

\*См. Приложение 1.

крайними уровнями продолжительности жизни по странам составляют 20 лет, а уровень детской смертности в Регионе колеблется от менее 7 до более 100 на каждую 1000 живорожденных.

Задачи указывают и на те улучшения, которых можно было бы ожидать, если бы уже имеющиеся знания, воля, ресурсы и технология были бы объединены для достижения общей цели. Они могли бы помочь государствам-членам самим установить свои приоритеты и цели.

### Шесть принципов задач

Шесть основных принципов красной нитью проходят через задачи. Во-первых, Здоровье для всех предполагает равенство с тем, чтобы имеющиеся в настоящее время проявления неравенства в области здравоохранения от страны к стране и внутри стран были устранены в возможно большей степени.

Когда люди здоровы, они в состоянии мобилизовать свои физические, духовные и эмоциональные способности и возможности и в этом смысле в состоянии содействовать улучшению своего здоровья. Основной упор в медико-санитарном обслуживании должен делаться на укрепление здоровья и профилактику болезни.

Люди сами хотят добиться обеспечения Здоровья для всех. Хорошая информированность, хорошая мотивация и активное участие населения являются решающим условием для достижения общей цели.

Поскольку органы здравоохранения могут заниматься лишь частью подлежащих решению проблем, единственным средством для обеспечения необходимых для здоровья предпосылок, для стимулирования проведения соответствующей здравоохранительной политики и уменьшения факторов риска в физической, экономической и социальной средах является многосекторальное сотрудничество.

Основную роль в системе медико-санитарной помощи должна играть первичная медико-санитарная помощь, а именно: удовлетворение основных нужд и потребностей каждого контингента населения путем оказания услуг как можно ближе к месту проживания и работы людей, с обеспечением их полной доступности и приемлемости для всех, а также по доступной цене.

В конечном итоге некоторые проблемы здравоохранения выходят за пределы национальных границ; к числу явных и очевидных примеров проблем, решение которых требует международного сотрудничества, являются проблемы загрязнения и торговли продуктами, причиняющими ущерб здоровью.

### Кто содействует достижению Здоровья для всех?

Успех движения за достижение Здоровья для всех зависит от эффективной поддержки со стороны пяти различных, но функционально взаимодействующих групп людей, каждая из которых выполняет свои собственные специфические обязанности.

Во-первых, люди наделены правами и несут ответственность за "Здоровье для всех". Данное движение должно служить их благу, но успешным оно будет лишь с их помощью и при их участии. Далее, министерства здравоохранения и органы здравоохранения всех уровней в государствах-членах несут наибольшую ответственность за деятельность, которая необходима для достижения Здоровья для всех. Секторы, не относящиеся к системе здравоохранения, включая неправительственные организации, должны признать то воздействие, которое их деятельность оказывает

на здоровье, и стремиться к достижению своих целей таким образом, чтобы это благоприятным образом сказалось на деятельности по охране здоровья. Более того, учреждения системы Организации Объединенных Наций (особенно ВОЗ) и другие международные организации отвечают за обеспечение сотрудничества между странами по проблемам, выходящим за пределы национальных границ. Профессиональные работники здравоохранения, располагающие специальными знаниями и влиянием в отношении политиков и населения вообще, могут быть весьма важной силой в деле мобилизации поддержки и обеспечения необходимых изменений. Медицинские сестры и акушерки имеют непосредственное отношение к сфере ответственности и обязанностей этой последней группы.

В целом профессиональные работники здравоохранения должны стремиться к расширению традиционных рамок решения проблем здравоохранения с тем, чтобы учитывать психологические, социальные, экономические и экологические параметры, связанные с вопросами охраны здоровья. Им надлежит осуществлять более тесное сотрудничество со специалистами в соответствующих областях и подчеркивать важность воздействия на эти факторы в интересах охраны здоровья. Им необходимо также пропагандировать их среди широких кругов населения, политиков и органов здравоохранения. В индивидуальном же плане весь занятый в области здравоохранения персонал должен стремиться к обеспечению большей приоритетности в деятельности по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, медико-санитарному обслуживанию и реабилитации. Они должны стремиться к более целостному ведению проблем охраны здоровья путем выявления потенциальных источников и решений многих отдельных проблем в деле охраны здоровья в семье и на общинно-коммунальном уровне.

Качество медико-санитарного обслуживания зависит и от профессиональных работников здравоохранения. Всем профессиональным работникам здравоохранения следует планировать и осуществлять исследования с целью обеспечения более глубокого понимания проблем охраны здоровья и нахождения более эффективных путей и способов их решения. Этот вклад имеет жизненно важное значение для достижения Здоровья для всех.

#### Организационные аспекты

38 задач можно разделить на три взаимосвязанные группы, исходя из их содержания и сроков выполнения. Эти сроки отражают логическую последовательность событий и мероприятий, необходимых для достижения Здоровья для всех к 2000 году. Подобно каменным блокам пирамиды, каждая из задач с точностью соотносится с другими, смежными, причем самый верхний блок должен быть уложен на свое место последним.

Задачи не имеют обязательной в правовом смысле силы для государств-членов; они предназначаются лишь для стимулирования того, чтобы правительства, профессиональные группы и вообще население каждой из стран разрабатывали такую политику и программы для достижения Здоровья для всех, которые им наиболее подходят.

### 1. ДОСТИЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ В ЕВРОПЕ К 2000 ГОДУ

#### Задачи 1-12

В первых 12 задачах приводятся основные требования, долженствующие обеспечить здоровье населения, чему может содействовать работа медицинских сестер и акушерок. Сроком выполнения этих задач является 2000 год. Во-первых, равенство в отношении здоровья должно быть обеспечено путем

сокращения различий в состоянии здоровья для представителей обоих полов, социальных и экономических групп и стран (задача 1). Другой необходимостью является укрепление здоровья; достичь этого можно трояким путем.

Во-первых, задачи 2 и 3 преследуют цель обеспечения "полноценной жизни в пожилом возрасте" путем всестороннего развития и использования физических и умственных способностей каждого человека с тем, чтобы можно было вести дающую удовлетворение и здоровую жизнь. Особенно важное значение имеет то, чтобы возможности полноценной в социальном и экономическом плане жизнь предоставлялись лицам пожилого возраста, лицам, находящимся в неблагоприятных условиях, а также страдающим физической и умственной неполноценностью.

В задачах 4 и 5 ставится улучшение состояния здоровья путем снижения уровня заболеваний и искоренения ряда болезней (местных случаев заболевания корью, полиомиелитом, столбняком новорожденного, врожденной формой краснухи, дифтерией, врожденной формой сифилиса и местными формами малярии).

Последние семь задач этой группы требуют принятия мер, направленных на продление жизни. Ожидаемая средняя продолжительность жизни должна быть доведена до 75 лет (задача 6). Ранняя детская смертность в странах Региона не должна превышать 20 случаев на 1000 живорожденных, а материнская смертность должна составлять менее 15 случаев на 100 000 живорожденных (задачи 7 и 8). Смертность в Регионе от болезней органов кровообращения, рака и в результате несчастных случаев, являющихся основными тремя причинами смертности в Регионе, должна быть сокращена (задачи 9-11), а проявляющаяся сейчас тенденция к росту числа самоубийств и попыток самоубийства должна быть направлена в сторону ее снижения (задача 12).

## II. ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТСЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ

### Задачи 13-31

Эти задачи касаются изменений и преобразований в образе жизни и жизненных привычках, в окружающей среде и медико-санитарном обслуживании, необходимых для удовлетворения основополагающих требований в области здравоохранения. Завершение выполнения почти всех этих задач планируется на 1990 или 1995 гг. И хотя медицинские сестры и акушерки будут и в дальнейшем самым тесным образом участвовать в решении задачи медицинского обслуживания соответствующего местным условиям, им следует вместе с тем также содействовать делу поощрения здорового образа жизни и обеспечению здоровой окружающей среды, расширяя тем самым свою функциональную сферу обслуживания.

### Образ жизни, способствующий укреплению здоровья (задачи 13-17)

Поскольку образ жизни тесным образом связан с состоянием здоровья, содействие обеспечению здорового образа жизни имеет исключительно важное значение в плане достижения Здоровья для всех. Исходным моментом при этом является признание того, что состояние здоровья населения зависит в значительной мере от политической, экономической, социальной и физической сред, которые могут ограничить его возможности по выбору здорового образа жизни. Значительное влияние на образ и особенности жизни оказывают также государственная и корпоративная политика. Таким образом, эти пять задач касаются наиважнейших частей стратегии, направленных на обеспечение здорового образа жизни, а предлагаемая в рамках этих задач политика должна облегчить их достижение.

В первых трех задачах этой группы ставится цель предоставления возможностей и усиления способностей населения по обеспечению здорового образа жизни путем проведения соответствующей национальной политики (задача 13), программ повышения роли семьи и социальных групп (задача 14), а также программ санитарного просвещения (задача 15). Медицинские сестры и акушерки могут внести важный вклад в программы и активным образом содействовать реализации задачи 13.

Кроме того, население может играть и активную роль в плане поддержания своего здоровья, а государства-члены должны содействовать и поощрять образ жизни, благоприятствующий здоровью (задача 16), и бороться против наносящего ущерб здоровью поведения (задача 17). Учитывая социальные и экологические факторы, влияющие на образ жизни, в задачах 16-17 содержится требование принятия практических мер всеми пятью группами, отвечающими за обеспечение здоровья для всех. Эти задачи нацелены на то, чтобы изменить само поведение и отношение, однако поведение это изменится лишь тогда, когда население изменит сначала свое мнение и критерии и примет позитивную концепцию здоровья как чего-то, что оно само может сформировать, создать и сохранить. Ни медсестры, ни акушерки не могут ни велеть, ни приказать людям измениться, однако путем обсуждения проблем и снабжения людей информацией они могут помочь людям сделать для себя выбор в отношении здоровья.

#### Здоровая окружающая среда (задачи 13-23)

Окружающая среда - это исключительно мощный фактор воздействия на здоровье, и следующая группа задач касается поэтому защиты населения от опасных для здоровья факторов окружающей человека среды (задачи 18-23) для улучшения состояния мест проживания и условий на производстве (задачи 24-25) не только с целью ограждения людей от всякого рода неблагоприятных факторов и опасностей, но и для укрепления здоровья путем улучшения качества жизни.

Медсестры и акушерки могут сделать жизненно важный вклад в дела сообщества и сограждан в плане обеспечения здоровой окружающей среды посредством достижения целей, поставленных в задачах 24 и 25. Медсестры, занятые в области общественного здравоохранения, медсестры, работающие в области гигиены труда, и часть акушерок уже трудятся и стремятся к этому на коммунальном уровне, и впредь этим будет заниматься большее число специалистов в области сестринского дела как непосредственно занимающихся первичным медико-санитарным обслуживанием. И хотя основная доля мероприятий по обеспечению здоровой окружающей среды будет осуществляться другими секторами, все же медсестры и акушерки наряду с другими профессиональными работниками здравоохранения призваны играть важную роль в этом деле.

Профессиональным работникам здравоохранения надлежит выработать надлежащие навыки и умения на предмет оценки и информирования об экологических опасностях, угрожающих здоровью. Разговаривая с людьми, знакомясь с их проблемами и давая им рекомендации относительно неблагоприятных и опасных факторов окружающей среды и о том, что они могут сделать для их устранения, медицинские сестры могут (и должны) явиться действенным каналом коммуникации. Их вклад должен включать в себя аспект просвещения относительно факторов риска дома и на производстве и о путях и способах улучшения условий по месту жительства и на производстве в целях укрепления здоровья.

Располагая информацией, получаемой от населения, и путем проведения своих собственных оценок, эти специалисты могли бы представить здравоохранительные проблемы, связанные с окружающей средой, на рассмотрение тех правительственных

или общественных кругов, которые могли бы их решить путем осуществления, в частности, многосекторального сотрудничества. Сектор здравоохранения, взятый в целом, должен принимать большее участие в планировании на коммунальном уровне. Медицинские сестры и акушерки наряду с другими профессиональными работниками здравоохранения должны знать больше о воздействии окружающей среды на здоровье. Они должны помогать при составлении критериев качества воздуха в помещениях и нормативы по таким важным с точки зрения охраны здоровья аспектам жилья, как гигиена, безопасность, пространство, освещение и изоляция. Им следует также добиваться того, чтобы проектировщики учитывали особые запросы и потребности лиц пожилого возраста и инвалидов, а также потребность в таком жилье, которое бы благоприятствовало социальному общению и гармонической семейной жизни.

#### Соответствующая медико-санитарная помощь (задачи 26-31)

Несмотря на впечатляющие прогресс и достижения последних десятилетий здоровье населения в Европе улучшилось не столь быстро, как можно было бы ожидать, возможно, по причине относительной скорости, с которой развивались различные компоненты системы медико-санитарной помощи и обусловленные этим несоразмерности между различными видами оказываемой помощи, когда неоправданно большая роль отводилась больницам. Кроме того, успешное функционирование системы медико-санитарного обслуживания обусловило повышение потребностей в обеспечении надлежащих условий и средств для инвалидов, для реабилитации и постоянного ухода на дому и на коммунальном уровне, а также в терминальном уходе.

Что должно быть сделано в отношении новых проблем здравоохранения, меняющихся ожиданий, развития возможностей как внутри, так и вне сектора здравоохранения, а также в отношении ограниченных ресурсов? Первичная медико-санитарная помощь - это хороший ответ на этот вопрос.

Философия Здоровья для всех требует реорганизации систем медико-санитарной помощи. Это означает, что система должна основываться на первичной медико-санитарной помощи с уделением большего внимания вопросам интеграции и координации на всех уровнях, на многосекторальной работе по укреплению здоровья, профилактике, реабилитации и уходу; а также на официальном признании большей роли, которую отдельные лица, семьи и общины могут и должны играть в области здравоохранения. Для медицинских сестер и акушерок это связано с большими изменениями и большими возможностями. Системы первичной медико-санитарной помощи призваны расширить содержание и место работы этих специалистов, их отношения с пациентами и другими профессиональными работниками здравоохранения, равно как и их представления о себе и определения того, что они делают.

Шесть задач в области соответствующей медико-санитарной помощи характеризует политику, ресурсы и важнейшие компоненты системы первичной медико-санитарной помощи, равно как и необходимость обеспечения качества ухода и обслуживания. Все это должно быть завершено к 1990 году.

#### Политика и ресурсы для первичной медико-санитарной помощи

Во-первых, всем государствам-членам надлежит развивать системы первичного медико-санитарного обслуживания, основанные на первичной медико-санитарной помощи и поддержанные в случае такой необходимости обслуживанием вторичного и третичного уровней (задача 26). В каждой стране должен иметься свой собственный национальный план, направленный на то, чтобы претворить в жизнь требования первичного медико-санитарного обслуживания, опираясь на помощь на коммунальном

уровне и на профессиональных работников здравоохранения. Первичная помощь займет, таким образом, центральное место в системе здравоохранения, заняв место обслуживания в больницах или обслуживания на вторичном уровне. При составлении этих планов государства-члены должны заручиться пониманием, поддержкой и рекомендациями со стороны всех профессиональных работников здравоохранения. Исходным пунктом при этом должна быть эффективная поддержка органов власти на всех уровнях и переориентация подготовки и просвещения профессиональных работников здравоохранения с тем, чтобы они могли работать в соответствии с требованиями системы первичной медико-санитарной помощи.

Чтобы первичная медико-санитарная помощь не оставалась просто декларацией политики, необходимо обеспечить тщательное перераспределение ресурсов медико-санитарного обслуживания путем постепенного перехода от больничной системы к первичному медико-санитарному обслуживанию. Имеющиеся ресурсы (будь то оборудование, деньги и людские ресурсы) должны распространяться в соответствии с потребностями, с тем чтобы предоставлять услуги, являющиеся доступными и приемлемыми для всех (задача 27). Имеющиеся ресурсы должны использоваться по-новому, более эффективно с целью обеспечения обслуживания на первичном, вторичном и третичном уровнях в рамках регионализованной системы, в которой отдельные подразделения с четко определенными функциями и ролью должны обслуживать четко определенные контингенты населения. Таким образом, следует изменить наметившуюся в последнее время тенденцию в отношении медсестер и акушерок; вместо того чтобы работать в больницах, им следует работать в здравоохранительных центрах на коммунальном уровне или непосредственно в домах, школах или на рабочих местах. Кроме того, им следует пересмотреть свою роль и функции независимо от того, работают ли они в группах и бригадах первичной медико-санитарной помощи или самостоятельно.

#### Содержание первичного медико-санитарного обслуживания

Следующие три задачи касаются наиболее существенных особенностей системы первичной медико-санитарной помощи. Большая часть услуг профилактического характера и множество диагностических, терапевтических и вспомогательных услуг могут предоставляться вне больниц. Все системы первичной медико-санитарной помощи должны удовлетворять потребности населения в широком круге услуг по укреплению здоровья, лечению, реабилитации и поддержке, уделяя особое внимание нуждам и потребностям отдельных лиц и групп населения, которые подвержены особому риску, уязвимы или недостаточно обеспечены медико-санитарным обслуживанием (задача 28). Необходимо обеспечить достаточное число медсестер и акушерок для предоставления всех этих видов обслуживания и ухода: в результате этого изменится и характер и виды работы, выполняемой медсестрами и акушерками. Медицинские сестры могут сыграть особо важную роль, предоставляя помощь на дому или осуществляя уход по реабилитации, что позволит людям (в частности, пожилым и инвалидам) оставаться или поправляться у себя дома. Акушеркам следует расширить свои функциональные обязанности и наряду с оказанием традиционных услуг помощи оказывать содействие в плане обеспечения здоровья семьи, планирования семьи, консультирования и сексуального здоровья. Медсестры и акушерки должны также внести свой вклад в обсуждение вопросов качества предоставляемых услуг и использование технологии применительно к конкретным условиям (см. задачи 31-38).

Медсестры должны также принимать участие в проведении междисциплинарных исследований для оценки оказываемой медико-санитарной помощи. Соответствующая помощь означает оказание комплексной системы услуг, поэтому медицинские сестры и акушерки должны содействовать увязыванию между собой всех уровней ухода и

обслуживания и всех участвующих в этом деле. Опять-таки они будут являться своего рода средством или каналом коммуникации, передавая информацию, исходящую от пользователей служб здравоохранения, наряду со своим собственным опытом, и помогая тем самым планировать услуги и выявлять проблемы и трудности, имеющиеся в системе.

Активное участие населения в своем лечении имеет исключительно важное значение. Медсестры и акушерки могли бы играть жизненно важную роль, стимулируя самостоятельное принятие решения и более активную роль самого населения. Они должны не просто работать на людей и для людей, но и совместно с ними, содействуя тому, чтобы люди помогали сами себе.

#### Кем будет оказываться первичная медико-санитарная помощь

Кто будет оказывать первичную медико-санитарную помощь и как оказывающие помощь будут сотрудничать между собой? Система первичной медико-санитарной помощи должна основываться на сотрудничестве и бригадной работе профессиональных работников здравоохранения, отдельных лиц, семей и групп населения на коммунальном уровне (задача 29).

Люди должны помогать оказывать первичную медико-санитарную помощь; они уже сейчас оказывают помощь во многих случаях недомоганий и иногда при серьезных состояниях. Всем профессиональным работникам следует признать значение такого рода услуг и прислушиваться к мнению пациентов относительно их нужд и потребностей. Медицинские сестры и акушерки должны исследовать вопрос о целесообразности и значимости таких неофициальных форм обслуживания. Задача заключается в том, чтобы браться за решение проблем охраны здоровья с помощью мощного арсенала, сочетающего профессиональные навыки и самопомощь отдельных лиц, семей и групп населения.

Сотрудничество между профессиональными работниками здравоохранения имеет не менее существенное значение, чем бригадные методы работы с населением. Все профессиональные работники здравоохранения должны прислушиваться ко всему новому и быть готовы изменить свой подход, свои методы работы и тем самым свою подготовку. Основная и непрерывная подготовка медсестер и акушерок должна подводить их к тому, чтобы они были не подчиненными, а партнерами при бригадных методах медико-санитарного обслуживания. Подготовка врачей, планируемая с помощью старших специалистов таких дисциплин, как сестринское дело и социология, должна включать практическую подготовку и обучение бригадным методам работы и методам первичной медико-санитарной помощи.

Особо важную роль для повышения роли медсестер при работе с населением и другими специалистами в области здравоохранения является исследовательская работа и подготовка кадров (см. задачи 32 и 36) для определения того, что могут и должны сделать профессиональные работники и службы здравоохранения. Работающие в области здравоохранения специалисты не должны ограничиваться рассмотрением лишь проблемы здоровья отдельного человека, а должны видеть человека в совокупности социальных, экономических и физических условий и факторов, его окружающих, благоприятствующих здоровью или, наоборот, угрожающих ему.

#### Использование имеющихся на коммунальном уровне ресурсов для целей первичной медико-санитарной помощи

Имеющиеся на коммунальном уровне ресурсы в неотносящихся к здравоохранению секторах должны использоваться в деятельности по обеспечению здоровья для

всех. Поскольку охрана здоровья является всеобщим делом, хорошо координированные между собой и действующие на коммунальном уровне программы, охватывающие все аспекты первичной медико-санитарной помощи, должны создаваться на коммунальном уровне повсеместно (задача 30). Требования охраны здоровья должны быть должным образом отражены при планировании в каждом из секторов, а профессиональные работники здравоохранения могут проделать весьма полезную работу по оценке экономических и экологических проблем и аспектов здравоохранения, обращая внимание лиц и органов, занимающихся планированием, а также тех, от кого зависит принятие решений, на нужды и потребности населения и наиболее уязвимых членов общества.

### Качество обслуживания пациентов

Венцом соответствующего конкретным условиям обслуживания является обеспечение качества. Все государства-члены должны создать соответствующие механизмы, обеспечивающие качество обслуживания пациентов (задача 31). Медсестры и акушерки должны участвовать в мероприятиях по оценке обслуживания, и такой оценочный компонент должен стать частью повседневной работы всех профессиональных работников здравоохранения. И опять-таки необходим более широкий взгляд на вещи. Эффективность, безопасность, действенность и адекватность обслуживания наряду с его приемлемостью для пациентов и для соответствующих контингентов населения должны как минимум играть такую же важную роль, как количество и степень сложности применяемого оборудования и лекарственных средств.

Медсестры и акушерки должны привлекать пациентов к процессу принятия решений по вопросам, касающимся обслуживания и ухода за ними, и помогать им делать квалифицированный выбор, обеспечивая их необходимой информацией: это является одним из путей и способов обеспечения лучшего качества и более гуманного лечения и ухода. Критерии высококачественного обслуживания разработаны еще не полностью. Станут ли медсестры и акушерки ждать получения соответствующих стандартов и нормативов для своей практической деятельности от представителей той или иной смежной дисциплины или же они начнут разрабатывать и внедрять свои собственные?

## III. МЕРЫ ПОДДЕРЖКИ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Задачи 32-38

Последние семь задач касаются видов поддержки, необходимых для обеспечения здорового образа жизни, здоровой среды и соответствующего конкретным условиям обслуживания. Вся эта работа должна быть завершена до 1990 года.

Задача 32 касается необходимости проведения научных исследований для поддержки достижения здоровья для всех. Медицинские сестры и акушерки должны проводить исследования для предоставления поддержки, что скажется благоприятно на их специальностях. Проведение исследований уже упоминалось в качестве важного компонента задач 24 и 25 (здоровое жилье и места работы) и задачи 28 (содержание первичной медико-санитарной помощи). Знания в поддержку Здоровья для всех необходимо в шести областях:

- описание состояния здоровья населения;
- биологические факторы, от которых зависит здоровье;
- влияние образа жизни на здоровье;
- воздействие окружающей среды (и предпосылок здоровья) на здоровье;

- пути обеспечения соответствующего конкретным условиям обслуживания и ухода;
- улучшения в области разработки политики, планирования и регулирования Здоровья для всех.

В силу особенностей своей работы на коммунальном уровне медицинские сестры и акушерки располагают хорошими исходными возможностями для проведения значительного объема таких исследований. Кроме того, они располагают большими профессиональными знаниями и профессиональными навыками. Проведение исследований является не просто разумной мерой, но и существенным условием того, чтобы медсестры и акушерки еще более развили свое профессиональное мастерство и сделали конкретный вклад в достижение Здоровья для всех. Для обучения же их проведению необходимых исследований и изысканий потребуется высшее образование. В этом смысле неизбежно придется столкнуться с трудностями, связанными с факторами времени, денежными затруднениями и противодействием.

В задаче 33 рассматривается необходимость того, чтобы национальная политика обеспечения здоровья для всех подкреплялась во всех государствах-членах соответствующими законами и регламентирующими актами. Каждая страна должна также разработать методологию управления обеспечением Здоровья для всех с привлечением к этой деятельности общин и других секторов и путем выделения достаточных ресурсов для целей развития здравоохранения (задача 34). Кроме того, необходимы системы медико-санитарной информации, которые бы содействовали реализации национальных стратегий достижения здоровья для всех (задача 35). Медсестры и акушерки не должны довольствоваться претворением в жизнь стратегий охраны здоровья; им надлежит принимать участие и в их планировании. Это уже сделано в отдельных странах в рамках программ сотрудничества с подразделением по сестринскому делу Европейского регионального бюро ВОЗ.

Возросшая роль персонала медсестер в деле обеспечения здоровья для всех требует совершенно нового взгляда на вещи и новых умений наряду с использованием традиционных навыков и умений в новых рамках. И в этом смысле ключевым фактором обеспечения соответствующего конкретным условиям обслуживания и ухода, равно как и будущего профессий медсестер и акушерок является образование и подготовка кадров. В задаче 36 рассматривается планирование, обучение и использование персонала в соответствии с политикой достижения здоровья для всех и с уделением особого внимания первичной медико-санитарной помощи. Все профессиональные работники здравоохранения должны проходить обучение и подготовку бригадным методам работы, методам информирования и первичного медико-санитарного обслуживания. Что же касается медсестер и акушерок, то им следует также разработать новые навыки и умения в деле оценки планирования, принятия решений, проведения исследований, а также в области эпидемиологии.

Медсестрам и акушеркам следует усвоить более широкий взгляд на здравоохранение и признать все выгоды, преимущества и возможности, связанные с деятельностью по обеспечению здоровья для всех и с первичным медико-санитарным обслуживанием. Далее, им необходима подготовка и обучение умениям и навыкам, которые потребуются им как партнерам в движении за обеспечение здоровья для всех. Должна иметься возможность свободного выбора для медсестер, желающих получить высшее образование по сестринскому делу на университетском уровне. Любой учебный предмет требует наличия соответствующих кадров руководителей, исследователей, административных работников и практиков. Эта истина применима и для сестринского дела и акушерства. И медсестры, и акушерки, борющиеся за сохранение своей традиционной независимости, должны получить подготовку и пройти обучение, которые бы укрепляли независимость, которая понадобится им в

дальнейшем. Это обучение должно быть подкреплено соответствующими законодательными актами и положениями, которые позволяли бы им внедрять на практике то, чему они обучаются.

В задаче 37 рассматривается вопрос обучения работников смежных со здравоохранением секторов и просвещение их с целью заручиться их поддержкой и сотрудничеством для достижения целей для обеспечения здоровья для всех. Наряду с усилением бригадных методов работы среди профессиональных работников здравоохранения путем участия в планировании подготовки обучения врачей, специалисты сестринского дела должны стимулировать и поощрять многосекторальное сотрудничество путем своего участия в деле обучения кадров, занятых в других секторах.

В последних из региональных задач по достижению здоровья для всех рассматривается надлежащее использование технологии (задача 38). Государствам-членам надлежит разработать пути и способы систематической оценки технологии здравоохранения. Эффективность, безопасность, действенность и приемлемость должны оцениваться наряду с рассмотрением экономических затруднений и препятствий. Эта задача тесно связана с задачей 31 (качество обслуживания), поскольку обеспечение наилучшего обслуживания не обязательно означает использование сложных машин. Часть сестринского персонала уже участвует в испытании, опробовании и оценке технологии в больницах, однако этим кадрам следует помогать в выявлении надлежащих форм и видов использования технологии в первичном медико-санитарном обслуживании. Медсестры и акушерки должны также помогать в работе по оценке потребности в оборудовании, необходимого в домашних условиях, во избежание того, чтобы дело не свелось опять-таки к устройству больницы на дому.

## ВЫВОДЫ

Региональная политика достижения здоровья для всех и четко поставленные задачи по достижению этой цели могут явиться весьма ценным заделом на будущее. В Европейском регионе есть и люди, и знания, и ресурсы, необходимые для решения поставленных задач: более всего сейчас необходима воля и стремление к тому, чтобы как можно более эффективно использовать эти параметры для решения проблем здравоохранения.

В настоящее время будущее сестринского дела и акушерства не является чем-то законченным и определенным. Однако региональная стратегия и задачи по достижению здоровья для всех открывают перед персоналом медсестер и акушеров захватывающую перспективу и возможности сделать очень многое для себя через деятельность, направленную на достижение здоровья для всех. Каков же будет выбор, который они сделают?

ПРИЛОЖЕНИЕ I

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

Здоровье для всех в Европе к 2000 году

Задача 1 К 2000 ГОДУ НАБЛЮДАЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ РАЗЛИЧИЯ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ МЕЖДУ СТРАНАМИ И МЕЖДУ ОТДЕЛЬНЫМИ КОНТИНГЕНТАМИ НАСЕЛЕНИЯ ВНУТРИ СТРАН СОКРАТЯТСЯ ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА 25% В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СТРАН И ГРУПП ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПОЛОЖЕНИИ.

Эта задача может быть выполнена, если основные предпосылки здоровья обеспечены для всего населения; сокращено число факторов риска, связанных с образом жизни; улучшились санитарно-гигиенические условия жизни и производственной деятельности; все население обеспечено надлежащими службами ПМСП.

Задача 2 К 2000 ГОДУ ЛЮДИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЕГО С ТЕМ, ЧТОБЫ ВЕСТИ ПОЛНОЦЕННУЮ В СОЦИАЛЬНОМ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ПЛАНЕ ЖИЗНЬ.

Эта задача может быть выполнена, если национальная политика здравоохранения предусматривает разработку, реализацию и мониторинг программ, обеспечивающих надлежащие условия жизни, социальную поддержку и развитие служб, которые необходимы для укрепления и использования возможностей каждого человека, обусловленных его здоровьем.

Задача 3 К 2000 ГОДУ ИНВАЛИДЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ФИЗИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ИМ ХОТЯ БЫ ВЕСТИ ПОЛНОЦЕННУЮ В СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ И СОЗИДАТЕЛЬНУЮ В УМСТВЕННОМ ПЛАНЕ ЖИЗНЬ.

Эта задача может быть выполнена, если население будет позитивно относиться к инвалидам и страны разработают программы, обеспечивающие инвалидам физические, социальные и экономические возможности для развития их способностей вести здоровый образ жизни.

Задача 4 К 2000 ГОДУ СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ЛЮДИ НЕ БУДУТ ИСПЫТЫВАТЬ ПОСЛЕДСТВИЙ НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНВАЛИДНОСТИ, ДОЛЖНО ВОЗРАСТИ ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА 10%.

Эта задача может быть выполнена, если, например, будут разработаны комплексные программы по первичной профилактике несчастных и насильственных случаев, сердечно-сосудистых болезней, онкологических заболеваний, обусловленных образом жизни, профессиональных заболеваний, психических расстройств, злоупотребления алкоголем и лекарственными средствами, а все население сможет пользоваться надлежащими лечебно-реабилитационными службами; на систематической основе будут использоваться накопленные знания о профилактике инфекционных заболеваний; службы консультирования по генетическим проблемам станут более доступными; более активно будут проводиться научные исследования по изучению приводящих к

инвалидности неврологических расстройств и нарушений опорно-двигательного аппарата; будут эффективно внедряться в практику профилактические меры в области гигиены полости рта.

**Задача 5** К 2000 ГОДУ В СТРАНАХ РЕГИОНА НЕ БУДЕТ МЕСТНЫХ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОРЬЮ, ПОЛИОМИЕЛИТОМ, СТОЛЬНЯКОМ НОВОРОЖДЕННЫХ, ВРОЖДЕННОЙ ФОРМОЙ КРАСНУХИ, ДИФТЕРИЕЙ, ВРОЖДЕННОЙ ФОРМОЙ СИФИЛИСА И МАЛЯРИЕЙ.

Эта задача может быть выполнена в результате создания надлежащих систем первичной медико-санитарной помощи, обеспечивающих проведение эффективного эпидемиологического надзора, вакцинации, мер борьбы с малярией, кампаний санпросвещения по предупреждению риска заболеваемости сифилисом, скрининга и, если это необходимо, лечение беременных.

**Задача 6** К 2000 ГОДУ ОЖИДАЕМАЯ СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В СТРАНАХ РЕГИОНА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ 75 ЛЕТ.

Эта задача может быть выполнена, если к 2000 году во всех странах или среди групп населения внутри стран средняя продолжительность жизни будет составлять не менее 65 лет; в странах, достигших этого уровня в 1980 году, средняя продолжительность жизни будет более 75 лет; во всех странах будут сокращены по крайней мере на 25% различия в показателе средней продолжительности жизни среди населения различных географических районов, социально-экономических групп, мужчин и женщин.

**Задача 7** К 2000 ГОДУ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ 20 СЛУЧАЕВ НА 1000 ЖИВОРОЖДЕННЫХ.

Эта задача может быть выполнена, если: к 2000 году ни в одной из стран и ни в одной из групп внутри стран ранняя детская смертность не будет превышать 40 случаев на 1000 живорожденных; в странах с уровнем смертности ниже указанного в 1980 году этот показатель составит 15 на 1000; все страны будут стремиться к значительному сокращению различий между населением различных географических районов и социально-экономическими группами.

**Задача 8** К 2000 ГОДУ МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В СТРАНАХ РЕГИОНА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ МЕНЕЕ 15 СЛУЧАЕВ НА 100 000 ЖИВОРОЖДЕННЫХ.

Эта задача может быть выполнена, если к 2000 году ни в одной из стран и ни в одной из групп внутри стран показатель материнской смертности не будет составлять более 25 случаев на 100 000 живорожденных; если в странах с уровнем смертности ниже 25 в 1980 году этот показатель будет ниже 10; если все страны добьются значительного уменьшения различий между населением различных географических районов и социально-экономическими группами.

**Задача 9** К 2000 ГОДУ СМЕРТНОСТЬ В РЕГИОНЕ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ЛЮДЕЙ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ ДОЛЖНА БЫТЬ СОКРАЩЕНА ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА 15%.

Эта задача может быть выполнена в результате использования комплексных лечебно-профилактических методов, которые позволяют изменить положение в странах, где

смертность от ишемической болезни сердца увеличивается или стабилизировалась, улучшить положение в странах, где смертность сокращается, что позволит укрепить тенденцию к сокращению смертности от цереброваскулярных болезней во всех странах.

**Задача 10** К 2000 ГОДУ В СТРАНАХ РЕГИОНА СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА СРЕДИ ЛЮДЕЙ МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ ДОЛЖНА БЫТЬ СОКРАЩЕНА ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА 15%.

Эта задача может быть выполнена, если путем значительного сокращения потребления табака будет сокращена заболеваемость раком, вызываемым курением, и в результате проведения программ скрининга будет снижена заболеваемость раком шейки матки; современные методы ранней диагностики, лечения и реабилитации будут использоваться надлежащим образом и охватывать всех онкологических больных.

**Задача 11** К 2000 ГОДУ СМЕРТНОСТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ В РЕГИОНЕ ДОЛЖНА БЫТЬ СОКРАЩЕНА ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ НА 25% ПУТЕМ АКТИВИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СОКРАЩЕНИЮ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА, НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ В БЫТУ И НА ПРОИЗВОДСТВЕ.

Эта задача может быть выполнена, если к 2000 году ни в одной из стран уровень смертности в результате дорожно-транспортных происшествий не будет превышать 20 случаев на 100 000 населения; в странах, где этот уровень ниже, он сократится до менее 15 случаев; если все страны добьются сокращения различий между полами, возрастными и социально-экономическими группами; профессиональная смертность от несчастных случаев в Регионе снизится по крайней мере на 50%; смертность в результате несчастных случаев в быту значительно сократится.

**Задача 12** К 2000 ГОДУ СЛЕДУЕТ ИЗМЕНИТЬ ПРЕОБЛАДАЮЩУЮ СЕЙЧАС В РЕГИОНЕ ТЕНДЕНЦИЮ РОСТА ЧИСЛА САМОУБИЙСТВ И ПОПЫТОК САМОУБИЙСТВ В СТОРОНУ ЕЕ СНИЖЕНИЯ.

Эта задача может быть выполнена, если будут приняты меры к изменению к лучшему социальных условий, негативно воздействующих на людей, например безработицы и социальной изоляции; возможности каждого человека по преодолению жизненных невзгод и трудностей будут укреплены в результате развития обучения и социальной поддержки; работники медицинских и социальных служб будут лучше подготовлены к оказанию помощи людям, подвергающимся особому риску.

**Задача 13** К 1990 ГОДУ НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ВСЕХ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ДОЛЖНА СТРОИТЬСЯ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННЫЙ МЕХАНИЗМ ПОЗВОЛЯЛИ ОКАЗЫВАТЬ ВСЕСТОРОННЮЮ МЕЖСЕКТОРАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ И ОБЕСПЕЧИВАЛИ РЕСУРСЫ ДЛЯ ПООЩРЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОГО УЧАСТИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПРОЦЕССАХ ПРИНЯТИЯ ПОДОБНЫХ РЕШЕНИЙ НА ВСЕХ УРОВНЯХ.

Выполнению этой задачи в значительной мере будет способствовать: стратегическое планирование в области здравоохранения на государственном уровне, позволяющее учитывать широкий круг вопросов межсекторального взаимодействия, связанных с образом жизни и здоровьем населения; периодическая оценка политики и ее влияния на здравоохранение, создание эффективного инструмента для участия населения в процессах планирования и разработки политики.

**Задача 14** К 1990 ГОДУ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РАЗРАБОТАНЫ КОНКРЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ, КОТОРЫЕ БЫ ОБЕСПЕЧИВАЛИ ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ СЕМЬИ И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП ПРИ ФОРМИРОВАНИИ И УКРЕПЛЕНИИ БЛАГОПРИЯТНОГО ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Выполнению этой задачи в значительной мере будет способствовать установление тесных межсекторальных взаимосвязей между программами здравоохранения и социального обеспечения (особенно на местном уровне), а также выделение необходимых средств на проекты, реализация которых требует коллективных усилий.

**Задача 15** К 1990 ГОДУ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ПРОГРАММЫ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ДОЛЖНЫ СПОСОБСТВОВАТЬ РАСШИРЕНИЮ ЗНАНИЙ, СОЗДАНИЮ НЕОБХОДИМЫХ СТИМУЛОВ И РАЗВИТИЮ НАВЫКОВ У НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ БЫ ОБЕСПЕЧИВАЛИ УСЛОВИЯ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ.

Выполнению этой задачи в значительной мере будет способствовать наличие адекватной и эффективной инфраструктуры, а также средств для организации программ санитарного просвещения на всех уровнях.

**Задача 16** К 1995 ГОДУ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО РАСШИРЕННЫ ВОЗМОЖНОСТИ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СБАЛАНСИРОВАННЫМ ПИТАНИЕМ, ОТКАЗОМ ОТ КУРЕНИЯ, РАЗВИТИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, А ТАКЖЕ СПОСОБНОСТЬЮ ЛЮДЕЙ СПРАВЛЯТЬСЯ СО СТРЕССОВЫМИ СИТУАЦИЯМИ.

Эта задача может быть выполнена, если каждое государство-член поставит перед собой связанные с этой задачей конкретные цели, которые, к примеру, могут заключаться в том, чтобы добиться положения, при котором как минимум 80% населения не курят, а потребление табака в стране снижено на 50%; ВОЗ и другие международные организации примут необходимые меры в целях развития сотрудничества в области деятельности по укреплению здоровья между странами Региона, имея в виду оказание повсеместного влияния на процесс формирования основных ценностей, связанных со здоровьем.

**Задача 17** К 1995 ГОДУ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕНО ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ТАКОГО НАНОСЯЩЕГО УЩЕРБ ЗДОРОВЬЮ ПОВЕДЕНИЯ, КАК ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ И ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ; ПРИМЕНЕНИЕ НЕЗАКОННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ОПАСНЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ; ОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЗА РУЛЕМ И ЗЛОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОБЩЕЖИТИЯ.

Выполнению этой задачи в значительной мере будет способствовать разработка комплексных программ, нацеленных на снижение к 2000 году уровня потребления алкоголя и других вредных для здоровья веществ по крайней мере на 25%.

Задача 18 К 1990 ГОДУ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ДОЛЖНА БЫТЬ РАЗРАБОТАНА ЭФФЕКТИВНАЯ МНОГОСЕКТОРАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩАЯ ЗАЩИТУ ОКРУЖАЮЩЕЙ ЧЕЛОВЕКА СРЕДЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОПАСНЫХ ФАКТОРОВ, ПОВЫШЕНИЕ СОЗНАТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И РАСШИРЕНИЕ ЕГО УЧАСТИЯ В ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, А ТАКЖЕ ДЕЙСТВЕННУЮ ПОДДЕРЖКУ МЕЖДУНАРОДНЫХ УСИЛИЙ ПО БОРЬБЕ С ТАКИМИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ФАКТОРАМИ, КОТОРЫЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ДВУХ ИЛИ БОЛЕЕ СТРАНАХ.

Эта задача может быть выполнена, если правительства всех стран признают необходимость осуществления четко скоординированных многосекторальных усилий на центральном, региональном и местном уровнях с тем, чтобы факторы охраны здоровья населения рассматривались как важнейшие предпосылки промышленного и других видов социально-экономического развития, включая внедрение новой технологии; будут созданы механизмы, содействующие активизации участия населения в осуществляемой деятельности и повышению осознания им вопросов гигиены окружающей среды, касающихся возможного воздействия ее на здоровье человека; будут разработаны международные положения по эффективному контролю трансграничного загрязнения окружающей среды.

Задача 19 К 1990 ГОДУ ВСЕ ГОСУДАРСТВА ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ НАДЛЕЖАЩИМИ МЕХАНИЗМАМИ, НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА, ОЦЕНКИ И БОРЬБЫ С ОПАСНЫМИ ФАКТОРАМИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМИ УГРОЗУ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ТОКСИЧНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА, РАДИАЦИЮ, ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ ТОВАРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВРЕДНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, А ТАКЖЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ.

Эта задача может быть выполнена, если будут разработаны хорошо скоординированные программы мониторинга, содержащие четко поставленные цели; будут подготовлены методологии и медико-санитарные критерии оценки данных по процедурам контроля; будут определены, выделены и будут сохраняться на необходимом уровне ассигнования на деятельность в области контроля; будет организована подготовка кадров и будет задействовано достаточное число компетентных специалистов, действующих по всем направлениям деятельности в области оздоровления окружающей среды.

Задача 20 К 1990 ГОДУ ВСЕ НАСЕЛЕНИЕ СТРАН РЕГИОНА ДОЛЖНО РАСПОЛАГАТЬ АДЕКВАТНЫМИ СИСТЕМАМИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ, А К 1995 ГОДУ ЗАГРЯЗНЕНИЕ РЕК, ОЗЕР И МОРЕЙ НЕ ДОЛЖНО БОЛЕЕ ПРЕДСТАВЛЯТЬ УГРОЗУ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА.

Эта задача может быть выполнена, если в менее развитых странах Региона будет выделяться больше ассигнований на строительство и эксплуатацию установок питьевого водоснабжения, будет обеспечено соответствующее международное и двустороннее содействие в развитии возможностей стран, а также будут обеспечены подготовка и использование необходимого числа квалифицированных кадров; во всем Регионе будут внедрены эффективные законодательные, административные и технические меры по надзору и контролю за загрязнением поверхностных и грунтовых вод в соответствии с критериями охраны здоровья населения.

**Задача 21** К 1995 ГОДУ ВО ВСЕХ СТРАНАХ РЕГИОНА СЛЕДУЕТ РАЗРАБОТАТЬ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕРЫ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ИЗВЕСТНЫХ ОПАСНОСТЕЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫХ С ЗАГРЯЗНЕНИЕМ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА.

Эта задача может быть выполнена, если будут разработаны эффективные законодательные, административные и технические меры по надзору и контролю за загрязнением атмосферного воздуха внутри и вне помещений в целях приведения его параметров в соответствие с критериями безопасности.

**Задача 22** К 1990 ГОДУ ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ СТЕПЕНЬ ОПАСНОСТИ, КОТОРУЮ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И ПОТЕНЦИАЛЬНО ВРЕДНЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ.

Эта задача может быть выполнена, если будут осуществлены эффективные законодательные, административные и технические меры для надзора и контроля за загрязнением продуктов питания на всех этапах производства, распределения, хранения, продажи и использования; будут осуществлены эффективные меры по контролю за использованием вредных пищевых добавок.

**Задача 23** К 1995 ГОДУ ВСЕМ ГОСУДАРСТВАМ - ЧЛЕНАМ РЕГИОНА СЛЕДУЕТ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ОСНОВНЫХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, КОТОРОМУ ПОДВЕРГАЕТСЯ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ УДАЛЕНИЯ ОПАСНЫХ ОТХОДОВ.

Эта задача может быть выполнена, если будут осуществлены эффективные законодательные, административные и технические меры по надзору за опасными отходами и их обезвреживанию; будут осуществлены эффективные меры по ликвидации опасностей для здоровья, обусловленных воздействием ранее захороненных отходов.

**Задача 24** К 2000 ГОДУ ВСЕМУ НАСЕЛЕНИЮ СТРАН РЕГИОНА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ БОЛЕЕ ШИРОКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПРОЖИВАНИЯ В ДОМАХ И НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ БЕЗОПАСНЫЕ И ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ЖИЗНИ.

Эта задача может быть выполнена, если будет ускорена реализация программ жилищного строительства и обеспечено их совершенствование в целях замены не отвечающего стандартам жилья и сокращения перенаселенности; будут разработаны, если они еще не существуют, международные медико-санитарные критерии жилищных нормативов, например, жилой площади, отопления, освещения, удаления отходов, контроля шума и безопасности, и при этом будут учтены специальные потребности таких групп населения, как молодежь, престарелые и инвалиды; будут осуществлены эффективные законодательные, административные и технические меры по выполнению этих критериев; будет поднято качество коммунального планирования в целях развития здравоохранения и повышения благосостояния населения, в частности, путем обеспечения безопасности дорожно-транспортного движения, строительства открытых площадок и зон отдыха, а также содействия контактам и взаимосвязям людей; все достаточно крупные населенные пункты будут обеспечены соответствующими санитарными средствами, возможностями для удаления отходов, уборки территории, системами сбора и удаления отходов во всех жилых зданиях.

**Задача 25 К 1995 ГОДУ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ НАДЕЖНУЮ ЗАЩИТУ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ.**

Эта задача может быть выполнена, если будут созданы соответствующие службы профессиональной гигиены, ставящие своей задачей удовлетворение потребностей всего работающего населения; будут разработаны медико-санитарные критерии по охране работающего населения от биологических, химических и физических факторов риска; будут осуществлены технические меры и мероприятия в области образования, направленные на сокращение факторов риска на производстве; будут приняты меры по охране здоровья особо уязвимых групп работающего населения.

**Задача 26 К 1990 ГОДУ ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ СОЗДАТЬ ПУТЕМ ПРИВЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЭФФЕКТИВНОМУ УЧАСТИЮ ТАКИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КОТОРЫЕ БЫ ОСНОВЫВАЛИСЬ НА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ПОДДЕРЖКОЙ СЛУЖБ ВТОРИЧНОГО И ТРЕТИЧНОГО УРОВНЕЙ, В СООТВЕТСТВИИ С РЕШЕНИЯМИ АЛМА-АТИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ.**

Эта задача может быть выполнена в результате принятия четких обязательств высшими национальными органами и политическими деятелями, которые должны опираться на эффективные законодательства, положения и планы, обеспечивающие доминирующую роль ПМСП в системе здравоохранения и ее поддержку службами вторичного и третичного уровней, выполняющими только те диагностические и терапевтические функции, которые являются слишком специальными и не могут быть обеспечены на уровне первичной медико-санитарной помощи; внедрения эффективных путей и средств, позволяющих учитывать потребности и интересы населения при планировании и организации деятельности первичной медико-санитарной помощи; проведения откровенных дискуссий со всеми категориями медработников при одновременном изменении политики и программ в области кадров здравоохранения для обеспечения их полного участия и поддержки указанной политики в повседневной деятельности.

**Задача 27 К 1990 ГОДУ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ИНФРАСТРУКТУРЫ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРГАНИЗОВАНЫ ТАК, ЧТОБЫ РЕСУРСЫ РАСПРЕДЕЛЯЛИСЬ В СООТВЕТСТВИИ С ПОТРЕБНОСТЯМИ, А СЛУЖБЫ БЫЛИ ДОСТУПНЫ НАСЕЛЕНИЮ В ФИЗИЧЕСКОМ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ПЛАНЕ И БЫЛИ ПРИЕМЛЕМЫ В КУЛЬТУРНОМ ПЛАНЕ.**

Эта задача может быть выполнена на основе сочетания мер по планомерному развитию широкого круга тщательно разработанных стимулов, предусматривающих направление необходимых ресурсов здравоохранения в систему первичной медико-санитарной помощи для обеспечения населения службами в соответствии с его потребностями; аналогичного последовательного перераспределения ресурсов больничного обслуживания там, где это необходимо, в целях создания системы, обеспечивающей распределение ресурсов помощи вторичного и третичного уровней в рамках региональной системы в соответствии с потребностями населения.

**Задача 28** К 1990 ГОДУ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВСЕХ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ДОЛЖНЫ УДОВЛЕТВОРЯТЬ ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ШИРОКОМ КРУГЕ СЛУЖБ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОДДЕРЖКИ, УДЕЛЯТЬ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ОТДЕЛЬНЫМ ЛИЦАМ И ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ ПОДВЕРЖЕНЫ ОСОБОМУ РИСКУ, УЯЗВИМЫ ИЛИ НЕДОСТАТОЧНО ОБЕСПЕЧЕНЫ МЕДИКО-САНИТАРНЫМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ.

Эта задача может быть выполнена в результате разработки четкой национальной политики, определяющей, какие службы должны войти в национальную систему первичной медико-санитарной помощи с учетом принципа, согласно которому профилактическое, диагностическое, терапевтическое и другое обслуживание, соответствующие мероприятия должны в основном проводиться вне рамок больниц и других стационарных учреждений; изменения программ основного и последующего обучения медработников для обеспечения их активного участия в этой деятельности; пересмотра систем планирования, специального обслуживания и стимулирования с тем, чтобы они оказывали поддержку указанной политике.

**Задача 29** К 1990 ГОДУ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНЫ ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ПРИНЦИПАХ БРИГАДНОЙ РАБОТЫ И СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ МЕДРАБОТНИКАМИ, ОТДЕЛЬНЫМИ ЛИЦАМИ, СЕМЬЯМИ И ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ.

Эта задача может быть выполнена в результате разработки национальной политики, точно определяющей роль различных категорий персонала медико-социальных служб в области медико-санитарной помощи; создания программ основного, специального и последующего обучения медработников, которые обеспечивают понимание задач, мотивированность действий и навыки, необходимые для межпрофессиональной бригадной работы и развития сотрудничества с отдельными семьями, группами и общинами; разработки программ санитарного просвещения, помогающих составить четкое представление о тех видах услуг, которые медперсонал может оказать, а также содействующих расширению знаний в области непрофессиональной помощи.

**Задача 30** К 1990 ГОДУ ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬ МЕХАНИЗМАМИ КООРДИНАЦИИ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ВСЕХ СЕКТОРОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ОХРАНОЙ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

Эта задача может быть выполнена в результате признания роли сектора первичной медико-санитарной помощи в определении вопросов, требующих особого внимания, изменений и переориентации, а также в координации деятельности в указанных направлениях; создания постоянной структуры, например совета здравоохранения в каждой общине, в рамках которого представители общины, сектора здравоохранения и других секторов могли бы проводить совместный анализ местных медико-социальных проблем и определять задачи каждого сектора по улучшению состояния здоровья членов общины.

**Задача 31** К 1990 ГОДУ ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ СОЗДАТЬ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ КАЧЕСТВО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭТИХ СТРАН.

Эта задача может быть выполнена в результате разработки методов и процедур для систематического мониторинга качества обслуживания пациентов, которые

предусматривают проведение оценки и соответствующее регулирование деятельности как неотъемлемый компонент повседневной работы членов медицинской профессии; подготовки всех категорий медработников в области обеспечения качества.

**Задача 32** ДО 1990 ГОДА ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СФОРМУЛИРОВАНЫ СТРАТЕГИИ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЦЕЛЯХ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИЗЫСКАНИЙ, СПОСОБСТВУЮЩИХ БОЛЕЕ ПОЛНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ И РАСШИРЕНИЮ ЗНАНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ.

Эта задача может быть выполнена, если государства-члены создадут механизмы, обеспечивающие: эффективное применение на практике новых знаний при разработке политики и программ в области здравоохранения; выявление пробелов в знаниях, необходимых для осуществления стратегии достижения здоровья для всех, и приоритетных областей научных исследований; сбалансированное участие представителей всех научных дисциплин, занимающихся проблемами охраны здоровья, медработников, населения, руководителей здравоохранения в процессах планирования и координации научных исследований, содействующих достижению здоровья для всех, а также активное участие научной общественности в развитии стратегии достижения здоровья для всех; стимулирование соответствующих междисциплинарных научных исследований; ассигнование достаточных средств на проведение необходимых научных исследований, особенно тех из них, которым не уделяется должного внимания.

**Задача 33** ДО 1990 ГОДА ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ДОЛЖНО БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНО СООТВЕТСТВИЕ ПОЛИТИКИ И СТРАТЕГИЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИНЦИПАМ ДВИЖЕНИЯ ЗА ДОСТИЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ, А ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ АКТЫ ДОЛЖНЫ СОДЕЙСТВОВАТЬ ИХ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ВО ВСЕХ СЕКТОРАХ ОБЩЕСТВА.

Эта задача может быть выполнена, если во всех странах на систематической основе будет проводиться обзор политики и законодательства в области здравоохранения с учетом региональных задач и стратегий достижения здоровья для всех, если будут разработаны задачи и стратегии достижения здоровья для всех, а также доработаны или соответствующим образом расширены действующие в странах медико-санитарные законодательства, должным образом учитывающие конкретные юридические, политические и структурные особенности каждого государства-члена.

**Задача 34** ДО 1990 ГОДА ВСЕ СТРАНЫ РЕГИОНА ДОЛЖНЫ РАЗРАБОТАТЬ ПРОЦЕССЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРИЗВАННЫЕ ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ "ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ К 2000 ГОДУ" И АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ В ЭТОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩИН И ВСЕХ СЕКТОРОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВОПРОСАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, А ТАКЖЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ НА РЕШЕНИЕ ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Такие процессы должны включать систематическое планирование, мониторинг и оценку всех мероприятий по достижению здоровья для всех и надлежащим образом учитывать конкретные юридические, политические и структурные особенности каждого государства-члена.

Задача 35 ДО 1990 ГОДА ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ СОЗДАТЬ ТАКИЕ СИСТЕМЫ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ИНФОРМАЦИИ, КОТОРЫЕ БЫ БЛАГОПРИЯТНО СКАЗЫВАЛИСЬ НА НАЦИОНАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЯХ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ.

Такие информационные системы должны оказывать поддержку мероприятиям по планированию, мониторингу и оценке развития медико-санитарных служб и деятельности по здравоохранению, оценке осуществляемой на национальном, региональном и глобальном уровнях деятельности по достижению здоровья для всех и распространению соответствующей научной информации; необходимо принять меры в целях обеспечения доступности медико-санитарной информации для населения.

Задача 36 ДО 1990 ГОДА НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ, ЧТОБЫ ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ПЛАНИРОВАНИЕ, ПОДГОТОВКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СООТВЕТСТВОВАЛИ ПОЛИТИКЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ, ПРИ ЭТОМ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ДОЛЖНО УДЕЛЯТЬСЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

Эта задача может быть выполнена, если во всех странах будет проведен анализ существующих потребностей в различных категориях персонала здравоохранения, необходимых для реализации политики достижения здоровья для всех, будет разработана приемлемая политика в области развития кадров здравоохранения и будут приняты решения по количественному составу и профессиональной подготовке каждой из категорий персонала.

Задача 37 ДО 1990 ГОДА ВО ВСЕХ ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ РАБОТНИКОВ СМЕЖНЫХ СО ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ СЕКТОРОВ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ ИХ АДЕКВАТНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ И ПОЛИТИКЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ, А ТАКЖЕ ПУТЯХ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТИХ ПРОГРАММ И ПОЛИТИКИ В СВОЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Эта задача может быть выполнена, если в государственной политике будет подчеркнуто, что охрана здоровья населения является одной из важнейших задач и других секторов, помимо сектора здравоохранения, а также если в программах подготовки специалистов в других областях будет указано на причины, обуславливающие необходимость обеспечения активной поддержки мероприятиям по достижению здоровья для всех.

Задача 38 ДО 1990 ГОДА ВСЕ ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ ДОЛЖНЫ РАЗРАБОТАТЬ ОФИЦИАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЛЯ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПРАВИЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ДЕЙСТВЕННОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ С УЧЕТОМ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ.

Эта задача может быть выполнена, если правительства примут четкую политику по систематической комплексной оценке всего нового технического оборудования, выпускаемого для использования в области здравоохранения, если эта политика будет осуществляться в соответствии с особенностями каждой из стран, а также при условии, что будет создана международная система информации в данной области.

### Прочая литература

Следующий документ является краткой сводкой региональных задач по достижению здоровья для всех и их значения для медсестер, акушерок и работников медико-социальной сферы. При необходимости более досконально ознакомиться с задачами по Европейскому континенту, с проблемами, встающими в рамках этих задач, предлагаемыми решениями и кадрами, участвующими в их решении, вы можете купить всю книгу "Задачи по достижению здоровья для всех" (Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 год, цена: 20 швейцарских франков) у вашего книготорговца или национального агента ВОЗ по сбыту. Если у вас будут трудности с получением книги, обратитесь непосредственно к службе распределения и сбыта Всемирной организации здравоохранения по адресу (Distribution and Sales Service, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland). Также вы можете получить Global strategy for health for all (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1981 г., (серия "Здоровье для всех", № 3), 6 швейцарских франков), а также полный каталог публикаций ВОЗ с перечнем других книг по сестринскому делу и достижению здоровья для всех. Вы можете использовать для этого форму заказа, который вы найдете на следующей странице.

К числу других представляющих интерес книг относятся:

O'Neill, P.D., Health Crisis 2000 London, Heinemann, 1982. £4.95p

Алма-Ата 1978: первичная медико-санитарная помощь. Отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи. Женева, ВОЗ, 1978 (серия "Здоровье для всех", № 1), 5 швейцарских франков.

.....

Бланк заказа

Для того чтобы заказать книги ВОЗ, необходимо заполнить данный бланк и передать его вашему книготорговцу или направить его агенту ВОЗ по сбыту в вашей стране. В случае затруднений заказы могут направляться с оплатой в швейцарских франках, долларах США или фунтах стерлингов в адрес Службы распространения и сбыта Всемирной организации здравоохранения (WHO, Distribution and Sales Service, CH-1211 Geneva 27, Switzerland). Цены могут меняться без предварительного об этом уведомления.

Просьба направить мне.....копий издания "Задачи по достижению здоровья для всех" стоимостью 20 швейцарских франков;  
.....копий "Отчета о международной конференции по  
.....первичной медико-санитарной помощи" стоимостью 5 швейцарских франков;  
.....копий издания "Здоровье для всех к 2000 году - глобальная стратегия" стоимостью 6 швейцарских франков

Оплата, соответствующая ..... швейцарским франкам, прилагается.

Имя .....

Адрес .....

.....

.....

С заказами на издание Health Crisis 2000 (Кризис здравоохранения - 2000) следует обращаться к вашему книготорговцу или издателю: William Heinemann Medical Books Limited, Bedford Square, London WC1, United Kingdom.