



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Состояние здоровья детей и подростков в Европе



РЕЗЮМЕ

В целях содействия здоровью детей в Европе Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения разработало стратегию охраны здоровья детей и подростков (2015–2020 гг.), которая была принята всеми государствами-членами из Европейского региона ВОЗ. Осуществление этой стратегии отслеживалось на основе страновых профилей, включавших имеющиеся данные об охране здоровья и результаты исследования, вопросники которого были направлены министерствам здравоохранения всех 53 европейских стран. Ответы, полученные от 48 стран, представлены в графической форме и подвергнуты количественной и качественной оценке. Настоящий доклад помогает проанализировать достигнутые результаты и устранить пробелы в реализации всего имеющегося потенциала для обеспечения здоровья и благополучия детей и подростков.

Ключевые слова

ADOLESCENT
ADOLESCENT HEALTH
ADOLESCENT HEALTH SERVICES
CHILD
CHILD HEALTH CHILD HEALTH SERVICES
PROGRAM EVALUATION
HEALTH POLICY
EUROPE

ISBN 978-92-8-905385-3

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	v
Предисловие	vii
Сокращения	viii
Резюме	ix
Результаты	ix
Заключение	xi
1. Введение	1
Источники данных	4
Как читать этот доклад и находить информацию	4
Ссылки	5
2. Руководство и стратегия в сфере охраны здоровья детей и подростков	6
Введение	6
Основные результаты	6
Результаты	6
Тип стратегии	9
Результаты в широком контексте	20
Заключение	21
Ссылки	23
3. Сбор основных данных обо всех детях	24
Введение	24
Основные результаты	24
Результаты	24
Результаты в широком контексте	43
Заключение	45
Ссылки	48
4. Системы здравоохранения и качество помощи	49
Введение	49
Основные результаты	49
Результаты	49
Результаты в широком контексте	65
Заключение	68
Ссылки	71
5. Права и участие	73
Введение	73
Основные результаты	73
Результаты	73
Результаты в широком контексте	84
Заключение	86
Ссылки	88
6. Охрана здоровья в школах	90
Введение	90
Основные результаты	90
Результаты	90
Результаты в широком контексте	99
Заключение	101
Ссылки	103
7. Поведение, сопряженное с риском, и исследовательское поведение	104
Введение	104
Основные результаты	104

Результаты.....	104
Результаты в широком контексте.....	118
Заключение.....	119
Ссылки.....	122
8. Психическое здоровье и благополучие	123
Введение.....	123
Основные результаты.....	123
Результаты.....	123
Результаты в широком контексте.....	133
Заключение.....	134
Ссылки.....	136
9. Инфекционные заболевания и санитарное состояние окружающей среды	137
Введение.....	137
Основные результаты.....	137
Результаты.....	137
Результаты в широком контексте.....	142
Заключение.....	143
Ссылки.....	145
10. Питание и физическая активность.....	146
Введение.....	146
Основные результаты.....	146
Результаты.....	146
Результаты в широком контексте.....	161
Заключение.....	163
Ссылки.....	166
11. Условия для обеспечения здоровья и благополучия детей и подростков в конкретных странах.....	168
Введение.....	168
Основные результаты.....	168
Результаты.....	168
Результаты в широком контексте.....	183
Заключение.....	184
Ссылки.....	186
12. Сквозные вопросы и выводы	188
Сильные и слабые стороны процесса.....	188
Децентрализация рассмотрения вопросов охраны здоровья на уровне правительства.....	189
Сбор данных.....	189
Доклады стран, представляемые ВОЗ.....	189
Межнациональные обследования.....	190
Услуги.....	190
Подростковая сексуальность.....	191
Право на участие.....	191
Социально-политические условия для обеспечения здоровья и благополучия детей.....	192
Субрегиональные различия.....	192
Цели.....	192
Прогресс на этапе до 2020 года и в последующий период времени.....	193
Ссылки.....	193
Приложение 1. Методология.....	197
Приложение 2. Сопоставление показателей	211
Приложение 3. Показатели, представленные в докладе	216

Выражение признательности

Комитет по подготовке доклада: Aixa Y. Alemán-Díaz (Сент-Эндрюсский университет, Соединенное Королевство), Sophia Backhaus (Европейское региональное бюро ВОЗ), Obioma Chukwuajama (Университет Людвиг–Максимилиана, Мюнхен, Германия), Shadrach Dare (Университет Глазго, Соединенное Королевство), Friederike Fenski (Свободный университет Берлина, Германия), Christoph Henking (Лондонская школа экономики и политических наук, Соединенное Королевство), Karolina Kaminska (Канадский центр по проблемам употребления психоактивных веществ и наркомании), Aigul Kuttumuratova (Европейское региональное бюро ВОЗ), Carla Peters (Университетский колледж Дублина, Ирландия), Lisa Siebers (Больничной центр детской, подростковой и психосоматической медицины, Вольфсбург, Германия) и Martin W. Weber (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Подготовка страновых профилей, обследования и ситуационных исследований (Армения и Шотландия): Aixa Y. Alemán-Díaz, Sophia Backhaus, Karolina Kaminska, Viola Koncz (Университет Людвиг–Максимилиана, Мюнхен, Германия), Emanuele Mortara (Каледонский университет Глазго, Лондон, Соединенное Королевство), Eileen Scott (Национальная служба здравоохранения (НСЗ) Шотландии, Соединенное Королевство), Aaron Osborne (Институт Бернета, Австралия), Laura Schatte (Королевский колледж Лондона, Соединенное Королевство), Jane White (НСЗ Шотландии, Соединенное Королевство) и Ross Whitehead (НСЗ Шотландии, Соединенное Королевство).

Комитет по подготовке доклада хотел бы с признательностью отметить лиц, рассматривавших данный документ и его отдельные главы на разных этапах и представивших ценные замечания по его доработке, в частности в ходе двух совещаний сотрудничающих центров ВОЗ, состоявшихся в феврале 2017 г. и марте 2018 г.: Anne-Emmanuelle Ambressin (Университетский больничной центр кантона Во, Швейцария), Alberta Vacci (Институт исследований и охраны здоровья Бурло Гарофоло, Италия), Valentina Baltag (штаб-квартира ВОЗ), Vivian Barnekow (консультант, Копенгаген, Дания), Nathalie Belorgey (Федеральный центр медицинского просвещения, Германия), Faten Ben Abdelaziz (штаб-квартира ВОЗ), Ana Carina Bigot (Европейское региональное бюро ВОЗ), Nino Berdzuli (Европейское региональное бюро ВОЗ), Joao Breda (Европейское региональное бюро ВОЗ), Laura Brockschmidt (Федеральный центр медицинского просвещения, Германия), Goof Vuijs (Школы здоровья в Европе), Venkatraman Chandra-Mouli (штаб-квартира ВОЗ), Daniel Hugh Chisholm (Европейское региональное бюро ВОЗ), Candace Currie (Сент-Эндрюсский университет, Соединенное Королевство), Dorothy Currie (Сент-Эндрюсский университет, Соединенное Королевство), Siddhartha Sankar Datta (Европейское региональное бюро ВОЗ), Beatriz Ferreira (Католический университет Португалии), Andrew Fraser (НСЗ Шотландии, Соединенное Королевство), Ana Guerreiro (консультант, Албуфейра, Португалия), Jesper von Seelen Hansen (Университетский колледж Южной Дании), Gerald Humphris (Сент-Эндрюсский университет, Соединенное Королевство), Didier Jourdan (Университет Клермон Овернь, Франция), Jo Jowell (Европейское региональное бюро ВОЗ), Jo Inchley (Сент-Эндрюсский университет, Соединенное Королевство), Colette Kelly (Ирландский национальный университет в Голуэе), Ольга Комарова (Российская академия медицинских наук, Российская Федерация), Marzia Lazzarini (Институт исследований и охраны здоровья Бурло Гарофоло, Италия), Pia Maier (Гейдельбергский университет, Германия), Frida Mathisen (Бергенский университет, Норвегия), Pierre-Andre Michaud (Лозаннский университет, Швейцария), Lars Moller (Европейское региональное бюро ВОЗ), Matthijs Muijen (Европейское региональное бюро ВОЗ), Лейла Намазова-Баранова (Российская академия медицинских наук, Российская Федерация), Saoirse Nic Gabhainn (Ирландский национальный университет в Голуэе), Mikael Ostergren (штаб-квартира ВОЗ), David Pattison (консультант, Эдинбург, Соединенное Королевство), Ivo Rakovac (Европейское региональное бюро ВОЗ), Jane Robertson (Европейское региональное бюро ВОЗ), David Ross (штаб-квартира ВОЗ), Сергей Саргсян (Медицинский комплекс «Арабкир» – институт здоровья детей и подростков, Армения), Dinesh Sethi (Европейское региональное бюро ВОЗ), Anette Schulz (Университетский колледж Южной Дании), Eileen Scott (НСЗ Шотландии, Соединенное

Королевство), Yvette Shajanian Zarneh (Федеральный центр медицинского просвещения, Германия), Andrew Snell (Европейское региональное бюро ВОЗ), Nora Soltani (Университет Шеффилд Халлам, Соединенное Королевство), Stéphanie Tubert (Университет Клермон Овернь, Франция), Ross Whitehead (НСЗ Шотландии, Соединенное Королевство) и Yongjie Yon (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Предисловие

Принятие Европейским региональным комитетом ВОЗ в 2014 г. стратегии «Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.» стало шагом на пути к предоставлению странам рекомендаций по рассмотрению и определению очередности решения вопросов, связанных с охраной здоровья в Европе. Руководствуясь весьма разумным подходом, страны просили сообщать им о достигнутом прогрессе. В настоящем докладе Секретариат ВОЗ представляет первый краткий обзор положения детей и подростков в Европе в целях информирования заинтересованной общественности и вынесения соответствующих сведений на рассмотрение государств-членов.

Страны представили подробные сведения о мероприятиях в областях, важных для здоровья и благополучия детей и подростков, которые были отмечены в указанной стратегии. В настоящем докладе обобщаются данные стран в целях обеспечения возможности сопоставления результатов в рамках Европейского региона ВОЗ. Несколько стран, не имевших стратегии на начальных этапах этого процесса, в настоящее время разработали такую стратегию либо разрабатывают ее при технической поддержке ВОЗ. В доклад включены исследования ситуации в Армении и Соединенном Королевстве (Шотландии). Внедрение в 2015 г. Целей в области устойчивого развития (ЦУР) Организации Объединенных Наций позволило государствам-членам направить свою деятельность на выполнение задач ЦУР, чему способствовало принятие Европейской стратегии.

Все представленные в настоящем докладе данные размещены на Европейском портале информации здравоохранения, который обеспечивает доступ к соответствующим сведениям и возможность проведения сопоставлений, позволяя пользователям увязывать собранные данные с другими массивами данных. Информация постоянно обновляется: например, в настоящее время очередной цикл опросных исследований, организуемых раз в четыре года в рамках совместного исследования ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), проводится в 42 странах и регионах. По мере поступления новой информации в рамках HBSC данные добавляются в сетевое хранилище в целях содействия укреплению здоровья и благополучия детей и подростков в странах всего Региона.

Наличие информации является необходимым, но недостаточным требованием. Полученные сведения должны приводить к действиям и изменению ситуации в лучшую сторону. Мы надеемся, что этот доклад упростит процесс обсуждения на страновом уровне возможных мер по улучшению существующего положения. Конкретные шаги, которые необходимо предпринять в тех или иных странах, зависят от национального диалога, однако Секретариат может поддержать данный процесс, представив на рассмотрение примеры из других стран.

Отслеживая осуществление стратегии к 2020 г., Секретариат проведет консультации с государствами-членами в целях продолжения этой работы до 2030 г. – намеченного срока реализации ЦУР и глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков. Эти стратегии способствуют непрерывному улучшению ситуации, и Секретариат ВОЗ будет оказывать государствам-членам поддержку в их реализации.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Сокращения

ВВП	валовой внутренний продукт
ВПЧ	вирус папилломы человека
ГОЗ	Глобальная обсерватория здравоохранения
ДМО	демографическое и медицинское обследование
ЕС	Европейский союз
ЕС13	государства-члены, вступившие в ЕС после мая 2004 г.
ЕС15	государства-члены, уже входившие в состав ЕС до мая 2004 г.
ЗДВ	европейская база данных «Здоровье для всех»
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИСО	Международная организация по стандартизации
КДСЗ	вакцина против коклюша, дифтерии и столбняка (три дозы)
КПР ООН	Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка
МГОДС ООН	Межучрежденческая группа Организации Объединенных Наций по оценке детской смертности
МИКС	кластерное обследование по многим показателям
НИЗ	неинфекционное заболевание
НСЗ	Национальная служба здравоохранения (Соединенное Королевство)
ОП	врач общей практики
ПКВ	пневмококковая конъюгированная вакцина
РДРВ	развитие детей в раннем возрасте
СДВГ	синдром дефицита внимания и гиперактивности
СЗЮВЕ	Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы
СНГ	Содружество Независимых Государств
ЦРТ	Цели развития тысячелетия (Организации Объединенных Наций)
ЦУР	Цель (Цели) в области устойчивого развития (Организации Объединенных Наций)
ШЗЕ	сеть «Школы здоровья в Европе»
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	Агентство Соединенных Штатов по международному развитию
АА-НА!	Глобальные ускоренные действия по охране здоровья подростков
COSI	Инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (Европейский регион ВОЗ)
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (опросное исследование)
МОСНА	Оценка моделей охраны здоровья детей (исследование)
MVPA	физическая активность от умеренной до высокой интенсивности

Резюме

Детство и отрочество являются критически важными этапами жизненного цикла человека. В целях оказания поддержки государствам-членам Европейское региональное бюро ВОЗ разработало Европейскую стратегию охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг. (стратегию охраны здоровья детей и подростков), которая была принята всеми странами в 2014 г. Региональному бюро было поручено проинформировать страны о достигнутом прогрессе в 2018 г. В настоящем докладе обобщаются данные из страновых профилей, касающихся детей и подростков, и базового обследования состояния их здоровья, проведенного государствами-членами в 2016/2017 г. Целью этого доклада является представление фактических данных, которые могут активизировать деятельность в этой области.

Результаты

Стратегия и руководство

Три четверти стран приняли национальную стратегию охраны здоровья детей и подростков в течение последних пяти лет либо находятся в процессе ее принятия. Стратегии, имеющиеся у менее половины стран, представляют собой отдельные документы, и еще четверть стран, занимающихся их разработкой, стремятся к созданию отдельных национальных стратегий. Около половины стран, имеющих ту или иную стратегию, располагают бюджетом для ее осуществления и системами мониторинга, однако 10 стран, в которых действуют или разрабатываются соответствующие стратегии, не имеют систем для отслеживания их реализации с учетом намеченных целей или показателей. Почти половина стран планируют пересмотреть свою существующую стратегию до 2020 г., что дает ценную возможность повлиять на положение проживающих в этих странах детей и подростков.

Сбор основных данных

Большинство стран анализируют данные об охвате основными мероприятиями в разбивке по полу и географическим районам. Восемь стран сообщают, что они не анализируют данные в разбивке по полу, а четверть стран не проводят анализ в разбивке по географическим районам. Анализ данных об охвате в разбивке по миграционному статусу, этнической принадлежности и социально-экономическому положению является менее распространенной практикой, которая применяется примерно третьей стран в каждой группе. На субрегиональном уровне имеются заметные пробелы в сборе данных о положении детей, подвергающихся риску душевных и физических страданий, детей – беженцев и мигрантов и детей, находящихся в специальных учреждениях. Обследования по вопросам жестокого обращения с детьми проводятся в большинстве стран, однако исследователи зачастую не обращаются за информацией к детям. Примерно треть стран Региона осуществляют репрезентативные в национальном масштабе обследования по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера либо собирают данные об употреблении алкоголя матерями.

Системы здравоохранения и качество помощи

Между городами и сельскими районами существуют заметные различия в степени укомплектованности кадрами учреждений здравоохранения для детей и подростков (такие сведения собираются в половине стран). Примерно четверть стран сообщают об отсутствии у них системы подготовки специалистов в области здоровья подростков, в то время как в трети стран не проводятся регулярные проверки случаев перинатальной смерти. В значительном числе стран Региона отсутствуют перечни основных лекарственных средств и их формы, предназначенные для детей.

Права и участие

Три четверти стран сообщают о наличии омбудсмана, которому поручено защищать право детей и подростков на здоровье. Практически все страны отмечают, что данные о здоровье последовательно представлялись ими в рамках докладов по Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка. Примерно в трети стран с детьми и молодежью не консультируются при пересмотре, разработке или реализации стратегии охраны здоровья детей и подростков, в то время как для остальных стран характерна большая или меньшая степень их участия. Политика в отношении согласия, конфиденциальности и возможности обращения за помощью без согласия родителей существует в трех четвертях стран (32), однако меньшее число стран (23) сообщают о праве молодых людей на доступ к противозачаточным средствам или абортam без согласия родителей. Менее половины стран сообщают о систематическом сборе информации, касающейся осведомленности детей и подростков о половой жизни.

Охрана здоровья в школах

Практически все страны сообщают о наличии политики, содействующей развитию детей в раннем возрасте, а две трети стран осуществляют политику укрепления здоровья на уровне школ. Четверть стран сообщают, что их национальная школьная политика не включает аспект психического здоровья подростков. В 20 странах отсутствует политика, которая могла бы повлиять на доступность вредных для здоровья продуктов питания в школах. Половина стран предлагают проведение полового воспитания как в начальной, так и в средней школе.

Поведение, сопряженное с риском, и исследовательское поведение

Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) дает представление о формах поведения подростков, сопряженных с риском. В подростковой среде распространено употребление табака и алкоголя. Употребление каннабиса чаще отмечается в странах Европейского союза, нежели в странах Восточной Европы, Центральной Азии и Балканского региона. В травле и драках особенно часто участвуют 15-летние мальчики из стран Содружества Независимых Государств. Две из пяти девочек и один из трех мальчиков сообщают, что они имели незащищенные половые контакты.

Психическое здоровье и благополучие

Более половины стран сообщают о наличии механизма для оценки качества услуг по охране психического здоровья детей и подростков и руководства по содействию в переходе от услуг в области психического здоровья для детей к соответствующим услугам для взрослых. Примерно в трети стран молодые люди не могут получить на уровне местных сообществ услуги, предоставляемые в целях раннего вмешательства при первом эпизоде психического расстройства. Данные о числе специалистов в области здоровья детей и подростков и числе детей, проходивших лечение у соответствующего специалиста в связи с синдромом дефицита внимания и гиперактивности или аутизмом, носят ограниченный характер (доступны только примерно в четверти стран Региона).

Инфекционные заболевания и предотвращение смерти

Данные об охвате вакцинацией против ротавирусной инфекции сообщили 15 стран. Показатели эффективности лечения пневмонии у детей младше 5 лет представили четверть стран, а бесплатные вакцины против вируса папилломы человека в рамках государственной программы вакцинации доступны в половине из них. Большинство стран Региона сообщают, что доля их населения, имеющего доступ к водоснабжению и санитарно-гигиеническим средствам, превышает 90%.

Питание и физическая активность

Большинство стран сообщают о наличии стратегии стимулирования исключительно грудного вскармливания, однако внутри Региона отмечаются значительные различия в показателях исключительно грудного и смешанного вскармливания. Лишь четверть стран сообщают о сборе

данных в отношении маркетинга продуктов для прикорма. В значительном числе стран Региона не обеспечивается эффективное регулирование маркетинга, ориентированного на детей. Во многих странах отмечаются высокие показатели ожирения у детей и низкие показатели физической активности.

Условия для обеспечения здоровья и благополучия детей и подростков в конкретных странах

Показатели детской смертности и подростковой беременности различаются в широких пределах и связаны с параметрами, определяющими социально-политические условия, в которых живут дети. Существует тесная взаимосвязь между смертностью в возрасте до 5 лет, коэффициентами рождаемости среди подростков и рядом показателей в области экономики и управления, таких как индекс восприятия коррупции и валовой внутренний продукт страны.

Заключение

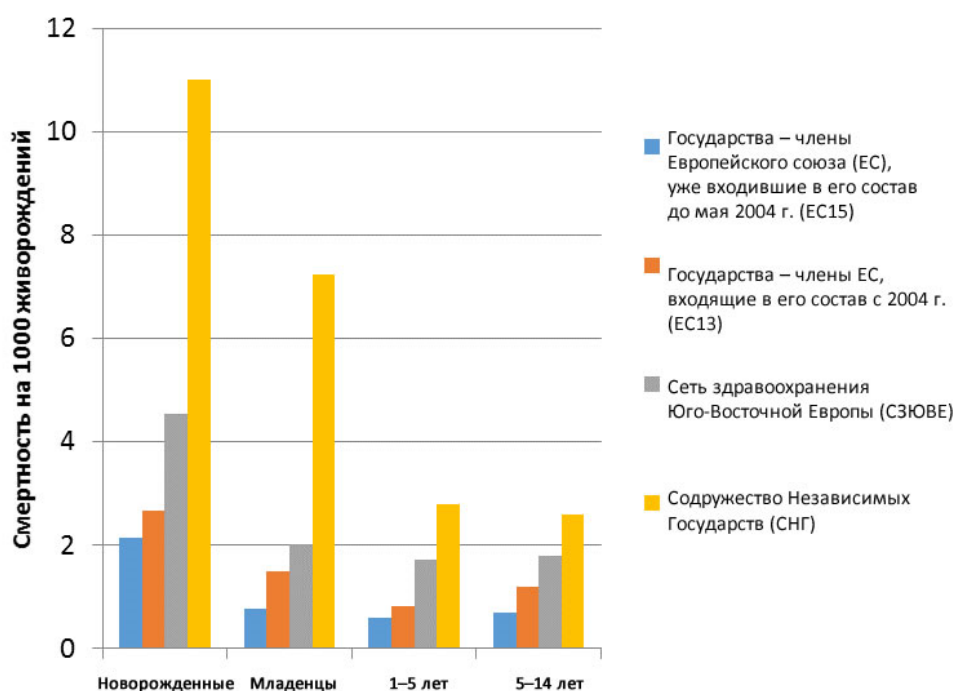
В настоящем докладе представлены подробные сведения о состоянии здоровья детей и подростков в Европейском регионе и соответствующей политике. Он может быть полезен государствам-членам при анализе и сравнении достигнутых результатов и устранении пробелов. Дальнейшие обследования будут фиксировать прогресс на пути к конечному сроку осуществления намеченной стратегии (2020 г.) и помогут разработать стратегии и планы последующих действий на национальном и региональном уровнях в целях оказания дальнейшей поддержки детям и молодым людям Региона в полной реализации своего потенциала.

1. Введение

Детство и отрочество большинства детей из Европейского региона ВОЗ являются здоровыми и счастливыми. Данные этапы жизни имеют решающее значение, поскольку в это время формируются многие модели поведения, которые определяют будущее состояние здоровья и связанные с ним показатели (1). Инвестиции в детей и подростков приносят экономические и социальные преимущества помимо улучшения показателей здоровья, однако неравенство между государствами-членами из Европейского региона ВОЗ и внутри этих государств, отсутствие доступа к качественным услугам, жестокое обращение и неправильное питание оказывают негативное влияние на здоровье этой уязвимой группы населения (1).

Во многих случаях заболевания и смерть детей и подростков являются предотвратимыми, однако дети по-прежнему умирают по причинам, возникновения которых можно не допустить, таким как пневмония и диарея. Коэффициенты смертности детей в возрасте до 5 лет в странах Региона варьируют в интервале от двух случаев на 1000 живорождений в Исландии до более 50 случаев в Туркменистане (2). Вероятность смерти снижается с возрастом, однако различия между странами сохраняются (рис. 1.1 и 1.2). Приведенные ниже страновые данные представлены в разбивке по сформированным ВОЗ страновым группам: государства, уже являвшиеся членами Европейского союза (ЕС) до мая 2004 г. (ЕС15), государства, являющиеся членами ЕС с 2004 г. (ЕС13), Содружество Независимых Государств (СНГ) и Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (СЗЮВЕ) (страны каждой группы указаны в таблице А1.2 приложения 1).

Рисунок 1.1. Смертность детей и подростков Европейского региона в 2017 г. в разбивке по возрастным и страновым группам

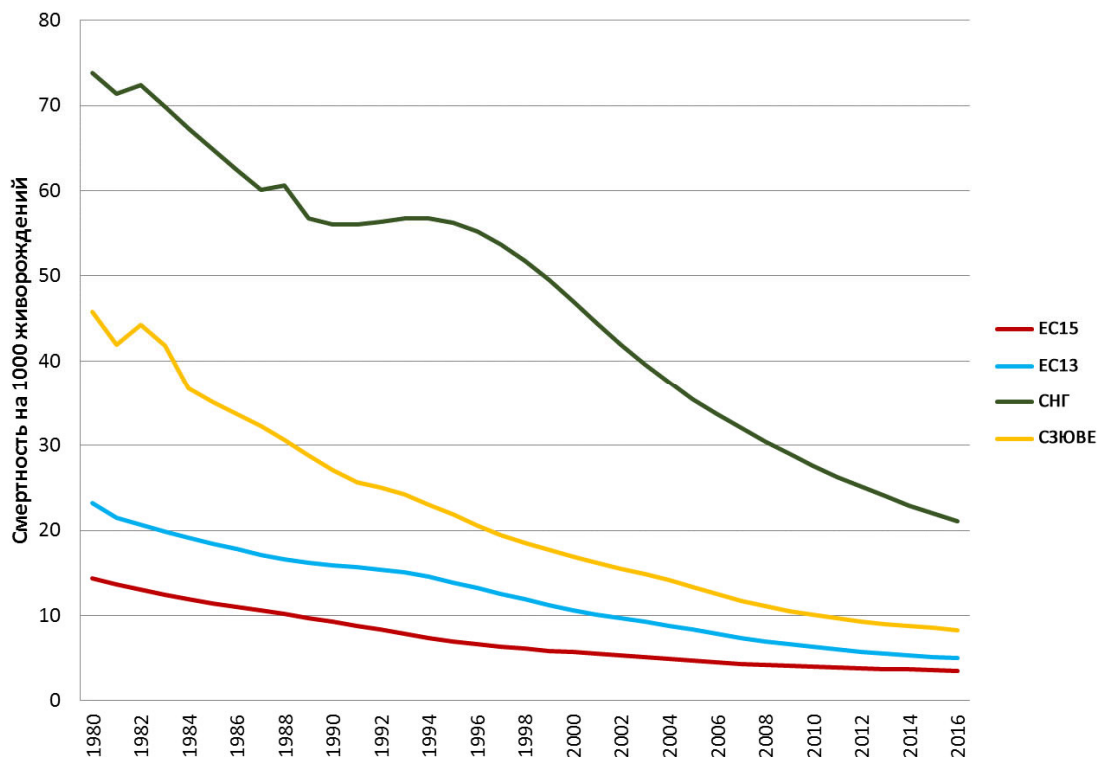


Источник: данные Межучрежденческой группы Организации Объединенных Наций по оценке детской смертности (МГОДС ООН) за 2017 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает усилия государств-членов по осуществлению Целей в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций (ЦУР), в частности задачи 3.2 ЦУР, направленной на уменьшение смертности новорожденных и детей в возрасте до 5 лет (3). Эта задача предполагает уменьшение неонатальной смертности до уровня не более 12 случаев на 1000 живорождений и смертности в возрасте до 5 лет до уровня не более 25 случаев на 1000 живорождений. Большинство стран Европейского региона

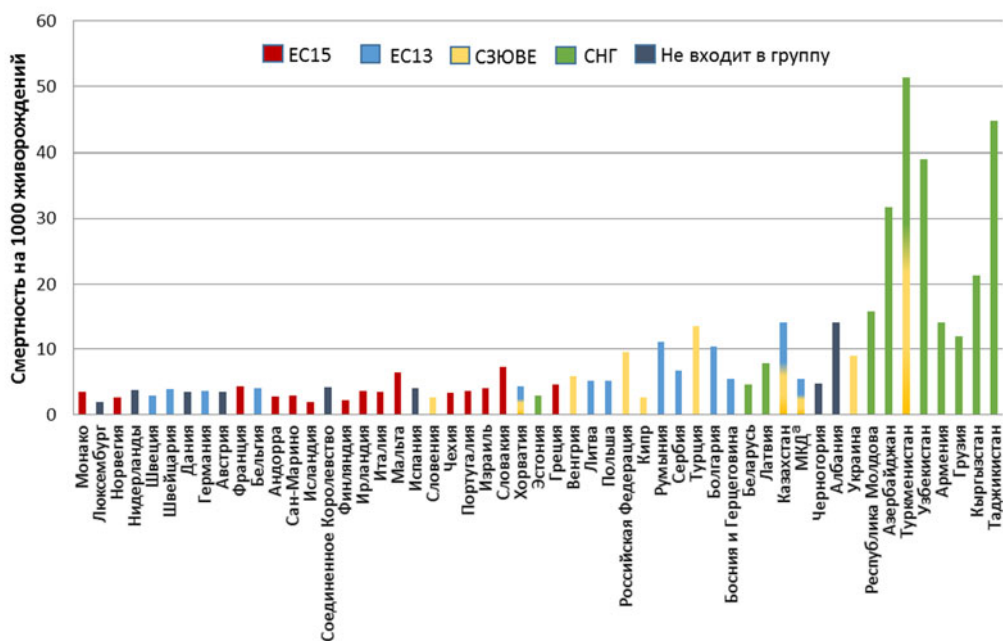
достигли этой цели, в то время как нескольким странам Центральной Азии и Кавказа предстоит предпринять дополнительные усилия для ее достижения (см. главу 11) (рис. 1.3) (2).

Рисунок 1.2. Смертность детей в возрасте до 5 лет в Европейском регионе ВОЗ в период с 1980 г. в разбивке по страновым группам



Источник: данные МГОДС ООН за 2017 г.

Рисунок 1.3. Смертность детей в возрасте до 5 лет в разбивке по страновым группам

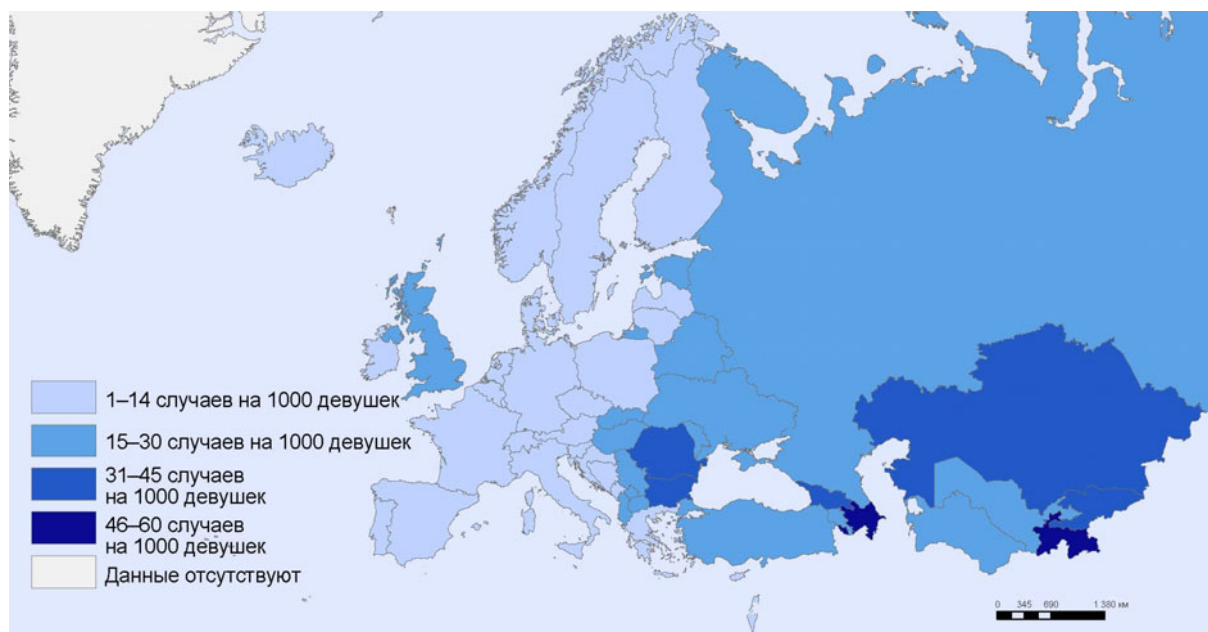


^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Источник: данные МГОДС ООН за 2017 г.

Задача 3.7 ЦУР, направленная на обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и учета вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах, также имеет отношение к рассматриваемой теме (3). Показатели подростковой беременности были включены в число индикаторов, используемых для оценки прогресса в достижении этой цели. На рисунке 1.4 представлены показатели беременности для Европейского региона с явными географическими различиями (разъяснения по поводу представления карт даны в приложении 1 (см. также рис. А1.2)).

Рисунок 1.4. Показатели подростковой беременности



Источник: данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ) за 2015 г.

Учитывая значительную уязвимость детей и важность раннего детства и отрочества как решающих этапов жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ выносит рекомендации по вопросам политики в сфере укрепления здоровья и благополучия детей и подростков. В 2005 г. Европейский региональный комитет ВОЗ утвердил первую Европейскую стратегию «Здоровье и развитие детей и подростков» (2005–2008 гг.) (4). Эта стратегия была предназначена для выполнения следующих задач: содействие государствам-членам в разработке концептуальных основ для опирающегося на факты анализа и совершенствования стратегий, программ и планов действий в области охраны здоровья и развития детей и подростков с точки зрения всего жизненного цикла; активизация многосекторальных действий; определение роли сектора здравоохранения в разработке и координации стратегий и в предоставлении услуг, отвечающих потребностям детей и подростков в области здравоохранения. ВОЗ оказывала непосредственную поддержку 15 странам; еще несколько стран использовали региональную стратегию в качестве основы для разработки национальных стратегий и планов действий в области охраны здоровья детей и подростков.

В 2014 г., опираясь на успешный опыт, а также на уроки, полученные на первом этапе, и стремясь гарантировать каждому ребенку возможность жить здоровой и наполненной смыслом жизнью, государства-члены из Европейского региона приняли новую стратегию «Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.» (1). Она была направлена на обеспечение устойчивого улучшения жизни детей и подростков из Европейского региона и включала подробные сведения о базе фактических данных для тех или иных действий и методов работы, в особенности в том, что касается развития на ранних этапах жизни, подходов, основанных на правах человека, социальных детерминант здоровья и неравенства в отношении здоровья в детском и подростковом возрасте.

В рамках реализации указанной стратегии Региональный комитет обратился к Секретариату ВОЗ с просьбой представлять доклады о ходе работы, первый из которых в подробном виде приводится в настоящей публикации и дополняет вариант, официально включенный в документацию Комитета (5). Было подготовлено несколько материалов, которые были представлены государствам-членам (и широкой общественности) для рассмотрения и принятия соответствующих мер.

Источники данных

Доступность и прозрачность собранных данных имеют первостепенное значение для мониторинга реализации стратегии. Этот процесс осуществляется на основе сопоставимых по странам данных исследований, таких как обследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) (6), проводимые с 1983 г. каждые четыре года, и Инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI), реализация которой началась в 2007 г. (7). Эти и другие общедоступные данные на Европейском портале информации здравоохранения послужили основой для подготовки страновых профилей по вопросам охраны здоровья детей и подростков, опубликованных в 2016 г. (8) (также размещены на указанном портале).

Государствам-членам были направлены материалы для проведения дополнительного обследования, охватывающего аспекты здоровья детей и подростков и связанные с ними стратегии. Ответы на вопросы данного обследования, завершившегося в 2017 г., представили 48 государств-членов. В рамках мониторинга реализации стратегии Региональное бюро собрало данные обследования с целью оценки состояния здоровья детей и подростков в государствах-членах (9). Секретариат обобщил эти данные в докладах по результатам ответов стран, адресованных министерствам здравоохранения, в целях содействия диалогу по поводу сильных и слабых сторон осуществляемой деятельности.

Страновой профиль и данные обследований представлены в сводных таблицах в конце каждой главы; они служат основой для отдельных анализов и сводок статистических данных, включенных в соответствующие главы. В целях проведения отдельных сопоставлений страны сгруппированы так же, как это сделано на портале данных для Европейского региона (10). Подробные сведения о методологии обследований включены в приложение 1. Все данные доклада также доступны на Европейском портале информации здравоохранения.

Как читать этот доклад и находить информацию

Настоящий доклад выстроен в соответствии со стратегией охраны здоровья детей и подростков, а его заключительная глава посвящена рассмотрению всеобъемлющих вопросов. Каждая из 10 основных глав содержит **сводную таблицу**, включающую все показатели, которые в ней используются, и объединяющую данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам со сводными статистическими данными. **Основные результаты** четко обозначены в начале главы; за ними следуют детальное описание показателей и краткий раздел, посвященный рассмотрению результатов в рамках соответствующих тем и стратегий с целью представить **результаты в широком контексте**. Приложение 1 содержит подробные сведения о **методологии**. Приложение 2 устанавливает связи между показателями, используемыми для мониторинга Европейской стратегии, и другими глобальными стратегиями, такими как ЦУР (3) и глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (11). В приложении 3 представлен перечень всех показателей, используемых в настоящем докладе, с указанием источника соответствующих данных.

Ссылки¹

1. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf).
2. Hug L, Sharrow D, You D. Levels & trends in child mortality. Report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2017 (http://childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf).
3. Резолюция «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 год (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).
4. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»: от резолюции к действиям (2005–2008 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/132932/E91655R.pdf?ua=1).
5. Twenty fifth Standing Committee of the Regional Committee for Europe, fourth session (EUR/SC25(4)/14) – progress report. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
6. Health Behaviour in School-aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study. В: HBSC [website]. St Andrews: University of St Andrews; 2018 (www.hbsc.org).
7. Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). Веб-сайт Европейского регионального бюро ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).
8. Child and adolescent health country profiles for the European strategy 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/cah/>).
9. Status of child and adolescent health policies in Europe: indicators from the 2017 baseline survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (https://gateway.euro.who.int/en/datasets/cahb_survey/).
10. Европейский портал информации здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/>).
11. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Каждая женщина, каждый ребенок, 2015 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1).

¹ Все ссылки на веб-страницы в этой и последующих главах даны по состоянию на 30 мая 2018 г.

2. Руководство и стратегия в сфере охраны здоровья детей и подростков

Введение

В данной главе обобщаются показатели, включенные в страновые профили и базовое обследование и касающиеся руководства и реализации стратегии. Ее содержание связано с основным приоритетом Европейской стратегии – привлечением общественного внимания к жизни детей, а также со вторым ее приоритетом, заключающимся в реформировании стратегического руководства в области охраны здоровья детей и подростков. Цель данной главы состоит в оценке политической приверженности разработке национальной стратегии охраны здоровья детей и подростков и имеющихся механизмов для ее осуществления и анализа. Если не указано иное, ссылки на обследование, приведенные в настоящей главе, касаются обследования 2016/2017 г.

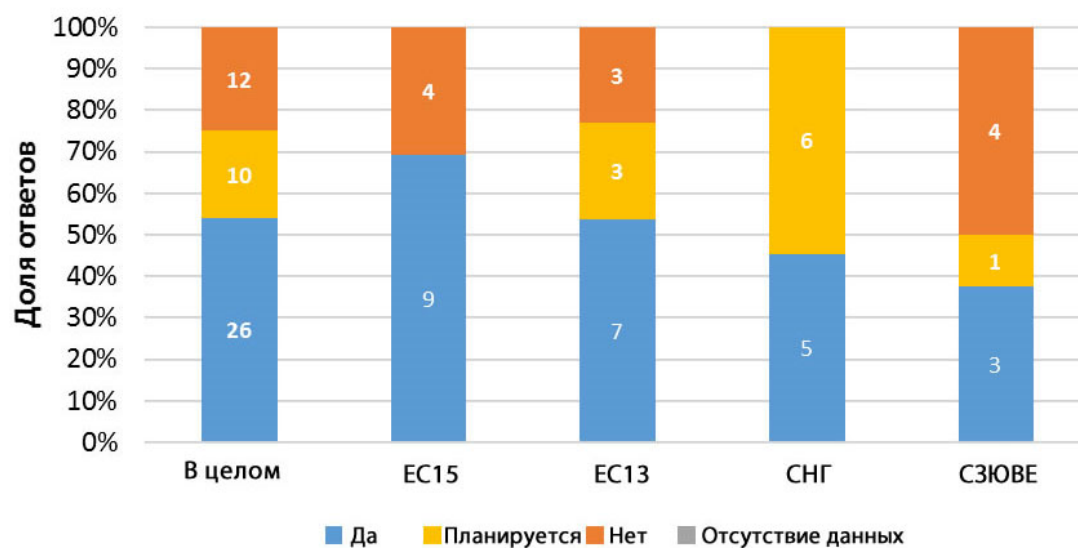
Основные результаты

- Три четверти стран приняли стратегию охраны здоровья детей и подростков либо находятся в процессе ее принятия. В каждой четвертой стране такая стратегия отсутствует.
- Менее половины стран, в которых осуществляются те или иные стратегии, имеют отдельную стратегию охраны здоровья детей и подростков; при этом 12 стран, разрабатывающих стратегии в настоящее время, стремятся к тому, чтобы они представляли собой отдельные документы.
- Около половины стран, имеющих стратегию, располагают бюджетом для ее реализации и системами мониторинга.
- Двадцать одна страна планирует пересмотреть действующую стратегию до 2020 г.

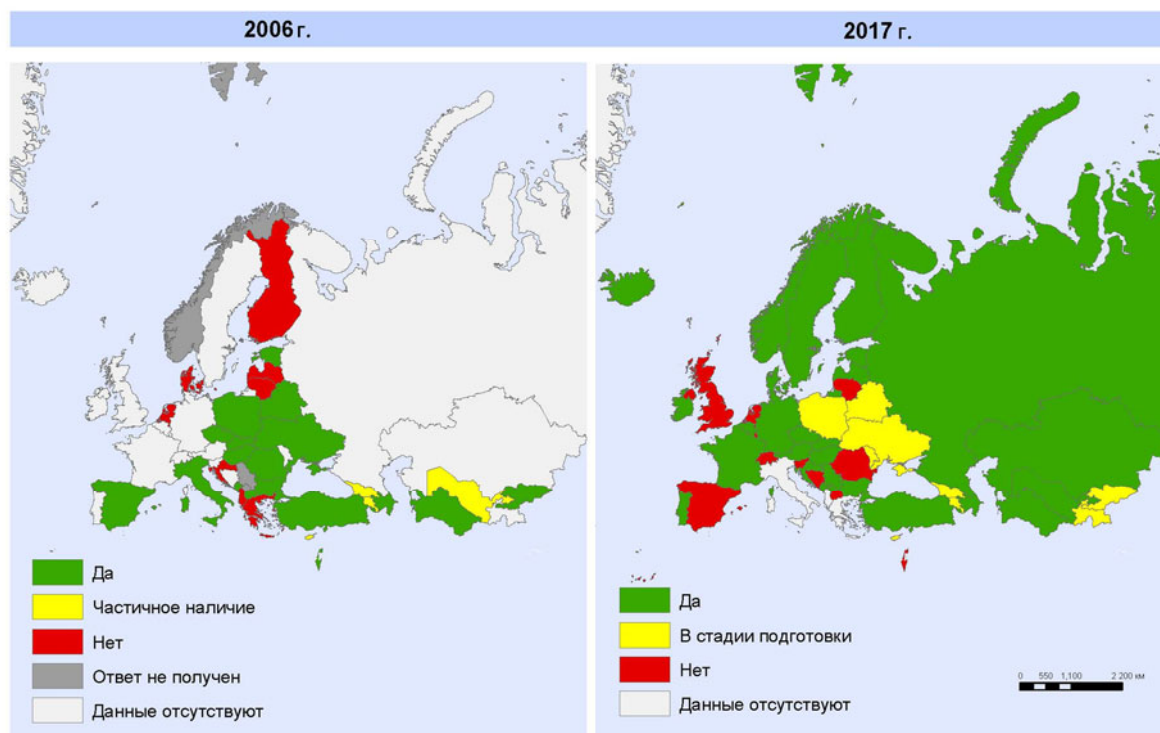
Результаты

Страны, имеющие стратегию охраны здоровья детей и подростков

Двадцать шесть стран (54%) сообщили о наличии национальной стратегии в отношении детей и подростков, которая была принята в течение предыдущих пяти лет; 10 стран (21%), шесть из которых входят в состав СНГ, сообщили о наличии стратегии, находящейся в процессе утверждения; еще 12 стран (25%) сообщили об отсутствии такой стратегии (рис. 2.1) (разъяснения по поводу представления столбиковых диаграмм даны в приложении 1 (см. также рис. А1.3)).

Рисунок 2.1. Страны, имевшие стратегию в 2017 г.

На рисунке 2.2 представлены данные за 2017 г. в сочетании с ответами на аналогичный вопрос, включенный в обследование 2006 г. (1). В 2006 г. о наличии стратегии охраны здоровья детей и подростков заявили 18 стран (60%), в то время как в четырех странах (13%) были разработаны отдельные аспекты такой стратегии, а в восьми странах (27%) она отсутствовала.

Рисунок 2.2. Страны, имевшие стратегию в 2006 и 2017 гг.

Сравнение обследований показывает, что:

- девять стран сообщили о наличии стратегии охраны здоровья детей и подростков в оба года;
- в одной стране произошел переход от отдельных аспектов стратегии в 2006 г. к целостной стратегии в 2017 г.;
- 12 стран, не участвовавших в обследовании 2006 г. либо не ответивших на этот вопрос, сообщили о наличии стратегии в 2017 г.;

- три страны по-прежнему находились в процессе разработки стратегии;
- четыре страны, представившие сведения о наличии стратегии в 2006 г., не сообщили о ее наличии в 2017 г.

Стратегия с выделенным бюджетом

Двадцать шесть стран (54%) сообщили о наличии национальной стратегии с бюджетом, выделенным парламентом или правительством, в то время как девять стран (19%) заявили об отсутствии стратегии, на цели реализации которой предоставляются бюджетные ассигнования. Деагрегирование данных по странам, сообщившим о наличии национальной стратегии, показывает, что 20 стран отметили выделение бюджетных средств, а шесть – отсутствие бюджета. Из 10 стран, сообщивших о том, что их стратегия находится в стадии подготовки, бюджетные ассигнования были предусмотрены в шести и не предусмотрены в трех странах. Рисунки 2.3 и 2.4 демонстрируют географическое распределение этих данных и указывают на то, что максимальное количество стратегий с выделенным бюджетом разработано в странах СНГ.

Рисунок 2.3. Наличие выделенного бюджета (страны)

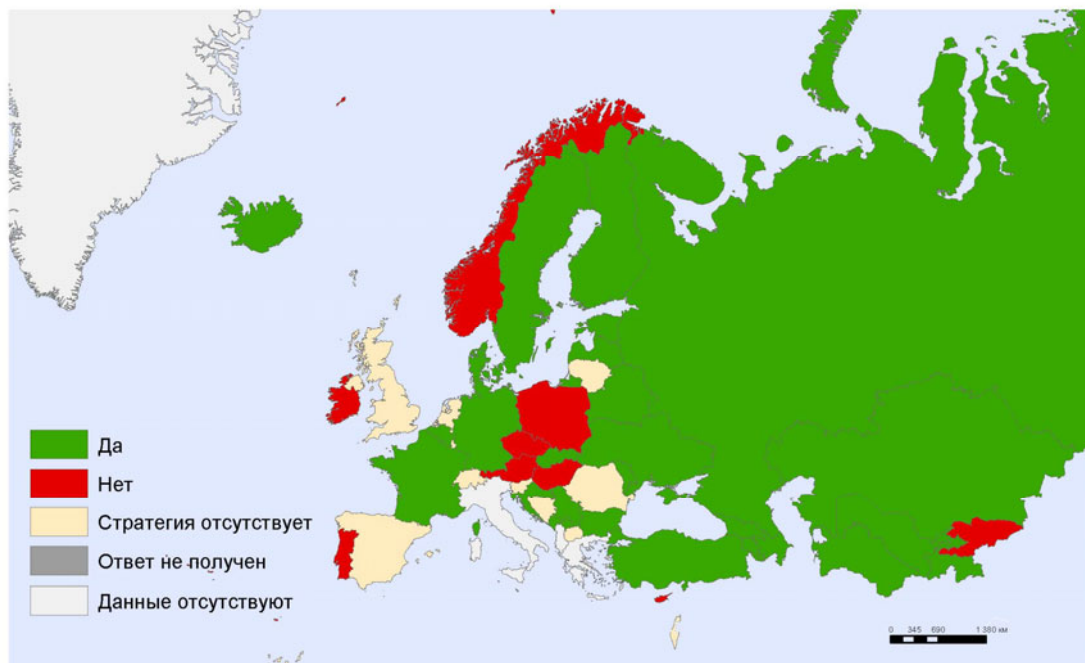
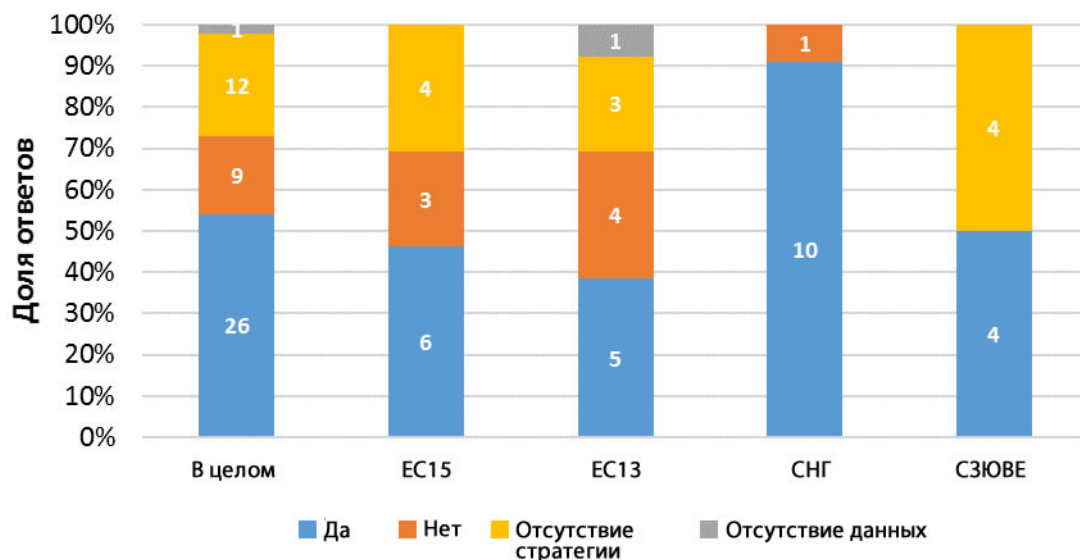


Рисунок 2.4. Наличие выделенного бюджета (страновые группы)



Тип стратегии

Девятнадцать стран (40%) имели отдельную стратегию охраны здоровья детей и подростков, в то время как 17 стран (35%) сообщили, что их стратегия в этой области является частью другой стратегии. При дезагрегировании этих данных по странам с действующей стратегией и по странам со стратегией в стадии подготовки выяснилось, что 12 стран с действующей стратегией сообщили о наличии отдельной стратегии охраны здоровья детей и подростков, а 14 стран указали, что она является частью другой стратегии. Из 10 стран со стратегией, находящейся в стадии подготовки, семь сообщили о разработке отдельной стратегии охраны здоровья детей и подростков, а еще три отметили, что данная стратегия входит в состав другой стратегии. Данные на рисунках 2.5 и 2.6 свидетельствуют об отсутствии единой позиции в отношении этих стратегий внутри Региона, показывая, что страны EC15 и EC13 придерживаются разных подходов.

Рисунок 2.5. Тип стратегии (страны)

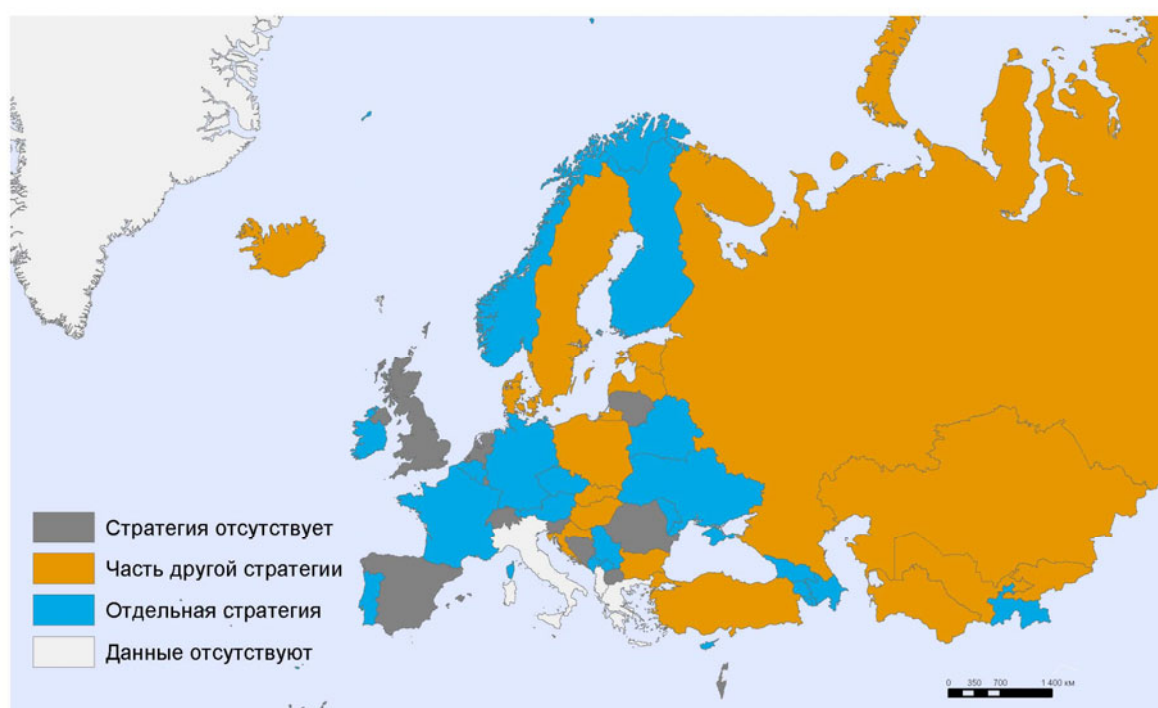
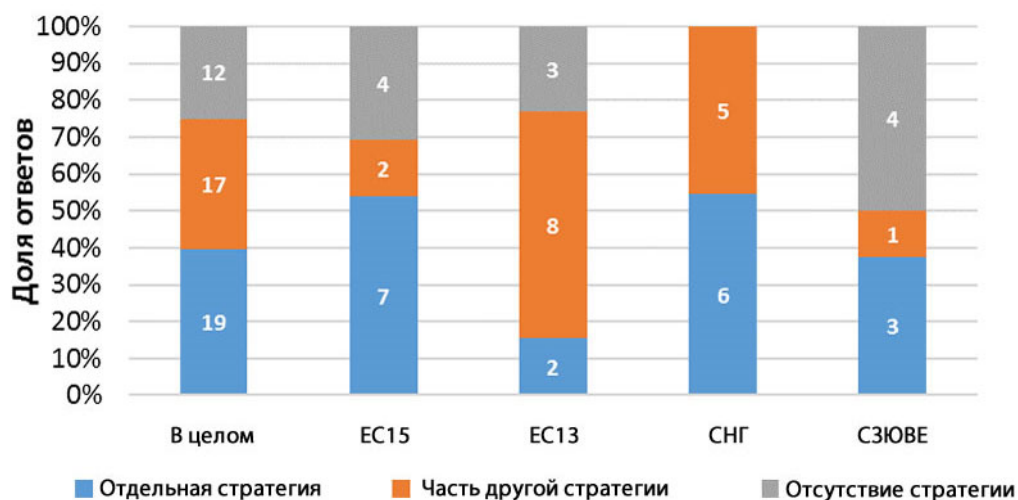


Рисунок 2.6. Тип стратегии (страновые группы)



Планы по пересмотру до 2020 г.

Двадцать девять стран (60%) планируют пересмотреть действующую стратегию до 2020 г., в то время как пять стран (10%) сообщают об отсутствии подобных планов. В группе стран, сообщивших о наличии стратегии, 21 страна намерена пересмотреть существующую стратегию до 2020 г., а четыре страны не планируют делать это. В группе стран, занимающихся разработкой стратегии, восемь стран сообщили о планах по ее пересмотру до 2020 г., а одна – об отсутствии планов такого рода. Рисунки 2.7 и 2.8 свидетельствуют о том, что большинство стран СНГ планируют пересмотреть свои стратегии охраны здоровья детей и подростков до 2020 г.

Рисунок 2.7. Пересмотр стратегии (страны)

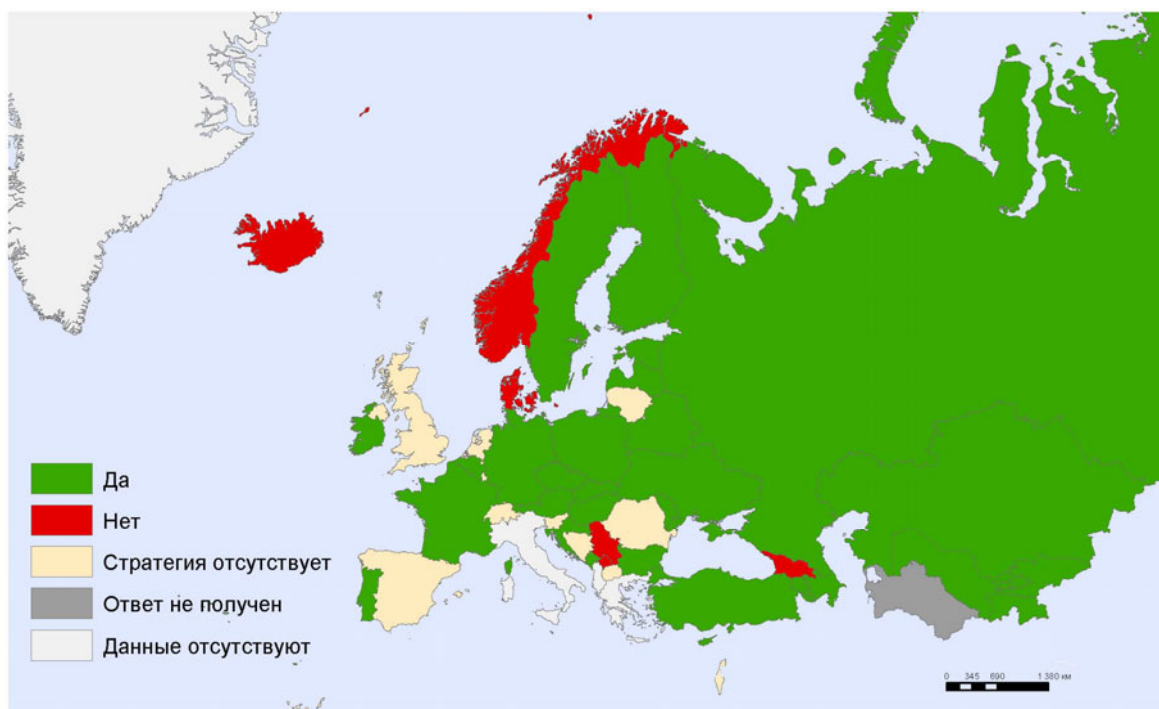
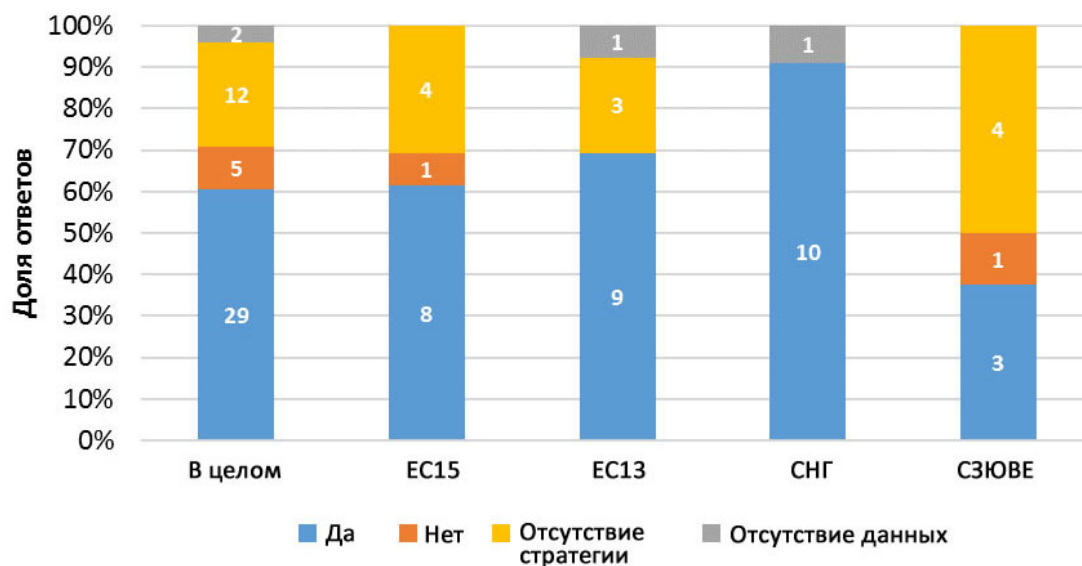


Рисунок 2.8. Пересмотр стратегии (страновые группы)



Системы мониторинга

Тридцать стран (60%) сообщили о наличии систем для мониторинга реализации стратегии с учетом намеченных целей/показателей, в то время как в пяти странах (10%) такие механизмы не созданы. В группе стран, сообщивших о наличии стратегии, подобные системы существуют в 21 стране и отсутствуют в пяти странах. Ни в одной из стран, сообщивших о стратегии, которая находится в стадии подготовки, нет систем мониторинга ее реализации с учетом намеченных целей/показателей. Рисунки 2.9 и 2.10 отражают сложившуюся ситуацию в разбивке по странам и страновым группам; во всех странах СНГ, имеющих стратегию, существуют системы для мониторинга ее реализации.

Рисунок 2.9. Системы мониторинга стратегии (страны)

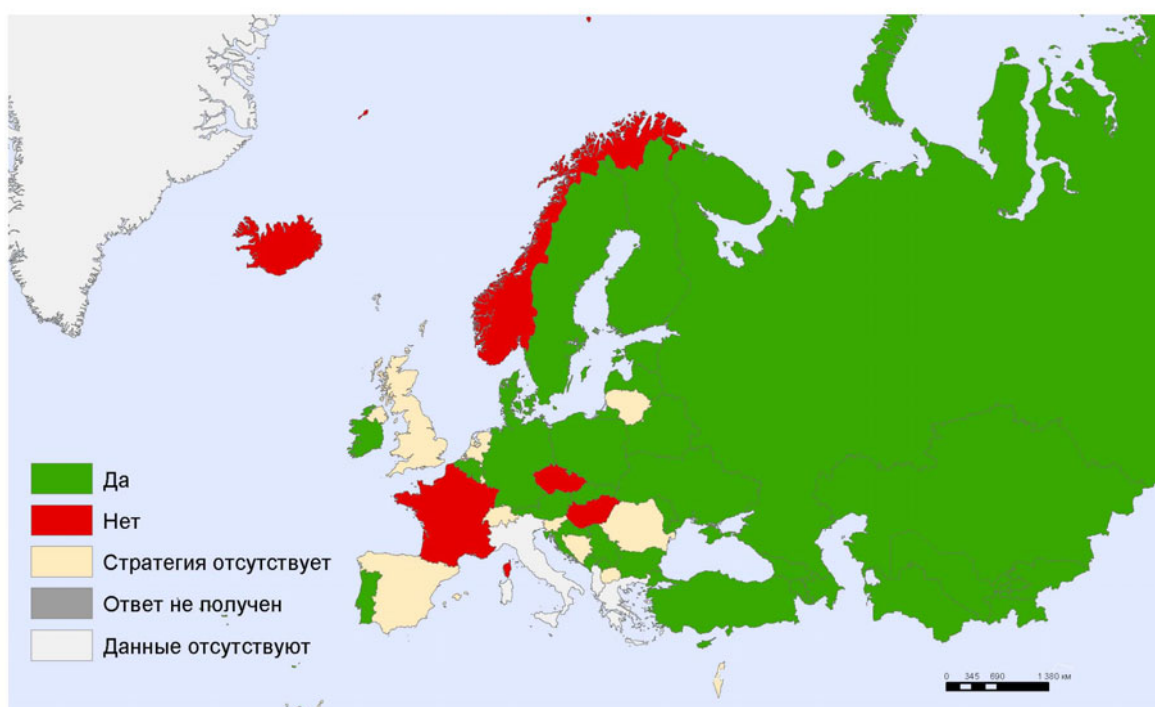
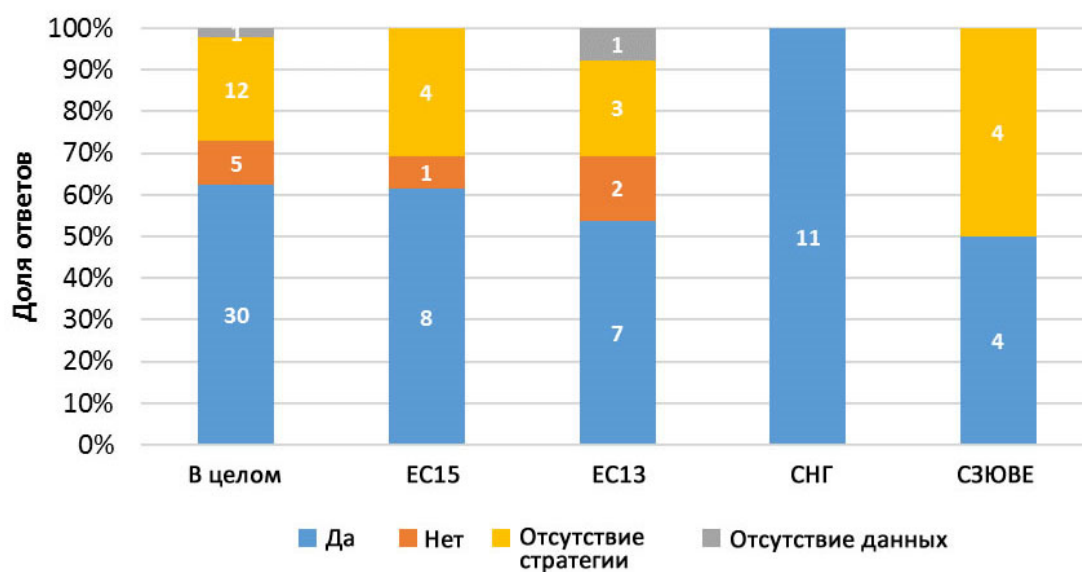


Рисунок 2.10. Системы мониторинга стратегии (страновые группы)



Межсекторальное сотрудничество

Тридцать пять стран (73%) отметили наличие механизмов для межсекторального планирования, в то время как 13 стран (27%) сообщили об отсутствии таких систем. Рисунки 2.11 и 2.12 отражают сложившуюся ситуацию в разбивке по странам и страновым группам.

Рисунок 2.11. Механизм межсекторального планирования (страны)

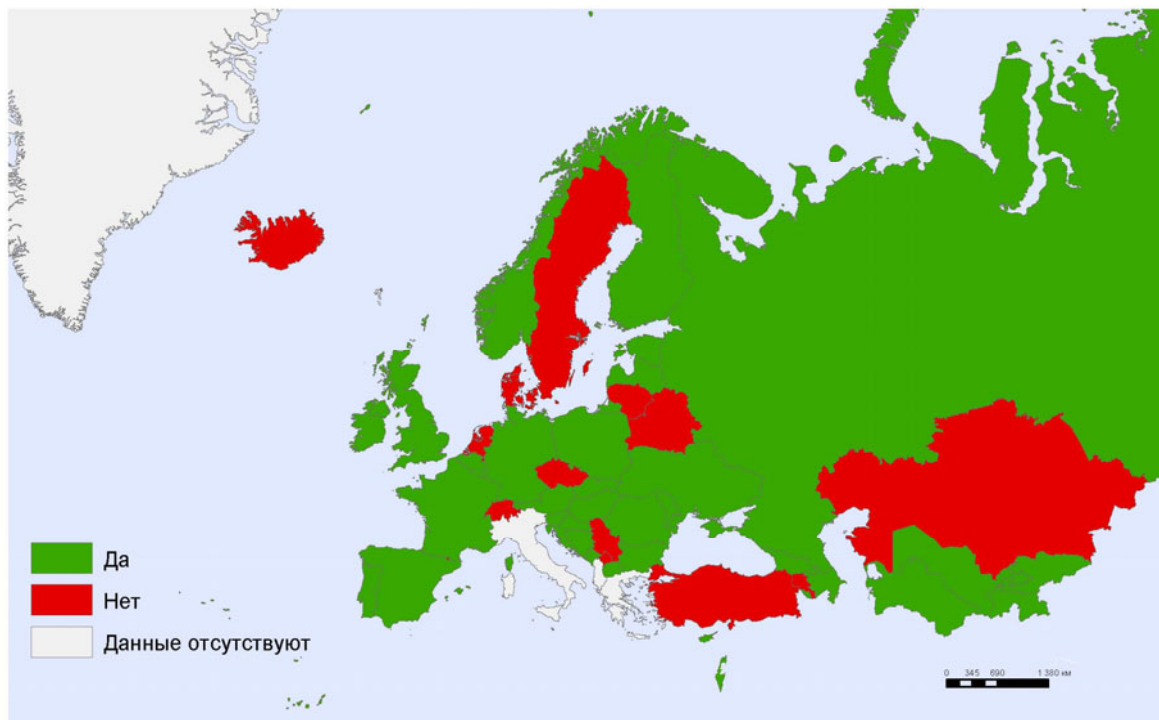
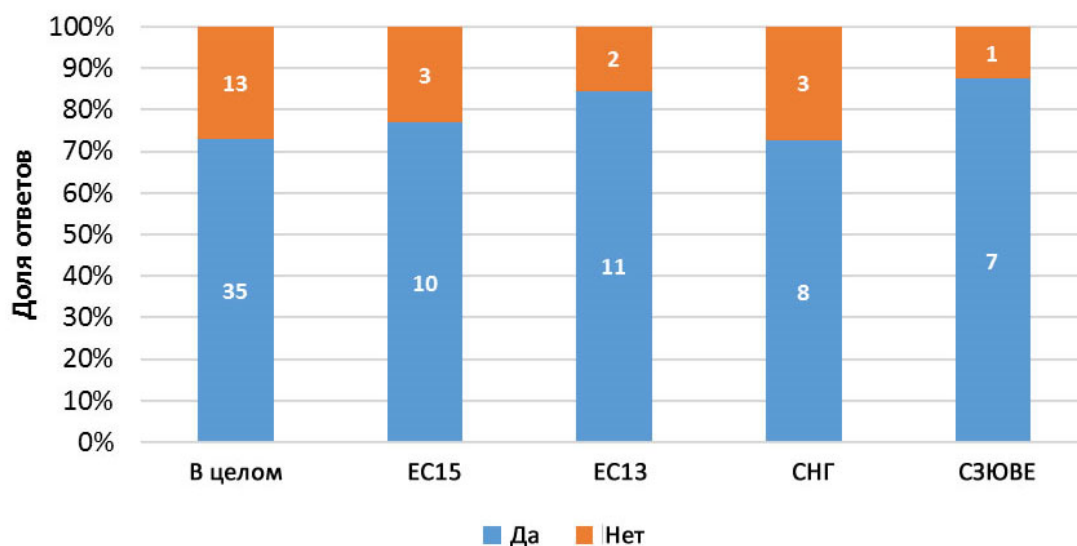


Рисунок 2.12. Механизм межсекторального планирования (страновые группы)

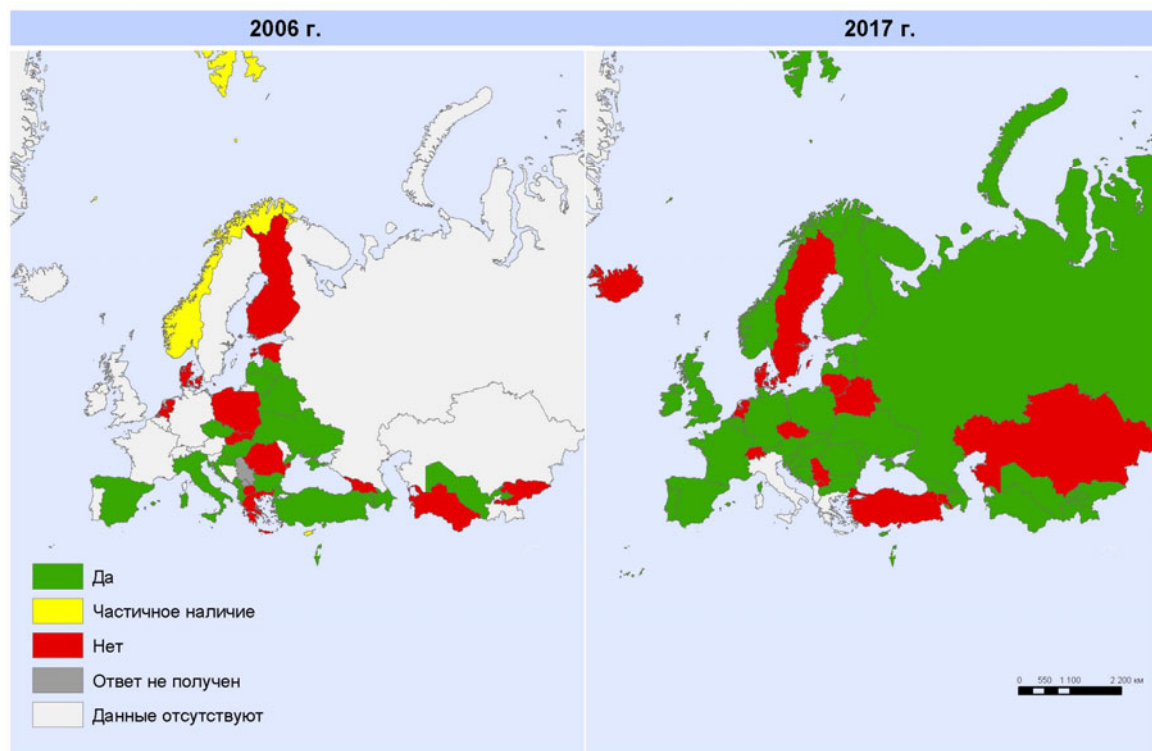


Отвечая на аналогичный вопрос в рамках обследования 2006 г.², 18 стран (55%) сообщили о наличии такого механизма, две страны (6%) – о наличии отдельных его элементов, а 12 (38%) –

² Вопрос, задававшийся в рамках обследования 2006 г., был сформулирован следующим образом: «1.3. Существует ли многосекторальная целевая группа/рабочая группа/комитет по вопросам здоровья и развития детей и подростков?»

о его отсутствии. Рисунок 2.13 отражает положение, существовавшее во время проведения обоих обследований.

Рисунок 2.13. Механизм межсекторального планирования, 2006 и 2017 гг. (страны)



Сравнение этих данных показывает следующее:

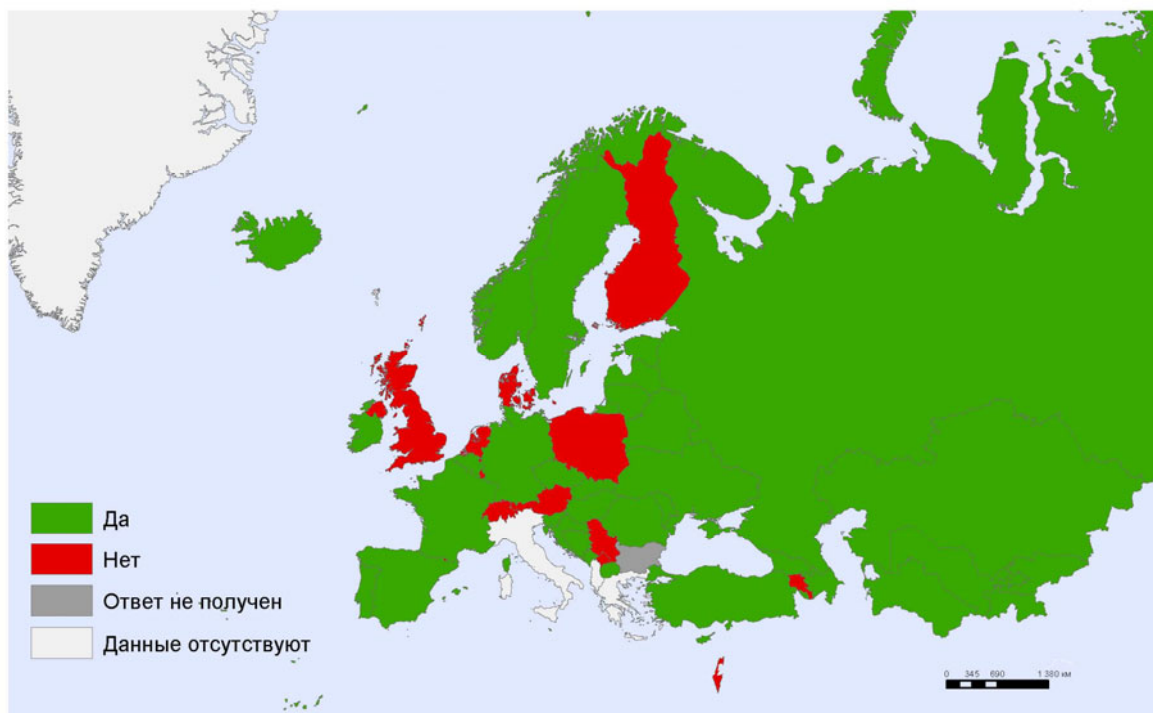
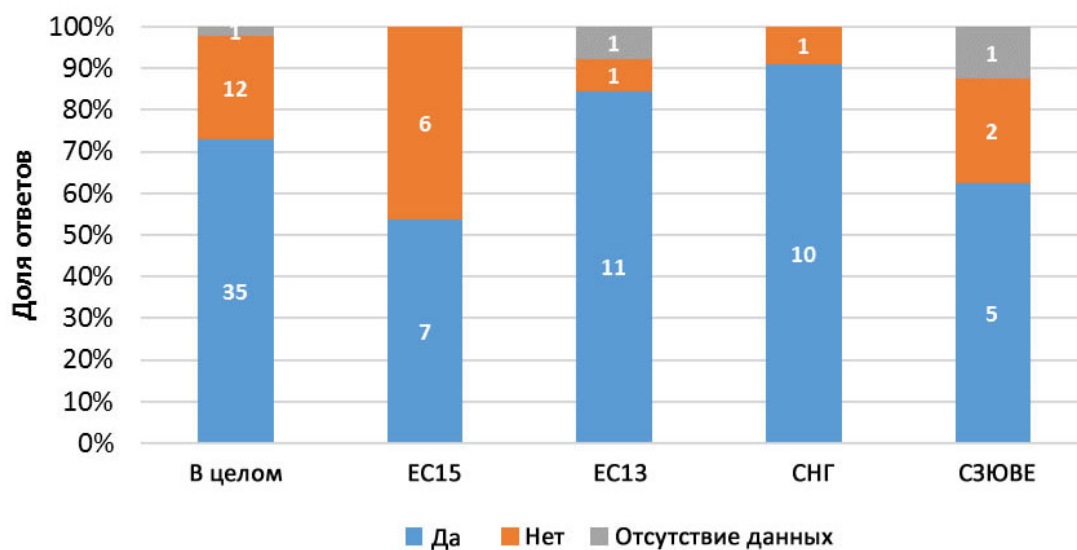
- 11 стран имели такой механизм в оба года;
- девять стран, сообщивших об отсутствии механизма в 2006 г., отметили его наличие в 2017 г.;
- две страны, сообщившие о наличии отдельных элементов такого механизма в 2006 г., имели его в 2017 г.;
- пять стран, сообщивших о наличии механизма в 2006 г., отметили его отсутствие в 2017 г.;
- две страны сообщили об отсутствии такого механизма в оба года.

Оценка стратегий с позиции их воздействия на здоровье молодежи

В 2017 г. 39 стран представили примеры стратегий правительства, оцениваемых с позиции их воздействия на здоровье детей и подростков. Две из них (Польша и Швеция) заявили, что все их стратегии требуют рассмотрения с позиции воздействия на здоровье детей и подростков. Остальные страны перечислили стратегии в двух и более категориях (61%) либо в одной категории (33%). Указанные категории стратегий включали отправление правосудия (33%), образование (26%), охрану физического здоровья (26%), экономические/финансовые/социально-экономические мероприятия (15%), охрану семьи/материнства (15%), организацию питания (15%) и охрану сексуального/репродуктивного здоровья (15%).

Ежегодный доклад

Тридцать пять стран (73%) сообщили о составлении ежегодного национального доклада по вопросу о положении детей, в то время как 12 стран (25%) не сделали этого. На рисунках 2.14 и 2.15 отражена сложившаяся ситуация в разбивке по странам и страновым группам. Эти рисунки наглядно иллюстрируют различия в политике стран ЕС15, касающейся публикации таких докладов, и указывают на большее число стран, издающих ежегодный доклад, в группе ЕС13.

Рисунок 2.14. Ежегодный доклад о положении детей и подростков (страны)**Рисунок 2.15.** Ежегодный доклад о положении детей и подростков (страновые группы)

Ситуационные исследования

С целью проиллюстрировать процесс разработки на страновом уровне стратегии по вопросам охраны здоровья детей и подростков были проведены два ситуационных исследования: в Армении (вставка 2.1 и рис. 2.16) и в Соединенном Королевстве (Шотландии) (вставка 2.2 и рис. 2.17). Армения и Соединенное Королевство (Шотландия) наряду с некоторыми другими странами откликнулись на идеи Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, разработав на ее основе национальный подход. Эти страны были выбраны для демонстрации различий, существующих в рамках Европейского региона, поскольку в них сложились разные эпидемиологические и экономические условия и различные условия государственного управления. Несмотря на это, процедуры, которым следовали указанные страны, во многом совпадали; они рассмотрены в обобщенном виде и используются как инструмент для разработки стратегии.

Вставка 2.1. Ситуационное исследование: Армения

Справочная информация

Армения – это страна Кавказского региона с доходами ниже среднего уровня. По оценкам Национальной статистической службы, в 2013 г. в ней проживали 574 176 детей в возрасте 0–14 лет. В 2016 г. зафиксированный в Армении коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет составил 13,4 случая на 1000 живорождений. Это означает, что Армении удалось вдвое сократить данный показатель (по сравнению с 25,9 случаев смерти на 1000 живорождений в 2003 г. (2)), обеспечив тем самым достижение четвертой из Целей развития тысячелетия (ЦРТ). Величина валового внутреннего продукта (ВВП), которая в 2016 г. составила 3606 долл. США на душу населения, была гораздо ниже средневропейского показателя (22 214 долл. США). Согласно оценкам, частные расходы на здравоохранение, оплачиваемые из собственных средств, достигают 53,5% общих расходов на здравоохранение. Армения участвует в обследовании HBSC (3) на протяжении почти 10 лет. Она является одной из немногих стран, включающих в обследование 17-летних подростков. По результатам проведенного в Армении обследования HBSC, распространенность курения, употребления алкоголя и опыта половых контактов являлась довольно низкой, в то время как показатели распространенности множественных жалоб на здоровье, драк среди мальчиков и участия в травле, а также пассивного курения среди подростков были высокими (4).

Процесс разработки стратегии

Хронология процесса разработки стратегии отражена на рисунке 2.16.

Предыдущая национальная стратегия

Возникающие угрозы для здоровья людей послужили стимулом для разработки первой национальной стратегии охраны здоровья детей и подростков в 2006 г. Этот процесс был инициирован Министерством здравоохранения и осуществлялся в соответствии с задачами ЦРТ, при этом основное внимание акцентировалось на сокращении младенческой и детской смертности. Национальная стратегия и план действий в области охраны здоровья детей и подростков на 2010–2015 гг. были утверждены правительством в 2009 г. (5). Позднее правительство приняло национальную стратегию по вопросам улучшения качества стационарного лечения детей (2013–2015 гг.) и стратегический план по защите прав детей (2013–2016 гг.). Армения ввела бесплатный доступ к стационарному лечению для детей в возрасте до 7 лет. Это привело к дальнейшему снижению детской смертности и увеличению количества случаев госпитализации и нагрузки на детские больницы.

Рисунок 2.16. Хронология процесса разработки стратегии



Вставка 2.1 (продолж.)

Фактор, ускоривший разработку новой стратегии охраны здоровья детей и подростков в Армении

Разработанная ВОЗ Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг. была принята в 2014 г. Национальная стратегия создавалась в соответствии с основными принципами Европейской стратегии, отражала прочие международные инициативы, такие как ЦУР и «Здоровье-2020», и учитывала опыт других стран, но была адаптирована к условиям жизни в Армении. Армения использовала Европейскую стратегию в качестве концептуальной основы и разработала новую национальную стратегию до завершения реализации предшествующей стратегии. Кроме того, изменения и опыт предыдущего десятилетия позволили определить области, в которых необходимо повысить эффективность работы, и дальнейшие действия по реализации текущей армянской стратегии охраны здоровья детей и подростков на 2016–2020 гг.

Национальный опыт разработки стратегии

Уроки, извлеченные в процессе реализации предыдущей стратегии

Выделение сектору здравоохранения недостаточного объема ресурсов послужило причиной неспособности решить многие из намеченных первоочередных задач в сфере охраны здоровья детей и подростков: более точно определить приоритеты, выработать выполнимую процедуру и распределить бюджетные средства. Опыт межсекторального сотрудничества подчеркнул значимость и преимущества межсекторальных усилий и необходимость более тесного взаимодействия различных секторов, таких как министерства (здравоохранения и образования) и международные организации. При осуществлении предыдущей стратегии финансовая поддержка была весьма ограниченной, и программы профилактики и пропаганды здорового образа жизни не получали достаточных финансовых средств. Вопросам участия молодежи, пропаганды профилактики, агитации в пользу здорового образа жизни и здоровья подростков не уделялось первоочередного внимания.

Анализ ситуации

Кабинет министров попросил проанализировать сложившуюся ситуацию до утверждения новой стратегии в целях оценки процессов и определения целевых областей. В 2016 г. были организованы совещания, проведены кабинетные обзоры и созданы рабочие группы с участием партнеров, занимающихся вопросами охраны здоровья детей и подростков. Этот процесс строился по модели процесса постоянной оценки, осуществлявшегося в рамках прежней стратегии на основе совещаний высокого уровня, непрерывного анализа выполняемой работы, синтеза процессов и оценки достижения целей.

Анализ ситуации выявил серьезные проблемы, а также установил новые приоритеты и связанные с ними цели, о чем свидетельствует новая стратегия Армении: 1) здоровье новорожденных; 2) здоровье и развитие детей в раннем возрасте, включая питание, профилактику инфекционных заболеваний и вакцинацию; 3) нарушения развития детей и детская инвалидность; 4) здоровье и развитие детей и подростков школьного возраста; 5) психическое здоровье; 6) хронические и соматические заболевания; 7) паллиативная помощь; 8) травмы и жестокое обращение.

Препятствия для разработки новой стратегии охраны здоровья детей и подростков

При составлении бюджета объем работ Армении по созданию новой стратегии охраны здоровья детей и подростков был сокращен. Последствия мирового экономического кризиса 2008/2009 г. не были устранены, что повлияло на бюджет, выделенный на охрану здоровья детей и подростков. Государственная компенсация расходов на медицинское обслуживание не покрывала расходы, а программы профилактики и укрепления здоровья не получали надлежащего финансирования. Это обусловило недостаточно широкий охват населения всем спектром педиатрических услуг. Кроме того, Армения столкнулась с такими препятствиями, как нехватка технического потенциала, нехватка персонала и отсутствие определенности в отношении политических событий и реформ.

Преодоление препятствий

Ответом на сокращение бюджета, выделяемого на цели охраны здоровья детей и подростков, стало обращение к международным организациям, таким как ВОЗ, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД) и «Уорлд вижн», а также к национальным фондам. Государство покрывает только расходы на медицинское обслуживание, в то время как услуги в области развития зависят от других ресурсов.

Вставка 2.1 (продолж.)

Проблемы нехватки персонала и технических навыков были частично урегулированы за счет перераспределения компетенций и обучения персонала. Например, дефицит физиотерапевтов был восполнен при помощи медсестер, прошедших специальную подготовку в этой области. Трудности в сфере межсекторального сотрудничества по-прежнему существуют, что свидетельствует о возможности улучшения ситуации, как это имеет место в случае оценки проводимых мероприятий (такой как Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ)).

Основные заинтересованные стороны

Ведущими участниками деятельности в этой области являлись Министерство здравоохранения, Институт здоровья детей и подростков, Ассоциация педиатров и международные организации, такие как ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮСАИД. В число их партнеров также входили другие министерства, частный сектор, университеты, клиники и национальные и международные эксперты и консультанты.

Участие молодежи

В соответствии с Европейской стратегией охраны здоровья детей и подростков руководящим принципом армянского подхода является уважение прав человека, что предусматривает привлечение к работе детей и подростков. Опрошенные лица по-разному оценивали степень участия молодежи в проводимых мероприятиях. Согласно поступившим сообщениям, юноши и девушки участвовали во всех процессах, связанных с их здоровьем. Их считают настоящими экспертами и привлекают к участию в совещаниях и обсуждениях в рамках установленного механизма. Другие источники сообщили, что юноши и девушки не играли заметной роли в процессе осуществления и разработки новой стратегии. Это объясняется тем, что правительство не располагает механизмом для обеспечения участия молодежи, а публичный проект указанной стратегии не обсуждался юными гражданами – возможно, потому что его текст был размещен только на веб-сайте Министерства юстиции.

Дальнейшие действия

Армения находится на этапе реализации целей своей стратегии. Дальнейшие действия определены в самой стратегии и включают непрерывный мониторинг и поддерживающий контроль за ее осуществлением. Соответствующий процесс предусматривает интеграцию глобальных реформ в национальную стратегию. Проведение промежуточной оценки стратегии намечено на 2018 г.

Вставка 2.2. Ситуационное исследование: Соединенное Королевство (Шотландия)

Справочная информация

Шотландия является одной из четырех стран, входящих в состав Соединенного Королевства. Согласно оценкам, в 2017 г. численность ее населения достигла 5 424 800 человек, включая 1 030 055 человек в возрасте младше 18 лет. В 2018 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни в Шотландии составляла 81 год для женщин и 77 лет для мужчин. За последние 10 лет коэффициент смертности шотландских детей и молодежи постепенно снизился до 0,82 случая на 1000 человек в 2016 г. в сравнении с 1,0 случая на 1000 человек в 2008 г. Шотландия добилась очевидных успехов в сокращении уровня самоубийств среди лиц в возрасте 15–24 лет и увеличении показателей субъективно оцениваемого благополучия в группе 11-летних детей. В период с 2012 по 2016 г. уровень самоубийств среди лиц в возрасте 15–24 лет составлял примерно 14 случаев на 100 тыс. человек, что меньше показателя, равного 28 случаям на 100 тыс. человек, за период с 1992 по 1996 г. (6).

Разрыв между богатыми и бедными жителями Шотландии, как правило, шире, чем в других европейских странах. В группе детей в возрасте 11–15 лет зафиксированы заметные различия в показателях ежедневного потребления плодово-ягодных и сахаросодержащих напитков, сидячего образа жизни, раннего начала курения и употребления каннабиса (мальчики) и психического благополучия (девочки) (7). В настоящее время примерно четверть шотландских детей живет в нищете (8). Закон о детской нищете (Шотландия) 2017 г. устанавливает обязательство сократить к 2030 г. долю детей, живущих в условиях нищеты, до менее 10%. Национальная служба здравоохранения (НСЗ) Шотландии была основана 70 лет назад; она обеспечивает медицинскую помощь, бесплатно оказываемую в

медицинском учреждении, и услуги общественного здравоохранения, финансируемые за счет налогообложения.

Вставка 2.2 (продолж.)

Процесс разработки стратегии

Инициативы, ориентированные на детей и молодежь

Со времени проведения предыдущего ситуационного исследования в 2008 г. шотландское правительство стремилось создать в Шотландии оптимальные условия для взросления детей и молодежи. В 2007 г. была внедрена первая национальная система оценки результатов деятельности. Она включала 16 национальных показателей, применимых в отношении всего жизненного цикла, часть из которых отражала положение детей и подростков. После проведения общественного обзора в июне 2018 г. была опубликована пересмотренная национальная система оценки результатов деятельности. В 2008 г. Шотландия не имела отдельной стратегии охраны здоровья детей и подростков, но использовала инструментарий для проведения мероприятий Европейской стратегии в целях создания концептуальной основы, ориентированной на детей. В промежуточный период, равный 10 годам, в стране отсутствовала особая стратегия охраны здоровья детей и подростков, однако было опубликовано множество программных документов, касавшихся детей, их семей и специалистов, с которыми они контактируют. Хронология реализации этих инициатив представлена на рисунке 2.17.

Рисунок 2.17. Хронология реализации соответствующих инициатив



- **2013–2014 гг.:** проведение среднесрочного обзора предыдущей Стратегии охраны здоровья детей и подростков (ОЗДП) на 2010–2015 гг.
- **2016 г.:** проведение итоговой оценки осуществления предыдущей Стратегии ОЗДП.
- **Март 2015 г.:** приказ министерства (постановление № 481-А) о создании национальной рабочей группы по подготовке новой национальной стратегии охраны здоровья детей и подростков на 2016–2020 гг.
- **Май 2016 г.:** приказ министерства (постановление № 1347-А) о создании национальной рабочей группы по расчету затрат на реализацию плана действий национальной стратегии ОЗДП.
- **Сентябрь 2016 г.:** утверждение правительством новой Национальной стратегии ОЗДП на 2016–2020 гг.

Шотландия сфокусировала усилия на улучшении жизни детей и уменьшении неравенства посредством воздействия на более широкие социальные детерминанты здоровья. Такая установка означает, что ни одно государственное управление не несет общую ответственность за разработку политики, касающейся здоровья и благополучия детей и молодежи.

Фактор, ускоривший разработку нового плана действий по охране здоровья детей и подростков в Шотландии

В 2016 г. правительство взяло на себя обязательство разработать стратегию охраны здоровья и благополучия детей и подростков, которая бы определила направление работы на протяжении следующих 10 лет (9). Впоследствии внимание было переключено на разработку плана действий по охране здоровья и благополучия детей и подростков. Ввиду сложной политической обстановки и масштабных реформ в государственном секторе этот план действий и дополняющая его концептуальная основа направлены на обеспечение в рамках всех стратегий подхода, предусматривающего соблюдение

прав человека и ориентированного на улучшение физического, психического и эмоционального здоровья и благополучия детей и молодежи.

Вставка 2.2 (продолж.)

Национальный опыт разработки стратегии

Уроки, извлеченные в процессе разработки и реализации предыдущей стратегии

Сложные политические условия для обеспечения охраны здоровья детей и подростков в Шотландии привели к возникновению проблем с реализацией стратегии и ее оценкой. Это послужило стимулом для оптимизации политики в целях максимального использования ресурсов и повышения эффективности межсекторального сотрудничества и общего воздействия политических мер.

Анализ ситуации

В 2017 г. НСЗ Шотландии провела ряд мероприятий по оказанию шотландскому правительству помощи в разработке плана действий. Эта деятельность включала сопоставление и анализ соответствующей политики, анализ консультаций и взаимодействия с детьми и молодежью, определение базовой стратегии для Шотландии и рассмотрение фактических данных. В рамках сопоставления политических мер рассматривалось соответствие правительственной политики стратегическим приоритетам разработанной ВОЗ Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг.

Результаты 18 мероприятий по организации консультаций и привлечению к участию в осуществляемой деятельности, проводившихся различными структурами в течение пяти лет до 2017 г., показали, что для детей и молодежи ключевое значение имеют отношения со сверстниками, родителями, учителями и медицинскими работниками. Наряду с этим дети и молодежь говорили о важности психического здоровья и благополучия вне зависимости от того, являлись ли они отдельной темой для обсуждения. Все мероприятия по организации консультаций и привлечению к участию предполагали акцентирование внимания на конкретных вопросах (таких как психическое здоровье, подростковая беременность и осуществление ухода подростками), поэтому они могут не отражать более общие приоритеты детей и молодежи, касающиеся здоровья и благополучия. Запланировано проведение дополнительной работы по обобщению полученных результатов в целях учета мероприятий по организации консультаций и привлечению к участию, проводимых в 2017/2018 г.

Кроме того, в 2017/2018 г. имел место длительный период взаимодействия с представителями государственного и негосударственного секторов, деятельность которых влияет на здоровье детей и подростков в разных регионах Шотландии. Это взаимодействие предусматривало проведение общественных мероприятий, совещаний заинтересованных сторон и опроса для специалистов с целью выяснения мнений по поводу направленности и первоочередных задач плана действий.

Преодоление препятствий для разработки нового плана действий по охране здоровья детей и подростков

Координировать широкие многосекторальные действия по охране здоровья детей и подростков с учетом социальных детерминант здоровья в рамках одной стратегии весьма непросто. Для проведения ситуационного анализа и обеспечения взаимодействия между стратегиями и секторами при наличии столь большого количества действующих стратегий требуется время. По этой причине достижение консенсуса в отношении конкретных приоритетов плана действий шло медленными темпами. Хотя проведение столь широких консультаций замедлило процесс разработки конкретного плана действий, существующие политические обязательства и взаимодействие с лицами, участвующими в принятии решений на высоком уровне в рамках гражданского общества, повышают потенциал для межсекторального сотрудничества, необходимый для воздействия на социальные детерминанты здоровья и максимального укрепления здоровья и благополучия детей и подростков.

Страновая поддержка и определение процедур разработки стратегии по вопросам охраны здоровья детей и подростков, таких как применение инструмента для краткого обзора программ, разработанного для государств-членов Региональным бюро (при поддержке шотландских экспертов), могут ускорить процесс проведения ситуационного анализа и установления приоритетов, обеспечив параметры для организации взаимодействия и консультаций с заинтересованными сторонами.

Дальнейшие действия

План действий и дополняющая его концептуальная основа по-прежнему находятся в стадии разработки; ожидается, что они будут опубликованы в течение 2018 г. и охватят период с 2019 по 2028 г.

Результаты в широком контексте

Национальные стратегии

Со времени проведения обследования 2006 г. число стран, сообщающих о наличии стратегии охраны здоровья детей и подростков, возросло, что является позитивной тенденцией для Региона. Вместе с тем за прошедшие 11 лет несколько европейских стран не предприняли никаких попыток разработать такую стратегию. Национальные стратегии могут ускорять изменения, происходящие внутри стран, особенно при наличии бюджета и подхода к их оценке, поддерживающего связь между концепцией и действиями по ее реализации. Работа со странами, которые приняли ту или иную стратегию (либо находятся в процессе ее принятия), но не выделили бюджетные ассигнования на ее осуществление, может способствовать изменению обязательств в отношении ресурсов и гарантировать устойчивость стратегии.

Разработанный страной план действий по охране здоровья детей и подростков также может поддерживать национальные усилия в этой области, четко определяя различные финансовые взносы, используемые правительственными структурами для обеспечения стратегий, программ и услуг, предназначенных для детей и подростков, таких как мониторинг состояния здоровья, обучение в школе или услуги в сфере уголовного правосудия. План действий также может послужить для правительств стимулом к переоценке и перераспределению ресурсов в целях более эффективного решения приоритетных национальных задач, связанных со здоровьем детей и подростков.

Системы мониторинга

Обследование также показывает, в каких странах из групп EC15 и EC13 нет систем мониторинга реализации их стратегий. Такая ситуация имеет место, несмотря на глобальные и региональные усилия, способствующие улучшению мониторинга и подотчетности (3, 10) и расширению сбора данных о детях и подростках посредством проведения региональных межнациональных обследований, таких как HBSC (12). Аналогичным образом, 13 стран из разных частей Региона не располагают механизмом межсекторального планирования, хотя межсекторальные действия являются ярко выраженной чертой региональных стратегий и одним из элементов глобальной повестки дня в области здравоохранения (например, ЦУР (11) и глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) (3)).

Оценка влияния стратегий на здоровье детей и подростков

Масштабы оценки странами влияния всех стратегий на здоровье детей и подростков могут дать представление о продвижении конкретной страны по пути реализации принципа «учет интересов здоровья во всех стратегиях» (13, 14) и улучшения межсекторального сотрудничества. Успешные программы охраны здоровья редко осуществляются в отрыве от других программ (15); четыре из пяти стран рассматривают правительственные стратегии с позиции их воздействия на здоровье детей и подростков, однако в 2017 г. о том, что оценка воздействия на здоровье детей и подростков должна проводиться в отношении каждой из их стратегий, заявили лишь две страны. Основы европейской политики «Здоровье-2020» (13), принятые европейскими странами в 2012 г., содержат адресованный всем странам настоятельный призыв учитывать интересы здоровья во всех стратегиях. Тем не менее, проведенный обзор свидетельствует о том, что этот принцип может не в полной мере соблюдаться в отношении детского здоровья при сохранении наблюдаемой тенденции.

Стратегическое и оперативное планирование с участием секторов, занимающихся такими вопросами, как образование, дела семьи и социальные вопросы, досуговые и спортивные мероприятия, транспортное сообщение, производство продовольствия и ведение сельского хозяйства, гарантирует, что стратегии в этих секторах будут разрабатываться и осуществляться с учетом необходимости включения основанных на фактических данных стратегий и

мероприятий, которые улучшат состояние здоровья подростков (15). В Глобальных ускоренных действиях по охране здоровья подростков (АА-НА!) (15) представлен ряд практических соображений по поводу планирования межсекторальных программ и управления их реализацией (см. вставку 5.4 АА-НА!). Устранение выявленного пробела в Регионе обеспечивает дополнительную возможность для обмена передовым опытом или оказания технической помощи, которая может способствовать применению общегосударственного подхода к инвестициям в охрану здоровья детей и подростков, позволяющего установить более прочную связь между правительственными секторами.

Заключение

В настоящее время существуют возможности для проведения преобразований. Обследование 2017 г. показало, что страны занимаются разработкой планов, касающихся здоровья детей и подростков, и что национальные стратегии могут поддержать региональные усилия в этой области. Инвестиции в здоровье и образование детей и подростков могут «обеспечить высокую экономическую и социальную отдачу» (16). Поскольку три из пяти стран планируют пересмотреть стратегии до конца осуществления действующей в Регионе рамочной программы, есть возможность изменить условия в Регионе таким образом, чтобы они способствовали реализации потенциала европейских детей и подростков.

В таблицу 2.1 включены все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными. Разъяснения по поводу представления сводных таблиц даны в приложении 1 (см. также рис. А1.6).

Таблица 2.1. Руководство и стратегия в сфере охраны здоровья детей и подростков: сводная таблица

Страна	Разработка стратегии охраны здоровья детей и подростков на основе Европейской стратегии (2006 г.)	Наличие стратегии охраны здоровья детей и подростков (2017 г.)	Выделение бюджета для реализации стратегии	Планы по пересмотру стратегии до 2020 г.	Системы мониторинга реализации стратегии	Многосекторальная целевая группа по вопросам здоровья и развития детей и подростков (2006 г.)	Международное межсекторальное планирование (2017 г.)	Наличие ежегодного доклада о состоянии детей и подростков															
Австрия	–	Да	Нет	Да	Да	–	Да	Нет															
Азербайджан	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Албания	Нет	–	–	–	–	Да	–	–															
Андорра	–	Нет	ОС	ОС	ОС	–	Нет	Нет															
Армения	Ч	П	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет															
Беларусь	Да	П	Да	Да	Да	Да	Нет	Да															
Бельгия	–	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Болгария	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–															
Босния и Герцеговина	–	Нет	ОС	ОС	ОС	–	Да	Да															
Венгрия	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да															
Германия	–	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Греция	Нет	–	–	–	–	Нет	–	–															
Грузия	Ч	П	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да															
Дания	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет															
Израиль	Да	Нет	ОС	ОС	ОС	Да	Да	Нет															
Ирландия	–	Да	Нет	Да	Да	–	Да	Да															
Исландия	–	Да	Да	Нет	Нет	–	Нет	Да															
Испания	Да	Нет	ОС	ОС	ОС	Да	Да	Да															
Италия	Да	–	–	–	–	Да	–	–															
Казахстан	–	Да	Да	Да	Да	–	Нет	Да															
Кипр	Ч	П	Нет	Да	Да	Пл	Да	Да															
Кыргызстан	Да	П	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да															
Латвия	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Литва	Нет	Нет	ОС	ОС	ОС	Да	Нет	Да															
Люксембург	–	Нет	ОС	ОС	ОС	–	Да	Нет															
Мальта	–	П	–	–	–	Да	Да	Да															
МКД ^а	Да	Нет	ОС	ОС	ОС	Нет	Да	Да															
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–															
Нидерланды	Нет	Нет	ОС	ОС	ОС	Нет	Нет	Нет															
Норвегия	–	Да	Нет	Нет	Да	Ч	Да	Да															
Польша	Да	П	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет															
Португалия	–	Да	Нет	Да	Да	–	Да	Да															
Республика Молдова	–	П	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Российская Федерация	–	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Румыния	Да	Нет	ОС	ОС	ОС	Нет	Да	Да															
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–															
Сербия	–	Да	Да	Нет	Да	–	Нет	Нет															
Словакия	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да															
Словения	–	Нет	ОС	ОС	ОС	–	Да	Да															
Соединенное Королевство	–	Нет	ОС	ОС	ОС	–	Да	Нет															
Таджикистан	–	П	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Туркменистан	Да	Да	Да	–	Да	Нет	Да	Да															
Турция	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да															
Узбекистан	Ч	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Украина	Да	П	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Финляндия	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет															
Франция	–	Да	Да	Да	Нет	–	Да	Да															
Хорватия	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Черногория	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Чехия	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да															
Швейцария	–	Нет	ОС	ОС	ОС	–	Нет	Нет															
Швеция	–	Да	Да	Да	Да	–	Нет	Да															
Эстония	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да															
% в целом	Да, (Ч), (П), Нет, (ОС)	55	13	24	54	21	25	54	19	25	60	10	25	63	10	25	55	6	36	73	27	73	25
% ЕС15	Да, (Ч), (П), Нет, (ОС)	33	0	67	69	0	31	46	23	31	62	8	31	62	8	31	33	0	67	77	23	54	46
% ЕС13	Да, (Ч), (П), Нет, (ОС)	58	8	25	54	23	23	38	31	23	69	0	23	54	15	23	58	8	33	85	15	85	8
% СНГ	Да, (Ч), (П), Нет, (ОС)	71	29	0	45	55	0	91	9	0	91	0	0	100	0	0	71	0	29	73	27	91	9
% СЗЮВЕ	Да, (Ч), (П), Нет, (ОС)	71	0	14	38	13	50	50	0	50	38	13	50	50	0	50	57	0	29	88	13	63	25

ОС – отсутствие стратегии. Пл – планируется. Ч – частичное наличие. П – подготовка.

^а Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Ссылки

1. Evaluation of the first implementation phase of the European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/107922>).
2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017. New York (NY): UN IGME, 2017 (<http://www.childmortality.org/>).
3. Health Behaviour in School-aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study. B: HBSC [веб-сайт]. St Andrews: University of St Andrews; 2018 (www.hbsc.org).
4. Sargsyan S, Movsesyan Y, Melkumova M, Babloyan A. Child and adolescent health in Armenia: experiences and learned lessons. *J Pediatr.* 2016;177:S1–34.
5. WHO Regional Office for Europe. Development of national strategies – case studies from five countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2008 (<http://www.euro.who.int/en/countries/armenia/publications/development-of-national-strategies-case-studies-from-five-countries>).
6. Suicide: Scottish trends. B: ScotPHO Public Health Information for Scotland [веб-сайт]. Glasgow: Scottish Public Health Observatory; 2018 (<http://www.scotpho.org.uk/health-wellbeing-and-disease/suicide/data/scottish-trends>).
7. Cosma AP, Rhodes G, Currie C, Inchley J, Currie D, Neville F et al. HBSC briefing paper 23: subjective health and medicine use among Scottish adolescents. St. Andrews: University of St Andrews; 2016.
8. Poverty and income inequality in Scotland: 2014–17. Edinburgh: Scottish Government; 2018 (<http://www.gov.scot/Resource/0053/00533112.pdf>).
9. A plan for Scotland: the Scottish Government's programme for Scotland 2016–17. Edinburgh: Scottish Government; 2016 (<http://www.gov.scot/Resource/0050/00505210.pdf>).
10. Tello J, Baez-Camargo C. Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170496/Strengthening-health-system-accountability-multi-country-study.pdf?sequence=1>).
11. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 год (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).
12. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Каждая женщина, каждый ребенок, 2015 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1).
13. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1).
14. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1).
15. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=13A7A25F99326D5B5DC9F69CFC5F7E92?sequence=1>).
16. Sheehan P, Sweeny K, Ramussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *Lancet* 2017;390(10104);1792–806 ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30872-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30872-3.pdf)).

3. Сбор основных данных обо всех детях

Введение

В данной главе обобщаются показатели базового обследования в отношении стран, собирающих данные для определения групп детей, которые могут оставаться без внимания, что отражает общий приоритет Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, состоящий в привлечении общественного внимания к жизни детей (1). Этот приоритет подчеркивает важность сбора систематизированных высококачественных данных обо всех детях, на основе которых можно определить группы, нуждающиеся в проведении тех или иных мероприятий. В Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (КПР ООН) (2) говорится, что каждый ребенок имеет право на здоровье и защиту без какой-либо дискриминации. Доступ к наиболее совершенным услугам системы здравоохранения является правом, которое должно быть обеспечено странами, не имеющими возможности выполнить эту обязанность без сбора соответствующей информации.

Основные результаты

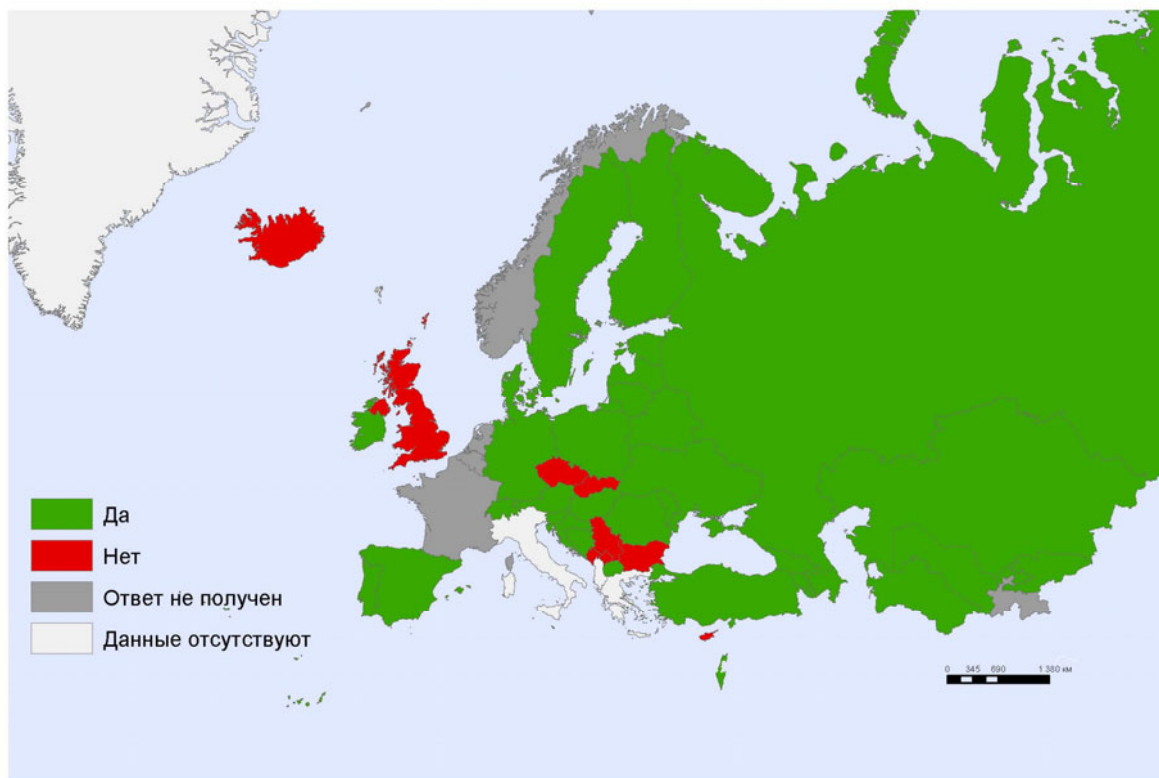
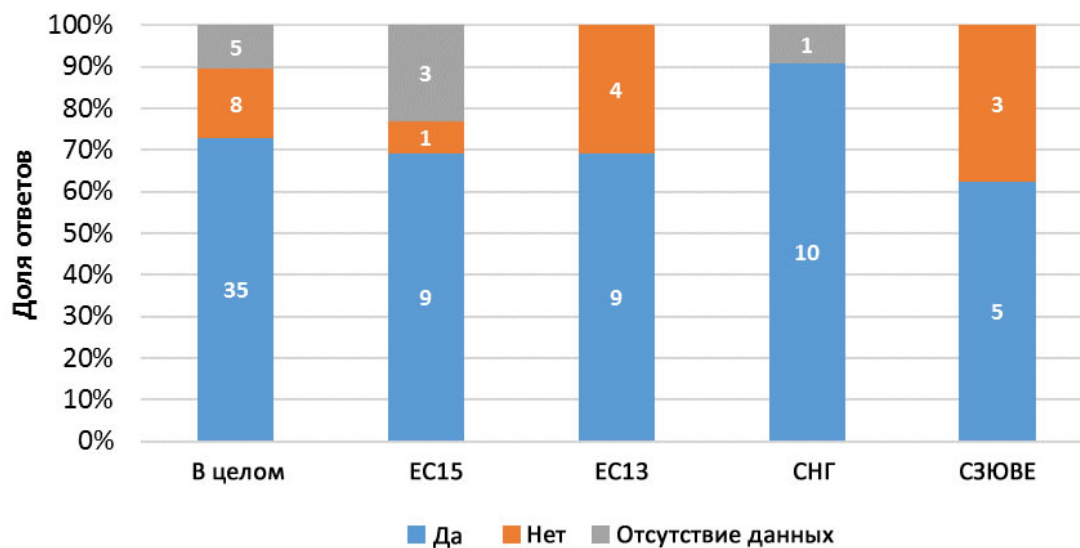
- Большинство стран сообщают о сборе и анализе данных об охвате основными мероприятиями, ориентированными на детей, с учетом пола и географического района.
- Анализ данных об охвате в разбивке по миграционному статусу, этнической принадлежности и социально-экономическому положению является менее распространенной практикой, применяемой примерно третью стран в каждой группе.
- На субрегиональном уровне существуют заметные пробелы в сборе данных о положении детей, рискующих столкнуться с проблемами психического или физического здоровья, детей - беженцев, детей-мигрантов и детей, находящихся в специальных учреждениях.
- Обследования по вопросам жестокого обращения с детьми проводятся в большинстве стран, однако исследователи, как правило, не обращаются за информацией к детям.
- Лишь треть стран организует репрезентативные в национальном масштабе обследования по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера либо собирает данные об употреблении алкоголя матерями.

Результаты

Охват основными мероприятиями

Анализ данных в разбивке по полу

Тридцать пять стран (73%) сообщили, что они анализируют данные об охвате основными мероприятиями в разбивке по полу, в то время как восемь стран (17%) не делают этого. На рисунке 3.1 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.2 – в разбивке по четырем выбранным страновым группам.

Рисунок 3.1. Анализ охвата в разбивке по полу (страны)**Рисунок 3.2.** Анализ охвата в разбивке по полу (страновые группы)

Анализ данных с учетом географических различий

Тридцать стран сообщили о проведении анализа данных об охвате в разбивке по сельским, пригородным и отдельным городским районам (63%), в то время как 12 стран (25%) указали, что они не разбивают данные по этим географическим зонам. На рисунке 3.3 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.4 – в разбивке по четырем выбранным страновым группам.

Рисунок 3.3. Анализ охвата в разбивке по сельским, пригородным и отдельным городским районам (страны)

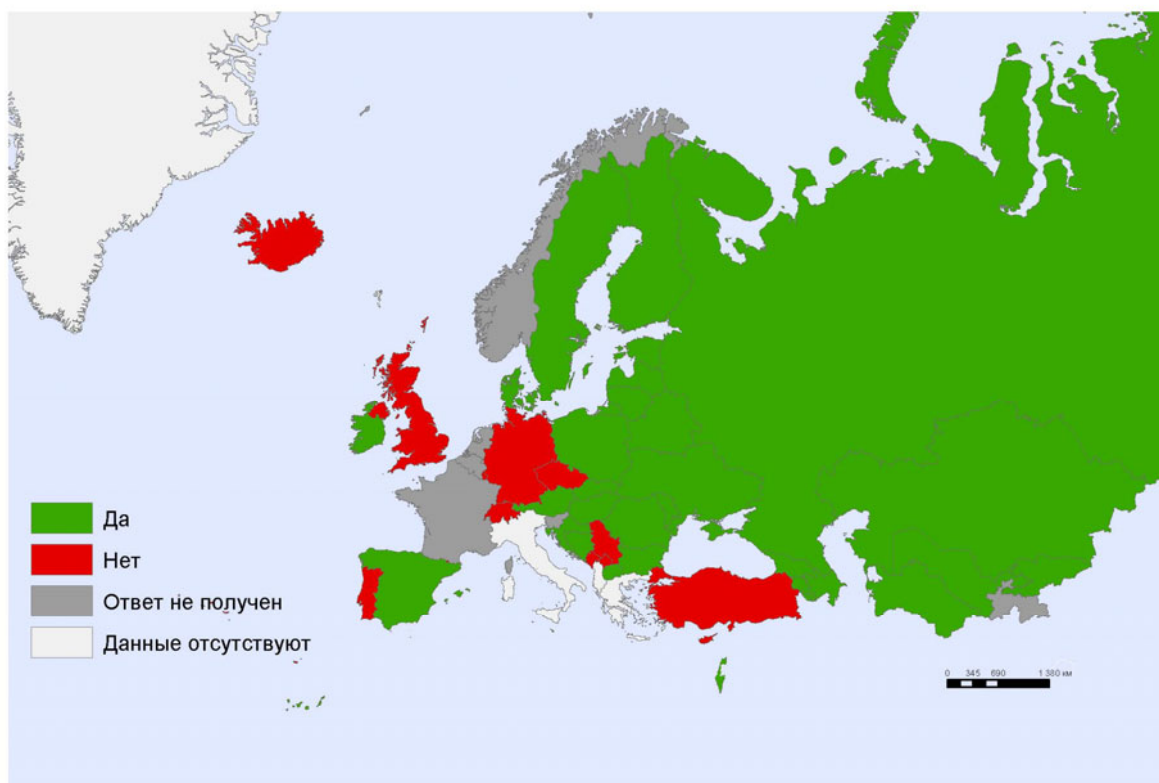
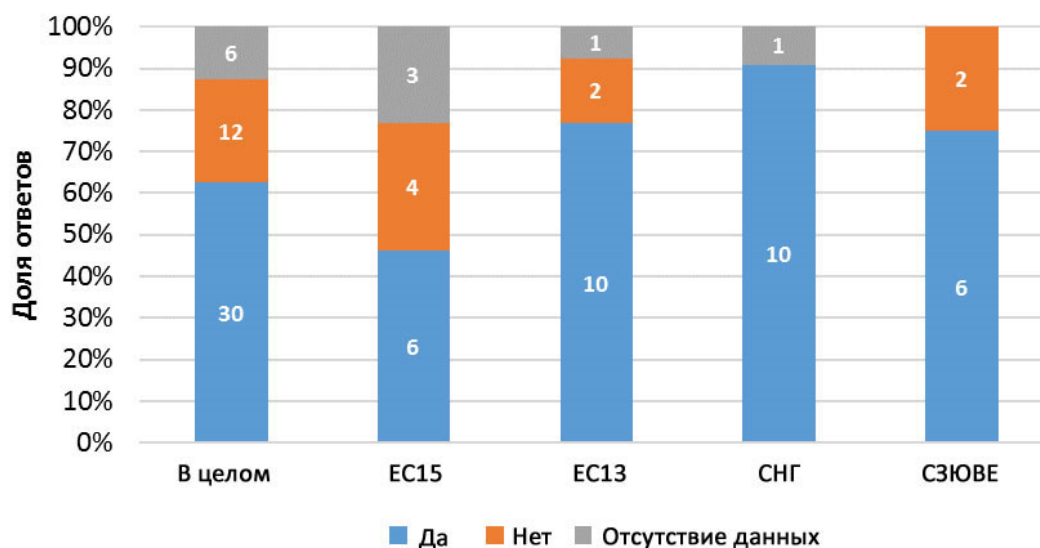


Рисунок 3.4. Анализ охвата в разбивке по сельским, пригородным и отдельным городским районам (страновые группы)



Анализ данных с учетом социально-экономического положения

Менее половины стран (42%) сообщили о проведении анализа данных с учетом социально-экономического положения детей. Среди страновых групп сравнительно более низкие показатели представили страны ЕС13 и СЗЮВЕ. На рисунке 3.5 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.6 – в разбивке по четырем выбранным страновым группам.

Рисунок 3.5. Анализ охвата в разбивке по социально-экономическому положению (страны)

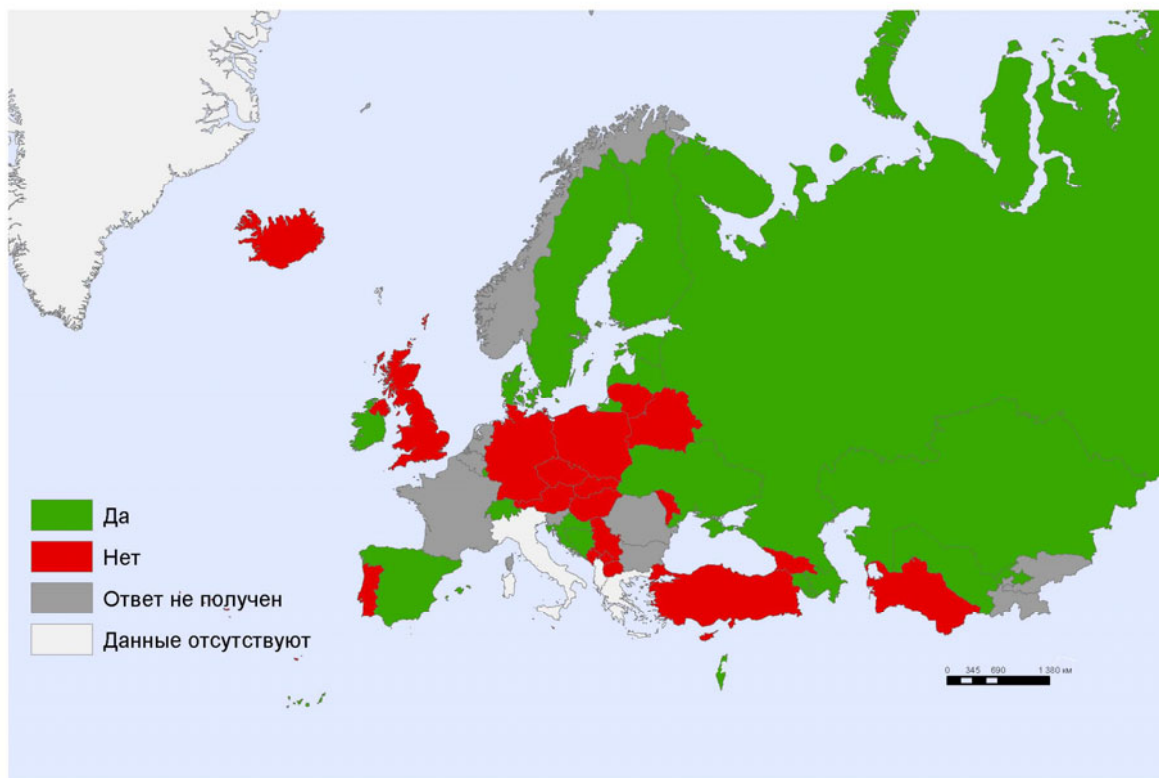
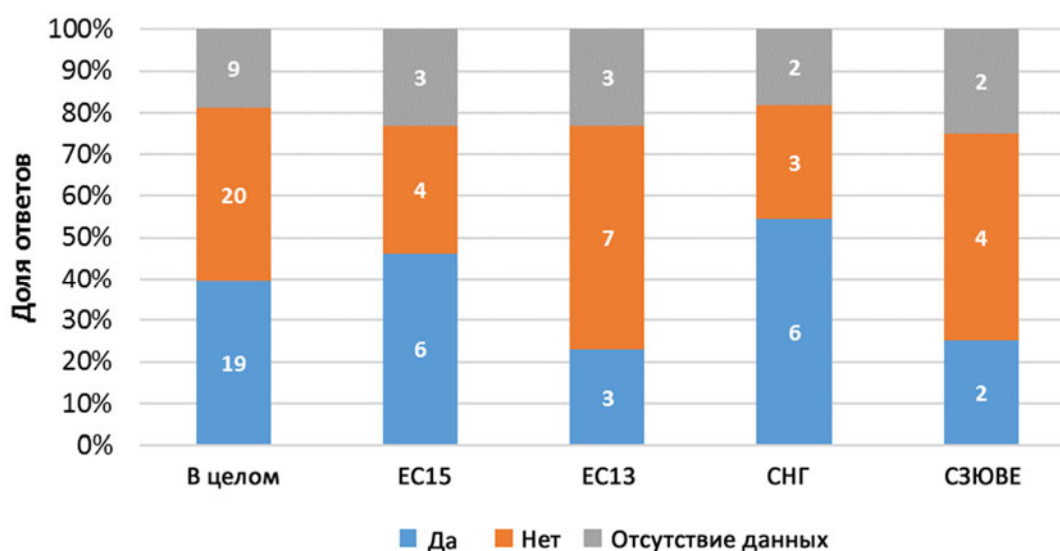
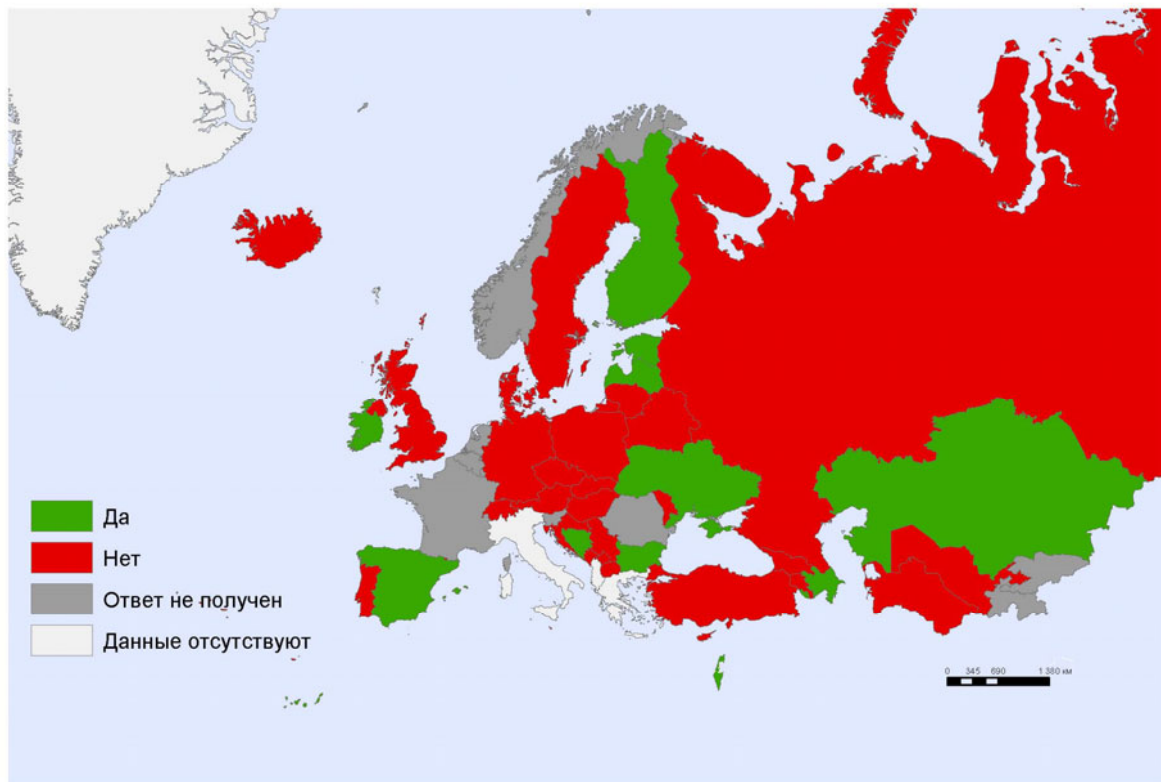
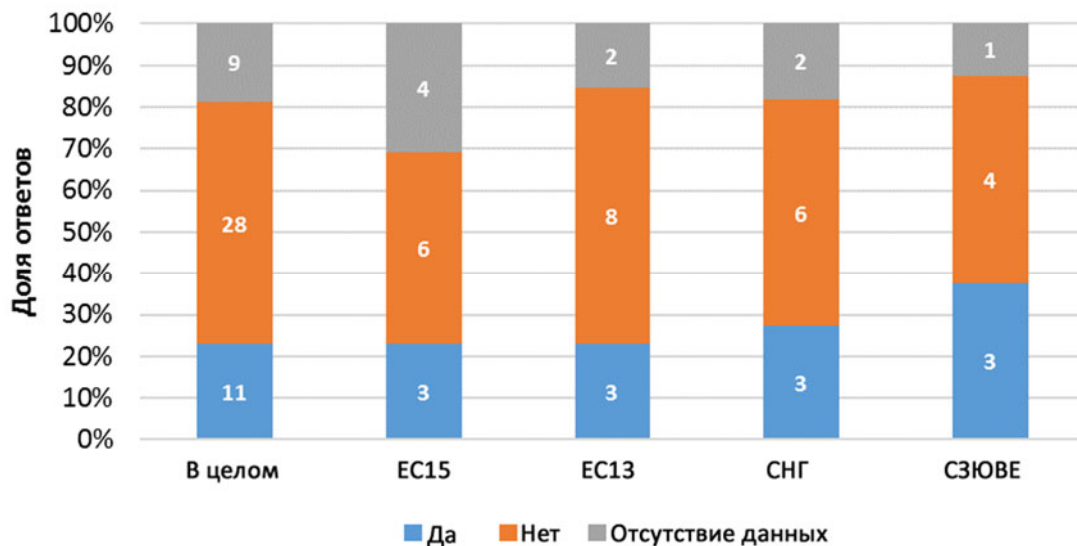


Рисунок 3.6. Анализ охвата в разбивке по социально-экономическому положению (страновые группы)



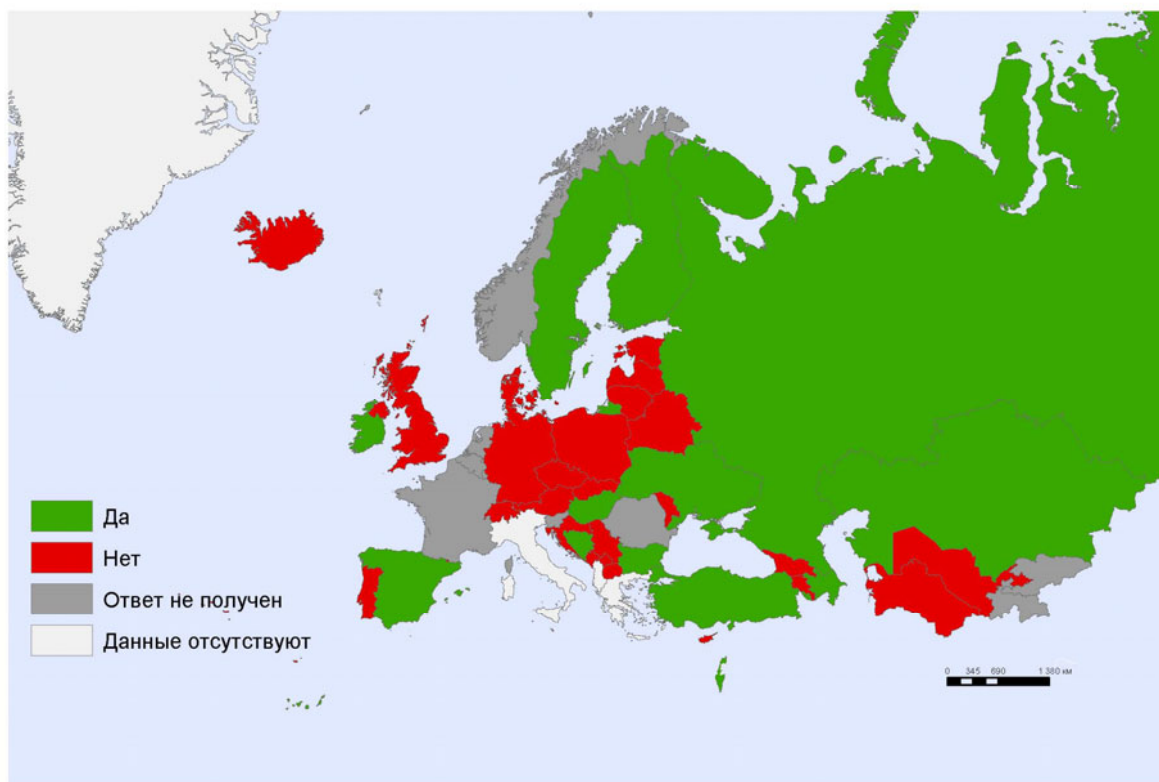
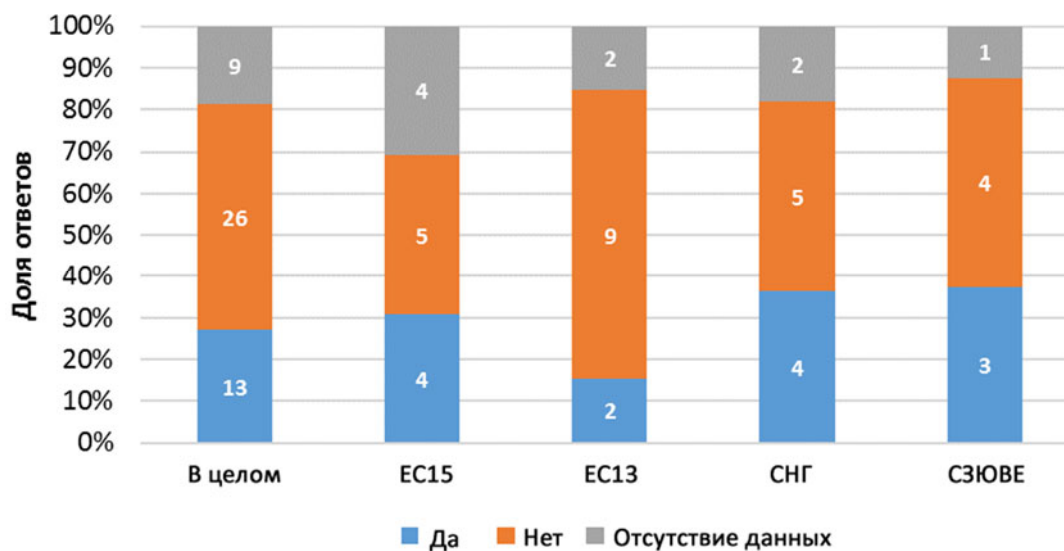
Анализ данных с учетом этнической принадлежности

Одиннадцать стран (23%) указали, что они анализируют данные об охвате с учетом этнической принадлежности детей, в то время как 28 стран (58%) дали на этот вопрос отрицательный ответ. На рисунке 3.7 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.8 – в разбивке по четырем выбранным страновым группам.

Рисунок 3.7. Анализ охвата в разбивке по этнической принадлежности (страны)**Рисунок 3.8.** Анализ данных об охвате в разбивке по этнической принадлежности (страновые группы)

Анализ данных с учетом миграционного статуса

Более половины стран (54%) сообщили, что данные об охвате основными мероприятиями не анализируются в разбивке по миграционному статусу. Об учете данного фактора при анализе охвата основными мероприятиями заявили только 13 стран (27%). На рисунке 3.9 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.10 – в разбивке по страновым группам.

Рисунок 3.9. Анализ охвата в разбивке по миграционному статусу (страны)**Рисунок 3.10.** Анализ охвата в разбивке по миграционному статусу (страновые группы)

Дети-мигранты и дети-беженцы

Данные о состоянии здоровья детей-мигрантов или детей-беженцев и предоставляемых им услугах

Менее трети стран (31%) сообщили о систематическом сборе информации, касающейся здоровья детей-мигрантов и детей-беженцев, в то время как 29 стран (60%) не собирали такие

данные. На рисунке 3.11 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.12 – в разбивке по страновым группам.

Рисунок 3.11. Систематический сбор информации о здоровье детей-мигрантов и детей-беженцев (страны)

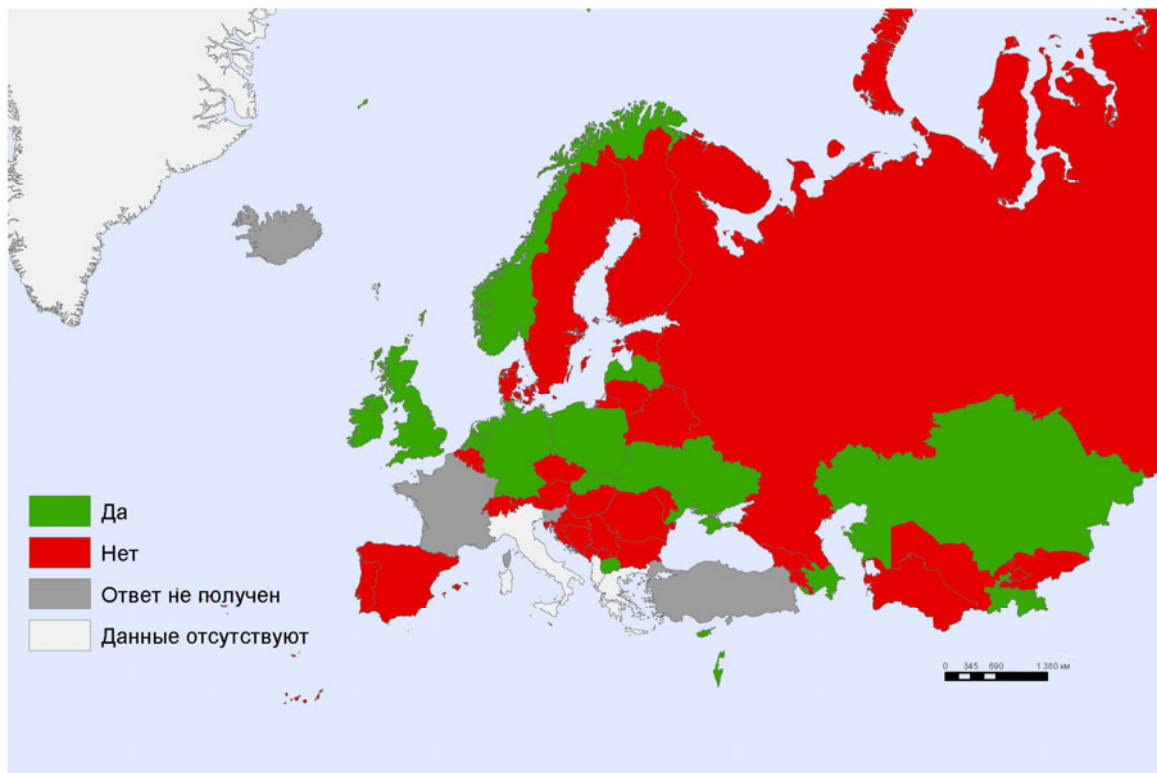
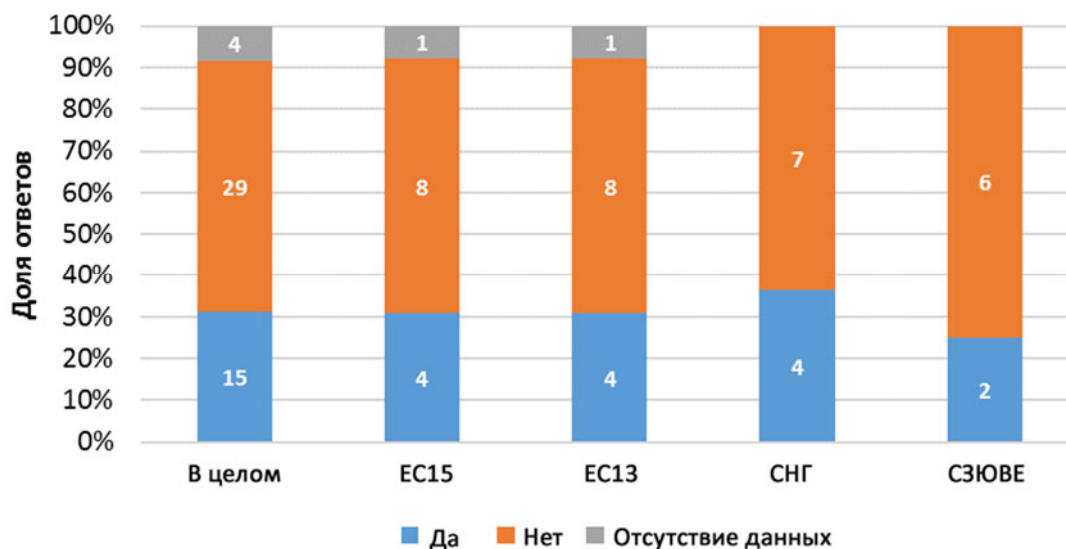


Рисунок 3.12. Систематический сбор информации о здоровье детей-мигрантов и детей-беженцев (страновые группы)



Статистика здравоохранения в отношении медицинских услуг, предоставляемых группам риска (таким как рома или дети-аборигены), ведется в 19% стран. Лишь одна из стран ЕС13 собирает статистику здравоохранения, касающуюся услуг, которые предоставляются этим детям. На рисунке 3.13 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.14 – в разбивке по страновым группам.

Рисунок 3.13. Статистика здравоохранения в отношении медицинских услуг, предоставляемых группам риска (страны)

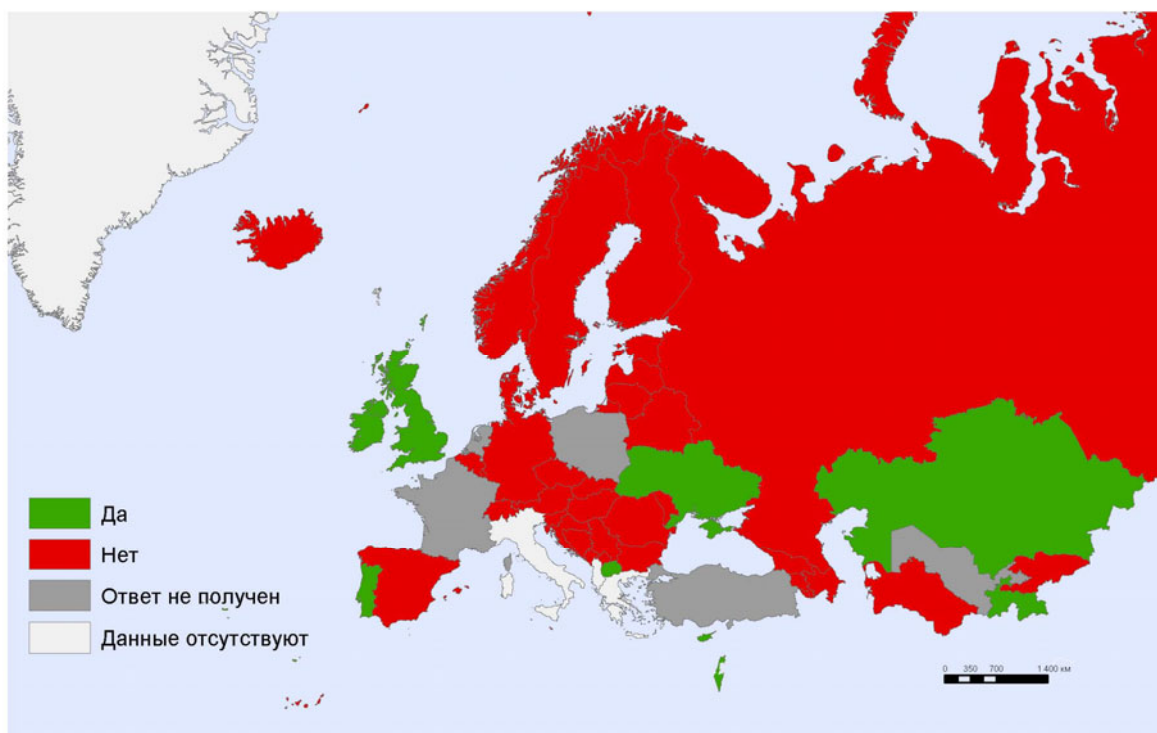
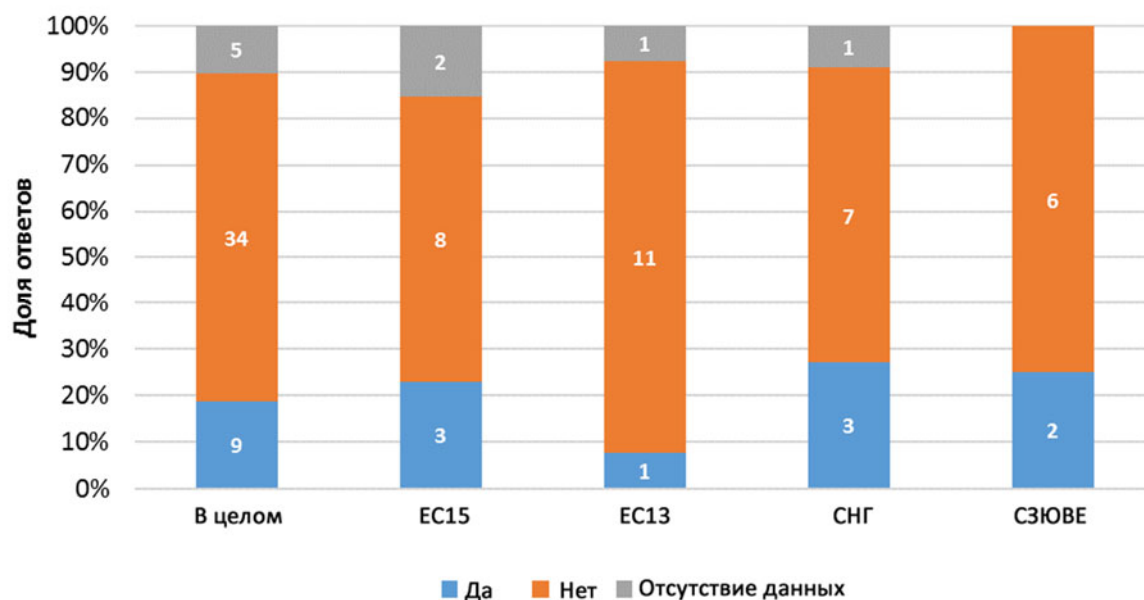


Рисунок 3.14. Статистика здравоохранения в отношении медицинских услуг, предоставляемых группам риска (страновые группы)



Данные о детях-мигрантах и детях-беженцах, охваченных деятельностью социальных служб

Сообщения о сборе статистических данных относительно численности оставшихся без присмотра несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев, которые находятся на попечении социальных служб, поступили от большего числа стран (23 (48%)). На рисунке 3.15 соответствующие сведения представлены в разбивке по странам, а на рисунке 3.16 – в разбивке по страновым группам.

Рисунок 3.15. Статистические данные о числе оставшихся без присмотра несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев, находящихся на попечении социальных служб (страны)

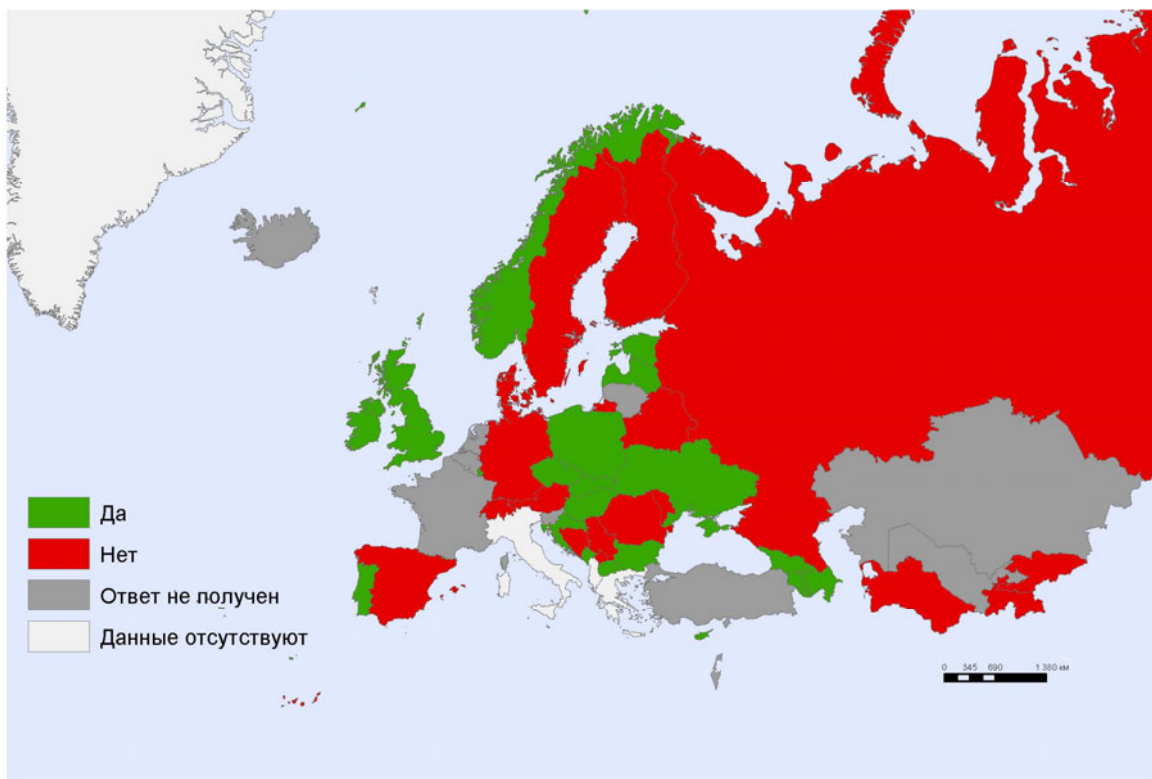
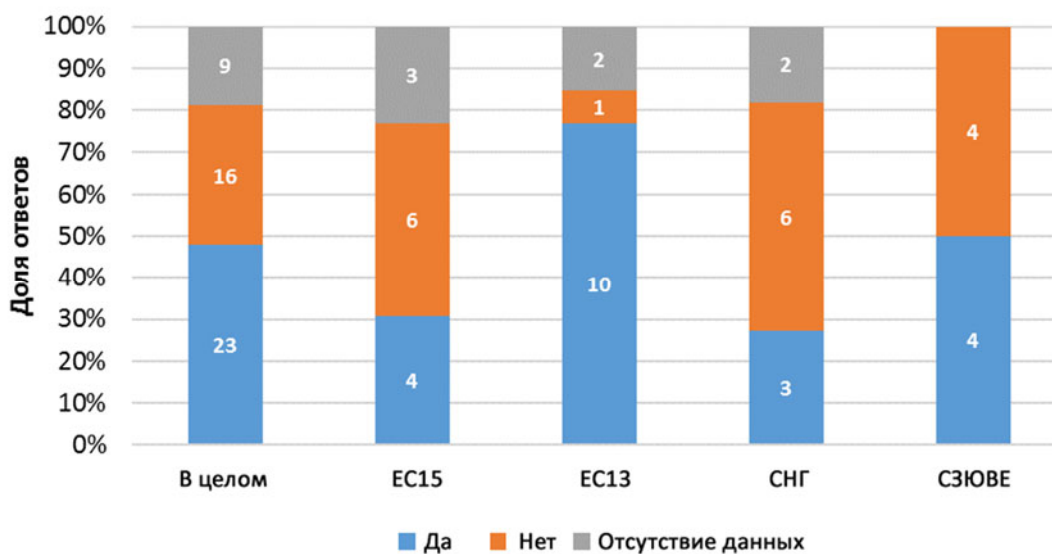


Рисунок 3.16. Статистические данные о числе оставшихся без присмотра несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев, находящихся на попечении социальных служб (страновые группы)



Предоставление услуг детям-мигрантам или детям-беженцам

Двадцать шесть стран (54%) сообщили о бесплатном предоставлении детям-мигрантам всех видов медицинской помощи. Двадцать семь стран (56%) указали, что все виды медицинской помощи предоставляются детям-беженцам на безвозмездной основе. Несколько стран

отметили, что они бесплатно оказывают детям-мигрантам или детям-беженцам только услуги экстренной медицинской помощи. Чехия и Швейцария сообщили, что они не оказывают детям-мигрантам медицинские услуги на безвозмездной основе. На рисунках 3.17 и 3.18 представлены данные для детей-мигрантов в разбивке по странам, а рисунки 3.19 и 3.20 отражают положение детей-беженцев. На рисунке 3.21 представлены отдельные услуги для детей-мигрантов и детей-беженцев.

Рисунок 3.17. Бесплатная медицинская помощь для детей-мигрантов (страны)

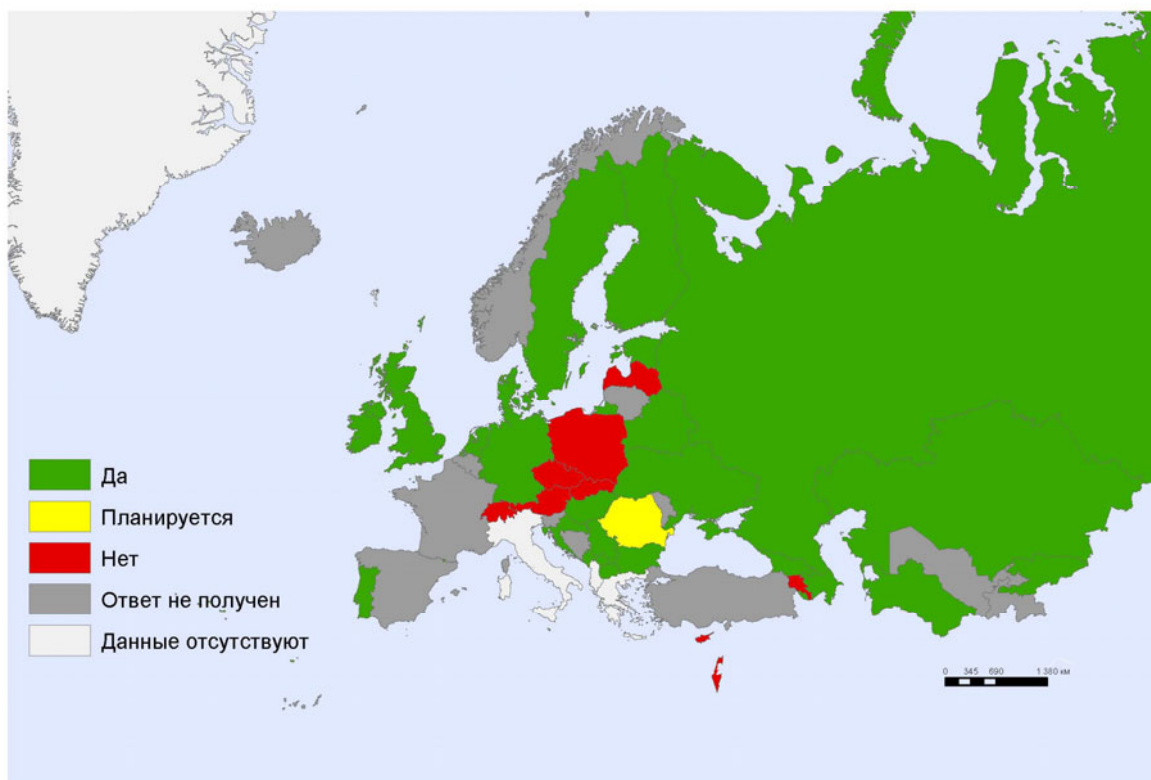


Рисунок 3.18. Бесплатная медицинская помощь для детей-мигрантов (страновые группы)

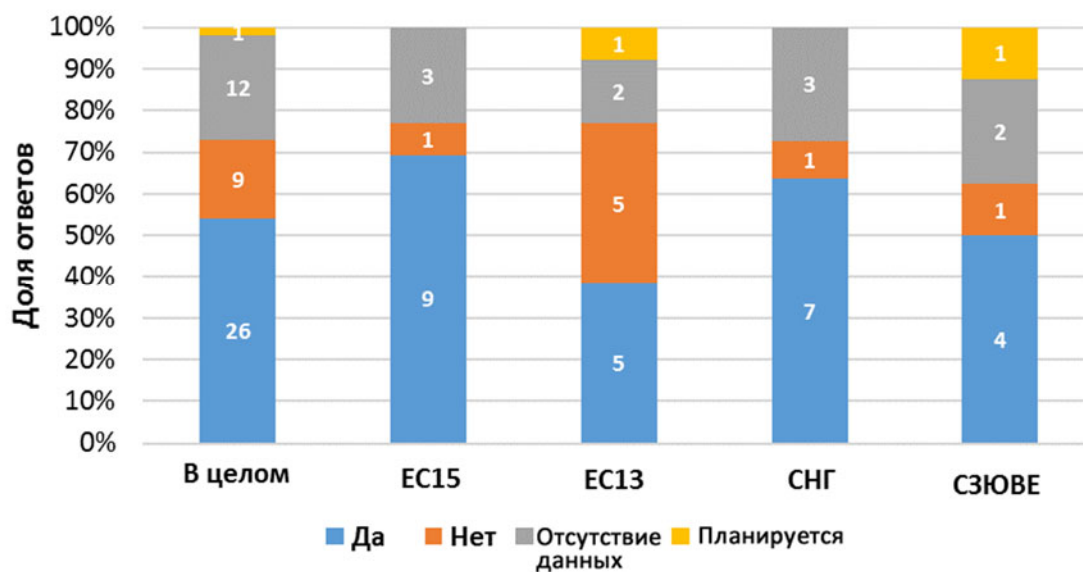


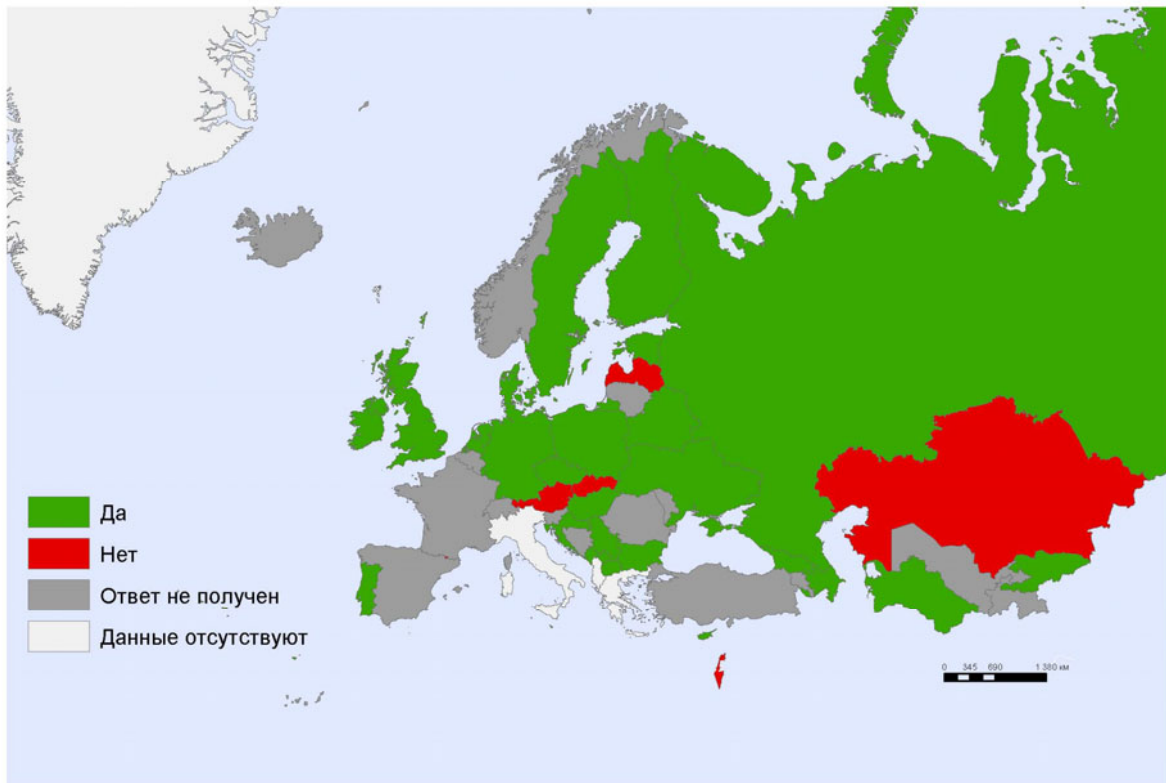
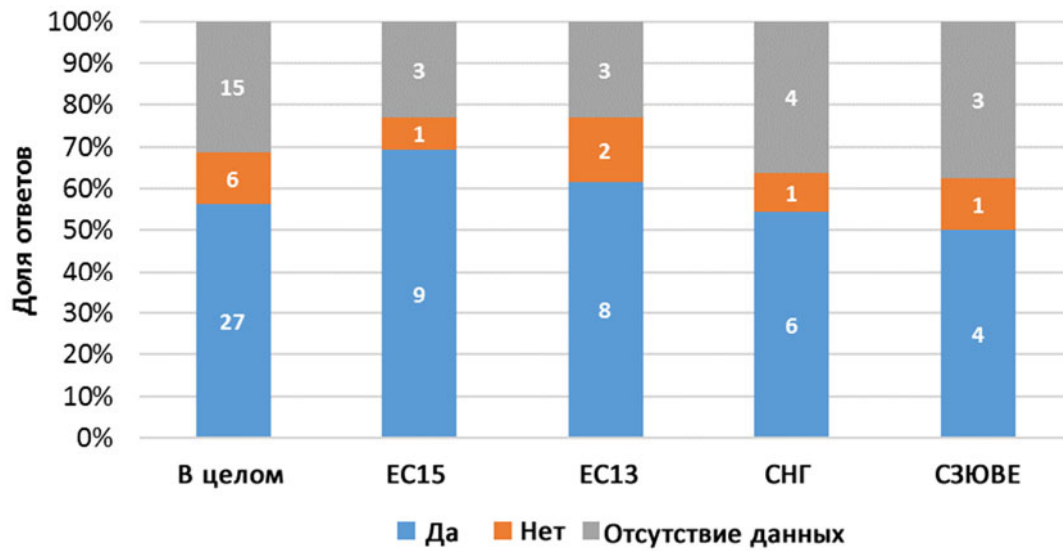
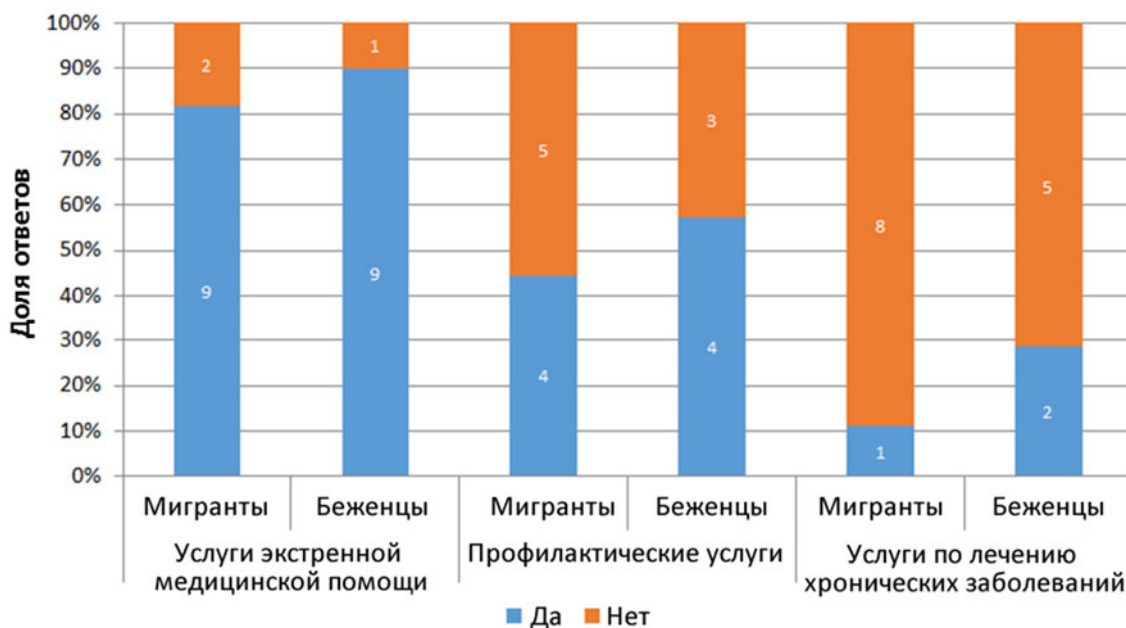
Рисунок 3.19. Бесплатная медицинская помощь для детей-беженцев (страны)**Рисунок 3.20.** Бесплатная медицинская помощь для детей-беженцев (страновые группы)

Рисунок 3.21. Виды услуг, бесплатных для детей-мигрантов и детей-беженцев

Дети, помещенные в интернатные учреждения

Дети, воспитывающиеся в интернатных учреждениях

Тридцать четыре страны (71%) представили данные о численности детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях (см. рис. 3.22). Показатели варьируют в широких пределах (рис. 3.23): значения для некоторых стран невозможно рассчитать по причине отсутствия информации о численности населения, а 14 стран (29%) не представили никаких данных.

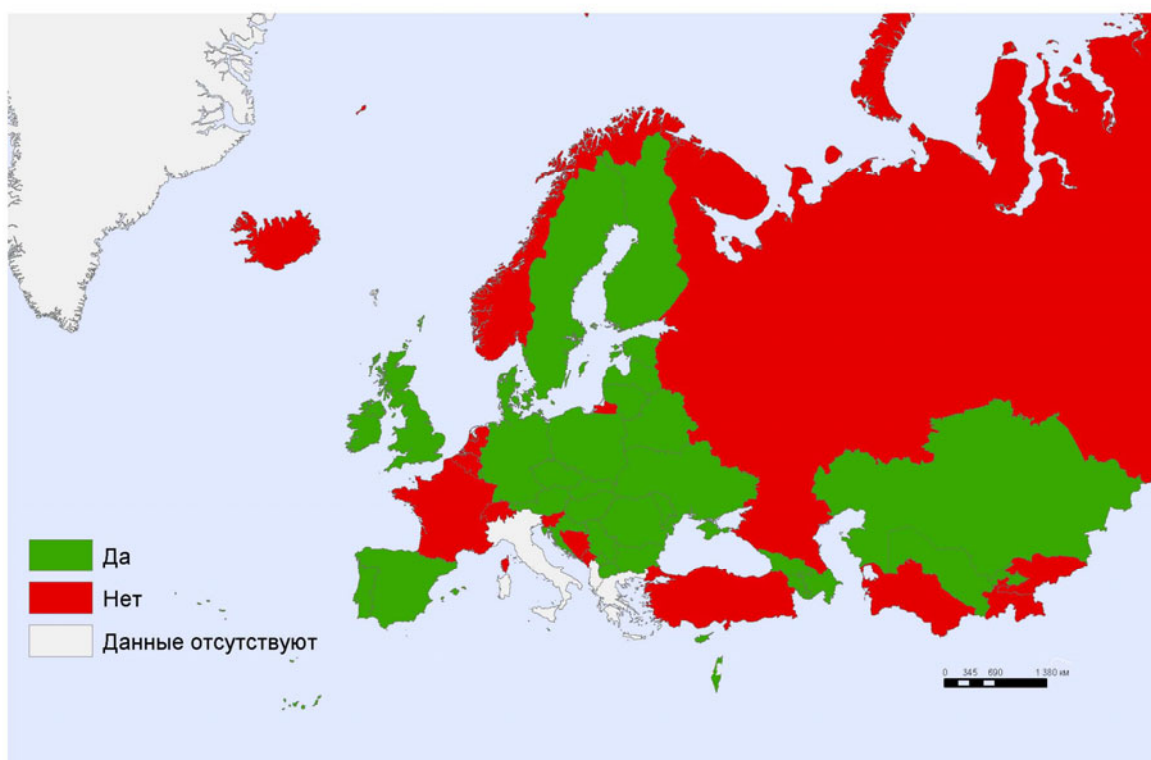
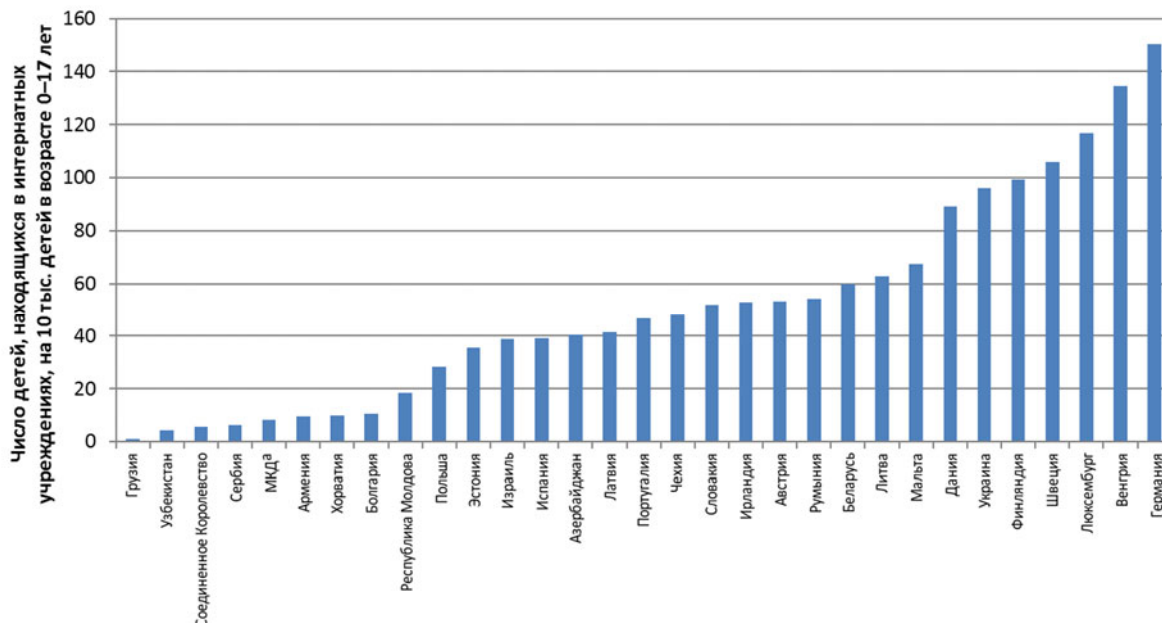
Рисунок 3.22. Страны, представившие данные о численности детей в возрасте 0–17 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях

Рисунок 3.23. Показатели численности детей в возрасте 0–17 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях, на 10 тыс. детей



^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Дети в возрасте до 3 лет, помещенные в интернатные учреждения

Данные о детях младше 3 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях, были представлены 28 странами (58%) (рис. 3.24). Между странами зафиксированы значительные различия в показателях, рассчитанных на основе этих данных (рис. 3.25).

Рисунок 3.24. Страны, представившие данные о численности детей в возрасте 0–2 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях

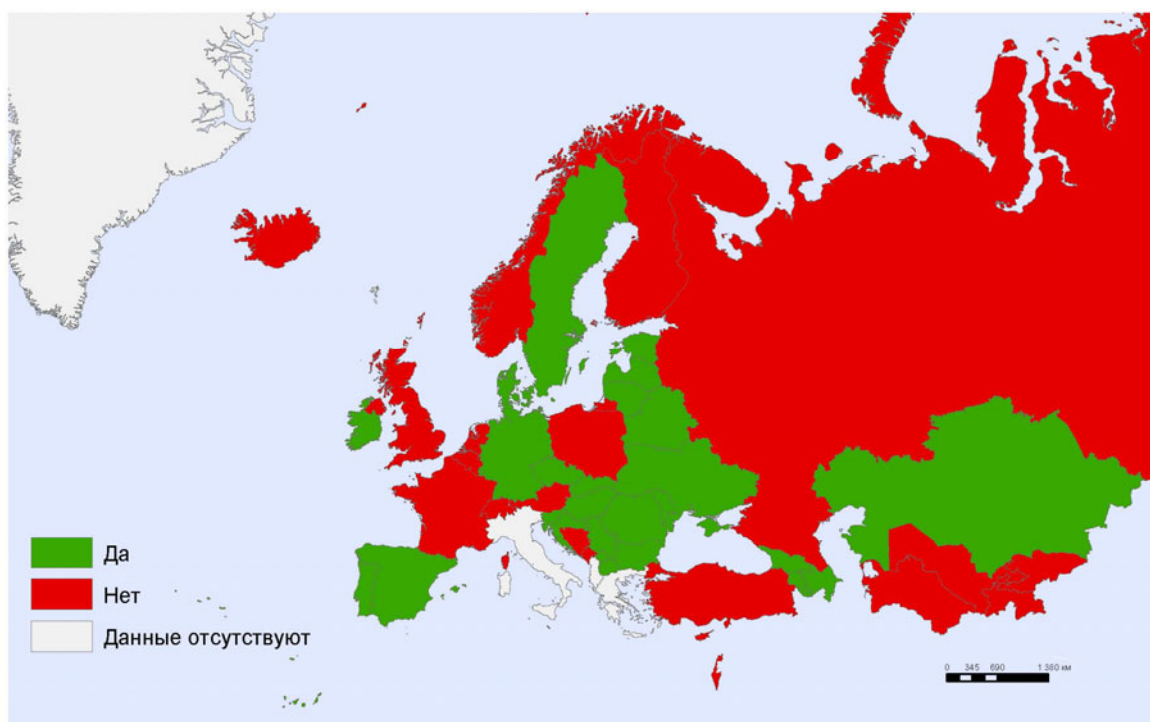
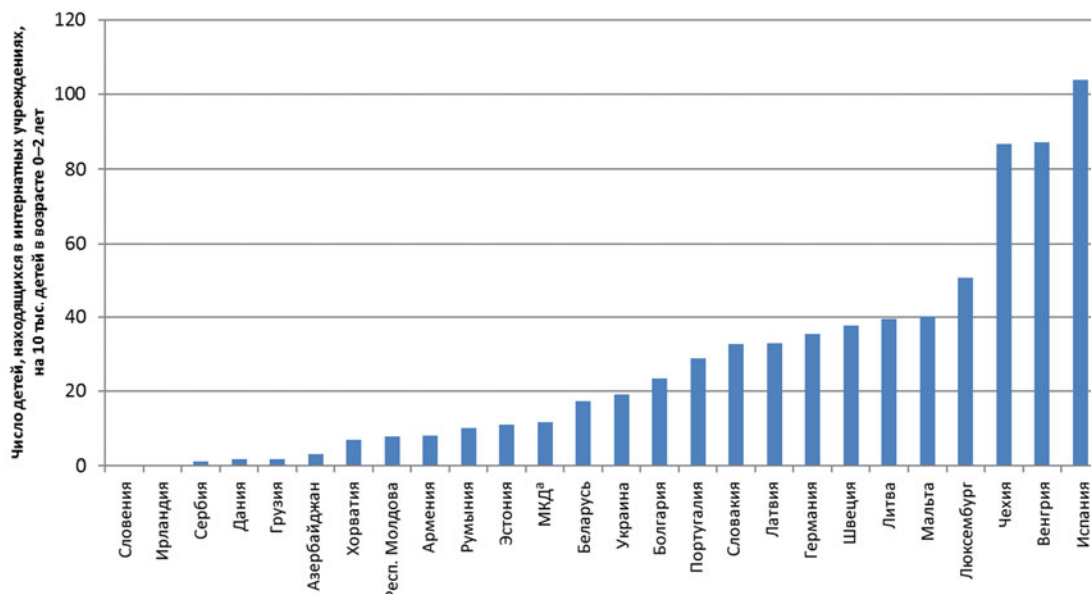


Рисунок 3.25. Показатели численности детей в возрасте 0–2 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях, на 10 тыс. детей



^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Жестокое обращение с детьми

Отвечая на вопрос о периодичности проведения репрезентативных в национальном масштабе обследований населения по проблеме жестокого обращения с детьми, 13 стран (39%) сообщили, что они организуют такие обследования каждые 1–3 года, шесть стран (18%) – каждые 4–6 лет, а одна страна (3%) – каждые 7–10 лет. Десять стран (24%) указали, что они проводят обследования с иной периодичностью, а пять – что они никогда не проводят подобных обследований (рис. 3.26). Тринадцать стран сообщили, что на вопросы обследования отвечали сами дети (число отрицательных ответов: три; отсутствие данных: 32) (рис. 3.27).

Рисунок 3.26. Периодичность проведения репрезентативных в национальном масштабе обследований населения по проблеме жестокого обращения с детьми (включающего надругательства и безнадзорность)

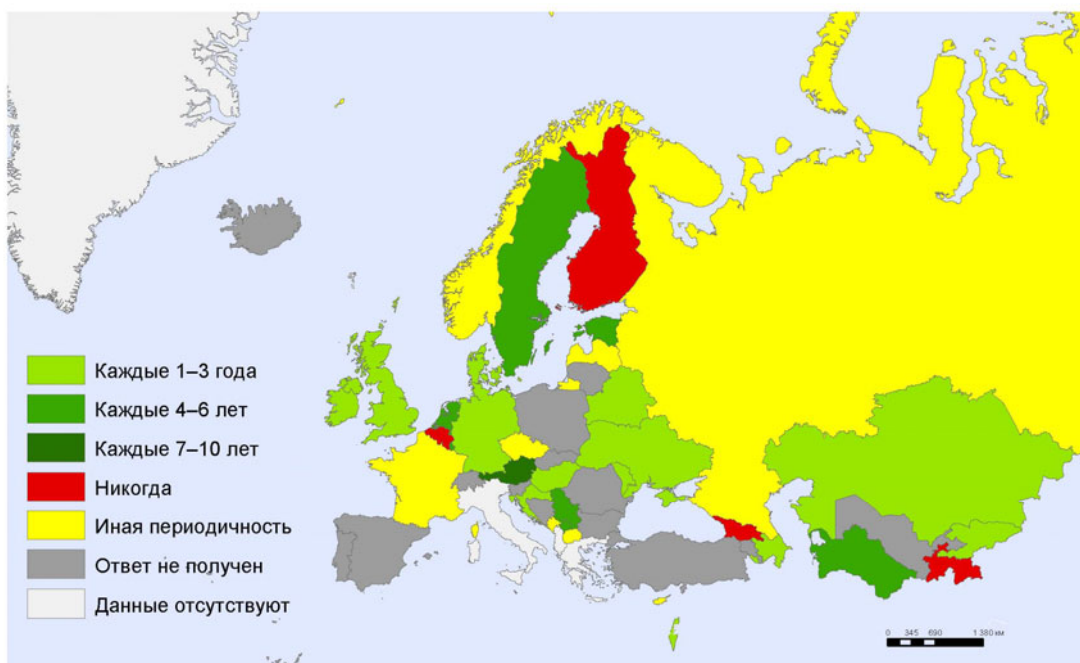
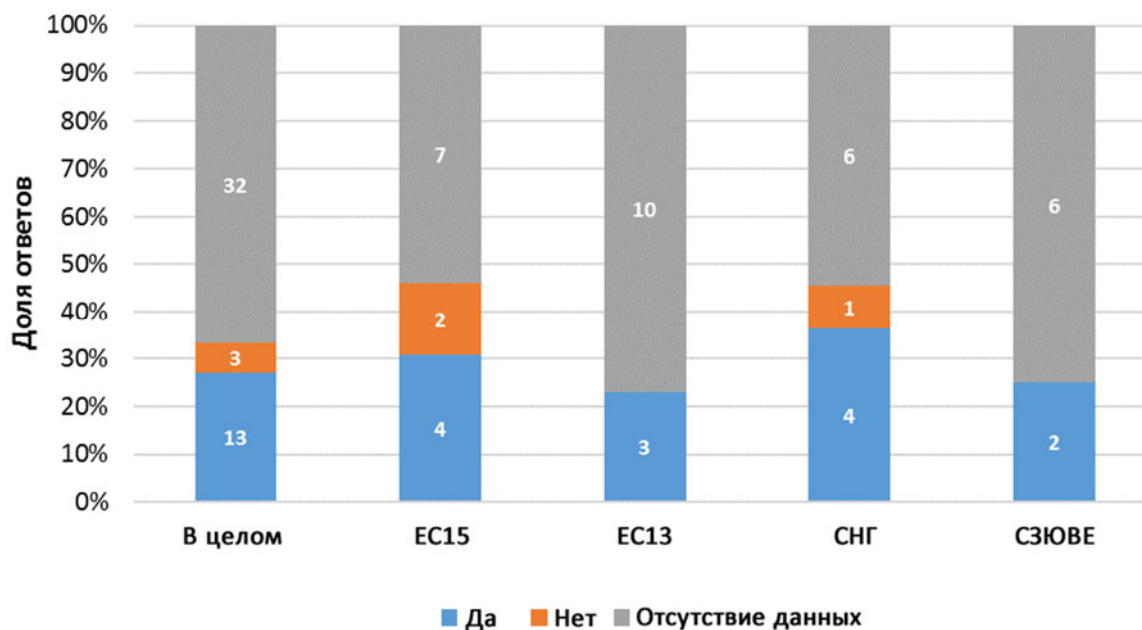


Рисунок 3.27. Страны, в которых детям предлагается ответить на вопросы обследований населения по проблеме жестокого обращения с детьми



Насилие со стороны сексуального/интимного партнера

Лишь 17 стран (36%) проводят репрезентативные в национальном масштабе обследования по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера, учитывающие молодежь в возрасте до 18 лет (рис. 3.28). Число стран EC15, проводящих такое обследование, превышает соответствующий показатель для стран из групп EC13, СНГ и СЗЮВЕ (рис. 3.29).

Рисунок 3.28. Репрезентативные в национальном масштабе обследования по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера, включающие информацию о молодежи в возрасте до 18 лет (страны)

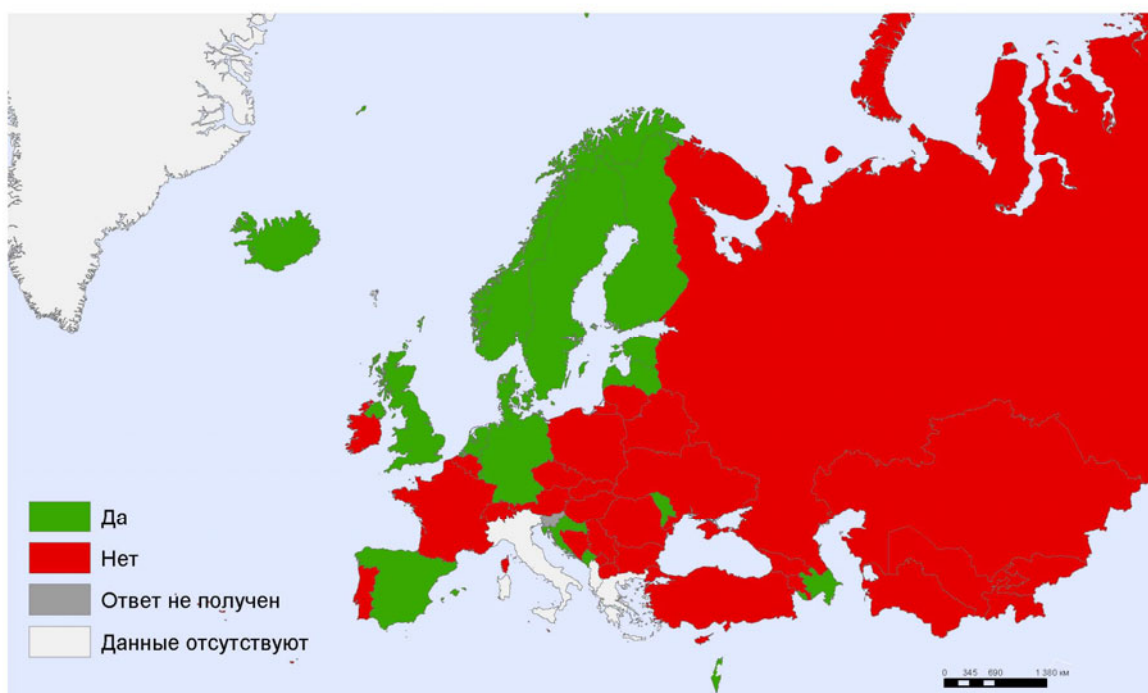
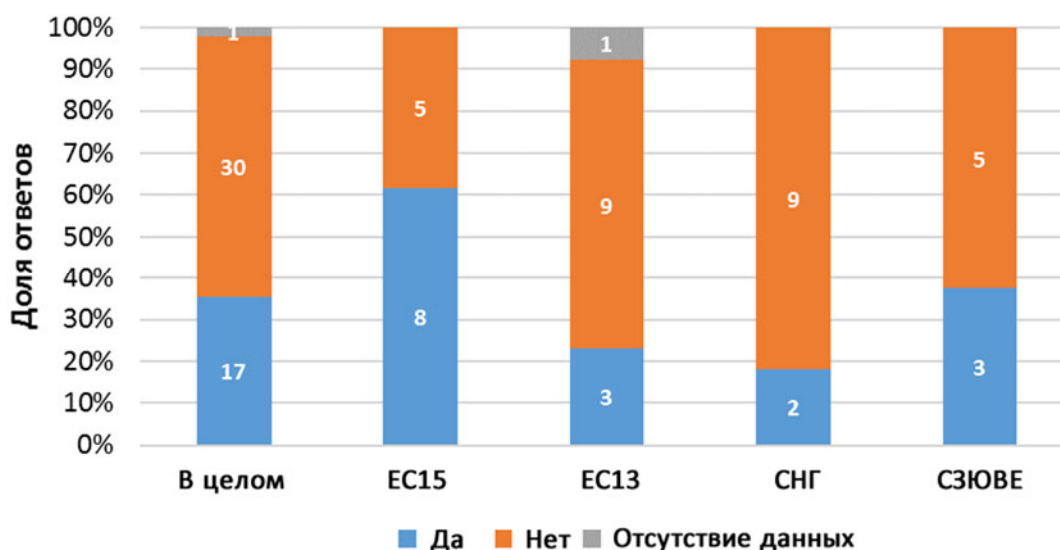


Рисунок 3.29. Репрезентативные в национальном масштабе обследования по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера, включающие информацию о молодежи в возрасте до 18 лет (страновые группы)



Сбор информации о выделении услуг, предназначенных для детей и молодежи

Большинство стран (69%) сообщили о наличии информационных систем, позволяющих им выделить уровень оказания услуг, касающихся детей (рис. 3.30). Показатели в отношении информационных систем, позволяющих выделить данные о предоставлении услуг для подростков, были несколько ниже (56%) (рис. 3.31).

Восемь стран (17%) сообщили о наличии информационной системы, выделяющей данные о предоставлении услуг, которые предназначены только для детей. Три страны (6%) не имеют информационной системы для отдельной оценки предоставления услуг, предназначенных для детей в возрасте до 18 лет (рис. 3.32).

Рисунок 3.30. Информационные системы, позволяющие выделить данные о предоставлении услуг, касающихся детей

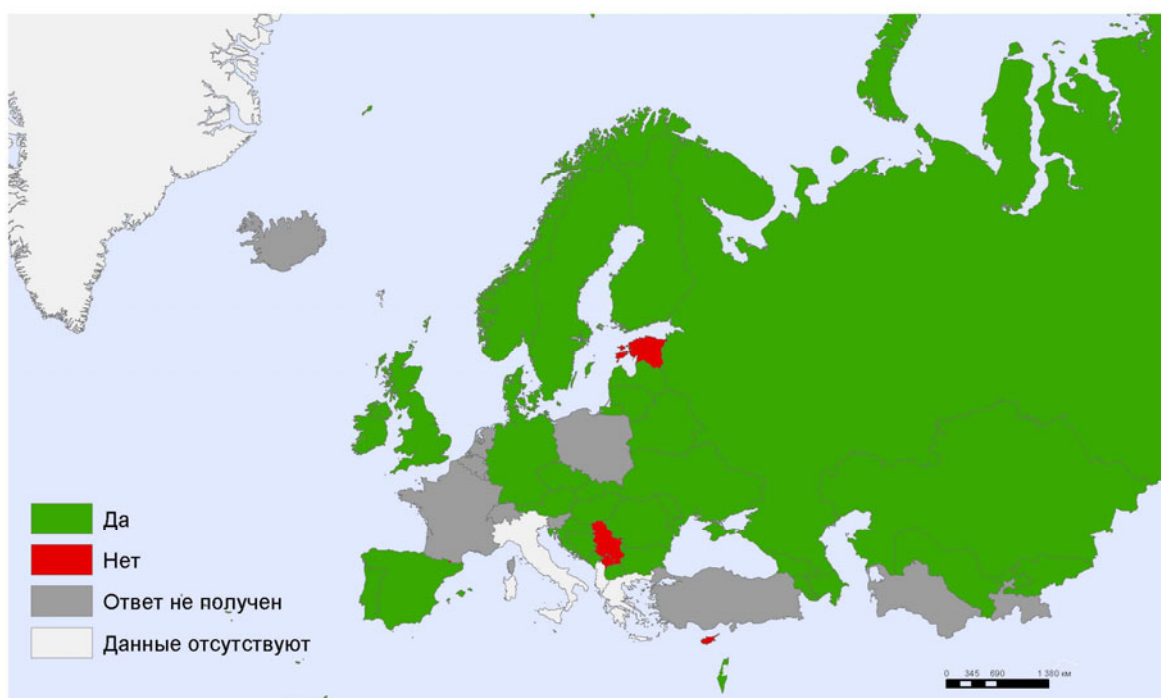


Рисунок 3.31. Информационные системы, позволяющие выделить данные о предоставлении услуг, касающихся подростков

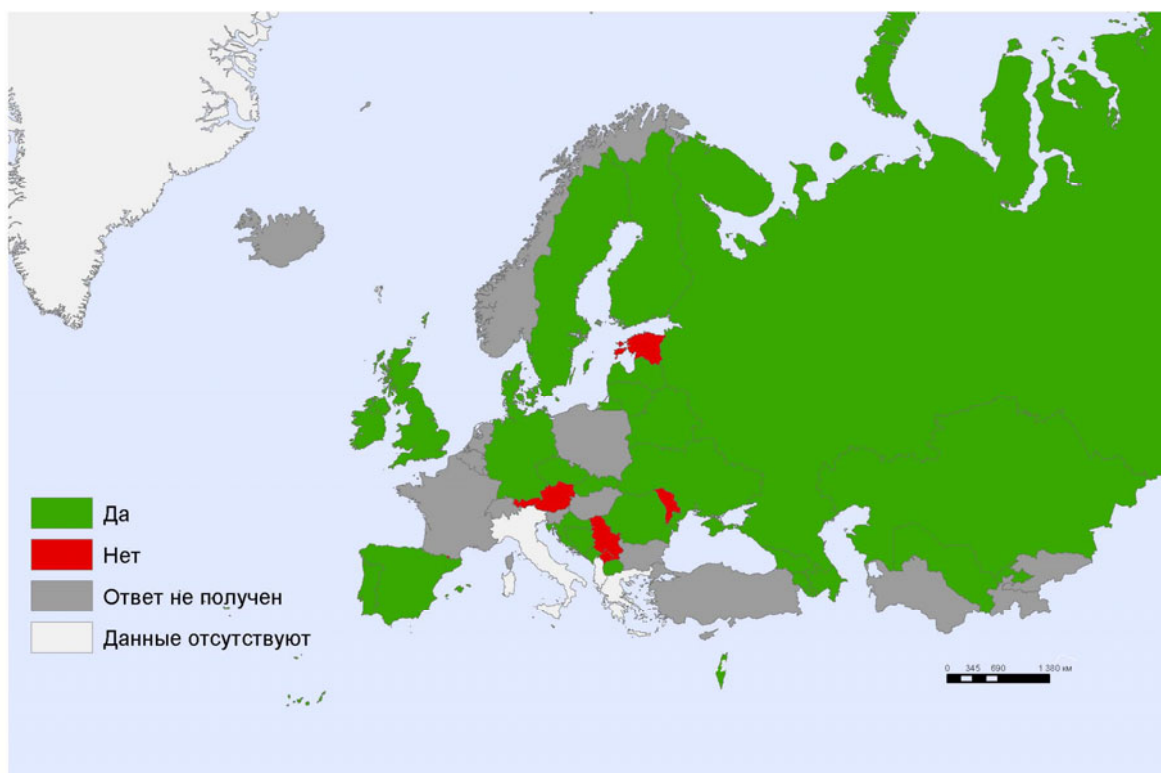
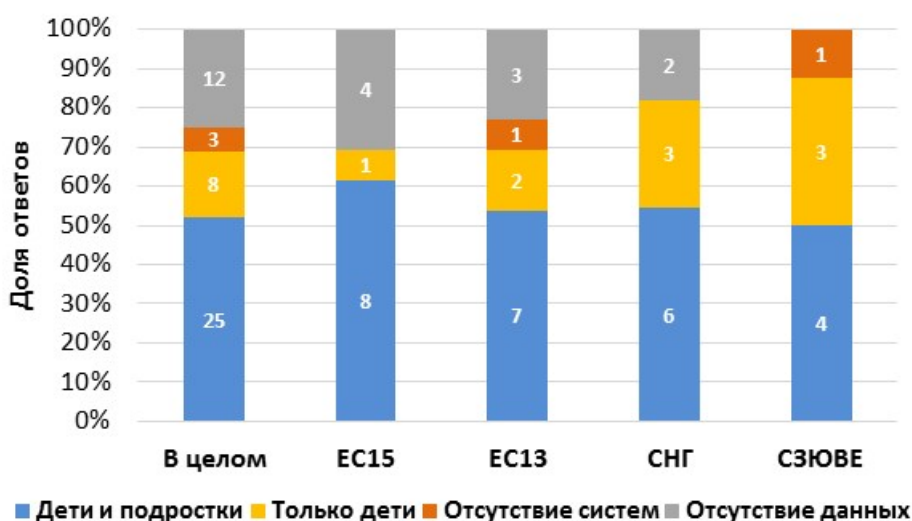


Рисунок 3.32. Информационные системы, позволяющие выделить данные о предоставлении услуг, касающихся детей и/или подростков



Сбор данных об употреблении алкоголя матерями

Употребление алкоголя матерями было признано вопросом, требующим внимания. Обследование подтвердило, что систематический сбор информации об употреблении алкоголя матерями не является обычной практикой для Региона. Восемнадцать стран (38%) сообщили о систематическом сборе информации, касающейся употребления алкоголя матерями (рис. 3.33). В Регионе зарегистрированы разные показатели: о систематическом сборе соответствующих

сведений заявили 46% стран ЕС15, в то время как в субрегионе СЗЮВЕ их не собирает ни одна страна (рис. 3.34). Дополнительная информация об употреблении алкоголя подростками представлена в главе 7.

Рисунок 3.33. Систематический сбор информации об употреблении алкоголя матерями (страны)

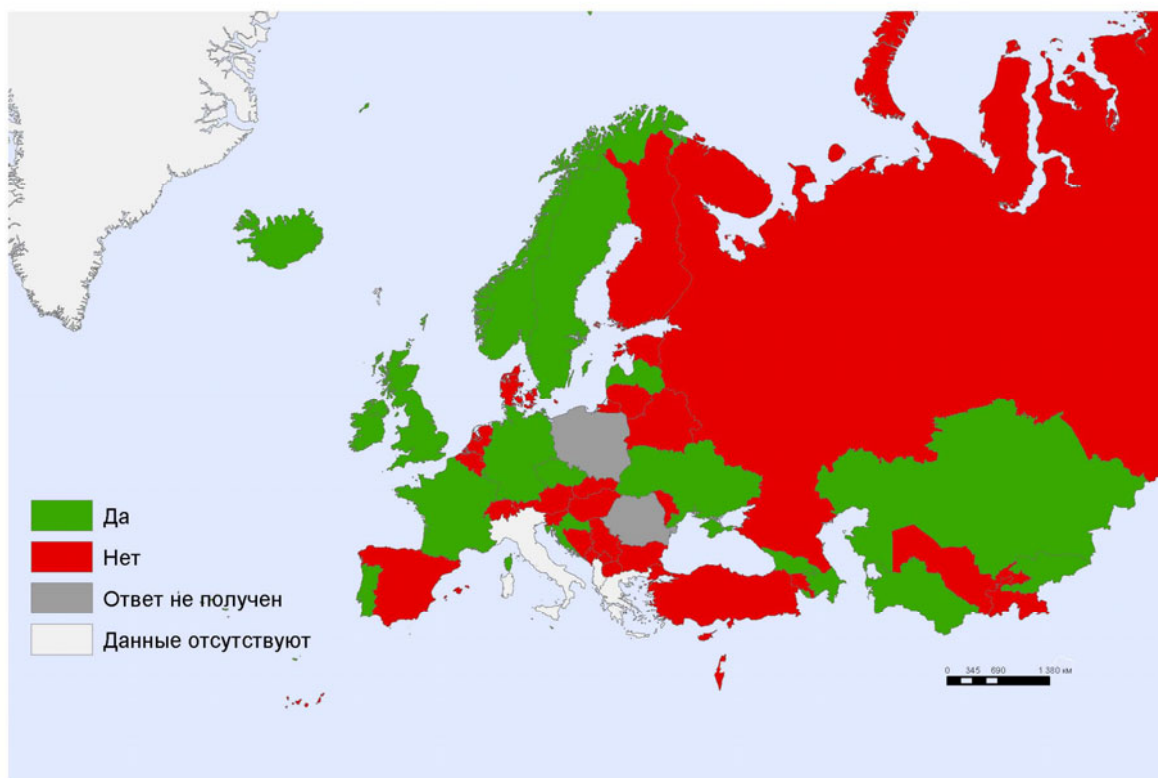
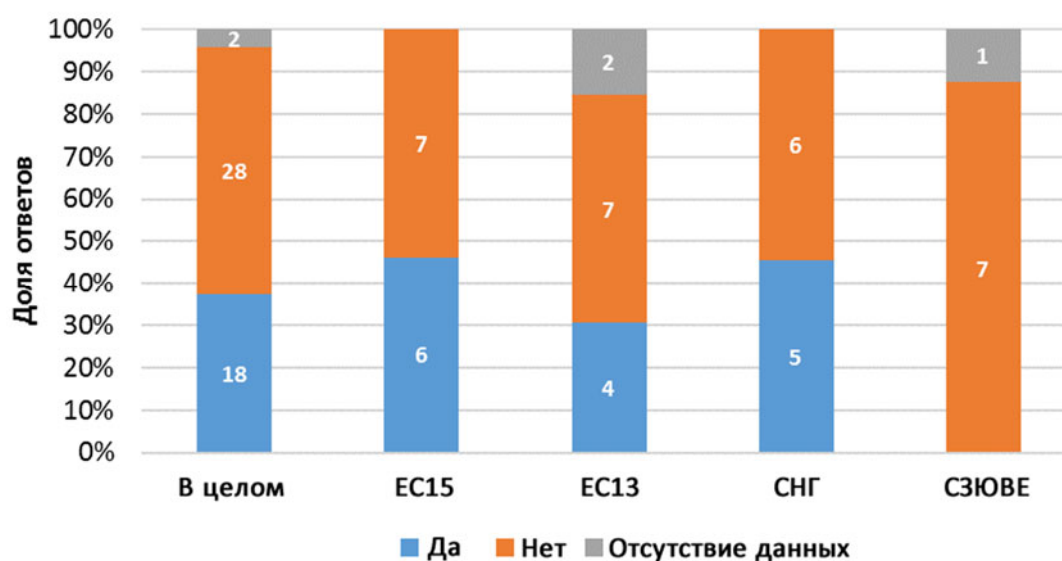


Рисунок 3.34. Систематический сбор информации об употреблении алкоголя матерями (страновые группы)



Сбор данных о детях и подростках, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья

Семьдесят три процента стран сообщили о наличии системы для сбора информации относительно численности детей и подростков в возрасте до 18 лет, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья (рис. 3.35 и 3.36). Большинство стран не смогло ответить на вопрос о количестве рецептов, выписанных детям с психическими и поведенческими расстройствами, либо указало, что сбор таких данных не проводился. Двадцать пять стран (52%) сообщили об отсутствии данных, а пять (10%) заявили о возможности дезагрегирования данных из информационных систем или сведений организаций, обеспечивающих медицинское страхование. Семь стран (15%) указали количество рецептов (рис. 3.37). С более подробной информацией о психическом здоровье можно ознакомиться в главе 8.

Рисунок 3.35. Наличие системы для сбора информации о численности детей в возрасте до 18 лет, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья (страны)

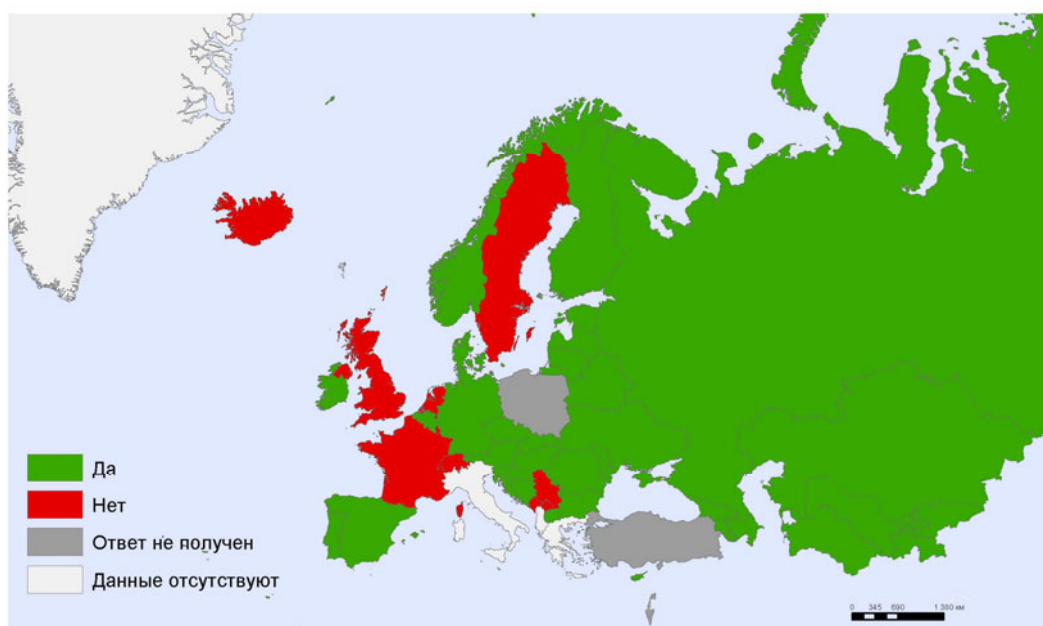


Рисунок 3.36. Наличие системы для сбора информации о численности детей в возрасте до 18 лет, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья (страновые группы)

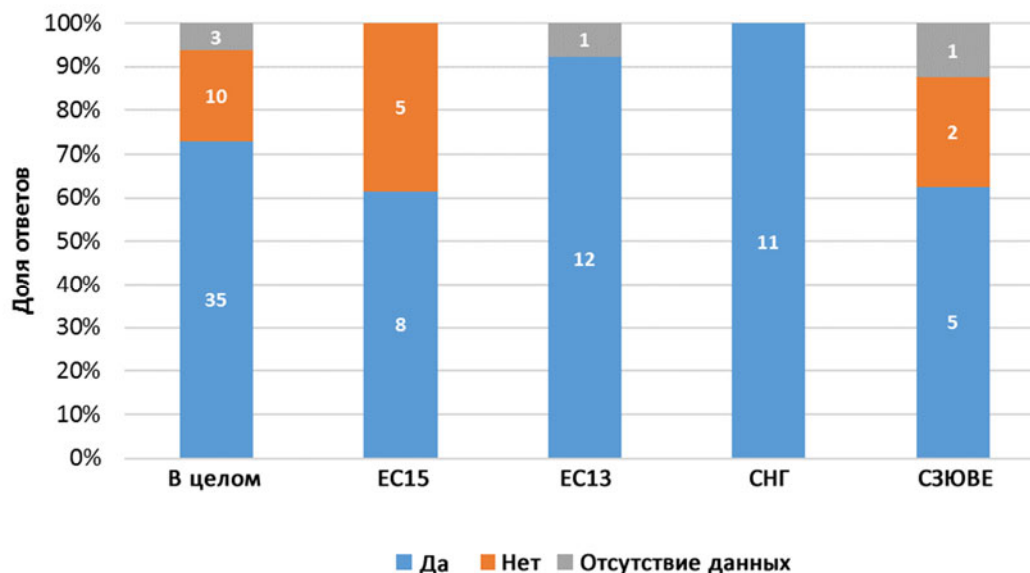
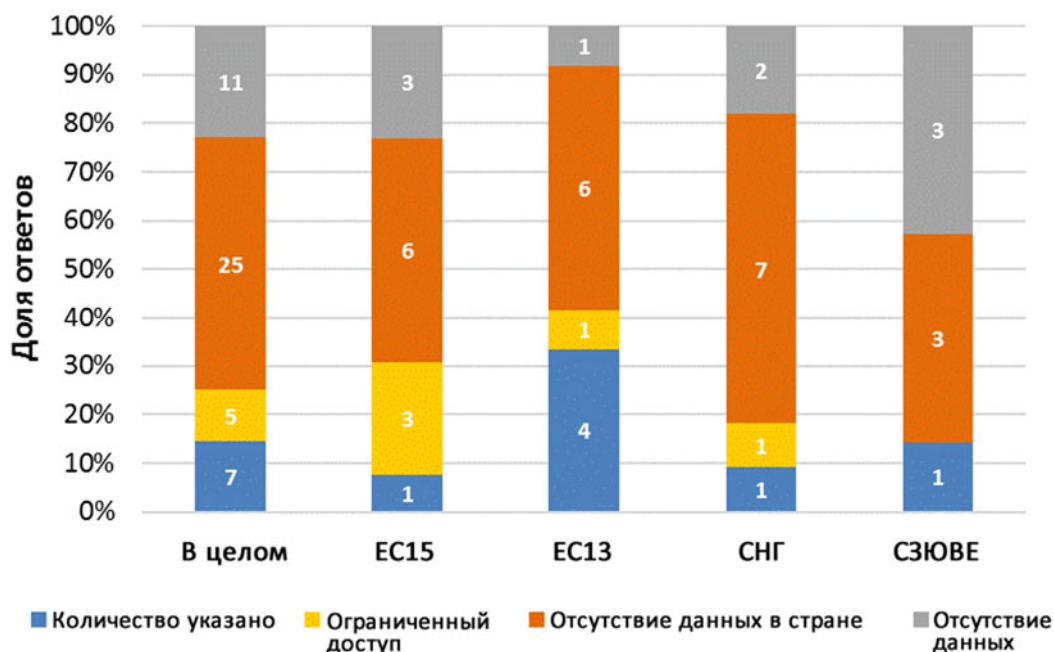


Рисунок 3.37. Количество рецептов, выписанных в связи с психическими и поведенческими расстройствами детям и подросткам в возрасте до 18 лет



Результаты в широком контексте

Привлечение общественного внимания к жизни детей

Деагрегирование данных является одним из основных компонентов Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков и важных глобальных обязательств, связанных с обеспечением всеобщего охвата населения медицинской помощью (3), ЦУР (4) и глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг. (5). Это означает, что для привлечения «общественного внимания к жизни детей» в Европе и оказания содействия в реализации глобальной цели, состоящей в том, «чтобы никого не оставить без внимания», страны должны будут собирать сведения о показателях в разбивке по уровню доходов, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, инвалидности, местонахождению и миграционному статусу во всех случаях, когда данные это допускают (3).

Сбор информации необходим для осуществления целенаправленных действий там, где в них есть потребность, однако национальные системы управления здравоохранением и распространения медицинской информации редко собирают данные, касающиеся только подростков; кроме того, составление сводок зачастую не позволяет получить ясное представление о конкретном опыте подростков, например, по причине использования возрастных диапазонов от 5 до 14 и от 15 до 49 лет (6). Данные о конкретных группах или проблемах помогают странам перейти к реализации программ, которые могут создать лучшие условия для всех детей и подростков. Государства-члены из Европейского региона ВОЗ взяли на себя обязательство делать это, приняв КПП ООН, ЦУР и, в частности, региональную стратегию охраны здоровья детей и подростков.

В большинстве стран Региона существуют области, в которых сбор данных можно улучшить. Деагрегировав данные, страны могут сделать акцент на потребностях безнадзорных детей в обществе и устранить неравенство посредством тех или иных действий, таких как профилактические меры и целевые услуги или мероприятия. Данные 2017 г. показали, что для одних областей (например, для половой принадлежности) деагрегирование данных проводится более последовательно, нежели для других (таких как миграционный статус). Сбор данных в соответствии с особыми требованиями либо проведение обследований и представление

отчетности в отношении групп меньшинств и групп риска и последовательное дезагрегирование данных с учетом пола, географического местонахождения, этнической принадлежности, социально-экономического положения или семейного происхождения имеют большое значение для улучшения жизни каждого ребенка.

Уязвимые дети

Дети-мигранты и дети-беженцы являются особенно уязвимыми группами населения, данные о которых, согласно результатам обследования, не собираются в достаточном количестве; это же касается данных о детях, подвергающихся риску душевных и физических страданий. К числу важнейших областей, в которых зафиксировано отсутствие данных, относятся плановый сбор статистики здравоохранения, касающейся предоставления услуг детям-мигрантам и детям-беженцам, и фактические сведения о детях, помещенных в интернатные учреждения: ситуацию в отношении этих групп можно улучшить. Наряду с этим в ходе исследования по оценке моделей охраны здоровья детей (МОСНА) (7) было отмечено, что медицинские услуги зачастую не предоставляются детям-беженцам и детям-мигрантам на безвозмездной основе, что ограничивает их доступ к таким услугам.

Дети, воспитывающиеся в интернатных учреждениях, представляют собой еще одну группу населения, которая обделена вниманием. Воспитание в условиях интерната ставит под угрозу общее благополучие детей, повышая риск смерти, отставания в развитии (8) и формирования непрочных привязанностей (9). Таким образом, следует стремиться к минимизации числа воспитанников интернатных учреждений и передаче детей в приемные семьи, особенно если речь идет о детях младшего возраста. Не менее 20 стран Региона не смогли представить сведения о численности детей младше 3 лет, воспитывающихся в интернатных учреждениях, в то время как показатели остальных стран варьируют в широких пределах, что свидетельствует о несогласованности документации или использовании разных определений. Большинство европейских стран также не собирают данные о численности несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев, находящихся на попечении социальных служб. В связи с этим, региональными приоритетами, которые должны быть реализованы прежде всего в данной области, являются стандартизация и регулярное представление соответствующих докладов.

Регистрация случаев насилия в отношении детей

Насилие в отношении детей является одной из главных причин неравенства в сфере здравоохранения и социальной несправедливости, которая зависит от социально-экономического положения (11). Хотя большинство стран Региона собирают данные о жестоком обращении с детьми примерно раз в 1–6 лет, такие данные часто не содержат информации об эмоциональном насилии и безнадзорности и, что немаловажно, обычно не учитывают детей как основных информаторов. Наряду с этим необходимо повысить осведомленность об имеющемся у детей и подростков опыте, связанном с насилием со стороны сексуального/интимного партнера. Лишь в трети стран проводятся репрезентативные в национальном масштабе обследования по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера в отношении детей и подростков, однако более молодой возраст является постоянным фактором риска в плане подверженности насилию со стороны интимного партнера, обуславливающего последующее совершение актов насилия (10).

Ликвидация насилия в отношении детей является важным аспектом субрегиональных мероприятий, необходимых для сокращения неравенства в Европе. В 2014 г. параллельно со стратегией охраны здоровья детей и подростков государства-члены единодушно утвердили документ *«Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг.»* (11), который содержит адресованный государствам-членам призыв разработать комплексные планы действий по профилактике в соответствии с основными приоритетами ЦУР. В целях оказания государствам-членам помощи в этой области Региональным бюро было составлено справочное пособие (12).

Сбор основных данных

Обследование 2017 г. выявило ряд областей, связанных с Европейской стратегией охраны здоровья детей и подростков, для которых необходимо усовершенствовать процедуру сбора данных. Одной из таких областей является употребление алкоголя матерями, данные о котором собираются только в трети стран, несмотря на обусловленный им высокий риск причинения вреда здоровью матери (13) и плода (14). Пренатальное воздействие алкоголя входит в число главных предотвратимых причин врожденных дефектов и отклонений в нервно-психическом развитии и может вызывать целый ряд нарушений развития, познавательной деятельности и поведения, которые могут появляться у детей в любое время и сохраняться в течение всей жизни.

В отношении услуг по охране психического здоровья для детей и подростков также целесообразно организовать сбор дополнительных данных, которые могут оказаться полезными странам при планировании и реализации программ и стратегий, касающихся, в частности, количества рецептов, выписанных детям с психическими и поведенческими расстройствами, – сведения, сбор которых во многих странах не осуществлялся (см. также главу 8). В более широком смысле получение данных о степени укомплектованности кадрами, дезагрегированных по географическим районам, и создание информационных систем, позволяющих выделить данные о предоставлении услуг для детей и подростков, – это области, способствующие совершенствованию процесса разработки национальных программ и требующие дополнительных инвестиций (см. также главу 4). Первый из упомянутых показателей особенно низок в государствах – членах ЕС: о сборе таких сведений сообщают только семь стран ЕС, в то время как в субрегионах СНГ/СЗЮВЕ такой процедуре сбора данных следуют 15 стран.

Эти результаты следует интерпретировать с осторожностью, поскольку страны могут иметь разные механизмы для обеспечения надлежащего оказания услуг на всей своей территории (например, на базе медицинского страхования). В руководстве АА-НА! (6) приведен примерный перечень показателей для мониторинга программ охраны психического здоровья подростков, который может быть полезен странам при анализе и оценке этого вида мероприятий. Отсутствие данных о рецептах является серьезной проблемой, поскольку документальная фиксация соответствующих сведений может помочь избежать потенциальной опасности избыточного назначения юношам и девушкам психотропных препаратов и недостаточного охвата услугами детей и подростков.

Заключение

Большинство стран дезагрегируют данные об охвате по полу, географическим районам и миграционному статусу. Улучшение ситуации с дезагрегированием данных по социально-экономическому положению и этнической принадлежности может способствовать проведению мероприятий, которые более эффективно устраняют неравенство и помогают странам привлекать общественное внимание к жизни детей во всех аспектах их политики, программ и услуг. Обследование 2017 г. продемонстрировало общую необходимость более систематизированного сбора данных по ряду категорий и выделило ряд областей, требующих приложения усилий для более тщательного учета вопросов, которым может не уделяться должного внимания.

В таблицу 3.1 включены все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 3.1. Сбор основных данных обо всех детях: сводная таблица

Страна	Анализ данных об охвате детей и подростков медицинскими услугами с учетом различий между сельскими, пригородными и отдельными городскими районами	Анализ данных об охвате детей и подростков медицинскими услугами с учетом разного социально-экономического происхождения	Анализ данных об охвате детей и подростков медицинскими услугами с учетом разовой этнической принадлежности	Анализ данных об охвате детей и подростков медицинскими услугами с учетом разного миграционного статуса	Анализ данных об охвате детей и подростков медицинскими услугами с учетом разовой половой принадлежности	Информационные системы, позволяющие выделить данные о предоставлении услуг, предназначенных для детей	Информационные системы, позволяющие выделить данные о предоставлении услуг, предназначенных для подростков	Сбор данных об употреблении алкоголя матерями									
Австрия	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет									
Азербайджан	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да									
Албания	–	–	–	–	–	–	–	–									
Андорра	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет									
Армения	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет									
Беларусь	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет									
Бельгия	–	–	–	–	–	–	–	Нет									
Болгария	Да	–	Да	Да	Нет	Да	–	Нет									
Босния и Герцеговина	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет									
Венгрия	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	–	Нет									
Германия	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да									
Греция	–	–	–	–	–	–	–	–									
Грузия	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да									
Дания	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет									
Израиль	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет									
Ирландия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да									
Исландия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	–	–	Да									
Испания	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет									
Италия	–	–	–	–	–	–	–	–									
Казахстан	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да									
Кипр	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	–	Нет									
Кыргызстан	Да	–	–	–	Да	Да	Да	Да									
Латвия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	–	Да									
Литва	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет									
Люксембург	Нет	Да	–	–	Да	–	–	Да									
Мальта	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да									
МКД ^a	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет									
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–									
Нидерланды	–	–	–	–	–	–	–	Нет									
Норвегия	–	–	–	–	–	Да	–	Да									
Польша	Да	Нет	Нет	Нет	Да	–	–	–									
Португалия	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да									
Республика Молдова	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет									
Российская Федерация	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет									
Румыния	Да	–	–	–	Да	Да	Да	–									
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–									
Сербия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет									
Словакия	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет									
Словения	–	–	–	–	Да	–	–	Нет									
Соединенное Королевство	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет									
Таджикистан	–	–	–	–	–	–	–	Нет									
Туркменистан	Да	Нет	Нет	Нет	Да	–	–	Да									
Турция	Нет	Нет	Нет	Да	Да	–	–	Нет									
Узбекистан	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет									
Украина	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да									
Финляндия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет									
Франция	–	–	–	–	–	–	–	Да									
Хорватия	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да									
Черногория	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет									
Чехия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да									
Швейцария	Нет	Да	Нет	Нет	Да	–	–	Нет									
Швеция	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да									
Эстония	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Нет									
% В целом	Да, Нет	63	25	40	42	23	58	27	54	73	17	69	8	56	10	38	58
% ЕС15	Да, Нет	46	31	46	31	23	46	31	38	69	8	69	0	62	8	46	54
% ЕС13	Да, Нет	77	15	23	54	23	62	15	69	69	31	69	15	54	8	31	54
% СНГ	Да, Нет	91	9	55	27	27	55	36	45	91	0	82	0	64	9	45	55
% СЗЮВЕ	Да, Нет	75	25	25	50	38	50	38	50	63	38	88	13	63	25	0	88

ПЛ – планируется.

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Таблица 3.1 (продолж.)

Страна	Сбор данных о детях и подростках младше 18 лет, проходящих лечение у специалиста в области психического здоровья			Систематический сбор информации о здоровье детей-беженцев			Бесплатное предоставление всех видов помощи детям-мигрантам			Бесплатное предоставление всех видов помощи детям-беженцам			Наличие статистических данных о численности несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев, находящихся на попечении социальных служб			Наличие статистических данных о медицинских услугах, предоставляемых группам риска (например, рома или детей-заболевших)			Проведение репрезентативных обследований по проблеме насилия со стороны партнера с учетом жертв в возрасте младше 18 лет			Периодичность проведения репрезентативных обследований населения по проблеме жестокого обращения с детьми			Код страны		
Австрия	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	7–10 лет	AUT	
Азербайджан	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	AZE	
Албания	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ALB
Андорра	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Иная	AND	
Армения	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	ARM	
Беларусь	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	BLR	
Бельгия	Да	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Никогда	BEL
Болгария	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	BGR	
Босния и Герцеговина	Да	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	BIH
Венгрия	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	HUN	
Германия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	DEU	
Греция	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	GRC
Грузия	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Никогда	GEO	
Дания	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	DNK	
Израиль	–	Да	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	ISR	
Ирландия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	IRL	
Исландия	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ISL
Испания	Да	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ESP
Италия	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ITA
Казахстан	Да	Да	Да	Нет	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1–3 года	KAZ	
Кипр	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Иная	CYP	
Кыргызстан	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	KGZ	
Латвия	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Иная	LVA	
Литва	Да	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	LTU
Люксембург	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4–6 лет	LUX	
Мальта	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Никогда	MLT	
МКД*	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Иная	MKD	
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	MCO
Нидерланды	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4–6 лет	NLD	
Норвегия	Да	Да	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Иная	NOR	
Польша	–	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	POL	
Португалия	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	PRT	
Республика Молдова	Да	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1–3 года	MDA	
Российская Федерация	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Иная	RUS	
Румыния	Да	Нет	Пл	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ROU
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	SMR
Сербия	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4–6 лет	SRB	
Словакия	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	SVK	
Словения	Да	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	SVN
Соединенное Королевство	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	GBR	
Таджикистан	Да	Да	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Никогда	TJK	
Туркменистан	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4–6 лет	TKM	
Турция	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	TUR
Узбекистан	Да	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	UZB
Украина	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	UKR	
Финляндия	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Никогда	FIN	
Франция	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	Иная	FRA	
Хорватия	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	1–3 года	HRV	
Черногория	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Иная	MNE	
Чехия	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Иная	CZE	
Швейцария	Нет	Нет	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	CHE
Швеция	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4–6 лет	SWE	
Эстония	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4–6 лет	EST	
% В целом	Да, (Пл), Нет	73	21	31	60	54	3	19	56	13	48	33	19	71	35	63	–	–	–	–	–	–	–	–	13	1–3 года	
% ЕС15	Да, (Пл), Нет	62	38	31	62	69	0	8	69	8	31	46	23	62	62	38	–	–	–	–	–	–	–	–	6	4–6 лет	
% ЕС13	Да, (Пл), Нет	92	0	31	62	38	8	38	62	15	77	8	8	85	23	69	–	–	–	–	–	–	–	–	1	7–10 лет	
% СНГ	Да, (Пл), Нет	100	0	36	64	64	0	9	55	9	27	55	27	64	18	82	–	–	–	–	–	–	–	–	8	Иная	
% СЗЮВЕ	Да, (Пл), Нет	63	25	25	75	50	13	13	50	13	50	50	25	75	38	63	–	–	–	–	–	–	–	–	5	Никогда	

Ссылки

1. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCANstrategy_140440.pdf).
2. Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года, вступила в силу 2 сентября 1990 года в соответствии со статьей 49. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 1989 год (<https://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
3. Отслеживание достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: глобальный доклад о мониторинге, 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития/Всемирный банк, 2018 г. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272599/9789244513552-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
4. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 год (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).
5. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Каждая женщина, каждый ребенок, 2015 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1).
6. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=13A7A25F99326D5B5DC9F69CFC5F7E92?sequence=1>).
7. Hjern A, Stubbe Ostergaard L. Migrant children in Europe: entitlements to health care. London: Models of Child Health Appraised; 2016 (http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20160831_Deliverable-D3-D7.1_Migrant-children-in-Europe.pdf).
8. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science* 2007;318:1937–40.
9. Smyke AT, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA, Guthrie D. Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Dev.* 2010;81:212–23.
10. Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA* 2001;286:572–9.
11. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/253780/64wd13_rus_InvestChildMaltreat_140439.pdf?ua=1).
12. Gray J, Jordanova-Psevska D, Sethi D, Ramiro-Gonzalez MD, Yon Y. Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/329500/Child-maltreatment-PAP-handbook.pdf?ua=1).
13. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998;22:998–1040.
14. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5:e290–9.

4. Системы здравоохранения и качество помощи

Введение

В этой главе обобщаются показатели, касающиеся систем здравоохранения и качества медицинской помощи для детей и подростков, с акцентом на фактические данные об укреплении ориентированных на человека систем здравоохранения и потенциала общественного здравоохранения для улучшения здоровья и развития детей и подростков. Представленные показатели связаны с Европейской стратегией охраны здоровья детей и подростков, прежде всего с приоритетом 2, предусматривающим реформирование стратегического руководства в области охраны здоровья детей и подростков при уделении особого внимания поддержке развития в подростковом периоде.

Основные результаты

- Примерно в половине стран действуют смешанные системы предоставления медицинской помощи, в рамках которых первичную медицинскую помощь детям оказывают врачи общей практики (ОП) и педиатры; в 10 странах этим занимаются только педиатры.
- Между городскими и сельскими районами существуют заметные различия в степени укомплектованности кадрами учреждений здравоохранения для детей и подростков; соответствующие сведения собирает половина стран.
- В четверти стран отсутствует система подготовки специалистов по охране здоровья подростков.
- В трети стран не проводятся регулярные проверки случаев перинатальной смерти.
- Перечни основных лекарственных средств и их формы, предназначенные для детей, имеются далеко не во всех странах Региона.
- Примерно две трети стран реализуют стратегию содействия переходу от педиатрической помощи к медицинскому обслуживанию взрослых в целях обеспечения непрерывного оказания медицинских услуг.

Результаты

Существующие в Регионе системы здравоохранения используют разные модели оказания помощи (рис. 4.1) и имеют разную степень укомплектованности кадрами (рис. 4.2–4.4) для предоставления услуг, ориентированных на детей и подростков (разъяснения по поводу представления коробчатых рисунков даны в приложении 1 (см. также рис. А1.5)).

Модели оказания первичной медицинской помощи, предназначенной для детей

Рисунок 4.1, основанный на данных исследования МОСНА и других источников (1–12), показывает, что в большинстве стран Региона (42%) действует смешанная система оказания первичной медицинской помощи (т.е. система, в которой и врачи ОП, и педиатры играют значительную роль в предоставлении детям первичных медицинских услуг), в то время как 34 и 19% стран имеют системы первичной медицинской помощи детям, в которых помощь оказывают соответственно врачи ОП либо педиатры.

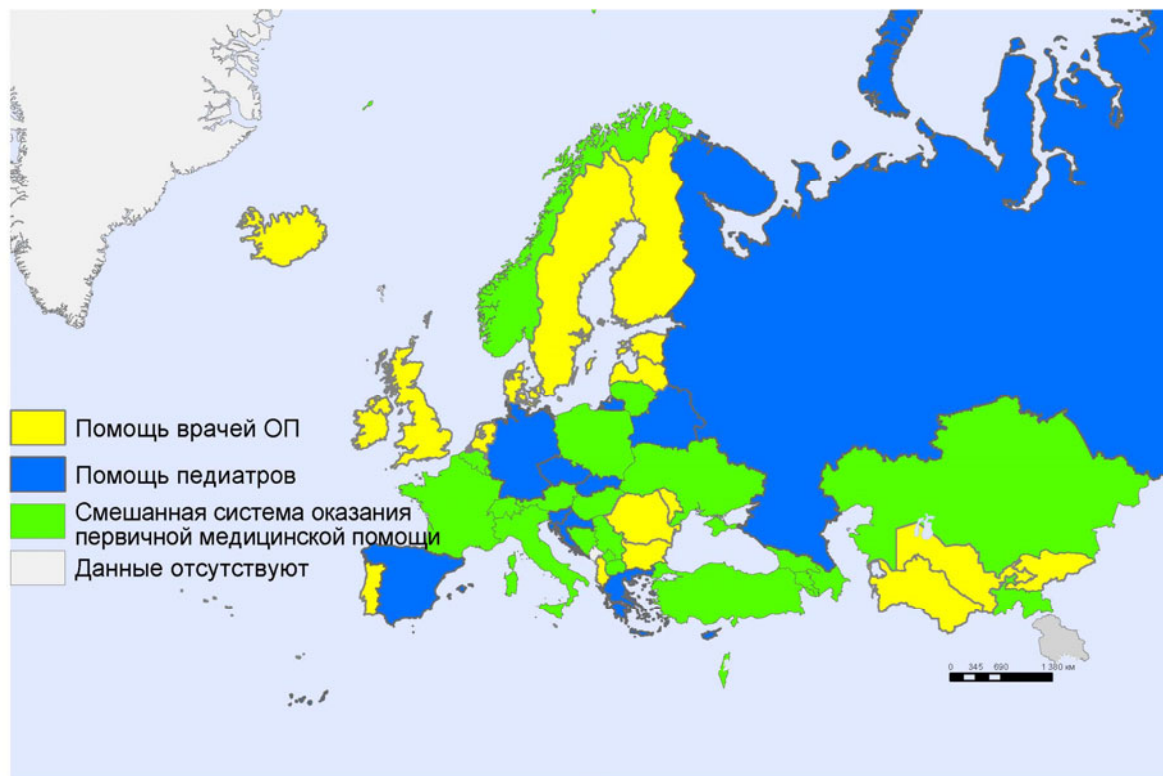
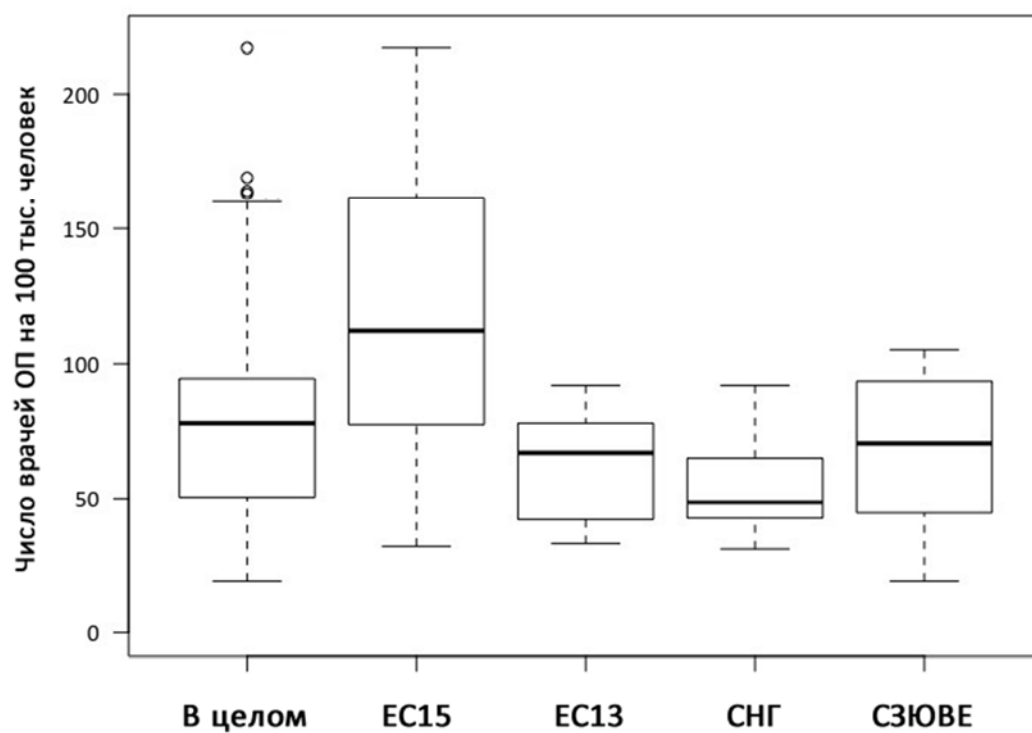
Рисунок 4.1. Модели систем оказания первичной медицинской помощи для детей**Рисунок 4.2.** Число врачей ОП на 100 тыс. человек в разбивке по страновым группам

Рисунок 4.3. Число педиатров на 100 тыс. человек в разбивке по страновым группам

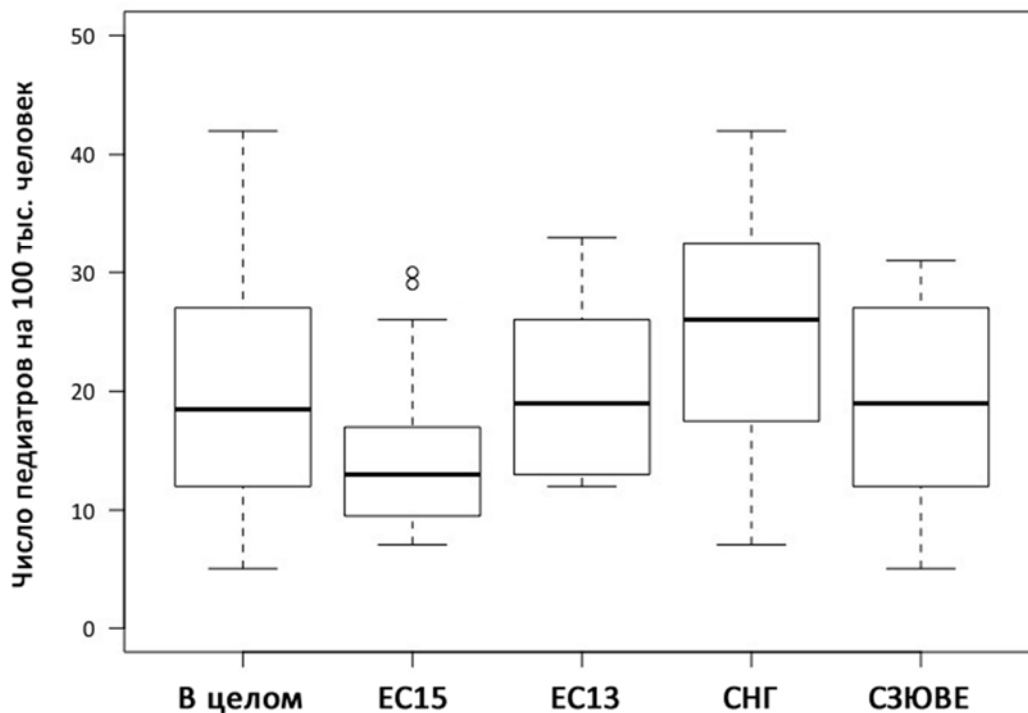
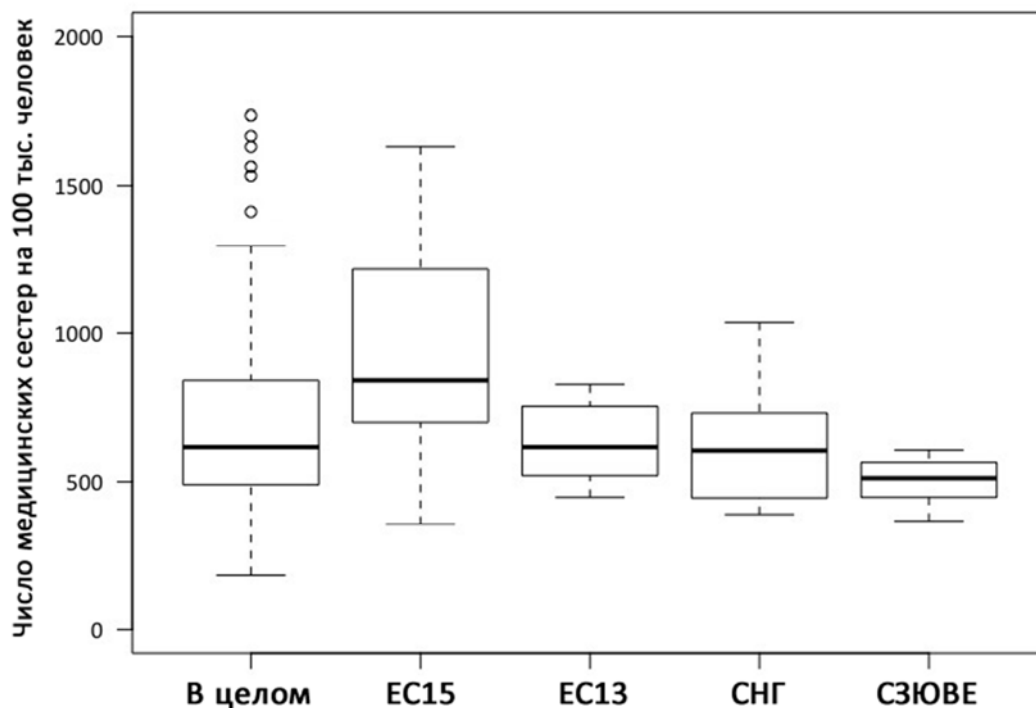


Рисунок 4.4. Число медицинских сестер на 100 тыс. человек в разбивке по страновым группам



Кадровое обеспечение

Степень укомплектованности кадрами

Степень укомплектованности кадрами в секторе здравоохранения стран Региона варьирует в широких пределах, что становится очевидным при сравнении страновых групп. Соответствующие данные включают число врачей ОП, педиатров и медицинских сестер на 100 тыс. жителей стран Региона. Число врачей ОП на 100 тыс. человек (рис. 4.2) колеблется в диапазоне от 19 (Босния и Герцеговина) до 217 (Португалия) при среднем субрегиональном показателе, равном 83. Число педиатров на 100 тыс. человек (рис. 4.3) составляет от пяти (Албания) до 42 (Азербайджан) при среднем субрегиональном показателе, равном 19. Число медицинских сестер на 100 тыс. человек (рис. 4.4) в Регионе варьирует в интервале от 183 (Турция) до 1736 (Швейцария) при среднем субрегиональном показателе, равном 760. В странах ЕС15 работает большее число врачей ОП, в то время как в странах СНГ выше численность педиатров и медицинских сестер. Наименьшее число медсестер зафиксировано в странах СЗЮВЕ.

Разрывы в степени укомплектованности кадрами

Страны Европейского региона придерживаются разных позиций по поводу сбора данных о разрывах в степени укомплектованности кадрами для медицинского обслуживания детей и подростков (рис. 4.5): 23 страны (48%) сообщили, что они собирают такие сведения, а еще 20 (47%) – что они не делают этого. Сбор данных в разбивке по городским/сельским районам или столичным/нестоличным городам реже всего ведется в странах ЕС, лишь 7 из которых сообщили о сборе сведений относительно разрывов в степени укомплектованности кадрами, в то время как в субрегионах СНГ и СЗЮВЕ такую информацию представили 15 стран (рис. 4.6).

Рисунок 4.5. Данные о разрывах в степени укомплектованности кадрами для медицинского обслуживания детей и подростков в разбивке по городским/сельским районам и столичным/нестоличным городам

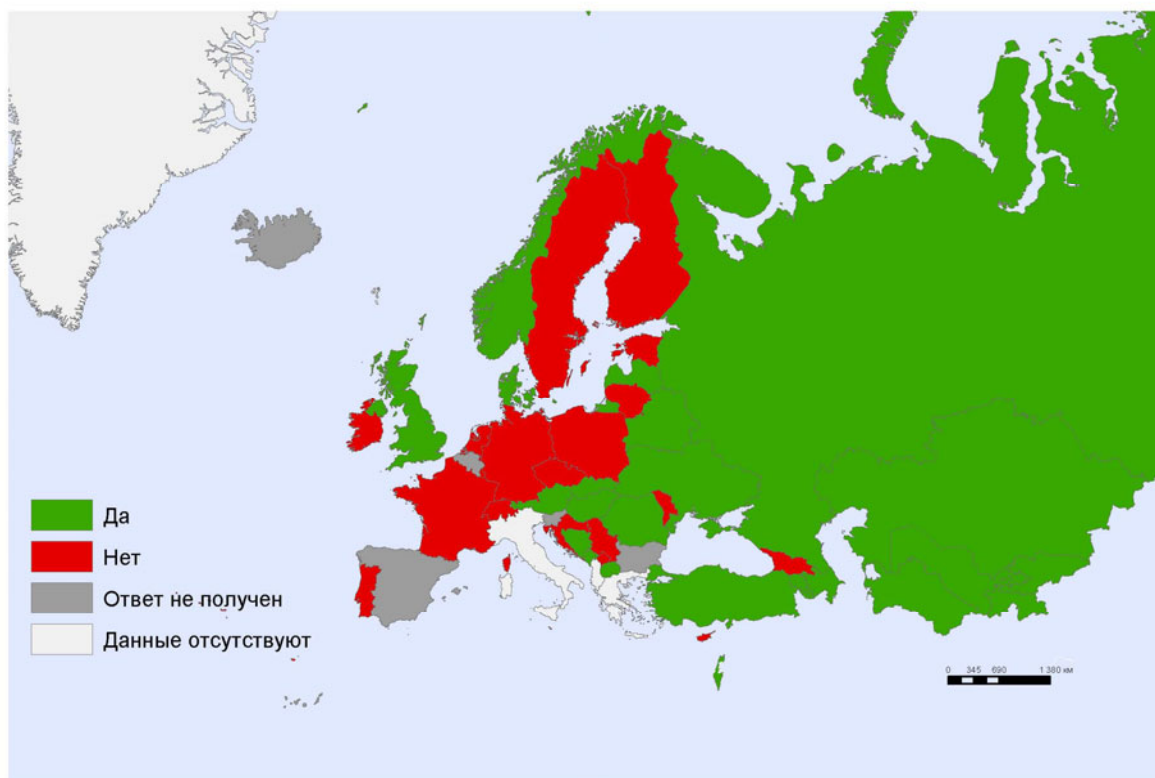
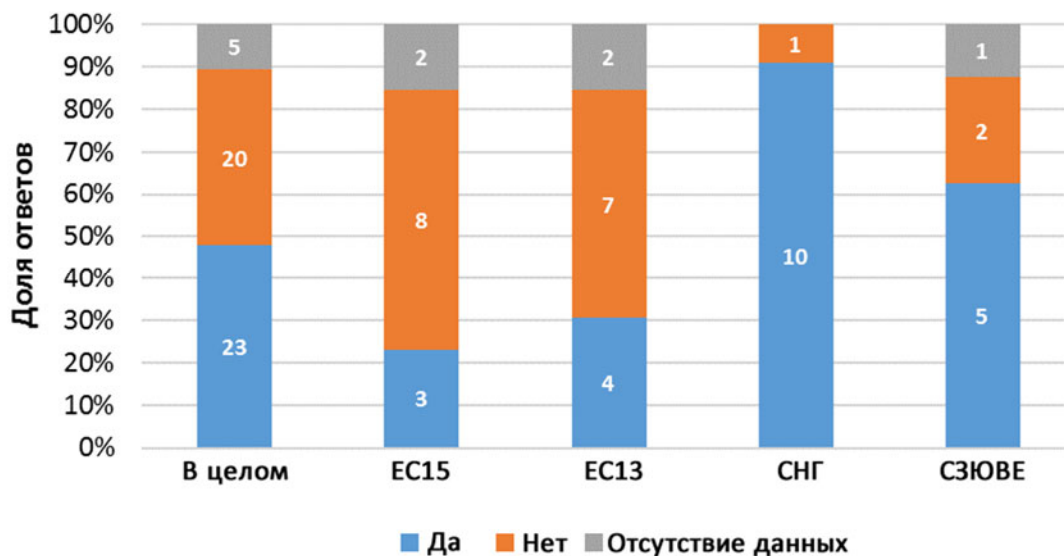


Рисунок 4.6. Сбор данных о разрывах в степени укомплектованности кадрами

Непрерывное образование в области охраны здоровья подростков

Многие страны Региона (28 (58%)) сообщили о наличии механизма непрерывного образования для специалистов по охране здоровья подростков, однако в 11 странах (23%) (как минимум в двух странах в каждой страновой группе) такой системы не существует (рис. 4.7 и 4.8).

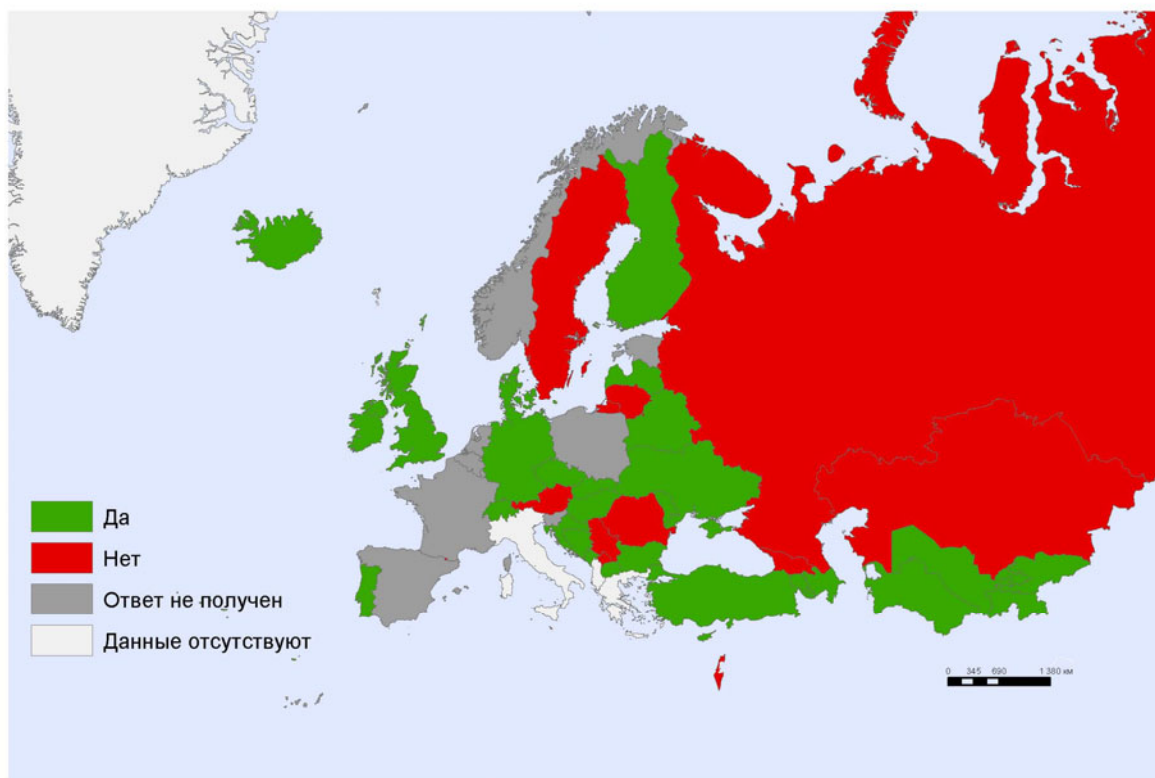
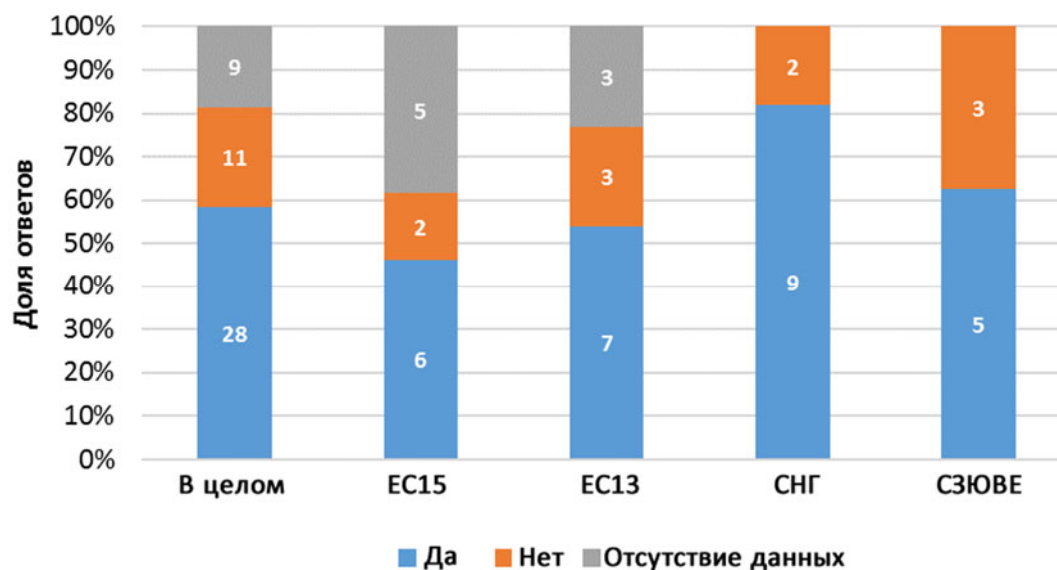
Рисунок 4.7. Механизм непрерывного образования для специалистов по охране здоровья подростков (страны)

Рисунок 4.8. Механизм непрерывного образования для специалистов по охране здоровья подростков (страновые группы)



Услуги

Бесплатные услуги

Двадцать восемь стран (58%) предоставляют подросткам доступ ко всем медицинским услугам на бесплатной основе, в то время как 18 стран (39%) сообщили о том, что они не делают этого (рис. 4.9). Как показано на рисунке 4.10, страны ЕС15 придерживаются разных подходов в вопросе о доступности бесплатных услуг для подростков, в то время как в большинстве других страновых групп доступ к услугам является бесплатным.

Рисунок 4.9. Предоставление подросткам доступа ко всем услугам на бесплатной основе (страны)

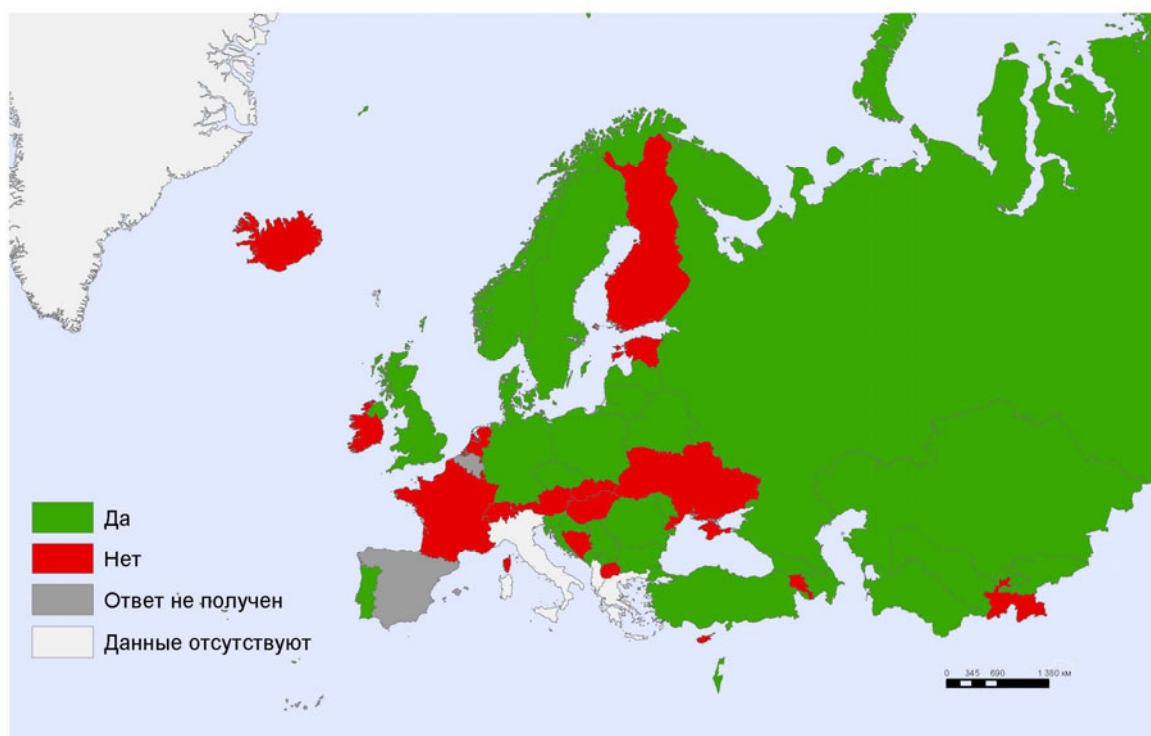
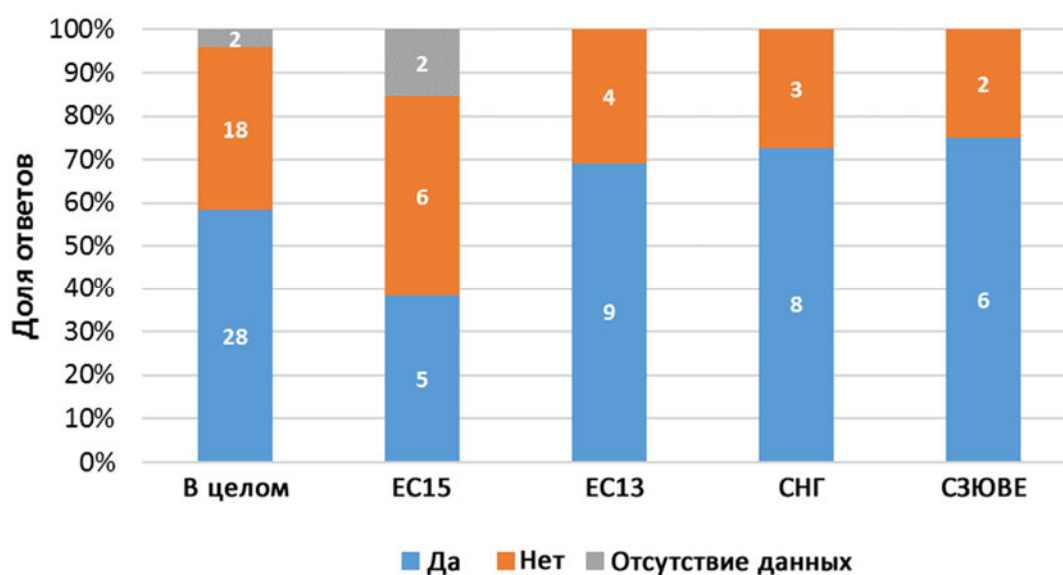


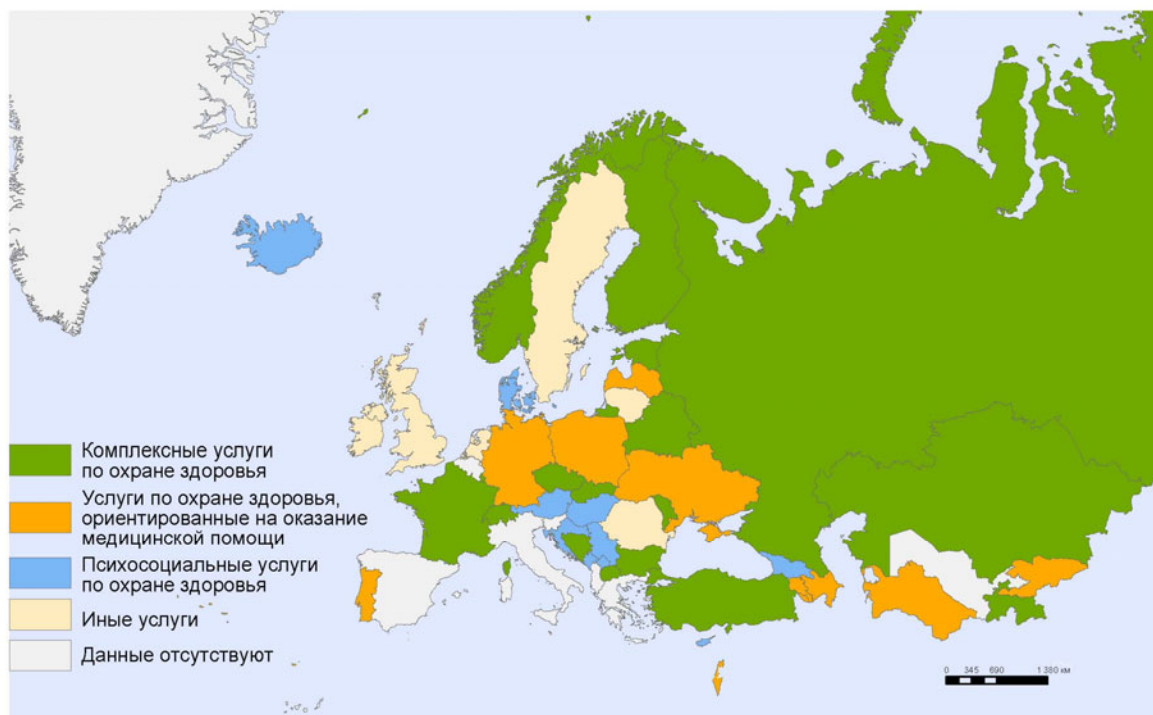
Рисунок 4.10. Предоставление подросткам доступа ко всем услугам на бесплатной основе (страновые группы)



Виды медицинских услуг, учитывающих интересы подростков

Сорок четыре страны (92%) представили качественные ответы на вопрос о видах услуг, учитывающих интересы подростков. Ответы были сгруппированы по четырем основным категориям: комплексные, ориентированные на оказание медицинской помощи, психосоциальные/профилактические и другие услуги.

В отношении комплексного обслуживания 17 стран сообщили о предоставлении набора медицинских, психосоциальных и профилактических услуг, включающих общую медицинскую помощь, консультирование, услуги на базе школ, педиатрические услуги и услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Одиннадцать стран сообщили только о предоставлении услуг, ориентированных на оказание медицинской помощи с акцентом на охрану сексуального и репродуктивного здоровья, а также больничных услуг и медицинских услуг общего характера. В десяти странах предоставлялись психосоциальные/профилактические услуги по охране здоровья с упором на проведение консультаций и медицинское обслуживание в школах. Оставшиеся шесть стран сообщили о предоставлении других видов услуг, таких как услуги, касающиеся воздействия на законодательство и политику для удовлетворения потребности в медицинском обслуживании, учитывающем интересы подростков, а также касающиеся разработки процедуры подтверждения качества, законов о правах ребенка, моделей, ориентированных на молодежь, закона о страховании молодежи, реформы здравоохранения и информации о медицинских услугах, учитывающих интересы подростков. На рисунке 4.11 представлено географическое распределение этих данных.

Рисунок 4.11. Виды услуг по охране здоровья, учитывающих интересы подростков

Переход от педиатрической помощи к медицинскому обслуживанию взрослых

Тридцать стран (63%) сообщили о наличии стратегии перехода от педиатрической помощи к медицинскому обслуживанию взрослых в случаях, когда речь идет о пациентах, нуждающихся в непрерывной медицинской помощи, в то время как в 13 странах (27%) такая стратегия отсутствовала. Рисунки 4.12 и 4.13 отражают географическое распределение этих данных, акцентируя внимание на том, что в СНГ доля стран, имеющих такую стратегию, больше, чем в других страновых группах.

Рисунок 4.12. Наличие законов, нормативных актов или стратегий, касающихся перехода от педиатрической помощи к медицинскому обслуживанию взрослых, для детей, нуждающихся в непрерывной медицинской помощи (страны)

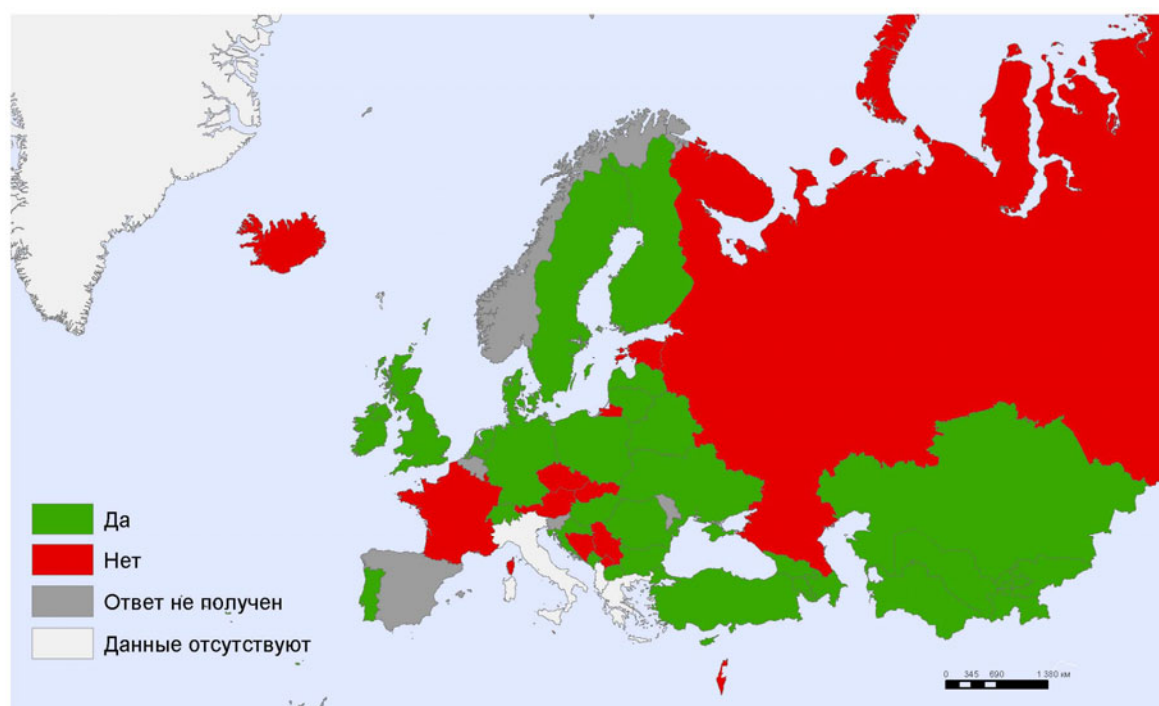
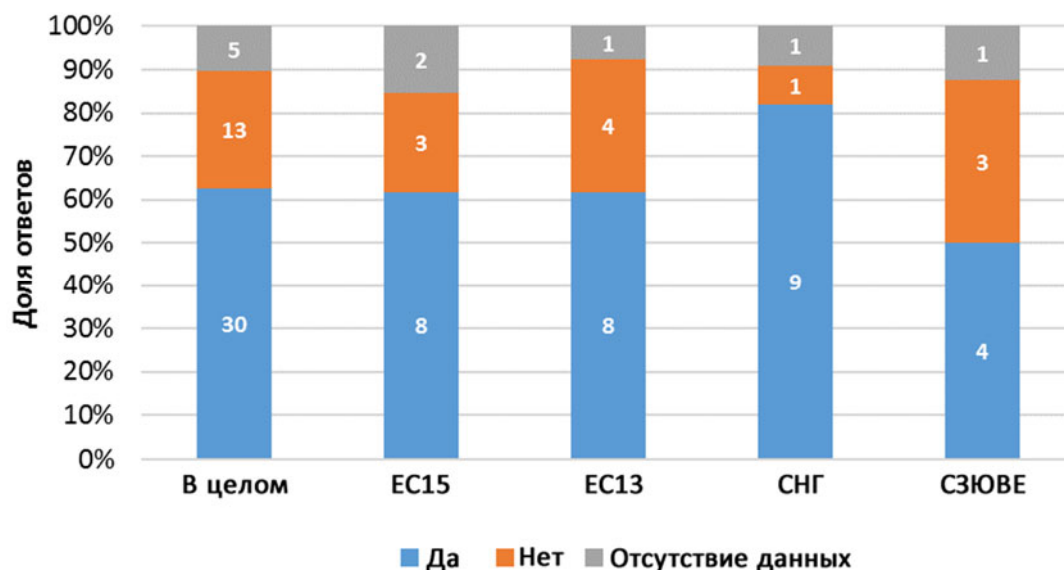


Рисунок 4.13. Наличие законов, нормативных актов или стратегий, касающихся перехода от педиатрической помощи к медицинскому обслуживанию взрослых, для детей, нуждающихся в непрерывной медицинской помощи (страновые группы)



Качество помощи

Механизмы обеспечения качества помощи

Сорок стран (83%) сообщили о наличии механизма для обеспечения качества обслуживания детей и подростков (такого как программа повышения или контроля качества), в то время как в шести странах таких механизмов не существует. Из рисунков 4.14 и 4.15 видно, что все страны, входящие в последнюю категорию, являются членами ЕС.

Рисунок 4.14. Механизм обеспечения качества помощи для детей и/или подростков (страны)

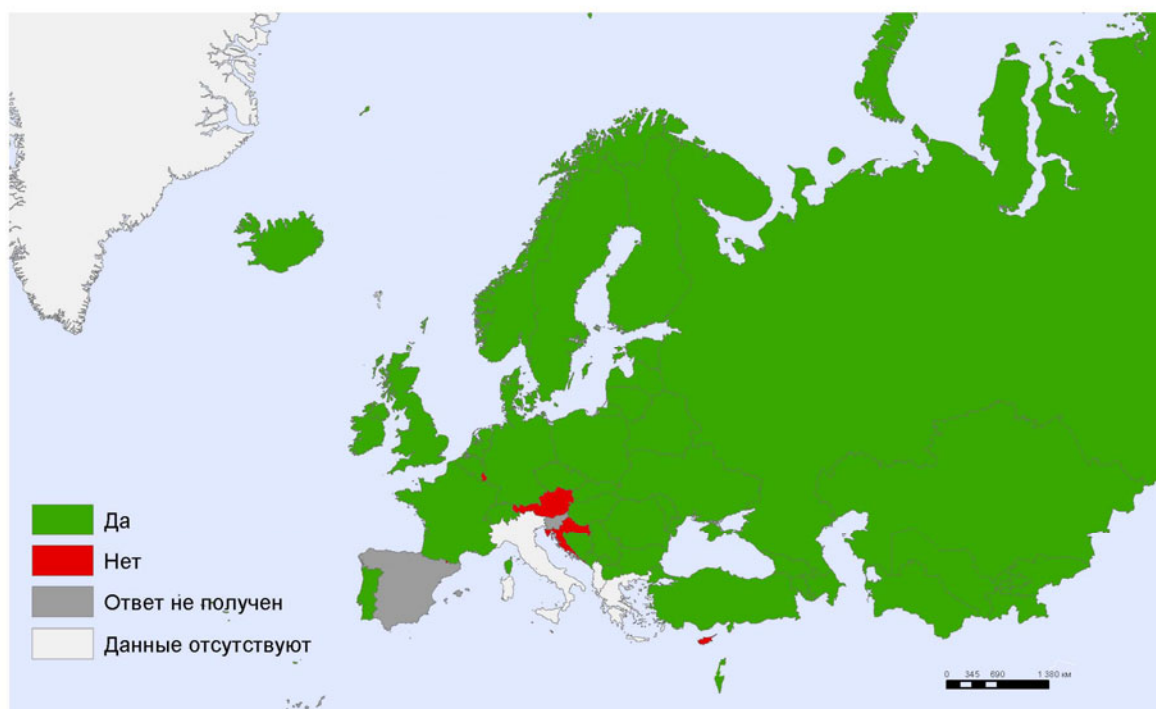
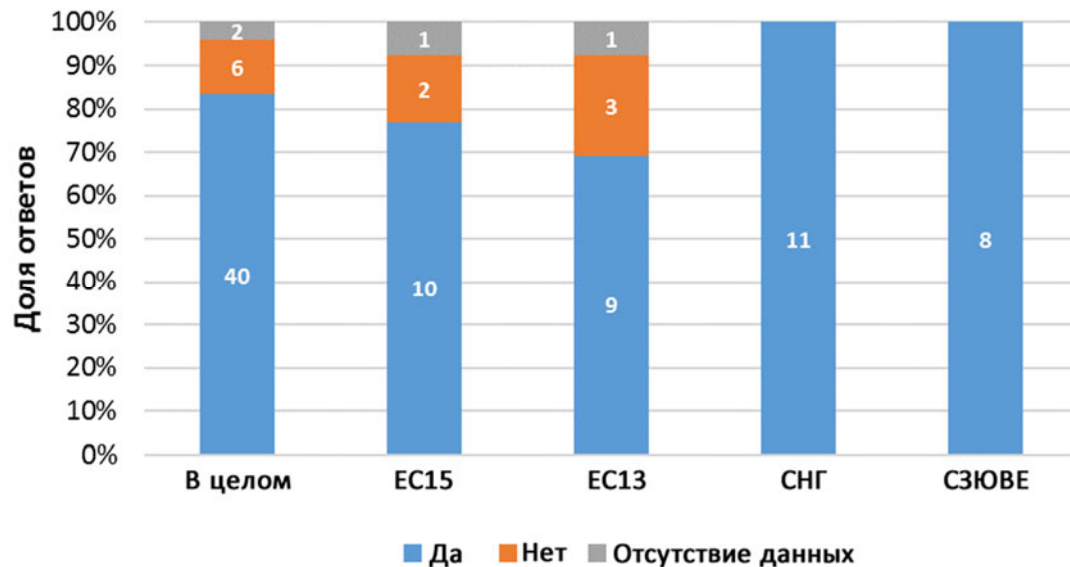


Рисунок 4.15. Механизм обеспечения качества помощи для детей и/или подростков (страновые группы)



Проверки случаев перинатальной смерти

Двадцать семь стран (56%) сообщили о принятии обязательства проводить регулярные проверки случаев перинатальной смерти, в то время как 16 стран (33%) не сделали этого. Рисунки 4.16 и 4.17 свидетельствуют о том, что страны ЕС15 реже проводят такие проверки, чем любая другая страновая группа.

Рисунок 4.16. Наличие юридического обязательства проводить регулярные проверки случаев перинатальной смерти в больницах (страны)

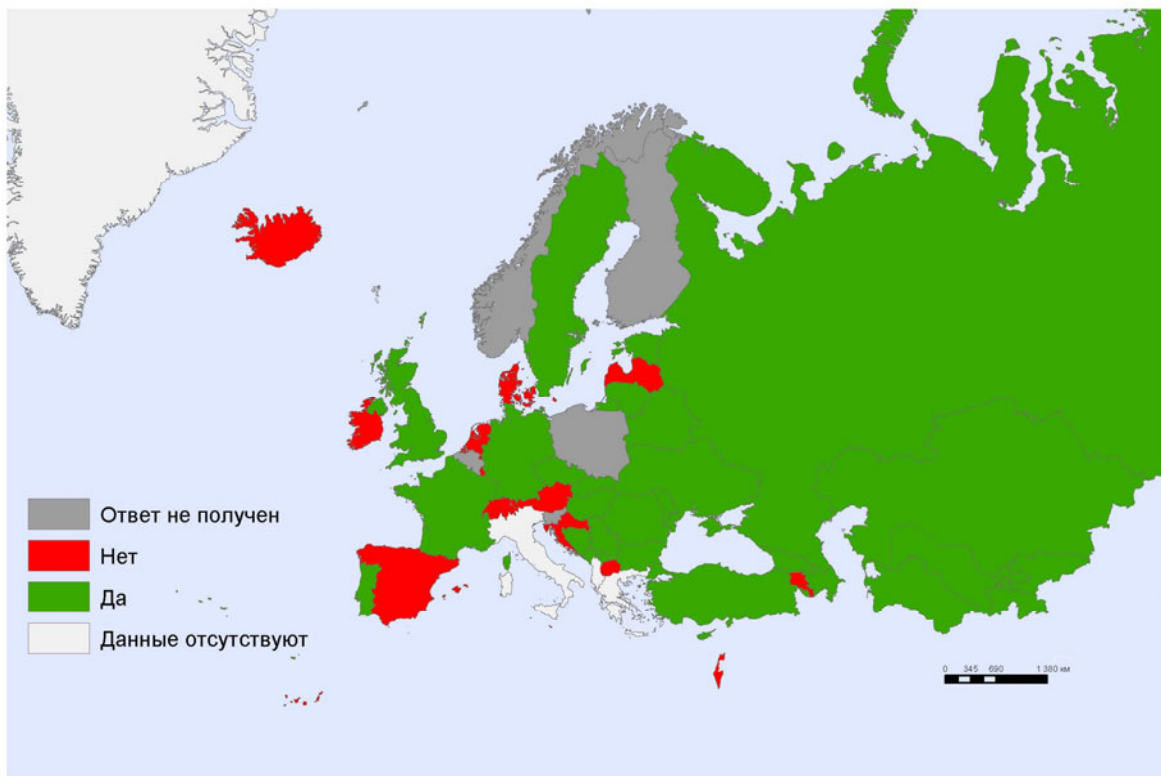
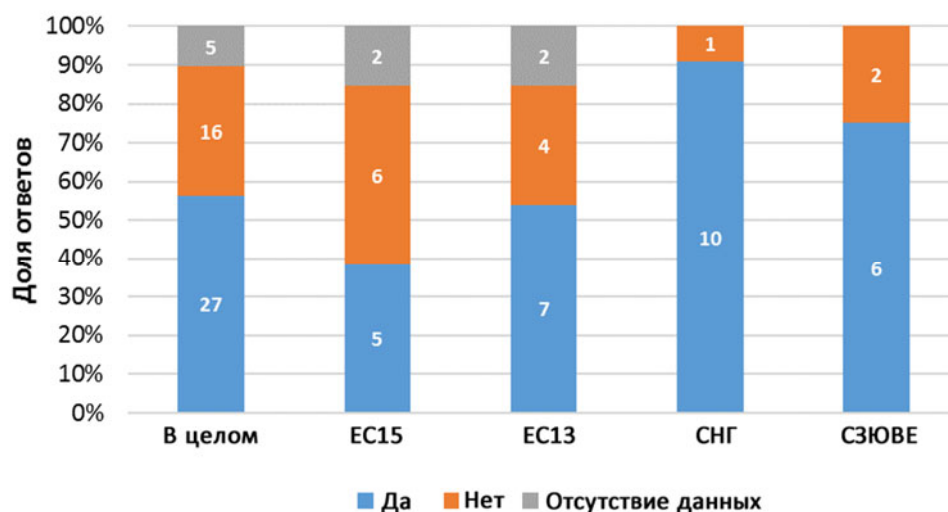


Рисунок 4.17. Наличие юридического обязательства проводить регулярные проверки случаев перинатальной смерти в больницах (страновые группы)



Показатели госпитализации

Показатели госпитализации в разных странах Региона и разных возрастных группах варьируют в широких пределах. Странами были представлены показатели из расчета на 1 тыс. человек для детей в возрасте младше 18 лет в разбивке по возрастным группам. Минимальный показатель для детей младше 5 лет (рис. 4.18) был равен 25 (Португалия), а максимальный – 570 (Республика Молдова) при среднем субрегиональном значении, равном 252. В группе 5–9 лет (рис. 4.19) самый низкий показатель был равен 15 (Норвегия), а самый высокий – 188 (Литва) при среднем субрегиональном значении, равном 83. Минимальный показатель в группе 10–14 лет (рис. 4.20) составил 16 (Норвегия), а максимальный – 154 (Литва) при среднем субрегиональном значении, равном 74. В группе 0–14 лет (рис. 4.21) самый низкий показатель был равен 32 (Норвегия), а самый высокий достиг 275 (Литва) при среднем субрегиональном значении, составившем 135. Для группы 15–18 лет (рис. 4.22) самый низкий показатель составил 22 (Норвегия), а самый высокий – 185 (Литва) при среднем субрегиональном значении, равном 89.

Большинство стран сообщили данные по категории 0–14 лет (см. табл. 4.1), однако примерно половина из них не смогла представить сведения в отношении других возрастных групп. Значения этих показателей отсутствуют в ответах 19–26 стран в зависимости от конкретной возрастной категории.

Рисунок 4.18. Показатели госпитализации для лиц младше 5 лет (страновые группы)

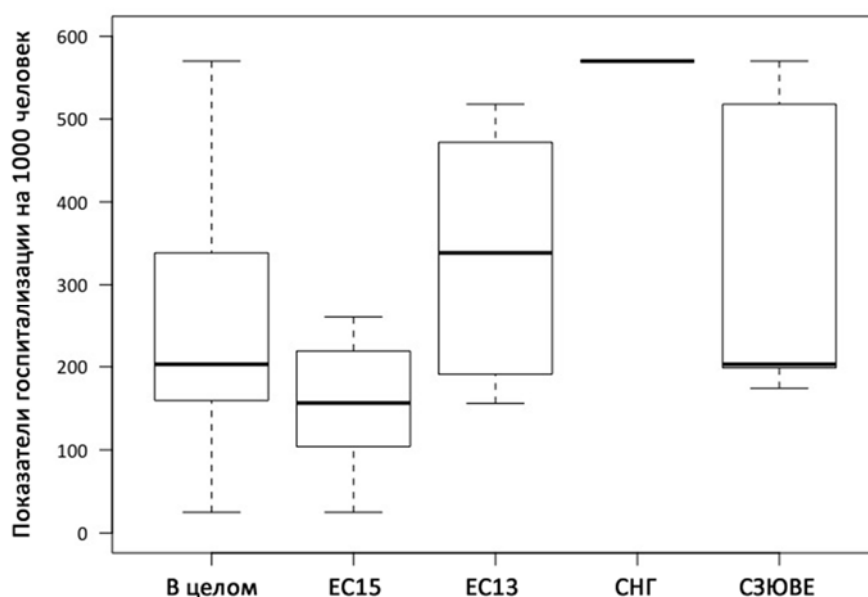


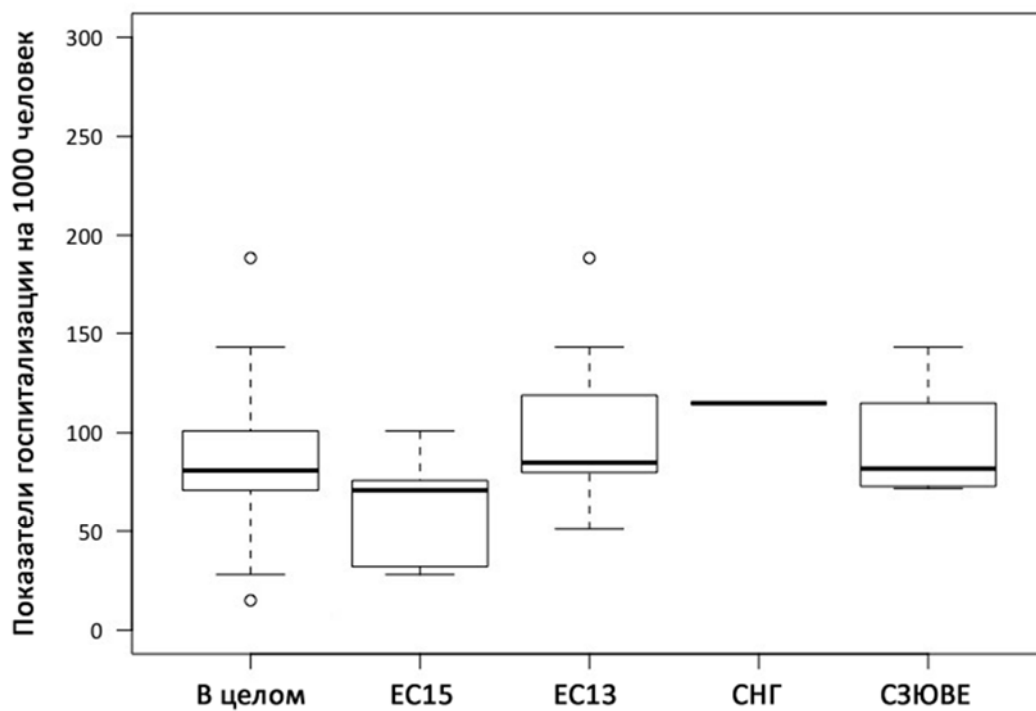
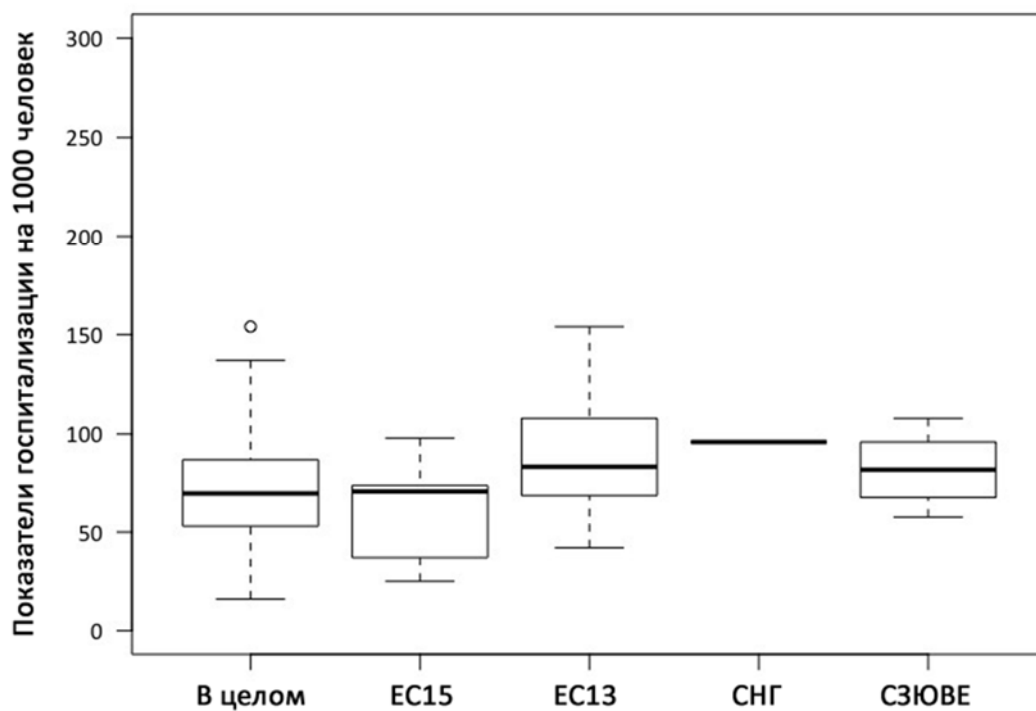
Рисунок 4.19. Показатели госпитализации для лиц 5–9 лет (страновые группы)**Рисунок 4.20.** Показатели госпитализации для лиц 10–14 лет (страновые группы)

Рисунок 4.21. Показатели госпитализации для лиц 0–14 лет (страновые группы)

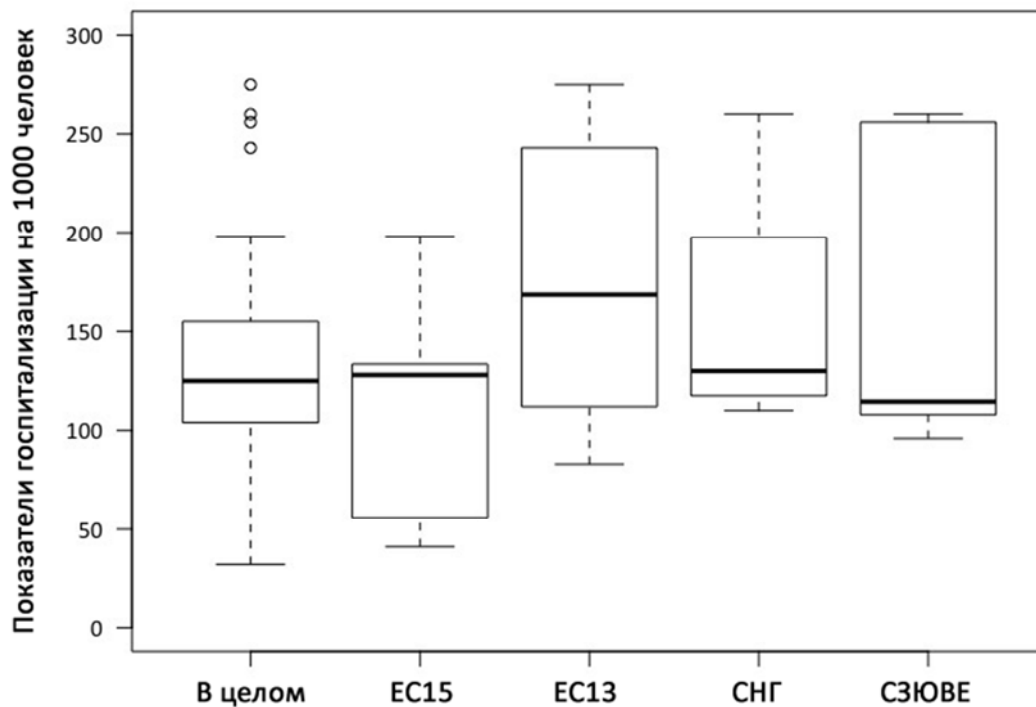
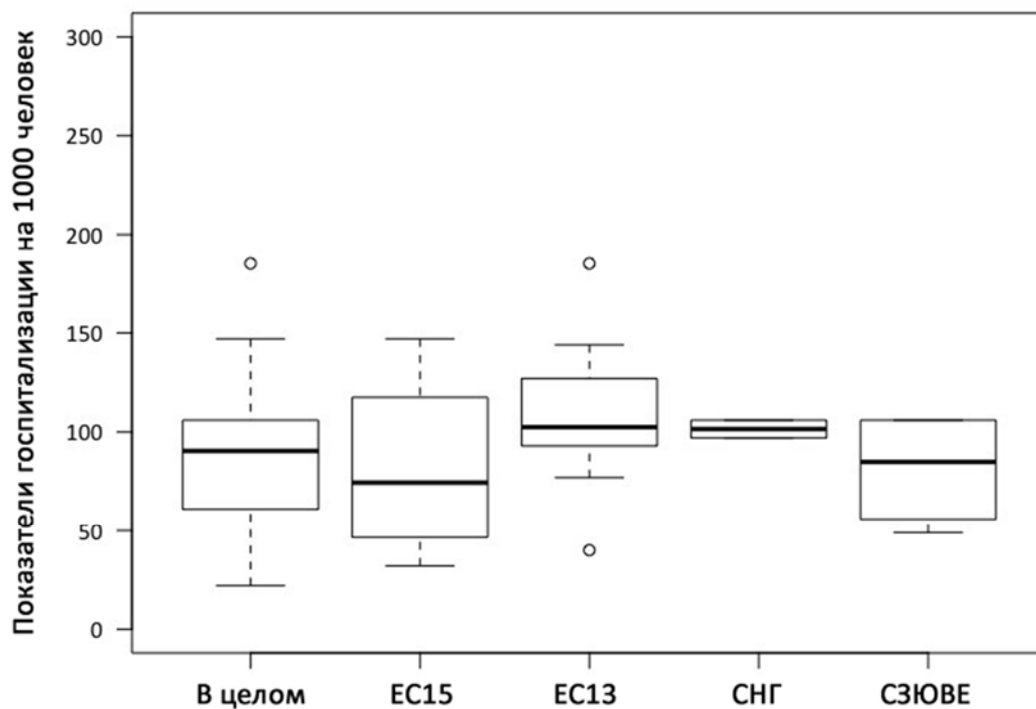


Рисунок 4.22. Показатели госпитализации для лиц 15–18 лет (страновые группы)



Лекарства для детей

Перечень основных лекарственных средств для детей

Пятнадцать стран (31%) сообщили об утверждении перечня основных лекарственных средств для детей, в то время как 25 стран (52%) не принимали подобного документа (рис. 4.23). Рисунок 4.24 показывает, что в странах СНГ, как правило, существует перечень основных лекарственных средств для детей, а страны ЕС чаще не имеют таких перечней. Из 15 стран, сообщивших об утверждении перечня основных лекарственных средств для детей, 13 обнародовали данный перечень, а две не сделали этого (рис. 4.25). Большинство стран, обнародовавших перечень, входят в группу СНГ (рис. 4.26).

Рисунок 4.23. Утверждение перечня основных лекарственных средств для детей (страны)

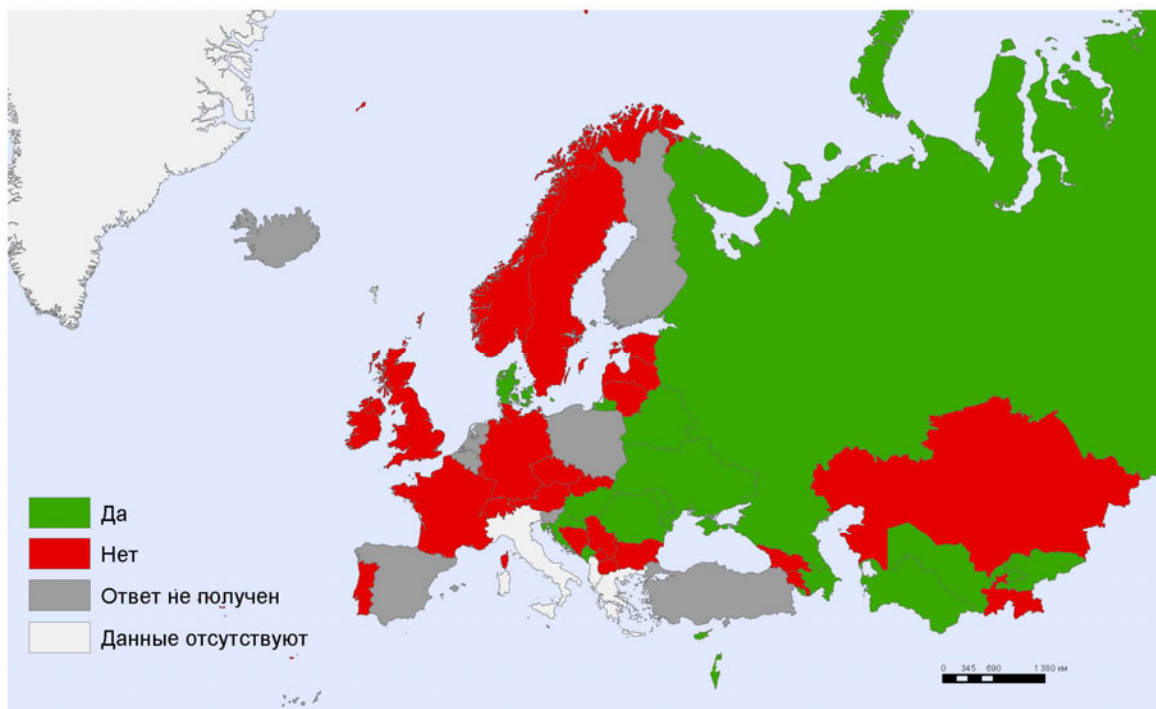


Рисунок 4.24. Утверждение перечня основных лекарственных средств для детей (страновые группы)

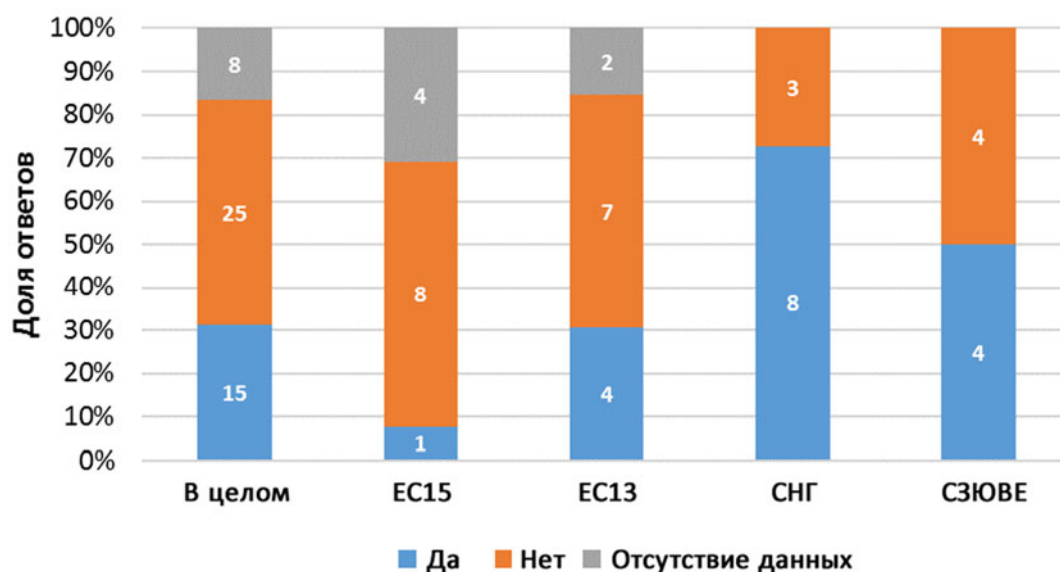
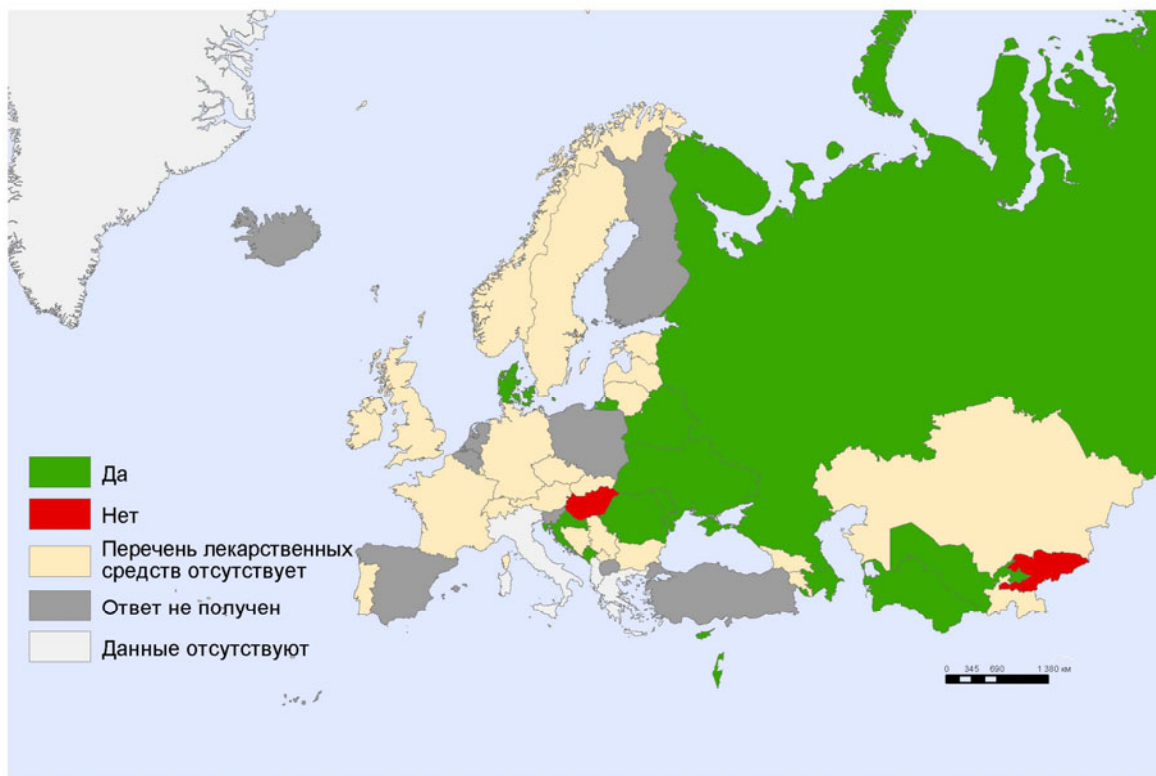
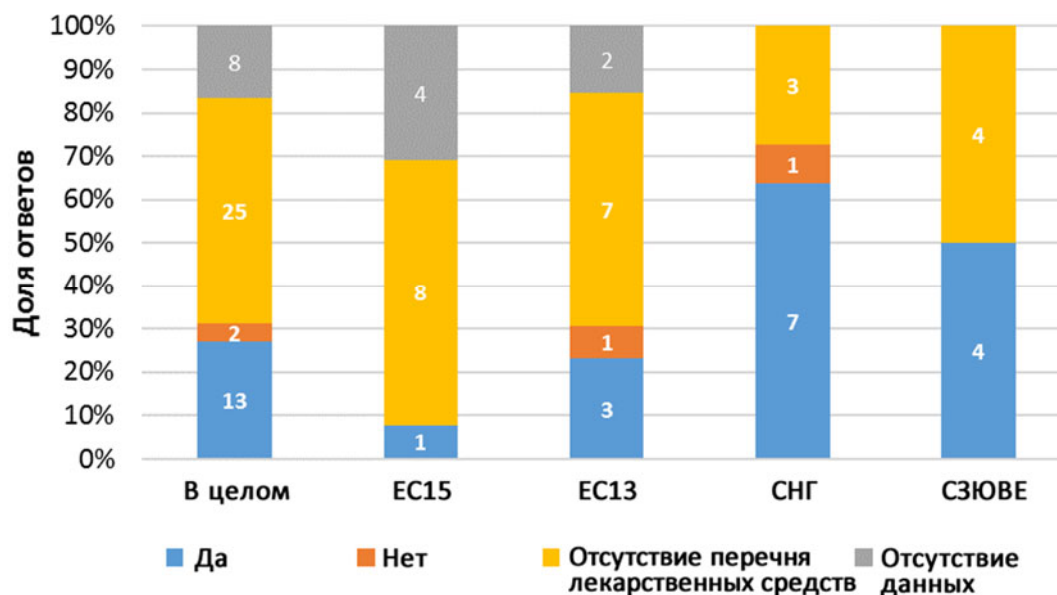
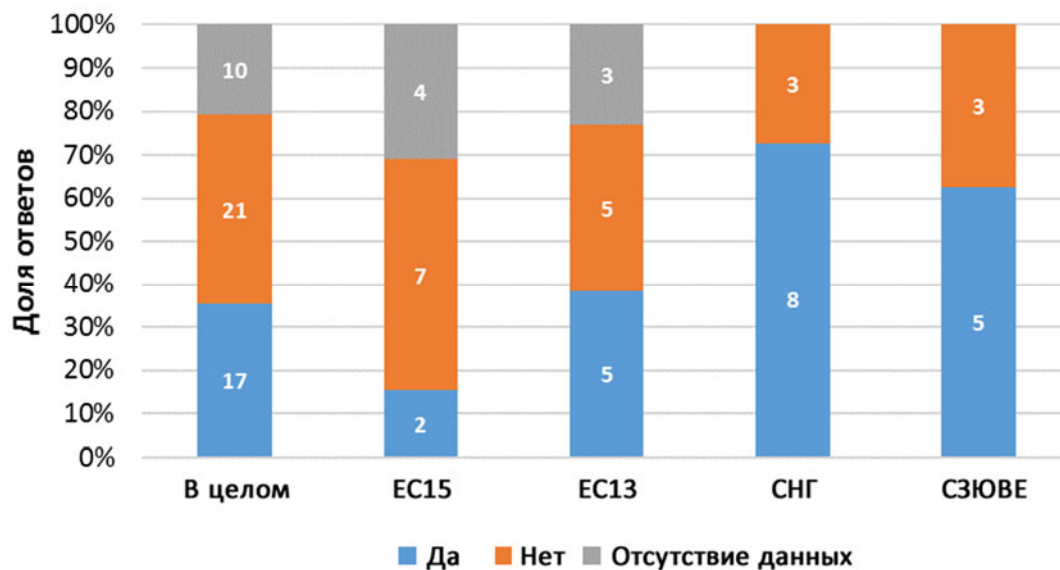


Рисунок 4.25. Обнародование перечня основных лекарственных средств для детей (страны)**Рисунок 4.26.** Обнародование перечня основных лекарственных средств для детей (страновые группы)

Детские формы

Семнадцать стран (35%) сообщили о наличии детских форм всех основных лекарственных средств, в то время как 21 страна (44%) не сделала этого. Рисунок 4.27 показывает, что в группах СНГ и СЗЮВЕ, как правило, существуют лекарственные формы для детей, а страны EC15 реже представляют сведения об их наличии.

Рисунок 4.27. Наличие детских форм всех основных лекарственных средств (страновые группы)



Рецепты

Двадцать две страны (45%) сообщили о наличии информации относительно количества рецептов, выписанных для детей и подростков младше 18 лет, а 21 страна (44%) заявила об отсутствии таких данных (рис. 4.28). Рисунок 4.29 показывает, что страны ЕС13 реже располагают подобной информацией, нежели другие географические группы.

Рисунок 4.28. Сбор информации о количестве рецептов, выписанных для детей и подростков младше 18 лет (страны)

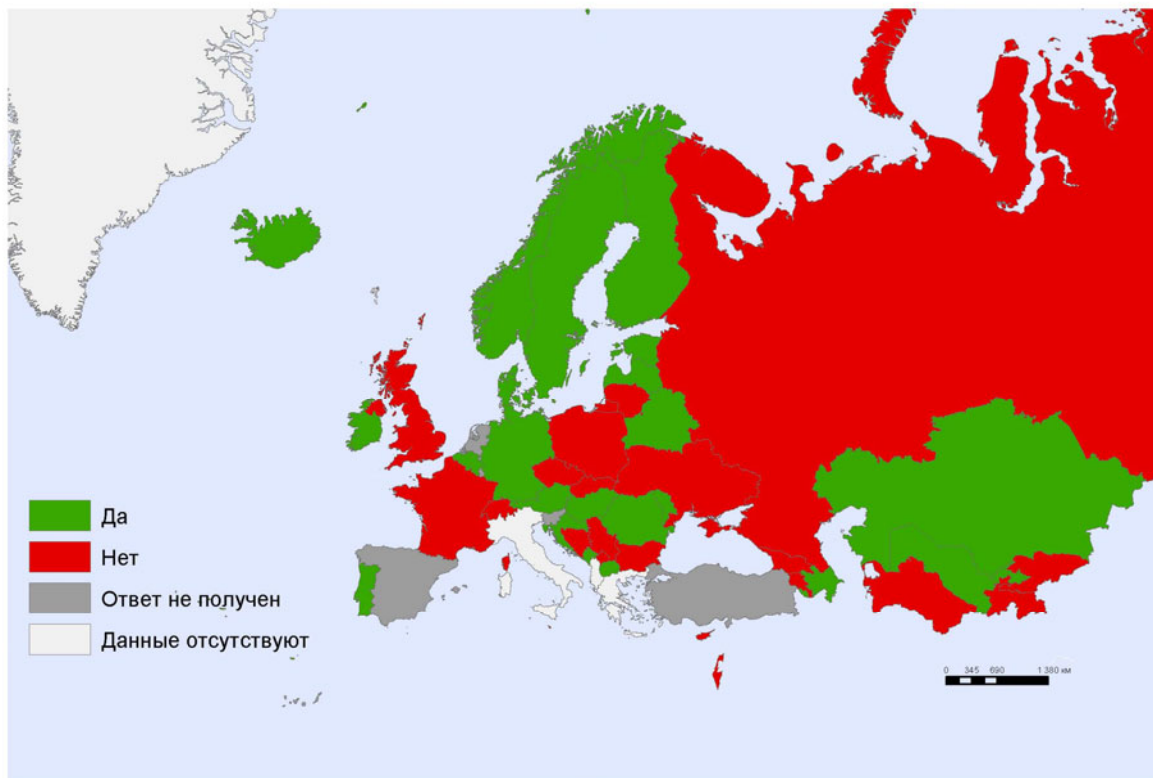
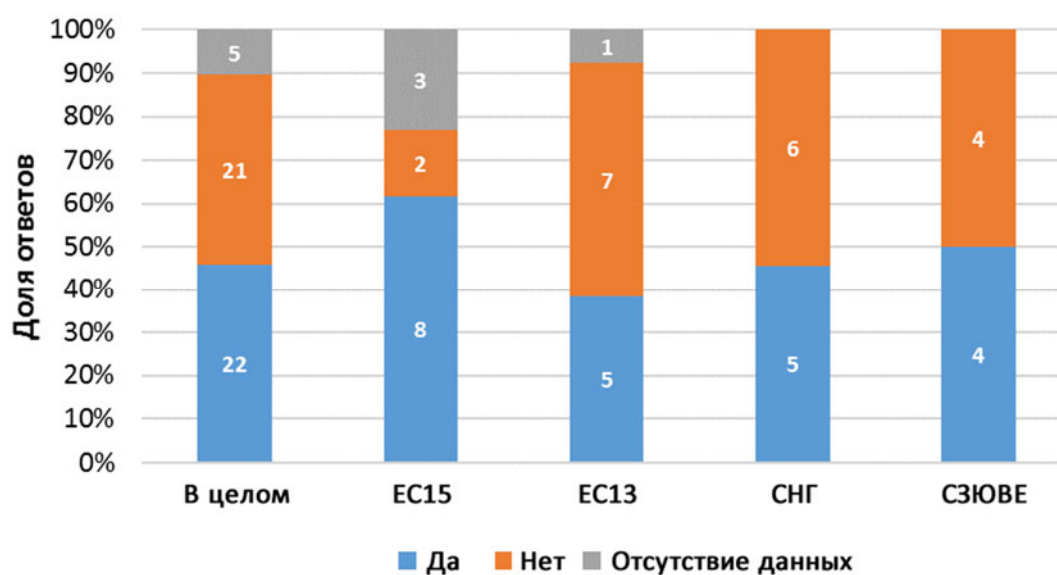


Рисунок 4.29. Сбор информации о количестве рецептов, выписанных для детей и подростков младше 18 лет (страновые группы)



Результаты в широком контексте

Системы здравоохранения должны предусматривать возможность адаптации к меняющимся условиям и потребностям в сфере здравоохранения, например посредством устранения кадровых пробелов в медицинских учреждениях на основе обеспечения специальной подготовки по вопросам охраны здоровья детей или подростков, организации медицинского обслуживания с учетом разных потребностей сельских или городских районов либо разработки способов оказания услуг и его мониторинга (13). Принимая такие меры, системы здравоохранения могут выполнить свое обязательство по обеспечению качественных услуг для всех детей в соответствии с их потребностями.

Трудовые ресурсы

Основой любой системы здравоохранения являются ее трудовые ресурсы. Показатели степени укомплектованности кадрами в Регионе варьируют в широких пределах: в странах ЕС15 работает наибольшее число врачей ОП, в странах СЗЮВЕ зафиксировано наименьшее число медицинских сестер, а в странах СНГ выше число педиатров и медсестер. Действующие в Регионе системы здравоохранения, ориентированные на детей, имеют разную структуру. Проект МОСНА, который еще не завершен, позволит понять, какие методы работы являются наиболее эффективными, на основе систематической оценки видов медицинской помощи, существующих в странах ЕС (2, 3), однако описательные части данного проекта уже обеспечивают наличие отдельных сведений, на которые страны могут опереться. Значительные различия в показателях (как высоких, так и низких) степени укомплектованности кадрами в рамках той или иной системы здравоохранения заставят задуматься о качестве оказываемой помощи. Указанное обследование включало только вопросы по поводу действующих систем, то есть не предусматривало возможности сбора более конкретных сведений о качестве предоставляемой помощи; эту задачу необходимо решить при проведении более детальных обследований в будущем.

Обследование 2017 г. также показало, что почти половина стран, представивших ответы, не собирает данные о разрывах в степени укомплектованности кадрами для оказания услуг по охране здоровья детей и подростков в разбивке по районам. Сбор дезагрегированных данных и их анализ, направленный на устранение разрывов, способствуют целевому инвестированию и распределению ресурсов внутри стран в интересах более справедливого оказания помощи.

Принимаемые меры также должны гарантировать охват услугами маргинализированных подгрупп детей и подростков (14). В главе 3 было показано, что около 60% стран не осуществляют систематический сбор информации о здоровье детей-мигрантов и детей-беженцев и не собирают данные о пробелах в обеспечении им доступа к бесплатным услугам.

В прошлом основной целью являлось выживание детей и, следовательно, оказание помощи детям. В последние годы более пристальное внимание уделялось здоровью подростков. Для продвижения вперед в деле обеспечения охвата всех подростков медицинской помощью необходимо обратить внимание на специальное обучение сотрудников в сфере охраны здоровья подростков (14). Многие страны сообщили о наличии системы подготовки специалистов в области охраны здоровья подростков, однако существуют субрегиональные различия, которые заслуживают внимания. Необходимы инвестиции, которые позволят сделать профессиональное обучение в сфере охраны здоровья подростков одним из базовых компонентов предварительной и непрерывной медицинской подготовки, вне зависимости от того, идет ли речь о врачах ОП или о педиатрах.

ВОЗ определила основные компетенции в сфере обеспечения здоровья и развития подростков, которые должны быть сформированы у медработников первичного звена, с целью оказания странам помощи в развитии кадров, умеющих работать с подростками (14). В руководстве АА-НА! представлены три области основных компетенций сотрудников, обладающих необходимой квалификацией для работы с подростками, которые обеспечивают фундаментальные знания по вопросам охраны здоровья подростков либо навыки ведения лечебной работы в конкретных ситуациях; обучение в этих областях может осуществляться до направления на работу либо на рабочем месте (13). Введение обучения, нацеленного на формирование компетенций в сфере охраны здоровья подростков, в качестве обязательного элемента программ дослужебного и последипломного образования может создать мощный фундамент для формирования медицинских кадров, компетентных в вопросах охраны здоровья подростков (13).

Повышение качества помощи

Имеются возможности для улучшения доступа к бесплатным услугам и внедрения механизмов для оценки качества обслуживания детей и подростков и укрепления подходов к охране здоровья, основанных на соблюдении прав человека (13). Предоставление услуг на безвозмездной основе также может устранить серьезное препятствие, не позволяющее подросткам пользоваться услугами здравоохранения (13). Поскольку в 2016 г. в Европейском регионе коэффициент смертности новорожденных составил 52% от коэффициента смертности детей в возрасте младше 5 лет (15), необходимо предпринять дополнительные усилия по недопущению соответствующих случаев. Одним из методов обеспечения качества является проведение регулярных проверок случаев перинатальной смерти, которые позволяют установить предотвратимые причины смерти и описать обстоятельства, способствовавшие неблагоприятному исходу (15). Существуют аналогичные подходы для работы с детьми старшего возраста (16).

В свете перехода к ЦУР ВОЗ провела серию консультаций в целях пересмотра своих программ по вопросам здоровья детей и внесения в них соответствующих изменений. Главный вывод, сделанный по итогам совещания по выработке новой концепции здоровья детей в Регионе, которое было организовано в Европейском региональном бюро ВОЗ 31 октября – 2 ноября 2017 г., состоял в том, что доработанный подход к охране здоровья детей должен опираться на результаты и опыт пересмотра ИВБДВ на региональном и глобальном уровнях (17).

ИВБДВ – руководство, составленное ВОЗ и ЮНИСЕФ в 1995 г., – содействует применению пакета простых, доступных и эффективных мероприятий в интересах комплексного ведения основных болезней детского возраста и недоедания, включая использование антибиотиков, лечение анемии, иммунизацию и стимулирование грудного вскармливания (18). Предполагается, что этот пакет мероприятий способствовал сокращению детской смертности в период реализации ЦРТ (17, 19). Этот новый подход означает отказ от методов работы, не подтвержденных фактическими данными, противодействие необоснованной медикализации и

отказ от лечения и госпитализации, в которых нет необходимости (17). Следует содействовать применению инновационных инструментов и механизмов, способствующих предоставлению качественных услуг по охране здоровья детей, таких как поддерживающий контроль и совместные подходы к повышению качества работы (17, 20).

Значительную часть случаев заболевания и смерти детей и подростков можно предотвратить. Больницы могут способствовать снижению соответствующих показателей, например, посредством регулярной проверки случаев перинатальной смерти, не предполагающей применения наказаний и опирающейся на опыт. Такой анализ требует пристального внимания и значительной поддержки, что отчасти обусловлено проблемами, связанными с неверной классификацией мертворождений и смертей новорожденных (21). Ситуационные исследования в Республике Молдова и Соединенном Королевстве показывают, каким образом можно организовать проведение этого анализа и продолжать его в течение длительного периода времени (22, 23).

Показатели госпитализации детей варьируют в широких пределах, причем значительные различия отмечаются и в случае разбивки данных по возрастным группам, в связи с чем возникает необходимость в более качественном и последовательном представлении отчетности, и прежде всего в дезагрегировании данных для групп в возрасте от 5 до 18 лет. В главе 3 приведены дополнительные примеры областей, в которых отсутствие дезагрегированных данных повлияло на имеющийся у стран потенциал для устранения неравенства. Снижение показателей госпитализации было отмечено после проведения ВОЗ мероприятия по улучшению качества помощи в рамках кластерного рандомизированного контролируемого исследования в Кыргызстане (24). В работе Lazzarini et al. был сделан вывод о том, что поддерживающий контроль может повысить степень соблюдения клинических рекомендаций и общее качество помощи (24).

Данные стран с высоким и низким уровнем доходов свидетельствуют о том, что для обслуживания подростков зачастую характерны высокая степень фрагментированности, плохая координация и разное качество услуг. Существуют образцово-показательные сегменты, однако в целом обслуживание нуждается в значительном улучшении и приведении в соответствие с действующими руководящими принципами. Глобальные стандарты качества услуг здравоохранения для подростков, разработанные ВОЗ и Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) (25), направлены на оказание политикам и лицам, планирующим деятельность в сфере охраны здоровья, помощи в повышении качества медицинских услуг для подростков. Цель состоит в облегчении подросткам доступа к услугам здравоохранения, в которых они нуждаются, в интересах поддержания, защиты и укрепления их здоровья и благополучия. К числу инструментов оценки качества, которые можно использовать с этой целью, относится опрос клиентов подросткового возраста на выходе из медицинского учреждения, а инструментом оценки охвата может служить опрос подростка в привычной социальной среде (25).

Детские формы и перечни основных лекарственных средств

Детские формы и перечни основных лекарственных средств существуют примерно в каждой третьей стране (35 и 31% соответственно). Страны СНГ чаще имеют такие перечни, нежели страны ЕС. Примерные перечни основных лекарственных средств (26), опубликованные ВОЗ в 1977 г. и обновляемые каждые два года, были разработаны в целях удовлетворения первоочередных потребностей населения в медицинской помощи. В 2007 г. такой перечень был дополнен перечнем основных лекарственных средств для детей, последний вариант которого был опубликован в 2017 г. (27).

Несмотря на предпринятые усилия по обеспечению более широкого признания потребностей детей в перечнях основных лекарственных средств и повышению доступности их форм для детей, отсутствие доступа к соответствующим лекарствам для детей в случаях, когда такие лекарства могут повлиять на их выживание, по-прежнему является проблемой глобального масштаба (28). Кроме того, сообщения о наличии информации в отношении количества рецептов, выписанных для детей и подростков младше 18 лет, поступили менее чем от

половины стран. Без мониторинга невозможно установить факт чрезмерного или недостаточного использования рецептурных препаратов и решить соответствующую проблему. Устранение данного недостатка будет иметь огромное значение для достижения ЦУР, поскольку оно означает не только повышение доступности соответствующих возрасту лекарственных форм, но и отпуск лекарств в оптимальных дозах (28).

Заключение

Системы здравоохранения для детей и подростков отличаются разнообразием. В одних из них первичную медицинскую помощь оказывают педиатры, в то время как в других такие функции возложены на врачей ОП. Эти системы имеют свои преимущества и недостатки, однако все они зависят от наличия достаточного числа специалистов, к которым можно обратиться и которые владеют навыками работы с детьми и подростками и могут делать выводы о состоянии их здоровья. Необходимо собирать и анализировать дезагрегированные данные, помогающие системам здравоохранения выбирать правильные решения для детей и подростков (см. также главы 3 и 8). Перечень основных лекарственных средств для детей и детские формы всех основных лекарств являются важными инструментами, которые должны быть приняты всеми странами Региона. В каждой из них необходимо разрабатывать и внедрять национальные стандарты качества, системы мониторинга и процедуры повышения качества в соответствии со стандартами ВОЗ.

В таблицу 4.1 включены все показатели, используемые в этой главе, а также данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 4.1. Системы здравоохранения и качество помощи: сводная таблица

Страна	Переход от педиатрической помощи к медицинскому обслуживанию взрослых для обеспечения непрерывной медицинской помощи	Механизм обеспечения качества помощи	Механизм непрерывного образования для специалистов по охране здоровья подростков	Обязательство проводить регулярные проверки случаев перинатальной смерти	Обнародование перечня основных лекарственных средств для детей	Детские формы всех основных лекарственных средств	Информация о количестве рецептов	Сбор данных о разрывах в степени укомплектованности кадрами	Модели оказания помощи	Код страны										
Австрия	Нет	Нет	Нет	Нет	ПО	Нет	Да	Да	Смешанная система	AUT										
Азербайджан	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Смешанная система	AZE										
Албания	-	-	-	-	-	-	-	-	Помощь врачей ОП	ALB										
Андорра	Нет	Нет	Нет	Нет	ПО	Нет	Нет	Нет	Помощь врачей ОП	AND										
Армения	Да	Да	Да	Нет	ПО	Да	Нет	Да	Смешанная система	ARM										
Беларусь	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Помощь педиатров	BLR										
Бельгия	-	Да	-	-	-	-	Да	-	Смешанная система	BEL										
Болгария	Да	Да	Да	Да	ПО	Да	Нет	-	Помощь врачей ОП	BGR										
Босния и Герцеговина	Нет	Да	Да	Да	ПО	Нет	Нет	Да	Помощь педиатров	BIH										
Венгрия	Да	Да	Да	Да	НО	Да	Да	Да	Смешанная система	HUN										
Германия	Да	Да	Да	Да	ПО	Нет	Да	Нет	Помощь педиатров	DEU										
Греция	-	-	-	-	-	-	-	-	Помощь педиатров	GRC										
Грузия	Да	Да	Нет	Да	ПО	Нет	Нет	Нет	Смешанная система	GEO										
Дания	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Помощь врачей ОП	DNK										
Израиль	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Смешанная система	ISR										
Ирландия	Да	Да	Да	Нет	ПО	Да	Да	Нет	Помощь врачей ОП	IRL										
Исландия	Нет	Да	Да	Нет	-	-	Да	-	Помощь врачей ОП	ISL										
Испания	-	-	-	Нет	-	-	-	-	Помощь педиатров	ESP										
Италия	-	-	-	-	-	-	-	-	Смешанная система	ITA										
Казахстан	Да	Да	Нет	Да	ПО	Да	Да	Да	Смешанная система	KAZ										
Кипр	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Помощь педиатров	CYP										
Кыргызстан	Да	Да	Да	Да	НО	Нет	Нет	Да	Помощь врачей ОП	KGZ										
Латвия	Да	Да	Да	Нет	ПО	Да	Да	Да	Помощь врачей ОП	LVA										
Литва	Да	Да	Нет	Да	ПО	-	Нет	Нет	Смешанная система	LTU										
Люксембург	Нет	Нет	-	Нет	ПО	-	-	Нет	Смешанная система	LUX										
Мальта	Нет	Нет	Нет	Нет	ПО	Нет	Нет	Нет	Помощь врачей ОП	MLT										
МКД ^a	Да	Да	Да	Нет	ПО	Нет	Да	Да	Смешанная система	MKD										
Монако	-	-	-	-	-	-	-	-	-	MCO										
Нидерланды	Да	Да	-	Нет	-	-	-	Нет	Помощь врачей ОП	NLD										
Норвегия	-	Да	-	-	ПО	-	Да	Да	Смешанная система	NOR										
Польша	Да	Да	-	-	-	-	Нет	Нет	Смешанная система	POL										
Португалия	Да	Да	Да	Да	ПО	Нет	Да	Нет	Смешанная система	PRT										
Республика Молдова	-	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Помощь врачей ОП	MDA										
Российская Федерация	Нет	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Помощь педиатров	RUS										
Румыния	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Помощь врачей ОП	ROU										
Сан-Марино	-	-	-	-	-	-	-	-	-	SMR										
Сербия	Нет	Да	Нет	Да	ПО	Нет	Нет	Нет	Смешанная система	SRB										
Словакия	Нет	Да	Да	Да	ПО	Нет	Нет	Да	Помощь педиатров	SVK										
Словения	-	-	-	-	-	-	-	-	Помощь педиатров	SVN										
Соединенное Королевство	Да	Да	Да	Да	ПО	Нет	Нет	Да	Помощь врачей ОП	GBR										
Таджикистан	Да	Да	Да	Да	ПО	Да	Нет	Да	Смешанная система	TJK										
Туркменистан	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Помощь врачей ОП	TKM										
Турция	Да	Да	Да	Да	-	-	-	Да	Смешанная система	TUR										
Узбекистан	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Помощь врачей ОП	UZB										
Украина	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Смешанная система	UKR										
Финляндия	Да	Да	Да	-	-	Да	Да	Нет	Помощь врачей ОП	FIN										
Франция	Нет	Да	-	Да	ПО	Нет	Нет	Нет	Смешанная система	FRA										
Хорватия	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Помощь педиатров	HRV										
Черногория	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Смешанная система	MNE										
Чехия	Нет	Да	Да	Да	ПО	Нет	Нет	Нет	Помощь педиатров	CZE										
Швейцария	Да	Да	Да	Нет	ПО	Нет	Нет	Нет	Смешанная система	CHE										
Швеция	Да	Да	Нет	Да	ПО	Нет	Да	Нет	Помощь врачей ОП	SWE										
Эстония	Нет	Да	Да	-	Да	ПО	Нет	Да	Нет	Помощь врачей ОП	EST									
% В целом	Да, Нет, (НО), (ПО)	63	27	83	13	58	23	56	33	27	4	52	35	44	46	44	48	42	18	Помощь врачей ОП
% ЕС15	Да, Нет, (НО), (ПО)	62	23	77	15	46	15	38	46	8	0	62	15	54	62	15	23	62	10	Помощь педиатров
% ЕС13	Да, Нет, (НО), (ПО)	62	31	69	23	54	23	54	31	23	8	54	38	38	38	54	31	54	21	Смешанная система
% СНГ	Да, Нет, (НО), (ПО)	82	9	100	0	82	18	91	9	64	9	27	73	27	45	55	91	9	4	Отсутствует
% СЗЮВЕ	Да, Нет, (НО), (ПО)	50	38	100	0	63	38	75	25	50	0	50	63	38	50	50	63	25		

ОС – отсутствие стратегии. ПЛ – планируется. Ч – частичное наличие. П – подготовка. ПО – перечень отсутствует.

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Таблица 4.1 (продолж.)

Число врачей ОП на 100 тыс. человек	Число педиатров общего профиля на 100 тыс. человек	Число медсестер на 100 тыс. человек	Показатель госпитализации лиц младше 5 лет на 1000 лиц аналогичного возраста	Показатель госпитализации лиц 5–9 лет на 1000 лиц аналогичного возраста	Показатель госпитализации лиц 10–14 лет на 1000 лиц аналогичного возраста	Показатель госпитализации лиц 15–18 лет на 1000 лиц аналогичного возраста	Показатель госпитализации лиц 0–14 лет на 1000 лиц аналогичного возраста	Код страны	Страна
164	16	787	201	101	98	147	133	AUT	Австрия
92	42	605	–	–	–	–	–	AZE	Азербайджан
–	5	430	–	–	–	–	–	ALB	Албания
–	26	355	121	56	43	61	73	AND	Андорра
51	26	456	–	–	–	97	135	ARM	Армения
–	40	1016	–	–	–	–	–	BLR	Беларусь
112	13	952	–	–	–	–	–	BEL	Бельгия
66	20	447	518	143	108	106	256	BGR	Болгария
19	10	515	–	–	–	–	–	BIH	Босния и Герцеговина
34	27	643	315	80	69	94	155	HUN	Венгрия
169	12	1296	–	–	–	–	–	DEU	Германия
32	30	355	–	–	–	–	–	GRC	Греция
88	32	328	222	108	53	64	128	GEO	Грузия
69	7	1631	260	71	71	88	134	DNK	Дания
105	31	482	–	–	–	–	96	ISR	Израиль
163	9	1237	–	–	–	–	133	IRL	Ирландия
57	5	1533	–	–	–	–	–	ISL	Исландия
75	26	515	104	28	25	32	52	ESP	Испания
89	29	614	–	–	–	–	–	ITA	Италия
31	38	747	–	–	–	–	–	KAZ	Казахстан
42	33	490	156	51	42	40	83	CYP	Кипр
–	10	558	–	–	–	–	110	KGZ	Кыргызстан
67	13	488	472	119	137	144	243	LVA	Латвия
92	27	755	483	188	154	185	275	LTU	Литва
88	15	1196	–	–	–	–	41	LUX	Люксембург
81	16	798	163	82	68	99	104	MLT	Мальта
97	19	366	203	72	82	56	119	MKD	МКД ^a
133	28	1564	–	–	–	–	–	MCO	Монако
145	9	840	–	–	–	–	–	NLD	Нидерланды
87	14	1667	64	15	16	22	32	NOR	Норвегия
33	13	521	–	–	–	–	–	POL	Польша
217	18	605	25	–	–	–	198	PRT	Португалия
50	14	607	570	115	96	106	260	MDA	Республика Молдова
47	21	389	–	–	–	–	–	RUS	Российская Федерация
75	12	565	–	–	–	–	–	ROU	Румыния
–	–	833	–	–	–	–	–	SMR	Сан-Марино
90	28	596	174	82	68	85	108	SRB	Сербия
41	20	575	414	88	85	125	196	SVK	Словакия
58	26	827	–	–	–	–	–	SVN	Словения
80	16	823	–	–	–	–	–	GBR	Соединенное Королевство
–	22	391	–	–	–	–	–	TJK	Таджикистан
79	7	434	–	–	–	–	125	TKM	Туркменистан
54	9	183	–	–	–	–	–	TUR	Турция
46	26	1036	–	–	–	–	–	UZB	Узбекистан
39	27	717	–	–	–	–	–	UKR	Украина
120	9	1412	–	–	–	–	–	FIN	Финляндия
160	12	995	219	76	74	–	123	FRA	Франция
78	19	621	191	76	69	77	112	HRV	Хорватия
39	27	512	199	73	58	49	110	MNE	Черногория
70	12	800	362	96	87	127	182	CZE	Чехия
111	19	1736	–	–	–	–	–	CHE	Швейцария
64	10	839	112	32	37	61	60	SWE	Швеция
89	13	617	248	82	82	93	137	EST	Эстония
83	19	760	252	83	74	89	135		Средний показатель
217	42	1736	570	188	154	185	275		Максимальное значение
PRT	AZE	CHE	MDA	LTU	LTU	LTU	LTU		Страна с максимальным показателем
19	5	183	25	15	16	22	32		Минимальное значение
BIH	ALB	TUR	PRT	NOR	NOR	NOR	NOR		Страна с минимальным показателем

Ссылки

1. Weber MW, Backhaus S, Chukwujama O, Fenski F, Henking C, Schatte L et al. Pädiatrische versorgungskonzepte in Europa. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2018;166(2): doi:0.1007/s00112-017-0426-6 (на немецком языке).
2. Blair M, Rigby M, Alexander D. Final report on current models of primary care for children, including sections on context, operation and effects, and related business models (Commission Deliverable D6 (D1.2)). London: Models of Child Health Appraised; 2017 (http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20170228_Deliverable-D6-1.2_Final-Report-on-Current-Models-of-Primary-Care-for-Children.pdf).
3. Minicuci N, Corso B, Rocco I. Identification of models of children's primary care: systematic review and meta-analysis of the literature (Commission Deliverable: report on systematic review and meta-analysis for MOCHA WP1 (edition 1)). London: Models of Child Health Appraised; 2016 (http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/Deliverable-2-D1.1_MOCHA-Systematic-review-1.pdf).
4. Bali D, Kuli-Lito G, Ceka N, Godo A. Maternal and child health care services in Albania. *J Pediatr.* 2016;177:S11–20.
5. Baranov A, Namazova-Baranova L, Albitskiy V, Ustinova N, Terletskaya R, Komarova O. The Russian child health care system. *J Pediatr.* 2016;177:S148–55.
6. Bogdanović R, Lozanović D, Pejović Milovančević M, Sokal Jovanović L. The child health care system of Serbia. *J Pediatr.* 2016;177:S156–72.
7. Cullu F, Vural M. An overview on child health care in Turkey. *J Pediatr.* 2016;177:S213–6.
8. Jenni OG, Sennhauser FH. Child health care in Switzerland. *J Pediatr.* 2016;177:S203–12.
9. Margvelashvili L, Karseladze R, Abesadze G, Kvlividze O. Child health care in Georgia. *J Pediatr.* 2016;177:S68–70.
10. Sargsyan S, Movsesyan Y, Melkumova M, Babloyan A. Child and adolescent health in Armenia: experiences and learned lessons. *J Pediatr.* 2016;177:S21–34.
11. Tasher D, Rubin L, Grossman Z, Grotto I, Dahan D, Berlowitz Y et al. Child health care in Israel. *J Pediatr.* 2016;177:S107–15.
12. Tasic V, Danilovski D, Gucev Z. The child health care system of Macedonia. *J Pediatr.* 2016;177:S127–37.
13. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=13A7A25F99326D5B5DC9F69CFC5F7E92?sequence=1>).
14. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers, including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/).
15. Важен каждый ребенок: аудит и анализ случаев мертворождения и неонатальной смерти. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/stillbirth-neonatal-death-review/ru/).
16. Child Healthcare Problem Identification Programme. South Africa: Child PIP; 2012 (http://www.childpip.org.za/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=35).
17. Meeting on child health redesign in the WHO European Region: Copenhagen, Denmark, 31 October–2 November 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/364530/child-health-redesign-meeting-eng.pdf?ua=1).
18. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1).
19. Costello AM, Dalglish SL on behalf of the Strategic Review Study Team. Towards a grand convergence for child survival and health: a strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategic-review-child-health-immci/en/).

20. Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в Европейском регионе ВОЗ: региональная программа поддержки внедрения политики «Здоровье-2020». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/330958/RMNCAH-QI-Framework-ru.pdf?ua=1).
21. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA): progress report 2014–15. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205631/9789241510356_eng.pdf?sequence=1).
22. Maternal and perinatal death reviews in the UK. B: World Health Organization [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/united-kingdom/en/).
23. Maternal death reviews in Moldova. B: World Health Organization [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal-death-surveillance/case-studies/moldova/en/).
24. Lazzerini M, Shukurova V, Davletbaeva M, Monolbaev K, Kulichenko T, Akoev Y et al. Improving the quality of hospital care for children by supportive supervision: a cluster randomized trial, Kyrgyzstan. Bull World Health Organ. 2017;95:397–407. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.176982> (<http://www.who.int/bulletin/volumes/95/6/16-176982/en/>).
25. Global standards for quality health care services for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/).
26. WHO model list of essential medicines. 20th list (март 2017 г.) (с поправками, внесенными в августе 2017 г.). Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/6th_EMLc2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1).
27. WHO model list of essential medicines for children. 6th list (март 2017 г.) (с поправками, внесенными в августе 2017 г.). Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/6th_EMLc2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1).
28. Hoppu K, Sri Ranganathan S. Essential medicines for children. Arch Dis Child. 2015;100(Suppl. 1):s38–42. doi:10.1136/archdischild-2013-305705.

5. Права и участие

Введение

В данной главе обобщаются показатели, включенные в страновые профили и базовое обследование и касающиеся прав юношей и девушек и их участия в усилиях по реализации национальной стратегии. Ее содержание связано с общим приоритетом Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков – привлечением общественного внимания к жизни детей, а также со вторым приоритетом этой стратегии, заключающимся в реформировании стратегического руководства в области охраны здоровья детей и подростков и поддержке развития в подростковом периоде.

В данной главе описываются способы реализации и признания прав детей и подростков на здоровье и отмечаются имеющиеся у них возможности для участия в процессе разработки и применения указанных стратегий. Полученные результаты рассматриваются в широком контексте в соответствии с КПП ООН (1).

Основные результаты

- В 35 странах существует омбудсмен, которому поручено защищать право детей и подростков на здоровье, и практически все страны отметили постоянное представление ими сведений о состоянии здоровья населения в рамках докладов по КПП ООН.
- В 15 странах с детьми и молодежью не консультируются при пересмотре, разработке или реализации стратегии охраны здоровья детей и подростков.
- О наличии доступа к противозачаточным средствам или абортam без согласия родителей сообщили 32 и 23 страны соответственно.
- Менее половины стран сообщают о систематическом сборе информации, касающейся осведомленности детей и подростков о половой жизни.
- Политика в отношении согласия несовершеннолетних и совершеннолетних лиц, конфиденциальности и предоставления подросткам возможности обратиться за помощью без согласия родителей существует в трех четвертях стран.

Результаты

Представление докладов в соответствии с КПП ООН

Все страны отметили постоянное представление ими сведений о состоянии здоровья населения в рамках национальных докладов в соответствии с КПП ООН. Единственной страной, не сообщившей такую информацию, является Бельгия (рис. 5.1).

Рисунок 5.1. Сведения о здоровье постоянно включаются в национальные доклады, представляемые в соответствии с КПР ООН (статья 24)



Омбудсмен

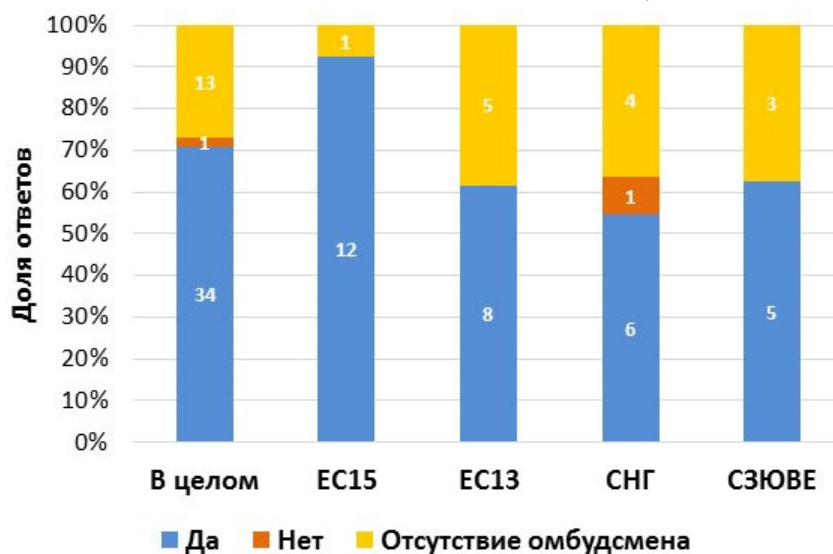
Сообщения о наличии омбудсмана по делам детей поступили от 35 стран (73%). Одна страна в группе ЕС15, 5 стран ЕС13, 4 страны СНГ и 3 страны СЗЮВЕ сообщили об отсутствии омбудсмана по делам детей.

Тридцать четыре страны (71%) указали, что их омбудсмену поручено защищать право детей и подростков на здоровье (рис. 5.2 и 5.3). Кыргызстан заявил о наличии омбудсмана без мандата, предусматривающего защиту права детей и подростков на здоровье.

Рисунок 5.2. Мандат омбудсмана включает защиту права детей и подростков на здоровье (страны)



Рисунок 5.3. Мандат омбудсмена включает защиту права детей и подростков на здоровье (страновые группы)



Странам было предложено представить дополнительную информацию о мандате их омбудсменов. В 23 странах этот мандат непосредственно ориентирован на защиту прав детей (48%). Семь стран (15%) сообщили, что он распространяется и на другие целевые группы населения или тематические области, такие как подростки, взрослые, вопросы здравоохранения более общего характера и гендерное равенство. Четыре страны указали, что их омбудсмены имеют более широкий мандат, предполагающий частичное дублирование функций (8%). Семнадцать стран (36%) представили более подробное описание обязанностей омбудсмена, которые главным образом связаны с правами детей и зачастую предусматривают вмешательство или посредничество в случае нарушений наряду с обеспечением мониторинга, защиты и соблюдения установленных требований.

Участие молодежи в деятельности, касающейся стратегий охраны здоровья детей и подростков

Из 36 стран, сообщивших о наличии стратегии охраны здоровья детей и подростков в 2016/2017 г. (см. главу 2), 58% отметили участие молодежи в ее пересмотре, разработке или реализации (рис. 5.4 и 5.5).

Рисунок 5.4. Молодежь участвует в пересмотре/разработке/реализации стратегии охраны здоровья детей и подростков (страны)

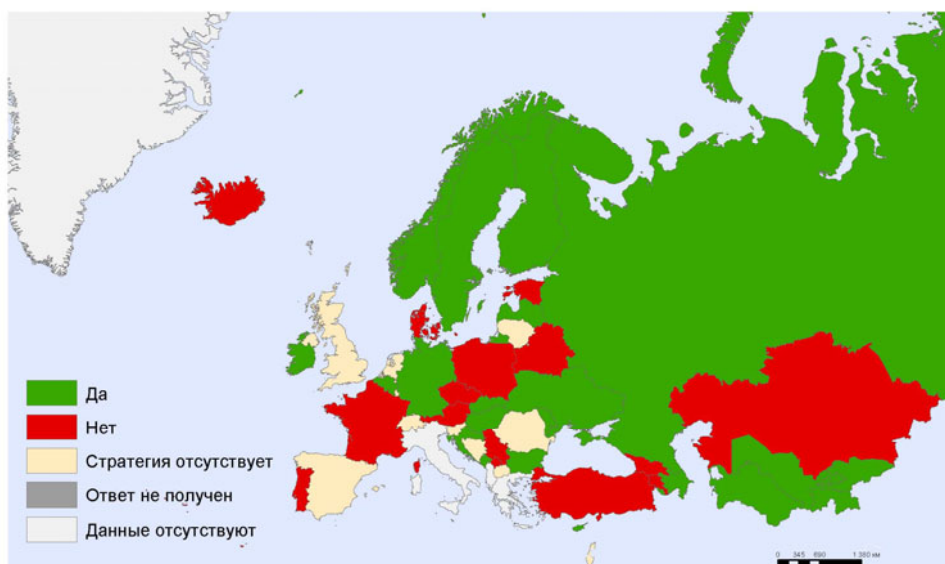
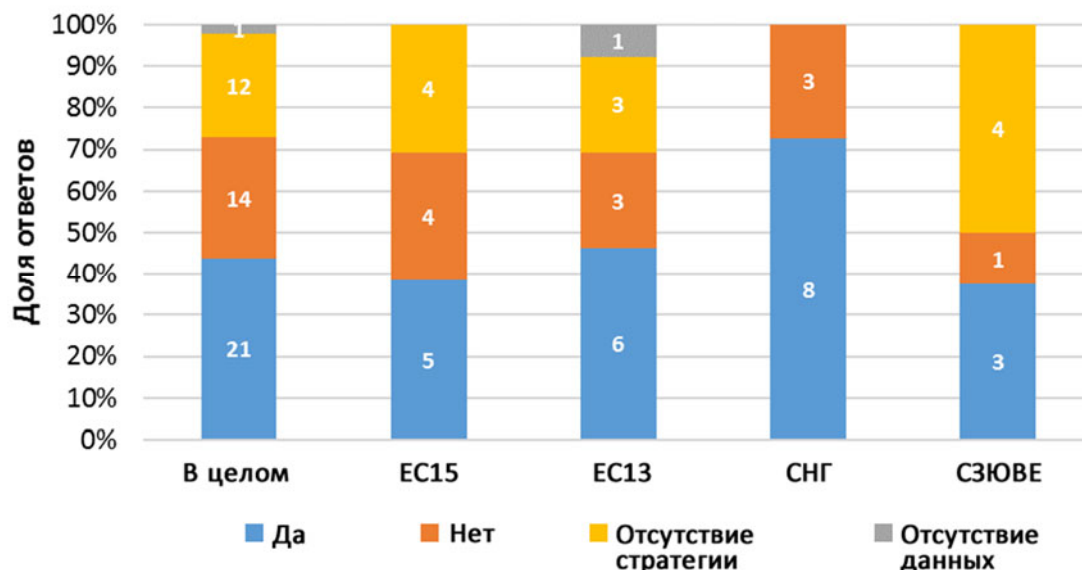


Рисунок 5.5. Молодежь участвует в пересмотре/разработке/реализации стратегии охраны здоровья детей и подростков (страновые группы)

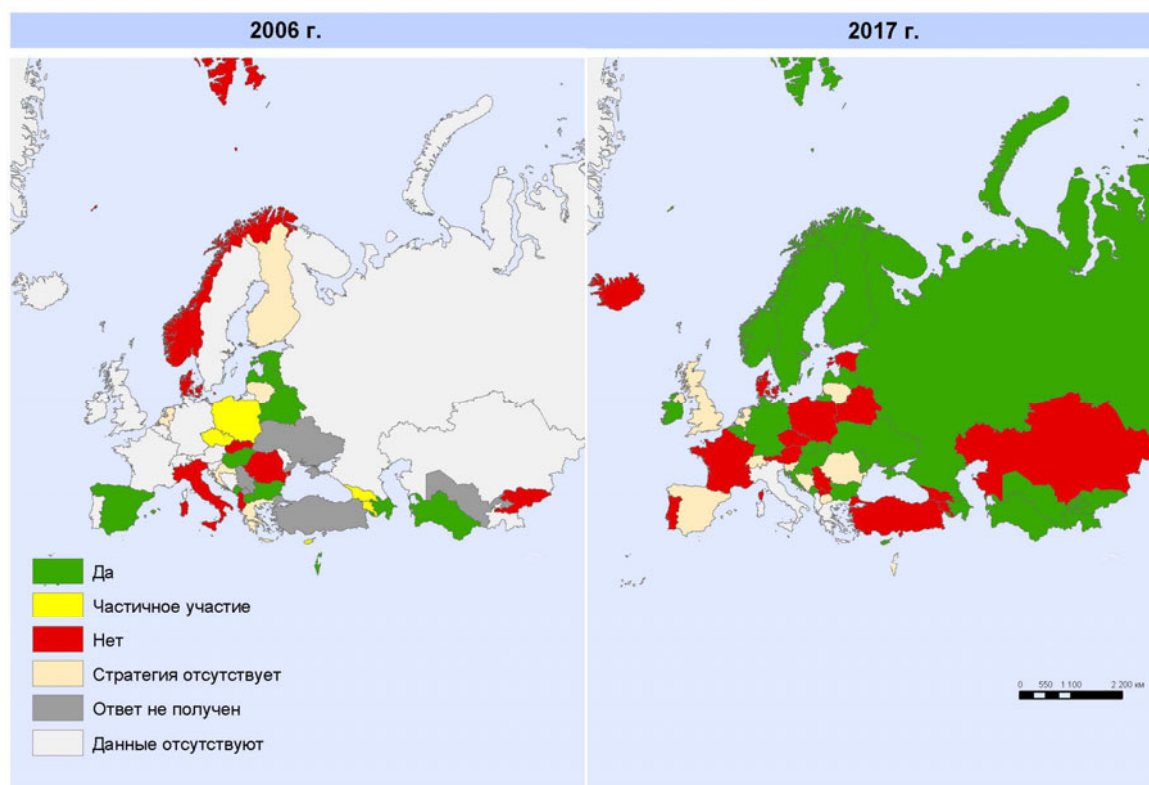


В рамках анализа представленной информации на основе изучения качественных аспектов можно продемонстрировать, что страны используют разные методы привлечения к работе юношей и девушек. Азербайджан и Российская Федерация сообщили о предоставлении детям и подросткам доступа к открытым слушаниям и обсуждениям в правительстве. Шведский омбудсмен организует регулярные встречи и открытый диалог с детьми. В Ирландии действуют руководящие принципы, требующие проведения консультаций с детьми и подростками в отношении всех стратегий, которые их касаются. Другие страны привлекают молодежь к участию в отдельных компонентах указанного процесса: Норвегия делает это посредством организации совещания для сбора информации, Черногория – в рамках мониторинга стратегии, а Словакия – в процессе планирования проектов, направленных на достижение стратегических целей. Бельгия и Таджикистан обеспечивают участие молодежи в рассмотрении подразделов стратегии, касающихся в первом случае психического здоровья, а во втором – сексуального и репродуктивного здоровья подростков.

Сравнение 2006 и 2017 гг.

В обследовании 2006 г. был включен вопрос об участии молодежи в процессе пересмотра или разработки национальной стратегии охраны здоровья детей и подростков (другие вопросы, требующие проведения сопоставлений, см. в главе 2). Обследование 2006 г. показало, что привлечь юношей и девушек к процессам, связанным с их стратегией, планировали пять стран, однако в 2017 г. лишь одна страна (Кипр) сообщила об участии молодежи в этих процессах (рис. 5.6).

Рисунок 5.6. Молодежь участвует в пересмотре/разработке/реализации стратегии охраны здоровья детей и подростков (2006 и 2017 гг.)



Программа устройства детей из интернатных учреждений в приемные семьи

Большинство стран (73%) имеют программы устройства детей из интернатных учреждений в приемные семьи в целях обеспечения их защиты от вредного воздействия раннего помещения в интернатные учреждения (см. главу 3). Как видно из рисунка 5.7, о наличии такой программы сообщили 35 стран. Четыре страны (8%) – как минимум по одной в каждой страновой группе, за исключением СНГ, – не устраивают детей из интернатных учреждений в приемные семьи (рис. 5.8).

Рисунок 5.7. Наличие программы устройства детей из интернатных учреждений в приемные семьи (страны)

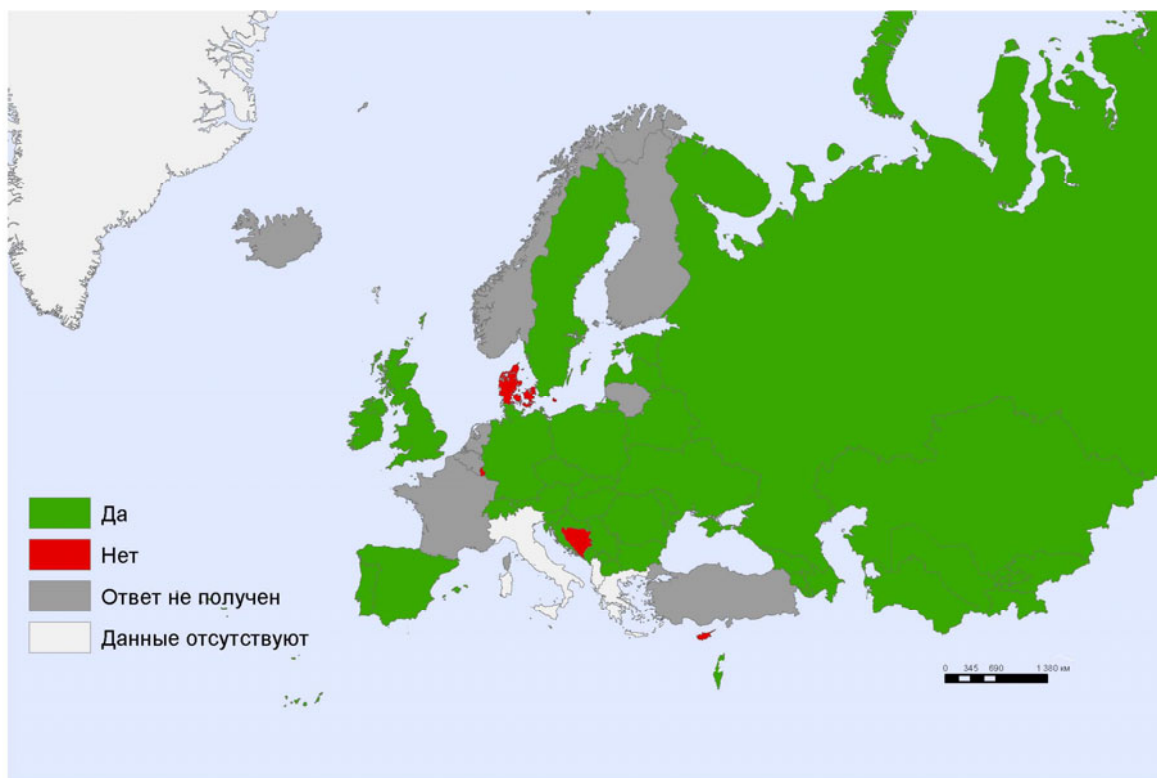
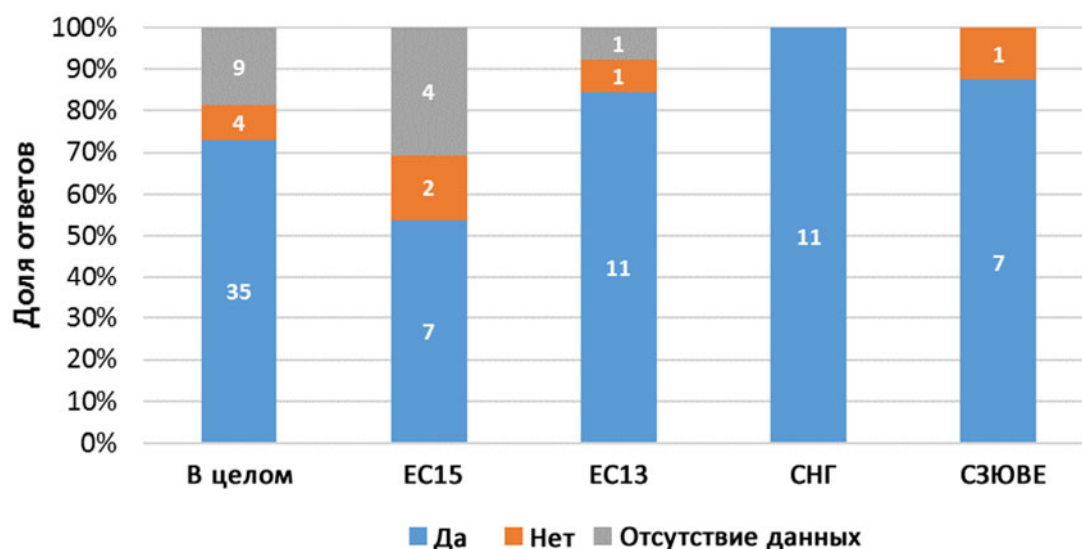


Рисунок 5.8. Наличие программы устройства детей из интернатных учреждений в приемные семьи (страновые группы)



Стратегии, обеспечивающие ориентиры в вопросах согласия совершеннолетних и несовершеннолетних лиц и конфиденциальности

Стратегии, ориентирующие детей, подростков, родителей и медицинских работников в вопросах согласия совершеннолетних и несовершеннолетних лиц и конфиденциальности,

существуют в трех четвертях стран (36 (75%)) (рис. 5.9). Как видно из рисунка 5.10, о наличии такой стратегии сообщили все страны из группы СЗЮВЕ, в то время как доля стран ЕС15, обеспечивающих такие ориентиры в форме стратегии, составляет всего 69%.

Рисунок 5.9. Стратегии, обеспечивающие ориентиры в вопросах согласия совершеннолетних и несовершеннолетних лиц и конфиденциальности (страны)

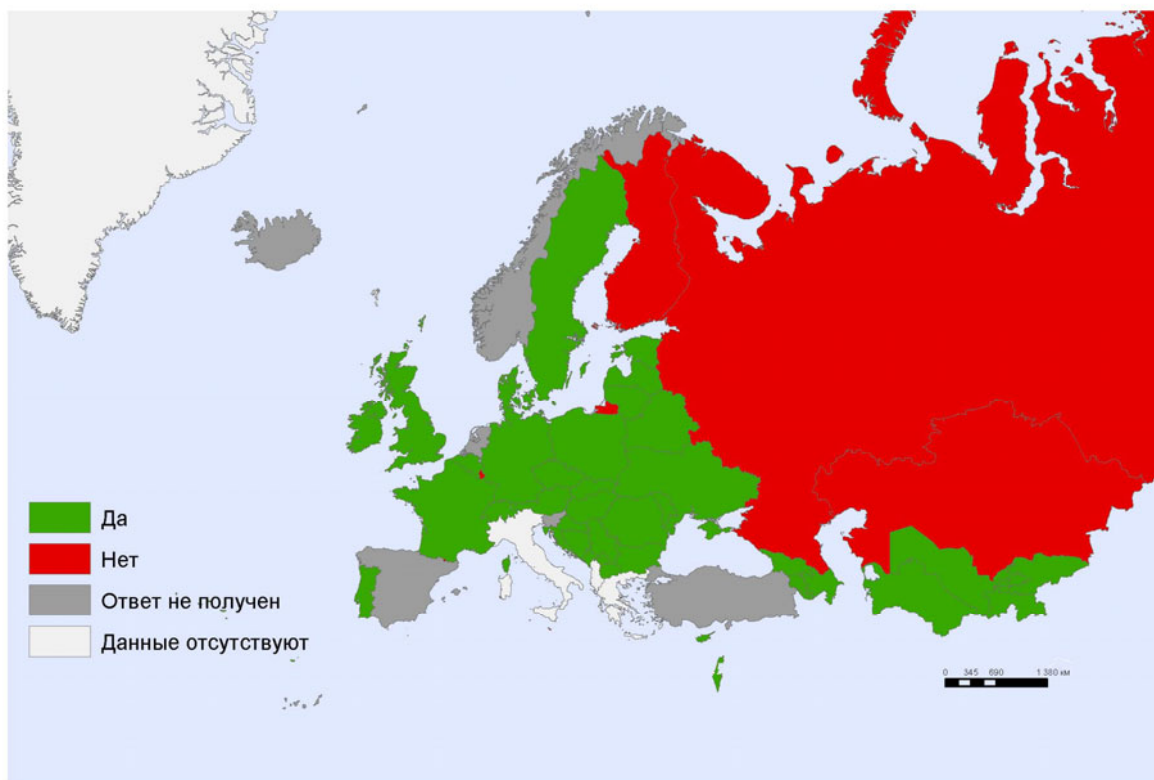
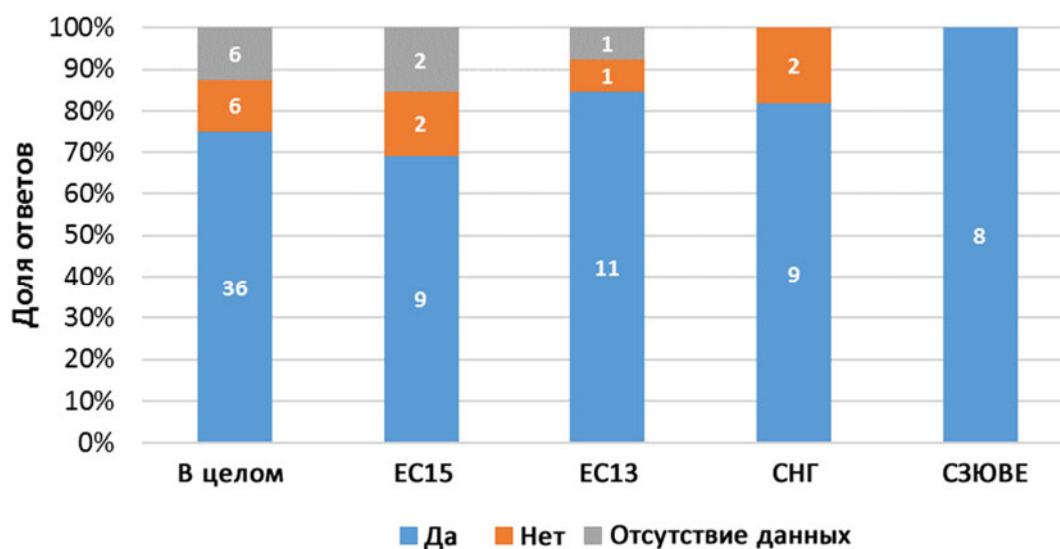


Рисунок 5.10. Стратегии, обеспечивающие ориентиры в вопросах согласия совершеннолетних и несовершеннолетних лиц и конфиденциальности (страновые группы)



Стратегии обеспечения доступа к медицинской помощи без согласия родителей

Стратегии предоставления детям доступа к медицинской помощи без согласия родителей существуют в 77% стран (рис. 5.11). Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что 11 стран ЕС15 и все страны СЗЮВЕ обеспечивают законный доступ к медицинской помощи без согласия родителя (рис. 5.12).

Рисунок 5.11. Наличие законов, стратегий или нормативных положений в отношении доступа к медицинской помощи для подростков без согласия родителей (страны)

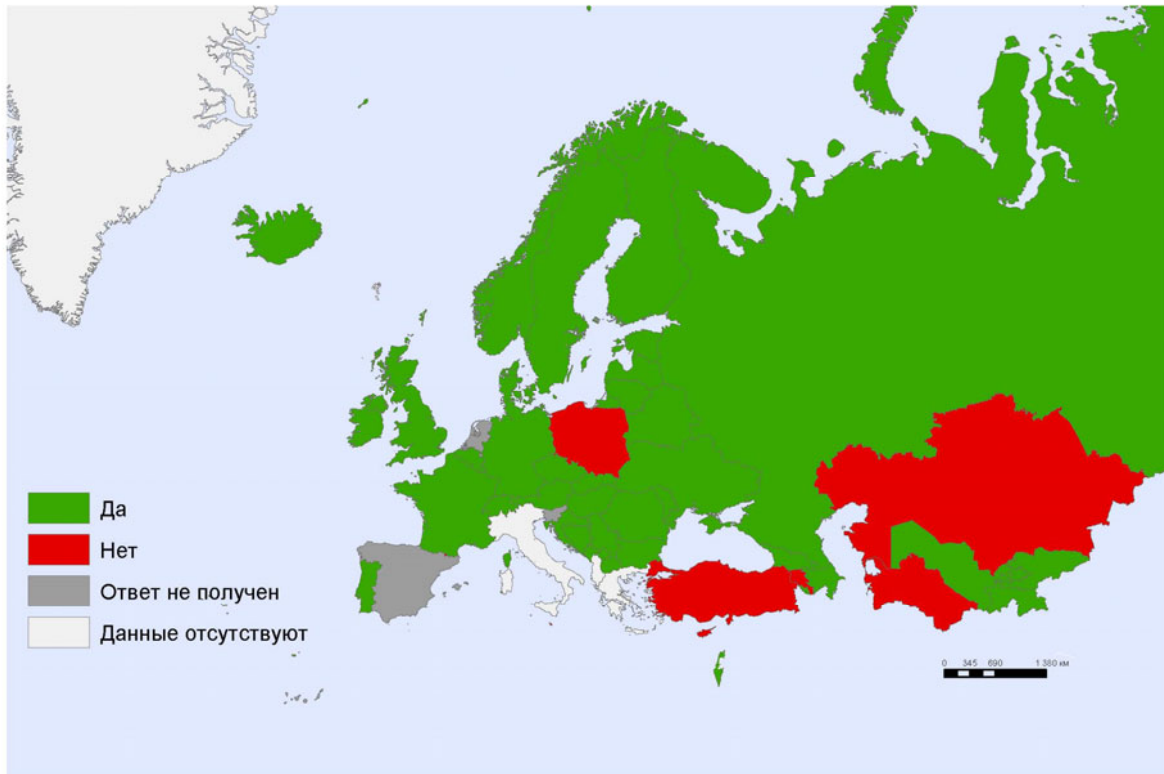
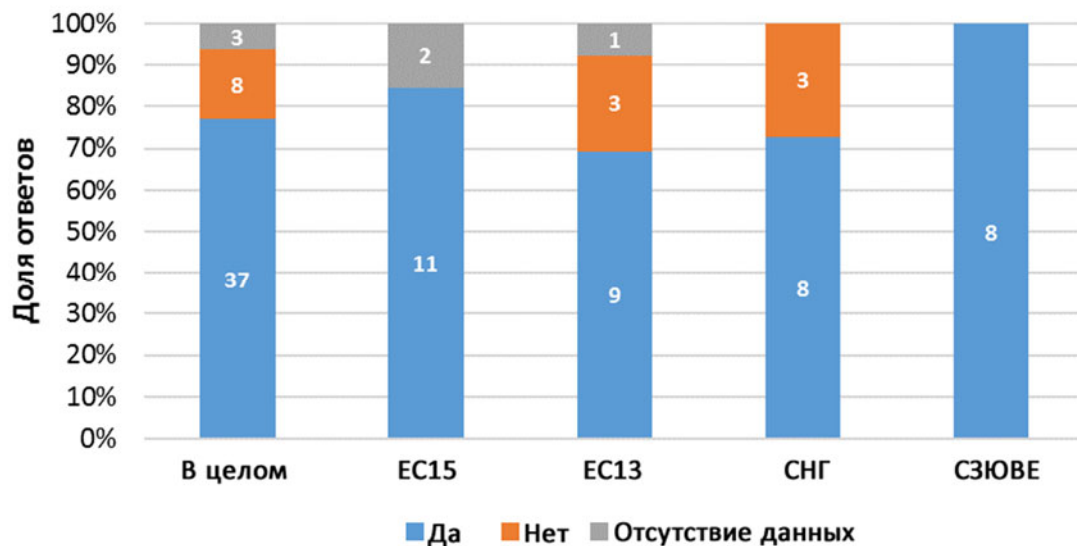


Рисунок 5.12. Наличие законов, стратегий или нормативных положений в отношении доступа к медицинской помощи для подростков без согласия родителей (страновые группы)



Осведомленность подростков о половой жизни

Сведения о систематическом сборе информации, касающейся осведомленности детей и подростков о половой жизни, представила только 21 страна (45%) (рис. 5.13). Зафиксировано значительное различие между странами ЕС15/ЕС13 (да – 17; нет – 2) и странами СНГ/СЗЮВЕ (да – 5; нет – 7) (рис. 5.14). Информацию об использовании презервативов подростками см. в главе 7.

Рисунок 5.13. Сбор информации относительно осведомленности детей и подростков о половой жизни (страны)

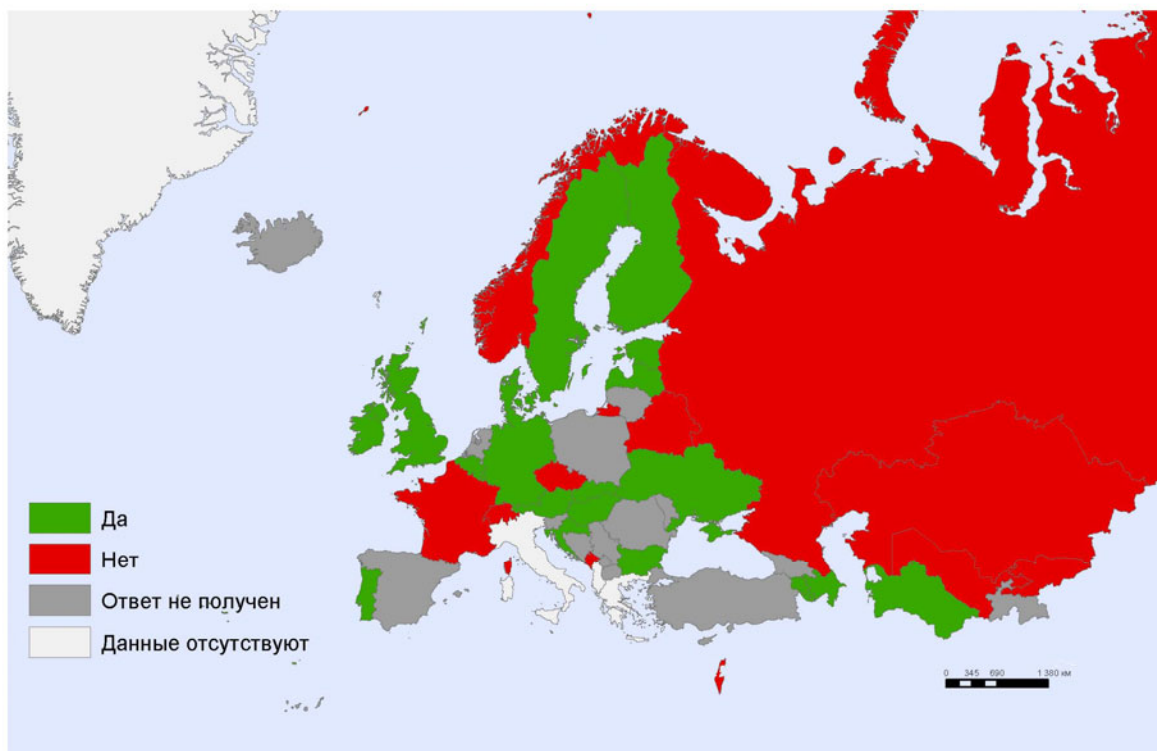
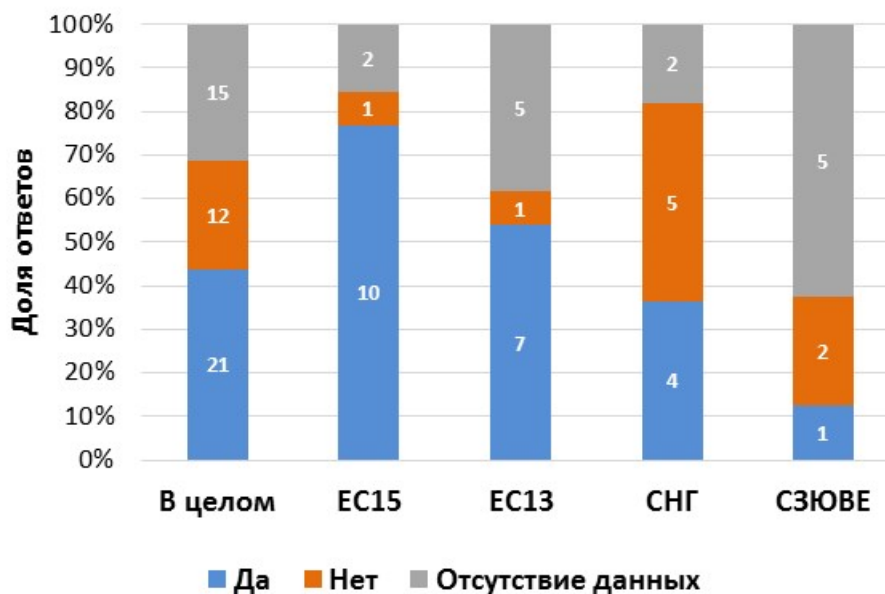


Рисунок 5.14. Сбор информации относительно осведомленности детей и подростков о половой жизни (страновые группы)



Доступ к противозачаточным средствам и абортam без согласия родителей

О предоставлении подросткам младше 18 лет законного доступа к противозачаточным средствам без согласия родителей сообщили 32 страны (66%). Доступ к абортam без согласия родителей является законным в 23 странах (48%) (рис. 5.15–5.18).

Рисунок 5.15. Законный доступ к противозачаточным средствам для подростков младше 18 лет без согласия родителей (страны)

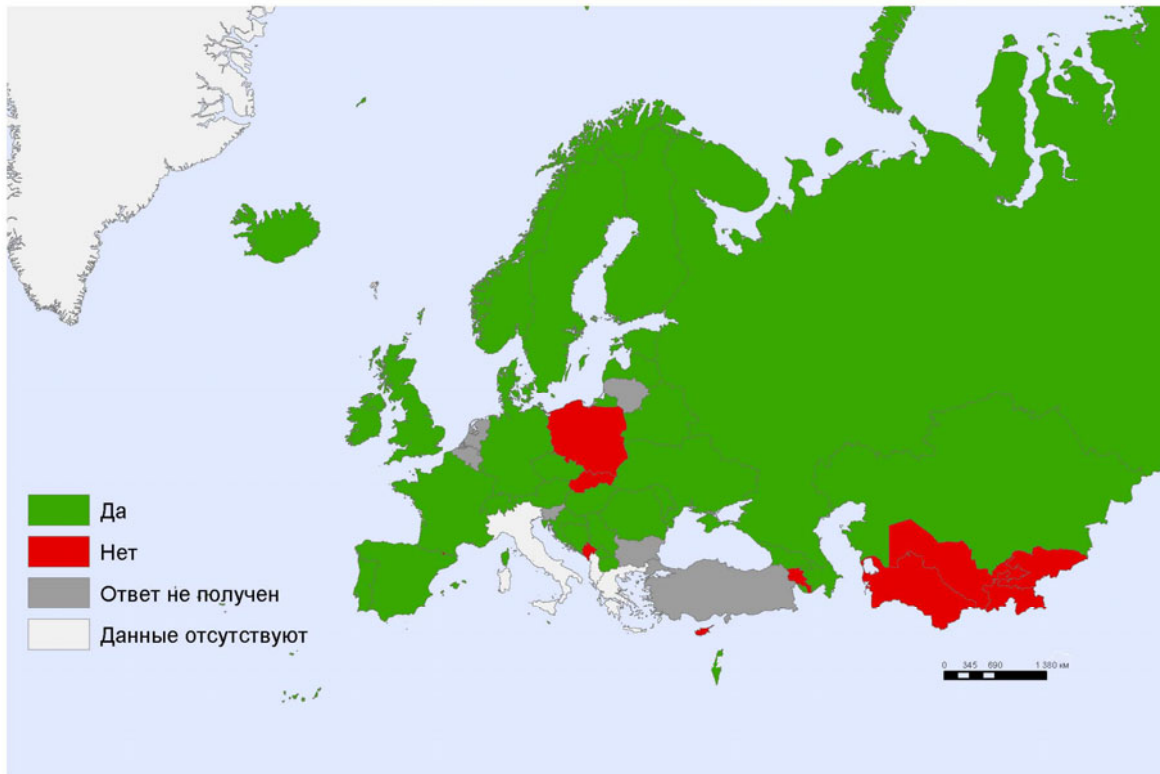


Рисунок 5.16. Законный доступ к противозачаточным средствам для подростков младше 18 лет без согласия родителей (страновые группы)

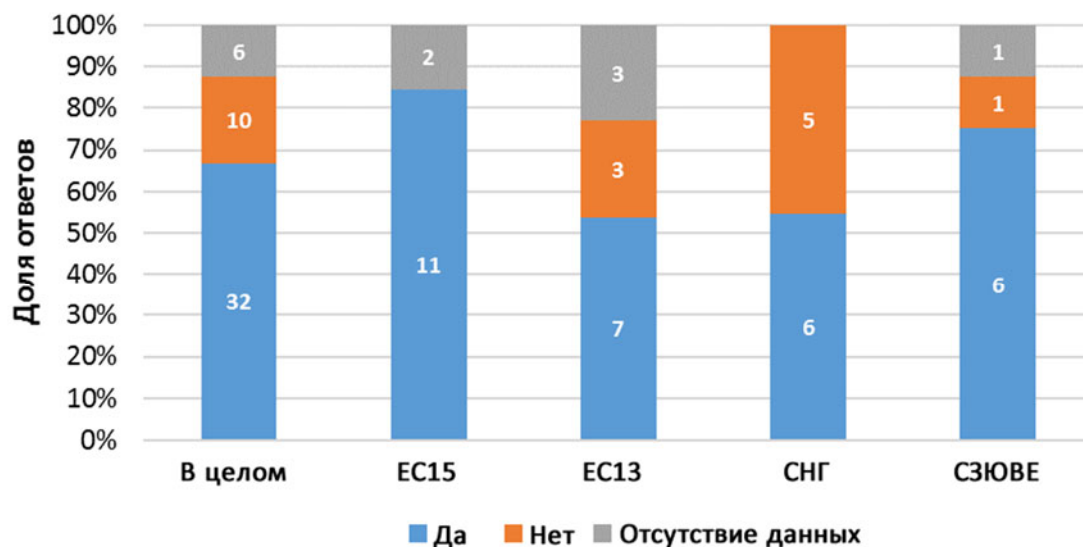


Рисунок 5.17. Законный доступ к абортам для подростков младше 18 лет без согласия родителей (страны)

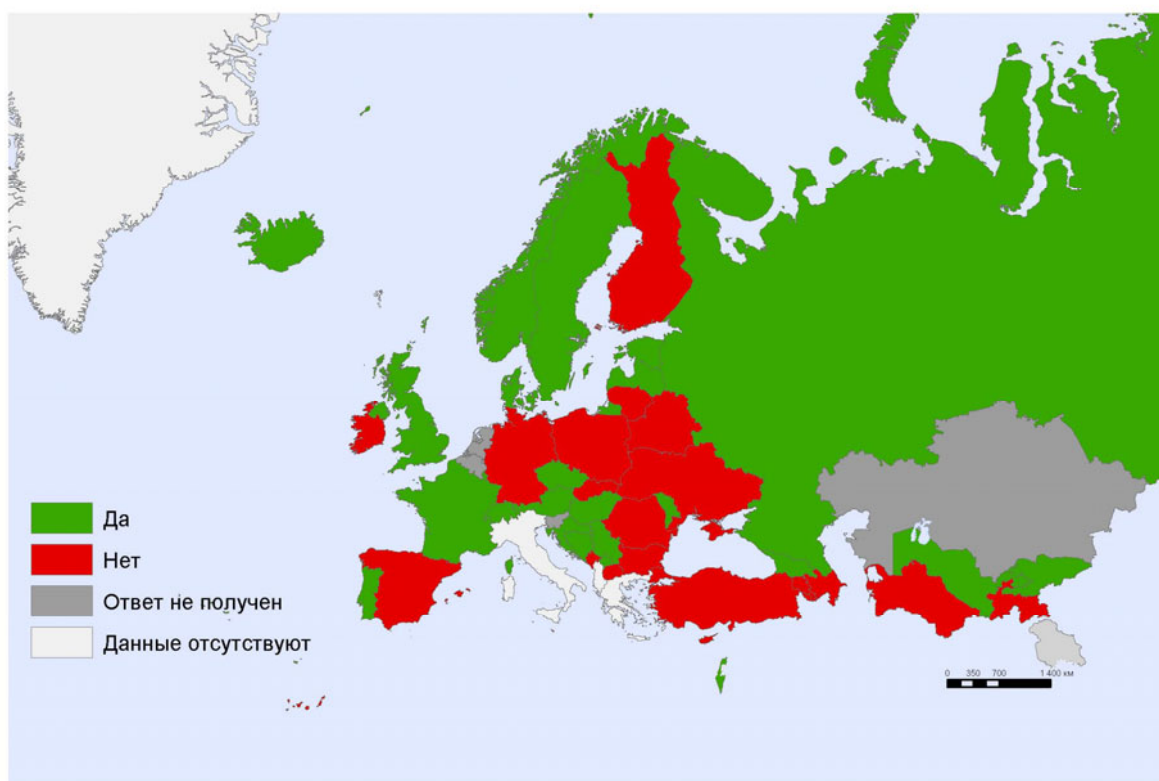
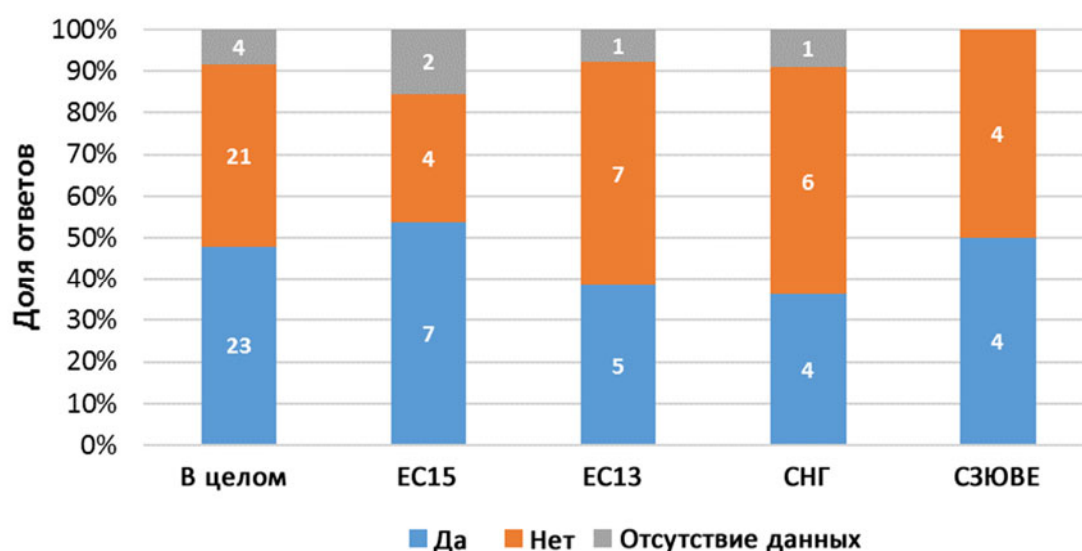


Рисунок 5.18. Законный доступ к абортам для подростков младше 18 лет без согласия родителей (страновые группы)



Между странами существуют значительные различия в конкретных видах стратегий, о чем свидетельствуют их качественные ответы. Например, в Австрии легальный аборт без согласия родителей возможен с 14-летнего возраста, а в Соединенном Королевстве – с 16 лет. В Дании подростки младше 18 лет имеют право прервать беременность при наличии риска физического или психологического насилия и в ситуациях, когда их отвергают их семьи, однако во всех остальных случаях датской молодежи по-прежнему требуется согласие родителей или специального комитета (2).

Результаты в широком контексте

Право детей на участие

КПР ООН была подписана всеми государствами-членами Европейского региона ВОЗ, что свидетельствует о приверженности Региона защите прав детей. В статье 12 КПР ООН прямо говорится о том, что дети имеют право формулировать и выражать свои взгляды и быть заслушанными в ходе любых разбирательств, которые их затрагивают. В соответствии с КПР ООН дети должны участвовать в процессах планирования и осуществления действий, влияющих на предоставление им медицинской помощи.

В последние десять лет степень участия молодежи в пересмотре, разработке или реализации национальных стратегий охраны здоровья детей и подростков в Европейском регионе увеличилась, однако 15 стран до сих пор не привлекают юношей и девушек к соответствующей деятельности. В группе из 21 страны, сообщившей о привлечении молодежи к мероприятиям, связанным с национальной стратегией, часть стран упомянула об обследованиях в отношении детей как форме участия юношей и девушек в указанном процессе, однако проведение таких обследований не является достаточным показателем их участия.

Правительства могут добиться устойчивого прогресса в обеспечении более широкого участия детей и подростков в решении вопросов, которые их касаются, приняв показатели, поддающиеся количественной оценке. С практическими стратегиями можно ознакомиться в пособии по оценке участия детей, опубликованном Советом Европы (3), и справочном руководстве «Право каждого ребенка быть услышанным» (*Every child's right to be heard*) (4).

Транспарентность и правозащитная деятельность

Статья 44 КПР ООН предписывает, государствам-участникам представлять доклады о принятых на страновом уровне мерах по закреплению прав детей. Все страны Европейского региона отметили постоянное представление ими сведений о здоровье населения в рамках национальных докладов, однако в четверти стран, которые представляют такую информацию, отсутствует должность правозащитника-омбудсмена, содействующего осуществлению прав детей. Большинство стран, сообщающих о наличии такого защитника интересов детей, указывают, что его мандат включает защиту права молодежи на здоровье. Информация Европейской сети уполномоченных по правам детей (5) свидетельствует о том, что такие страны, как Азербайджан, Армения, Болгария, Венгрия, Словения и Соединенное Королевство, имеют уполномоченных с мандатом по защите прав детей и подростков, несмотря на сообщения об отсутствии омбудсмена по делам детей. Повышение осведомленности о роли омбудсменов в контексте КПР ООН может расширить возможности омбудсменов из этих стран в сфере защиты прав детей с учетом национальных условий.

Доступ к медицинской помощи без согласия родителей

Статья 12 КПР ООН также имеет важные последствия для служб здравоохранения, касающиеся, например, участия ребенка в принятии решений, доступа к медицинским консультациям на условиях конфиденциальности и согласия на лечение (1). Наличие у молодежи доступа к конфиденциальным медицинским консультациям имеет большое значение, особенно в контексте предоставления медицинским работникам информации, не подлежащей разглашению. Стратегии, ориентирующие детей, подростков, родителей и медицинских работников в вопросах согласия совершеннолетних и несовершеннолетних лиц и конфиденциальности, существуют в большинстве стран и особенно часто применяются в СЗЮВЕ. В руководстве АА-НА! отмечается важность конфиденциальности обслуживания подростков. Страны должны установить процедуры, гарантирующие, что информация не будет раскрыта третьим сторонам, а консультации с подростками должны во всех случаях предусматривать беседу в течение определенного времени без присутствия законного опекуна (6).

Юноши и девушки должны иметь не только возможность рассказать о своих проблемах и пройти лечение в конфиденциальном порядке, но и доступ к медицинской помощи и лечению без согласия родителей, с тем чтобы они могли реализовать свое право на качественное медицинское обслуживание независимо от взрослого. Тем не менее, подростки обладают ограниченными возможностями доступа к услугам, предоставляемым вне зависимости от мнения их родителей. Законный доступ к противозачаточным средствам без согласия родителей обеспечивается не более чем в двух третях стран, однако даже в этом случае могут существовать определенные ограничения: в некоторых странах единственной формой контрацепции, доступной для подростков без согласия родителей, являются презервативы. В публикациях ВОЗ (7) и Hindin & Kalamar (8), равно как и в главе 7, приведены дополнительные сведения об использовании подростками противозачаточных средств.

Лишь в половине стран детям предоставлено право на аборт без согласия родителей. В этой группе заметны расхождения между фактическим ответом и соответствующими качественными сведениями, которые были представлены. Например, Дания положительно ответила на вопрос об абортах без согласия родителей, отметив, что для прерывания беременности без согласия родителей подросткам все же необходим законный опекун в виде специального комитета. В Австрии подростки должны «быть в состоянии принимать решения» и считаются имеющими соответствующую способность по достижении 14-летнего возраста. В Швейцарии возраст юридической ответственности не является фиксированным, однако дети считаются способными принимать решения в возрасте 12 лет. В Эстонии подростки должны указать «убедительную причину» для прерывания беременности без согласия родителей. В Венгрии подросток считается достигшим установленного законом возраста для доступа к абортам без согласия родителей только после вступления в брак. Руководство АА-НА! содержит призыв к устранению необходимости получать разрешение у третьей стороны (например, родителей) при оказании услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая доступ к противозачаточным средствам и абортам.

Два из каждых трех государств-членов в Европейском регионе (66%, 35 стран) подписали принятую в Овьедо Конвенцию о правах человека и биомедицине, в которой говорится, что «следует учитывать мнение несовершеннолетнего, которое рассматривается как фактор, значение которого растет в зависимости от возраста несовершеннолетнего и степени его зрелости» (9). В КПП ООН отмечается, что взрослым следует прислушиваться к мнениям детей и подростков, и содержится призыв к обеспечению их активного участия в соответствующей деятельности. Очевидна необходимость в облегчении доступа к медицинской помощи для молодежи Региона с учетом препятствий, касающихся ценовой доступности (см. главу 4), конфиденциальности и согласия родителей.

Содействие целевым инвестициям, связанным с половой жизнью подростков

В ряде стран Европейского региона половая жизнь подростков считается проблемой, требующей деликатного подхода, несмотря на сообщения четверти 15-летних подростков о наличии опыта половых сношений и представленные несколькими странами сведения о том, что более 30% подростков вообще не пользуются противозачаточными средствами (10). Оценка осведомленности детей и подростков о половой жизни имеет большое значение для реализации эффективных программ по решению проблем нежелательной беременности, рискованного сексуального поведения, инфекций, передаваемых половым путем, и небезопасных абортов (11–15), однако более половины стран Региона не собирают таких данных. Комплексное просвещение по вопросам сексуальности, о котором говорится в разработанном ВОЗ Плане действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья (12) и задаче 3.7 ЦУР (16), является основной целью на глобальном уровне и в Европейском регионе, однако, как указано в главе 6, лишь около половины стран имеют стратегию, предусматривающую организацию полового воспитания в начальной и средней школах.

Заключение

Информация о праве детей и подростков на здоровье постоянно включается в доклады по КПР ООН практически всех государств-членов. Необходимо вносить усовершенствования с целью обеспечить наличие правозащитника – омбудсмана по делам детей и подростков в правительствах всех стран. Для осуществления целей КПР ООН, под которыми подписались все страны, и сокращения показателей рождаемости среди девушек-подростков, как указано в задаче 3.7.2 ЦУР, следует предпринимать усилия по обеспечению молодежи доступа к информации и помощи, особенно в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, без необходимости получения согласия родителей, а также более целенаправленно проводить мероприятия по внесению усовершенствований на основе сбора данных относительно осведомленности подростков о половой жизни.

В таблицу 5.1 включены все показатели, используемые в этой главе, а также данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 5.1. Права и участие: сводная таблица

Страна	Участие молодежи в разработке стратегии охраны здоровья детей и подростков, 2006 г.	Участие молодежи в разработке стратегии охраны здоровья детей и подростков, 2017 г.	Наличие омбудсмана с мандатом по защите прав детей, включающим право на здоровье	Представление докладов в соответствии с КИР ООН	Стратегии обеспечения доступа к медицинской помощи для подростков без согласия родителей	Стратегии, ориентированные в вопросах согласия несовершеннолетних и несовершеннолетних лиц и конфиденциальности	Программа устройства детей из интернатных учреждений в приемные семьи	Данные относительно осведомленности детей и подростков о половой жизни	Законный доступ к противозачаточным средствам без согласия родителей	Законный доступ к абортам без согласия родителей															
Австрия	–	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Азербайджан	Да	Да	ОО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет															
Албания	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–															
Андорра	–	ОС	ОО	Да	Нет	Нет	–	Нет	Нет	Нет															
Армения	ПЛ	Нет	ОО	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет															
Беларусь	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет															
Бельгия	–	Да	Да	–	Да	Да	Нет	Да	–	–															
Болгария	Да	Да	ОО	Да	Да	Да	Да	Да	–	Нет															
Босния и Герцеговина	–	ОС	Да	Да	Да	Да	–	–	Да	Да															
Венгрия	Да	Да	ОО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Германия	–	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет															
Греция	ОС	–	–	–	–	–	–	–	–	–															
Грузия	ПЛ	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Дания	Нет	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Израиль	Да	ОС	ОО	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да															
Ирландия	–	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет															
Исландия	–	Нет	Да	Да	Да	–	–	–	Да	Да															
Испания	Да	ОС	Да	Да	–	–	Да	–	Да	Нет															
Италия	Нет	–	–	–	–	–	–	–	–	–															
Казахстан	–	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	–															
Кипр	ПЛ	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	–	Нет	Нет															
Кыргызстан	Нет	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да															
Латвия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Литва	ОС	ОС	Да	Да	Да	Да	–	–	–	Нет															
Люксембург	–	ОС	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да															
Мальта	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет															
МКД ^а	Да	ОС	Да	Да	Да	Да	Да	–	Да	Нет															
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–															
Нидерланды	ОС	ОС	Да	Да	–	–	–	–	–	–															
Норвегия	Нет	Да	Да	Да	Да	–	–	Нет	Да	Да															
Польша	ПЛ	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	–	Нет	Нет															
Португалия	–	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Республика Молдова	–	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Российская Федерация	–	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	Да															
Румыния	Нет	ОС	ОО	Да	Да	Да	Да	–	Да	Нет															
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–															
Сербия	–	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	–	Да	Да															
Словакия	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет															
Словения	–	ОС	ОО	Да	–	–	Да	–	–	–															
Соединенное Королевство	–	ОС	ОО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Таджикистан	–	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	Нет	Нет															
Туркменистан	Да	Да	ОО	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет															
Турция	–	Нет	Да	Да	Нет	–	–	–	–	Нет															
Узбекистан	–	Да	ОО	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да															
Украина	–	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет															
Финляндия	ОС	Да	Да	Да	Да	–	–	Да	Да	Нет															
Франция	–	Нет	Да	Да	Да	Нет	–	Нет	Да	Да															
Хорватия	ОС	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да															
Черногория	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет															
Чехия	ПЛ	Нет	ОО	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	Да															
Швейцария	–	ОС	ОО	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да															
Швеция	–	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да															
Эстония	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да															
% в целом	Да, (ПЛ, Нет, (ОС, ОО))	33	15	24	15	44	29	25	71	2	27	98	0	77	17	75	13	73	8	44	25	67	21	48	44
% ЕС15	Да, (ПЛ, Нет, (ОС, ОО))	17	0	33	50	38	31	31	92	0	8	92	0	85	0	69	15	54	15	77	8	85	0	54	31
% ЕС13	Да, (ПЛ, Нет, (ОС, ОО))	33	25	25	17	46	23	23	62	0	38	100	0	69	23	85	8	85	8	54	8	54	23	38	54
% СНГ	Да, (ПЛ, Нет, (ОС, ОО))	43	14	14	0	73	27	0	55	9	36	100	0	73	27	82	18	100	0	36	45	55	45	36	55
% СЗЮВЕ	Да, (ПЛ, Нет, (ОС, ОО))	57	0	29	0	38	13	50	63	0	38	100	0	100	0	100	0	88	13	13	25	75	13	50	50

ПЛ – планируется. ОС – отсутствие стратегии. ОО – отсутствие омбудсмана.

^а Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Ссылки

1. Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года, вступила в силу 2 сентября 1990 года в соответствии со статьей 49. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 1989 год (<https://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
2. Weber MW, Backhaus S, Chukwujama O, Fenski F, Henking C, Schatte L et al. Pädiatrische versorgungskonzepte in Europa. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2018;166:131–40 (на немецком языке).
3. Council of Europe Children's Rights Division and Youth Department. Child participation assessment tool. Strasbourg: Council of Europe; 2016 (<https://edoc.coe.int/en/youth-participation/7152-child-participation-assesment-tool.html>).
4. Every child's right to be heard: a resource guide on the UN Committee on the Rights of the Child general comment No.12. London: Save the Children UK; 2011 (https://www.unicef.org/french/adolescence/files/Every_Childs_Right_to_be_Heard.pdf).
5. European Network of Ombudspersons for Children [веб-сайт]. Strasbourg: Council of Europe; 2015 (<http://www.enoc.eu/>).
6. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=13A7A25F99326D5B5DC9F69CFC5F7E92?sequence=1>).
7. Планирование семьи/контрацепция. В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. (<http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>).
8. Hindin, MJ, Kalamar AM. Country-specific data on the contraceptive needs of adolescents. *Bull World Health Organ.* 2017;95(3):166. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.189829> (<http://www.who.int/bulletin/volumes/95/3/16-189829/en/>).
9. Convention for the Protection of Human Rights and of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (Convention on Human Rights and Biomedicine). Strasbourg: Council of Europe; 1997 (European Treaty Series No. 164; <https://rm.coe.int/168007cf98>).
10. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al., editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Policy for Children and Adolescents No. 7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1).
11. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2010 (https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf).
12. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья: в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе никого не оставить без внимания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/323210/Action-plan-sexual-reproductive-health-ru.pdf?ua=1).
13. Проведение кратких собеседований по вопросам сексуального здоровья и сексуальности: рекомендации для разработки подхода с позиций общественного здравоохранения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259901/9789244549001-rus.pdf?sequence=1>).
14. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: a review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5(4):547–70.
15. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health* 2018;15:15.

16. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 год (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).

6. Охрана здоровья в школах

Введение

Школы считаются учреждениями, играющими важную роль в обеспечении здоровья и благополучия детей и подростков, которые влияют на них в текущий момент и на протяжении всей их жизни. В данной главе обобщаются показатели, включенные в страновые профили и базовое обследование и касающиеся законодательства по вопросам охраны здоровья детей и подростков в школах. Ее содержание связано со вторым приоритетом стратегии, заключающимся в реформировании стратегического руководства в области охраны здоровья детей и подростков и поддержке развития в раннем детском возрасте (развития детей в раннем возрасте – РДРВ) и в подростковом периоде.

Основные результаты

- Практически все страны сообщают о наличии стратегий содействия РДРВ. Представляя информацию о системах поддержки РДРВ, страны упоминают широкий набор элементов.
- В трети стран отсутствуют стратегии в отношении школ, содействующих укреплению здоровья.
- Почти в половине стран отсутствует стратегия, влияющая на доступность вредных для здоровья продуктов питания в школах.
- Во многих странах необходимо улучшить ситуацию с включением полового воспитания в школьные программы, в том числе на уровне начальной школы, с целью обеспечить его соответствие международным стандартам.

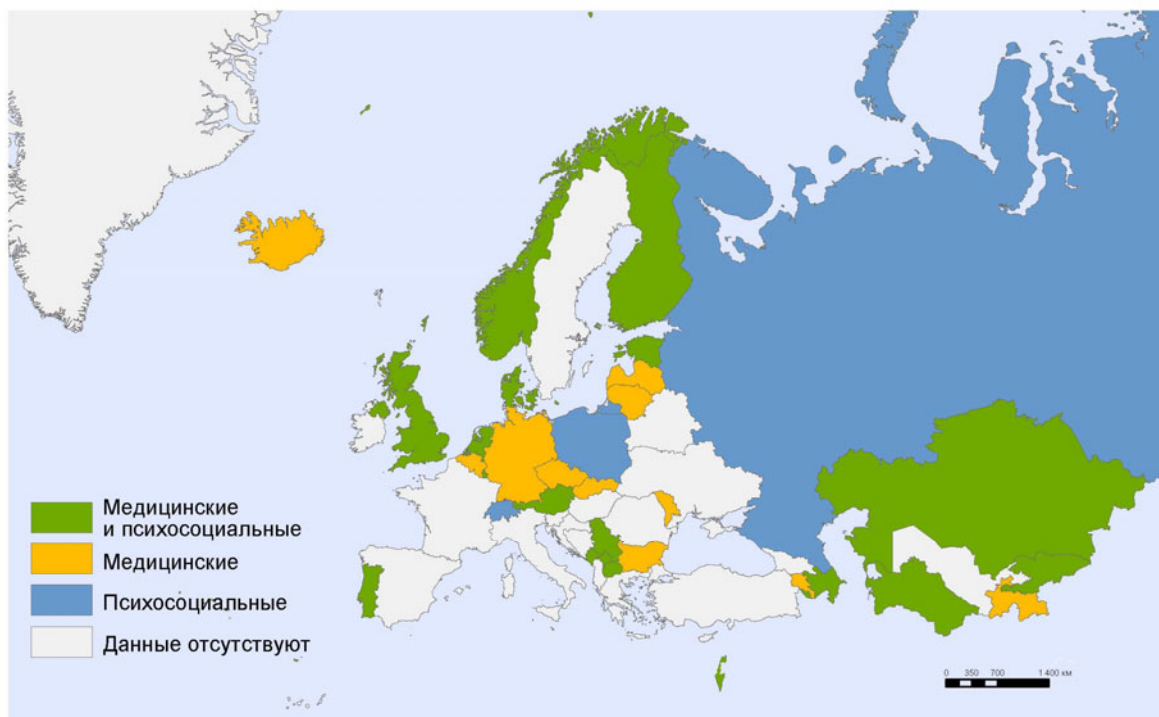
Результаты

Содействие РДРВ

Здоровое РДРВ имеет решающее значение для того, каким образом будут развиваться дети и как будет складываться их жизнь. Практически все страны сообщили о наличии системы содействия РДРВ.

Странам было предложено представить дополнительную информацию о видах услуг, предоставляемых через их системы содействия РДРВ. Семнадцать стран (36%) сообщили о наличии системы, обеспечивающей проведение лечебных и психосоциальных мероприятий, к числу которых относятся медицинские обследования и мониторинг состояния здоровья, медицинское обслуживание дошкольных учреждений и школ, укрепление здоровья и предоставление информации родителям и семьям. Двенадцать стран (27%) сообщили о наличии систем, обеспечивающих проведение лечебных мероприятий, включая обследование детей, иммунизацию и лечение в клинике. В трех странах (6%) существует система, обеспечивающая проведение только психосоциальных мероприятий, таких как консультации для молодых родителей, обязательное дошкольное обучение и услуги по реабилитации (рис. 6.1).

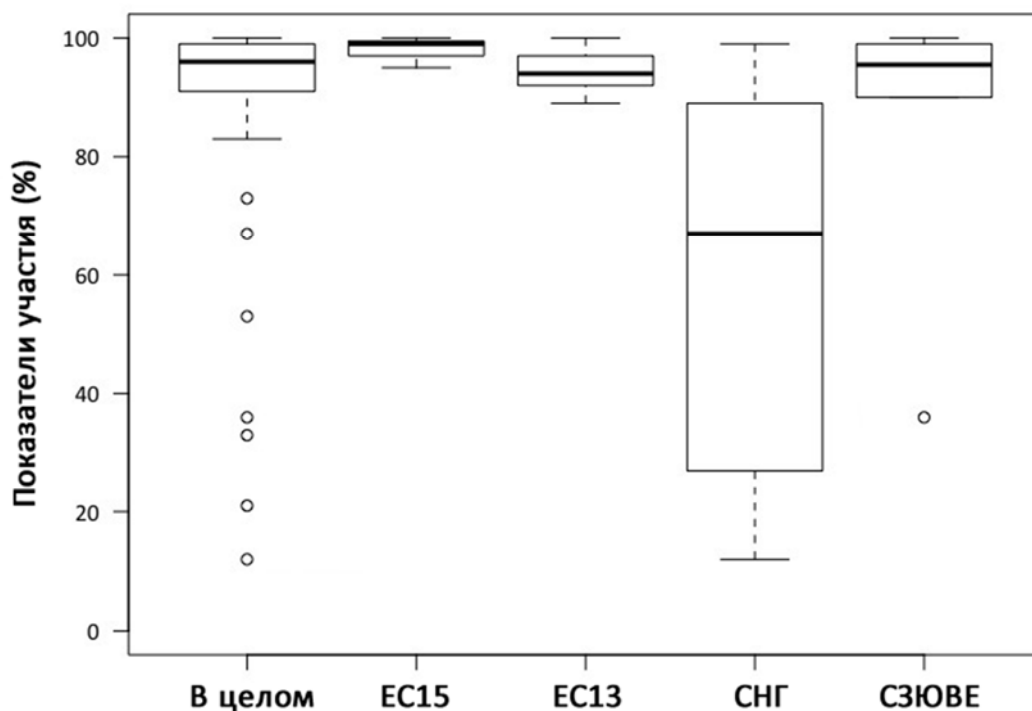
Рисунок 6.1. Виды мероприятий для детей раннего возраста



Организованное дошкольное обучение

Показатель участия в организованном обучении за год до достижения официально установленного возраста поступления в начальную школу в разных странах составил в среднем 87%; при этом самые низкие значения были зарегистрированы в Таджикистане (12%), Азербайджане (21%), Узбекистане (33%) и бывшей югославской Республике Македонии (36%) (рис. 6.2).

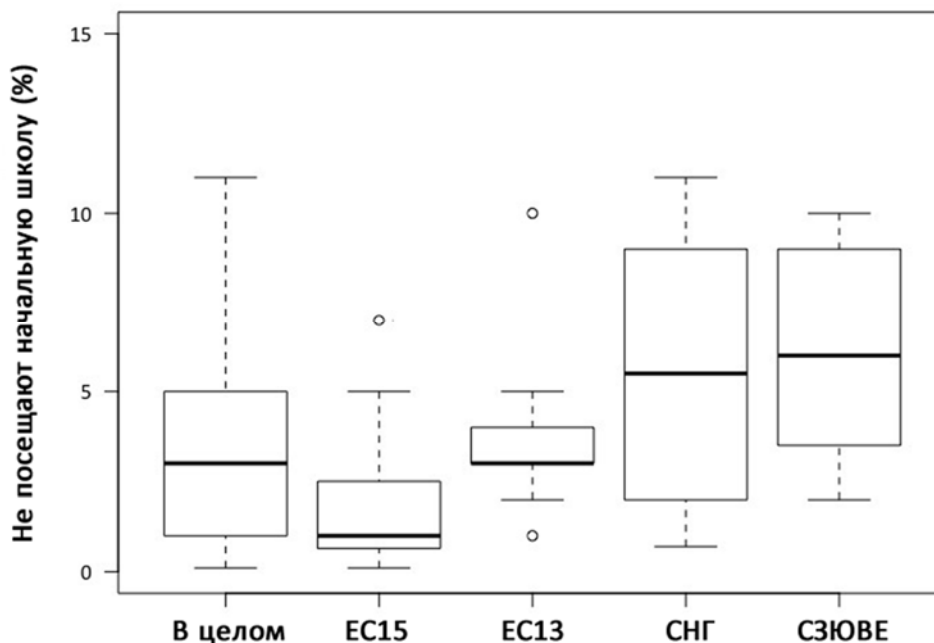
Рисунок 6.2. Показатель участия в организованном обучении в разбивке по страновым группам



Дети, не посещающие начальную школу

Средний субрегиональный показатель доли детей, не посещающих начальную школу, равен 4% при минимальном значении, зарегистрированном в Соединенном Королевстве (1%), и максимальном значении, зарегистрированном в Азербайджане (11%) (рис. 6.3).

Рисунок 6.3. Дети, не посещающие начальную школу, в разбивке по страновым группам



Медицинское обслуживание и укрепление здоровья в школах

Стратегия обеспечения медицинского обслуживания в школах

Сорок три страны (90%) сообщили о наличии законов, стратегий или нормативных актов по обеспечению медицинского обслуживания в школах (рис. 6.4 и 6.5).

Рисунок 6.4. Наличие законов, стратегий или нормативных актов по обеспечению медицинского обслуживания в школах (страны)

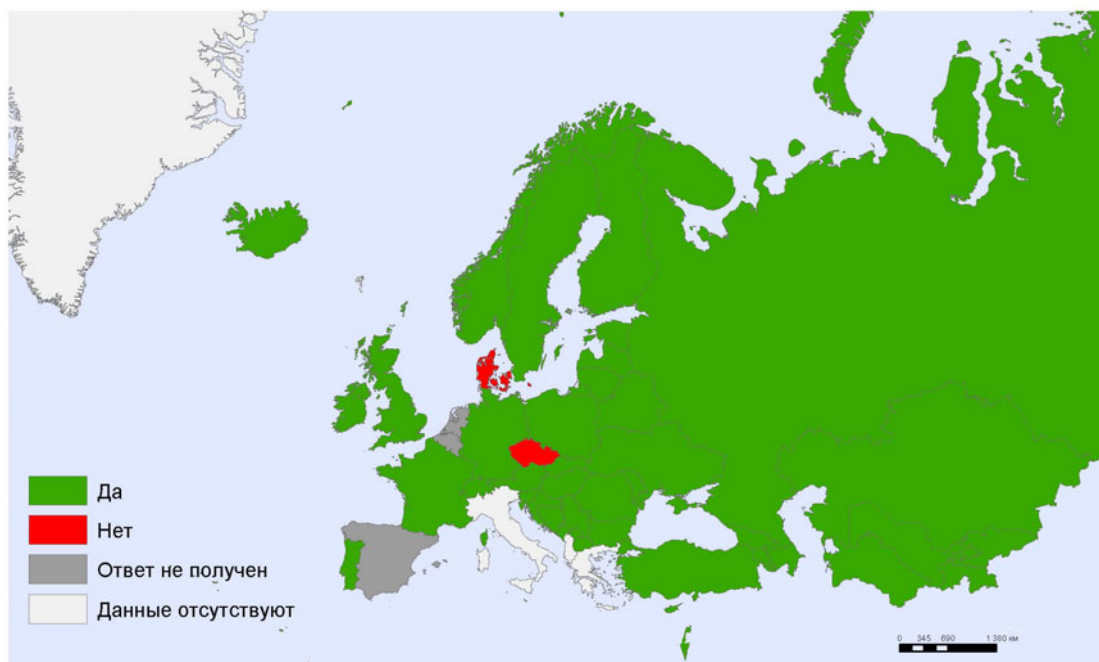
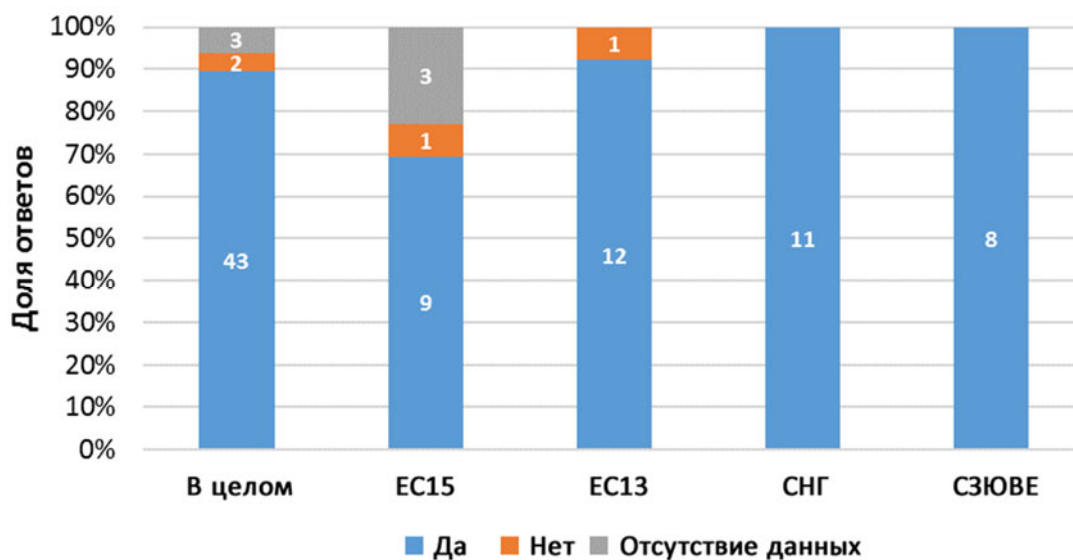


Рисунок 6.5. Наличие законов, стратегий или нормативных актов по обеспечению медицинского обслуживания в школах (страновые группы)



Координация школьных услуг между правительственными секторами

Сорок стран (83%) сообщили о координации медицинского обслуживания в школах между правительственными департаментами/секторами, в то время как пять стран (10%) не координируют такое обслуживание (рис. 6.6 и 6.7).

Рисунок 6.6. Координация школьных услуг между правительственными департаментами/секторами (страны)

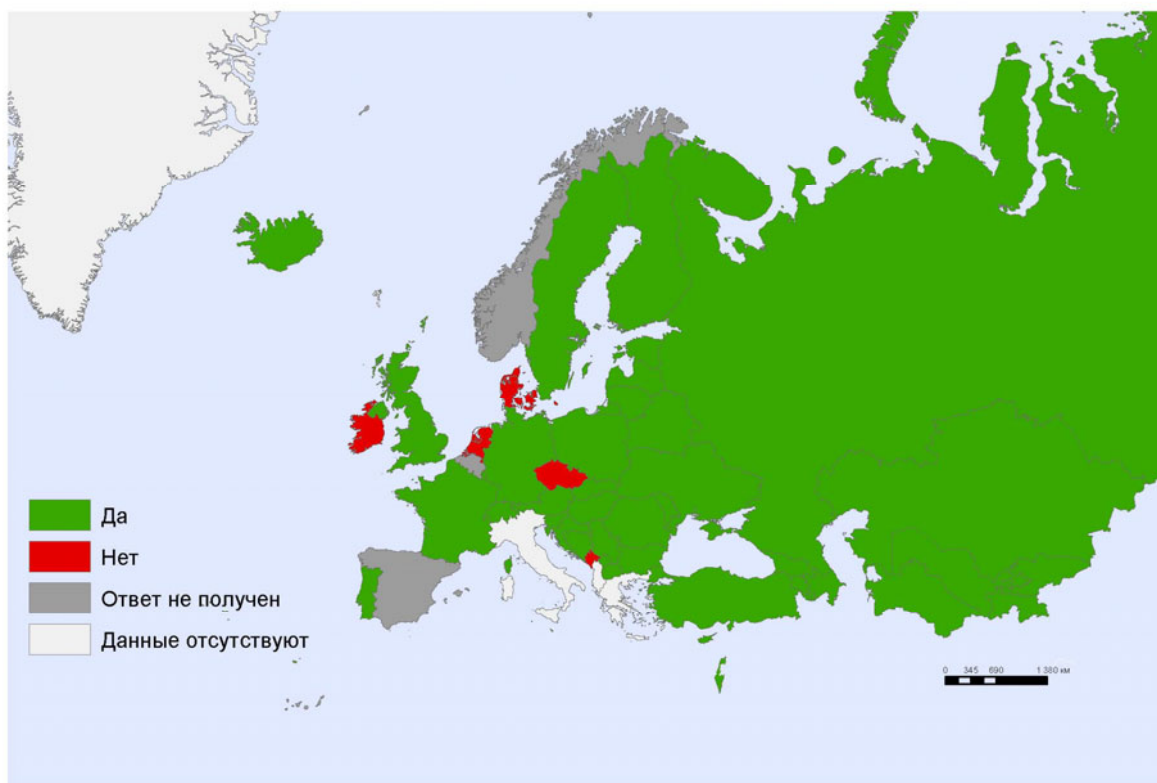
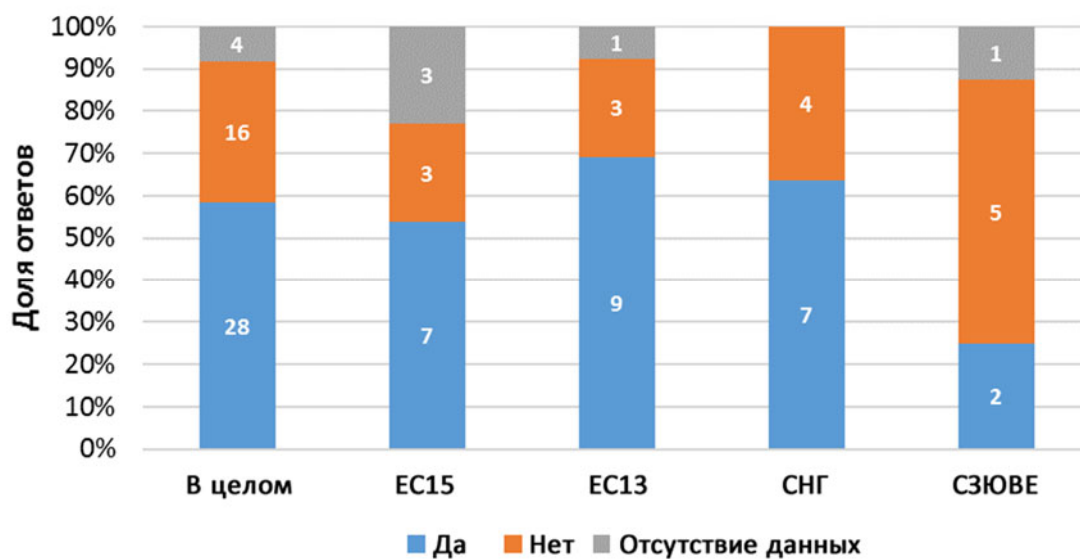


Рисунок 6.9. Наличие национальной стратегии в отношении школ, содействующих укреплению здоровья (страновые группы)



Вредные для здоровья продукты питания в школах

Двадцать восемь стран (58%) сообщили о наличии законов, влияющих на доступность вредных для здоровья продуктов питания в школах, а 12 (25%) – о планах ввести такие законы до 2020 г.; восемь стран (17%) не имеют подобных законов и не планируют их введения до 2020 г. (рис. 6.10 и 6.11).

Рисунок 6.10. Наличие законов, влияющих на доступность вредных для здоровья продуктов питания в школах (страны)

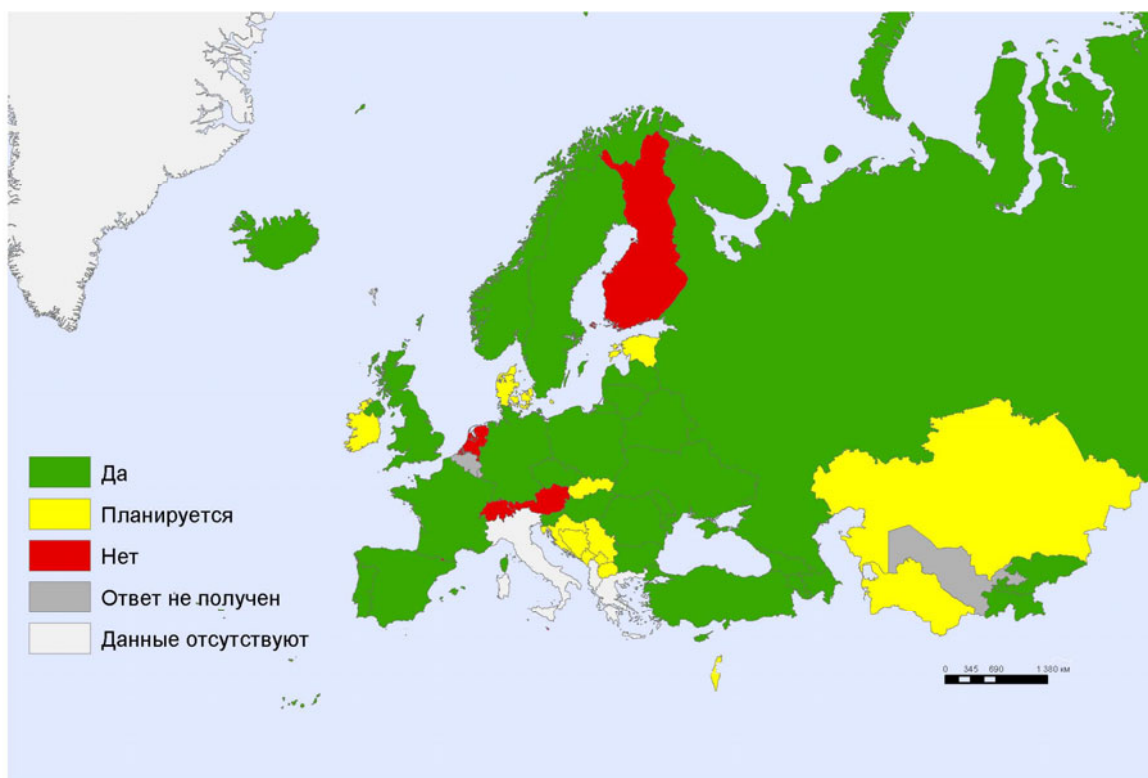
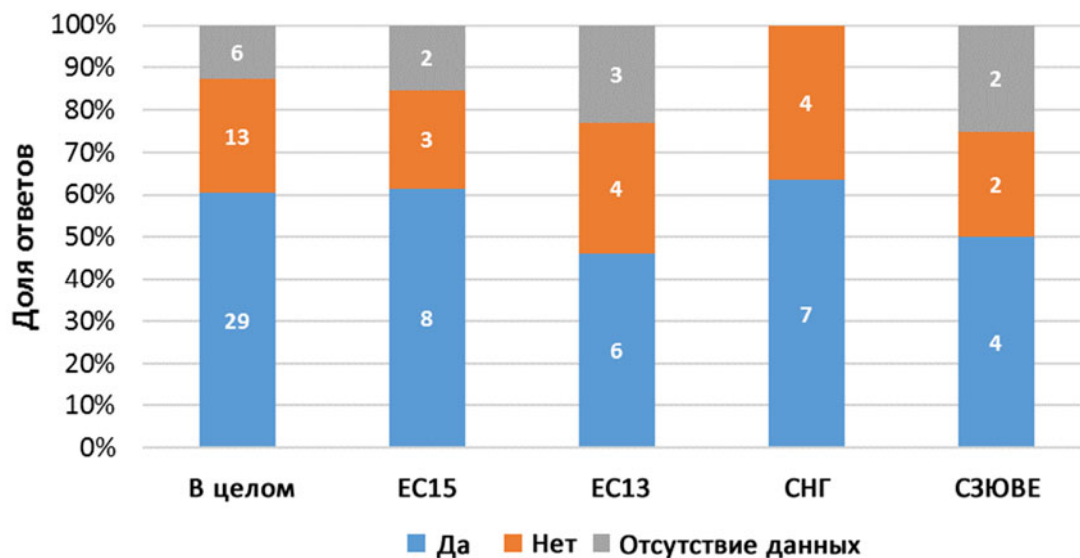


Рисунок 6.13. Национальная стратегия в отношении школ включает вопросы психического здоровья подростков (страновые группы)



Половое воспитание

Двадцать три страны (55%) сообщили о наличии стратегии по обеспечению полового воспитания в начальной и средней школах, восемь (19%) – только в средней школе, одна (2,4%) (Дания) – только в начальной школе; в семи странах (17%) (Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Литва, Республика Молдова, Румыния и Сербия) такая стратегия отсутствует (рис. 6.14 и 6.15).

Рисунок 6.14. Наличие стратегии по обеспечению полового воспитания в школах (страны)

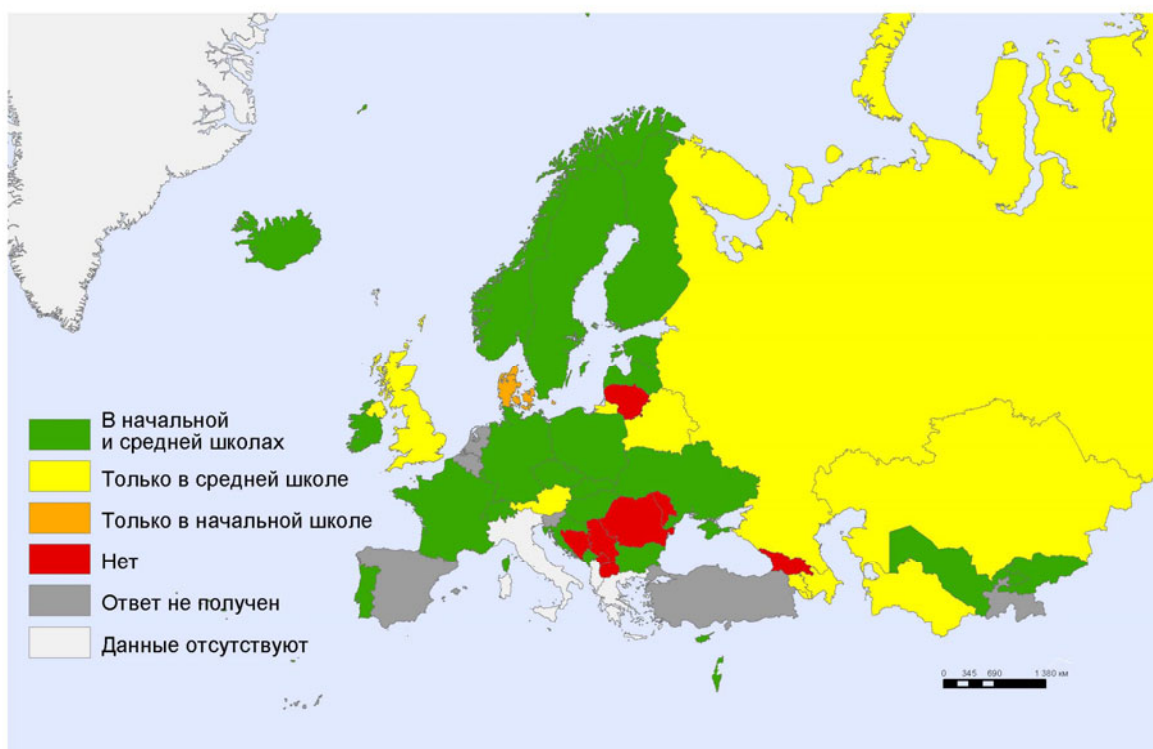
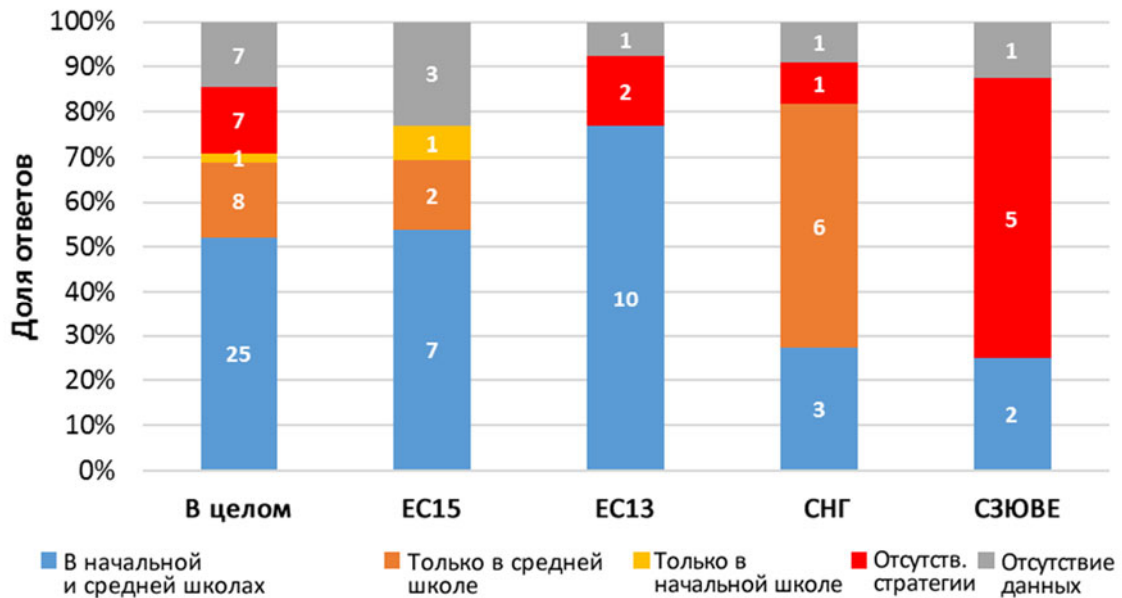


Рисунок 6.15. Наличие стратегии по обеспечению полового воспитания в школах (страновые группы)



Просвещение для борьбы с насилием со стороны интимного партнера

Тридцать стран (63%) сообщили об организации соответствующего возрасту и полу просвещения для борьбы с насилием со стороны сексуального/интимного партнера, в то время как 12 стран (25%) отметили отсутствие такого просвещения (рис. 6.16 и 6.17).

Рисунок 6.16. В стране организовано соответствующее возрасту и полу просвещение для борьбы с насилием со стороны сексуального/интимного партнера (страны)

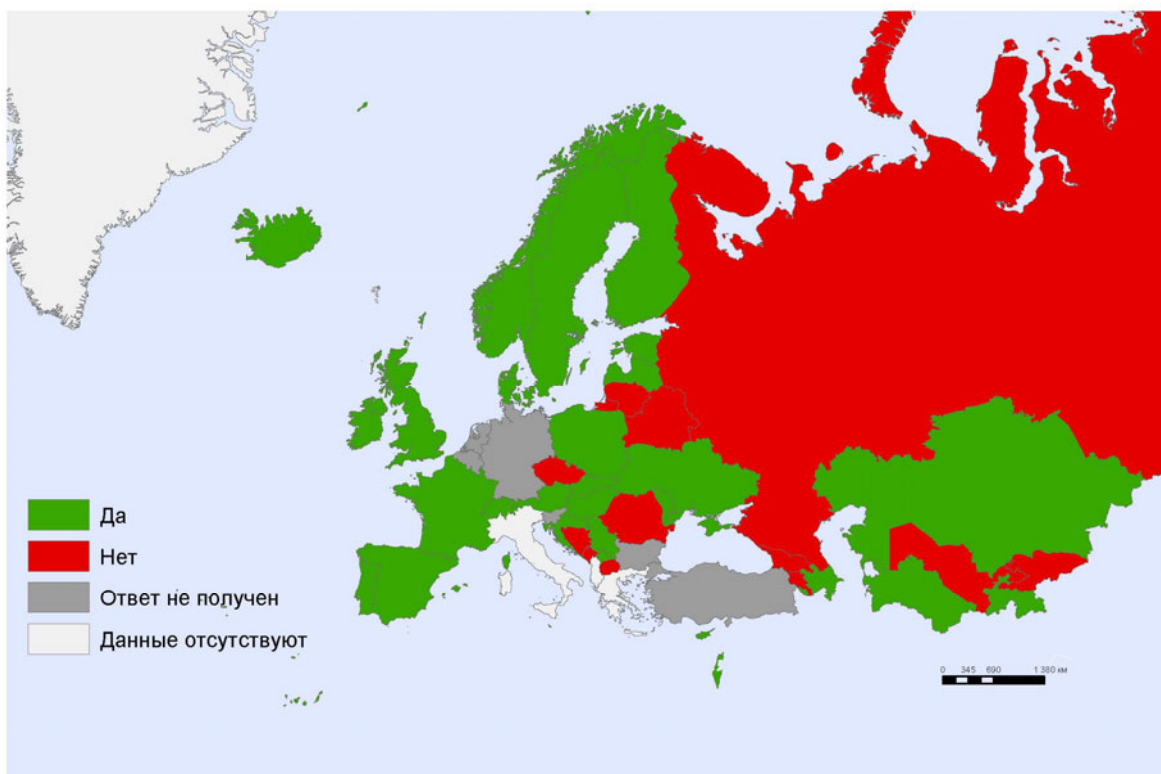
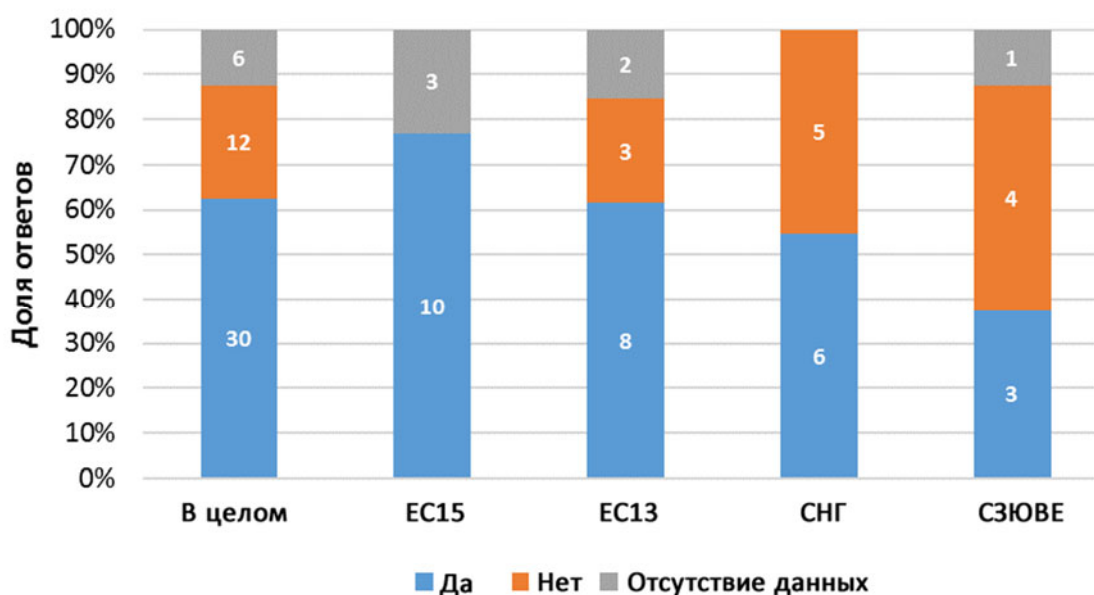


Рисунок 6.17. В стране организовано соответствующее возрасту и полу просвещение для борьбы с насилием со стороны сексуального/интимного партнера (страновые группы)



Результаты в широком контексте

РДРВ

Задача ЦУР, касающаяся РДРВ, ухода и образования, состоит в том, чтобы «к 2030 году обеспечить, чтобы все девочки и мальчики имели доступ к качественным системам развития, ухода и дошкольного обучения детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования». Все страны, ответившие на вопросы, сообщили о наличии системы содействия РДРВ, однако представленные сведения заставляют усомниться в комплексном и эффективном применении таких систем во всех странах.

Набор элементов системы содействия, указанных странами, является широким и включает стратегии и программы РДРВ, медицинские осмотры, посещения на дому и стандарты образования для детей дошкольного возраста. Исследования показали, что наличие интегрированной системы РДРВ, находящейся в ведении одного министерства или учреждения, связано с более высоким качеством РДРВ (1), поскольку такая ситуация способствует проведению комплексных мероприятий, ориентированных на основные области РДРВ (такие как питание, охрана здоровья, образование, социальная поддержка и защита детей).

В отношении 14 стран не получены данные о показателях участия в организованном обучении за год до достижения официально установленного возраста поступления в начальную школу; такие сведения являются важным индикатором для мониторинга прогресса в решении задачи ЦУР, связанной с РДРВ. РДРВ, охватывающее все сферы развития ребенка, представляет собой классическую область межсекторального сотрудничества.

Медицинское обслуживание и укрепление здоровья в школах

Школьные медицинские службы являются важным институтом, позволяющим практически ежедневно контактировать с большинством детей и подростков, и по этой причине имеют все возможности для проведения профилактических мероприятий и обеспечения доступа к помощи без каких-либо затруднений (2). В Парижской декларации о развитии межсекторального и межведомственного взаимодействия в поддержку здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ подчеркнута необходимость превращения школьной среды в Европейском

регионе в ресурс для улучшения здоровья и повышения благополучия для каждого человека, обеспечения и укрепления на базе школы служб здравоохранения, дружественных к подросткам, и применения коллективного подхода, охватывающего все местное сообщество (3). Сеть «Школы здоровья в Европе» (ШЗЕ) призывает каждую из стран-членов разработать и осуществить национальную стратегию укрепления здоровья в школах, предоставив странам справочные материалы, руководство и онлайн-пособие (4).

Большинство стран сообщили о наличии стратегии обеспечения медицинского обслуживания в школах и координации школьных услуг между правительственными секторами, однако данные главы 2 позволяют предположить, что эта межведомственная деятельность, касающаяся охраны здоровья в школах, не означает применения единого подхода всеми правительственными структурами. О наличии национальной стратегии в отношении школ, содействующих укреплению здоровья, сообщили лишь примерно две трети стран, однако несколько стран, не имеющих подобной стратегии, представили дополнительные описания мер, принимаемых в этой области. Например, Норвегия и Швеция сообщили о наличии законов об образовании, обязывающих все школы обеспечивать оказание услуг по профилактике и оздоровлению. В Германии разработаны рекомендации по укреплению здоровья и профилактике в школах, но нет национальной стратегии, поскольку политика в отношении школ регулируется на уровне федеральных земель. Соединенное Королевство сообщило о вводе в действие школьных служб медицинских сестер в рамках организации служб здравоохранения, находящихся в ведении местных органов.

Мысль о том, что школы не уделяют должного внимания психическому здоровью (2), подтверждается результатами данного обследования, в ходе которого было установлено, что лишь 29 стран (60%) сообщили о включении вопросов психического здоровья подростков в национальные стратегии в отношении школ.

Нездоровая пища (продукты питания с высоким содержанием сахара, соли или жиров, особенно продукты с высоким содержанием насыщенных жиров и трансжиров) способствует ожирению. В связи с этим целенаправленные усилия по уменьшению доступности таких продуктов в школах помогут ограничить рост показателей ожирения в Регионе и сформировать более здоровые привычки, которым дети будут следовать на протяжении всей жизни. Политика в области школьного питания может улучшить знания, предпочтения, установки и поведение в отношении питания. Большинство стран, которые не планируют разрабатывать законы, влияющие на доступность вредных для здоровья продуктов питания в школах, являются членами ЕС. В целях поддержки государств-членов Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало руководство по разработке стратегий организации питания в школах на основе ключевых этапов на пути к здоровому питанию (5). Проведенные исследования также указали на необходимость установления более прочных связей между школой и домом в борьбе с детским ожирением с учетом важной роли участия родителей в деятельности, осуществляемой в этой области (6).

Половое воспитание и просвещение для борьбы с насилием со стороны интимного партнера

Во многих странах и группах населения сексуальная сторона жизни является темой, требующей деликатного подхода. Как подчеркивается в разработанном ВОЗ Плане действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья (7, 8), решение задачи комплексного просвещения по вопросам сексуальности на всех этапах жизни с участием родителей, молодежи и специалистов должно быть эффективным. Лишь 23 страны имеют стратегии по обеспечению полового воспитания в начальной и средней школах; еще в восьми странах такое воспитание осуществляется только в условиях средней школы. Необходимо предпринять дополнительные усилия для разработки новых и пересмотра существующих стратегий в целях подготовки детей и подростков к половой жизни и недопущения того, чтобы они подвергали себя ненужным рискам.

Комплексное просвещение по вопросам сексуальности, ориентированное на конкретную аудиторию и учитывающее ее возрастные и гендерные особенности, также затрагивает глубинные причины насилия со стороны интимного партнера, такие как гендерное неравенство и социокультурные нормы, допускающие применение насилия (7, 8). Лишь около двух третей стран Региона сообщают об организации просвещения для борьбы с насилием со стороны интимного партнера с учетом возрастных и гендерных особенностей соответствующей аудитории. Систематическое включение проблемы насилия со стороны интимного партнера и других форм сексуального насилия и эксплуатации в программы обучения работников здравоохранения, преподавателей и социальных работников поможет им находить более эффективные решения и предотвращать применение насилия (7). С более подробной информацией, касающейся половой жизни, можно ознакомиться в главах 3, 5 и 7.

Заключение

Школы обеспечивают уникальные условия для определения направлений развития, которые будут влиять на физическое и психическое благополучие человека на протяжении всей жизни. Здоровье и успеваемость должны быть неразрывно связаны друг с другом, однако зачастую рассматриваются по отдельности. В связи с предполагаемым конфликтом между этими факторами возникает проблема эффективности проведения мероприятий по укреплению здоровья. Призыв к превращению каждой школы в школу, содействующую укреплению здоровья, потребует установления более прочных связей между секторами здравоохранения и образования и применения результатов исследований в школах.

В таблицу 6.1 включены все показатели, используемые в этой главе, а также данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 6.1. Охрана здоровья в школах: сводная таблица

Страна	Система содействия РДРВ	Стратегия обеспечения медицинского обслуживания в школах	Координация школьных услуг между правительственными секторами	Стратегия, включающая на доступность вредных для здоровья продуктов питания в школах	Национальная стратегия в отношении школ, содействующих укреплению здоровья	Национальная стратегия в отношении школ включает вопросы похвального здоровья подростков	Проведение для борьбы с насилием со стороны интимного партнера	Число детей, не посещающих начальную школу	Показатель участия в организованном обучении	Код страны									
Австрия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	7	–	AUT									
Азербайджан	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	11	21	AZE									
Албания	–	–	–	–	–	–	–	9	98	ALB									
Андорра	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	–	–	AND									
Армения	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	7	–	ARM									
Беларусь	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	7	99	BLR									
Бельгия	Да	–	–	Нет	–	–	–	1	100	BEL									
Болгария	Да	Да	Да	Да	–	–	–	4	93	BGR									
Босния и Герцеговина	Да	Да	Да	ПЛ	Нет	Да	Нет	–	–	BIH									
Венгрия	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	4	95	HUN									
Германия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	0,9	–	DEU									
Греция	–	–	–	–	–	–	–	0,2	95	GRC									
Грузия	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	3	53	GEO									
Дания	Да	Нет	Нет	ПЛ	Да	Нет	Да	2	99	DNK									
Израиль	Да	Да	Да	ПЛ	Да	Да	Да	3	100	ISR									
Ирландия	Да	Да	Нет	ПЛ	Да	Да	Да	0,3	96	IRL									
Исландия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	2	99	ISL									
Испания	–	–	–	Да	–	–	Да	2	99	ESP									
Италия	–	–	–	–	–	–	–	2	99	ITA									
Казахстан	Да	Да	Да	ПЛ	Да	Да	Да	1	95	KAZ									
Кипр	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	2	92	CYP									
Кыргызстан	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	0,7	67	KGZ									
Латвия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	3	97	LVA									
Литва	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	3	97	LTU									
Люксембург	Да	Да	Да	Нет	–	Да	Да	5	98	LUX									
Мальта	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	5	100	MLT									
МКД ^a	Да	Да	Да	ПЛ	Нет	Нет	Нет	8	36	MKD									
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	MCO									
Нидерланды	Да	–	Нет	Нет	Нет	Нет	–	3	–	NLD									
Норвегия	Да	Да	–	Да	Нет	–	Да	0,3	99	NOR									
Польша	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	3	89	POL									
Португалия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4	96	PRT									
Республика Молдова	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	9	–	MDA									
Российская Федерация	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	3	83	RUS									
Румыния	Да	Да	Да	Да	Нет	–	Нет	10	90	ROU									
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	7	95	SMR									
Сербия	Да	Да	Да	ПЛ	Нет	Нет	Да	4	99	SRB									
Словакия	Да	Да	Да	ПЛ	Да	Да	Да	–	–	SVK									
Словения	–	Да	Да	Да	Да	–	–	3	94	SVN									
Соединенное Королевство	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	0,1	–	GBR									
Таджикистан	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	4	12	TJK									
Туркменистан	Да	Да	Да	ПЛ	Да	Да	Да	–	–	TKM									
Турция	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	5	73	TUR									
Узбекистан	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	9	33	UZB									
Украина	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	2	–	UKR									
Финляндия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	0,9	100	FIN									
Франция	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	0,9	100	FRA									
Хорватия	Да	Да	Да	ПЛ	Нет	Нет	Да	1	99	HRV									
Черногория	Да	Да	Нет	ПЛ	Нет	Да	Нет	2	–	MNE									
Чехия	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	–	–	CZE									
Швейцария	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	1	100	CHE									
Швеция	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	0,4	98	SWE									
Эстония	Да	Да	Да	ПЛ	Да	Да	Да	3	92	EST									
% в целом	Да, (ПЛ), Нет	94	2	90	4	83	10	58	25	17	58	33	60	27	63	25	4	87	Средний показатель
% ЕС15	Да, (ПЛ), Нет	92	0	69	8	62	23	46	15	38	54	23	62	23	77	0	11	100	Максимальное значение
% ЕС13	Да, (ПЛ), Нет	92	0	92	8	92	8	69	23	8	69	23	46	31	62	23	AZE	–	Страна с максимальным показателем
% СНГ	Да, (ПЛ), Нет	100	0	100	0	100	0	82	18	0	64	36	64	36	55	45	0,1	12	Минимальное значение
% СЗЮВЕ	Да, (ПЛ), Нет	100	0	100	0	88	13	38	62	0	25	63	50	25	38	50	GBR	TJK	Страна с минимальным показателем

ПЛ – планируется.

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Ссылки

1. Starting strong 2017: key OECD indicators on early childhood education and care. Paris: OECD Publishing; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264276116-en>).
2. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behav Policy Rev.* 2015;2(4):268–83 (<https://www.ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2015/00000002/00000004/art00004#>).
3. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region: working together for better health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/348099/Complete-Paris-meeting-report_30-08-17-15h00.pdf?ua=1).
4. SHE: Schools for Health in Europe [веб-сайт]. Esbjerg: University College South Denmark; 2018 (<http://www.schools-for-health.eu/she-network/she-network>).
5. Food and nutrition policy for schools. A tool for the development of school nutrition programmes in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/152218/E89501.pdf?ua=1).
6. Okely, Anthony D, Hammersley ML. School–home partnerships: the missing piece in obesity prevention? *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2(1):5–6 ([https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(17\)30154-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(17)30154-2/fulltext)).
7. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья: в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе никого не оставить без внимания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/323210/Action-plan-sexual-reproductive-health-ru.pdf?ua=1).
8. Стандарты сексуального образования в Европе: документ для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения. Кёльн: Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения, 2010 г. (https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BZgA_Standards_russisch.pdf).

7. Поведение, сопряженное с риском, и исследовательское поведение

Введение

Подростковый возраст – это время освоения новых форм поведения, которое зачастую влечет за собой совершение рискованных действий. Одним из основных источников информации о рискованном поведении подростков в Европе является исследование HBSC (1), результаты которого представлены в страновых профилях на Европейском портале информации здравоохранения и в приложении HBSC для смартфонов. В настоящей главе опубликованы выборочные результаты в сочетании с информацией о соответствующих стратегиях.

Основные результаты

- Подростковый возраст – это время риска, поэтому страны должны понимать, какое поведение может считаться приемлемым и какие действия следует предотвращать посредством принятия соответствующих законов.
- Глубинное понимание форм поведения подростков, сопряженного с риском, обеспечивает исследование HBSC.
- Среди подростков Региона распространено употребление табака и алкоголя.
- Употребление каннабиса чаще отмечается в странах ЕС, нежели в Восточной Европе, Центральной Азии и Балканском регионе.
- В травле и драках особенно часто участвуют 15-летние юноши из стран СНГ.
- Об опыте незащищенных половых контактов сообщают две из пяти девушек и один из трех юношей.

Результаты

Алкоголь

Состояние опьянения в течение жизни

В ходе исследования HBSC сообщения о наличии опыта алкогольного опьянения в возрасте 15 лет были получены в среднем от 31% подростков; соответствующие показатели варьировали в интервале от 1% в Израиле до 55% в Литве. В среднем, о том, что они как минимум однажды находились в состоянии опьянения, сообщили 34% юношей – от 1% в Исландии до 62% в Литве. Девушки из стран ЕС13 чаще сообщали о наличии такого опыта по сравнению с девушками из стран ЕС15 или СНГ (рис. 7.1 и 7.2).

Рисунок 7.1. Состояние опьянения в течение жизни у 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

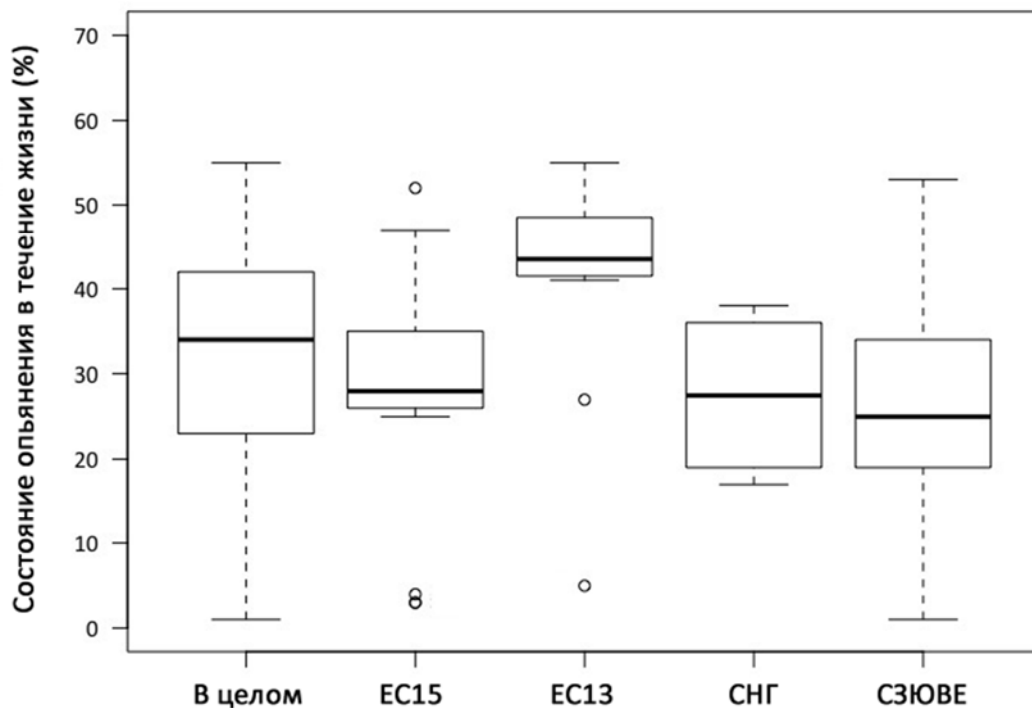
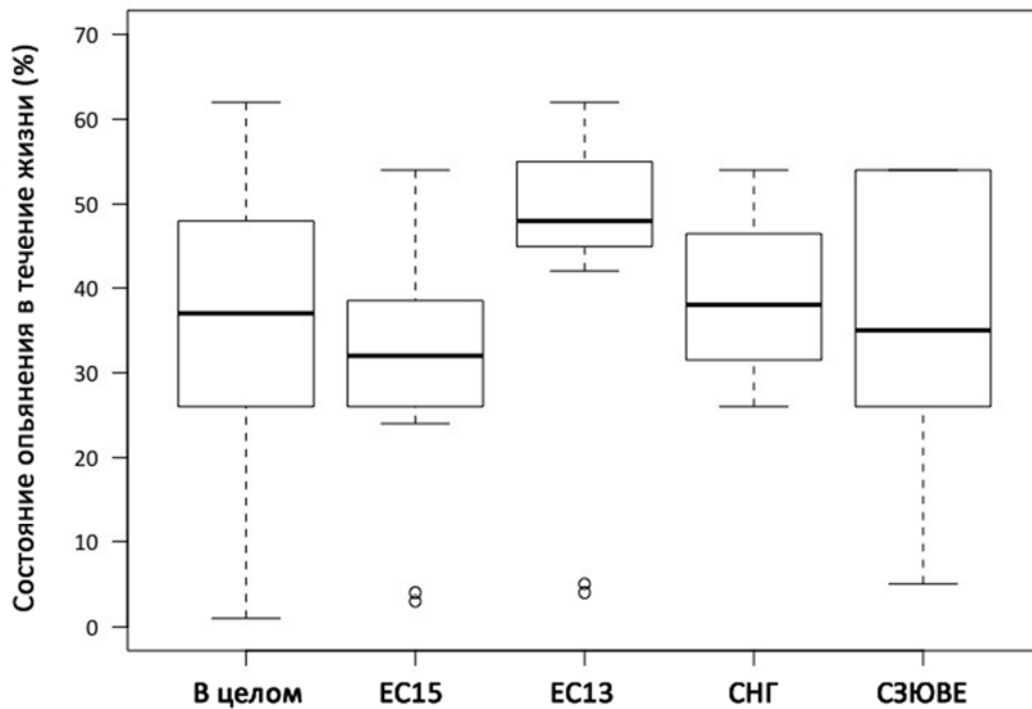


Рисунок 7.2. Состояние опьянения в течение жизни у 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Употребление алкоголя

Об употреблении алкоголя по крайней мере раз в неделю сообщили в среднем 13% 15-летних девушек – от 1% в Латвии, Республике Молдова и Финляндии, до 29% в Дании. Аналогичный показатель для 15-летних юношей составил в среднем 18% и варьировал в интервале от 1% в Латвии до 34% в Мальте. Девушки из стран СНГ реже сообщали об употреблении алкоголя по сравнению с девушками из стран ЕС15 и ЕС13 (рис. 7.3 и 7.4).

Рисунок 7.3. Употребление алкоголя 15-летними девушками в разбивке по страновым группам

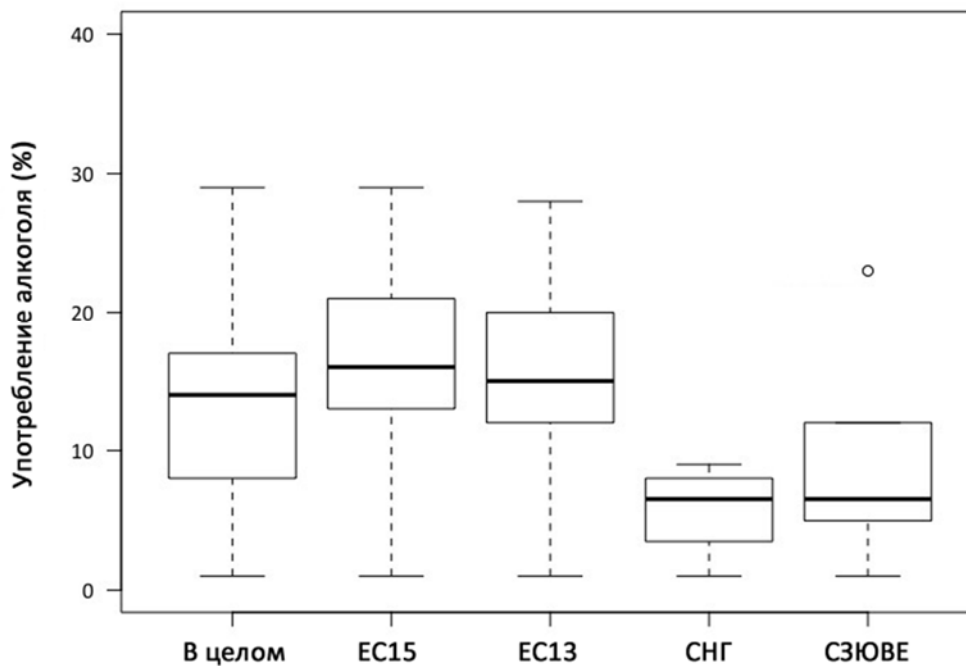
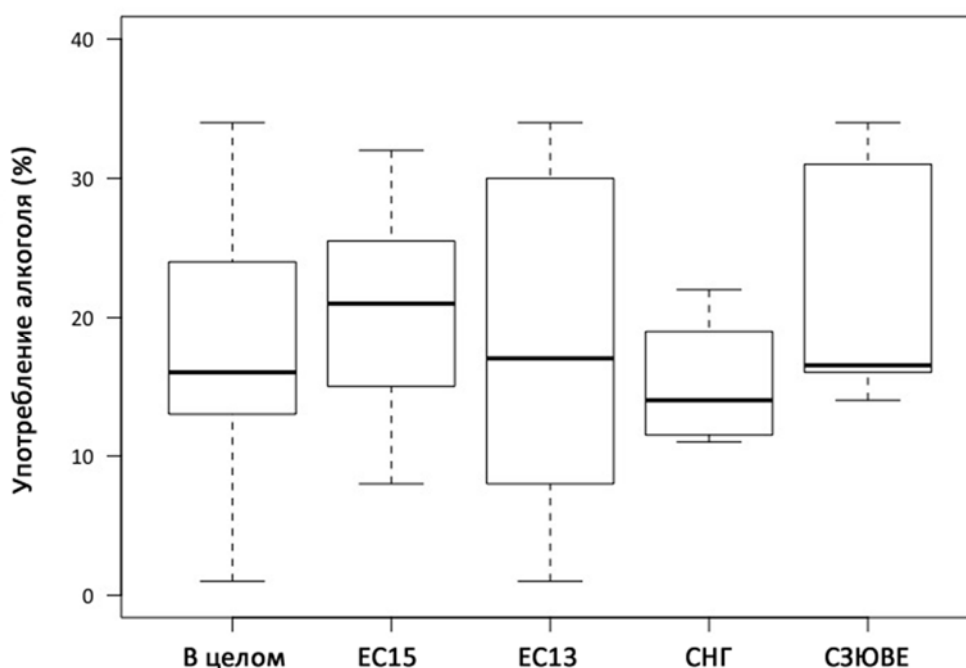


Рисунок 7.4. Употребление алкоголя 15-летними юношами в разбивке по страновым группам



Минимальный возраст для покупки алкогольных напитков

В большинстве стран действуют возрастные ограничения на приобретение алкогольных напитков, которые зачастую предполагают введение отдельных положений для пива и вина, а также других видов алкоголя.

Пиво и вино

В большинстве стран минимальный возраст для покупки пива и вина составляет 18 лет; в Австрии, Германии, Дании, Люксембурге и Швейцарии он равен 16 годам, а на Кипре и Мальте – 17 годам. В Исландии действует возрастное ограничение, равное 20 годам, а в Казахстане и Узбекистане – 21 году (рис. 7.5 и 7.6).

Рисунок 7.5. Минимальный возраст для покупки пива в разбивке по странам

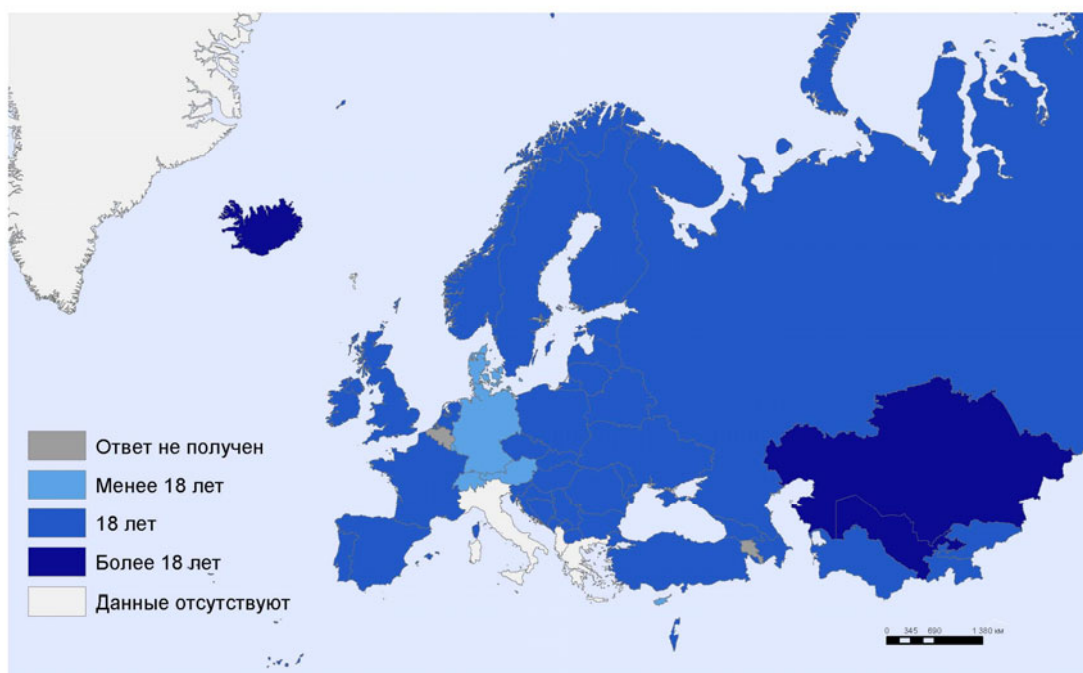
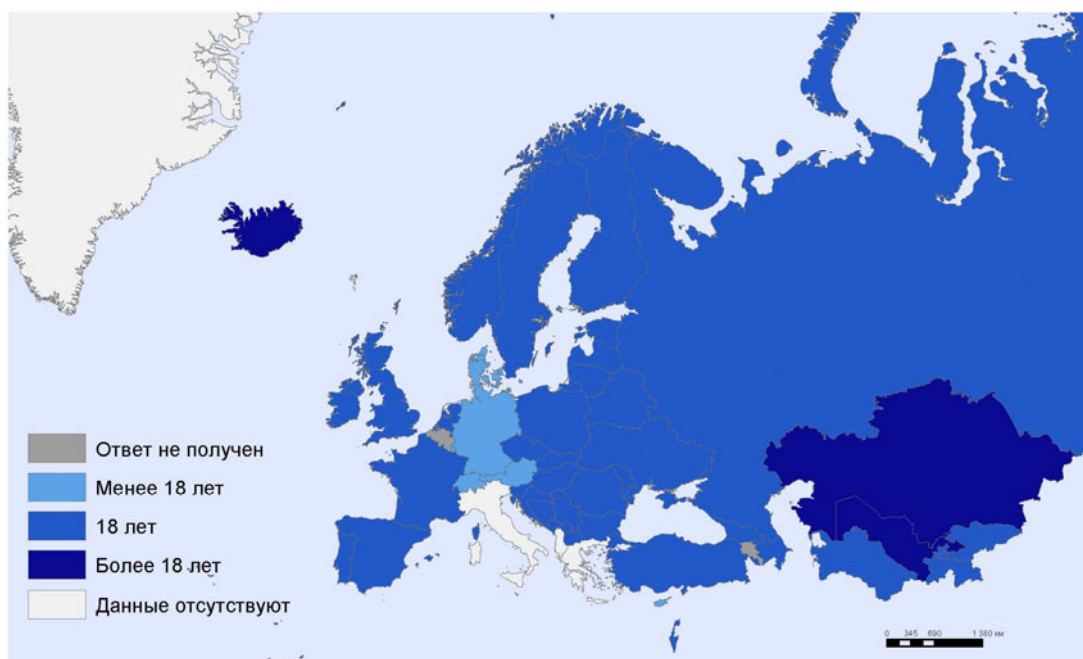


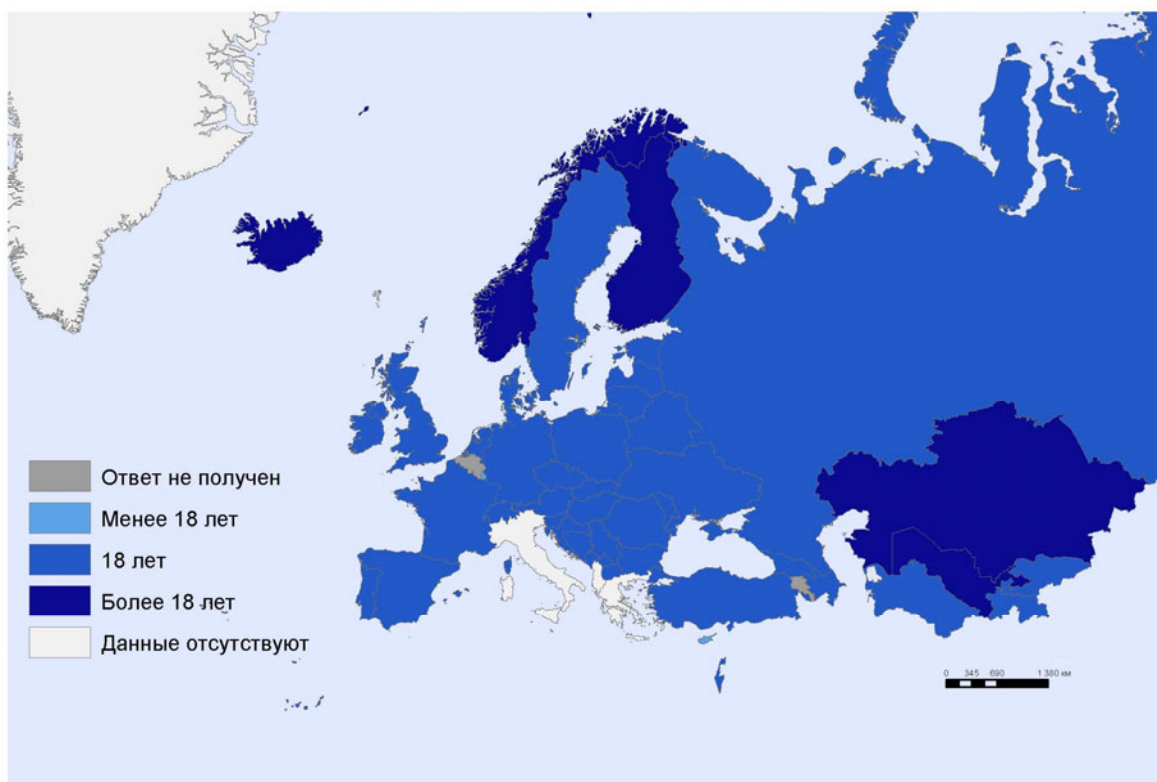
Рисунок 7.6. Минимальный возраст для покупки вина в разбивке по странам



Крепкие спиртные напитки

В Люксембурге разрешено продавать крепкие спиртные напитки 16-летним детям, а на Кипре и Мальте – детям в возрасте 17 лет. В большинстве стран возраст их покупки законодательно ограничен 18 годами; в Исландии, Норвегии и Финляндии он достигает 20 лет, а в Казахстане и Узбекистане – 21 года (рис. 7.7).

Рисунок 7.7. Минимальный возраст для покупки крепких спиртных напитков в разбивке по странам



Курение

В ходе исследования HBSC о курении не реже одного раза в неделю сообщили в среднем 12% 15-летних девушек; при этом минимальный показатель, зарегистрированный в нескольких странах, составил 1%, а максимальный показатель, зафиксированный в Болгарии, – 30%. О курении сообщили 13% юношей – от 3% в Исландии до 25% в Хорватии. Среди девушек из стран ЕС15 и ЕС13 отмечены более высокие показатели курения по сравнению с девушками из стран СНГ (рис. 7.8). Показатели для юношей из стран ЕС13 превышали показатели для юношей из стран ЕС15 (рис. 7.9).

Рисунок 7.8. Курение среди 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

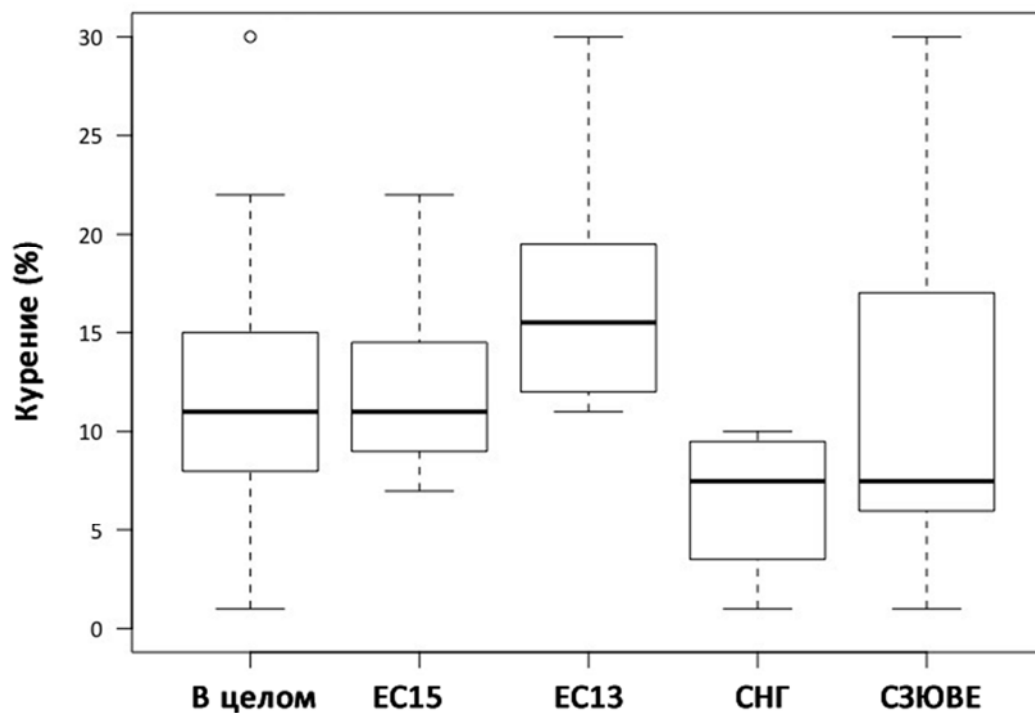
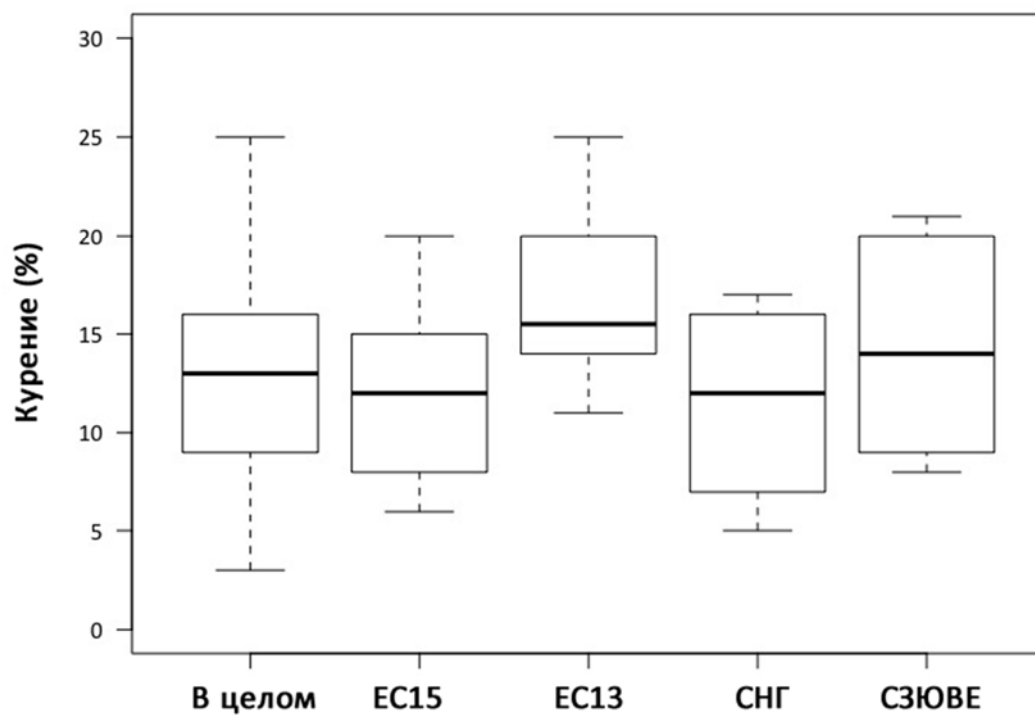


Рисунок 7.9. Курение среди 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



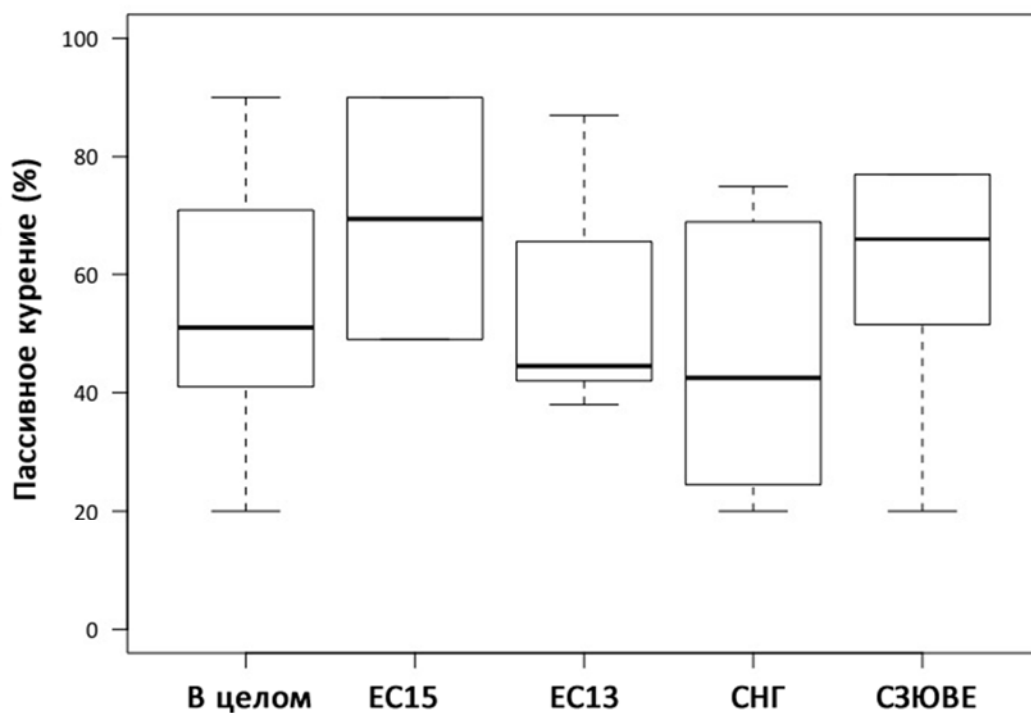
Общественные места, включенные в законодательство по борьбе с курением

В среднем в законодательство по борьбе с курением включено 56% общественных мест, при этом разброс показателей в Регионе составляет от 0 до 100%.

Пассивное курение в возрасте 13–15 лет

Глобальный опрос о потреблении табака среди молодежи (2) – обследование на базе школ, касающееся лиц в возрасте 13–15 лет, – обеспечивает информацию о пассивном курении среди подростков (последние данные за 2012 г.). При множестве отсутствующих значений среднее значение составляет 55%; соответствующие показатели варьируют в интервале от 20% в Республике Молдова до 90% в Греции (рис. 7.10).

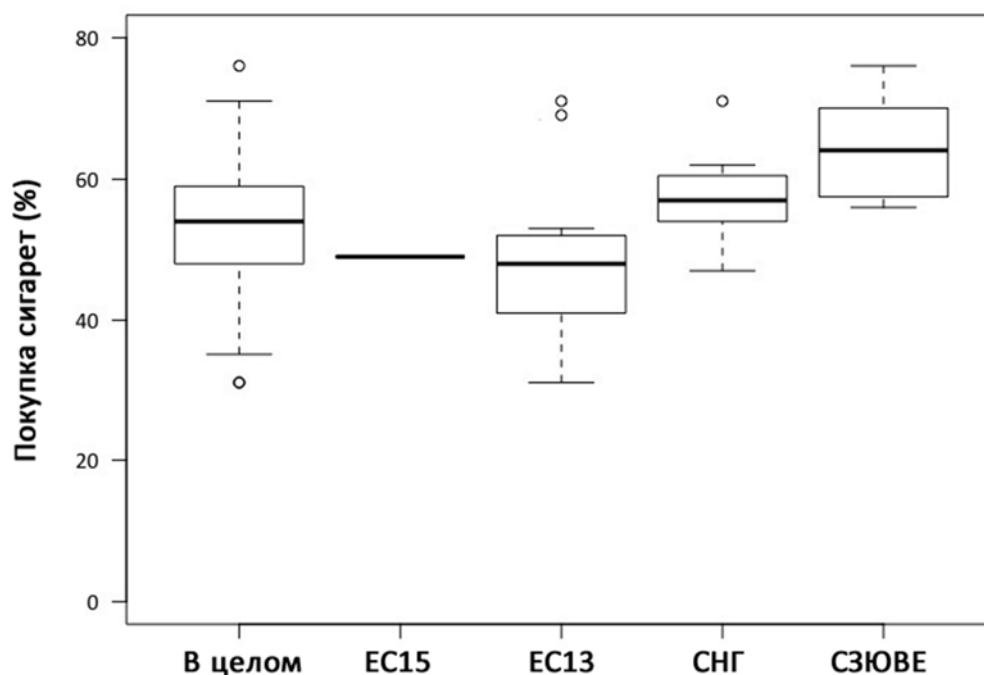
Рисунок 7.10. Пассивное курение в возрасте 13–15 лет в разбивке по страновым группам



Возможность покупки сигарет в магазине (в возрасте 13–15 лет)

При большом количестве недостающей информации о наличии возможности покупать сигареты в магазине сообщили в среднем 53% детей – от 31% в Латвии и Эстонии до 76% в Сербии. Более тщательный анализ выявляет значительные различия между странами ЕС13 и странами СНГ и СЗЮВЕ: молодежь из СНГ и СЗЮВЕ располагает более широкими возможностями для приобретения сигарет (рис. 7.11).

Рисунок 7.11. Возможность покупать сигареты в возрасте 13–15 лет в разбивке по страновым группам



Опыт употребления каннабиса в течение жизни

О по крайней мере однократном употреблении каннабиса сообщили в среднем 12% 15-летних девушек – от 0% в Армении до 26% во Франции. Среднее значение для юношей составило 17%; соответствующие показатели варьировали в интервале от 4 до 29%. Вне зависимости от гендерной принадлежности употребление каннабиса в гораздо большей степени распространено в странах ЕС13 и ЕС15, нежели в странах СНГ и СЗЮВЕ (рис. 7.12 и 7.13).

Рисунок 7.12. Употребление каннабиса 15-летними девушками в разбивке по страновым группам

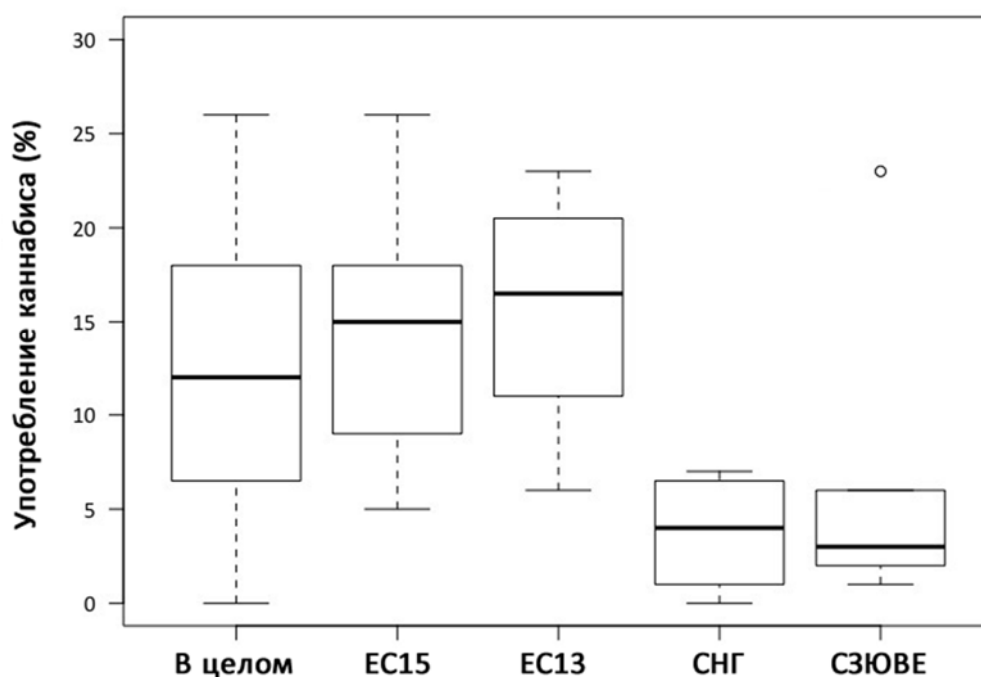
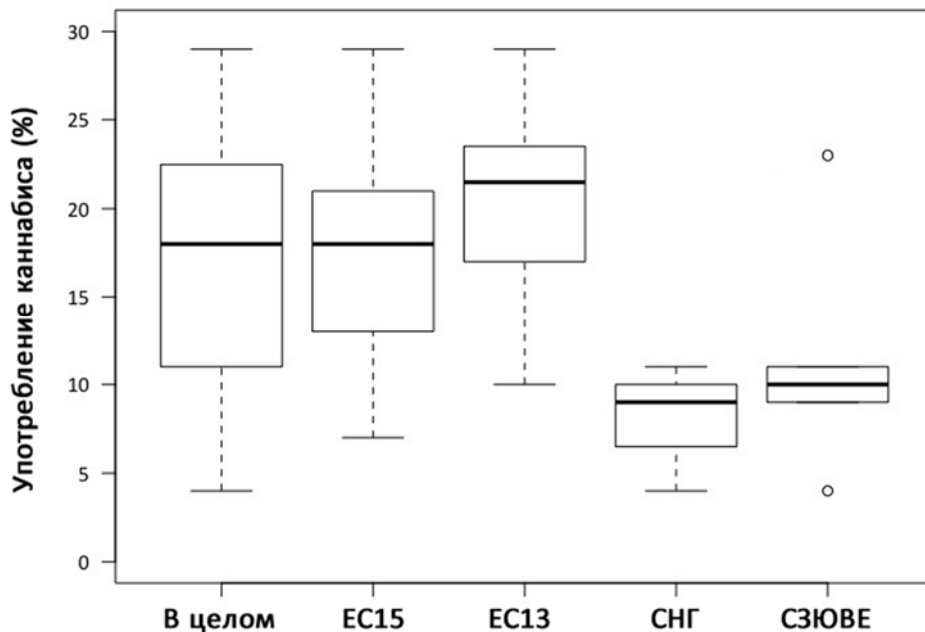


Рисунок 7.13. Употребление каннабиса 15-летними юношами в разбивке по страновым группам



Насилие и травля

Травля других

Средний показатель частоты травли других лиц, согласно данным, представленным 15-летними девушками в рамках исследования HBSC, составляет 6%; максимальный показатель, равный 19%, зарегистрирован в Латвии, а минимальный показатель, равный 1%, – в Соединенном Королевстве. Показатели для юношей намного выше: средний показатель равен 12%, максимальный – 34% (Литва), а минимальный – 3% (Исландия и Швеция). Для юношей и девушек зарегистрированы значительные различия между странами EC15 и странами СЗЮВЕ (рис. 7.14 и 7.15).

Рисунок 7.14. Травля других среди 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

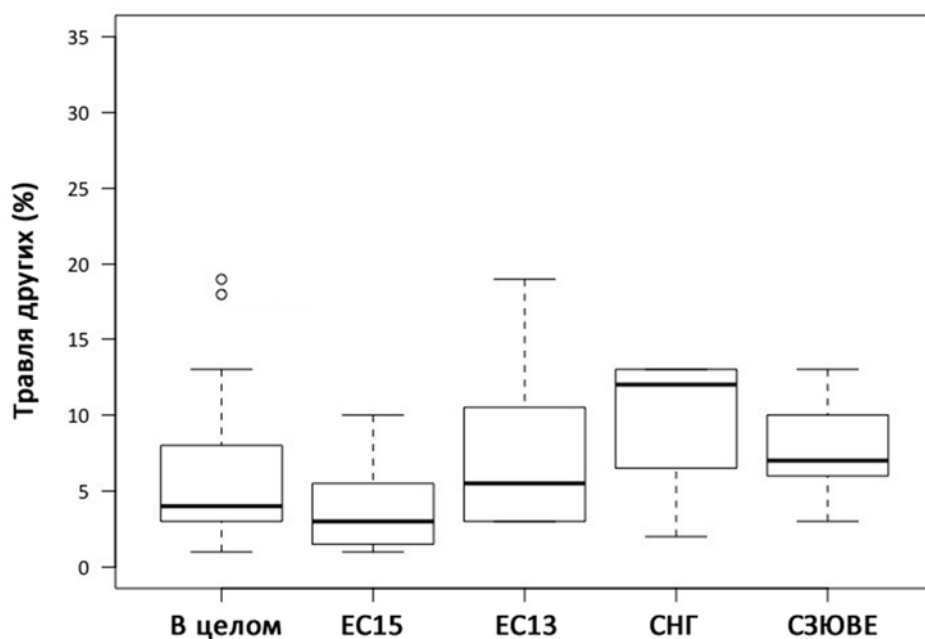
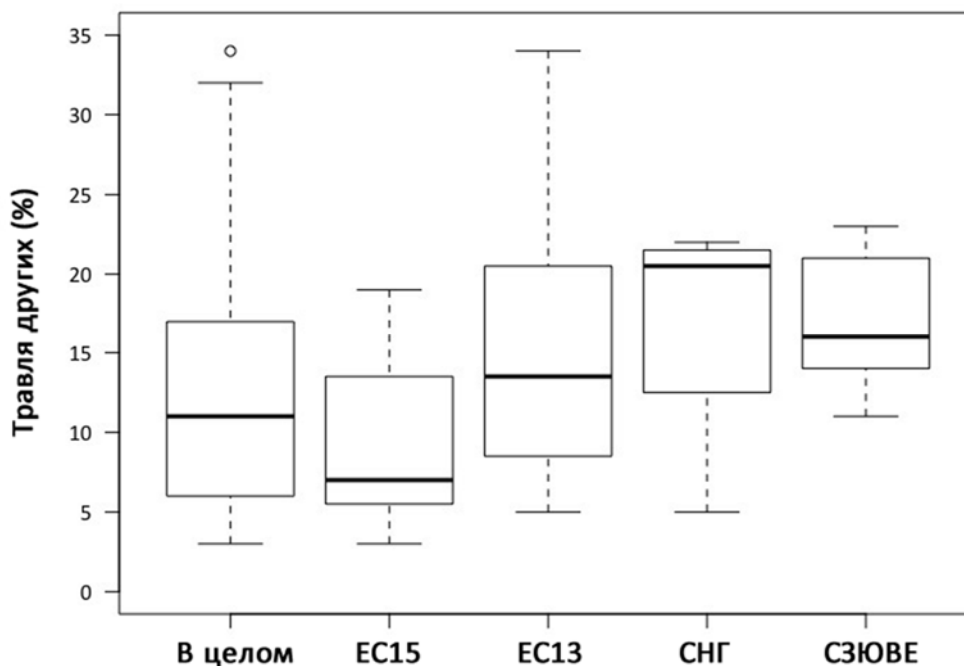


Рисунок 7.15. Травля других среди 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Пребывание в положении жертвы травли

В этой же возрастной группе о том, что их подвергают травле, сообщают в среднем 7% девушек; соответствующий показатель достигает максимального значения в 22% в Литве и минимального значения, равного 1%, в Исландии (рис. 7.16). Для юношей средний показатель составляет 9%, максимальный (также в Литве) – 29%, а минимальный (в Армении и Исландии) – 2% (рис. 7.17).

Рисунок 7.16. Пребывание в положении жертвы травли среди 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

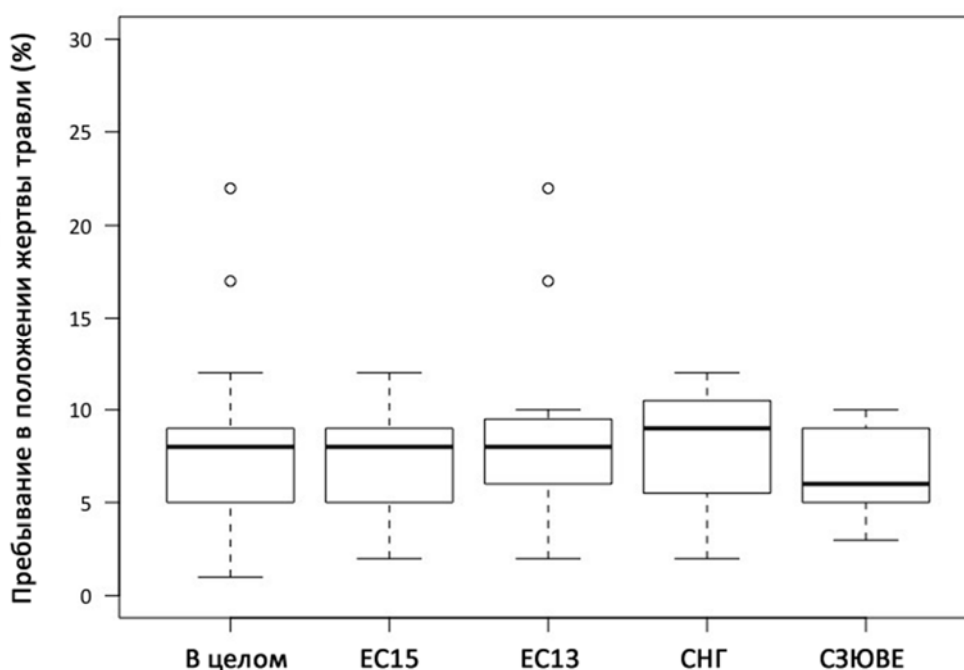
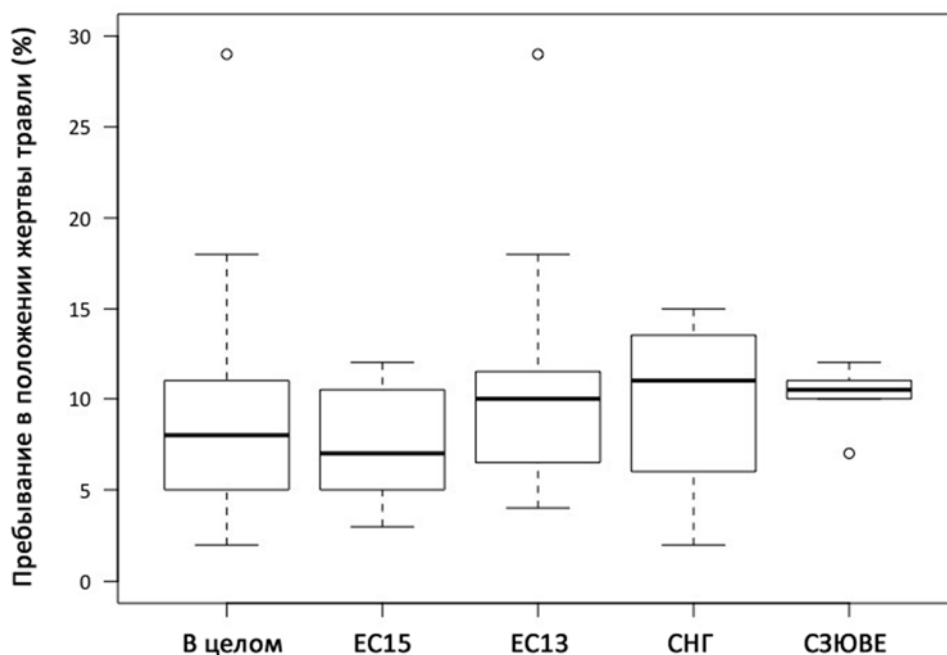


Рисунок 7.17. Пребывание в положении жертвы травли среди 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Участие в драках

В среднем в ходе исследования HBSC об участии в драках сообщили 4% девушек; наименьший показатель составил 2%, а наибольший – 8% (рис. 7.18). Показатели для юношей были существенно выше: они составили в среднем 14% и варьировали в интервале от 7% в Финляндии, Исландии, Швеции и Швейцарии до 36% в Армении. В отношении юношей страны ЕС15 представили гораздо более низкие показатели, нежели все остальные страновые группы (рис. 7.19).

Рисунок 7.18. Участие в драках 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

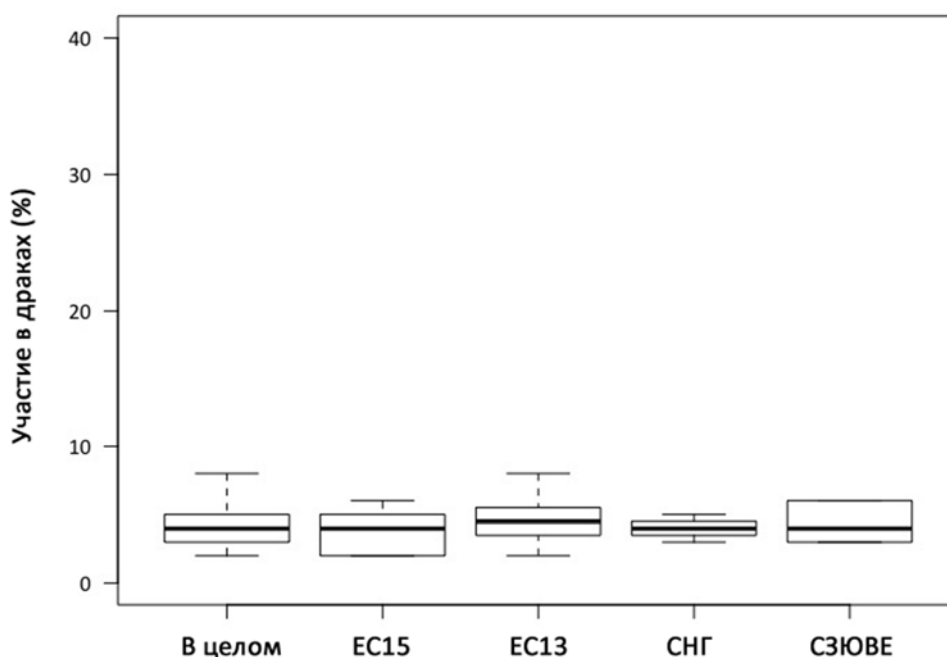
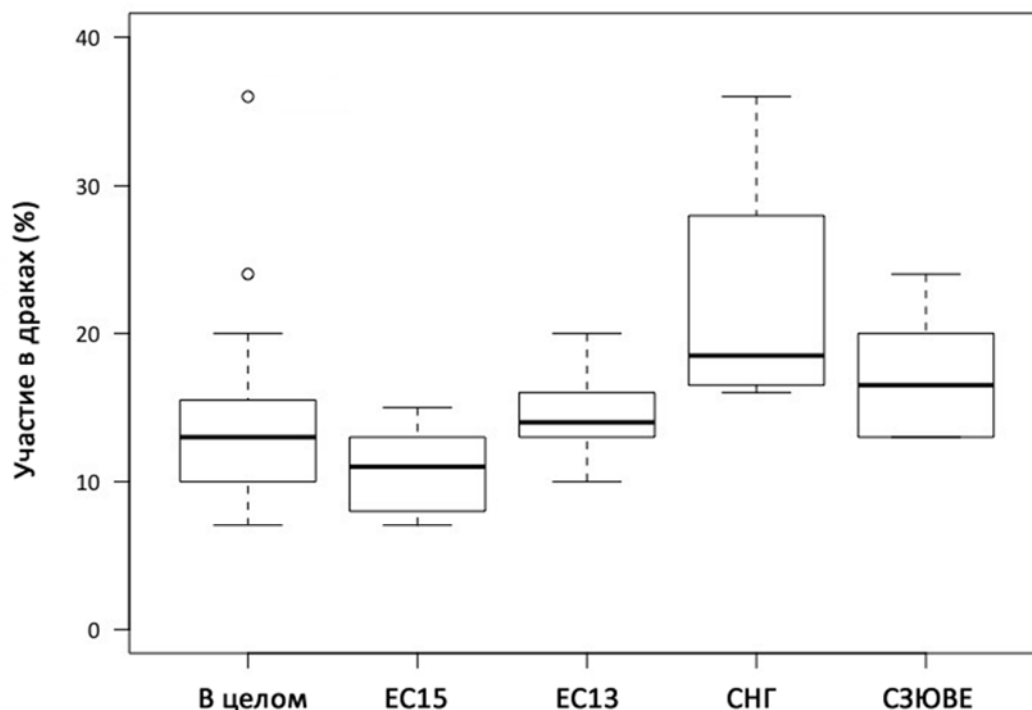


Рисунок 7.19. Участие в драках 15-летних юношей в разбивке по страновым группам

Минимальный возраст наступления уголовной ответственности

Несколько стран не ответили на этот вопрос. В странах, представивших ответы, самый низкий возраст составляет 10 лет (Соединенное Королевство), а самый высокий – 18 лет (Бельгия, Люксембург и Франция).

Показатели количества случаев убийства детей

Представленные показатели варьируют в широких пределах; несколько стран сообщили о показателях менее одного случая на 1 млн человек. Самые высокие из представленных показателей были зарегистрированы в Бельгии (девять случаев на 1 млн человек) и Сербии (10 случаев на 1 млн человек).

Травмы, потребовавшие медицинского вмешательства

О травмах, полученных в течение предыдущего года, которые потребовали медицинского вмешательства, сообщили в среднем 36% девушек; соответствующие показатели варьировали в диапазоне от 14 до 54%. Показатели для юношей были выше: среднее значение составило 46%, а диапазон варьирования – от 23 до 66%. Число девушек, которые сообщили о травмах, потребовавших медицинского вмешательства, в Европейском регионе в целом и странах ЕС было гораздо больше, нежели в странах СЗЮВЕ (рис. 7.20 и 7.21).

Рисунок 7.20. Травмы, потребовавшие медицинского вмешательства, у 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

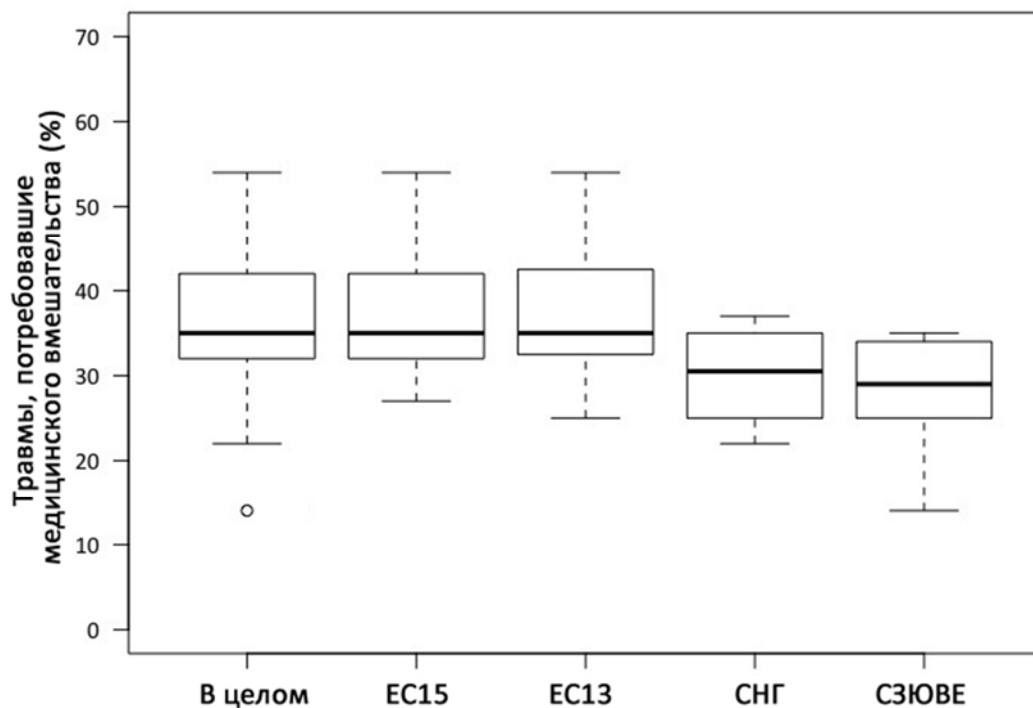
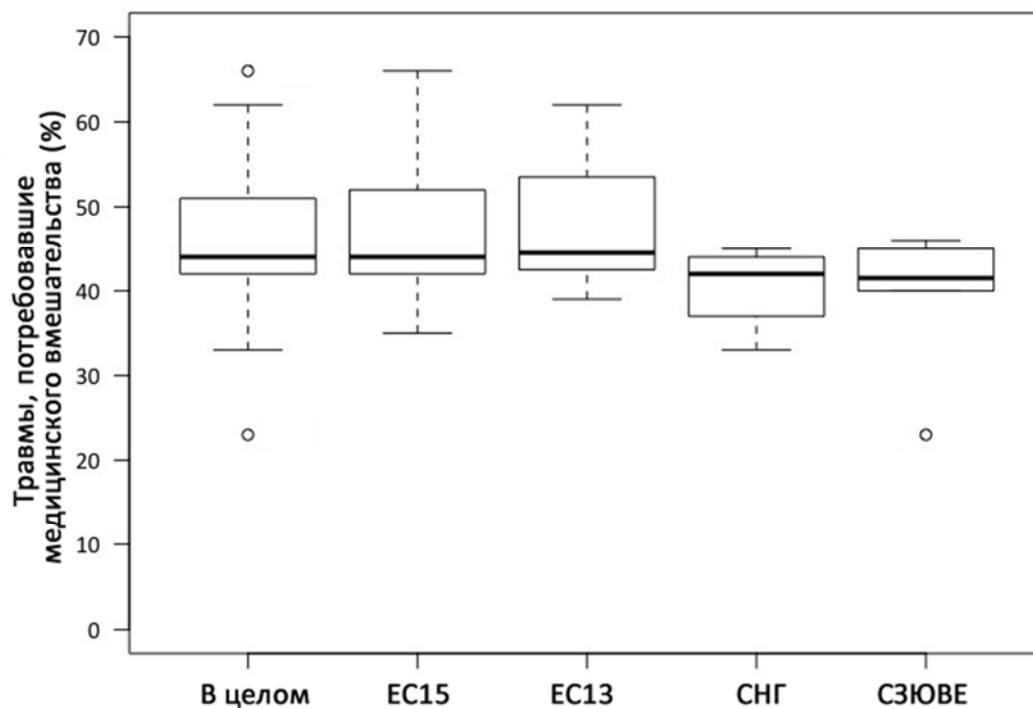


Рисунок 7.21. Травмы, потребовавшие медицинского вмешательства, у 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Сексуальное здоровье

Использование презерватива во время последнего полового акта

Согласно исследованию HBSC, средний показатель использования презервативов девушками составил 59%; при этом Швейцария представила показатель, равный 80%, а Армения – 0%. Для юношей этот показатель был равен в среднем 68% и варьировал в интервале от 83% в Греции до 28% в Польше (рис. 7.22 и 7.23).

Рисунок 7.22. Использование презерватива во время последнего полового акта 15-летними девушками в разбивке по страновым группам

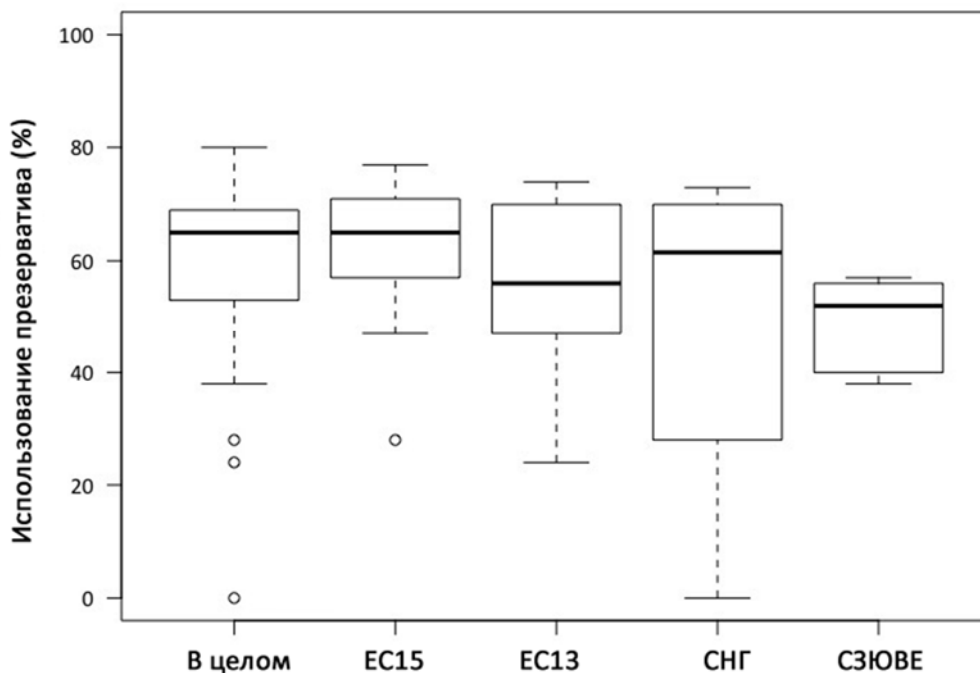
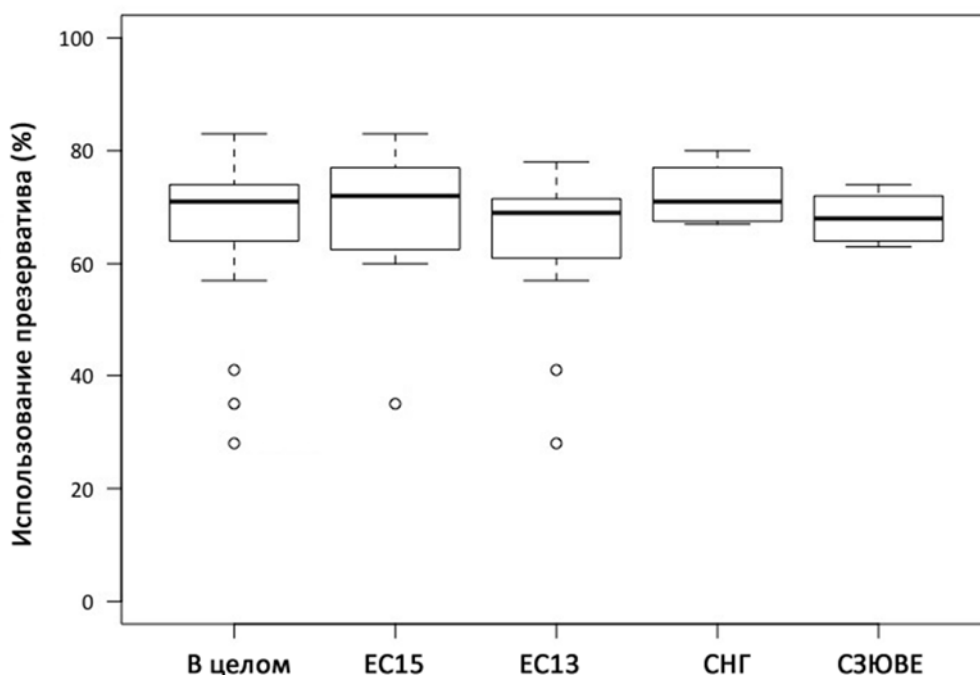


Рисунок 7.23. Использование презерватива во время последнего полового акта 15-летними юношами в разбивке по страновым группам



Результаты в широком контексте

Подростковый возраст – это время освоения нового, поэтому юноши и девушки неизбежно совершают рискованные действия. HBSC (1) представляет собой важное совместное исследование, обеспечивающее сопоставимые на региональном уровне данные о рискованном и исследовательском поведении в разных странах Европы. Оценка рискованного поведения, как приемлемого, так и неприемлемого в определенной степени, зависит от конкретной страны. Данные отдельных стран, доступные на Европейском портале информации здравоохранения, следует использовать странам в качестве основы для проведения индивидуального анализа, мониторинга тенденций и содействия национальному диалогу и разработке политики.

В отношении возраста наступления уголовной ответственности страны представили широкий спектр показателей. Отрочество является переходным возрастом, а это означает, что подростки зачастую не могут полностью осознать последствия своих действий: системы уголовного правосудия должны быть в состоянии учитывать эти особенности. КПП ООН (3) выступает в качестве руководящего документа, побуждающего страны не выносить неоправданно суровые наказания за правонарушения в этой возрастной группе.

Табак

Необходимо принять меры по вводу в действие законов, касающихся табака, и созданию условий, в которых дети и подростки с меньшей вероятностью начнут курить. Следует пресекать попытки производителей сбывать их продукцию детям, обеспечивая соблюдение на страновом уровне принципов Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (4) (информацию о других усилиях промышленных кругов, влияющих на национальную практику, см. в главе 9). Школы могут играть важную роль в принятии таких мер, однако нуждаются в поддержке и содействии, чтобы стать площадками по пропаганде здорового образа жизни (см. главу 6).

Алкоголь

В настоящей публикации представлены отдельные аспекты стратегий, связанных с алкоголем и табаком. С более подробными сведениями можно ознакомиться в конкретных докладах (5).

Среди подростков, особенно в западноевропейских странах, по-прежнему распространено употребление алкоголя, а гендерный разрыв в соответствующих показателях стал уже. Употребление алкоголя в этот период является серьезной проблемой по двум основным причинам. Во-первых, в этом возрасте алкоголь, по всей видимости, оказывает гораздо более неблагоприятное воздействие на развитие нервной и эндокринной систем, нежели на более поздних этапах жизни; во-вторых, чем раньше подростки начинают выпивать, тем выше вероятность травм, связанных с употреблением алкоголя, и алкогольной зависимости в более позднем возрасте. Ключом к успеху являются более глубокое понимание негативных последствий употребления алкоголя для развития подростков и обеспечение/ужесточение соблюдения установленных законом возрастных ограничений на продажу алкоголя. Постоянный мониторинг и оценка эффективности законодательства с позиции изменения поведения помогут понять степень воздействия политических мер: хорошим примером может служить законодательство по борьбе с распространением слабоалкогольных напитков, принятое в ряде стран в ответ на рост показателей употребления алкоголя подростками (6, 7).

Питание и физическая активность, которые определяют текущее благополучие и факторы риска для здоровья во взрослом возрасте, рассматриваются в главе 10.

Травля и драки

Обстановка в школах важна для поведения подростков, поскольку многие из зарегистрированных случаев травли и драк происходят в школе. Драки юношей часто считаются нормальным явлением, и более высокие показатели количества драк среди юношей, чем среди девушек, во всех странах это подтверждают. По данным исследования HBSC

показатели травли других и участия в драках выше в странах СНГ, что указывает на важную область для организации национального диалога в целях перехода к действиям. В этом контексте следует использовать воспитательную функцию школ, добиваясь того, чтобы все школы содействовали укреплению здоровья и обеспечивали безопасную и благоприятную среду; сеть ШЗЕ (8) прилагает усилия по продвижению этой цели. Сотрудничество между секторами здравоохранения и образования также может обеспечить более благоприятные условия (9).

Сексуальное поведение

Использование презервативов является постоянной практикой в странах Региона, однако, по данным исследования HBSC, показатели доли незащищенных половых контактов составляют 20–30%, что внушает беспокойство. Это может указывать на недостатки в половом воспитании либо в обеспечении доступности презервативов для отдельных подростков. Комплексное просвещение по вопросам сексуальности на базе учебных программ и стратегии, гарантирующие подросткам возможность получить информацию, консультации и услуги в области контрацепции, в частности, принятие законов и обеспечение доступа к презервативам, могут сыграть важную роль в снижении доли незащищенных половых контактов. Половое воспитание более подробно рассматривается в главе 6, а доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья – в главах 5 и 9.

Заключение

Для возрастной группы подростков поведение, сопряженное с определенным количеством риска и исследовательских действий, является нормой, и обследования, подобные HBSC, помогут понять долгосрочные тенденции и позволят сопоставить данные для разных стран. Полученные результаты следует обсудить на страновом уровне среди подростков, родителей, преподавателей и политиков, с тем чтобы сделать возможным достижение консенсуса по поводу нормальных и допустимых вариантов поведения, действий, вызывающих беспокойство, и мер, принятие которых может потребоваться. Формы поведения, которые могут нанести долговременный ущерб, такие как незащищенные половые контакты, необходимо менять с помощью просветительских мер и мер поддержки, не прибегая к применению наказаний.

В таблицу 7.1 включены все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 7.1. Поведение, сопряженное с риском, и исследовательское поведение:
сводная таблица

Страна	Код страны	Минимальный возраст для покупки пива	Минимальный возраст для покупки вина	Минимальный возраст для покупки крепких спиртных напитков	Минимальный возраст наступления уголовной ответственности	Количество случаев убийства детей на 1 млн человек (в возрасте 0–14 лет)	Использование презерватива во время последнего полового акта 15-летними девушками (%)	Использование презерватива во время последнего полового акта 15-летними юношами (%)	Травля других среди 15-летних девушек (%)	Травля других среди 15-летних юношей (%)	Пребывание в положении жертвы травли среди 15-летних девушек (%)	Пребывание в положении жертвы травли среди 15-летних юношей (%)	Участие в драках 15-летних девушек (%)	Участие в драках 15-летних юношей (%)
Австрия	AUT	16	16	18	14	1	74	77	10	19	8	12	4	14
Азербайджан	AZE	18	18	18	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–
Албания	ALB	–	–	–	–	0	38	63	8	14	5	7	6	24
Андорра	AND	18	18	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Армения	ARM	–	–	–	–	0	0	68	2	5	2	2	3	36
Беларусь	BLR	18	18	18	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Бельгия	BEL	–	–	–	18	9	28	35	5	10	11	12	5	11
Болгария	BGR	18	18	18	14	5	56	66	6	18	10	12	6	20
Босния и Герцеговина	BIH	18	18	18	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–
Венгрия	HUN	18	18	18	14	5	72	78	3	6	6	5	8	13
Германия	DEU	16	16	18	14	4	67	72	6	16	8	6	3	11
Греция	GRC	–	–	–	15	1	75	83	4	14	6	7	4	14
Грузия	GEO	18	18	18	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–
Дания	DNK	16	16	18	15	1	57	60	2	4	4	4	–	–
Израиль	ISR	18	18	18	–	3	57	72	3	14	3	11	3	13
Ирландия	IRL	18	18	18	12	1	65	64	1	6	7	7	5	15
Исландия	ISL	20	20	20	–	0	65	72	4	3	1	2	3	7
Испания	ESP	18	18	18	14	3	77	63	3	6	3	5	3	8
Италия	ITA	–	–	–	14	1	68	72	1	5	2	3	2	10
Казахстан	KAZ	21	21	21	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Кипр	CYP	17	17	17	14	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Кыргызстан	KGZ	18	18	18	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Латвия	LVA	18	18	18	14	3	69	71	19	32	17	18	4	14
Литва	LTU	18	18	18	16	5	56	57	18	34	22	29	3	13
Люксембург	LUX	16	16	16	18	0	66	77	8	16	12	10	6	13
Мальта	MLT	17	17	17	14	0	41	41	3	8	2	8	5	14
МКД ^a	MKD	18	18	18	–	0	48	64	6	11	6	11	3	13
Монако	MCO	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Нидерланды	NLD	18	18	18	12	5	65	78	3	6	7	5	4	9
Норвегия	NOR	18	18	20	–	1	63	75	1	5	5	4	3	10
Польша	POL	18	18	18	17	2	24	28	7	15	8	11	4	14
Португалия	PRT	18	18	18	16	3	75	73	4	10	9	12	2	8
Республика Молдова	MDA	18	18	18	–	3	56	74	13	21	9	10	4	17
Российская Федерация	RUS	18	18	18	–	8	67	67	13	22	12	15	5	16
Румыния	ROU	18	18	18	14	6	40	70	10	23	6	10	4	16
Сан-Марино	SMR	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–
Сербия	SRB	18	18	18	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Словакия	SVK	18	18	18	14	0	53	68	11	17	9	10	6	19
Словения	SVN	18	18	18	14	0	74	71	5	9	6	6	5	10
Соединенное Королевство	GBR	18	18	18	10	2	57	62	1	5	9	10	4	11
Таджикистан	TJK	18	18	18	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–
Туркменистан	TKM	18	18	18	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Турция	TUR	18	18	18	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–
Узбекистан	UZB	21	21	21	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Украина	UKR	18	18	18	–	4	73	80	11	20	9	12	4	20
Финляндия	FIN	18	18	20	15	0	57	73	3	7	8	8	2	7
Франция	FRA	18	18	18	18	4	65	79	7	13	9	11	6	12
Хорватия	HRV	18	18	18	14	3	53	65	4	10	8	7	3	14
Черногория	MNE	18	18	18	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–
Чехия	CZE	18	18	18	15	5	66	74	3	5	4	4	5	16
Швейцария	CHE	16	16	18	–	4	80	82	5	17	9	8	2	7
Швеция	SWE	18	18	18	15	3	47	61	1	3	3	3	2	7
Эстония	EST	18	18	18	14	5	71	72	3	12	8	10	2	11
Средний показатель		18	18	18	15	3	59	68	6	12	7	9	4	14
Максимальное значение		21	21	21	18	10	80	83	19	34	22	29	8	36
Страна с максимальным показателем						SRB	CHE	GRC	LVA	LTU	LTU	LTU	LTU	ARM
Минимальное значение		16	16	16	10	0	0	28	1	3	1	2	2	7
Страна с минимальным показателем						LUX	GBR	ARM	POL	GBR	ISL			

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Таблица 7.1 (продолж.)

Травмы, потребовавшие медицинского вмешательства, у 15-летних девушек (%)	Травмы, потребовавшие медицинского вмешательства, у 15-летних юношей (%)	Состояние опьянения в течение жизни у 15-летних девушек (%)	Состояние опьянения в течение жизни у 15-летних юношей (%)	Употребление алкоголя 15-летними девушками (%)	Употребление алкоголя 15-летними юношами (%)	Употребление каннабиса в течение жизни 15-летними девушками (%)	Употребление каннабиса в течение жизни 15-летними юношами (%)	Курение среди 15-летних девушек (%)	Курение среди 15-летних юношей (%)	Процент общественных мест, включенных в национальное законодательство по борьбе с курением	Пассивное курение в возрасте 13–15 лет (%)	Возможность покупки сигарет в магазине в возрасте 13–15 лет (%)	Код страны	Страна
38	44	35	45	21	23	7	13	14	15	13	–	–	AUT	Австрия
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	38	27	59	AZE	Азербайджан
30	42	23	43	5	14	1	10	1	8	100	50	59	ALB	Албания
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–	AND	Андорра
22	33	17	37	6	22	0	4	1	5	38	71	62	ARM	Армения
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	75	47	BLR	Беларусь
42	51	34	37	23	27	16	22	10	11	100	–	–	BEL	Бельгия
25	40	53	54	23	31	23	23	30	21	89	64	69	BGR	Болгария
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	77	63	BIH	Босния и Герцеговина
36	39	5	56	22	29	14	12	21	20	88	43	48	HUN	Венгрия
51	61	34	39	16	24	15	18	15	13	0	–	–	DEU	Германия
27	38	4	4	21	26	–	–	13	16	89	90	49	GRC	Греция
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	38	63	57	GEO	Грузия
46	53	52	54	29	32	12	21	8	7	13	–	–	DNK	Дания
35	46	1	27	5	17	3	11	6	17	13	–	–	ISR	Израиль
34	51	27	28	8	8	9	12	8	8	89	–	–	IRL	Ирландия
48	53	12	1	3	3	5	7	3	3	13	–	–	ISL	Исландия
54	66	35	32	17	17	18	20	10	8	89	–	–	ESP	Испания
32	43	3	34	15	29	17	27	22	20	100	49	49	ITA	Италия
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75	67	54	KAZ	Казахстан
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75	81	47	CYP	Кипр
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	33	58	KGZ	Кыргызстан
54	62	47	48	1	1	19	23	13	15	63	45	31	LVA	Латвия
45	54	55	62	11	13	10	19	12	20	63	38	35	LTU	Литва
32	35	27	26	15	18	18	18	18	13	63	–	–	LUX	Люксембург
30	53	42	4	28	34	11	15	12	11	89	–	–	MLT	Мальта
14	23	19	26	8	16	3	4	9	11	88	68	65	MKD	МКД*
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–	MCO	Монако
36	41	28	28	23	25	15	18	11	11	0	–	–	NLD	Нидерланды
45	51	27	3	8	8	–	–	3	5	78	–	–	NOR	Норвегия
38	44	42	42	15	18	22	26	15	15	38	87	51	POL	Польша
35	43	25	26	11	15	10	13	10	12	38	–	–	PRT	Португалия
28	41	34	54	1	16	2	9	6	9	38	20	56	MDA	Республика Молдова
37	45	21	26	7	11	7	11	10	17	100	–	71	RUS	Российская Федерация
34	45	27	5	12	34	6	10	17	20	13	53	71	ROU	Румыния
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	33	36	SMR	Сан-Марино
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	63	77	76	SRB	Сербия
33	42	43	48	12	16	14	20	18	16	38	44	47	SVK	Словакия
33	43	48	49	18	21	19	24	12	15	100	41	50	SVN	Словения
32	47	47	38	17	15	18	19	8	6	89	–	–	GBR	Соединенное Королевство
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	52	–	TJK	Таджикистан
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–	TKM	Туркменистан
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	47	54	TUR	Турция
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	–	–	UZB	Узбекистан
33	43	38	39	9	12	6	9	9	15	88	22	54	UKR	Украина
35	43	37	43	1	13	7	13	11	15	13	–	–	FIN	Финляндия
42	53	3	3	15	21	26	29	20	18	100	–	–	FRA	Франция
32	45	41	56	15	3	11	19	21	25	75	67	53	HRV	Хорватия
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	77	56	MNE	Черногория
40	43	49	48	16	2	23	23	16	11	38	43	48	CZE	Чехия
44	51	23	29	13	16	19	29	9	11	0	–	–	CHE	Швейцария
28	36	28	24	8	8	5	7	7	6	0	–	–	SWE	Швеция
46	54	44	48	14	15	19	29	11	13	13	41	31	EST	Эстония
36	46	31	34	13	18	12	17	12	13	56	55	53		Средний показатель
54	66	55	62	29	34	26	29	30	25	100	90	76		Максимальное значение
	ESP	LTU	LTU	DNK	MLT	FRA		BGR	HRV		GRC	SRB		Страна с максимальным показателем
14	23	1	1	1	1	0	4	1	3	0	20	31		Минимальное значение
MKD	MKD	ISR	ISL			ARM		ISL			MDA			Страна с минимальным показателем

Ссылки

1. Health Behaviour in School-aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study. В: HBSC [веб-сайт]. St Andrews: University of St Andrews; 2018 (www.hbsc.org).
2. Global youth tobacco survey (GYTS). В: World Health Organization [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/>).
3. Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года, вступила в силу 2 сентября 1990 года в соответствии со статьей 49. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 1989 год (<https://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
4. Framework Convention Alliance [веб-сайт]. Geneva: Framework Convention Alliance; 2018 (<http://www.fctc.org/>).
5. Успехи и упущенные возможности общественного здравоохранения. Тенденции в потреблении алкоголя и смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/334257/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-1990-2014-ru.pdf?ua=1).
6. Истории об успехах. В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/success-stories>).
7. E-collection: alcohol consumption and harmful use of alcohol. В: European Journal of Public Health [веб-сайт]. Oxford: Oxford University Press; 2018 (https://academic.oup.com/eurpub/pages/harmful_use_of_alcohol).
8. SHE: Schools for Health in Europe [website]. Esbjerg: University College South Denmark; 2018 (<http://www.schools-for-health.eu/she-network/she-network>).
9. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region: working together for better health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/12/paris-high-level-conference/documentation/promoting-intersectoral-and-interagency-action-for-health-and-well-being-in-the-who-european-region-working-together-for-better-health-and-well-being-2017>).

8. Психическое здоровье и благополучие

Введение

Психические заболевания являются главной причиной инвалидности в Европейском регионе ВОЗ (1). Согласно оценкам, психические расстройства возникают в тот или иной момент жизни у каждого четвертого человека, причем около половины всех психических заболеваний впервые проявляются до достижения 14-летнего возраста (2). Хорошее психическое здоровье позволяет подросткам справляться с проблемами подросткового возраста и облегчает для них вступление во взрослую жизнь. С другой стороны, проблемы в области психического здоровья влияют на социальное, интеллектуальное и эмоциональное развитие подростков и связаны с психическими расстройствами во взрослой жизни (3). В данной главе представлены показатели, касающиеся психического здоровья и благополучия детей и подростков в Европейском регионе, которые были признаны актуальными для реализации Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, и особенно приоритета 3с, состоящего в снижении незащищенности детей перед насилием и смещении акцента в общественных подходах с использования системы уголовного правосудия на применение профилактических и терапевтических мер.

Основные результаты

- Более половины стран сообщают о наличии механизма для оценки качества услуг в области психического здоровья детей и подростков.
- Данные о числе специалистов по охране психического здоровья детей и подростков и числе детей, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья в связи с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) или расстройствами аутистического спектра, носят ограниченный характер, а представленные показатели варьируют в широких пределах.
- В Регионе отмечаются значительные различия в зарегистрированных показателях количества самоубийств среди детей, являющихся нулевыми в ряде стран, что требует представления более согласованной и надежной отчетности всеми странами Региона.
- Примерно в двух третях стран, представляющих отчетность, доступны услуги на уровне местных сообществ, предоставляемые в целях раннего вмешательства при первом эпизоде психического расстройства у подростков.

Результаты

Услуги и кадры в области психического здоровья

Оценка качества услуг в области психического здоровья для детей и подростков

Двадцать восемь стран (58%) сообщили о наличии механизма, позволяющего оценить качество услуг в области психического здоровья для детей и подростков (рис. 8.1 и 8.2), в то время как 15 стран (31%) отметили, что на их территории такой механизм отсутствует.

Рисунок 8.1. Наличие механизма для оценки качества услуг в области психического здоровья для детей и подростков (страны)

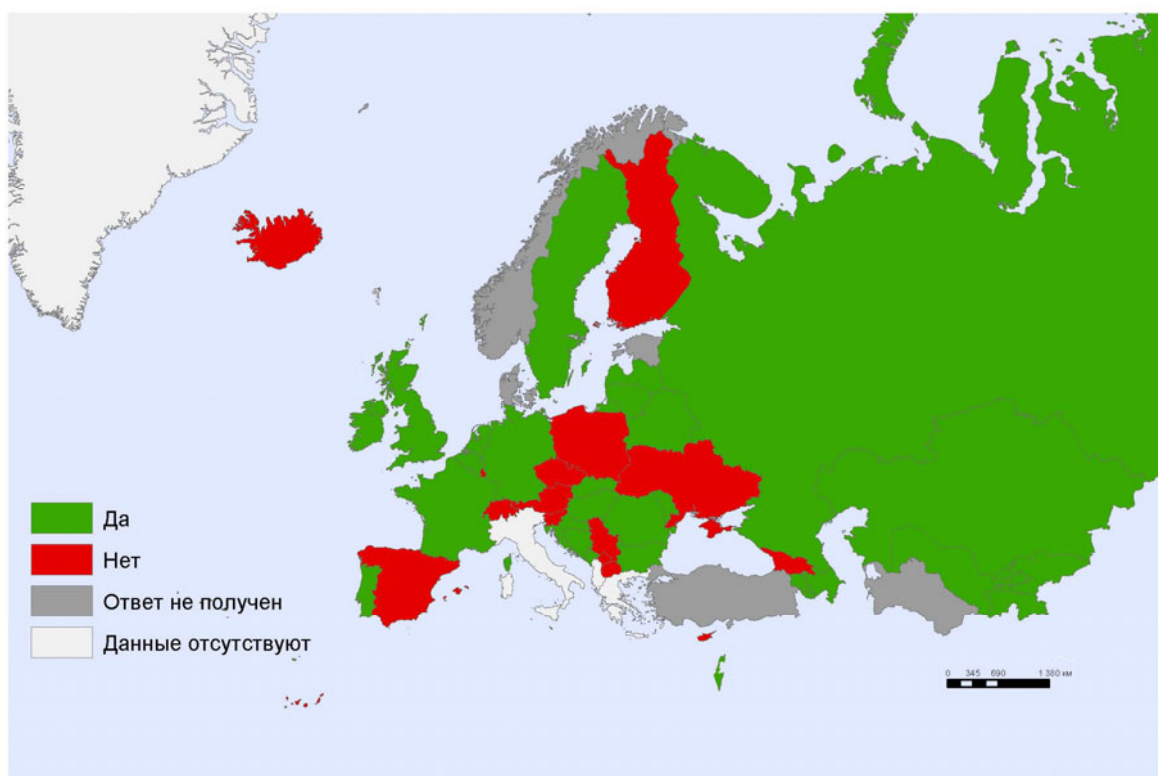
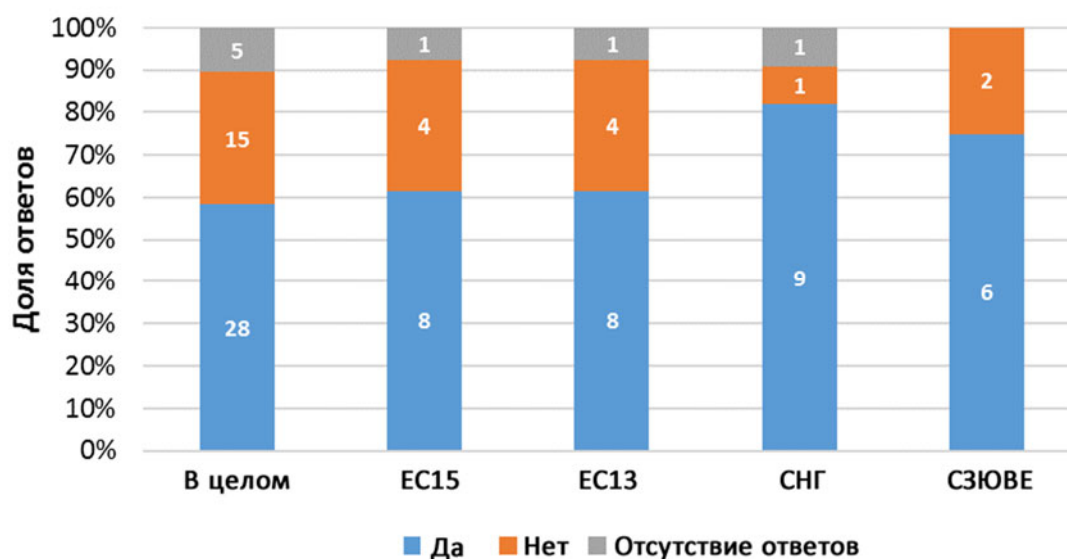


Рисунок 8.2. Наличие механизма для оценки качества услуг в области психического здоровья для детей и подростков (страновые группы)



Переход от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых

Двадцать пять стран (52%) сообщили о наличии руководства по переходу от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых, в то время как в 18 странах (38%) такого руководства не существует (рис. 8.3). При проведении более тщательного анализа

выяснилось, что данный показатель был особенно низким в странах ЕС13 в сравнении с другими субрегионами (рис. 8.4).

Рисунок 8.3. Наличие руководства по переходу от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых (страны)

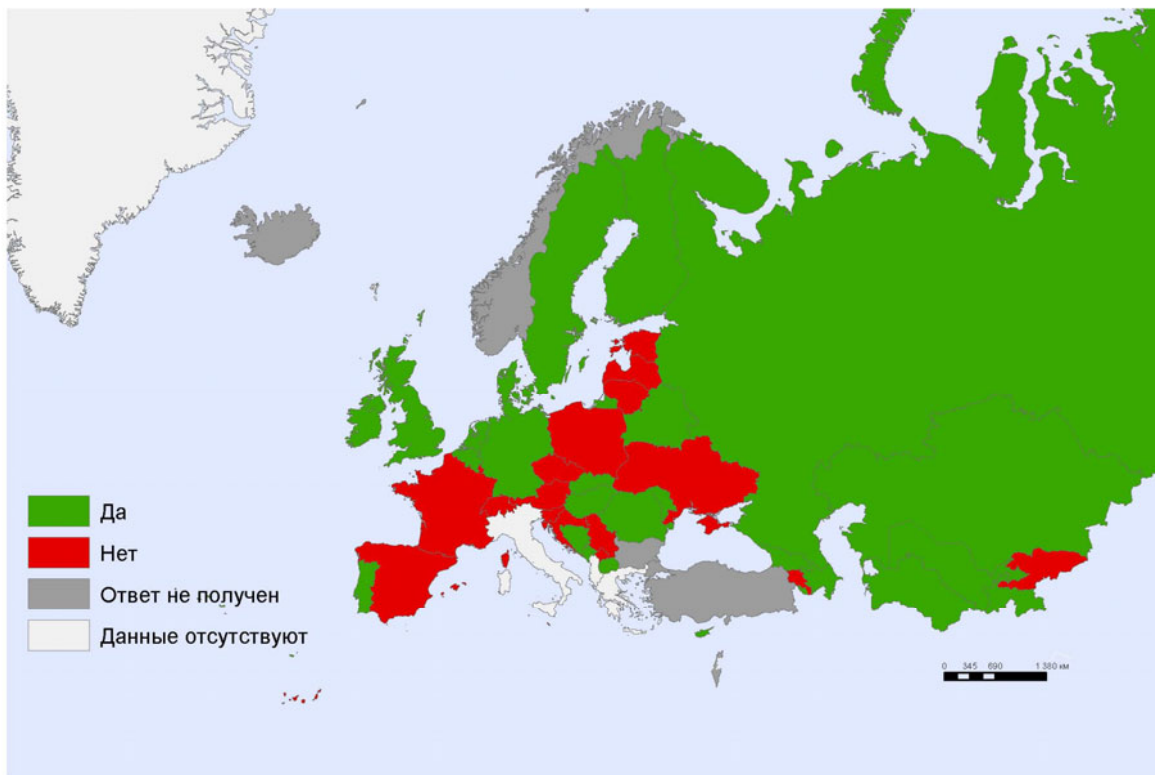
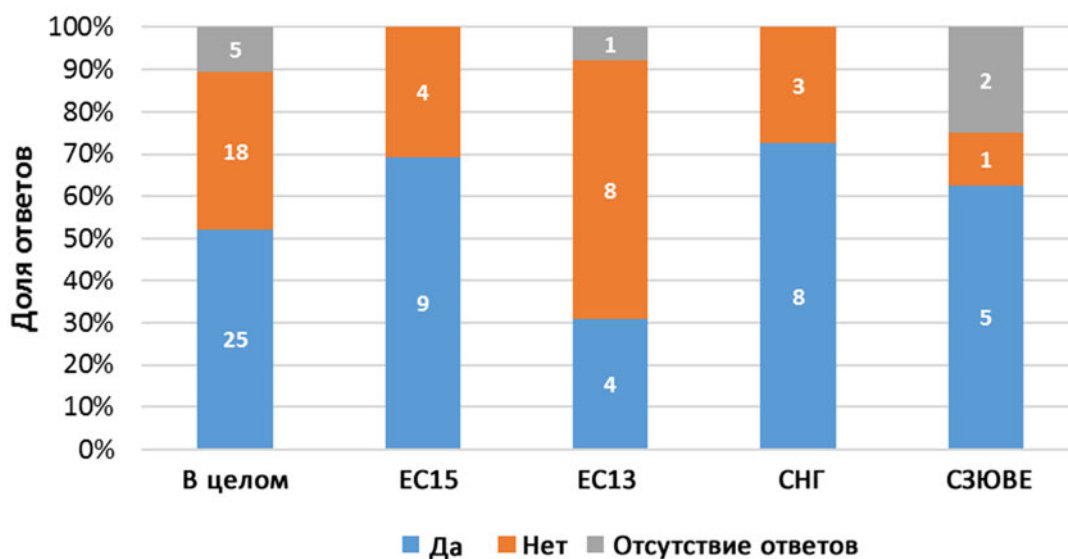


Рисунок 8.4. Наличие руководства по переходу от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых (страновые группы)



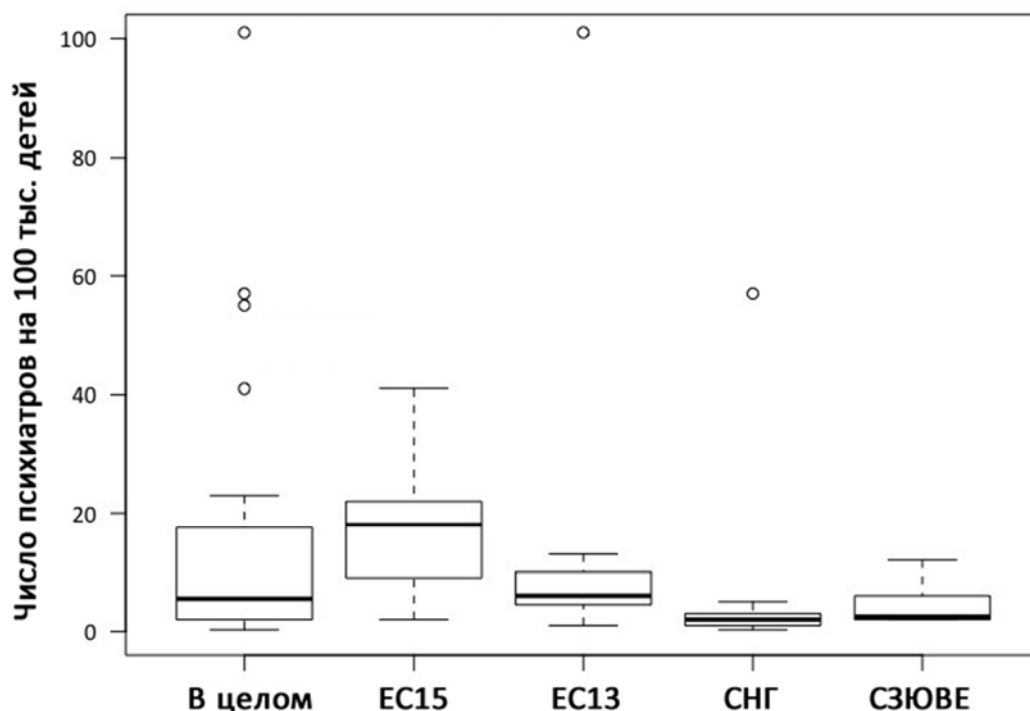
Возраст перехода от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых

Тридцать шесть стран (75%) указали, что обычно возрастной предел для перехода от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых равен 18 годам. Четыре страны (8%) сообщили о начале переходного периода до 18 лет (Хорватия (14 лет), Эстония (14–16 лет), Франция (16 лет) и Кипр (17 лет)), в то время как еще 4 страны (8%) отметили, что такой переход начинается после 18 лет (Литва (18–19 лет), Сербия (19 лет), Германия (18–21 год) и бывшая югославская Республика Македония (23 года)).

Детские психиатры и детские психологи

Представленные странами данные о числе детских психиатров на 100 тыс. человек в возрасте до 14 лет в Европейском регионе ВОЗ варьировали в широких пределах – от 101 в Эстонии до одного в Таджикистане и Туркменистане. Медианный показатель числа детских психиатров на 100 тыс. человек в 36 странах, представивших информацию, был равен шести. При проведении более тщательного анализа выяснилось, что показатели числа детских психиатров, представленные странами ЕС15, статистически значимо выше аналогичных показателей для стран СНГ (рис. 8.5). Число детских психологов на 100 тыс. детей в Европейском регионе колебалось в интервале от 172 в Финляндии до двух в Румынии, однако соответствующую информацию представили только 10 стран.

Рисунок 8.5. Число психиатров на 100 тыс. детей в возрасте 0–14 лет в разбивке по страновым группам



Услуги на уровне местных сообществ в целях вмешательства на раннем этапе появления проблем с психическим здоровьем

Большинство стран Региона (29 (60%)) сообщили о наличии услуг на уровне местных сообществ, предоставляемых в целях раннего вмешательства при первом эпизоде психического расстройства у подростков, причем наиболее высокий показатель был представлен странами ЕС15. В 16 странах (33%) такие услуги поддержки не оказываются (рис. 8.6 и 8.7).

Рисунок 8.6. Наличие услуг на уровне местных сообществ, предоставляемых в целях раннего вмешательства при первом эпизоде психического расстройства у подростков (страны)

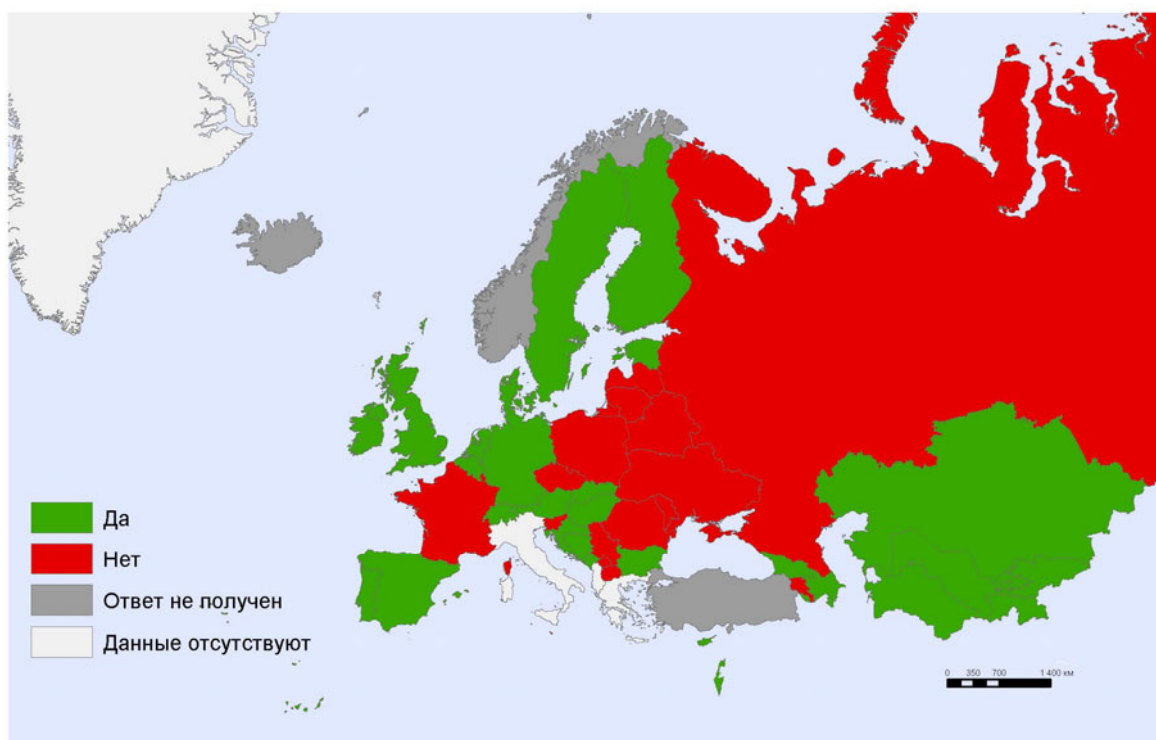
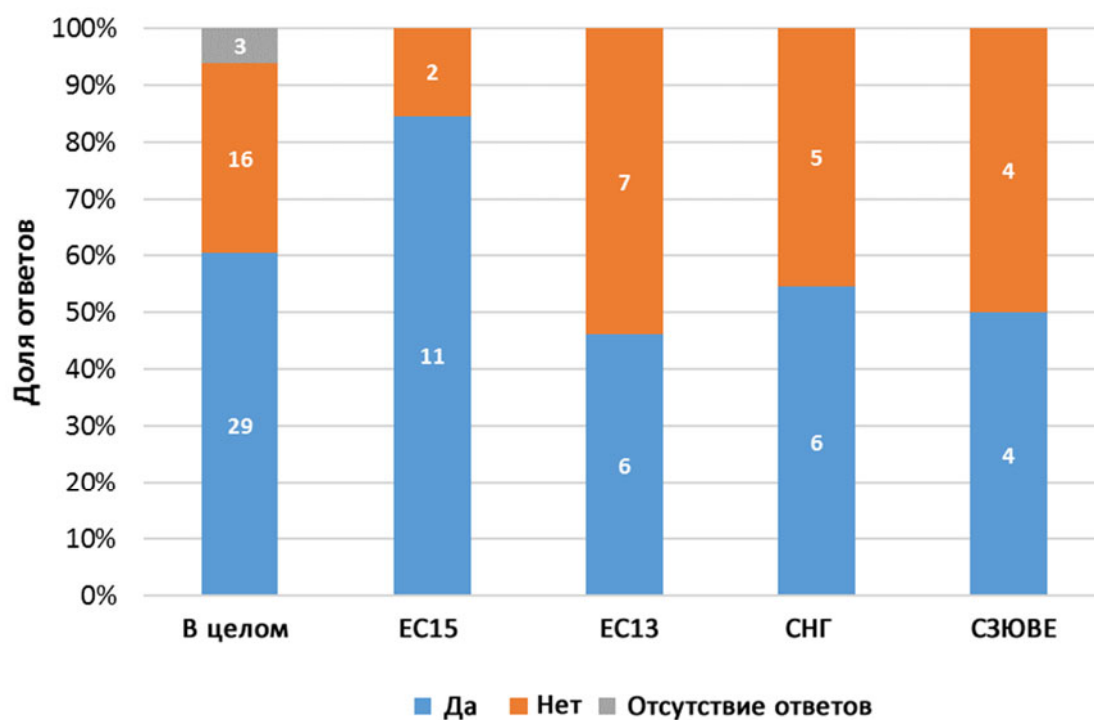


Рисунок 8.7. Наличие услуг на уровне местных сообществ, предоставляемых в целях раннего вмешательства при первом эпизоде психического расстройства у подростков (страновые группы)



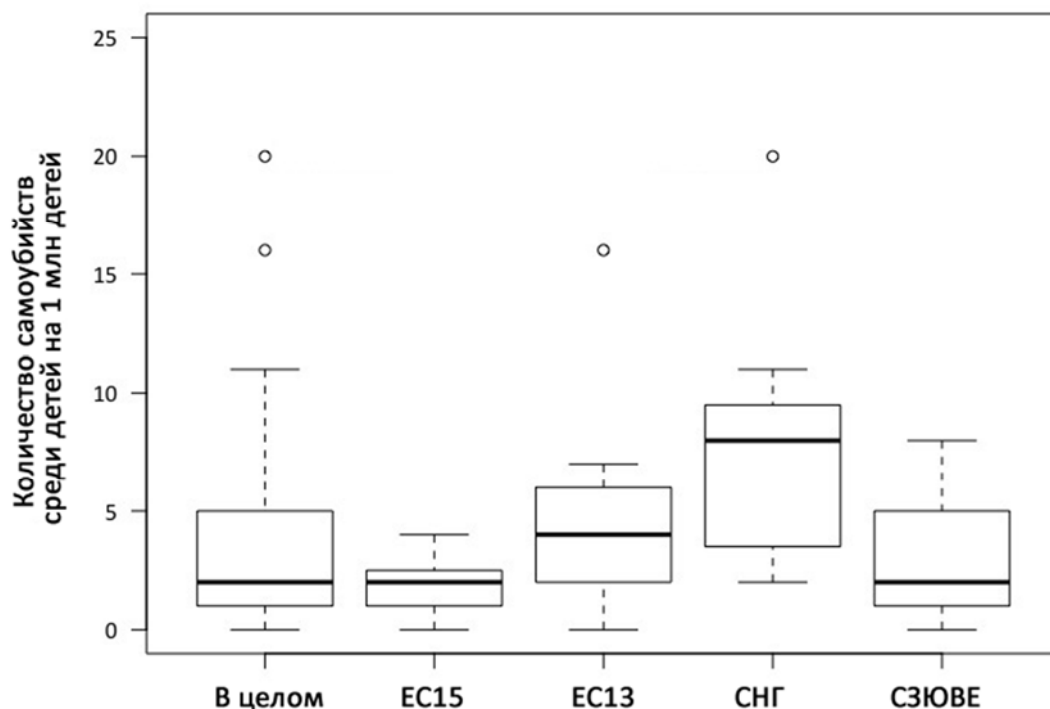
Лечение СДВГ и расстройств аутистического спектра

Представленные показатели числа детей и подростков в возрасте до 18 лет, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья в связи с СДВГ, на 100 тыс. детей и подростков варьировали в интервале от одного в Австрии до 4 899 в Словакии при медианном значении, равном 162. Число детей и подростков в возрасте до 18 лет, проходивших лечение у специалиста в области психического здоровья в связи с расстройством аутистического спектра, на 100 тыс. детей и подростков колебалось в диапазоне от 11 в Болгарии до 533 в Словакии при медианном значении, равном 77. В ходе обследования оба показателя представили только 16 стран.

Самоубийства среди детей

Сведения из созданной ВОЗ Европейской базы данных о смертности указывают на то, что количество случаев самоубийства детей на 1 млн детей в Европейском регионе ВОЗ колеблется от 0,6 в Греции до 20,4 в Кыргызстане. Девять стран (Албания, Босния и Герцеговина, Грузия, Исландия, Кипр, Люксембург, Португалия, Сан-Марино и Эстония) представили нулевые показатели количества таких случаев на 1 млн детей. Медианный показатель количества самоубийств среди детей на 1 млн детей в 51 стране, представившей соответствующие сведения, равен двум. При проведении более тщательного анализа выяснилось, что в странах СНГ зарегистрированы более высокие показатели количества самоубийств среди детей, нежели в ЕС15 (рис. 8.8).

Рисунок 8.8. Количество самоубийств среди детей на 1 млн детей в возрасте 0–14 лет в разбивке по страновым группам



Психическое здоровье подростков

Удовлетворенность жизнью

Согласно исследованию HBSC, у детей уровень удовлетворенности жизнью снижается в возрасте от 11 до 15 лет (4). В 15-летнем возрасте отмечаются явные различия между полами: девушки сообщают о более низком уровне удовлетворенности жизнью по сравнению с юношами (рис. 8.9 и 8.10). Между страновыми группами не было обнаружено существенных различий.

Рисунок 8.9. Высокий уровень удовлетворенности жизнью у 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

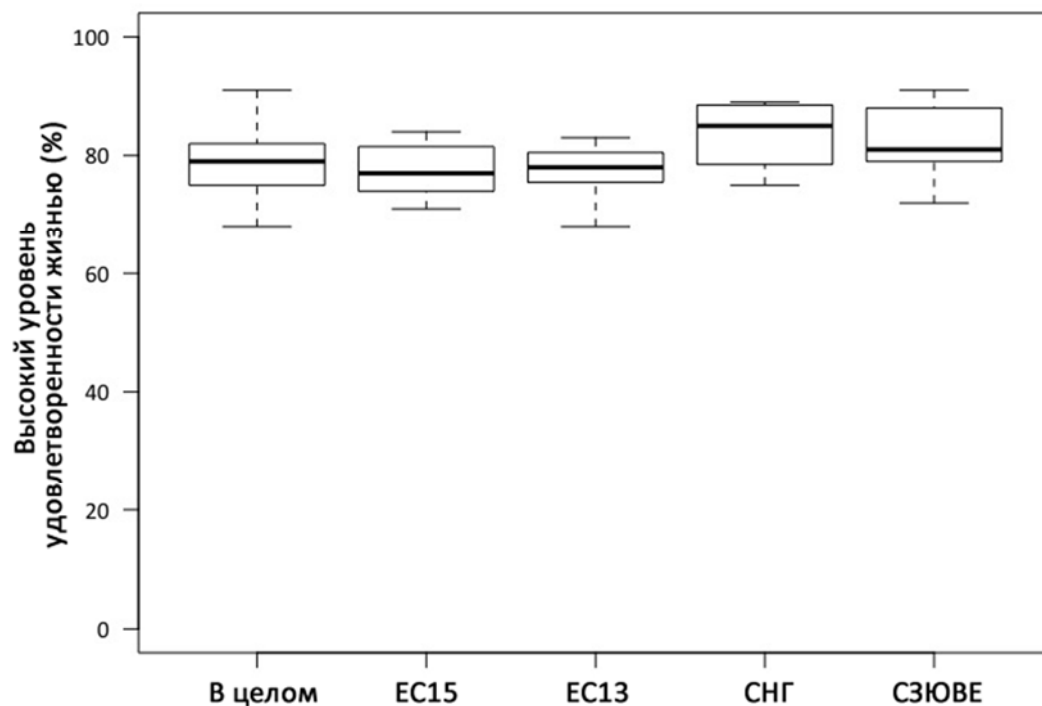
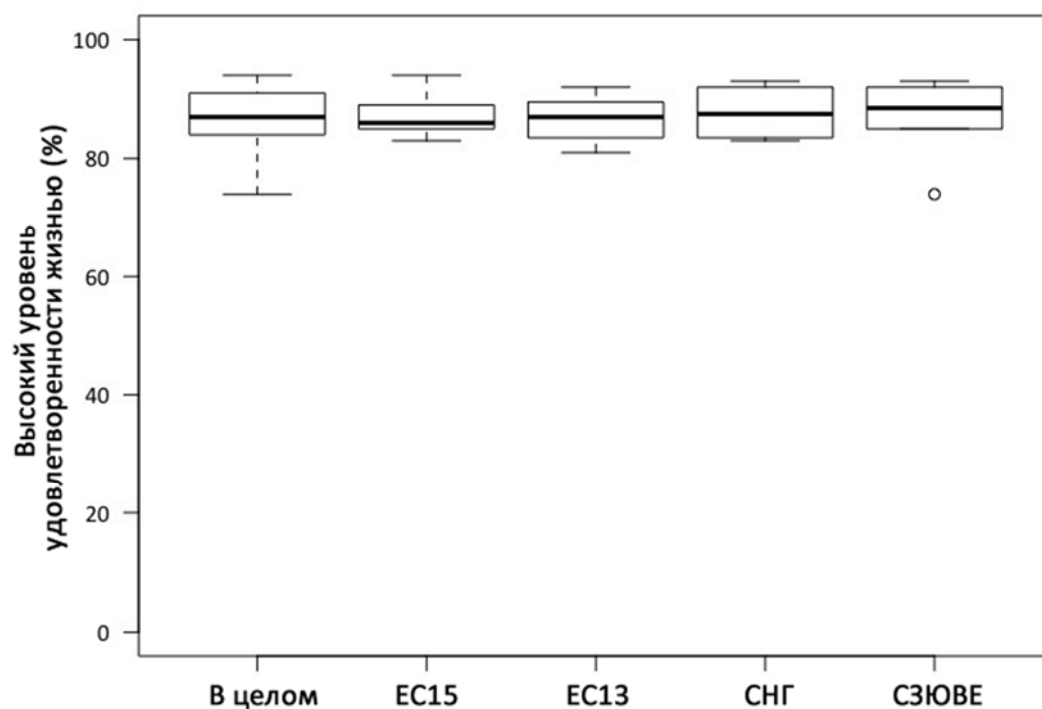


Рисунок 8.10. Высокий уровень удовлетворенности жизнью у 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Самооценка состояния здоровья

Исследование HBSC показывает, что старшие подростки, особенно девушки, сообщают о плохом или удовлетворительном состоянии здоровья чаще, чем подростки младшего возраста (4). Были обнаружены явные гендерные различия: 15-летние девушки считали свое

здоровье удовлетворительным или плохим чаще, чем 15-летние юноши. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что для 15-летних девушек из стран СНГ характерны более высокие показатели удовлетворительного или плохого здоровья по сравнению с девушками из стран ЕС15 (рис. 8.11), а для 15-летних юношей из стран СЗЮВЕ – более низкие показатели такого состояния здоровья по сравнению с юношами из стран ЕС13 и СНГ (рис. 8.12).

Рисунок 8.11. Удовлетворительное или плохое здоровье у 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

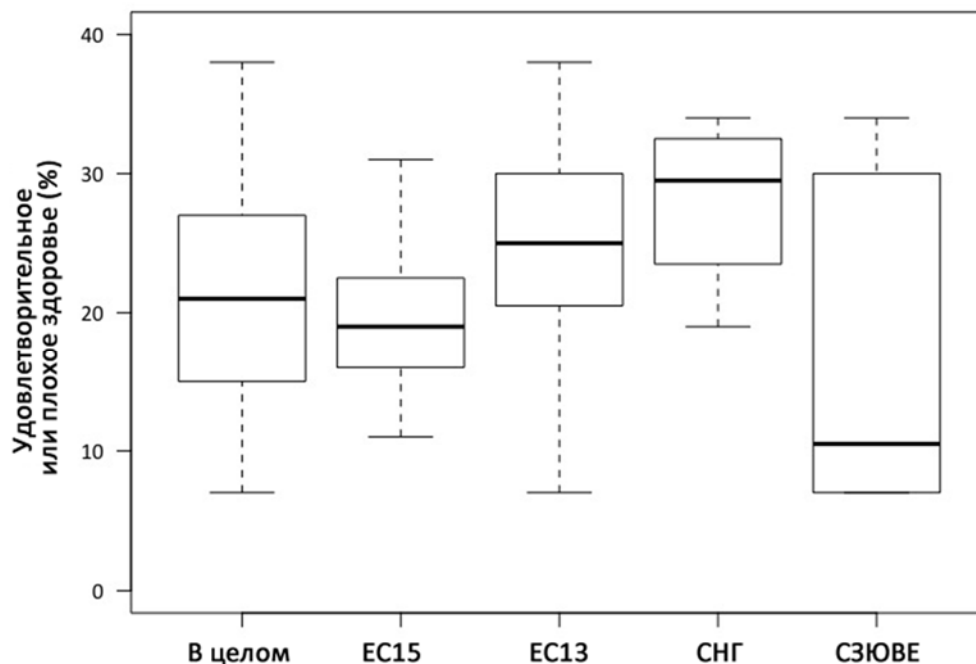
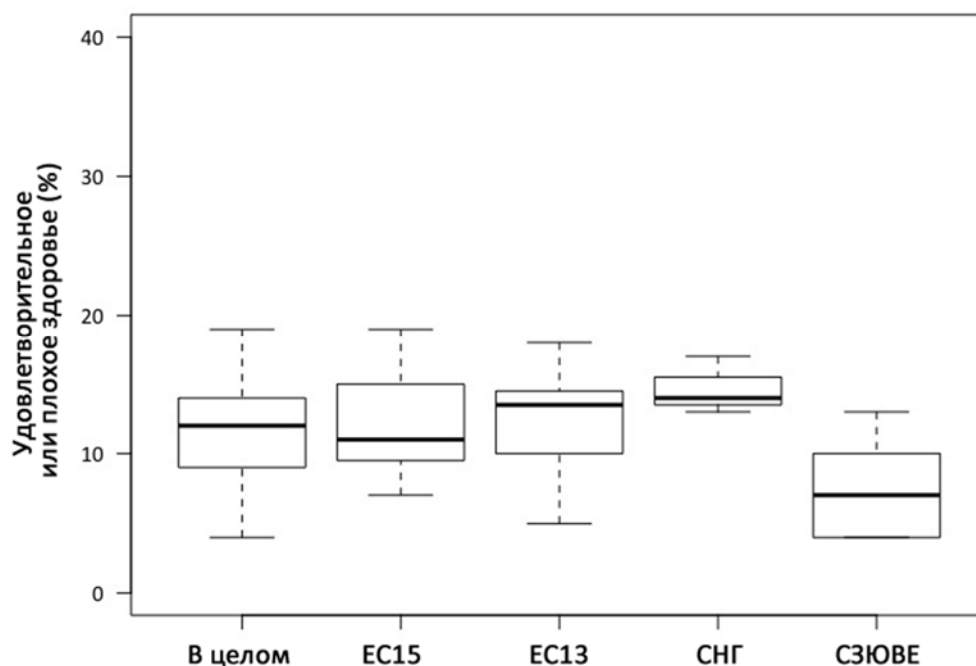


Рисунок 8.12. Удовлетворительное или плохое здоровье у 15-летних юношей в разбивке по странам



Множественные жалобы на здоровье

Данные HBSC показывают, что 15-летние девушки чаще сообщают о множественных жалобах на здоровье, нежели 15-летние юноши. Со времени проведения предыдущего исследования

HBSC в 2009/2010 г. количество сообщений о множественных жалобах на здоровье, поступающих от группы 15-летних девушек, увеличивалось (4). Пятнадцатилетние девушки из стран СЗЮВЕ чаще заявляли о наличии множественных жалоб на здоровье по сравнению с девушками из стран СНГ (рис. 8.13). Между субрегионами отсутствовали различия в показателях множественных жалоб на здоровье у 15-летних юношей (рис. 8.14).

Рисунок 8.13. Множественные жалобы на здоровье у 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

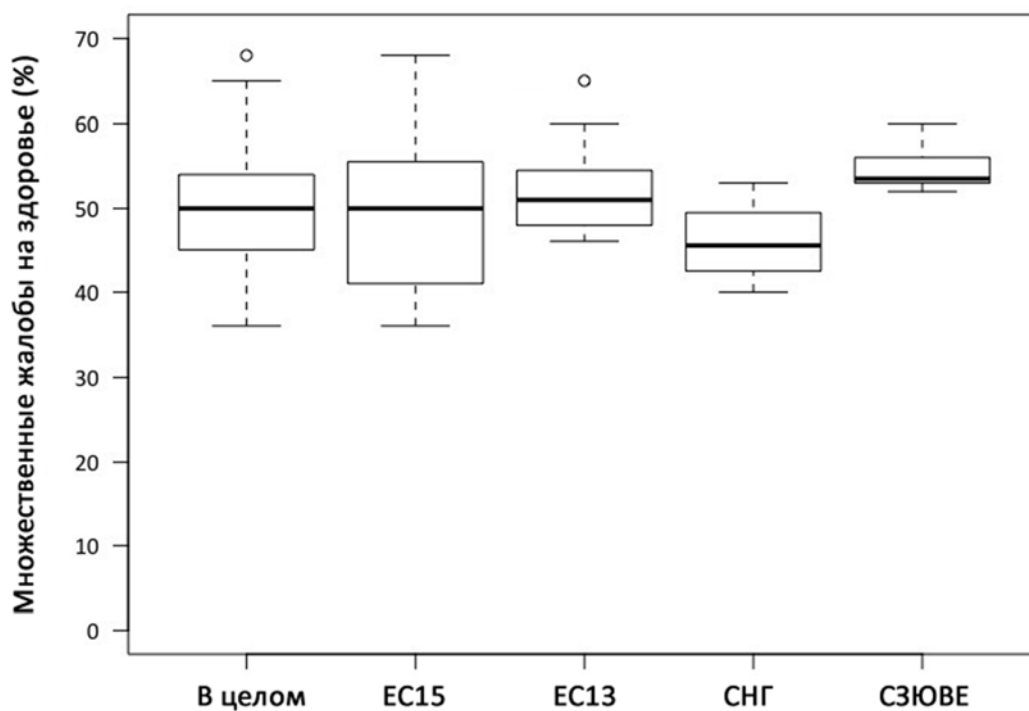
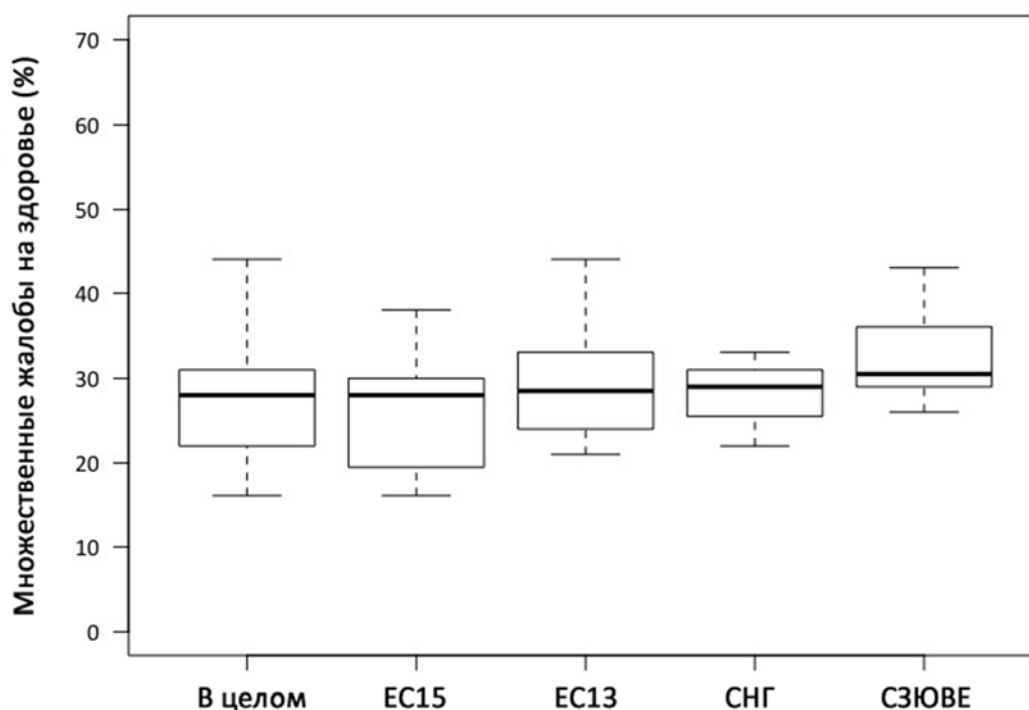


Рисунок 8.14. Множественные жалобы на здоровье у 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Поддержка одноклассников

Данные исследования HBSC свидетельствуют о том, что гендерная принадлежность не влияет на показатель доли подростков, согласных с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы. В большинстве стран уровень поддержки со стороны одноклассников снижался в период с 11 до 15 лет вне зависимости от пола (4). Пятнадцатилетние юноши и девушки из стран ЕС13 сообщали о более низком уровне поддержки со стороны одноклассников по сравнению с 15-летними жителями стран ЕС15 (рис. 8.15 и 8.16). Более подробная информация о показателях, связанных с охраной здоровья в школах, представлена в главе 6.

Рисунок 8.15. Поддержка одноклассников среди 15-летних девушек в разбивке по страновым группам

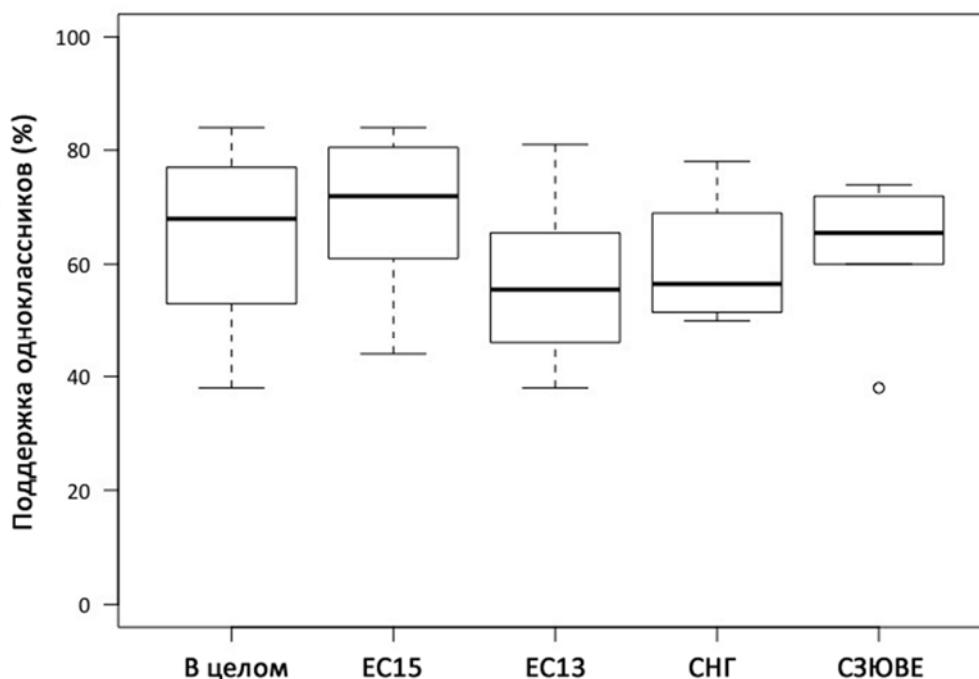
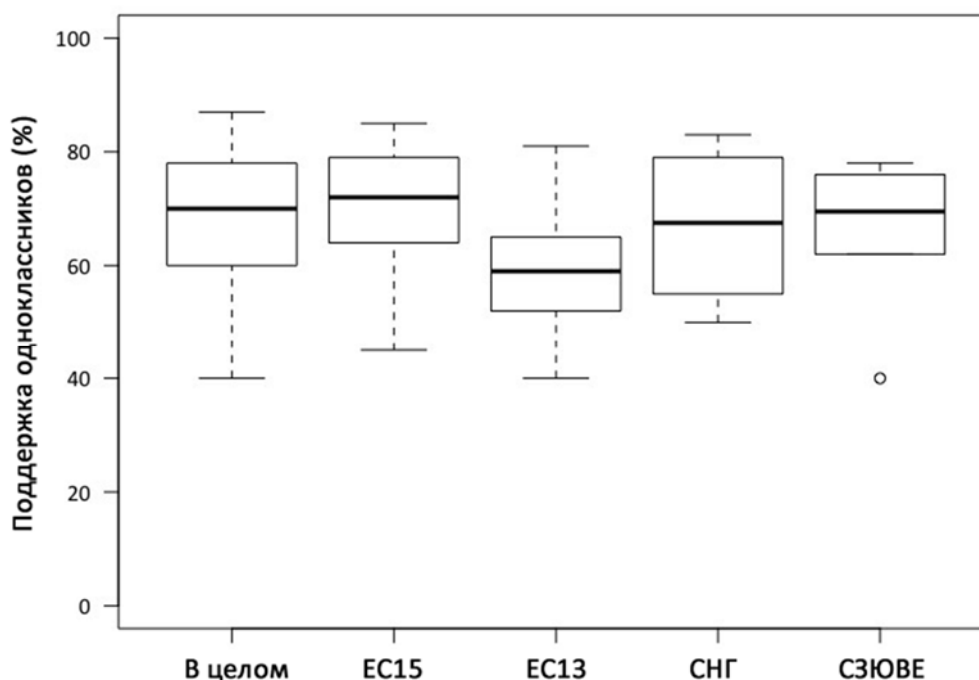


Рисунок 8.16. Поддержка одноклассников среди 15-летних юношей в разбивке по страновым группам



Результаты в широком контексте

Ввиду того что три четверти всех психических расстройств впервые проявляются до достижения 18-летнего возраста, существует явная необходимость в инвестициях в улучшение психического здоровья детей и подростков. Данные самоотчетов, полученные в ходе обследований, подобных HBSC, показывают, что психические заболевания также вызывают серьезное беспокойство у самих подростков (4, 5). Количественный анализ данной проблемы является одним из способов ее решения, однако наряду с этим необходимо обеспечить соответствующие услуги и меры вмешательства.

Понимание масштаба проблем в области психического здоровья у детей и подростков может помочь странам определить очередность реализации инициатив по улучшению сложившейся ситуации. Европейская стратегия обеспечивает региональную платформу для повышения осведомленности и поддержки действий в этой области, поскольку психическое здоровье детей и подростков лежит в основе ее приоритетов (6). ВОЗ также проводит глобальную работу по совершенствованию оценки и повышению согласованности (5), которая может поддерживать инвестиции в эту область в интересах детей и подростков.

Услуги в области психического здоровья для детей и подростков

Об оценке качества услуг в области психического здоровья для детей и подростков либо наличии руководства по переходу от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых сообщают чуть более половины стран Региона. В связи с этим возникает обеспокоенность по поводу отсутствия надлежащих механизмов для обеспечения качества помощи, предоставляемой детям и подросткам в остальных странах.

К числу препятствий, которые могут не позволить подросткам воспользоваться услугами в области психического здоровья, относятся необходимость получить согласие родителей (см. главу 5) или плата за обслуживание. Подростки имеют бесплатный доступ ко всем услугам лишь примерно в половине стран (см. главы 3 и 4). В Европейском плане действий по охране психического здоровья на 2013–2020 гг. (1) подчеркивается значимость доступности услуг в области психического здоровья на уровне местных сообществ для наиболее уязвимых групп населения, включая детей и подростков. Семь стран ЕС13 не предоставляют услуги на уровне местных сообществ в целях раннего вмешательства и оказания непрерывной поддержки подросткам при первом эпизоде тяжелого психического расстройства. Региональные показатели, касающиеся услуг детских психиатров, варьируют в широких пределах – от 101 психиатра на 100 тыс. детей в Эстонии до всего лишь одного психиатра на 100 тыс. детей в Таджикистане. Предоставляемые услуги более широко рассматриваются в главе 4.

Детерминанты психического здоровья подростков

Самооценка психического здоровья снижается с возрастом и варьирует в зависимости от пола; девушки всего Региона сообщают о меньшей удовлетворенности жизнью, более плохом состоянии здоровья и большем количестве множественных жалоб на здоровье. Показатели социальной поддержки со стороны одноклассников также снижаются с возрастом и являются минимальными в странах ЕС13. Как отмечено в главе 6, только 60% стран сообщают о том, что их национальная стратегия в отношении школ включает вопросы психического здоровья подростков. Школы могут играть важную роль в принятии мер в связи с зафиксированными случаями низкой оценки собственного психического здоровья 15-летними подростками, например на основе программ формирования жизненных навыков, способствующих социально-эмоциональному обучению.

Отсутствие сбора данных по ключевым показателям

Важные показатели психического здоровья для слишком многих стран зачастую отсутствовали либо имели сомнительное качество. При проведении обследования выяснилось, что лишь 10 стран представили информацию о числе детских психологов и лишь 16 – о числе детей и подростков младше 18 лет, проходивших лечение в связи с СДВГ и расстройствами

аутистического спектра. В то же время несколько стран представили нулевые показатели количества детских самоубийств на 1 млн детей; весьма вероятно, что это не соответствует действительности и может указывать на субрегиональные проблемы, связанные с занижением сведений о количестве самоубийств среди детей. Большой разброс этих показателей ставит под сомнение достоверность таких данных. Проведение на глобальном уровне работы по определению надлежащего показателя распространенности депрессии среди подростков и проверке правильности данных о суицидальном поведении (5), а не только о попытках самоубийства со смертельным исходом, может способствовать улучшению контроля в отношении указанной проблемы общественного здравоохранения, которая приобретает все большие масштабы.

Заключение

Проблемы психического здоровья относятся к числу наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения в Регионе, они ежегодно затрагивают более трети населения. В большинстве стран существуют стратегии и законы по вопросам психического здоровья, и многие из них успешно обеспечивают оказание услуг по охране психического здоровья на уровне местных сообществ. Тем не менее, почти половина стран не оценивает качество услуг в области психического здоровья для детей и подростков и не имеет руководства по переходу от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых. Учитывая отсутствие данных по странам об услугах в области психического здоровья и психическом здоровье детей и подростков и значительный разброс зарегистрированных показателей, страны должны придерживаться более согласованного и надежного подхода к сбору данных, а также представлять соответствующую отчетность и принимать последующие меры, с тем чтобы повысить информативность международных сопоставлений и, следовательно, заложить основу для улучшения ситуации.

В таблицу 8.1 включены все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 8.1. Психическое здоровье и благополучие: сводная таблица

Страна	Оценка качества услуг в области психического здоровья	Руководство по переходу от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых	Услуги на уровне местных сообществ в целях вмешательства на раннем этапе	Возраст перехода от услуг в области психического здоровья для детей к услугам для взрослых	Число психиатров на 100 тыс. детей в возрасте 0–14 лет	Число психологов на 100 тыс. детей в возрасте 0–14 лет	15-летние девушки, сообщающие о высоком уровне удовлетворенности жизнью (%)	15-летние юноши, сообщающие о высоком уровне удовлетворенности жизнью (%)	Поддержка одноклассников среди 15-летних девушек (%)	Поддержка одноклассников среди 15-летних юношей (%)	Количество самоубийств среди детей на 1 млн детей (0–14 лет)	Код страны				
Австрия	Нет	Нет	Да	18	18	–	82	92	83	77	2	AUT				
Азербайджан	Да	Да	Да	18	1	2	–	–	–	–	2	AZE				
Албания	–	–	–	–	–	–	91	89	74	76	0	ALB				
Андорра	Нет	Нет	Да	–	–	–	–	–	–	–	–	AND				
Армения	Да	Нет	Нет	18	2	–	89	91	78	83	2	ARM				
Беларусь	Да	Да	Нет	18	–	–	–	–	–	–	8	BLR				
Бельгия	Да	Да	Да	–	–	–	77	87	70	72	3	BEL				
Болгария	Да	–	Да	18	2	–	81	85	38	40	2	BGR				
Босния и Герцеговина	Да	Да	Да	18	–	–	–	–	–	–	0	BIH				
Венгрия	Да	Да	Да	18	10	–	77	83	53	51	1	HUN				
Германия	Да	Да	Да	18–21	18	6	74	87	77	77	2	DEU				
Греция	–	–	–	–	–	–	81	85	44	45	1	GRC				
Грузия	Нет	Да	Да	18	2	3	–	–	–	–	0	GEO				
Дания	–	Да	Да	18	2	–	82	93	81	81	1	DNK				
Израиль	Да	–	Да	18	12	–	79	88	69	64	3	ISR				
Ирландия	Да	Да	Да	18	9	–	76	86	72	70	4	IRL				
Исландия	Нет	–	–	18	–	–	83	91	82	87	0	ISL				
Испания	Нет	Нет	Да	18	–	–	81	87	61	63	1	ESP				
Италия	–	–	–	–	–	–	79	85	61	65	1	ITA				
Казахстан	Да	Да	Да	18	3	–	–	–	–	–	11	KAZ				
Кипр	Нет	Да	Да	17	9	11	–	–	–	–	0	CYP				
Кыргызстан	Да	Нет	Да	18	0,8	–	–	–	–	–	20	KGZ				
Латвия	Да	Нет	Нет	18	4	–	80	87	51	58	4	LVA				
Литва	Да	Нет	Нет	18–19	13	–	78	90	43	54	6	LTU				
Люксембург	Нет	Нет	Нет	18	17	–	74	83	68	70	0	LUX				
Мальта	Да	Нет	Нет	18	5	14	76	89	71	64	16	MLT				
МКД ^а	Нет	Да	Нет	23	2	–	72	74	72	78	2	MKD				
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	MCO				
Нидерланды	Да	Да	Да	18	22	47	84	94	84	85	2	NLD				
Норвегия	–	–	–	–	–	–	82	90	75	80	1	NOR				
Польша	Нет	Нет	Нет	18	–	–	68	83	49	53	4	POL				
Португалия	Да	Да	Да	18	6	–	74	83	81	83	0	PRT				
Республика Молдова	Да	Да	Нет	18	3	–	88	93	60	75	5	MDA				
Российская Федерация	Да	Да	Нет	18	57	–	75	83	53	60	8	RUS				
Румыния	Да	Да	Нет	18	6	2	81	92	62	62	5	ROU				
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	SMR				
Сербия	Нет	Нет	Нет	19	–	–	–	–	–	–	1	SRB				
Словакия	Да	Да	Да	18	5	–	73	84	58	60	6	SVK				
Словения	Нет	Нет	Нет	18	–	–	83	91	81	81	7	SVN				
Соединенное Королевство	Да	Да	Да	18	–	–	71	84	58	60	1	GBR				
Таджикистан	Да	Да	Да	18	0,3	–	–	–	–	–	3	TJK				
Туркменистан	–	Да	Да	18	1	–	–	–	–	–	10	TKM				
Турция	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	TUR				
Узбекистан	Да	Да	Да	18	2	–	–	–	–	–	4	UZB				
Украина	Нет	Нет	Нет	18	5	–	82	84	50	50	9	UKR				
Финляндия	Нет	Да	Да	18	41	172	84	91	76	76	2	FIN				
Франция	Да	Нет	Нет	16	22	–	71	86	52	55	3	FRA				
Хорватия	Да	Нет	Да	14	10	–	79	87	66	71	2	HRV				
Черногория	Да	Да	Да	18	2	–	–	–	–	–	8	MNE				
Чехия	Нет	Нет	Нет	18	1	–	75	81	42	46	5	CZE				
Швейцария	Нет	Нет	Да	18	55	56	84	91	78	81	2	CHE				
Швеция	Да	Да	Да	18	23	–	73	85	80	82	3	SWE				
Эстония	–	Нет	Да	14–16	101	40	78	88	65	66	0	EST				
% в целом	Да, Нет	58	31	52	38	60	33	18	14	79	87	65	68	4	Средний показатель	
% EC15	Да, Нет	62	31	69	31	85	15	23	101	172	91	94	84	87	20	Максимальное значение
% EC13	Да, Нет	62	31	31	62	46	54	MKD	EST	FIN	ALB	NLD	NLD	ISL	KGZ	Страна с максимальным показателем
% СНГ	Да, Нет	82	9	73	27	55	45	14	0,3	2	68	74	38	40	0	Минимальное значение
% СЗЮВЕ	Да, Нет	75	25	63	13	50	50	HRV	TJK	ROU	POL	MKD	BGR	BGR	–	Страна с минимальным показателем

^а Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Ссылки

1. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf).
2. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:837–44.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602.
4. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): международный отчет по результатам исследования 2013/2014 гг./под ред. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/331711/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report-ru.pdf?ua=1).
5. Technical consultation on indicators of adolescent health. WHO, Geneva, Switzerland, 30 September – 1 October 2014. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204600/9789241509626_eng.pdf?sequence=1).
6. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf, по состоянию на 10.01.2018).

9. Инфекционные заболевания и санитарное состояние окружающей среды

Введение

Первый приоритет Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков состоит в проведении работы «над нерешенными проблемами, связанными с предотвратимой смертностью и инфекционными болезнями» (1). Эта ключевая цель опирается на Цели развития тысячелетия и связана с Повесткой дня на период до 2030 г. (2–4). Инфекционные заболевания занимают довольно низкое место в рейтинге причин смерти и количества утраченных лет жизни с поправкой на инвалидность в Регионе, однако по-прежнему обуславливают множество случаев возникновения предотвратимых болезней и преждевременной смерти (5), особенно в странах Центральной Азии и Восточной Европы. В данной главе рассматриваются состояние здоровья детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ в части, касающейся бремени и профилактики инфекционных заболеваний, и отдельные вопросы охраны окружающей среды с использованием показателей из страновых профилей (6) и базового обследования (7).

Основные результаты

- От стран Региона поступает мало сообщений о новых вакцинах (вакцине против ротавируса, пневмококковой конъюгированной вакцине (ПКВ) и вакцине против вируса папилломы человека (ВПЧ)).
- Примерно половина стран обеспечивает возможность бесплатной вакцинации против ВПЧ.
- Страны Региона не представляют надлежащую информацию о сигнальных инфекционных заболеваниях у детей и подростков, что подтверждается большим количеством отсутствующих данных в отношении ряда ключевых глобальных показателей здоровья детей.

Результаты

Охват вакцинацией

Охват детей грудного возраста вакцинацией против дифтерии

В Регионе зарегистрирован высокий охват вакцинацией против дифтерии (предусматривающей введение трех доз вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка (КДС3) или вакцины против дифтерии и столбняка) детей в возрасте до года при среднем субрегиональном показателе, равном 95%. Большинство стран сообщили об охвате, превышающем 90%, однако несколько стран (включая Сан-Марино (76%), Украину (76%), Боснию и Герцеговину (86%), Республику Молдова (87%), Черногорию (89%) и Румынию (89%)) представили более низкие показатели.

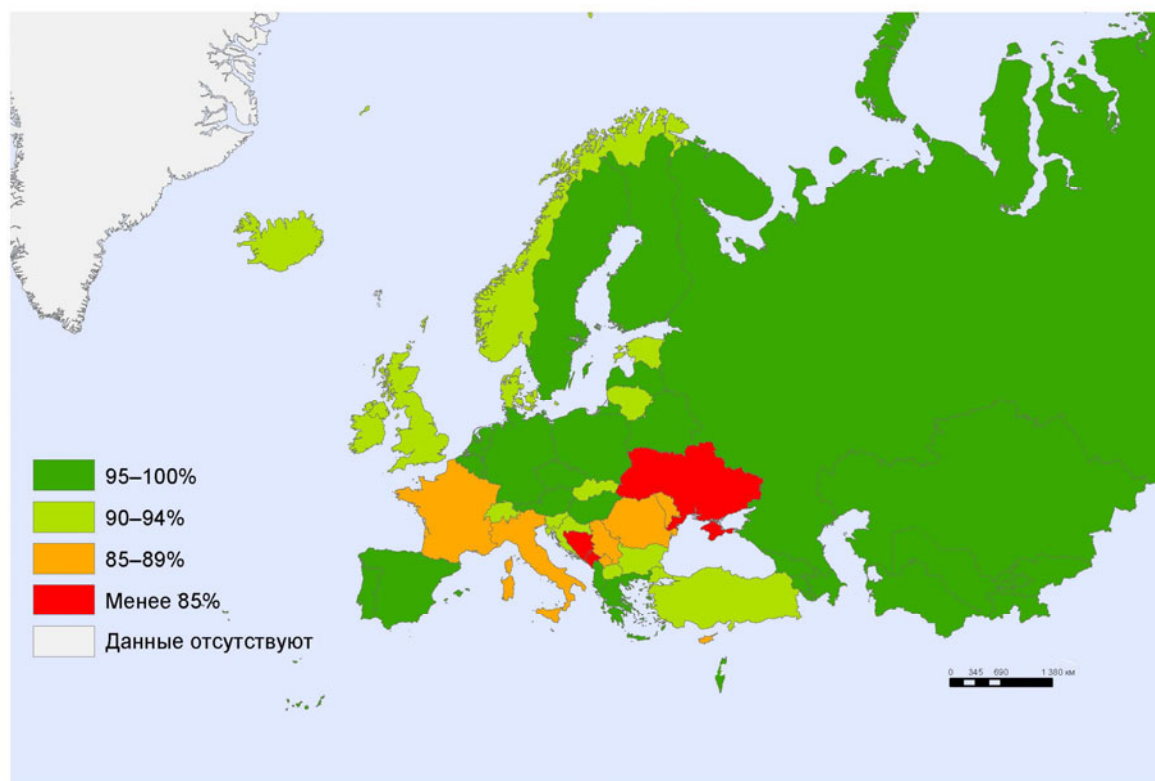
Охват детей грудного возраста вакцинацией КДС3

Средний процентный показатель охвата вакцинацией с использованием вакцины КДС3 в Регионе равен 95%. Самый низкий показатель охвата был зафиксирован в Украине (23%), за которой следовали Словения (76%), Босния и Герцеговина (82%), Нидерланды (87%), Португалия (89%) и Сербия (89%). В остальных странах зарегистрированные показатели охвата превысили 90%.

Вакцинация детей младше 2 лет против кори

В среднем 9 из каждых 10 детей младше 2 лет, проживающих в данном Регионе (93%), привиты от кори. Как показано на рисунке 9.1, в ряде стран, включая Сан-Марино (53%), Черногорию (64%), Украину (79%), Монако (85%), Италию (86%), Румынию (86%) и Сербию (87%), зарегистрированы более низкие показатели, нежели средний показатель по субрегиону.

Рисунок 9.1. Вакцинация детей младше 2 лет против кори в разбивке по странам



Вакцинация против гемофильной инфекции (*Haemophilus influenzae*) типа b

Средний показатель охвата детей грудного возраста вакцинацией против инвазивного заболевания, вызываемого *Haemophilus influenzae* типа b, в Регионе составляет 95%. Самые низкие показатели охвата были зарегистрированы в Боснии и Герцеговине (79%), Сан-Марино (79%), Украине (83%), Болгарии (87%), Республике Молдова (87%), Грузии (89%) и Черногории (89%).

Охват детей грудного возраста (в возрасте до года) вакцинацией против ротавирусной инфекции

Об охвате детей грудного возраста вакцинацией против ротавирусной инфекции сообщили восемь стран (15% стран Региона): Армения (с показателем охвата, равным 33%), Грузия (41%), Австрия (61%), Республика Молдова (65%), Бельгия (86%), Люксембург (89%), Израиль (93%) и Финляндия (93%).

Охват детей грудного возраста вакцинацией ПКВ

Оценки охвата детей грудного возраста вакцинацией ПКВ были представлены 25 странами. Большинство из них сообщили о 90%-ном охвате вакцинацией; наиболее низкие показатели были зарегистрированы в Республике Молдова (28%), Италии (55%), Казахстане (58%), Азербайджане (64%), Германии (68%), Швейцарии (80%), Латвии (87%) и Франции (89%).

Вакцина против ВПЧ

Подростки, получившие третью дозу вакцины против ВПЧ

Данные об охвате для определения процентной доли подростков, получивших третью дозу вакцины против ВПЧ, были доступны только в 18 странах. Самый высокий показатель был представлен Соединенным Королевством (91%), а самый низкий – Финляндией и Литвой (по 29% в каждом случае).

Включение бесплатной вакцинации против ВПЧ в национальные программы вакцинации

Двадцать семь стран (56%), большинство из которых находится в западной части Региона (см. рис. 9.2), успешно осуществляют на национальном уровне бесплатную вакцинацию против ВПЧ. Половина стран СЗЮВЕ и 91% стран СНГ не проводят бесплатную вакцинацию против ВПЧ.

Рисунок 9.2. Возможность пройти вакцинацию против ВПЧ в рамках национальных программ вакцинации на бесплатной основе



Пневмония

Дети с симптомами пневмонии, доставленные в медицинское учреждение

Пневмония входит в число главных причин смерти детей, поэтому в рамках глобальных усилий по мониторингу ведение случаев пневмонии рассматривается в качестве одного из ключевых показателей медицинского обслуживания детей (3, 4). Страной, где был зарегистрирован наибольший процент детей младше 5 лет с симптомами пневмонии, доставленных в медицинское учреждение, стала Беларусь (93%); наименьшие процентные показатели были зафиксированы в Азербайджане и Кыргызстане (по 33% в каждом случае). Данные в отношении этого показателя были доступны только для 13 стран.

Показатель госпитализации в связи с пневмонией

Количество случаев госпитализации в связи с пневмонией на 1 тыс. детей младше 5 лет является ключевым сигнальным показателем, однако о нем сообщили только 22 страны (41%). Страной с максимальным показателем госпитализации (65 случаев на 1 тыс. детей) стала Республика Молдова, в то время как в Черногории было зарегистрировано минимальное значение этого показателя для Региона (примерно один случай на 1 тыс. детей). Средний

оценочный субрегиональный показатель для стран, представляющих соответствующие сведения, составляет 15 случаев госпитализации на 1 тыс. детей. Показатель Республики Молдова почти в два раза превышает аналогичный показатель для Румынии (38 случаев на 1 тыс. детей), который является вторым по величине в Регионе.

ВИЧ

Распространенность среди детей в возрасте 0–14 лет

Предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку является одной из основных целей глобального характера, достижение которых можно отслеживать с помощью показателей распространенности ВИЧ-инфекции среди детей. Такой показатель дает представление о предполагаемой распространенности ВИЧ среди детей в возрасте 0–14 лет на 100 тыс. детей и доступен только для Кыргызстана (28 случаев на 100 тыс. детей) и Республики Молдова (35 случаев на 100 тыс. детей) (6).

Распространенность среди подростков и молодежи в возрасте 15–24 лет

Данные в отношении этого показателя были доступны для 16 стран и основаны на полученных ЮНЭЙДС оценках распространенности ВИЧ в этой возрастной группе (6). Распространенность ВИЧ среди подростков и молодежи была максимальной для юношей и мужчин в Грузии (0,3%) и девушек и женщин в Украине (0,6%), составив в среднем 0,1% как для лиц мужского, так и для лиц женского пола.

Зарегистрированные случаи туберкулеза среди детей в возрасте 0–14 лет

Туберкулез у детей – труднодиагностируемое заболевание, которому не уделяется должного внимания, в отличие от случаев его возникновения у взрослых. В связи с этим большое значение имеет мониторинг. Данные, полученные от Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (туберкулез, все случаи, возраст до 15 лет – зарегистрированные случаи) (6), свидетельствуют о том, что в период с 2012 по 2013 г. информацию по этому показателю представили 30 стран. Максимальные показатели для детей в возрасте 0–14 лет были зарегистрированы в Румынии (23 случая на 100 тыс. детей), а минимальные – в Финляндии (0,2 случая на 100 тыс. детей).

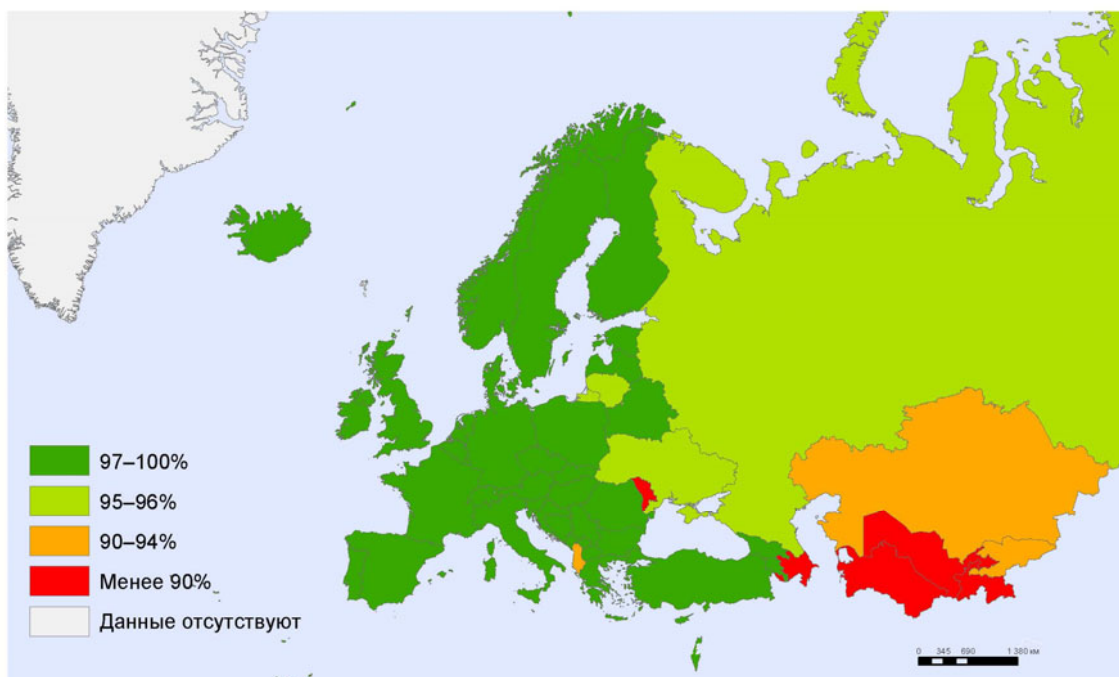
Дети младше 5 лет, страдающие диареей и получающие пероральную регидратационную терапию в сочетании с постоянным питанием

Диарея является еще одной важной причиной гибели детей; случаи смерти можно предотвратить, обеспечив пероральную регидратационную терапию и постоянное питание (наличие которых рассматривается как еще один основной показатель глобального характера (2, 3)). Данные о процентной доле детей с диареей, получавших пероральную регидратационную терапию, представили 16 стран: максимальный уровень охвата был зарегистрирован в Армении (77%), а минимальный – в Турции (22%).

Водоснабжение и санитария

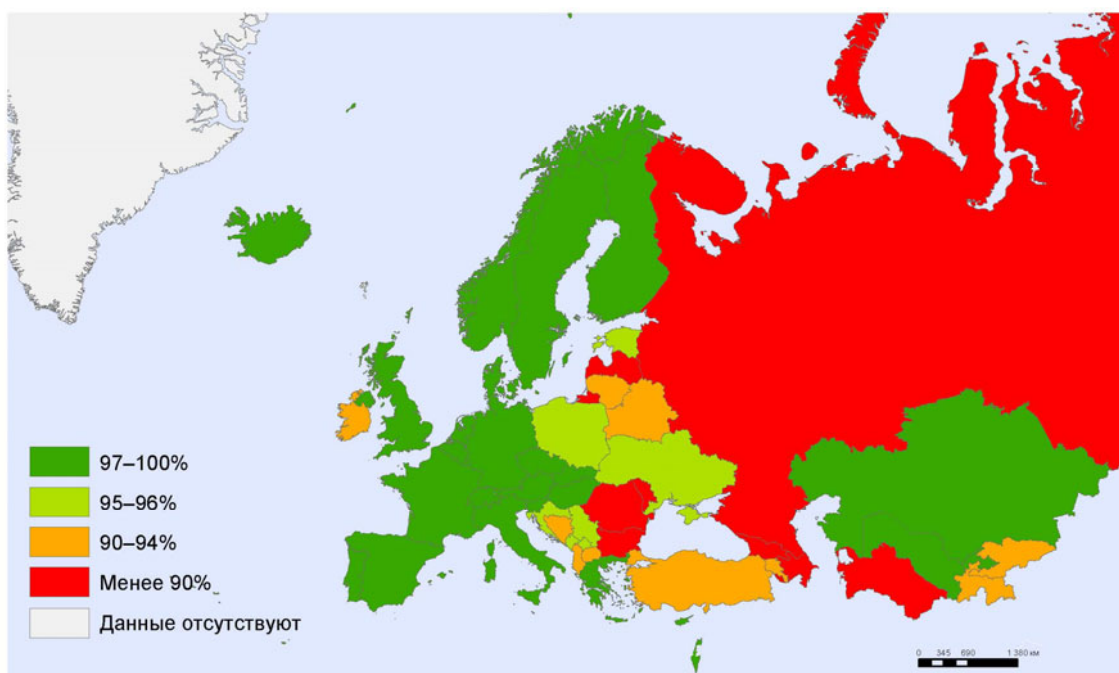
Население с жильем, подключенным к системе водоснабжения

В большинстве стран Региона жилые дома подключены к системе водоснабжения; соответствующий субрегиональный показатель составляет в среднем 97%. Две из трех стран (35 из 53) сообщили о подключении к системе водоснабжения 100% жилых домов (рис. 9.3); при этом ряд стран СНГ представил самые низкие процентные показатели в субрегионе.

Рисунок 9.3. Население с жильем, подключенным к системе водоснабжения

Население, имеющее доступ к канализационной системе, септику или другим приспособлениям для удаления бытовых отходов, отвечающим гигиеническим нормам

Большинство стран сообщили, что значительная доля их населения имеет доступ к канализационным системам, а средний субрегиональный показатель составил 95% (рис. 9.4). В перечисленных ниже странах доля населения, которое имеет доступ к канализационной системе, отвечающей гигиеническим нормам, составила менее 80%: Туркменистан (63%), Российская Федерация (72%), Республика Молдова (76%) и Румыния (79%).

Рисунок 9.4. Население, имеющее доступ к канализационной системе, септику или другим приспособлениям для удаления бытовых отходов, отвечающим гигиеническим нормам

Результаты в широком контексте

Охват вакцинацией

Применение вакцин по-прежнему является одной из наиболее экономически эффективных мер по сокращению бремени предотвратимой заболеваемости и смертности детей и подростков (8). Внедрение новых вакцин может обеспечить возможность активизации и расширения мероприятий по профилактике пневмонии, рака шейки матки и диареи, доказавших свою эффективность. ВОЗ рекомендует включать ПКВ во все программы иммунизации детей во всем мире, поскольку она защищает от заболеваний, вызываемых бактерией *Streptococcus pneumoniae*. ВПЧ является одной из основных причин рака шейки матки (9), однако лишь около половины стран Региона предоставляют бесплатный доступ к вакцинации против ВПЧ в рамках национальной программы. В соответствии с рекомендациями ВОЗ национальные программы вакцинации должны быть в первую очередь ориентированы на девочек в возрасте 9–14 лет, еще не начавших половую жизнь. Вакцина против ВПЧ до сих пор является относительно новой и поэтому дорогой вакциной, однако страны должны стремиться к включению вакцин против ВПЧ в национальные программы иммунизации с целью обеспечить охват иммунизацией и гарантировать права детей на наивысший достижимый уровень здоровья (9).

За последние пять лет показатели охвата плановой вакцинацией в Регионе снизились, что привело к повышению риска новых вспышек заболеваний, предупреждаемых с помощью вакцин. Некоторые из высоких показателей вакцинации основаны на самостоятельно представляемых данных и могут не соответствовать фактической ситуации в странах. Одна из целей Европейского плана действий в отношении вакцин на 2015–2020 гг. состоит в достижении странами региональных целевых показателей вакцинации на всех административных уровнях по всему Региону (10).

Смещение общественных представлений о риске заболеваний, предупреждаемых с помощью вакцин, в сторону неблагоприятных последствий, связанных с вакцинацией, оказало негативное влияние на инфекционный контроль (11). Несмотря на высокий охват вакцинацией, группы детей, предрасположенных к тем или иным заболеваниям, по-прежнему существуют, что является причиной повторного возникновения заболеваний, которые до этого находились под контролем: примером может служить серия вспышек кори, зарегистрированная в Регионе в 2017 г., в результате которой заболели свыше 3300 и умерли около 35 человек; при этом большинство случаев заболевания и смерти произошло на территории Румынии (11).

Отсутствующие данные об инфекционных заболеваниях

Отмечается нехватка актуальной информации об инфекционных заболеваниях у проживающих в Регионе детей и подростков (о чем свидетельствует отсутствие данных по ряду ключевых показателей, представленных в настоящей главе); это означает, что часть средних субрегиональных показателей следует интерпретировать с осторожностью. Тем не менее, пневмония и диарея по-прежнему относятся к числу наиболее распространенных причин смерти детей младше 5 лет в Регионе (8) и во всем мире (12). Для более точной оценки бремени на региональном уровне и принятия надлежащих мер по его уменьшению необходимо наличие полных и актуальных данных.

Данные о детях младше 5 лет с пневмонией, доставленных в медицинское учреждение, имеются только в 13 странах, а показатели госпитализации детей младше 5 лет – в 22 странах. О лечении диареи с помощью пероральной регидратационной терапии сообщили только 16 стран. Показатели, связанные с пневмонией и диареей, включены в систему мониторинга Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков (3) (приложение 2). Они также имеют принципиальное значение для мониторинга прогресса в осуществлении комплексного глобального плана действий по достижению целей, связанных с профилактикой и контролем пневмонии и диареи (12), одна из которых – обеспечение доступа к системе водоснабжения и санитарно-гигиеническим сооружениям для более чем 90% населения – реализована большинством стран Региона; страны с самыми низкими показателями охвата

находятся главным образом в СНГ и СЗЮВЕ. Разработанная ВОЗ стратегия ИВБДВ рекомендует применять для лечения диареи пероральную регидратационную терапию, увеличить потребление жидкости и обеспечить постоянное питание (5). Мероприятия по увеличению показателей исключительно грудного вскармливания также помогли бы сократить показатели диареи у детей.

Наряду с этим налицо нехватка данных по следующим вопросам:

- ВИЧ, сведения о распространенности которого среди детей в возрасте 0–14 лет представили только две страны, а соответствующие показатели для подростков – только 16 стран;
- ротавирусная инфекция, являющаяся причиной более чем 10 тыс. случаев смерти детей младше 5 лет в Регионе и одной из основных причин заболеваемости и смертности на глобальном уровне (13), данные о которой были зарегистрированы только в восьми странах;
- охват вакцинацией против ВПЧ, сведения о котором доступны только для трети стран;
- ПКВ, для которой показатели охвата были представлены менее чем половиной стран Региона;
- распространенность туберкулеза среди детей младше 14 лет, информацию о которой сообщили чуть более половины стран Региона.

Европейская стратегия (1), задача 3 ЦУР (2) и Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (3) опираются на такие показатели в интересах достижения согласованных целей (приложение 2). Обследования, подобные демографическому и медицинскому обследованию (ДМО), проводимому ЮСАИД (14), и кластерному обследованию по многим показателям (МИКС), организуемому ЮНИСЕФ (15), обеспечивают систематизированную информацию о населении, касающуюся вакцинаций, пневмонии и диареи у детей младше 5 лет. Страны, не участвующие в подобных обследованиях, должны разработать сопоставимые методы сбора таких данных.

Заключение

В настоящей главе отмечается недостаточность имеющихся данных для реализации первого приоритета Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков и проведения субрегиональных мероприятий по выполнению задач, намеченных в Повестке дня на период до 2030 г., включая ЦУР и Глобальную стратегию охраны здоровья женщин, детей и подростков. Улучшение охвата вакцинацией и включение в процесс ее проведения важнейших вакцин для уменьшения количества предотвратимых случаев смерти детей младше 5 лет и рака шейки матки во взрослом возрасте должны оставаться в числе региональных приоритетов. Необходимо обеспечить мониторинг, надзор и представление данных в соответствии с установленными требованиями.

В таблицу 9.1 включены все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования в разбивке по странам в сочетании со сводными статистическими данными.

Таблица 9.1. Инфекционные заболевания и санитарное состояние окружающей среды:
сводная таблица

Страна	Код страны	Показатель госпитализации детей младше 5 лет в связи с пневмонией на 1 тыс. детей	Дети младше 5 лет с симптомами пневмонии, доставленные в медицинское учреждение	Жилые дома, подключенные к системе водоснабжения (%)	Доступ к канализационной системе (%)	Вакцинация детей младше 2 лет против кори (%)	Вакцинация детей до года против ИВ-инфекции (%)	Вакцинация ПИВ детей до года (%)	Вакцинация детей до года против ротавирусной инфекции (%)	Оценочные показатели распространенности ВПЧ среди детей на 100 тыс. детей (0–14 лет)	Показатели распространенности ВПЧ среди девушек (15–24 года) (%)	Показатели распространенности ВПЧ среди юношей (15–24 года) (%)	Пероральная регидратационная терапия при диарее для детей 0–4 лет (%)	Охват годовалых детей вакцинацией КДС (%)	Количество случаев туберкулеза на 100 тыс. человек (0–14 лет)	Введение молодежи третьей дозы вакцины против ВПЧ (%)	Страна	Возможность бесплатной вакцинации против ВПЧ		
Австрия	AUT	5	–	100	100	96	98	–	61	–	–	–	–	87	2	–	Австрия	Да		
Азербайджан	AZE	–	33	87	89	98	96	64	–	–	0,1	0,1	30	97	–	–	Азербайджан	Нет		
Албания	ALB	–	70	95	93	98	99	99	–	–	–	–	63	98	–	–	Албания	–		
Андорра	AND	7	–	100	100	96	97	93	–	–	–	–	–	98	–	–	Андорра	Да		
Армения	ARM	–	57	100	90	97	94	–	33	–	0,1	0,2	77	94	–	–	Армения	Нет		
Беларусь	BLR	–	93	100	94	99	98	–	–	–	0,2	0,1	61	98	–	81	Беларусь	Нет		
Бельгия	BEL	–	–	100	100	96	98	93	86	–	–	–	–	98	3	–	Бельгия	Да		
Болгария	BGR	–	–	99	86	92	87	92	–	–	–	–	–	92	18	–	Болгария	Да		
Босния и Герцеговина	BIH	–	87	100	95	68	79	–	–	–	–	–	55	78	–	–	Босния и Герцеговина	Нет		
Венгрия	HUN	10	–	100	98	99	99	93	–	–	–	–	–	99	0,6	88	Венгрия	Да		
Германия	DEU	–	–	100	99	97	94	68	–	–	–	–	–	95	2	–	Германия	Да		
Греция	GRC	–	–	100	99	97	99	96	–	–	–	–	–	99	3	–	Греция	–		
Грузия	GEO	26	–	100	86	96	89	–	41	–	0,1	0,3	37	92	–	36	Грузия	Нет		
Дания	DNK	8	–	100	100	91	93	93	–	–	0,1	0,1	–	94	2	–	Дания	Да		
Израиль	ISR	6	–	100	100	98	94	93	93	–	–	–	–	94	–	80	Израиль	Да		
Ирландия	IRL	–	–	98	91	93	95	92	–	–	0,1	0,1	–	95	2	–	Ирландия	Да		
Исландия	ISL	–	–	100	99	93	92	90	–	–	–	–	–	91	2	84	Исландия	Да		
Испания	ESP	4	–	100	100	96	97	–	–	–	–	–	–	97	5	79	Испания	Да		
Италия	ITA	–	–	100	100	85	94	55	–	–	–	–	–	93	2	–	Италия	–		
Казахстан	KAZ	22	81	93	98	99	95	58	–	–	0,1	0,1	54	82	–	–	Казахстан	Нет		
Кипр	CYP	4	–	100	100	90	97	–	–	–	–	–	–	97	2	–	Кипр	Да		
Кыргызстан	KGZ	34	33	90	93	99	97	–	–	28	0,1	0,1	67	96	–	53	Кыргызстан	Нет		
Латвия	LVA	15	–	99	88	96	94	87	–	–	–	–	–	98	20	–	Латвия	Да		
Литва	LTU	–	–	97	92	94	93	–	–	–	–	–	–	94	13	29	Литва	Да		
Люксембург	LUX	–	–	100	98	99	99	95	89	–	–	–	–	99	1	–	Люксембург	Да		
Мальта	MLT	3	–	100	100	89	97	–	–	–	–	–	–	97	3	–	Мальта	Да		
МКД ^a	MKD	34	–	99	91	93	94	–	–	–	–	–	67	91	–	–	МКД ^a	Да		
Монако	MCO	–	–	100	100	85	99	–	–	–	–	–	–	99	–	–	Монако	–		
Нидерланды	NLD	–	–	100	98	96	96	95	–	–	–	–	–	95	1	80	Нидерланды	–		
Норвегия	NOR	–	–	100	98	95	95	91	–	–	0,1	0,1	–	96	1,7	–	Норвегия	Да		
Польша	POL	–	–	98	97	98	99	–	–	–	0,1	0,1	–	98	2	82	Польша	Нет		
Португалия	PRT	–	–	100	100	98	98	–	–	–	–	–	–	98	3	–	Португалия	Да		
Республика Молдова	MDA	65	79	88	76	88	87	28	65	35	–	–	55	89	–	–	Республика Молдова	Нет		
Российская Федерация	RUS	–	–	97	72	98	90	–	–	–	–	–	–	97	–	–	Российская Федерация	Нет		
Румыния	ROU	38	–	100	79	86	92	–	–	–	–	–	–	89	23	–	Румыния	Да		
Сан-Марино	SMR	–	–	–	–	62	65	–	–	–	–	–	–	66	–	–	Сан-Марино	–		
Сербия	SRB	10	90	99	96	82	95	–	–	–	–	–	60	92	–	–	Сербия	Нет		
Словакия	SVK	18	–	100	99	95	96	96	–	–	0,1	0,1	–	96	1	55	Словакия	Нет		
Словения	SVN	–	–	100	99	94	95	–	–	–	0,1	0,1	–	94	1	71	Словения	–		
Соединенное Королевство	GBR	–	–	100	99	95	96	93	–	–	–	–	–	94	4	91	Соединенное Королевство	Да		
Таджикистан	TJK	–	63	74	95	97	96	–	–	–	0,1	0,1	61	96	–	65	Таджикистан	Нет		
Туркменистан	TKM	–	–	60	63	99	99	–	–	–	–	–	–	98	–	–	Туркменистан	Да		
Турция	TUR	–	–	100	95	94	96	96	–	–	–	–	22	98	–	–	Турция	Нет		
Узбекистан	UZB	–	68	87	100	99	99	–	–	–	0,1	0,1	28	99	–	–	Узбекистан	Нет		
Украина	UKR	–	92	96	96	42	47	–	–	–	0,6	0,2	69	19	–	87	Украина	Нет		
Финляндия	FIN	–	–	100	98	97	98	–	93	–	–	–	–	92	0,2	29	Финляндия	Да		
Франция	FRA	3	–	100	99	90	98	89	–	–	–	–	–	97	2	–	Франция	Нет		
Хорватия	HRV	11	–	100	97	93	94	–	–	–	–	–	–	93	0,6	–	Хорватия	Да		
Черногория	MNE	0,9	89	100	96	64	89	–	–	–	–	–	64	89	–	58	Черногория	Нет		
Чехия	CZE	9	–	100	99	99	97	–	–	–	–	–	–	96	0,3	81	Чехия	Да		
Швейцария	CHE	–	–	100	100	93	95	80	–	–	–	–	–	97	–	–	Швейцария	Да		
Швеция	SWE	4	–	100	99	98	98	98	–	–	0,1	0,1	–	98	3	–	Швеция	Да		
Эстония	EST	–	–	100	97	93	93	–	–	–	–	–	–	93	0,5	–	Эстония	Нет		
Средний показатель		15		97	95	93	95				0,1	0,1		94	4		% В целом	Да, Нет, (НО), (ПО)	56	40
Макс. значение		65	93	100	100	99	99	99	93		0,6	0,3	77	99	23	91	% EC15	Да, Нет, (НО), (ПО)	85	8
Страна с макс. показателем	MDA	BLR	AND	AND				ALB			UKR	GEO	ARM	ROU	GBR	% EC13	Да, Нет, (НО), (ПО)	69	23	
Мин. значение		0,9	33	60	63	53	79	28	33		0,1	0,1	22	23	0,2	29	% СНГ	Да, Нет, (НО), (ПО)	9	91
Страна с мин. показателем	MNE	AZE	TKM	TKM	SMR			MDA	ARM				TUR	UKR	FIN	% СЗЮВЕ	Да, Нет, (НО), (ПО)	50	50	

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Ссылки

1. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf, по состоянию на 10.01.2018).
2. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. – Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 г. (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).
3. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): выживать, процветать, менять. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Каждая женщина, каждый ребенок, 2015 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1).
4. Countdown to 2030. Women's, children's and adolescents' health [веб-сайт]. Baltimore (MD): John Hopkins University; 2018 (<http://countdown2030.org/>).
5. Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИБДВ). В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/).
6. Здоровье детей и подростков. В: Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/cah/>).
7. Состояние политик в отношении здоровья детей и подростков в Европе. В: Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/cahb_survey/).
8. Информационные бюллетени о Целях в области устойчивого развития: задачи, связанные со здоровьем. Здоровье детей и подростков. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/364952/child-adolescent-health-rus.pdf?ua=1).
9. WHO position paper on vaccines against human papillomavirus (HPV). Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255353/WER9219.pdf;jsessionid=C2CC93C625AB33B8588DC683068A58D9?sequence=1>).
10. Европейский план действий в отношении вакцин (ЕПДВ), 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257993/WHO_EVAP_RUS_v23_WEBx.pdf?ua=1).
11. Распространение кори продолжает уносить жизни людей в Европейском регионе [электронный пресс-релиз]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2017/measles-continues-to-spread-and-take-lives-in-europe>).
12. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025. The integrated global action plan for pneumonia and diarrhoea; Geneva: World Health Organization/The United Nations Children's Fund (UNICEF); 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79200/9789241505239_eng.pdf?sequence=1).
13. Rotavirus. В: WHO Regional Office for Europe [веб-сайт]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/rotavirus/rotavirus-read-more>).
14. DHS overview. В: The DHS Program. Demographic and health surveys [веб-сайт]. Rockville (MD); The DHS Program Office, USAID; 2018 (<https://dhsprogram.com/what-we-do/survey-Types/dHs.cfm>).
15. Statistics and monitoring: multiple indicator cluster survey (MICS). В: UNICEF [веб-сайт]. New York (NY): UNICEF; 2014 (https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).

10. Питание и физическая активность

Введение

В этой главе представлены показатели и политика, относящиеся к питанию и физической активности детей и подростков в Европейском регионе. Она охватывает весь возрастной диапазон – от грудного вскармливания новорожденных до питания и физической активности подростков. В главе освещаются темы, относящиеся к первому приоритету Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, который касается работы над нерешенными проблемами, связанными с предотвратимой смертностью и инфекционными болезнями, и непосредственно рассматривается ее третий приоритет, который касается защиты здоровья и сокращения риска – содействия здоровому питанию и физической активности на всех этапах жизни (1). Цель этой главы – содействовать выявлению областей для действий в Регионе.

Основные результаты

- О наличии политики стимулирования исключительно грудного вскармливания сообщает большинство стран, однако существуют большие различия на субрегиональном уровне с точки зрения показателей распространенности исключительно и частично грудного вскармливания, что свидетельствует о недостаточно строгом соблюдении руководящих принципов ВОЗ.
- Информацию о маркетинге продуктов для прикармливания детей грудного и раннего возраста собирают менее четверти стран.
- Ориентированный на детей маркетинг продуктов не регулируется в половине стран, при этом в нескольких странах есть планы по введению нормативных положений.
- Данные о недостаточности питания детей раннего возраста нечасто собираются в Регионе и зачастую являются устаревшими; поэтому они не позволяют правильно оценить масштаб проблемы.
- В Регионе часто встречаются высокие показатели распространенности детского ожирения и низкие показатели физической активности, при этом физическая активность подростков находится на уровне, намного ниже рекомендуемого.

Результаты

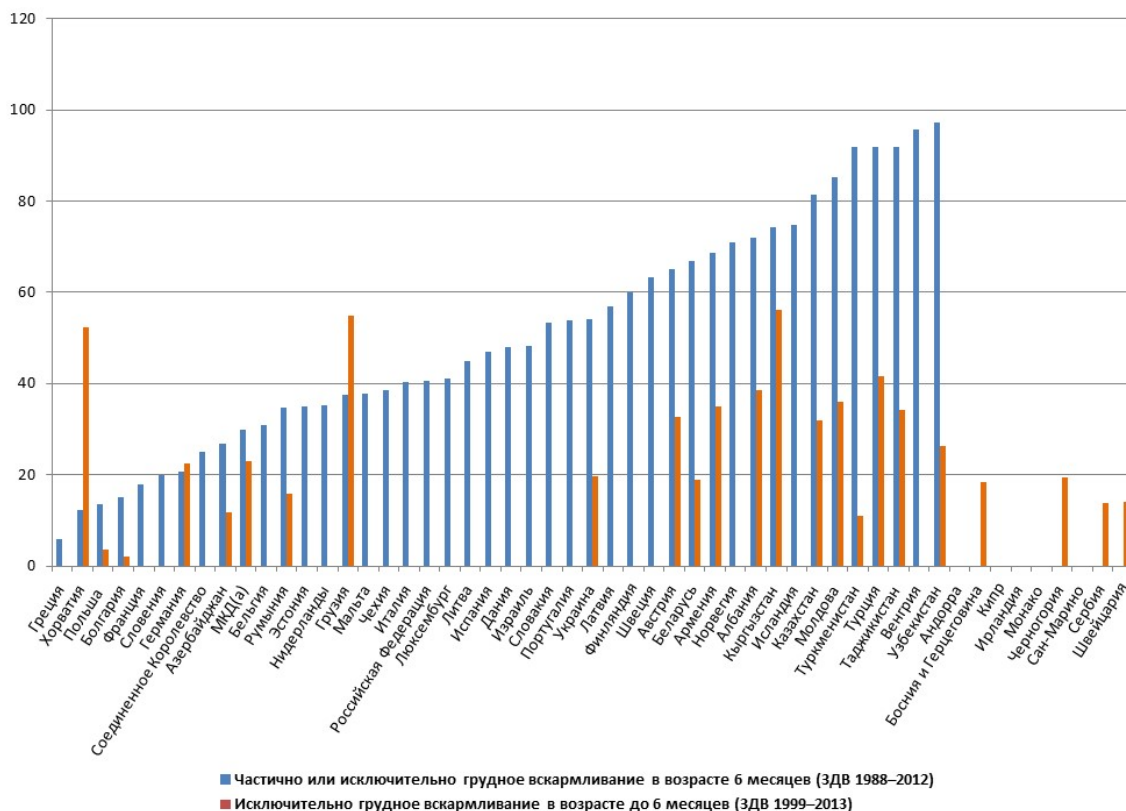
Грудное вскармливание

Сбор данных

О сборе данных о грудном вскармливании на основе международно признанных стандартов сообщили 40 стран (83%), а семь стран (15%) их сбором не занимаются. Все страны СНГ сообщили, что сбор данных ими соответствует международным стандартам, а почти четверть стран ЕС15 и СЗЮВЕ (23 и 25% соответственно) сообщили, что сбор данных о грудном вскармливании не основывается на признанных стандартах.

Хотя страны сообщали о сборе данных о грудном вскармливании, рисунок 10.1 показывает, что зачастую они не представляют сведений о нем. Например, ВОЗ рекомендует исключительно грудное вскармливание до достижения возраста 6 месяцев, однако в 29 странах информации об этом нет. В Регионе часто встречаются большие расхождения между представляемыми сведениями о грудном вскармливании и данными об исключительно грудном вскармливании из общедоступных наборов данных.

Рисунок 10.1. Показатели распространенности частично и исключительно грудного вскармливания (%)

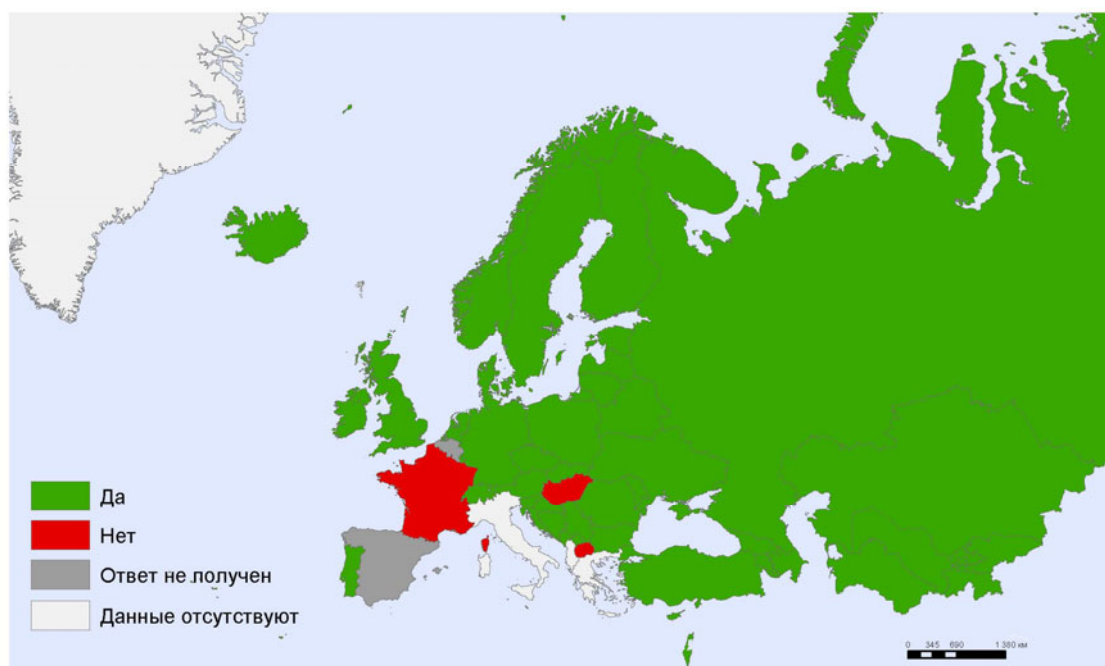


^aМКД – бывшая югославская Республика Македония (сокращение Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Политика стимулирования исключительно грудного вскармливания

О политике стимулирования исключительно грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения сообщили 42 страны (88%) (рис. 10.2), а четыре страны (8%) этого не сделали.

Рисунок 10.2. Политика стимулирования исключительно грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения (в разбивке по странам)



Страны сообщили о различных видах практики грудного вскармливания и мерах его обеспечения, а также представили описание различных программ, организаций, групп и других предпринятых инициатив, таких как юридически обязательные или основанные на саморегулировании подходы. Только семь стран указали, что их усилия направлены на обеспечение исключительно грудного вскармливания; другие страны не указали тип поощряемого грудного вскармливания. Хотя большинство стран представили качественную информацию об инициативах, направленных на обеспечение грудного вскармливания, ряд стран рассматривали эту практику только как часть более широких инициатив, ориентированных на питание и физическую активность, профилактику детских болезней и смертности, оказание медицинской помощи детям и соблюдение прав ребенка. Некоторые из инициатив не ограничиваются поощрением практики грудного вскармливания, но также включают защиту, поддержку и внедрение грудного вскармливания.

В Глобальном обзоре политики в области питания, разработанном в целях упрощения процедуры представления отчетов в соответствии с Европейским планом действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. и проведенном ВОЗ в 2017 г. (3), был задан конкретный вопрос об осуществлении Инициативы по созданию в больницах благоприятных условий для детей грудного возраста, которая направлена на внедрение видов практики, защищающих, поощряющих и поддерживающих грудное вскармливание (4). Большинство стран (36 из 49 (73%)) сообщили, что они в настоящее время осуществляют Инициативу по созданию в больницах благоприятных условий для детей грудного возраста, а девять стран (18%) этого не делают; из этих девяти стран шесть осуществляли ее ранее, но не в настоящее время, а три страны никогда ее не внедрили (рис. 10.3).

Рисунок 10.3. Статус осуществления инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) в 2017 г.



Грудное вскармливание в возрасте 6 месяцев

Показатели доли детей, находившихся на грудном вскармливании в возрасте 6 месяцев (рис. 10.4) исключительно и частично, в Регионе значительно различались. Самый низкий из представленных показателей составляет 6% (Греция), а самый высокий – 97% (Узбекистан), средний показатель по субрегиону – 50% (5). Что касается исключительно грудного вскармливания в возрасте до 6 месяцев (рис. 10.5), самый низкий показатель составляет 2% (Болгария), а самый высокий – 56% (Кыргызстан), при этом данные по этому параметру представили лишь 24 страны (2). Если принять в качестве показателя начало грудного

вскармливания в течение одного часа после рождения (рис. 10.6), число стран, представивших сведения, уменьшается до 21, при этом самый низкий показатель – 5% – наблюдается в Болгарии, а самый высокий – 84% – в Кыргызстане (2). Страны СНГ сообщили о самых высоких показателях распространенности как частично, так и исключительно грудного вскармливания в возрасте 6 месяцев, а также начала грудного вскармливания в течение одного часа после рождения. Различия между показателями распространенности исключительно грудного вскармливания менее значительны (рис. 10.6). В целом показатели распространенности рекомендуемого ВОЗ исключительно грудного вскармливания в возрасте до 6 месяцев являются низкими в Регионе и особенно низкими в странах ЕС13.

Рисунок 10.4. Исключительно и частично грудное вскармливание в возрасте 6 месяцев в разбивке по страновым группам

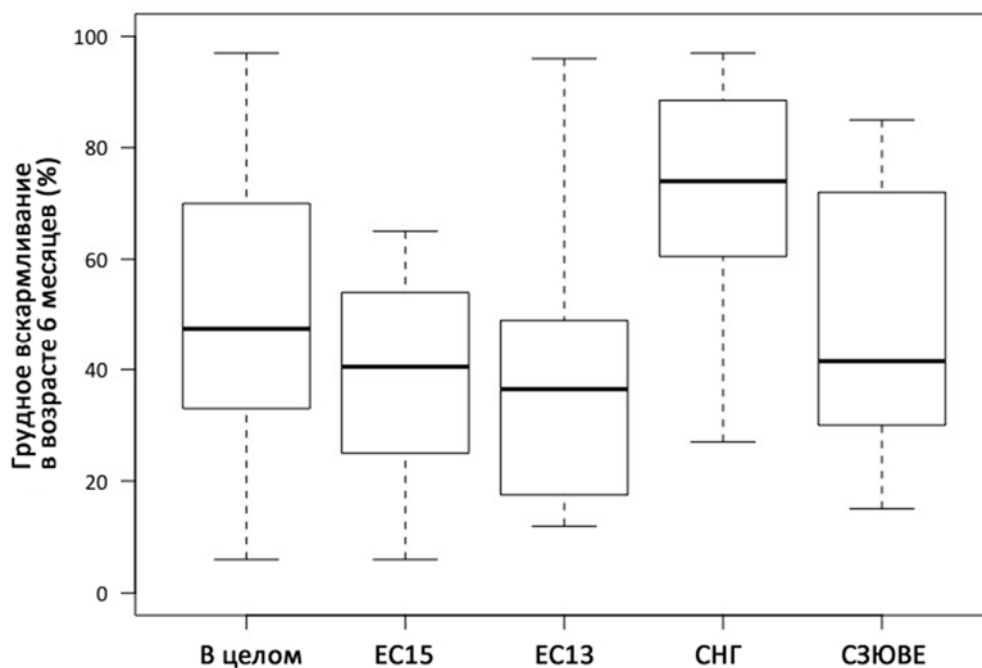


Рисунок 10.5. Исключительно и частично грудное вскармливание в возрасте до 6 месяцев в разбивке по страновым группам

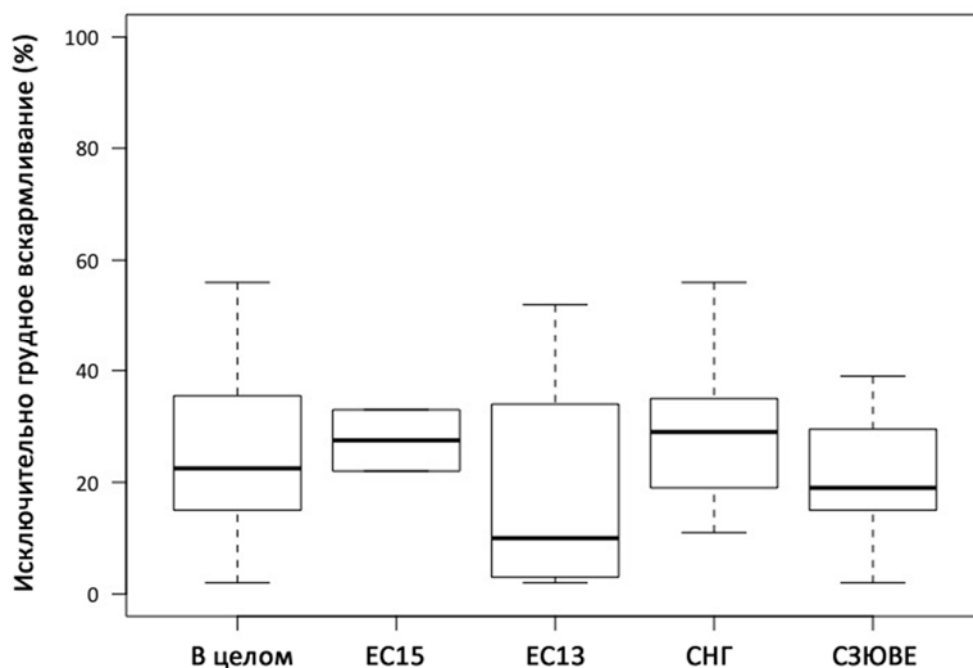
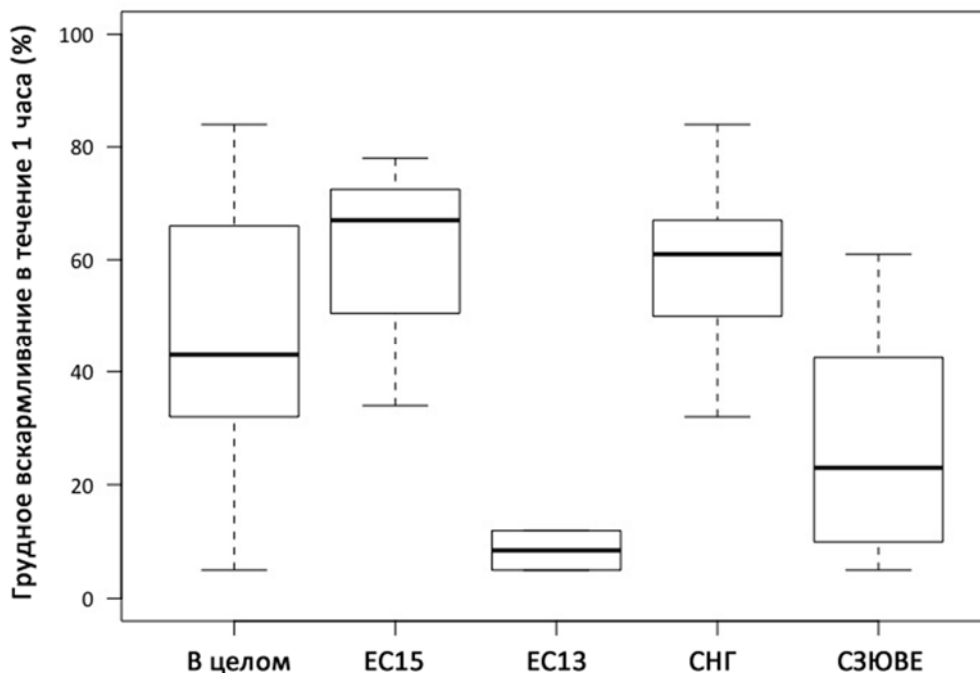


Рисунок 10.6. Грудное вскармливание в течение одного часа после рождения в разбивке по страновым группам



В то время как на рисунках 10.4–10.6 рассчитан средний показатель по представившим сведения странам, в таблице 10.1 (в конце главы) не указывается средний показатель по субрегиону из-за недостаточности данных (дополнительные сведения о методике см. в приложении 1).

Прикармливание

Данные о практике прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев (рис. 10.7) собирают 32 страны (67%), а 15 стран (31%) этого не делают. На рисунке 10.8 представлено распределение в разбивке по страновым группам.

Рисунок 10.7. Сбор данных о привычках в отношении прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев (в разбивке по странам)

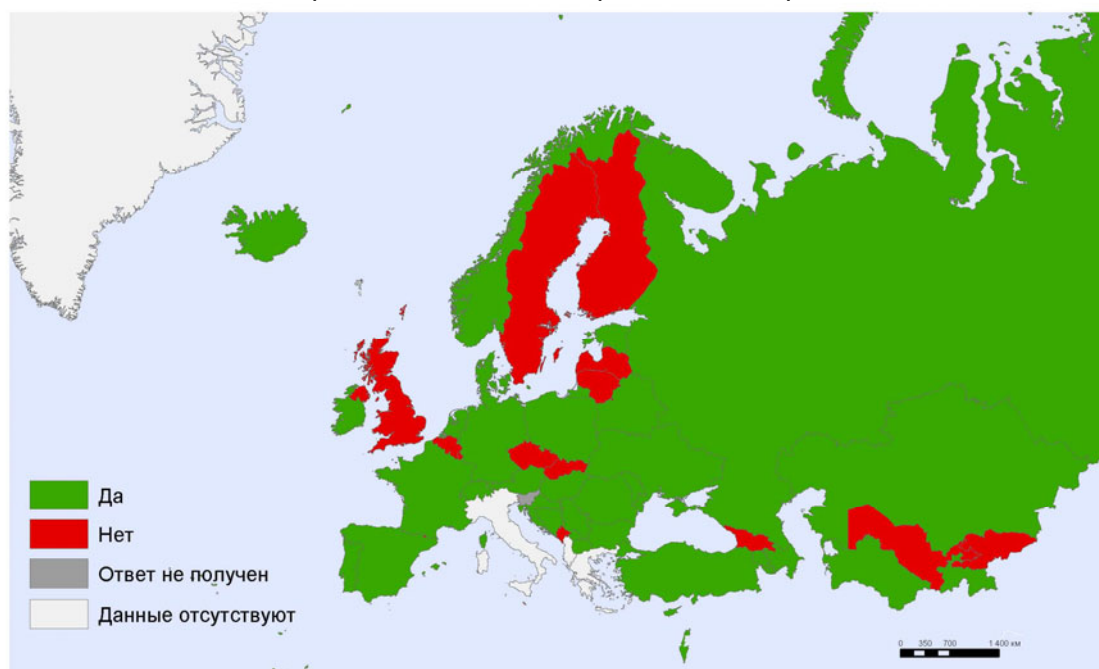
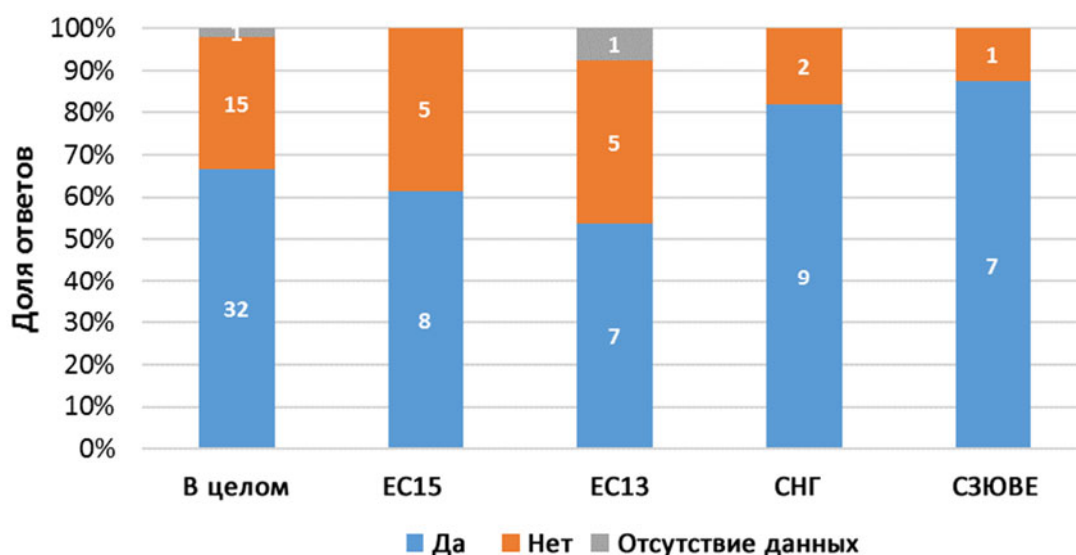


Рисунок 10.8. Сбор данных о привычках в отношении прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев (в разбивке по страновым группам)



Маркетинг продуктов для прикармливания

Данные о маркетинге продуктов для прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев (рис. 10.9) собирают 10 стран (21%), а 36 стран (75%) этого не делают. На рисунке 10.10 показано распределение в разбивке по страновым группам: масштабы сбора данных в субрегионах незначительны.

Рисунок 10.9. Сбор данных о маркетинге продуктов для прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев (в разбивке по странам)

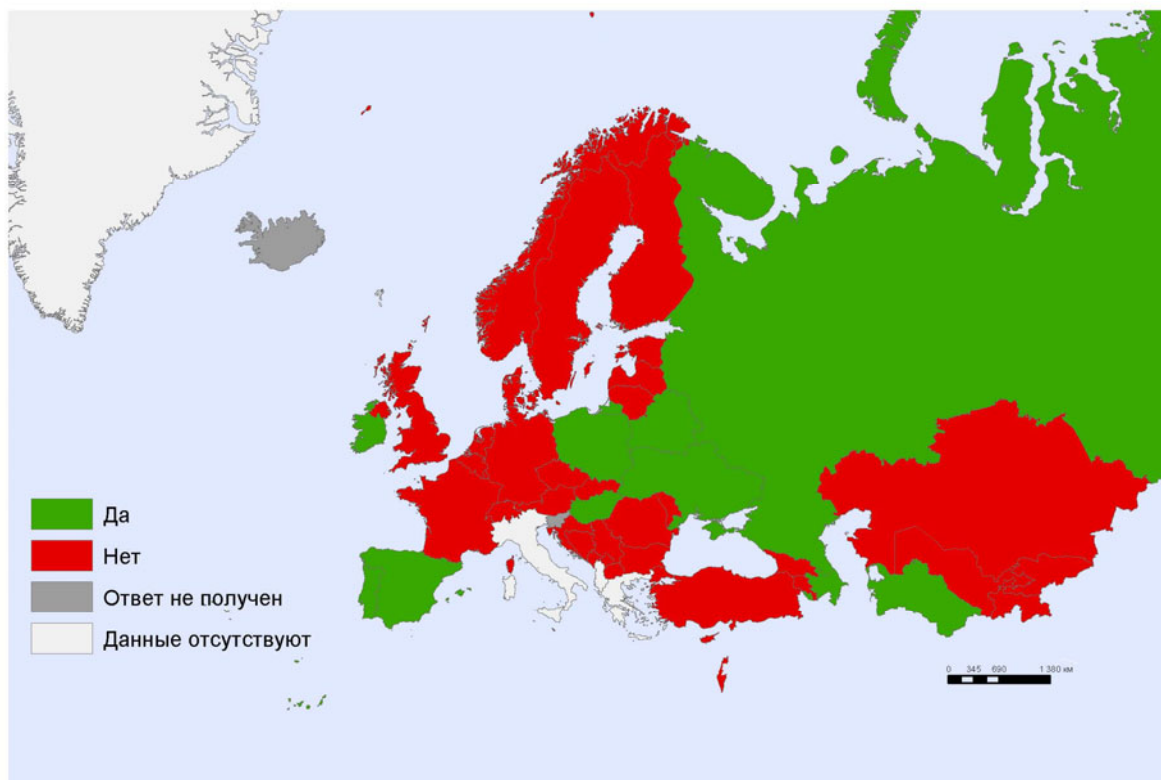
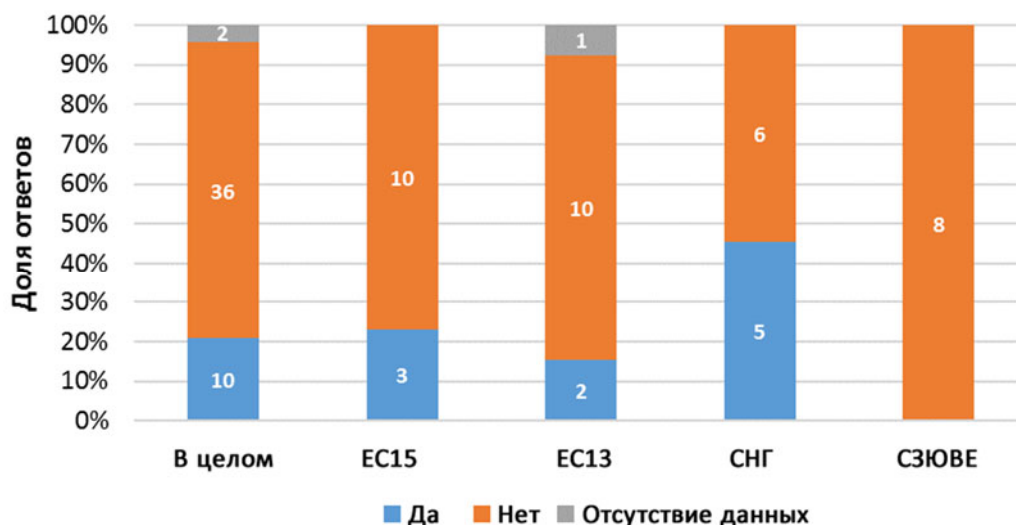


Рисунок 10.10. Сбор данных о маркетинге продуктов для прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев (в разбивке по страновым группам)



Недостаточность питания (задержка роста и истощение)

Недостаточность питания (задержка роста и истощение) по-прежнему представляют собой проблему в некоторых странах Региона. Согласно Европейскому плану действий в отношении продовольствия и питания на 2015–2020 гг. исследования среди детей младше 5 лет в период 2007–2011 гг. показали, что распространенность задержки роста в Регионе составляет от 7 до 39% (6). Данные ГОЗ показывают, что доля детей младше 5 лет с задержкой роста составляет от 1% (Германия) до 27% (Таджикистан), а доля детей младше 5 лет с истощением составляет от 1% (Германия) до 10% (Таджикистан). Не было данных по 27 странам, а в 26 странах данные, как правило, были устаревшими.

Избыточная масса тела и детское ожирение

Сбор данных об ожирении у детей младше 5 лет

Данные об избыточной массе тела/ожирении у детей младше 5 лет собирает 31 страна (65%), а 15 стран (31%) этого не делают (рис. 10.11). На рисунке 10.12 показано распределение в разбивке по страновым группам.

Рисунок 10.11. Сбор данных о распространенности избыточной массы тела/ожирения у детей младше 5 лет (в разбивке по странам)

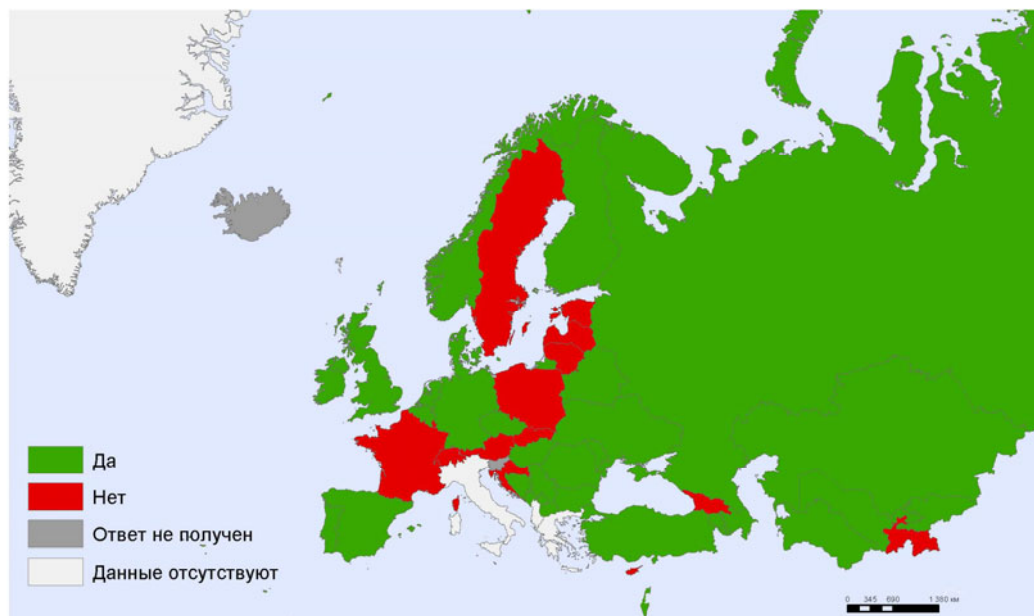
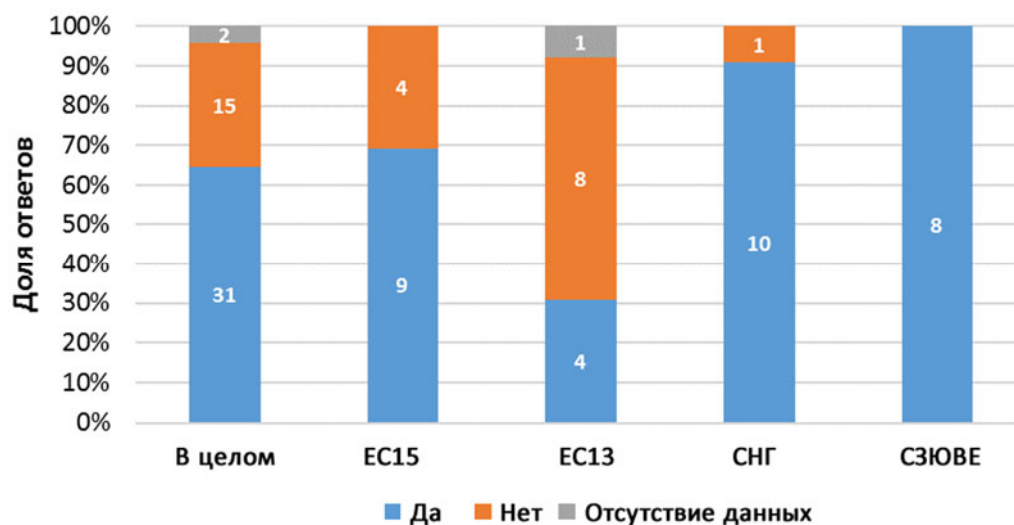


Рисунок 10.12. Сбор данных о распространенности избыточной массы тела/ ожирения у детей младше 5 лет (в разбивке по страновым группам)

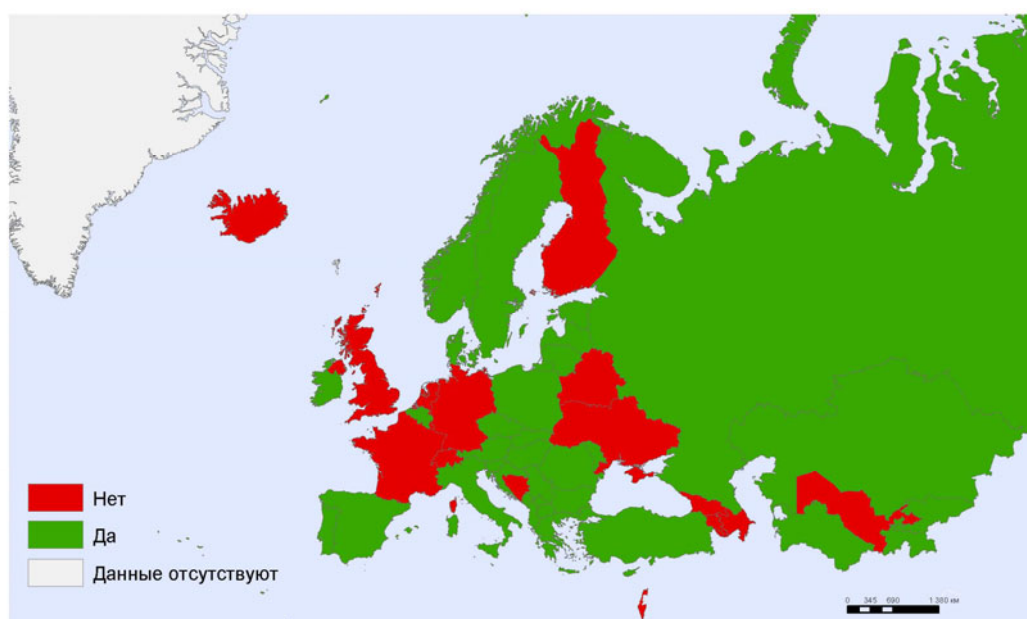


Избыточная масса тела и ожирение у детей в возрасте 6–9 лет

По данным первого раунда исследования COSI, в ходе которого собирались данные в 2007/2008 учебном году, у трети детей в возрасте 6–9 лет в предоставивших сведения странах отмечались избыточная масса тела или ожирение. Информация имелась в отношении только 21 страны. Самые высокие показатели в этой возрастной группе наблюдались в странах ЕС15, при этом максимальные отмечались в Испании (45% среди мальчиков и 41% среди девочек). Минимальные показатели были зарегистрированы в Республике Молдова: 19% среди мальчиков и 13% среди девочек.

Исследование COSI осуществлялось еще три раза (в 2009/2010, 2012/2013 и 2015/2016 учебных годах) и в 2018 г.; эта инициатива охватывает 35 стран, как показано на рисунке 10.13 (7). О показателях распространенности избыточной массы тела и ожирения свыше 30%, по данным раундов COSI в 2012/2013 и 2015/2016 учебных годах, сообщали бывшая югославская Республика Македония, Греция, Италия, Испания, Мальта, Польша, Сан-Марино, Сербия, Хорватия и Черногория (7) (конкретные показатели по каждой стране приводятся на рисунке 29 в издании *Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region* (7)).

Рисунок 10.13. Страны – члены COSI



Избыточная масса тела и ожирение среди подростков

По данным обследования HBSC, ожирение больше распространено среди мальчиков всех возрастов (11, 13 и 15 лет) почти во всех странах и субрегионах (8, 9). В 11 странах гендерные различия превысили 10 процентных пунктов. Среди мальчиков самый низкий показатель составляет 10% (Дания), а самый высокий – 29% (Мальта), средний показатель по субрегиону – 18%. Среди девочек самый низкий показатель составляет 4% (Албания), а самый высокий – 25% (Мальта), средний показатель по субрегиону – 11%. Среди девочек из стран ЕС15 и ЕС13 показатели распространенности ожирения выше, чем среди девочек из стран СНГ.

Исследование HBSC показывает, что более широкая распространенность избыточной массы тела/ожирения связана с низким уровнем финансового благополучия семьи в случае мальчиков примерно в половине стран и примерно в двух третях в случае девочек (8). На рисунках 10.14 и 10.15 показаны различия между региональными страновыми группами.

Рисунок 10.14. Избыточная масса тела и ожирение среди девочек в возрасте 15 лет в разбивке по страновым группам

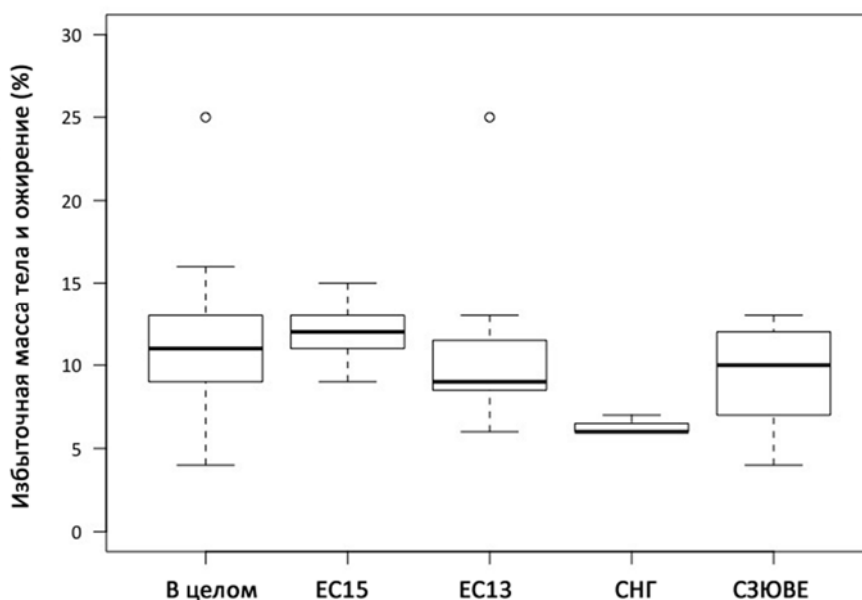
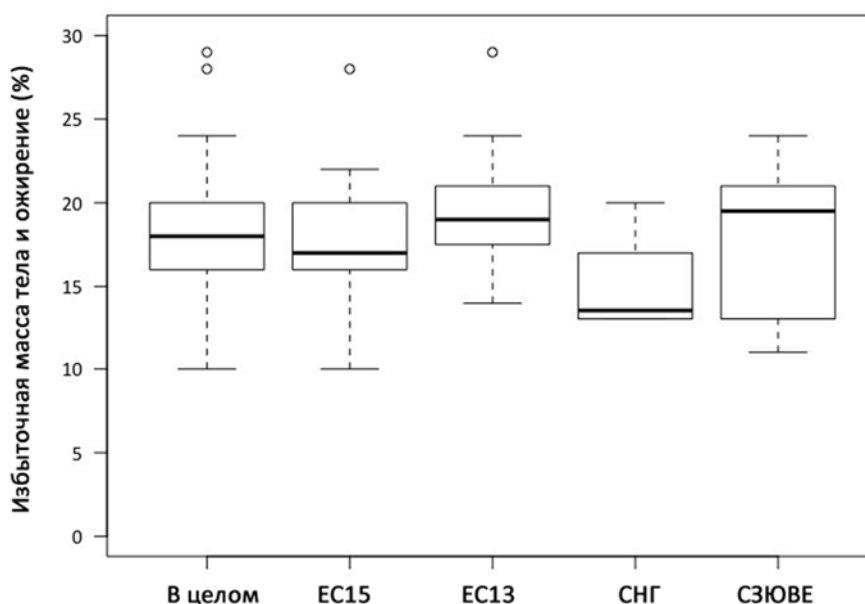


Рисунок 10.15. Избыточная масса тела и ожирение среди мальчиков в возрасте 15 лет в разбивке по страновым группам

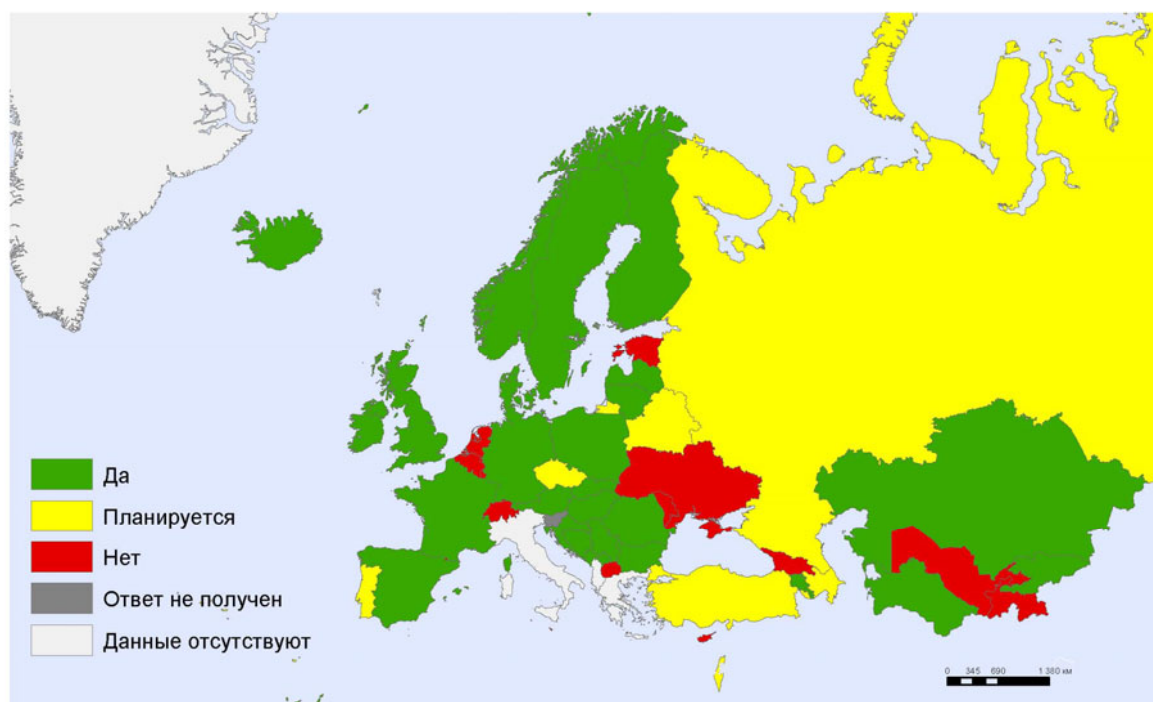


Ориентированный на детей маркетинг

Законодательство

Двадцать шесть стран (54%) сообщили о наличии законодательства, ограничивающего ориентированный на детей маркетинг (рис. 10.16), в 14 странах (29%) его нет, а семь стран (15%) сообщили, что они планируют ввести в действие такое законодательство. Из 26 стран, сообщивших о наличии законов или нормативных положений, ограничивающих ориентированный на детей маркетинг, 25 стран представили дополнительные разъяснения, которые говорят о широком спектре мер политики, включая руководящие принципы, нормативные положения и публичные обещания. Одна из 10 стран сосредоточивает усилия на рекламе, а две из трех – на запрещении ориентированного на детей маркетинга.

Рисунок 10.16. Наличие любых законов или нормативных положений, ограничивающих ориентированный на детей маркетинг (в разбивке по странам)



Согласно данным глобального обзора политики в области питания, 26 стран включают меры по ограничению ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков, возраст детей, в отношении которых действуют ограничения, и четкое определение охватываемых пищевых продуктов; 10 стран включают в такие меры определение понятия «ориентированный на детей маркетинг», а семь стран используют модель профиля пищевых веществ (3). Что касается регламентирования для определенных каналов коммуникации (3), большинство стран регламентируют телевидение и радио (20 и 18 соответственно), за которыми с небольшим отставанием следуют Интернет и реклама на улицах и в магазинах (13 и 12 соответственно).

Потребление безалкогольных напитков

Согласно данным исследования HBSC, потребление безалкогольных напитков в Регионе характеризуется большими различиями. Самый низкий показатель ежедневного потребления среди 15-летних мальчиков составляет 5% (Финляндия), а самый высокий – 40% (Люксембург), средний показатель по субрегиону – 22%. Что касается 15-летних девочек, самый низкий показатель ежедневного потребления составляет 1% (Финляндия), а самый высокий – 39% (Мальта), средний показатель по субрегиону – 17%.

Ежедневное потребление безалкогольных напитков увеличивалось с возрастом среди мальчиков в 23 странах и в 16 странах среди девочек (9). Региональные различия показаны на

рисунках 10.17 и 10.18. В странах СНГ показатели ежедневного потребления ниже, чем в странах СЗЮВЕ.

Рисунок 10.17. Потребление безалкогольных напитков 15-летними девочками в разбивке по страновым группам

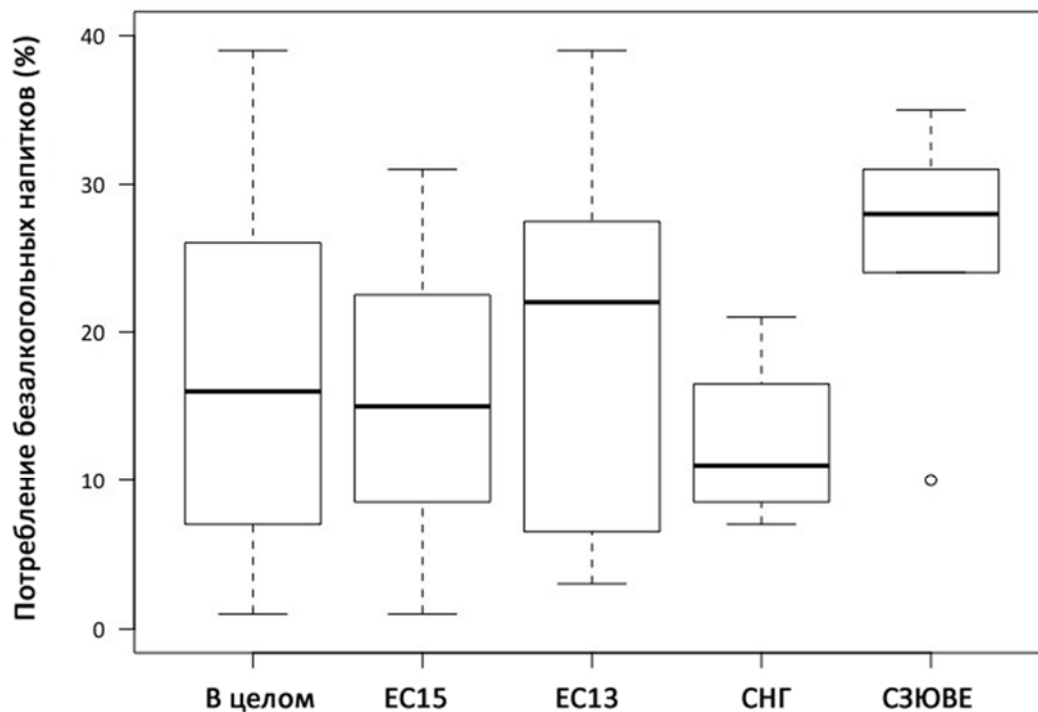
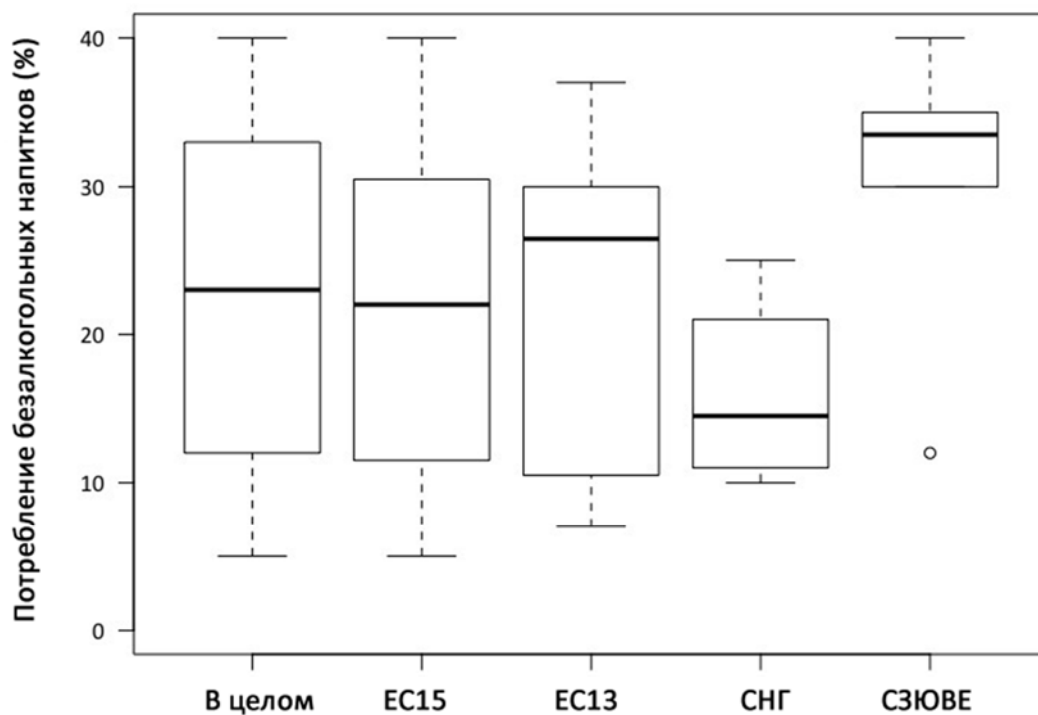


Рисунок 10.18. Потребление безалкогольных напитков 15-летними мальчиками в разбивке по страновым группам



Сбор данных о потреблении безалкогольных напитков

Данные о потреблении безалкогольных напитков (рис. 10.19) собирают 29 стран (60%), а 18 стран (38%) сообщили, что не собирают такие данные. Региональные различия представлены на рисунке 10.20, который показывает, что большинство стран СНГ сообщили о том, что они не собирают такие данные.

Рисунок 10.19. Сбор данных о потреблении безалкогольных напитков детьми и подростками (в разбивке по странам)

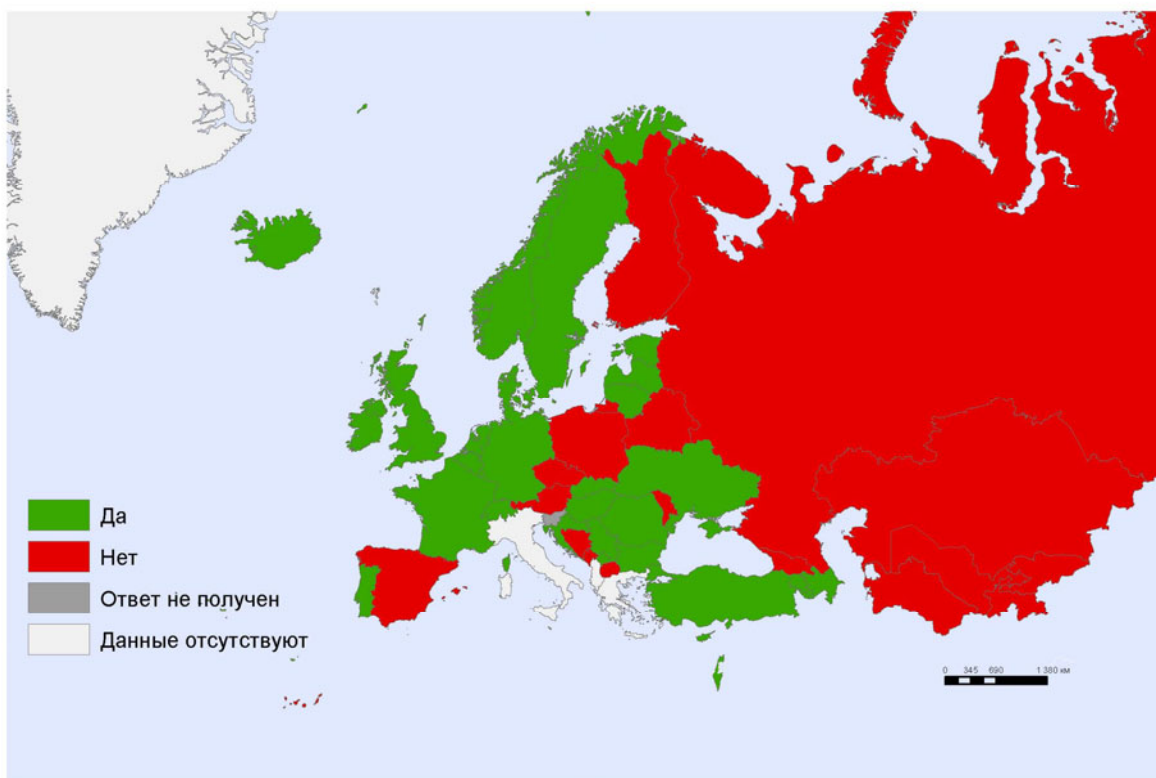
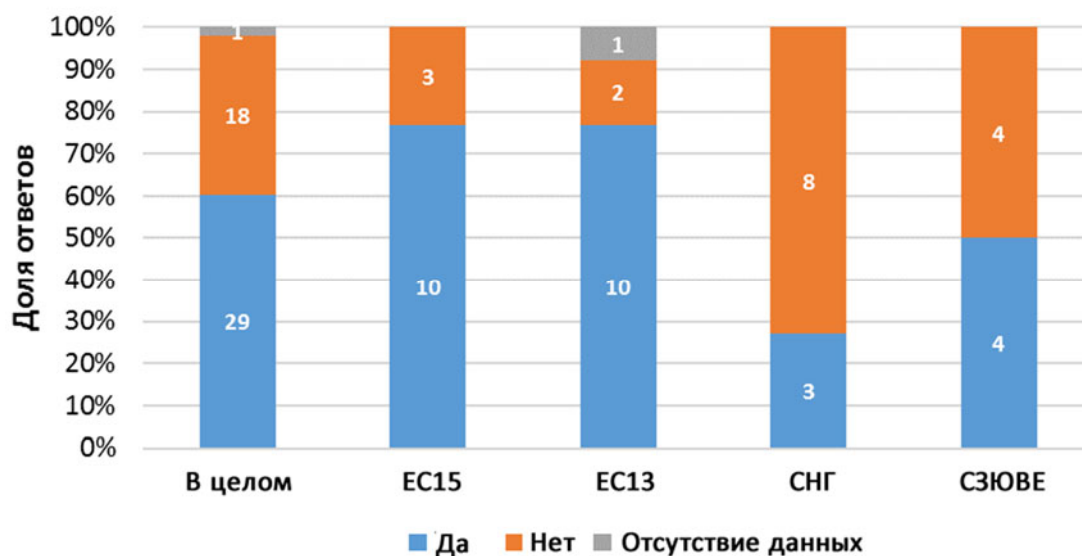


Рисунок 10.20. Сбор данных о потреблении безалкогольных напитков детьми и подростками (в разбивке по страновым группам)



Физическая активность от умеренной до высокой интенсивности

Согласно данным исследования HBSC, показатели распространенности физической активности от умеренной до высокой интенсивности (MVPA) (по меньшей мере 60 минут ежедневно) среди 15-летних меняются в широких пределах. Региональные различия в разбивке по страновым группам показаны на рисунках 10.21 и 10.22. Самый низкий показатель распространенности MVPA среди мальчиков составляет 10% (Израиль), а самый высокий – 29% (Албания), средний показатель по субрегиону – 21%. Среди девочек самый низкий показатель распространенности MVPA составляет 5% (Австрия, Израиль, Италия и Португалия), а самый высокий – 22% (Республика Молдова), средний показатель по субрегиону – 11%. Среди девочек из стран ЕС15 наблюдаются значительно более низкие показатели физической активности, чем среди девочек из стран СНГ и СЗЮВЕ.

Рисунок 10.21. MVPA среди 15-летних девочек в разбивке по страновым группам

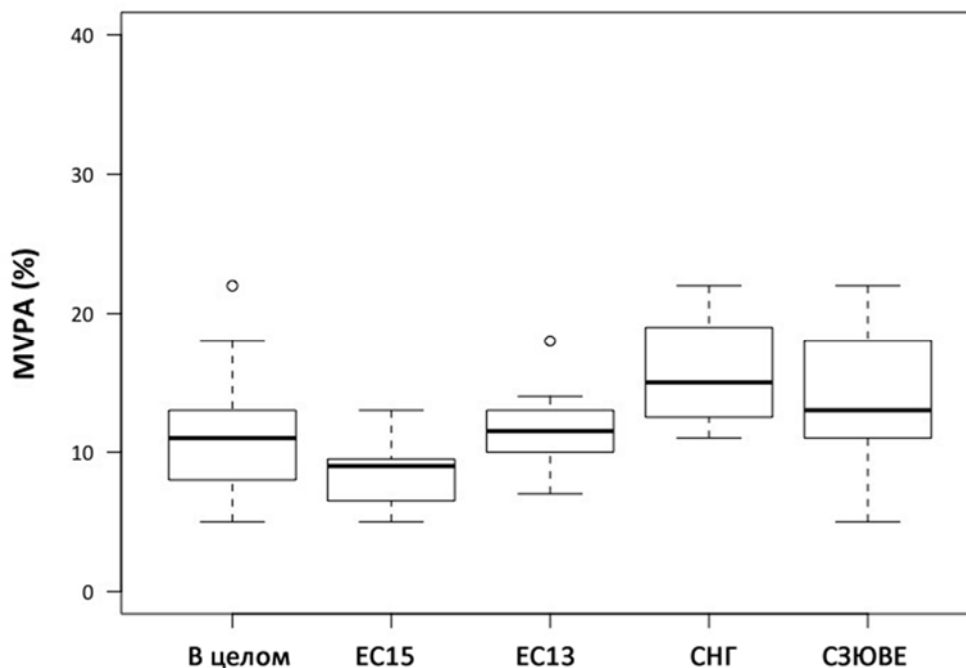
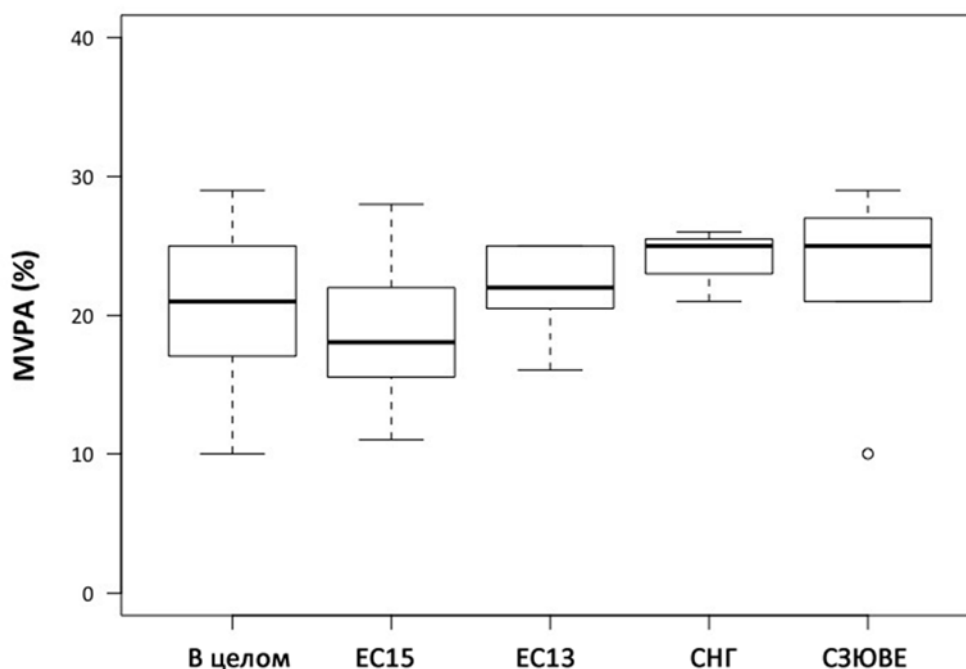


Рисунок 10.22. MVPA среди 15-летних мальчиков в разбивке по страновым группам



Показатели ежедневной MVPA среди мальчиков и девочек в Регионе, как правило, низки и снижаются с возрастом. Значительное снижение происходит при увеличении возраста с 11 до 15 лет, как отмечено в исследовании HBSC среди мальчиков в 33 странах и регионах (8, 9). Мальчики и девочки из семей с более высоким уровнем финансового благополучия с большей вероятностью достигают 60 минут MVPA ежедневно более чем в половине стран и регионов (9). Разница между группами с высоким и низким уровнем финансового благополучия составляла в большинстве случаев 10 процентных пунктов или меньше.

Недостаточная физическая активность

Еще один способ изучения физической активности в подростковом возрасте заключается в анализе процентной доли молодых людей, которые не подпадают под требования ВОЗ в отношении рекомендуемого уровня физической активности (60 минут в день) и поэтому считаются недостаточно физически активными. Согласно данным ГОЗ (10), показатели недостаточной физической активности 11–17-летних по-прежнему удручающе высоки во всем Регионе. Среди девочек (рис. 10.23) самый низкий показатель недостаточной физической активности составляет 70% (Испания), а самый высокий – 93% (Италия), средний показатель по субрегиону – 82%. Среди мальчиков (рис. 10.24) самый низкий показатель составляет 65% (Израиль), а самый высокий – 91% (Италия), средний показатель по субрегиону – 77%.

Рисунок 10.23. Недостаточно физически активные 11–17-летние девочки в разбивке по страновым группам

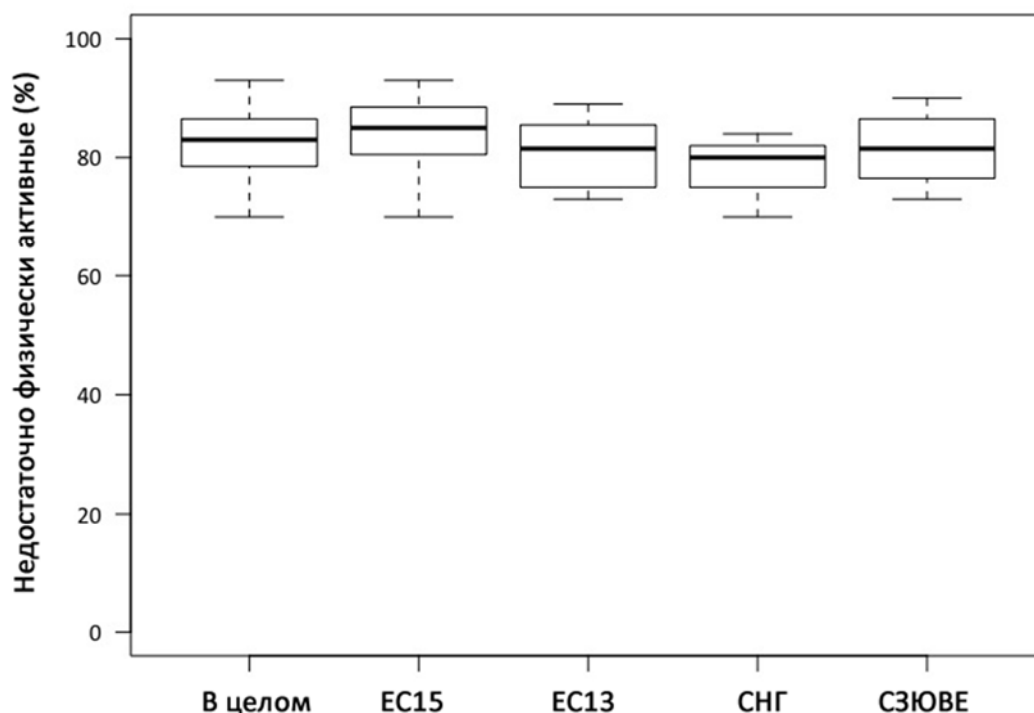
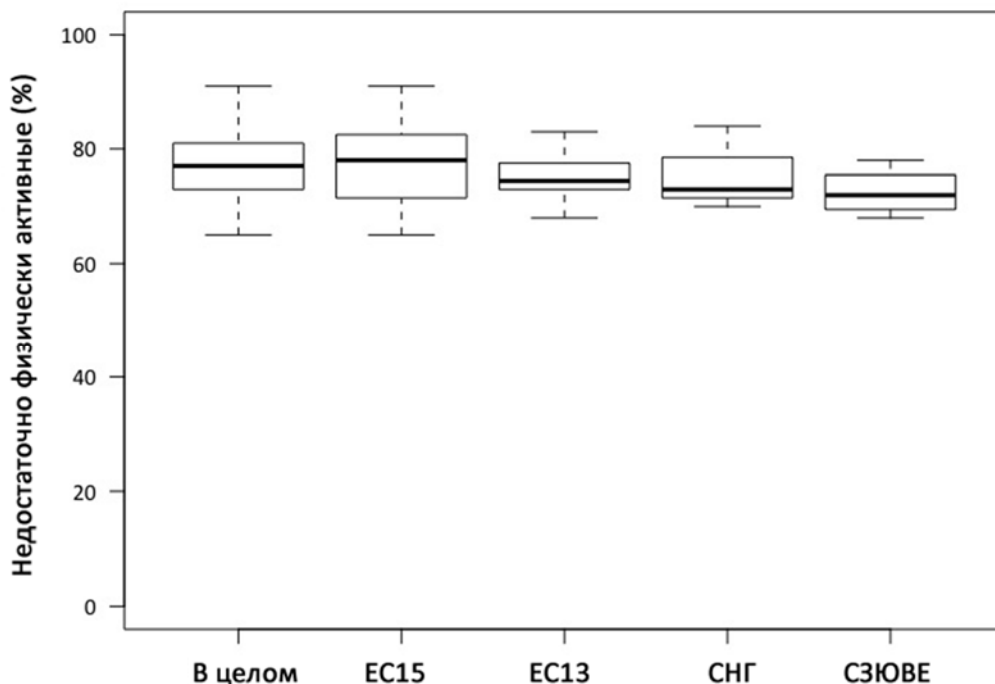


Рисунок 10.24. Недостаточно физически активные 11–17-летние мальчики в разбивке по страновым группам



Чистка зубов

Согласно данным исследования HBSC, средний показатель распространенности чистки зубов дважды в день по субрегионам по-прежнему низок. Среди девочек (рис. 10.25) самый низкий показатель составляет 41% (Республика Молдова), а самый высокий – 91% (Швейцария), средний показатель по субрегиону – 75%. Среди мальчиков (рис. 10.26) самый низкий показатель составляет 28% (Республика Молдова), а самый высокий – 79% (Швейцария), средний показатель по субрегиону – 55,8%.

Рисунок 10.25. Чистка зубов: 15-летние девочки, в разбивке по страновым группам

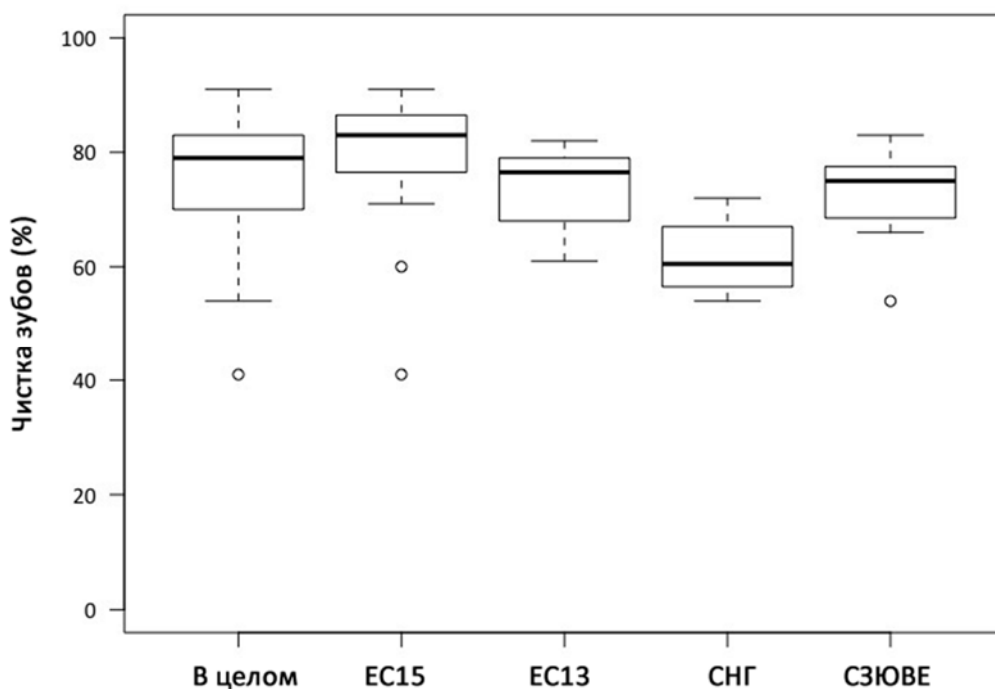
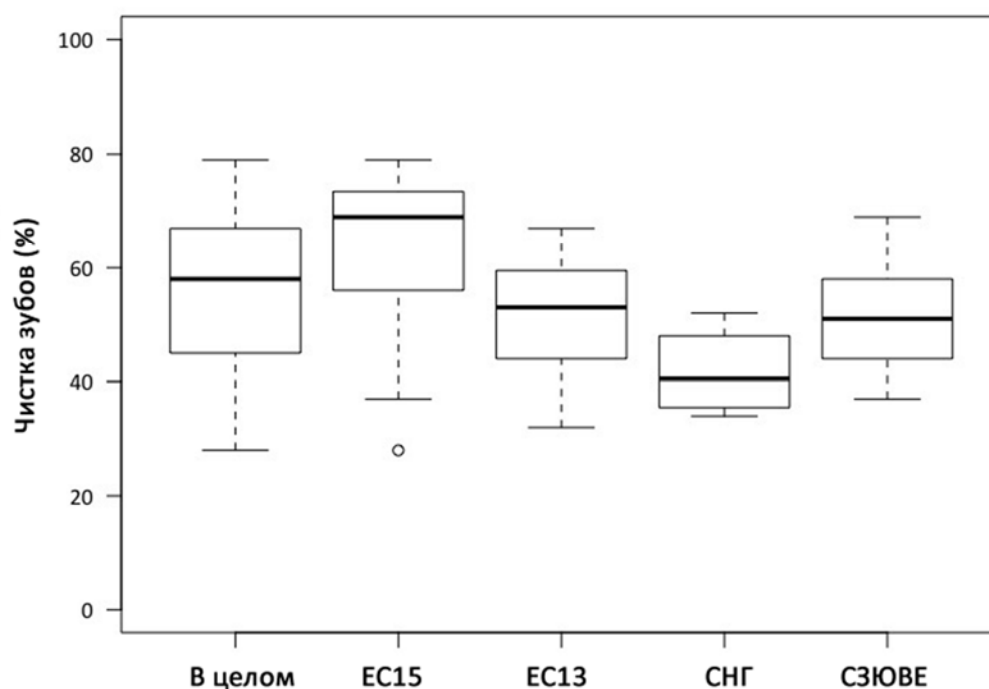


Рисунок 10.26. Чистка зубов: 15-летние мальчики, в разбивке по страновым группам

Показатели в этой категории характеризуются значительными гендерными различиями. Распространенность чистки зубов снижается с возрастом среди мальчиков, при этом примерно в половине стран наблюдается снижение при увеличении возраста с 11 до 15 лет (9). Частота чистки зубов не достигает рекомендуемого уровня – дважды в день – в большинстве стран, особенно среди мальчиков.

Результаты в широком контексте

Результаты свидетельствуют о значительных различиях между субрегионами и отсутствии сбора данных по многим из рассматриваемых в главе показателям, даже по тем, по которым уже давно имеются рекомендации ВОЗ (таким как грудное вскармливание) или по которым рекомендации приняты государствами-членами в рамках региональных стратегий.

Грудное вскармливание и прикармливание

Повышение показателей распространенности исключительно грудного вскармливания по-прежнему является одним из приоритетов во всем Регионе и в мире в целях улучшения питания, предотвращения смертности и, в долгосрочном плане, профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) (11). В Европейском регионе наблюдается самый низкий показатель распространенности исключительно грудного вскармливания в возрасте 6 месяцев среди всех регионов ВОЗ (2). Среди причин – продолжающееся стимулирование сбыта заменителей грудного молока и неудовлетворительное осуществление Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока (12), высокая степень участия женщин на рынке труда и различные правила предоставления отпуска по беременности и родам в разных странах, возможности выбора образа жизни и практика смешанного вскармливания (7).

В руководящих принципах ВОЗ идет речь о необходимости уделять внимание связанным с грудным вскармливанием вопросам, таким как раннее начало, продолжение, исключительность и представление сведений, с тем чтобы обеспечить его надлежащее осуществление. Наличие политики необходимо, но недостаточно само по себе для стимулирования роста распространенности грудного вскармливания в странах. Матери из более низких социально-

экономических групп с меньшей вероятностью практикуют грудное вскармливание, чем матери из более высоких социально-экономических групп (13), поэтому необходимы адресные меры.

Вопрос о представлении сведений о распространенности грудного вскармливания на основе международно признанных стандартов и исключительно грудного вскармливания в возрасте 6 месяцев должен быть решен каждой страной в целях повышения качества данных и способности разрабатывать меры, которые могут повысить показатели распространенности исключительно грудного вскармливания во всем Регионе. Наблюдаемые расхождения в общедоступных данных о грудном вскармливании (рис. 10.1) могут объясняться многими факторами, такими как завышение представляемых сведений или объединение показателей распространенности частично/исключительно грудного вскармливания, что оправдывает дальнейшие меры в целях обеспечения представления качественных отчетов.

Во многих странах есть возможности для улучшения сбора данных о маркетинге продуктов для прикармливания. Информацию либо о прикармливании, либо о маркетинге продуктов для этой цели не собирают 15 стран (31%), а 21 страна (44%) собирает информацию по первому пункту, но не по второму. Это свидетельствует о пробеле в охвате различных видов практики вскармливания, которые влияют на здоровое питание в раннем возрасте. Производители, как правило, используют пробелы в регулировании и пропагандируют продукты, которые не способствуют стимулированию здоровой практики питания детей и формированию пищевых предпочтений. Только систематический сбор данных странами позволит им выявлять пробелы и принимать меры по исправлению положения.

Двойное бремя неадекватного питания: недостаточность и избыточность питания

Некоторые страны в Регионе претерпевают пищевой и демографический переход, который привел к сосуществованию избыточной массы тела и ожирения и отсутствия продовольственной и нутриционной безопасности, что ведет к недостаточности питания в общинах и домохозяйствах (6). В то время как распространенность ожирения продолжает расти, все еще существуют отдельные зоны недостаточности питания, которые необходимо устранить в целях поддержки выживания и благополучия всех детей в Регионе. Необходим сбор более надежных актуальных и разукрупненных данных о задержке роста и истощении. Некоторые страны представляют сведения об этих показателях, а также осуществляются глобальные инициативы в целях решения этой проблемы (14, 15), однако предпринимаемые усилия по-прежнему непоследовательны.

Ожирение в детстве считается одним из важных направлений деятельности в Регионе. Показатели распространенности по-прежнему высоки, а значительное число стран не собирает данные для адекватной оценки тенденции в этой возрастной группе. Масштабы эпиднадзора и мониторинга в Европейском регионе в отношении детей младше 5 лет особенно невелики, при этом отмечаются большие различия с точки зрения методики и сбора данных (7). По оценкам, 27% всех случаев ожирения среди подростков в Европе в 2014 г. объяснялись социально-экономическими различиями, что больше 18% в 2002 г. (9). Улучшение эпиднадзора может способствовать своевременному и регулярному получению данных высокого качества для обеспечения разработки политики и мер вмешательства. Организованы инициативы для отслеживания случаев ожирения среди детей и подростков, такие как COSI и HBSC, но они должны получить отражение в мерах политики. Странам рекомендуется присоединиться к предпринимаемым региональным усилиям в этой области (см. рис. 10.13).

Потребление безалкогольных напитков является одним из важных факторов риска детского ожирения. Существуют возможности для улучшений на основе повышения качества национального эпиднадзора и регулирования, особенно в вопросах доступности в школах (см. главу 6). Некоторые страны, участвующие в исследовании HBSC, сообщили, что не собирают такие данные, хотя потребление безалкогольных напитков входит в число обязательных вопросов HBSC. Кроме того, показатели физической активности по-прежнему удручающе низки. Необходимы более энергичные усилия по поощрению физической

активности, особенно в школах и посредством создания условий для активного передвижения в школы и на работу (см., например, глобальные рекомендации по физической активности для здоровья для 5–17-летних (16)). Это должно гарантировать, что больше молодых людей будут следовать рекомендации ВОЗ относительно 60 минут физической активности в день.

Сквозные вопросы

Сбор данных, позволяющих странам поддерживать эпиднадзор на национальном уровне и проводить сравнение между странами, должен стать один из приоритетов для стран Региона. Такие данные крайне важны для разработки адресных мер и мониторинга прогресса. Есть по меньшей мере две области (ожирение и потребление безалкогольных напитков), в которых расширение участия в региональных усилиях может позволить государствам-членам получать данные более высокого качества. Такие обследования как ДМО ЮСАИД (17) и МИКС ЮНИСЕФ (18) обеспечивают систематическую популяционную информацию о практике прикармливания и нутритивном статусе детей младше 5 лет. Страны, не участвующие в этих обследованиях, должны разработать аналогичные инструменты для сбора таких данных.

Странам следует также рассмотреть возможность анализа законов и нормативных положений, которые могут позитивно повлиять на формы поведения во всем Регионе в вопросах, например, грудного вскармливания, прикармливания и ориентированного на детей маркетинга. Усиление мер по обеспечению медико-санитарной грамотности и укреплению здоровья детей и подростков могло бы способствовать расширению знаний о пользе чистки зубов в профилактике НИЗ и укрепить усилия, направленные на разработку более действенных мер вмешательства в целях повышения физической активности и поощрения более здорового образа жизни (19) среди детей и подростков.

Заключение

Показатели распространенности исключительно грудного вскармливания в Регионе по-прежнему чрезвычайно низки. Одно лишь наличия политики недостаточно для улучшения показателей распространенности грудного вскармливания. Необходимо решить вопрос о представлении сведений в соответствии с международно признанными стандартами в целях повышения качества данных, однако это должно вести к применению более совершенных мер.

Существует много возможностей для улучшений в сборе данных о маркетинге продуктов для прикармливания. Маркетинговые меры часто вводят в заблуждение и нуждаются в документировании, чтобы стало возможным предотвратить рост потребления продуктов питания с избыточным содержанием сахара, соли или жиров.

Отсутствуют эпиднадзор и мониторинг в отношении детей младше 5 лет, страдающих от ожирения, при этом отмечаются большие различия с точки зрения методики и сбора данных. Что касается детей более старшего возраста, исследования COSI и HBSC свидетельствуют о растущей проблеме избыточности питания. Странам необходимо рассмотреть возможность принятия и проведения в жизнь законов и нормативных положений, которые могут позитивно повлиять на формы поведения, например с целью поощрения грудного вскармливания, запрещения ориентированного на детей маркетинга и серьезного отношения к укреплению здоровья в школах.

Таблица 10.1 содержит все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования, представленные в разбивке по странам со сводными статистическими данными.

Таблица 10.1. Питание и физическая активность: сводная таблица

Страна	Наличие политики по вопросам грудного вскармливания	Сбор данных о грудном вскармливании	Сбор данных о потреблении безалкогольных напитков	Наличие положений, ограничивающих ориентированный на детей маркетинг	Сбор данных о прикармливаниях	Сбор данных о маркетинге продуктов для прикармливания	Сбор данных о распространённости избыточной массы тела/ожирения в возрасте до 5 лет	Грудное вскармливание в течение 1 часа после рождения (%)	Грудное вскармливание в возрасте до 6 месяцев (%)	Исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев (%)	Код страны									
Австрия	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	78	65	33	AUT									
Азербайджан	Да	Да	Да	Пл	Да	Да	Да	32	27	12	AZE									
Албания	–	–	–	–	–	–	–	43	72	39	ALB									
Андорра	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	–	–	–	AND									
Армения	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	36	69	35	ARM									
Беларусь	Да	Да	Нет	Пл	Да	Да	Да	53	67	19	BLR									
Бельгия	–	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да	–	31	–	BEL									
Болгария	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	5	15	2	BGR									
Босния и Герцеговина	Да	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	42	–	19	BIH									
Венгрия	Нет	Да	Да	Да	Да	Да	Да	–	96	–	HUN									
Германия	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	–	21	22	DEU									
Греция	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	GRC									
Грузия	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	66	38	55	GEO									
Дания	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	–	48	–	DNK									
Израиль	Да	Да	Да	Пл	Да	Нет	Да	–	48	–	ISR									
Ирландия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	34	–	–	IRL									
Исландия	Да	Да	Да	Да	Да	–	–	–	75	–	ISL									
Испания	–	–	Нет	Да	Да	Да	Да	–	47	–	ESP									
Италия	–	–	–	–	–	–	–	–	40	–	ITA									
Казахстан	Да	Да	Нет	Да	Да	Нет	Да	68	82	32	KAZ									
Кипр	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	–	–	–	CYP									
Кыргызстан	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	84	74	56	KGZ									
Латвия	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	–	57	–	LVA									
Литва	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	–	45	–	LTU									
Люксембург	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	67	41	–	LUX									
Мальта	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	–	38	–	MLT									
МКД ^a	Нет	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	21	30	23	MKD ^a									
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	MCO									
Нидерланды	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	–	35	–	NLD									
Норвегия	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	–	71	–	NOR									
Польша	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	–	14	4	POL									
Португалия	Да	Да	Да	Пл	Да	Да	Да	–	54	–	PRT									
Республика Молдова	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Да	61	85	36	MDA									
Российская Федерация	Да	Да	Нет	Пл	Да	Да	Да	–	41	–	RUS									
Румыния	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	12	35	16	ROU									
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	SMR									
Сербия	Да	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	8	–	14	SRB									
Словакия	Да	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Нет	–	53	–	SVK									
Словения	Да	Да	–	–	–	–	–	–	20	–	SVN									
Соединенное Королевство	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	–	25	–	GBR									
Таджикистан	Да	Да	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	50	92	34	TJK									
Туркменистан	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	Да	–	92	11	TKM									
Турция	Да	Да	Да	Пл	Да	Нет	Да	39	92	42	TUR									
Узбекистан	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	67	97	26	UZB									
Украина	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	66	54	20	UKR									
Финляндия	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	–	60	–	FIN									
Франция	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет	–	18	–	FRA									
Хорватия	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	–	12	52	HRV									
Черногория	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	Да	25	–	19	MNE									
Чехия	Да	Да	Нет	Пл	Нет	Нет	Да	–	39	–	CZE									
Швейцария	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	–	–	14	CHE									
Швеция	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	–	63	–	SWE									
Эстония	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет	–	35	–	EST									
% В целом	Да, (Пл), Нет	88	8	83	15	60	38	54	15	29	67	31	21	75	65	31	50	Среднее значение		
% ЕС15	Да, (Пл), Нет	76	12	69	23	77	23	65	6	29	62	38	12	82	65	29	84	97	56	Максимальное значение
% ЕС13	Да, (Пл), Нет	91	9	92	8	77	15	46	18	27	54	38	27	64	18	64	KGZ	UZB	KGZ	Страна с максимальным значением
% СНГ	Да, (Пл), Нет	100	0	100	0	27	73	18	27	55	82	18	45	55	89	11	5	6	2	Минимальное значение
% СЗЮВЕ	Да, (Пл), Нет	88	11	75	25	50	50	67	11	22	88	13	0	100	82	18	BGR	GRC	BGR	Страна с минимальным значением

Пл – планируется.

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Таблица 10.1 (продолж.)

Ожирение/избыточная масса тела, девочки 15 лет (%)	Ожирение/избыточная масса тела, мальчики 15 лет (%)	Избыточная масса тела, мальчики 6–9 лет (%)	Избыточная масса тела, девочки 6–9 лет (%)	Потребление безалкогольных напитков, мальчики 15 лет (%)	Потребление безалкогольных напитков, девочки 15 лет (%)	MVPA, мальчики 15 лет	MVPA, девочки 15 лет	Недостаточно активные 11–17-летние (%) девочки	Недостаточно активные 11–17-летние (%) мальчики	Задержка роста в возрасте до 5 лет (%)	Исощение в возрасте до 5 лет (%)	Чистка зубов, девочки 15 лет (%)	Чистка зубов, мальчики 15 лет (%)	Код страны	Страна
9	16	–	–	24	15	18	5	85	66	–	–	85	69	AUT	Австрия
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18	3	–	–	AZE	Азербайджан
4	11	24	20	35	26	29	14	–	–	23	9	66	42	ALB	Албания
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	AND	Андорра
6	14	–	–	25	21	25	14	80	73	21	4	59	34	ARM	Армения
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	2	–	–	BLR	Беларусь
12	16	21	22	39	31	17	8	87	78	–	–	71	51	BEL	Бельгия
11	24	30	27	34	30	25	18	80	68	9	3	79	58	BGR	Болгария
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	2	–	–	BIH	Босния и Герцеговина
12	20	25	28	30	32	24	11	86	74	3	4	70	51	HUN	Венгрия
12	20	–	–	26	16	16	9	88	78	1	1	86	73	DEU	Германия
15	28	44	39	9	4	15	7	90	82	2	0,8	60	37	GRC	Греция
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	11	2	–	–	GEO	Грузия
9	10	–	–	8	5	16	7	89	87	–	–	83	75	DNK	Дания
13	21	–	–	33	31	10	5	90	78	–	–	76	58	ISR	Израиль
13	18	28	27	14	13	25	9	80	65	–	–	80	61	IRL	Ирландия
16	20	–	–	8	3	25	14	88	79	–	–	80	63	ISL	Исландия
13	20	45	41	23	18	28	12	70	70	–	–	88	74	ESP	Испания
9	22	44	39	16	12	11	5	93	91	4	1	85	69	ITA	Италия
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	4	–	–	KAZ	Казахстан
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	CYP	Кипр
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	3	–	–	KGZ	Кыргызстан
9	16	25	21	8	5	21	14	82	77	–	–	63	40	LVA	Латвия
7	14	27	22	13	7	23	12	86	81	–	–	61	42	LTU	Литва
13	17	–	–	40	27	26	9	82	73	–	–	79	63	LUX	Люксембург
25	29	33	33	37	39	16	9	85	78	–	–	66	32	MLT	Мальта
12	21	28	26	40	35	27	12	83	71	5	2	–	–	MKD*	МКД*
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	MCO	Монако
12	13	–	–	39	29	22	12	78	78	2	3	82	62	NLD	Нидерланды
7	18	24	25	13	5	23	8	79	79	–	–	84	60	NOR	Норвегия
6	19	–	–	27	20	25	11	75	75	–	–	82	67	POL	Польша
14	17	33	36	22	18	18	5	81	81	–	–	41	28	PRT	Португалия
7	13	19	13	12	10	25	22	–	–	6	2	54	37	MDA	Республика Молдова
6	20	–	–	10	7	21	11	84	84	–	–	–	–	RUS	Российская Федерация
9	18	28	23	30	24	21	11	73	73	13	4	71	46	ROU	Румыния
–	–	43	33	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	SMR	Сан-Марино
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	4	75	51	SRB	Сербия
9	17	–	–	29	25	25	13	73	73	–	–	79	61	SVK	Словакия
13	21	30	27	8	6	21	7	75	75	–	–	78	57	SVN	Словения
12	16	–	–	19	14	18	9	73	73	4	1	87	74	GBR	Соединенное Королевство
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27	10	72	52	TJK	Таджикистан
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	19	7	–	–	TKM	Туркменистан
–	–	25	23	–	–	–	–	77	77	10	2	–	–	TUR	Турция
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20	5	–	–	UZB	Узбекистан
6	13	–	–	17	12	26	16	70	70	4	0,3	62	44	UKR	Украина
14	20	–	–	5	1	22	13	85	68	–	–	74	45	FIN	Финляндия
10	14	–	–	35	28	14	6	92	84	–	–	88	73	FRA	Франция
8	21	–	–	26	24	25	12	85	73	1	1	75	50	HRV	Хорватия
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	3	83	69	MNE	Черногория
11	19	23	20	17	14	20	13	81	73	3	5	80	62	CZE	Чехия
9	15	–	–	36	23	12	7	85	85	–	–	–	–	CHE	Швейцария
13	20	23	22	7	5	15	10	83	83	–	–	91	79	SWE	Швеция
9	19	–	–	7	3	18	9	89	83	–	–	79	55	EST	Эстония
11	18	–	–	22	17	21	11	82	77	10	3	75	56		Среднее значение
25	29	45	41	40	39	29	22	93	91	27	10	91	79		Максимальное значение
MLT	MLT	ESP	ESP	MLT	ALB	MDA	ITA	ITA	TJK	TJK	SWE	SWE			Страна с максимальным значением
4	10	19	13	5	1	10	5	70	65	1	0,3	41	28		Минимальное значение
ALB	DNK	MDA	MDA	FIN	FIN	ISR	ESP	IRL	DEU	UKR	PRT	PRT			Страна с минимальным значением

Ссылки

1. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf, по состоянию на 10.01.2018).
2. Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr.* 2016;19:753–64 (<http://doi.org/10.1017/S1368980015001767>).
3. Глобальный обзор политики в области питания. В: Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/gnpr-survey/>).
4. Nutrition: Baby-friendly Hospital Initiative [Питание: Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для детей грудного возраста]. В: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>).
5. % детей 6-ти месячного возраста, вскармливаемых грудью. В: Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_616-7260-of-infants-breastfed-at-age-6-months/).
6. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (EUR/RC64/14; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/253779/64wd14_Rus_FoodNutAP_140426.pdf?ua=1).
7. Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/355973/ENP_eng.pdf?ua=1).
8. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al., editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Policy for Children and Adolescents No. 7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1).
9. Inchley J, Currie D, Jewell J, Breda J, Barnekow V. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/339211/WHO_ObesityReport_2017_v3.pdf?ua=1).
10. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ). В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. (<http://www.who.int/gho/ru/>).
11. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/NMH/NHD/14.7; http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf;jsessionid=ACC72551BF8A97484982D7DCBEF97682?sequence=1).
12. Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока. Женева; Всемирная организация здравоохранения, 1981 г. (http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255193/WHO-NMH-NHD-17.1-rus.pdf;jsessionid=AAE6ECF84626EDA9D9951BBD96470567?sequence=1>).
13. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *Eur J Public Health* 2007;17(6):579–84 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm019>).
14. Global database on child growth and malnutrition: joint child malnutrition estimates – levels and trends (2017 edition) [online database]. Geneva: World Health Organization/UNICEF/The World Bank Group; 2018 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2016/en/>).
15. Global nutrition report 2016: from promise to impact: ending malnutrition by 2030. Washington (DC): International Food Policy Research Institute; 2016 (<http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/filename/130565.pdf>).

16. Global recommendations on physical activity for health: 5–17 years old. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf?ua=1>).
17. DHS overview. In: The DHS Program. Demographic and health surveys [website]. Rockville (MD); The DHS Program Office, USAID; 2018 (<https://dhsprogram.com/what-we-do/survey-Types/dHs.cfm>).
18. Statistics and monitoring: multiple indicator cluster survey (MICS). In: UNICEF [website]. New York (NY): UNICEF; 2014 (https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).
19. Amathalas E, Rix K. European youth tackling obesity: end of project evaluation. London: National Children's Bureau; 2015 (<http://www.eyto.org.uk/media/1054/eyto-final-evaluation-report-2015v3docx.pdf>).

11. Условия для обеспечения здоровья и благополучия детей и подростков в конкретных странах

Введение

В этой главе описываются показатели на уровне страны, которые включены в онлайн-профили стран (1), и другие показатели, полученные из дополнительных источников данных. Они дают представление о политических, социальных и обусловленных качеством государственного управления условиях жизни детей в Европе. В главе представлена в общем виде связь между показателями, которым придается особое значение в ЦУР (2) и Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков ВОЗ (3), такими как показатели детской смертности и частоты подростковой беременности, и их связь с показателями, характеризующими социальные и политические условия, в которых живут дети. Эти социальные и политические факторы являются детерминантами здоровья детей, как признается в основах европейской политики «Здоровье-2020» (4). Сведения об анализе, проведенном при подготовке этой главы, приводятся в приложении 1.

Основные результаты

- Детская смертность в Европейском регионе значительно снизилась.
- Показатели детской смертности и частоты подростковой беременности сильно различаются; они связаны с ВВП страны.
- Существует тесная связь между показателями качества государственного управления и показателями смертности детей младше 5 лет и частоты подростковой беременности. Индекс восприятия коррупции демонстрирует самую тесную связь со смертностью в возрасте до 5 лет.

Результаты

Детская смертность в Европейском регионе

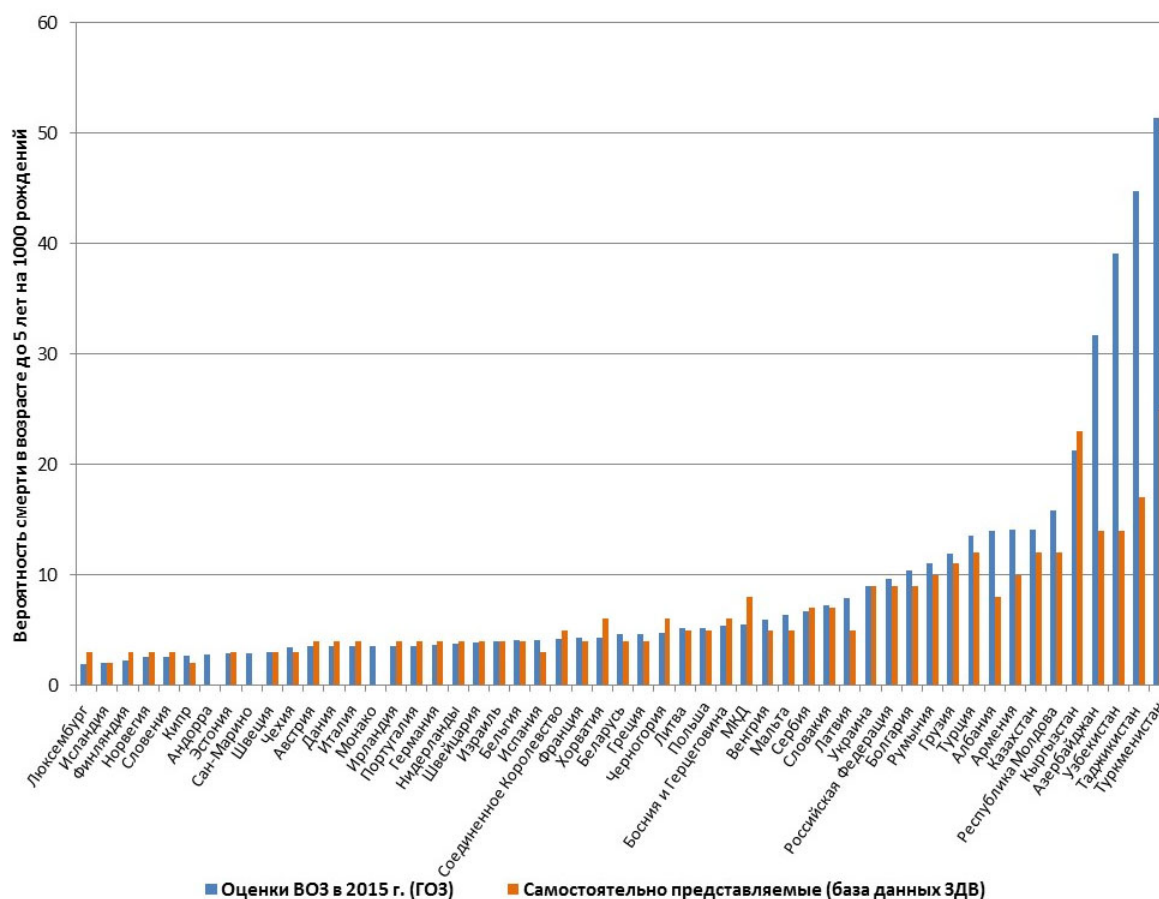
В Европейском регионе наблюдаются большие различия показателей смертности в возрасте до 5 лет, эти различия обобщены и представлены в разбивке по страновым группам (см. рис. 1.1). Межучрежденческая группа ООН по оценке уровней детской смертности (IGME) (5) сообщила о снижении уровня детской смертности в Европейском регионе за последние три десятилетия (см. рис. 1.2), однако в некоторых странах показатели смертности в возрасте до 5 лет по-прежнему высоки – до 50 случаев смерти на 1000 живорождений (см. рис. 1.1).

Показатели смертности в возрасте до 5 лет из ГОЗ (6), которые представляют данные, смоделированные IGME, находятся в диапазоне от 1,90 (Люксембург) до 51,40 (Туркменистан) случаев смерти на 1000 живорождений, средний показатель по субрегиону – 8,83. Данные о смертности в возрасте до 5 лет, согласно сведениям, самостоятельно представляемым странами в европейскую базу данных «Здоровье для всех» (ЗДВ) (7), которые доступны через Европейский портал информации здравоохранения (8), представляют такую же картину, но иногда с меньшими значениями: от двух (Кипр и Исландия) до 25 (Туркменистан) случаев смерти на 1000 живорождений. Показатели смертности в СНГ выше, чем в странах ЕС. Причины смерти детей в возрасте 5–14 лет смоделированы по данным исследования «Глобальное бремя болезней» Института по вопросам показателей и фактических данных в сфере здравоохранения (Institute of Health Metrics and Evidence) (9).

Самостоятельно представляемые и оценочные данные о детской смертности

На рисунке 11.1, основанном на данных ГОЗ и ЗДВ, показаны различия в показателях в некоторых странах в зависимости от источника данных. Смоделированные ГОЗ данные обычно выше самостоятельно представляемых показателей в региональной базе данных ЗДВ в странах с повышенной смертностью.

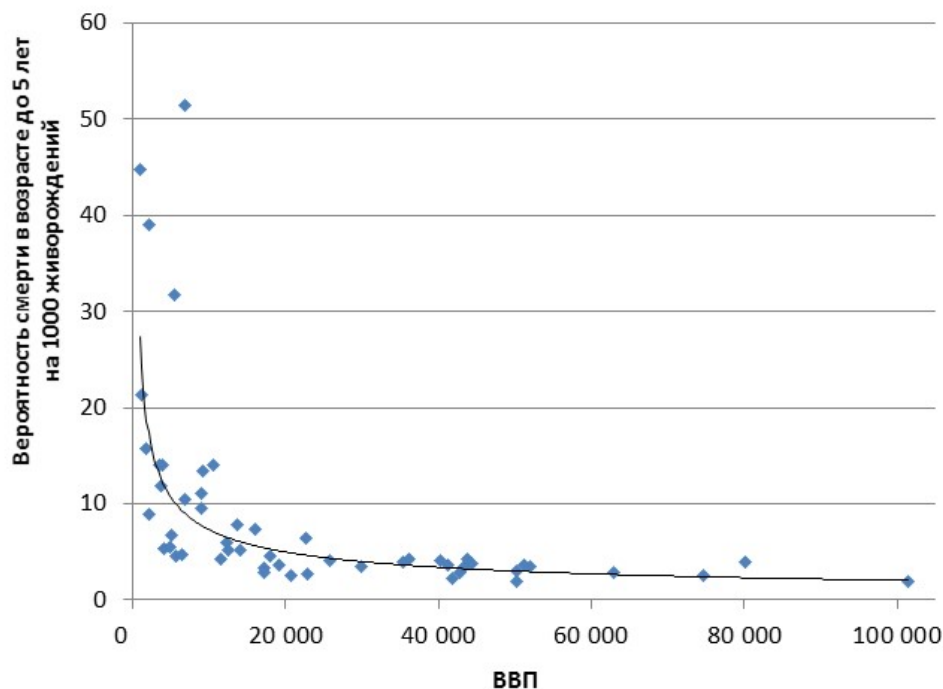
Рисунок 11.1. Самостоятельно представляемые (база данных ЗДВ) и оценочные (ГОЗ) показатели детской смертности в европейских странах, 2015 г.



Детская смертность и ее связь с богатством стран

Данные о ВВП из базы данных «Показатели мирового развития» Группы Всемирного банка (10), выраженном в долл. США на душу населения, представляют собой сумму валовой добавленной стоимости всех производителей-резидентов в экономике плюс любые налоги на продукцию за вычетом любых субсидий, включаемых в стоимость продукции. ВВП в Регионе в 2015 г. составлял от 926 долл. США на душу населения в Таджикистане до 163 352 долл. США на душу населения в Монако; среднее значение по субрегиону составляло 27 028 долл. США. ВВП широко используется как один из показателей экономического здоровья той или иной страны и связан с детской смертностью (рис. 11.2, $r^2 = 0,64$, $p < 0,001$). Чем богаче страна, тем ниже показатели детской смертности.

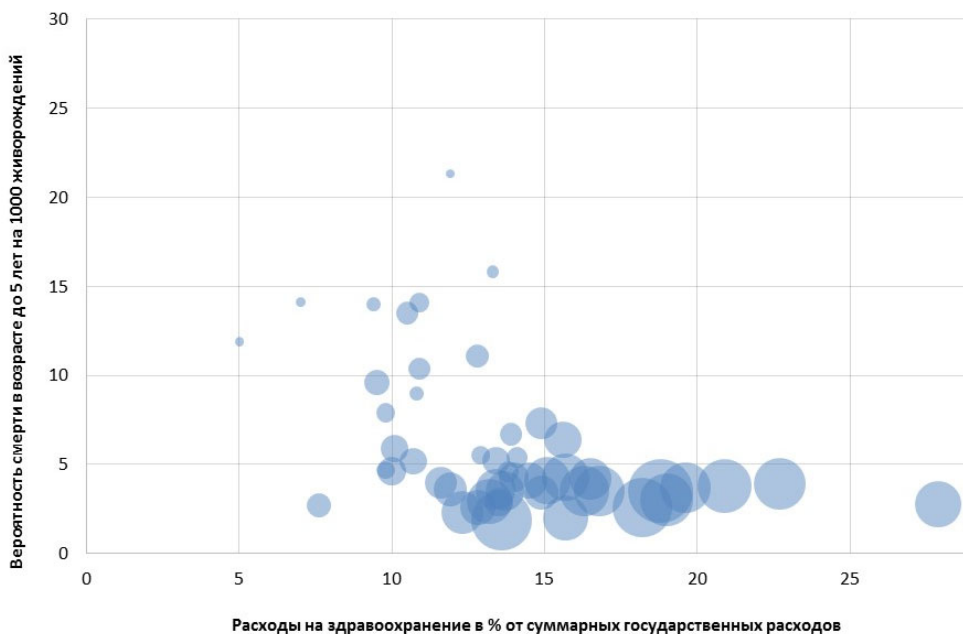
Рисунок 11.2. Детская смертность (база данных ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с ВВП (Группа Всемирного банка, 2015 г.)



Детская смертность и расходы на здравоохранение в зависимости от суммарных государственных расходов

На рисунке 11.3 отражена связь между смертностью в возрасте до 5 лет и расходами на здравоохранение. Он показывает, что в большинстве стран с высоким уровнем детской смертности относительно низки расходы на здравоохранение как в абсолютном выражении, так и как доля от государственных расходов. Здравоохранение является предметом политического выбора.

Рисунок 11.3. Детская смертность (база данных ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с расходами на здравоохранения (база данных ЗДВ, 2015 г.)^a



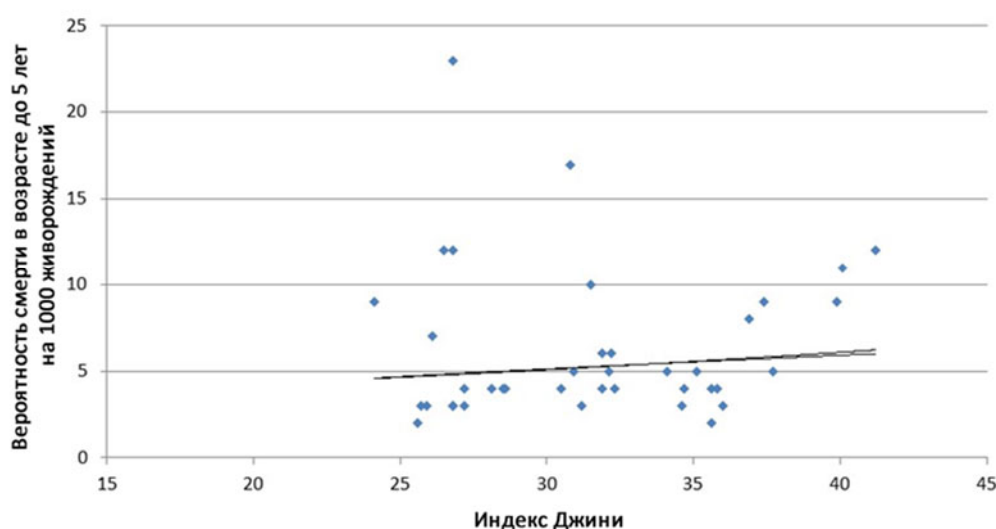
^aРазмер кружка обозначает расходы на здравоохранение на душу населения в международных долларах по паритету покупательной способности.

Детская смертность и неравенство

Как показано на рисунке 11.2, ВВП той или иной страны связан с детской смертностью. Обычным инструментом анализа неравенства доходов домохозяйств в странах является индекс Джини, публикуемый Всемирным банком (10). Чем больше неравенство в стране, тем выше индекс Джини.

Связь между детской смертностью и неравенством, измеряемым индексом Джини, в европейских условиях не может быть продемонстрирована (рис. 11.4). Соотнесение показателей смертности в возрасте до 5 лет с распределением богатства в той или иной стране не показало наличия какой-либо связи ($r^2 = 0,02$, $p = 0,315$). Аналогичным образом, было установлено наличие слабой связи между детской смертностью и долей детей, живущих в нищете, в той или иной стране ($r^2 = 0,18$).

Рисунок 11.4. Детская смертность (база данных ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с индексом Джини



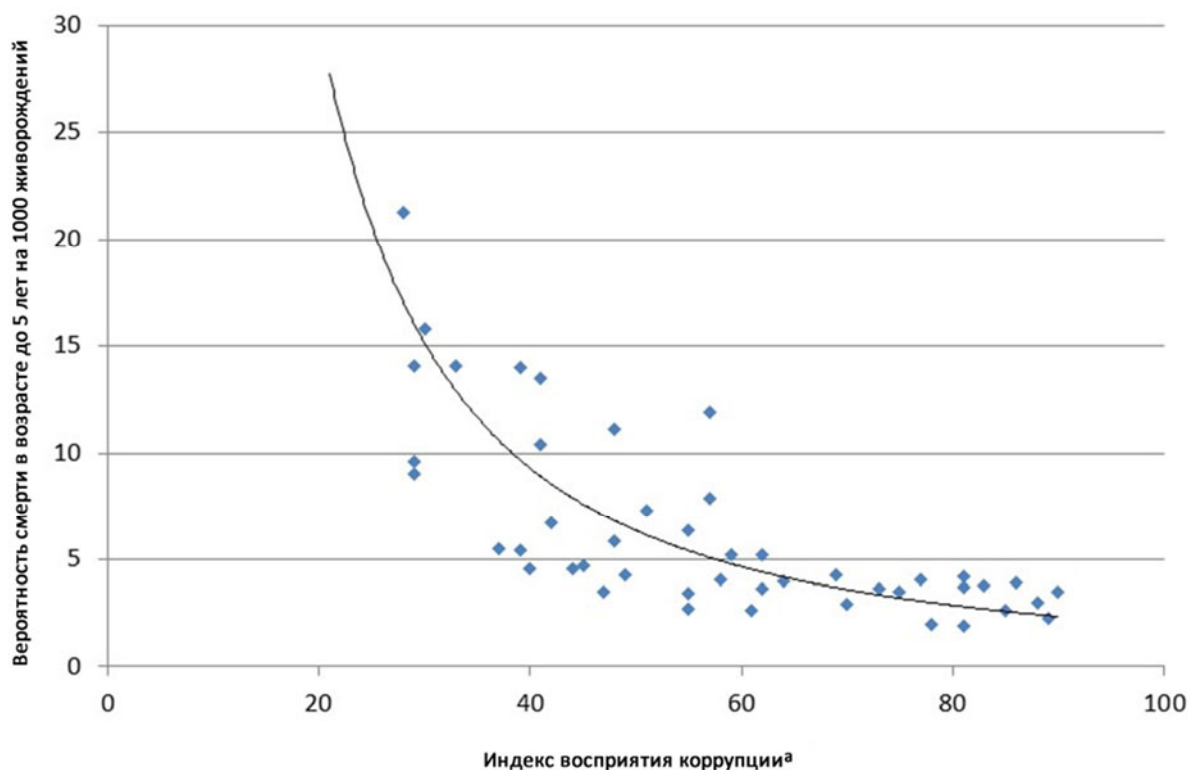
Детская смертность и ее связь с показателями качества государственного управления

Качество государственного управления влияет на все аспекты жизни того или иного человека, включая детство. Были изучены несколько показателей качества государственного управления, публикуемых Группой Всемирного банка и организацией «Трансперенси Интернэшнл». Данные относились к 2015 г. и соотносились с данными о детской смертности из базы данных ЗДВ (2015 г.). Согласно результатам этого анализа, детская смертность тесно связана с несколькими показателями качества государственного управления.

Детская смертность и коррупция

Коррупция в странах является угрозой предоставлению всех услуг, включая всеобщий охват медико-санитарной помощью, качество медико-санитарной помощи и доступ к ней. Индекс восприятия коррупции, публикуемый организацией «Трансперенси Интернэшнл» (11), представлен в виде шкалы от нуля до 100, где ноль означает страну с высоким уровнем коррупции. В Европейском регионе страной с самым высоким значением индекса восприятия коррупции и, следовательно, с самым низким уровнем восприятия коррупции является Дания, набравшая 90 баллов. Среднее значение по субрегиону – 54,7. Связь между индексом восприятия коррупции и смертностью в возрасте до 5 лет является тесной (рис. 11.5). Чем выше уровень восприятия коррупции (низкое значение индекса восприятия коррупции) в той или иной стране, тем больше число детей, умирающих до своего пятого дня рождения ($r^2 = 0,68$, $p < 0,001$).

Рисунок 11.5. Детская смертность (база данных ЗДВ, 2015 г.)
и ее связь с индексом восприятия коррупции



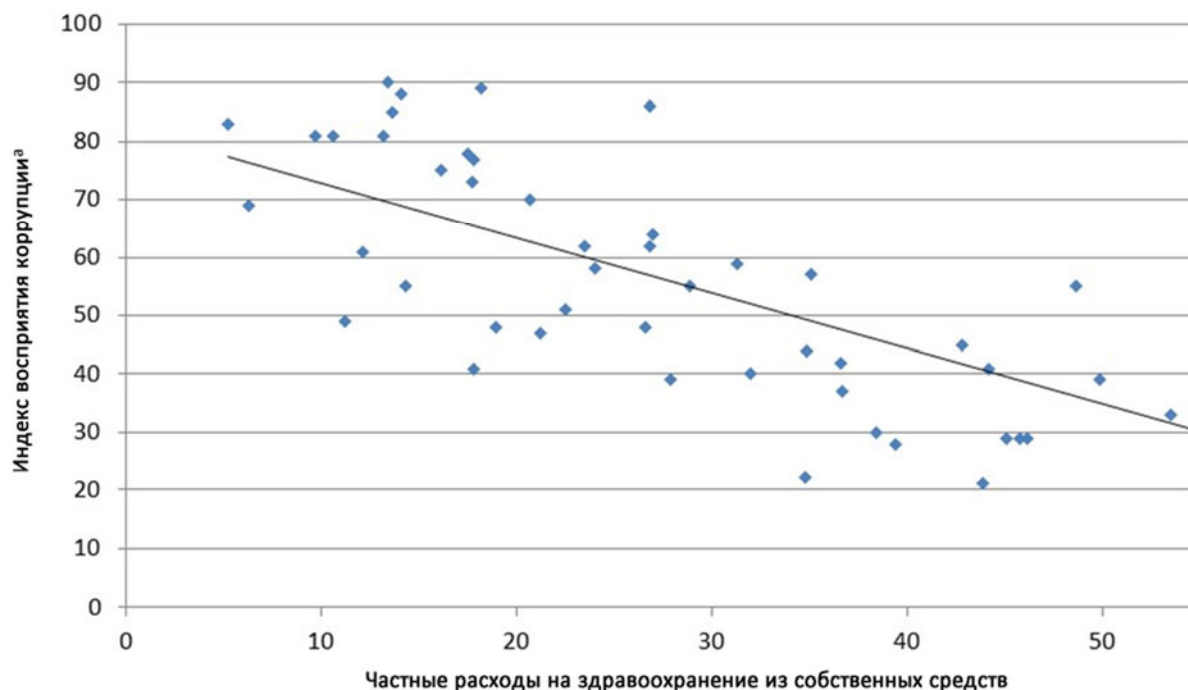
^а Более низкое значение указывает на более высокий уровень коррупции.

Частные расходы на здравоохранение из собственных средств и коррупция

Частные расходы домохозяйств на здравоохранение из собственных средств представляют собой прямые затраты, производимые домохозяйствами для оплаты услуг специалистов-практиков в области здравоохранения и поставщиков фармацевтических препаратов, медицинских приборов и других поставщиков медико-санитарной помощи, которые публикуются европейской базой данных ЗДВ (7). В среднем граждане в Европейском регионе оплачивают 26,6% расходов на здравоохранение из собственных средств.

Расходы на здравоохранение из собственных средств связаны с более высоким уровнем коррупции в той или иной стране (рис. 11.6, $r^2 = 0,52$, $p < 0,001$). Эта связь показывает, что коррупция может иметь значительные последствия для расходов на здравоохранение. Чем выше уровень коррупции в той или иной стране, тем больше гражданам приходится платить из своих частных средств.

Рисунок 11.6. Расходы на здравоохранение из собственных средств (ЗДВ, 2014 г.) и связь с коррупцией



^a Более низкое значение указывает на более высокий уровень коррупции.

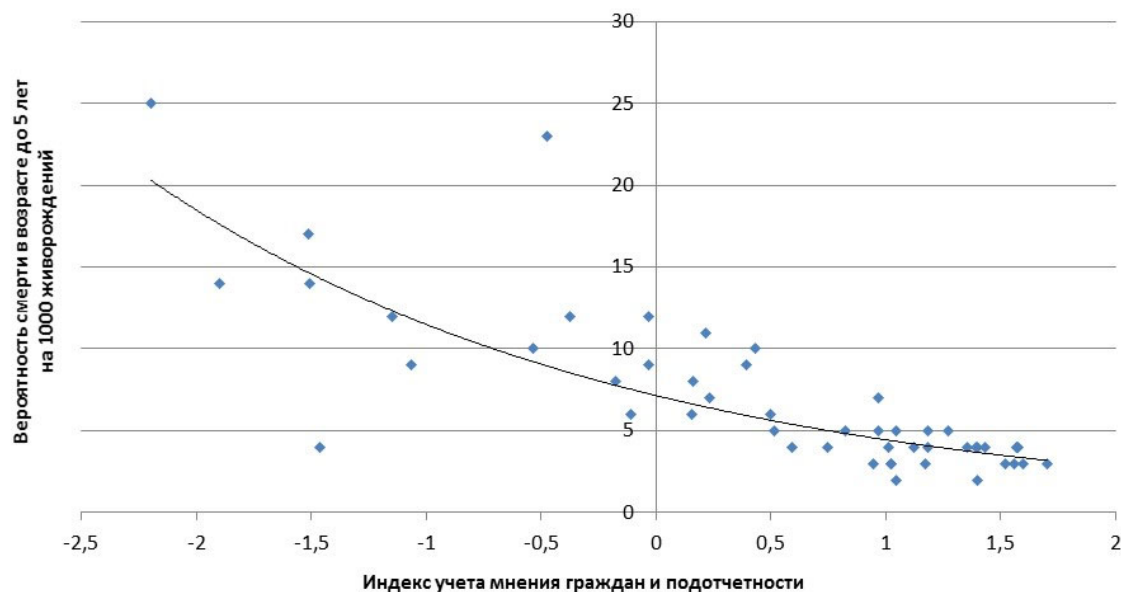
Детская смертность и ее связь с восприятием учета мнения граждан

По мнению Группы Всемирного банка, «индекс учета мнения граждан и подотчетности отражает восприятие того, в какой степени граждане той или иной страны могут участвовать в выборе своего правительства, а также свободу выражения мнения, свободу объединений и свободу средств массовой информации» (12). Как и другие пять показателей качества государственного управления, публикуемые Всемирным банком, этот показатель принимает значения от $-2,5$ до $+2,5$, при этом более высокие значения соответствуют лучшим результатам.

Уровень восприятия участия граждан в выборе правительства в Регионе неодинаков, при этом самое низкое значение – в Туркменистане ($-2,20$), а самое высокое – в Норвегии ($+2,20$). Среднее значение по субрегиону составляет $+0,52$.

Как явствует из рисунка 11.7, индекс учета мнения граждан и подотчетности был тесно связан с детской смертностью ($r^2 = 0,65$, $p < 0,001$). Более низкие показатели детской смертности были связаны с более высоким уровнем восприятия участия населения в деятельности правительства (например, свободы выражения мнения и свободы средств массовой информации).

Рисунок 11.7. Детская смертность (ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с индексом учета мнения граждан и подотчетности^a



^a Индекс учета мнения граждан и подотчетности отражает восприятие того, в какой степени граждане той или иной страны могут участвовать в выборе своего правительства, а также свободу выражения мнения, свободу объединений и свободу средств массовой информации.

Детская смертность и эффективность руководства на уровне правительств в плане осуществления политики

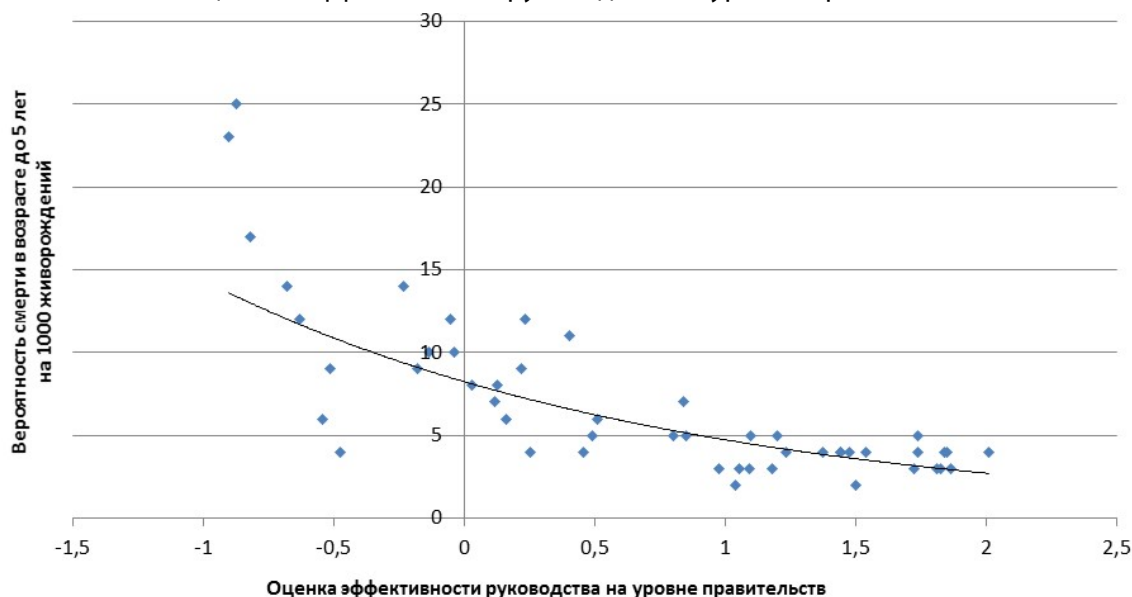
Показатель эффективности руководства на уровне правительств в той или иной стране отражает (12):

восприятие качества государственных услуг, качества гражданской службы и степени ее независимости от политического давления, качества разработки и осуществления политики и уровня доверия к приверженности правительства такой политике.

В Европейском регионе страной с самым низким уровнем восприятия качества государственных услуг по оценке Всемирного банка был Кыргызстан (-0,90), а самое высокое значение эффективности руководства на уровне правительств отмечалось в Швейцарии (2,01). Среднее значение по субрегиону составляет 0,69.

Вероятность смерти ребенка до наступления его пятого дня рождения была тесно связана с эффективностью руководства на уровне правительств той или иной страны ($r^2 = 0,65$, $p < 0,001$). Чем выше качество государственных услуг, гражданской службы, осуществления политики, независимость от политического давления и приверженность правительства, тем ниже показатель смертности в возрасте до 5 лет (рис. 11.8).

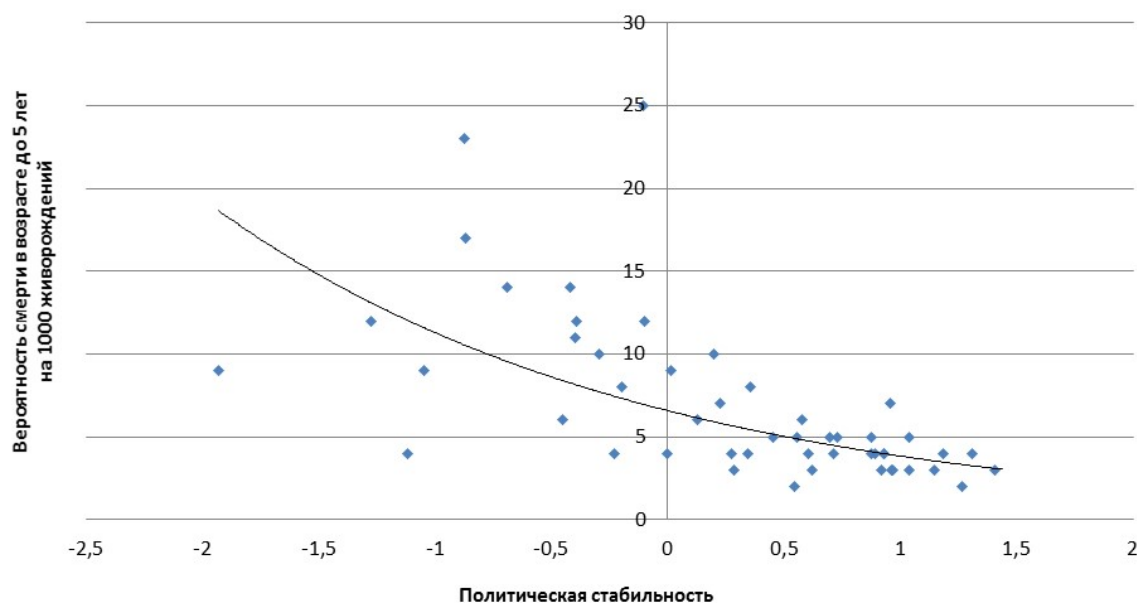
Рисунок 11.8. Детская смертность (база данных ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с оценкой эффективности руководства на уровне правительств



Детская смертность и политическая стабильность и отсутствие насилия

Индекс политической стабильности и отсутствия насилия/терроризма, публикуемый Всемирным банком (12), показывает восприятие вероятности того, что правительство будет дестабилизировано или сброшено неконституционными или насильственными средствами, включая политически мотивированные насилие и терроризм. Страной с самым низким значением в Европейском регионе (-1,93) является Украина, а страной с самым высоким уровнем политической стабильности была признана Андорра (1,21). Среднее значение по субрегиону составляет 0,32. Было установлено, что политическая стабильность в той или иной стране в умеренной степени связана со смертностью в возрасте до 5 лет ($r^2 = 0,47$, $p < 0,001$). Чем более стабильна в политическом отношении страна, тем ниже смертность в возрасте до 5 лет (рис. 11.9).

Рисунок 11.9. Детская смертность (Здоровье для всех, 2015 г.) и ее связь с индексом политической стабильности и отсутствия насилия/терроризма



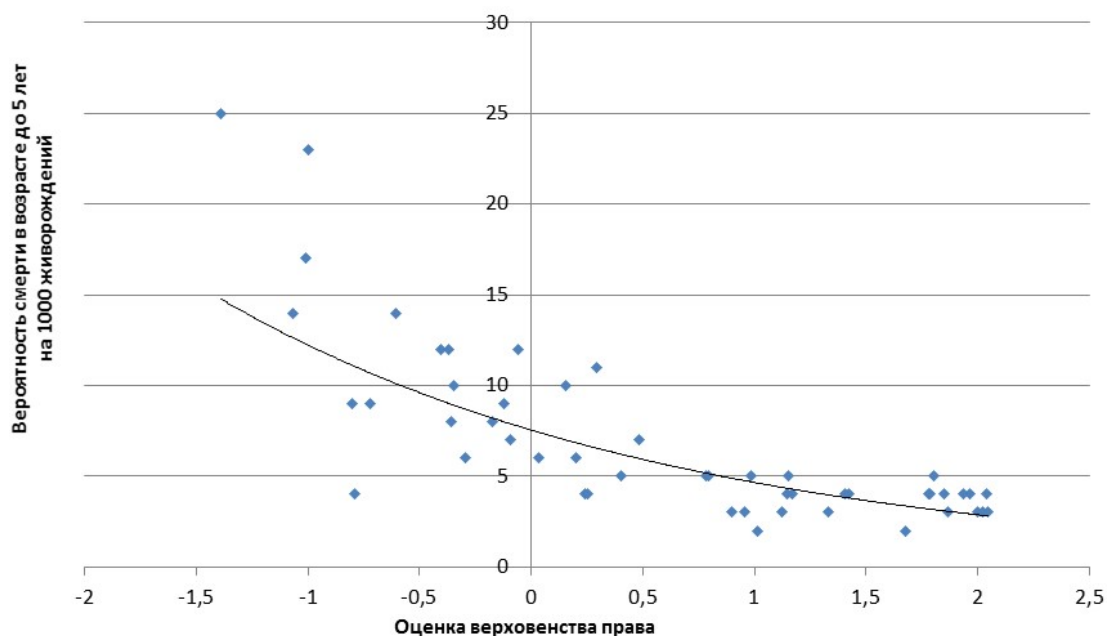
Детская смертность и доверие к системам правосудия

Оценкой верховенства права описывается восприятие (12):

степени, в которой субъекты права испытывают доверие к общественным нормам и соблюдают их, и, в частности, качества обеспечения исполнения договоров, прав собственности, полиции и судов, а также вероятности преступлений и насилия.

Страной в Европейском регионе с самым низким значением оценки верховенства права, публикуемой Всемирным банком, является Туркменистан (-1,39), а выше всех стоит Финляндия (2,07). Среднее значение по субрегиону составляет 0,69. Этот показатель, который учитывает подотчетность в отношении норм и систем правосудия, был тесно связан с детской смертностью ($r^2 = 0,66$, $p < 0,001$). Чем выше уровень доверия к нормам и системе правосудия, тем ниже вероятность смерти ребенка в возрасте до 5 лет (рис. 11.10).

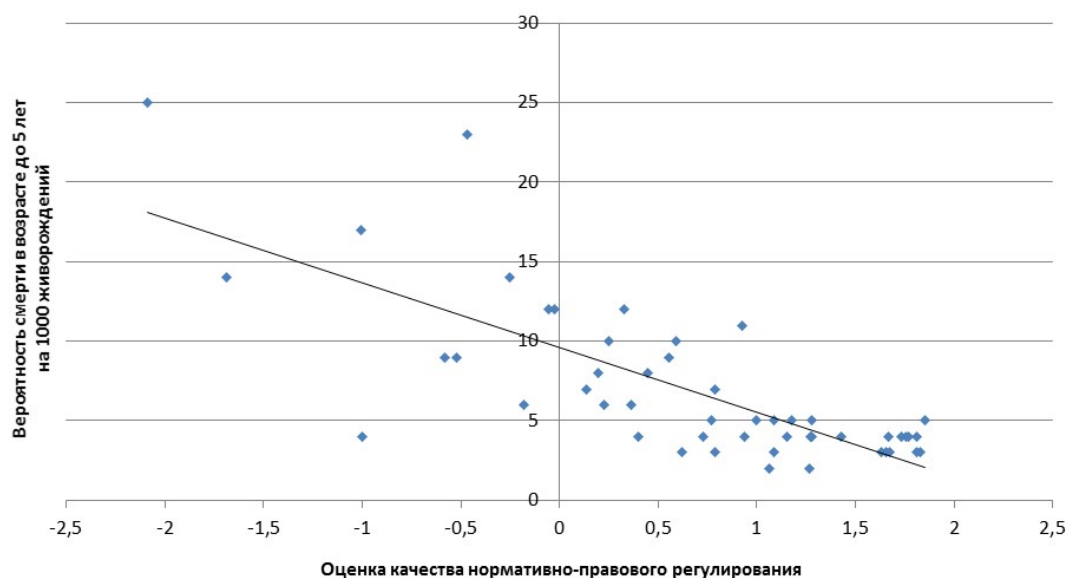
Рисунок 11.10. Детская смертность (ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с оценкой верховенства права



Детская смертность и стимулирование частного сектора

Оценка качества нормативно-правового регулирования, публикуемая Группой Всемирного банка, отражает восприятие способности правительства разрабатывать и осуществлять разумную политику и нормативные положения, создающие возможность для развития частного сектора и стимулирующие его (12). Величина показателя составляет от -2,09 в Туркменистане до 1,86 в Соединенном Королевстве, среднее значение по субрегиону составляет 0,67. Детская смертность была связана с оценкой качества нормативно-правового регулирования ($r^2 = 0,58$, $p < 0,001$). Чем выше способность разрабатывать и осуществлять политику и нормативные положения в целях стимулирования частного сектора, тем ниже вероятность смерти в возрасте до 5 лет (рис. 11.11).

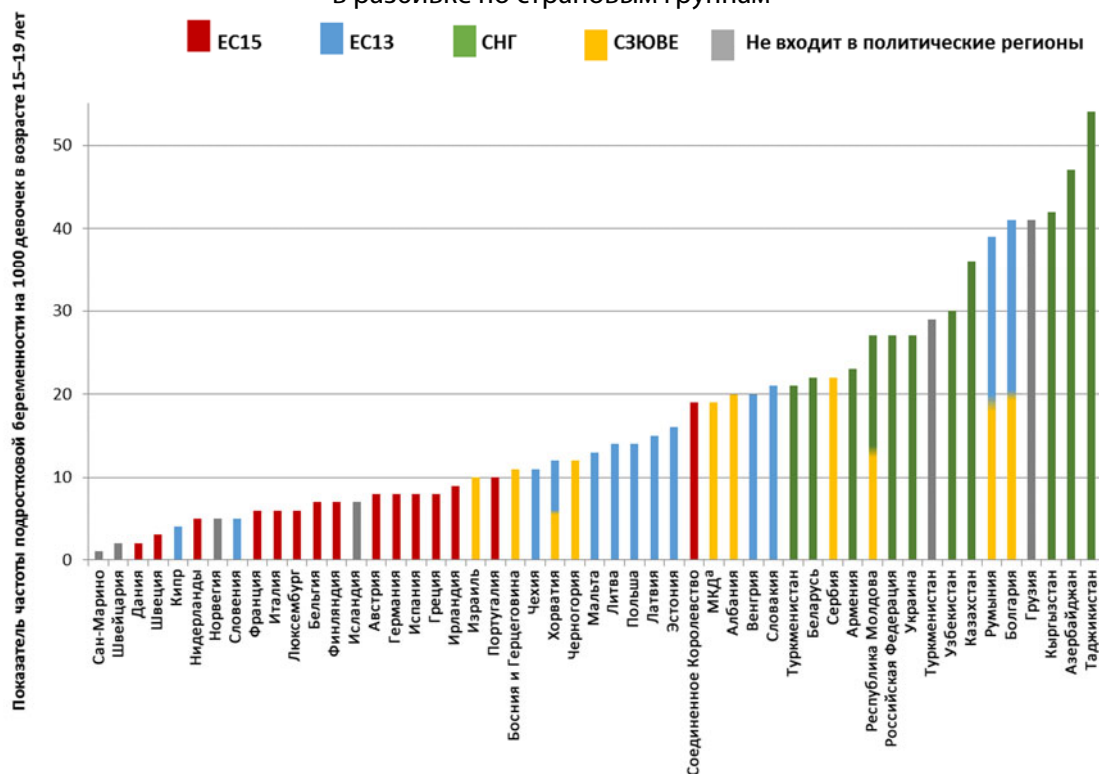
Рисунок 11.11. Детская смертность (ЗДВ, 2015 г.) и ее связь с оценкой качества нормативно-правового регулирования



Показатели частоты подростковой беременности

ЦУР направлены на снижение уровня подростковой беременности. Показатели частоты подростковой беременности в последние десятилетия снизились (13,14), однако в Регионе наблюдаются большие различия между ними, которые зависят от страновых групп (рис. 11.12). Показатель рождаемости среди подростков составляет от 1 (Сан-Марино) до 54 (Таджикистан) на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет, среднее значение по субрегиону составляет 17,10 (15).

Рисунок 11.12. Показатель частоты подростковой беременности на 1000 девочек, в разбивке по страновым группам

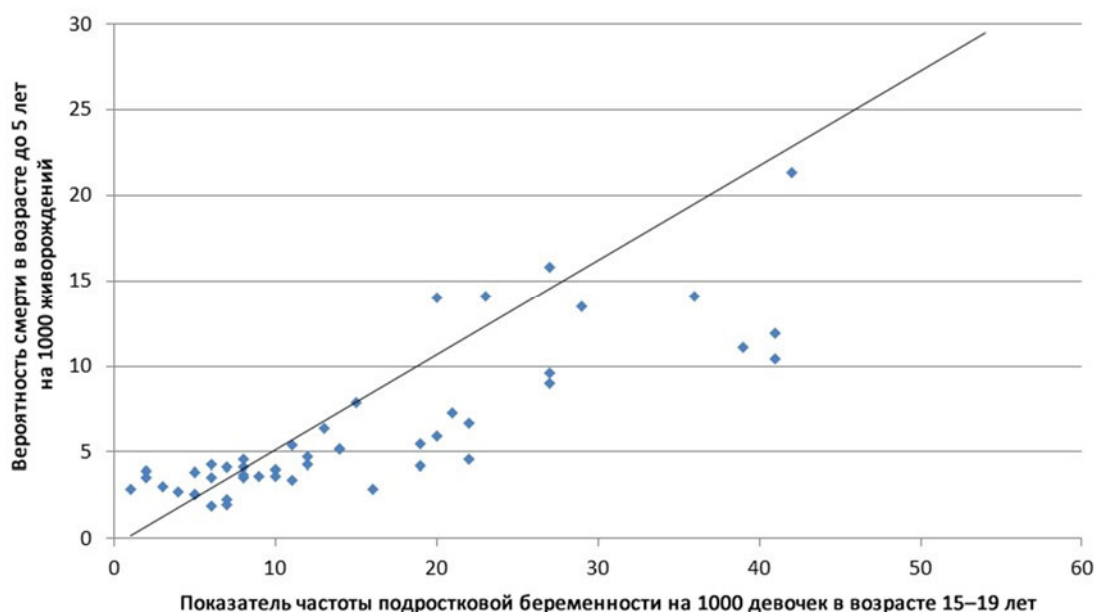


^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Показатель частоты подростковой беременности и детская смертность

Показатели частоты подростковой беременности тесно связаны со смертностью в возрасте до 5 лет. Как правило, повышенная смертность в возрасте до 5 лет отмечается там, где выше риск подростковой беременности ($r^2 = 0,59$, $p < 0,001$), за некоторыми примечательными исключениями: Туркменистан отличается самым высоким показателем детской смертности в Регионе, однако сообщает о показателях частоты подростковой беременности от умеренного до низкого уровня, а Беларусь и Болгария сообщают о низком числе случаев смерти детей на 1000 рождений, но о высоких показателях частоты подростковой беременности (рис. 11.13).

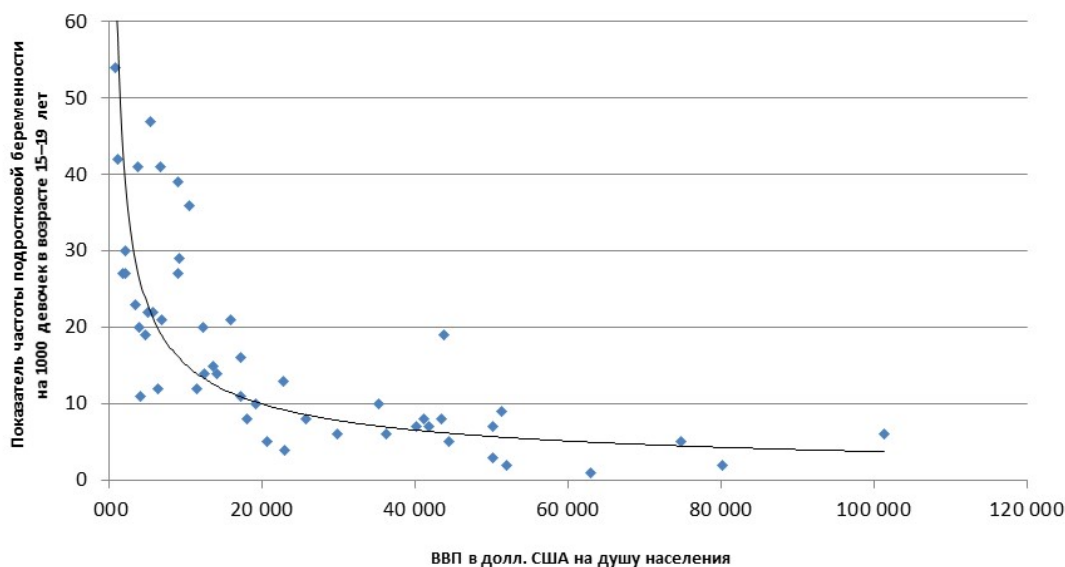
Рисунок 11.13. Показатель частоты подростковой беременности (Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), 2006–2015 гг.) и детская смертность (ЗДВ, 2015 г.)



Показатель частоты подростковой беременности и его связь с благосостоянием

ВВП широко используется в качестве одного из показателей экономического благосостояния страны (10). Как явствует из рис. 11.14, экономическое благосостояние связано с числом случаев подростковой беременности в той или иной стране ($r^2 = 0,64$, $p < 0,001$). Чем выше благосостояние страны, тем ниже показатель частоты подростковой беременности, о котором она сообщает.

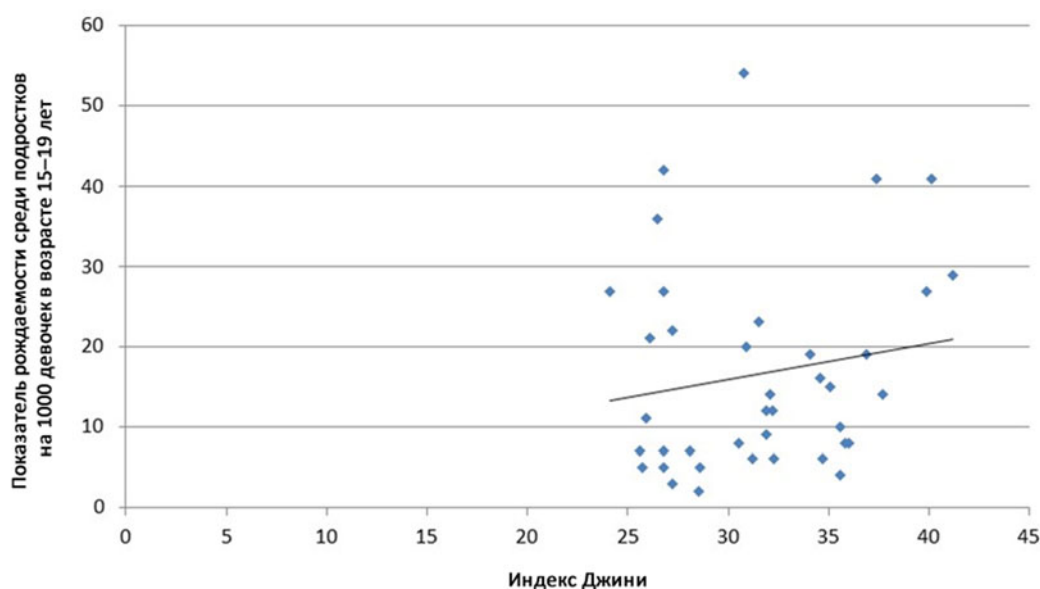
Рисунок 11.14. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с ВВП



Показатель частоты подростковой беременности и неравенство

Несмотря на предположение, что показатели частоты подростковой беременности связаны с неравенством в той или иной стране, не удалось продемонстрировать связь между показателями рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет и неравенством в европейском контексте, измеряемым индексом Джини (рис. 11.15) (10). Соотнесение показателей частоты подростковой беременности с распределением богатства в той или иной стране не показало наличия какой-либо связи ($r^2 = 0,04$, $p = 0,682$).

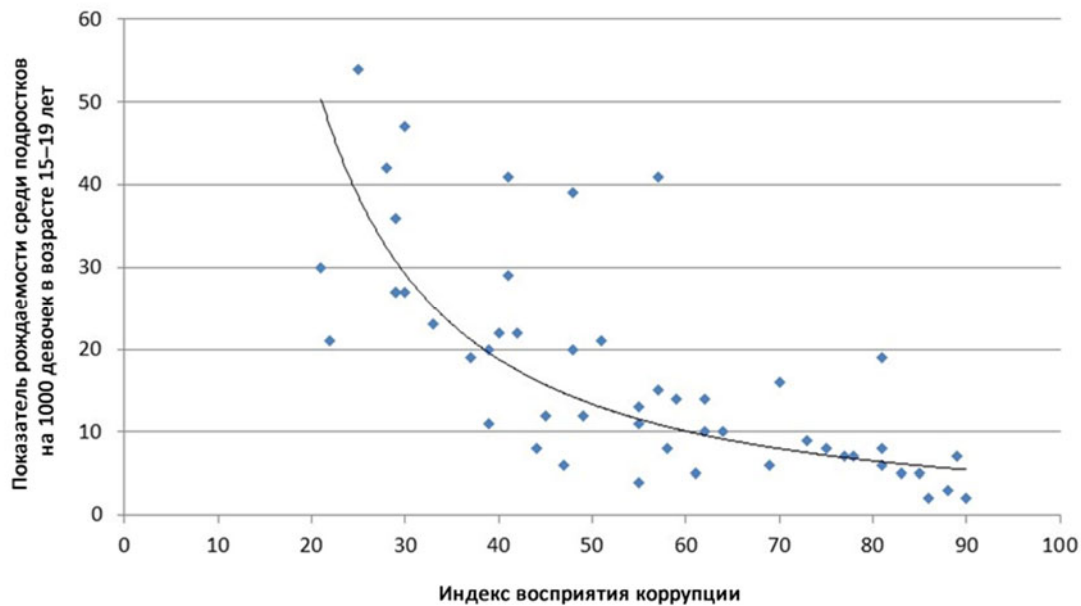
Рисунок 11.15. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с индексом Джини



Показатель частоты подростковой беременности и его связь с показателями качества государственного управления

Показатель частоты подростковой беременности был тесно связан с коррупцией (рис. 11.16). Чем выше уровень восприятия коррупции (низкое значение индекса восприятия коррупции), тем больше девочек-подростков подвергаются риску стать матерями-подростками ($r^2 = 0,58$, $p < 0,001$).

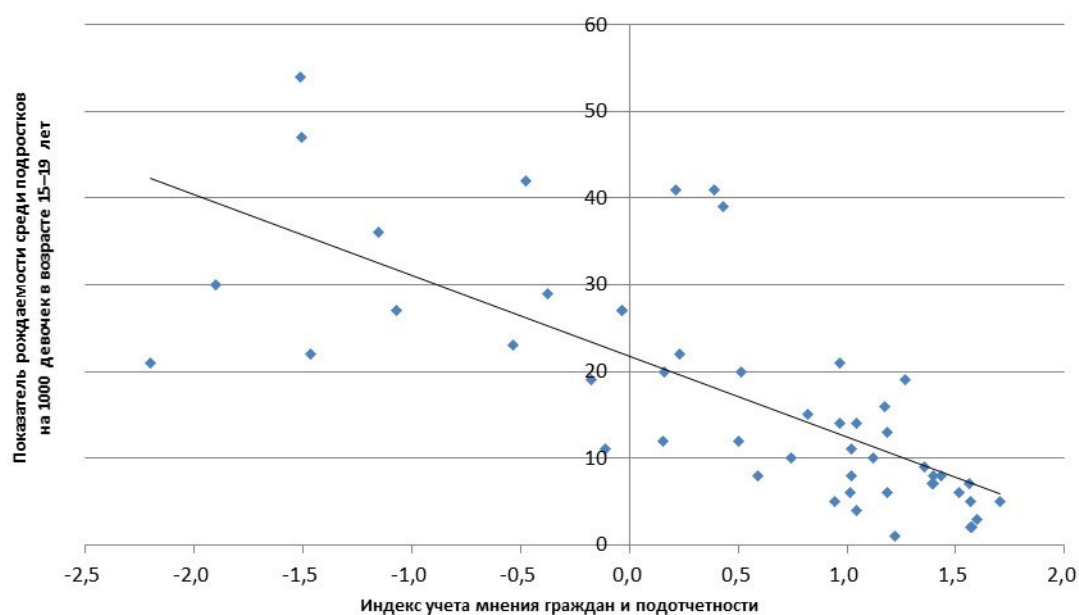
Рисунок 11.16. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с индексом восприятия коррупции



Показатель частоты подростковой беременности и его связь с восприятием учета мнения граждан

Как явствует из рисунка 11.17, учет мнения граждан и подотчетность (измеряемые индексом учета мнения граждан и подотчетности (12)) были связаны с показателями частоты подростковой беременности в странах ($r^2 = 0,54$, $p < 0,001$). Чем выше уровень восприятия участия в деятельности правительства, например, свободы выражения мнения и свободы средств массовой информации, тем ниже показатели частоты подростковой беременности.

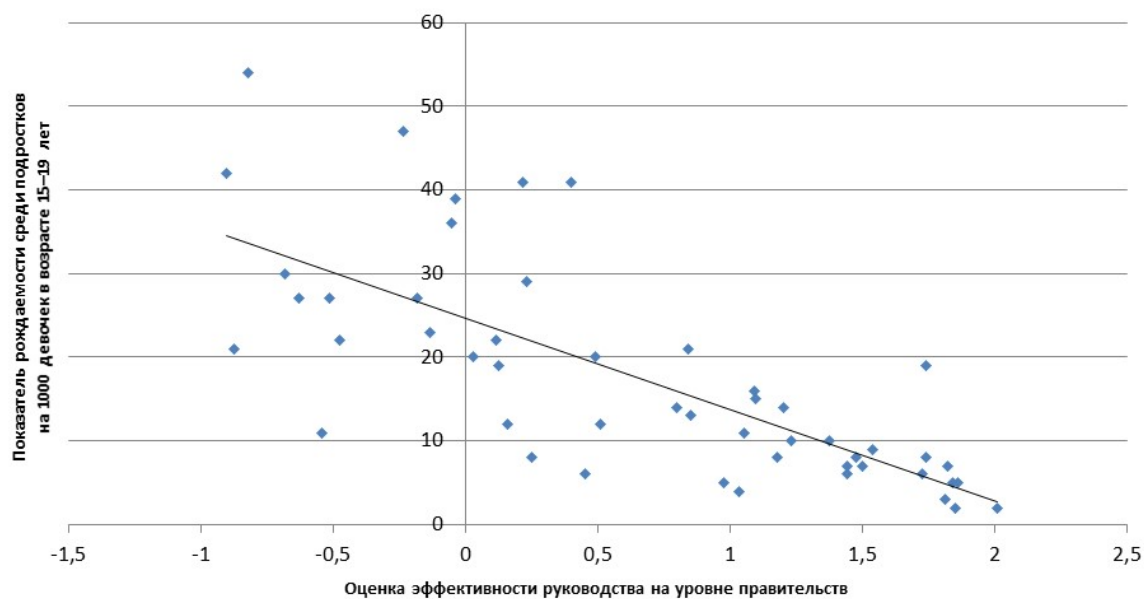
Рисунок 11.17. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с индексом учета мнения граждан и подотчетности



Показатель частоты подростковой беременности и эффективность руководства на уровне правительств в плане осуществления политики

Показатели частоты подростковой беременности были связаны с эффективностью руководства на уровне правительства той или иной страны ($r^2 = 0,55$, $p < 0,001$) (измеряемой с помощью оценки эффективности руководства на уровне правительств (12)). Чем выше качество государственных услуг, гражданской службы, осуществления политики, независимость от политического давления и приверженность правительства, тем ниже риск забеременеть в подростковом возрасте (рис. 11.18).

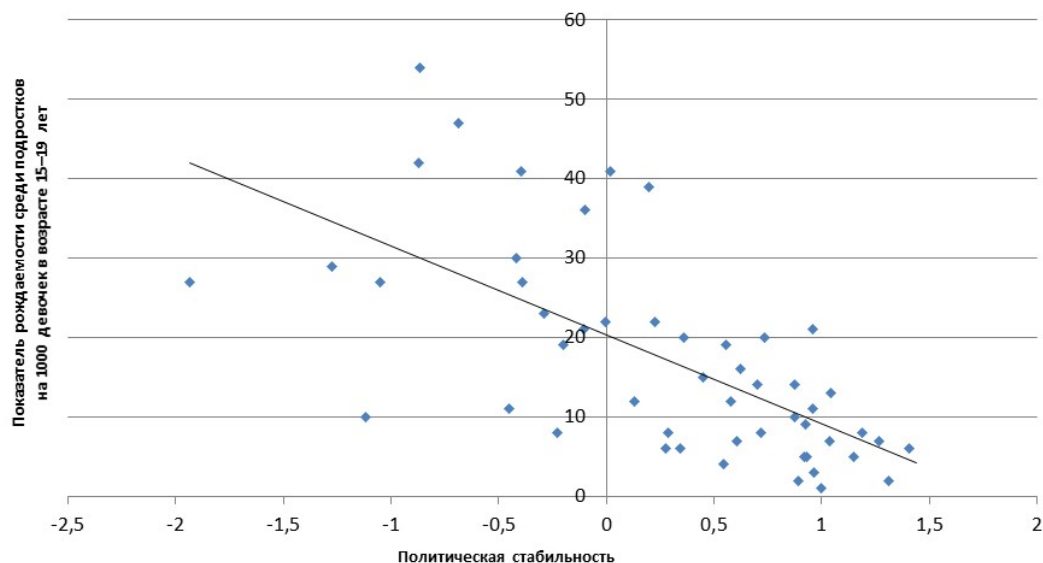
Рисунок 11.18. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с оценкой эффективности руководства на уровне правительств



Показатель частоты подростковой беременности и политическая стабильность и отсутствие насилия

Было установлено, что политическая стабильность той или иной страны в умеренной степени связана с показателями частоты подростковой беременности ($r^2 = 0,44$, $p < 0,001$). Чем более стабильна в политическом отношении та или иная страна (согласно индексу политической стабильности и отсутствия насилия/терроризма (12)), тем ниже вероятность стать матерью в возрасте 15–19 лет (рис. 11.19).

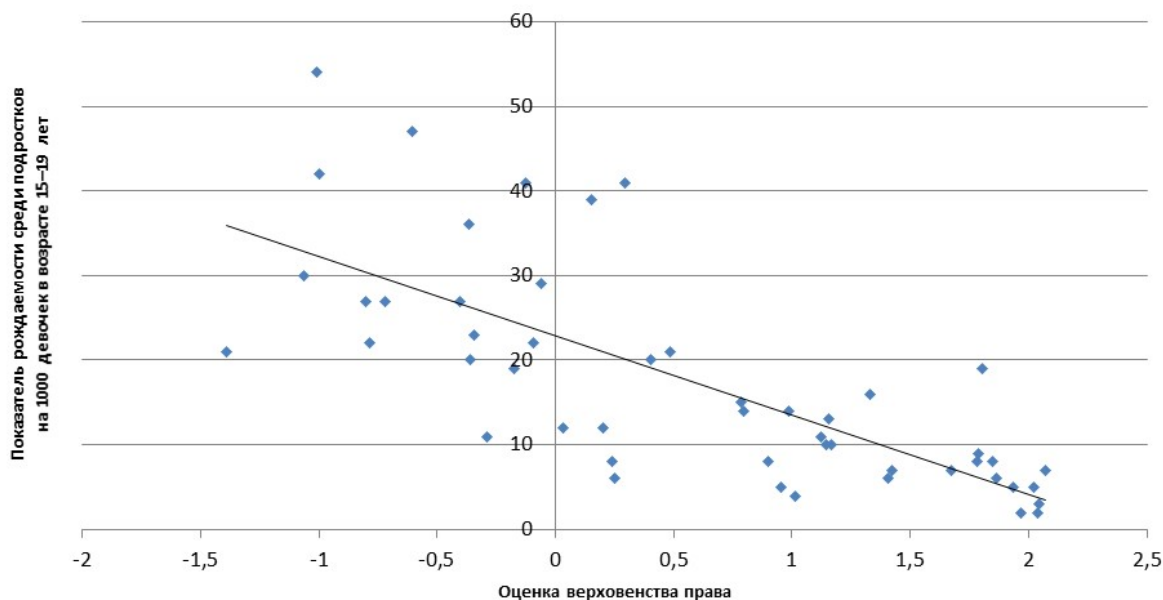
Рисунок 11.19. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с индексом политической стабильности и отсутствия насилия/терроризма



Показатель частоты подростковой беременности и доверие к системам правосудия

Этот показатель, который учитывает подотчетность в отношении норм и систем правосудия (12), был тесно связан с детской смертностью ($r^2 = 0,54$, $p < 0,001$). Чем выше уровень доверия к нормам и системе правосудия, тем ниже показатели частоты подростковой беременности (рис. 11.20).

Рисунок 11.20. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с оценкой верховенства права

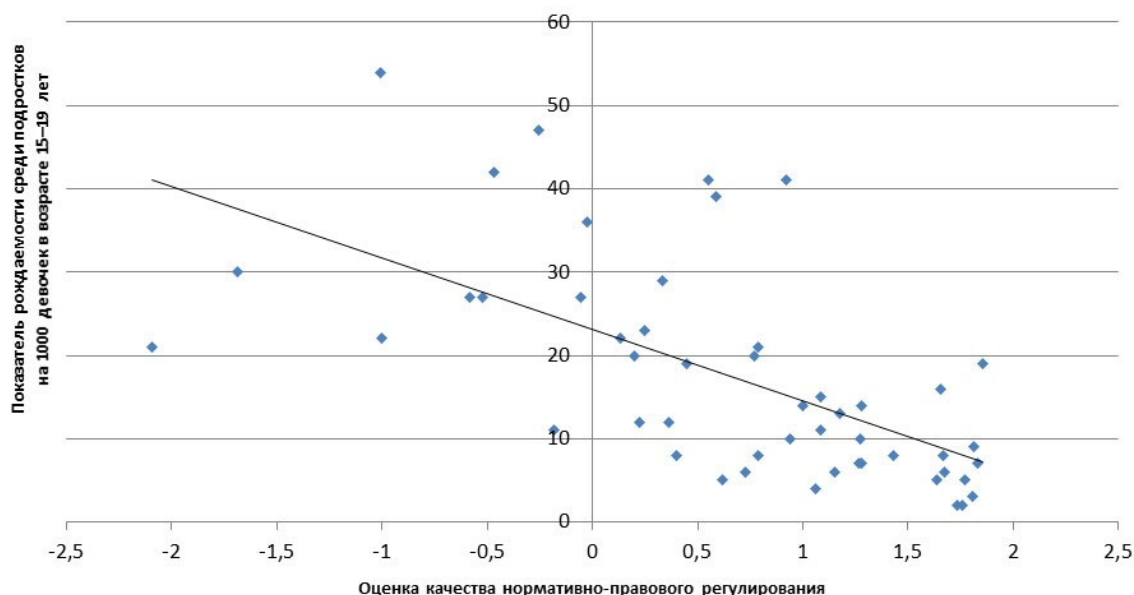


Показатель частоты подростковой беременности и качество нормативно-правового регулирования

Качество нормативно-правового регулирования, согласно определению Группы Всемирного банка, означает «восприятие способности правительства разрабатывать и осуществлять разумную политику и нормативные положения, создающие возможность для развития частного

сектора и стимулирующие его» (12). Было установлено, что этот показатель в умеренной степени связан с подростковой беременностью ($r^2 = 0,38$, $p < 0,001$) (рис. 11.21).

Рисунок 11.21. Показатель частоты подростковой беременности (ЮНФПА, 2006–2015 гг.) и его связь с оценкой качества нормативно-правового регулирования (Группа Всемирного банка, 2015 г.)



Результаты в широком контексте

Детская смертность по-прежнему является одной из главных проблем, о чем свидетельствует ее включение в ЦУР, а именно в виде задачи 3.2 (16). В большинстве стран Европейского региона отмечаются низкие показатели детской смертности по сравнению с общемировым уровнем, однако в некоторых странах этот показатель в 2015 г. был близок к общемировому среднему значению, составившему 43 случая смерти на 1000 живорождений (16). Как указывают Brownell & Enns (17), прогресс в деле снижения детской смертности «неравномерен, и сохраняется неравенство как среди развивающихся стран, так и среди стран с высоким уровнем доходов».

Существует расхождение между моделируемыми и самостоятельно представляемыми данными в нескольких из стран с повышенным уровнем смертности, что свидетельствует о проблемах с надежностью данных для глобального мониторинга; этот вопрос недавно обсуждался в комментарии Victora & Воегма (18). При анализе в данном обзоре использовались, в рамках консервативного подхода, самостоятельно представленные странами данные о показателях смертности. Тем не менее, они свидетельствуют о наличии связи между детской смертностью и показателями, описывающими политические и социально-экономические условия жизни детей. Качество государственного управления в странах влияет на состояние здоровья детей. Может быть также продемонстрирована тесная связь между смертностью в возрасте до 5 лет и эффективностью руководства на уровне правительств во всем мире (19). Поэтому при решении проблемы смертности в возрасте до 5 лет в Европе необходимо учитывать приверженность уменьшению масштабов коррупции и принимаемых с этой целью мер. Детская смертность является также полезным показателем других секторов государственного управления, которые должны функционировать, чтобы обеспечить уменьшение ее масштабов.

Подростковая беременность ограничивает доступ к образованию для девушек и подвергает риску их собственное физическое и психическое здоровье (20), а также здоровье их детей (21). Число деторождений молодыми матерями в возрасте 15–19 лет в Регионе различно, при этом повышенный показатель наблюдается в СНГ. Политические и экономические условия

сказываются не только на детях младшего возраста, но и на подростках. Результаты также продемонстрировали тесную связь между подростковой беременностью, ВВП и восприятием коррупции.

Социальные детерминанты здоровья широко признаны (22), и на них строятся основы политики «Здоровье-2020» (4). Поэтому вызвало удивление то, что не удалось установить связь неравенства, измеряемого индексом Джини, или доли детей, живущих в нищете, с показателями смертности и частоты подростковой беременности. Это могло бы свидетельствовать о том, что данные национальные показатели недостаточно чувствительны, чтобы отражать эти аспекты неравенства.

Заключение

Всеобщее стремление к снижению как детской смертности, так и частоты подростковой беременности (задачи 3.2.1 и 3.7.2 ЦУР) в предстоящие 12 лет требует возобновления усилий по достижению этих целей в Европе. Представленные результаты могут помочь в разработке действенных европейских программ в целях достижения прогресса к 2030 г.

Таблица 11.1 содержит все показатели, используемые в этой главе, и данные страновых профилей и обследования, представленные в разбивке по странам, со сводными статистическими данными.

Таблица 11.1. Условия для обеспечения здоровья и благополучия детей и подростков в конкретных странах: сводная таблица

Страна	Код страны	ВВП, долл. США на душу населения	Суммарные расходы на здравоохранение на душу населения (ППС, долл.)	Общая численность населения на середину года (млн)	Детское население (в возрасте 0–14 лет) (млн)	Численность детского населения (0–17 лет) (млн) (данные 2015 г.)	Общая численность иммигрантов	Численность детей-иммигрантов (0–14 лет)	Численность подростков-иммигрантов (15–19 лет)	Число живорождений на 1000 человек	Охват детородной системой гражданской регистрации (%)	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет (2006–2015 гг.)	Число случаев смерти ребенка в раннем неонатальном периоде на 1000 живорождений	Смертность в возрасте до 5 лет (103, 2015 г.)	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет на 1000 детей	Показатели смертности от всех причин в возрасте 5–9 лет на 100 тыс. человек	Показатели смертности от всех причин в возрасте 10–14 лет на 100 тыс. человек	% детей, подвергшихся риску нищеты и социального отчуждения (0–15 лет)
Австрия	AUT	43 439	3 923	8,5	1,2	1,5	166 323	–	–	10	100	8	2	4	4	9	10	24
Азербайджан	AZE	5 496	214	9,6	2,0	2,6	1 954	–	55	17	94	47	4	32	14	65	56	–
Албания	ALB	3 965	307	2,9	0,84	–	–	–	–	11	99	20	3	14	8	26	25	–
Андорра	AND	42 807	3 334	0,07	–	–	–	–	–	8	100	–	3	3	–	6	6	–
Армения	ARM	3 500	156	3,0	0,57	0,69	1 112	–	10	14	100	23	5	14	10	28	31	–
Беларусь	BLR	5 740	678	9,5	1,4	1,8	14 155	–	–	13	100	22	1	5	4	21	21	22
Бельгия	BEL	40 231	3 420	11,3	1,9	2,3	146 626	26 263	10 962	11	100	7	2	4	4	9	10	43
Болгария	BGR	6 820	763	7,1	0,96	1,2	25 223	3 071	1 102	9	100	41	3	10	9	21	23	–
Босния и Герцеговина	BIH	4 198	681	3,8	0,61	–	5 620	–	–	8	100	11	1	5	6	13	14	–
Венгрия	HUN	12 259	1 205	9,9	1,4	1,7	58 344	4 748	3 403	9	100	20	2	6	5	10	13	–
Германия	DEU	41 219	3 990	80,7	10,5	13,1	1 543 848	305 992	172 730	9	100	8	2	4	4	8	9	21
Греция	GRC	18 036	1 294	11,0	1,7	1,9	64 446	–	–	9	100	8	2	5	4	9	10	31
Грузия	GEO	3 796	131	3,7	0,76	0,78	–	–	–	16	100	41	4	12	11	31	37	16
Дания	DNK	52 002	4 053	5,7	1,0	1,2	78 492	12 930	5 555	10	100	2	3	4	4	7	8	19
Израиль	ISR	35 330	1 582	8,1	2,3	2,8	–	–	–	21	100	10	2	4	4	10	11	42
Ирландия	IRL	51 290	2 511	4,6	0,94	1,2	76 888	–	–	15	100	9	2	4	4	9	10	28
Исландия	ISL	50 173	3 146	0,33	0,07	0,80	5 635	825	268	13	100	7	1	2	2	6	8	36
Испания	ESP	25 832	2 102	46,4	7,0	8,3	342 114	53 742	24 247	9	100	8	1	4	3	8	9	43
Италия	ITA	29 847	2 449	60,7	8,3	–	280 078	36 054	22 514	8	100	6	2	4	4	7	9	29
Казахстан	KAZ	10 508	581	17,5	4,2	–	–	–	–	23	100	36	4	14	12	40	41	14
Кипр	CYP	22 957	933	0,85	0,14	–	15 183	753	1 198	11	100	4	1	3	2	11	10	25
Кыргызстан	KGZ	1 103	121	6,0	1,8	2,2	3 960	299	189	27	98	42	12	21	23	37	37	–
Латвия	LVA	13 665	594	2,0	0,3	0,35	9 479	1 721	153	11	100	15	2	8	5	16	17	32
Литва	LTU	14 172	1 166	28,8	0,45	0,52	22 130	2 434	436	10	100	14	2	5	5	13	16	–
Люксембург	LUX	101 450	5 717	0,57	0,09	0,11	23 803	3 632	1 079	11	100	6	1	2	3	6	7	–
Мальта	MLT	22 776	2 124	0,42	0,06	0,08	12 831	1 444	450	10	100	13	4	6	5	13	11	29
МКД ^a	MKD ^a	4 853	539	2,1	0,37	0,42	1 320	25	44	11	100	19	6	6	8	17	18	26
Монако	MCO	163 352	6 466	0,04	–	–	–	–	–	26	–	–	0	4	–	–	–	30
Нидерланды	NLD	44 433	4 526	16,9	2,9	3,4	166 872	27 411	14 134	10	100	5	2	4	4	8	9	–
Норвегия	NOR	74 735	5 426	5,2	0,91	1,1	60 816	11 620	3 841	11	100	5	2	3	3	7	7	46
Польша	POL	12 495	1 115	38,5	5,8	6,9	218 147	34 883	8 878	10	100	14	2	5	5	10	13	31
Португалия	PRT	19 223	1 744	10,3	1,6	1,8	29 896	4 050	2 138	8	100	10	2	4	4	10	11	–
Республика Молдова	MDA	1 843	264	4,1	0,57	0,69	2 070	–	–	11	100	27	5	16	12	23	25	17
Российская Федерация	RUS	9 057	958	143,5	21,4	–	286 970	24 681	17 677	13	100	27	3	10	9	24	28	27
Румыния	ROU	8 973	868	19,5	3,2	3,7	132 795	–	–	9	90	39	3	11	10	18	22	12
Сан-Марино	SMR	62 993	3 173	0,03	0,01	0,01	429	–	–	8	100	1	0	3	0	–	–	31
Сербия	SRB	5 144	812	7,1	1,0	1,2	–	–	–	9	99	22	4	7	7	14	17	50
Словакия	SVK	15 963	1 580	5,4	0,81	1,0	6 997	2 452	187	10	100	21	3	7	7	13	13	–
Словения	SVN	20 713	1 935	2,1	0,29	0,36	15 420	–	–	10	100	5	1	3	3	8	10	–
Соединенное Королевство	GBR	43 734	2 808	64,7	10,7	13,7	631 452	–	–	12	100	19	2	4	5	8	10	–
Таджикистан	TJK	926	53	8,5	2,5	–	1 042	–	–	28	88	54	8	45	17	60	58	16
Туркменистан	TKM	6 948	209	5,4	1,8	–	–	–	–	31	96	21	8	51	25	63	60	–
Турция	TUR	9 130	803	78,7	19,0	–	–	–	–	17	94	29	4	14	12	33	31	–
Узбекистан	UZB	2 132	181	29,9	8,6	10,5	6 418	758	501	23	100	30	6	39	14	43	44	–
Украина	UKR	2 115	297	44,8	6,4	7,6	–	–	–	11	100	27	4	9	9	24	26	–
Финляндия	FIN	41 921	2 787	5,5	0,87	1,1	28 746	5 040	1 647	11	100	7	1	2	3	8	9	35
Франция	FRA	36 248	3 526	64,4	11,4	14,2	363 869	63 884	30 326	12	100	6	2	4	4	7	9	24
Хорватия	HRV	11 536	1 353	4,2	0,64	0,76	11 706	775	550	9	90	12	3	4	6	10	11	16
Черногория	MNE	6 415	508	0,63	0,12	0,14	–	–	–	12	98	12	2	5	6	12	15	–
Чехия	CZE	17 231	1 814	10,5	1,6	1,9	29 602	4 176	1 365	10	100	11	1	3	3	8	9	19
Швейцария	CHE	80 215	4 269	8,3	1,2	1,5	153 627	20 152	8 930	10	100	2	3	4	4	8	9	18
Швеция	SWE	50 273	4 385	9,8	1,6	2,0	134 240	30 133	11 224	12	100	3	1	3	3	7	8	23
Эстония	EST	17 295	1 315	13,1	0,20	0,24	15 413	1 471	411	10	100	16	1	3	3	11	13	14
Среднее значение		27 028	1 904	17,1	3,1	2,8	123 716	23 635	11 168	13	99	17	3	9	7	17	19	27
Максимальное значение		163 352	6 466	143,5	21,4	14,2	1 543 848	305 992	172 730	31	100	54	12	51	25	65	60	50
Страна с максимальным значением	MCO	MCO	RUS	RUS	FRA	DEU	DEU	DEU	TKM	TKM	TJK	KGZ	TKM	TKM	AZE	AZE	TKM	TKM
Минимальное значение		926	53	0,03	0,01	0,01	429	25	10	8	88	1	0	2	0	6	6	12
Страна с минимальным значением	TJK	TJK	SMR	SMR	SMR	SMR	MKD	ARM	ARM	TJK	SMR			SMR		AND		

^a Бывшая югославская Республика Македония (МКД – аббревиатура Международной организации по стандартизации (ИСО)).

Ссылки

1. Здоровье детей и подростков. В: Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/cah/>).
2. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития до 2030 года. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 год (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).
3. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf, по состоянию на 10.01.2018).
4. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1).
5. Hug L, Sharrow D, You D. Levels & trends in child mortality. Report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2017 (http://childmortality.org/files_v21/download/IGME%20report%202017%20child%20mortality%20final.pdf, accessed 10.01.2018).
6. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ). В: Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. (<http://www.who.int/gho/ru/>).
7. Европейское семейство баз данных «Здоровье для всех». В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>).
8. Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/>).
9. Kyu HH, Stein CE, Boschi-Pinto C, Ravac I, Weber MW, Dannemann Purnat T, et al. Causes of death among children aged 5–14 years in the WHO European Region: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2(5):321–37 ([https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30095-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30095-6/fulltext)).
10. DataBank: WDI database archive. В: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank Group; 2018 (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=wdi-database-archives-%28beta%29>).
11. Corruption Perceptions Index [website]. Berlin: Transparency International; 2018 (<https://www.transparency.org/cpi2015>).
12. Worldwide governance indicators [website]. Washington (DC): World Bank Group; 2016 (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/#home>).
13. Boonstra HD. What is behind the declines in teen pregnancy rates? *Guttmacher Policy Rev.* 2014;17(3):15–21 (<https://www.guttmacher.org/gpr/2014/09/what-behind-declines-teen-pregnancy-rates>).
14. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health* 2015;56(2):223–30 ([https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(14\)00387-5/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(14)00387-5/fulltext)).
15. Adolescent pregnancy: a review of the evidence. New York (NY): United Nations Population Fund; 2013 (<https://www.unfpa.org/publications/adolescent-pregnancy>).
16. Sustainable Development Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. В: Sustainable development knowledge platform [website]. New York (NY): United Nations; 2018 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>).
17. Brownell M, Enns J. Reducing child mortality in high-income countries: where to from here? *Lancet* 2018;391(10134):1968–9. doi:10.1016/S0140-6736(18)30938-3.
18. Victora CG, Boerma T. Inequalities in child mortality: real data or modelled estimates? *Lancet Glob Health* 2018;6(5):e477–8.

19. Hanf M, Van-Melle A, Fraise F, Roger A, Carme B, Nacher M. Corruption kills: estimating the global impact of corruption on children deaths. *PLoS One* 2011;6(11):e26990 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026990>).
20. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics* 2004;113(2):320–7.
21. Jeha D, Usta I, Ghulmiyyah L, Nassar A. A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *J Neonatal Perinatal Med.* 2015;8(1):1–8.
22. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365(464):1099–104.

12. Сквозные вопросы и выводы

Здоровье и благополучие детей и подростков Европы занимают центральное место в этом докладе, который призван пролить свет на области, влияющие на преобразование жизни молодежи в плане не только развития, но и социальных и политических условий, в которых они живут в своих странах.

Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков послужила в Регионе образцом для этой деятельности и предоставила странам основу для дальнейших действий. Результаты обследования (1) и профили стран по вопросам здоровья детей и подростков (2) обеспечивают для государств-членов обратную связь в отношении областей, в которых возможны улучшения, и позволяют странам сравнивать себя с другими. Практические инструменты, такие как АА-НА! (3) и другие региональные инструменты (4), служат вкладом в этот процесс улучшений.

Представленные здесь показатели были сопоставлены с другими международными инициативами, такими как ЦУР (5) и глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (6) (см. приложение 2), чтобы показать высокую степень взаимосвязи между ними, и это позволяет предположить, что, принимая меры в соответствии с Европейской стратегией, государства-члены будут также способствовать реализации этих более широких инициатив. Осуществляемая ими Повестка дня на период до 2030 г. служит дополнительным стимулом к оптимизации инвестиций и интеграции направлений политики в целях выполнения обязательств, взятых государствами-членами.

В целом, результаты показывают необходимость действий в каждой стране для реализации всего потенциала детей и подростков Европы. Одной только политики недостаточно. То, что необходимо принять во внимание, может быть взято из этого документа, и ВОЗ обеспечивает конкретную обратную связь для стран. Данные предоставлены всем заинтересованным сторонам, что также способствует улучшению процесса подотчетности в странах.

Сильные и слабые стороны процесса

Одним из недостатков обследования является использование данных, самостоятельно представляемых министерствами здравоохранения стран. Региональное бюро просило министерства внести исправления в полученные частичные или неполные ответы на вопросы, однако не всегда достигало успеха. Ответы на качественные вопросы, по которым требовались объяснения и примеры, характеризовались различным уровнем детализации и неравномерным качеством, что иногда затрудняло обобщение и сравнение результатов. Некоторые из качественных ответов включены в описательную часть соответствующих глав, поскольку они позволяют глубже понять категориальные вопросы. Все ответы размещены в базе данных ВОЗ.

Ответы подготавливали сотрудники министерств здравоохранения, которым рекомендовалось консультироваться с другими министерствами и экспертами в соответствующей области. В ходе экспертной оценки результатов обследования были выявлены некоторые противоречия. Это особенно очевидно в том, что касается доступа к средствам контрацепции или аборту без согласия родителей, в связи с которым утвердительным ответам на категориальный вопрос часто противоречила качественная информация, свидетельствующая об их ограниченном масштабе (см. главу 5), и РДРВ, в связи с которым, несмотря на почти всеобщие утверждения о существовании систем поддержки РДРВ (см. главу 6), качественные ответы вызывают сомнение в том, что программы осуществляются в полном объеме и эффективно. Однако изменений в данных не было. Противоречия и разногласия необходимо устранить посредством диалога в странах по вопросу о возможном повышении качества данных при подготовке следующего раунда обследования.

Децентрализация рассмотрения вопросов охраны здоровья на уровне правительства

Многие европейские страны характеризуются федеративным устройством или децентрализацией ответственности за здравоохранение, которая возложена на местные органы государственного управления. Поэтому полученные ответы могли не отражать реальность, существующую во всех частях страны: примером служит Соединенное Королевство, в котором положение в Шотландии существенно отличается от положения в Англии. Там, где за оказание помощи отвечают фонды медицинского страхования, а за организацию помощи – профессиональные органы, министерство здравоохранения делегировало полномочия им и зачастую не ведет последовательного сбора данных.

Децентрализация может также препятствовать странам в принятии надлежащих механизмов для обеспечения качества помощи, которую получают нуждающиеся дети и подростки. Это могло бы стать проблемой там, где необходимо выявить и устранить недостатки. Как правило, представление сведений об официальных процессах управления лучше налажено в восточноевропейских странах с более централизованной исторической структурой, чем в западноевропейских странах. В некоторых областях, таких как РДРВ, исследования показывают, что комплексные системы, подчиняющиеся одному министерству или ведомству, связаны с более высоким качеством (см. главу 6), однако это зачастую не приводит к улучшению управления и результатов в области здравоохранения, таких как показатели детской смертности и частоты подростковой беременности (см. главу 11).

Сбор данных

Один из важных вопросов, зафиксированных во многих странах, связан с ненадлежащим или нерегулярным сбором данных, например, об уязвимых детях или по таким остающимся без внимания вопросам, как потребление алкоголя матерями. Отсутствие данных для решения проблемы неравенства стало явным во многих из представленных областей, в частности, в связи с разукрупнением (например, с точки зрения различий в зависимости от статуса мигранта, этнического происхождения и социально-экономического положения или в связи с укрупнением штатами в зависимости от географического района), нехваткой (например, о лечении психических расстройств или инфекционных болезней) или непоследовательным сбором данных по ключевым показателям (например, о детях, содержащихся в специальных учреждениях, страдающих от недоедания или являющихся жертвами насилия). Отсутствие разукрупнения влияет на возможность ликвидации неравенства странами (см. главу 3) и способность систем здравоохранения делать правильный выбор в интересах детей и подростков (см. главу 4). Важно то, что эти показатели часто включаются в глобальные мероприятия по мониторингу, направленные на осуществление Повестки дня на период до 2030 г. (см. приложение 2).

Доклады стран, представляемые ВОЗ

Основной европейской базой данных, в которую страны представляют данные, является база данных ЗДВ (7), которая служит основным источником данных для профилей стран (2). Однако база данных ЗДВ не всегда отражает реальное положение в странах, поскольку некоторые данные являются устаревшими или далеко не полными. Одной из областей, вызывающих особую обеспокоенность, являются показатели самоубийств среди подростков; здесь требуется более последовательное и надежное представление сведений странами (см. главу 8).

Иногда страны располагают более новыми данными, но не предоставляют их ВОЗ (например, о воздействии табачного дыма, возможности покупки табачных изделий, внедрении вакцин или показателях вакцинации). Существует также расхождение между моделируемыми и самостоятельно представляемыми данными (см. главу 11) в нескольких из стран с повышенным

уровнем смертности, что свидетельствует о проблемах с надежностью данных для глобального мониторинга (8).

Европейское региональное бюро ВОЗ создало Европейский портал информации здравоохранения (дополнительные сведения см. в приложении 1) (9), в котором объединяются все данные, относящиеся к странам Региона. Размещение данных настоящего доклада и данных, используемых для регионального мониторинга состояния здоровья детей и подростков, на общедоступном Европейском портале информации здравоохранения обеспечивает дополнительные стимулы для обновления и предоставления данных высокого качества для онлайн-ового хранилища. Таким образом могут быть устранены противоречия между различными данными на основе увязки соответствующих ответов на портале для удобства министерств и широких слоев населения.

Межнациональные обследования

ВОЗ поощряет участие стран в проводимых региональных мероприятиях, таких как HBSC (10) и COSI (11), для мониторинга положения детей и подростков с возможностью сопоставления. Такие обследования как HBSC также позволяют рассмотреть вопросы здравоохранения, которые наиболее важны для детей и подростков. В других обследованиях содержатся компоненты, которые способствуют изучению положения в Регионе, например компоненты, связанные с психическим здоровьем, НИЗ, употреблением алкоголя и табака, жестоким и пренебрежительным обращением с детьми и насилием со стороны интимного партнера. Их данные используются для мониторинга осуществления стратегии охраны здоровья детей и подростков и других связанных с ней стратегий (5, 6, 12–17) и доступны через Европейский портал информации здравоохранения (9), что также позволяет строить таблицы сопряженности и устанавливать связи между обследованиями.

Обследования домохозяйств, такие как ДМО ЮСАИД (18) и МИКС ЮНИСЕФ (19), представляют заметный пробел в сборе данных в Европе. Они обеспечивают систематическую популяционную информацию о формах поведения, связанных со здоровьем матери и ребенка, таких как иммунизация, практика прикармливания и нутритивный статус детей в возрасте до 5 лет. Их данные используются для глобального мониторинга, например, инициативы «Обратный отсчет времени до 2030 г.» (20), однако они в основном проводятся в странах с уровнем доходов «низкий» и «ниже среднего», поэтому многие европейские страны в них не участвуют. Страны, если они еще не делают этого, должны разработать сопоставимые средства сбора таких данных. В противном случае сохранятся заметные пробелы, особенно очевидные в профилях стран по вопросам здоровья детей и подростков (2).

Важно то, что сбор этих данных необходимо использовать для принятия мер, направленных на изучение и устранение выявленных пробелов. Что касается подростков, удобным и важным местом для деятельности по укреплению здоровья являются школы (см. главу 6).

Услуги

Оказание помощи детям и подросткам является одной из важнейших функций сектора здравоохранения. В число сквозных тем входят отсутствие контроля качества, в частности, в отношении психического здоровья и сексуального и репродуктивного здоровья. Немногим более половины стран Региона оценивают качество услуг в области психического здоровья для детей и подростков или ввели в действие руководящие принципы для облегчения перехода из ведения служб психического здоровья для детей в ведение служб для взрослых. Режимы медико-санитарной помощи могут сглаживать проявления неравенства, однако препятствия на пути доступа, такие как необходимость оплаты всех услуг примерно в половине стран, затрудняют его для нуждающихся детей и подростков (21) (см. главу 4). Это противоречит принципам Конвенции ООН о правах ребенка (22), поэтому странам необходимо устранить этот недостаток.

Компетентный доступ подростков к помощи без согласия родителей является еще одной областью, в которой требуются меры в ряде стран. В то время как в большинстве стран существует политика, обеспечивающая руководящие принципы в отношении согласия, разрешения и конфиденциальности для детей, подростков, родителей и работников здравоохранения, все еще предстоит проделать работу по облегчению доступа к услугам для детей и подростков посредством устранения препятствий на пути доступности по стоимости; приоритетами по-прежнему являются конфиденциальность и согласие родителей.

Подростковая сексуальность

Некоторые правительства в особой степени пассивны в том, что касается темы формирующейся сексуальности подростков, что, возможно, отражает чувство неловкости или боязнь противостояния. Конвенция ООН о правах ребенка, которую подписали правительства всех стран Европейского региона, содержит четкие положения в отношении участия и доступа к услугам (22). Регион также одобрил план действий в этой области (15) и присоединился к Повестке дня на период до 2030 г. (5, 6); оба документа приветствуют улучшения, особенно в связи с улучшением доступа к средствам контрацепции, медико-санитарным услугам для групп риска и доступа к услугам по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья, которые характеризуются неравенством во всем Регионе. В половине стран есть политика в отношении полового просвещения в школах (см. главу 6), однако наличия политики недостаточно в тех случаях, когда неизвестно, в какой степени такое просвещение приводит к получению знаний (см. главу 5). Разработаны стандарты полового просвещения в Европе с руководящими принципами внедрения комплексного полового просвещения в странах (23), они могут способствовать изменениям в обществе и улучшению положения детей и подростков в странах всей Европы.

Право на участие

Страны несут ответственность за облегчение участия детей и подростков в представляющих для них интерес вопросах (22, 24–26), однако им трудно определить, какие шаги или меры необходимы для достижения этой цели (27). Для национальных стратегий охраны здоровья детей и подростков и некоторых показателей было бы полезным расширение участия детей и подростков. Включение в исследования по вопросам охраны здоровья детей и подростков методов на основе участия необходимо для подготовки данных, которые имеют значение для детей и подростков, отражают их образ жизни и представляют ценность для политики и программ (28). Кроме того, программы, в разработке и осуществлении которых участвуют дети и подростки, обычно позитивно оцениваются детьми и могут быть полезными в плане охраны здоровья, особенно в том, что касается знаний о связанных со здоровьем формах поведения, например курении и здоровом питании (29).

Анализ показывает, что 15 стран, в которых есть омбудсмен, привлекали молодежь к разработке своей стратегии охраны здоровья детей и подростков, а 18 стран этого не делали. Это может говорить о том, что даже в тех случаях, когда в правительстве есть конкретный человек, наделенный полномочиями по защите прав детей, этого может быть недостаточно для активизации перемен в этой области (см. главы 2 и 5). Продвижение практических инструментов (30, 31) и измерение участия детей и подростков в вопросах, которые затрагивают их интересы (27), могут устранить препятствия на пути их интеграции в деятельность, связанную с национальной политикой, научными исследованиями и программами. Повышение медико-санитарной грамотности детей и подростков может способствовать расширению знаний и развитию их критического мышления, самосознания и навыков гражданственности (32), которые крайне важны для восприятия участия в жизни общества.

Социально-политические условия для обеспечения здоровья и благополучия детей

Давно доказано, что социальные детерминанты важны для здоровья детей (33). ВВП страны тесно связан со смертностью в возрасте до 5 лет и показателями частоты подростковой беременности. Интересно, что на уровне стран не удалось найти никакой связи с неравенством с точки зрения доходов и числом детей, живущих в нищете. Это могло бы свидетельствовать о том, что эти национальные показатели недостаточно чувствительны, чтобы фиксировать неравенство в этом отношении.

ЦУР 1, а именно задача 1.2, непосредственно касается нищеты во всех ее формах (5), поэтому необходимо и далее принимать соответствующие меры. ЮНИСЕФ, например, разработал инструмент политики – многоаспектный анализ взаимосвязанных лишений (34), в котором на основе Конвенции ООН о правах ребенка определяются неденежные аспекты детской нищеты (35) и выделяются соответствующие возрасту концепции для детей и подростков (36). Исследование HBSC является еще одним богатым источником данных о социальных детерминантах здоровья применительно к подросткам (10). В некоторых странах оно показало, что финансовое благосостояние семьи часто в меньшей степени позволяет прогнозировать проблемы, связанные со здоровьем, чем социально-экономическое состояние места проживания и качество социальных связей (37).

Последствия неравенства доходов для здоровья, как представляется, являются результатом сочетания отдельных социально-экономических факторов и недостаточных инвестиций стран в социальную защиту и социально-экономические условия жизни (38). Тесная связь между детской смертностью и восприятием коррупции (39) и с другими показателями качества государственного управления (40) доказывает, что меры в области государственного управления могут быть так же важны, как и конкретные медицинские мероприятия, для улучшения здоровья детей и подростков. Вопросы здоровья должны учитываться в политике во всех секторах, как предусматривается в политике «Здоровье-2020» (41).

Субрегиональные различия

Одним из интересных сквозных вопросов, выявленных в результате обследования, была широта субрегиональных различий. Расхождения могут быть обнаружены в таких областях, как государственное управление, внедрение перечней основных лекарственных средств для детей, маркетинг продуктов для прикармливания и ориентированное на детей продвижение продуктов, сбор данных о различиях в численности сотрудников в зависимости от географического региона и показателях, относящихся к дракам, издевательствам, поддержке одноклассников, детской смертности, подростковой беременности и грудному вскармливанию. На них делается акцент, чтобы способствовать национальному диалогу, направленному на достижение постепенных улучшений, а также в связи с тем, что различия обеспечивают уникальную возможность для обмена передовым опытом в интересах детей и подростков в Европе.

Цели

Нарастающее принятие национальных механизмов в Европе благоприятствует мерам по охране здоровья детей и подростков, однако необходимы решительные ответные меры для устранения выявленных пробелов: например, ответные меры в Европе в связи со смертностью в возрасте до 5 лет должны отражать обязательство по уменьшению масштабов коррупции и соответствующие действия. Даже в тех случаях, когда существуют глобальные цели (например, по исключительно грудному вскармливанию или физической активности), большие различия или низкие темпы достижения этих целей могут свидетельствовать о недостаточном стремлении к их достижению или необходимости иных мер вмешательства.

Обеспечивающие обратную связь страновые доклады по данным обследования используются для поощрения диалога со странами об их достижениях в охране здоровья детей и подростков и возможных областях для действий. Выявленные в результате мониторинга и оценки меры вмешательства будут жизненно важны для содействия постепенным улучшениям в достижении национальных целей. Поддержка стран, не имеющих систем для оценки своих национальных стратегий, будет по-прежнему одним из приоритетов в целях содействия изменениям в программах и политике на основе фактических данных в Регионе (см. главу 2). Сотрудничество по вопросам представляющих интерес для Региона целей в деле охраны здоровья детей и подростков может благоприятствовать национальным усилиям по изучению результатов этой работы, согласованию показателей с международными обязательствами и снижению требований к отчетности для стран Региона (17, 42, 43).

Прогресс на этапе до 2020 г. и в последующий период времени

Когда в 2005 г. была одобрена первая европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» (44), в 2006 г. в государствах-членах было проведено аналогичное обследование (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2006 г.). По двум позициям оказалось возможным сравнение за 10-летний период по 19 странам, которые участвовали в обоих обследованиях (см. главы 2 и 5 и приложение 2). При наличии 48 ответов обследование 2017 г. позволило ВОЗ получить более широкую картину положения детей и подростков в странах по сравнению с обследованием, проведенным ранее. Это обследование будет повторено, в соответствии с поручением Европейского регионального комитета ВОЗ, в 2019 г., чтобы зафиксировать изменения.

Стремление обеспечить полное участие в следующем раунде посылает четкий сигнал относительно национальных обязательств по формированию более ясного представления о положении в области охраны здоровья детей и подростков в пределах Региона. Комбинированный анализ обеспечит информацию для обоснования возобновления стратегии охраны здоровья детей и подростков с 2021 г. в соответствии с соответствующими стратегиями, охватывающими период до 2030 г. Эти результаты должны обеспечить лиц, принимающих решения, информацией о тенденциях в Регионе и областях, в которых они могут внести изменения в свою национальную политику в поддержку улучшения здоровья и благополучия детей и подростков. В связи с приближением 2020 г. – последнего года европейской стратегии – уже можно начать осуществление устремлений, воплощенных в региональном компромиссе для достижения целей Повестки на период до 2030 г.

Ссылки

1. Состояние политики в отношении здоровья детей и подростков в Европе: [показатели из базового обследования 2017 г.]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/cahb_survey/).
2. Профили стран [по вопросам здоровья детей и подростков]. Европейский портал информации здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/country-profiles/>).
3. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf;jsessionid=13A7A25F99326D5B5DC9F69CFC5F7E92?sequence=1>).
4. Публикации – здоровье детей и подростков. В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications>).
5. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 2015 год (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R).

6. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). Выживать, процветать, менять. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Каждая женщина, каждый ребенок, 2015 г. (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1> http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-strategy-women-children-health-ru.pdf?ua=1).
7. Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ «Здоровье для всех». В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>).
8. Victora CG, Voerma T. Inequalities in child mortality: real data or modelled estimates? *Lancet Glob Health* 2018;6(5):e477–8.
9. Европейский портал информации здравоохранения [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<https://gateway.euro.who.int/ru/>).
10. Health Behaviour in School-aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study. В: HBSC [website]. St Andrews: University of St Andrews; 2018 (www.hbsc.org).
11. Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). В: Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).
12. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf).
13. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>).
14. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf).
15. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе – никого не оставить без внимания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>).
16. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (EUR/RC64/14; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/253779/64wd14_Rus_FoodNutAP_140426.pdf?ua=1).
17. Developing a common set of indicators for the joint monitoring framework for SDGs, Health 2020 and the global NCD action plan. Meeting of the expert group. Vienna, Austria, 20–21 November 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/360435/vienna-meeting-en.pdf?ua=1).
18. DHS overview. В: The DHS Program. Demographic and health surveys [website] Rockville (MD); The DHS Program Office, USAID; 2018 (<https://dhsprogram.com/what-we-do/survey-types/dhs.cfm>).
19. Statistics and monitoring: multiple indicator cluster survey (MICS). In: UNICEF [website]. New York (NY): UNICEF; 2014 (https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).
20. Countdown to 2030. Women’s, children’s and adolescents’ health [website]. Baltimore (MD): John Hopkins University; 2018 (<http://countdown2030.org/>).
21. O’Neill A, Lowry E, editors. Health inequalities and young people in Ireland: a review of the literature. Dublin: National Youth Council of Ireland; 2014 (<http://www.youth.ie/sites/youth.ie/files/Health-Inequalities-and-Young-People-in-Ireland.pdf>).

22. Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи 44/25 от 20 ноября 1989 г., вступила в силу 2 сентября 1990 г., в соответствии со статьей 49. Нью-Йорк (штат Нью-Йорк): Организация Объединенных Наций, 1989 год (<https://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).
23. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2010 (https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf).
24. Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1979 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
25. Michaud P, Weber MW, Namazova-Baranova L, Ambresin A-E. Improving the quality of care delivered to adolescents in Europe: a time to invest. *Arch Dis Child*. 2018; doi:10.1136/archdischild-2017-314429.
26. Participation of children and young people under the age of 18. Council of Europe recommendation on the participation of children and young people under the age of 18. Strasbourg: Council of Europe; 2012 (<https://rm.coe.int/168046c478>).
27. Council of Europe Children’s Rights Division and Youth Department. Child participation assessment tool. Strasbourg: Council of Europe; 2016 (<https://edoc.coe.int/en/youth-participation/7152-child-participation-assesment-tool.html>).
28. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al., editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Policy for Children and Adolescents No. 7; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1).
29. Gavine AJ, Alemán-Díaz AY, Currie CE, Humphris GM, Morgan AR, Garcia-Moya I. The engagement of young people in the development and implementation of programmes to secure health: a systematic review. St Andrews: University of St Andrews; 2017 (<https://research-repository.st-andrews.ac.uk/handle/10023/13357>).
30. Training tool on engaging children in advocacy work on their right to participate in decision-making processes. Advocacy toolkit. Brussels: Eurochild; 2018 (https://www.eurochild.org/fileadmin/public/05_Library/Thematic_priorities/05_Child_Participation/Eurochild/Training_Tool_on_engaging_children_in_advocacy_work.pdf).
31. Aceves-Martins M, Alemán-Díaz AY, Giralt M, Sola R. Involving young people in health promotion, research and policy-making: practical recommendations. *Int J Qual Health Care* 2018;mzy113; doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy113>.
32. Paakkari L, George S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises (“why”), orientations (“what”) and tone (“how”). *BMC Public Health* 2018;18:326 (<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5224-0>).
33. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>).
34. Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA). In: UNICEF Office of Research-Innocenti [website]. Florence: UNICEF Office of Research-Innocenti; 2018 (<https://www.unicef-irc.org/research/multidimensional-overlapping-deprivation-analysis-moda-201-2015/>).
35. Chzhen Y, Bruckauf Z, Toczydlowska E, Elgar FJ, Moreno-Moldonado C, Stevens GWJM et al. Multidimensional poverty among adolescents in 38 countries: evidence from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2013/14 study. *Child Ind Res*. 2018;11:729 (<https://doi.org/10.1007/s12187-017-9489-0>).
36. De Neubourg C, Chai J, de Milliano M, Plavgo I, Wei Z. Step-by-step guidelines to the Multiple Overlapping Deprivation Analysis (MODA). Florence: UNICEF Office of Research; 2012 (Working Paper 2012–10; <https://www.unicef-irc.org/publications/695-step-by-step-guidelines-to-the-multiple-overlapping-deprivation-analysis-moda.html>).

37. Alemán-Díaz AY, Toczydlowska E, Mazur J, Frasilho D, Melkumova M, Holmqvist G. Why income inequalities matter for young people's health: a look at the evidence. Florence: UNICEF Office of Research-Innocenti; 2016 (Working Paper 2016–06; <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP6%20-%20WHY%20INCOME%20INEQUALITIES.pdf>).
38. Zambon A, Boyce W, Cois E, Currie C, Lemma P, Dalmaso P et al. Do welfare regimes mediate the effect of socio-economic position on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America, and Israel. *Int J Health Serv.* 2006;36(2):309–29. doi:10.2190/AAWX-184J-88HR-L0QL.
39. Corruption Perceptions Index [website]. Berlin: Transparency International; 2018 (<https://www.transparency.org/cpi2015>).
40. Worldwide governance indicators [website]. Washington (DC): World Bank Group; 2016 (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/#home>).
41. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1).
42. Rigby MJ, Köhler LI, Blair ME, Metchler R. Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health* 2003;13(3 Suppl.):38–46.
43. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012;379(9826):1665–75.
44. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»: от резолюции к действиям (2005–2008 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf?ua=1 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107905/E91655R.pdf?sequence=2&isAllowed=y>).

Приложение 1

Методология

В этом приложении представлены в общем виде различные источники данных, используемые в докладе (см. раздел об источниках данных), иллюстрируются их анализ и представление (см. раздел об анализе и представлении данных) и описывается, каким образом читатели могут ознакомиться с данными с помощью Европейского портала информации здравоохранения ВОЗ (см. раздел о самостоятельном ознакомлении с данными).

Источники данных

Страновые профили по вопросам охраны здоровья детей и подростков

В то время, когда была принята Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг., были необходимы подтверждающие доказательства для оценки текущего положения в области охраны здоровья детей в Европе и мониторинга осуществления стратегии посредством выявления областей для действий для лиц, ответственных за разработку политики на национальном уровне. Сначала был разработан набор страновых профилей для всех 53 государств-членов из Европейского региона ВОЗ, в котором лучшие имеющиеся данные о здоровье детей и подростков были объединены и представлены наглядным образом в виде одностраничных статистических сводок. Целью этих профилей было начать разработку исходного набора данных и обеспечить информацию для последующей разработки базового обследования.

Показатели профилей отбирались на основе того, насколько точно и комплексно они отражали состояние здоровья детей и подростков, что оценивалось посредством многократных консультаций с экспертами и сотрудничества с другими программными областями ВОЗ.

Окончательный набор данных был получен из следующих источников.

- **Brotherton & Bloom, 2016:** статья, в которой публикуются статистические данные о вакцинации против вируса папилломы человека (Curr Obstet Gynecol Rep. 2015;4:220–33. doi:10.1007/s13669-015-0136-9).
- **European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Европейский проект обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков] (ESPAD):** в партнерстве с Европейским центром по наблюдению за наркотиками и наркотической зависимостью ESPAD формирует базу данных, предметом которой является употребление психоактивных веществ (<http://www.espad.org/databases>).
- **European Centre for Disease Prevention and Control [Европейский центр профилактики и контроля заболеваний] (ECDC):** база данных, предметом которой являются эпиднадзор и мониторинг инфекционных заболеваний (<https://ecdc.europa.eu/en/home>).
- **Eurostat [Евростат]:** база данных Европейской комиссии с всеобъемлющими статистическими данными о политике в области общественного здравоохранения, экономики и в других областях (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/main>).
- **Health Behaviour in School-aged Children [Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья] (HBSC):** проводимое в сотрудничестве с ВОЗ, это межнациональное опросное исследование посвящено мониторингу поведения в отношении здоровья детей в возрасте 11, 13 и 15 лет (дополнительные сведения о HBSC см. в разделе о HBSC) (<http://www.hbsc.org/>).
- **ВОЗ:** были использованы шесть наборов данных или баз данных:

- **База данных «Здоровье для всех» (ЗДВ):** первый и самый широко используемый набор данных для этого проекта; он обеспечивает богатый фон для данных, используемых для страновых профилей, а также текущего доклада. С данными ЗДВ можно ознакомиться в онлайн-режиме новым и действенным образом, как будет проиллюстрировано ниже в разделе о самостоятельном ознакомлении с данными: Европейский портал информации здравоохранения (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>).
- **Глобальная обсерватория здравоохранения (ГОЗ):** содержит некоторые медико-санитарные статистические данные (<http://www.who.int/gho/ru/>).
- **База данных Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ):** содержит статистические данные о детях, охране материнства, водоснабжении и санитарии и образовании (<https://data.unicef.org/>).
- **Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI):** содержит данные о питании и физической активности (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).
- **Global Youth Tobacco Survey [Глобальные исследования проблемы табакокурения среди молодежи] (GYTS):** данные относятся исключительно к табакокурению (<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/>).
- **Европейская база данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения (HlthRes-DB):** рассматриваются людские и технические ресурсы здравоохранения (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health/>).

После объединения данные были отформатированы, чтобы привести их в соответствие с метаданными портала Европейского регионального бюро ВОЗ, и загружены в онлайн-режиме в онлайн-базу данных. Были также загружены страновые профили в формате PDF, которые размещены на Европейском портале информации здравоохранения по адресу: <https://gateway.euro.who.int/ru/country-profiles/>.

Наконец, в профилях представлены обзор населения и системы здравоохранения по каждой стране, информация об инфекционных заболеваниях в детском возрасте, сексуальном здоровье и здоровье матерей, рискованном поведении, питании и психическом здоровье и благополучии. В них также характеризуются неравенство и гендерные различия между мальчиками и девочками применительно к шести из показателей.

Базовое обследование для стратегии охраны здоровья детей и подростков

Разработка концепции обследования

Базовое обследование являлось основным инструментом сбора данных о состоянии политики по вопросам охраны здоровья детей и подростков и смежных направлений политики в Европейском регионе в соответствии со стратегией охраны здоровья детей и подростков и дополняло страновые профили. В то время как профили дают общее представление о существующих данных о здоровье детей и подростков по каждой стране, для того чтобы можно было в полной мере оценить ход осуществления стратегии на период до 2020 г. и получить общую картину положения внутри Региона, недоставало некоторой необходимой информации. Для устранения этих пробелов была разработана концепция базового обследования посредством следующего процесса.

Во-первых, программа по вопросам охраны здоровья детей и подростков в Региональном бюро разработала механизм количественной оценки для выявления основных целей, которые связаны со стратегией охраны здоровья детей и подростков и должны быть отражены в окончательном

вопроснике. Были выявлены три цели: 1) усиление политической поддержки разработки и осуществления национальных стратегий охраны здоровья детей и подростков; 2) укрепление систем социально ориентированной медико-санитарной помощи и потенциала общественного здравоохранения в целях улучшения состояния здоровья детей и подростков; и 3) обеспечение наличия конкретной информации для воздействия на социальные детерминанты здоровья и устранения неравенства среди молодежи, родителей и лиц, осуществляющих уход.

Во-вторых, эта группа рассмотрела страновые профили и сформировала вопросы, которые дополняли существующие источники данных на основе вышеупомянутых целей.

Наконец, эксперты из всего Регионального бюро (такие как руководители программ, в частности, по вопросам профилактики насилия и травматизма, питания, табакокурения, употребления алкоголя и охраны материнства) и сотрудничающих центров ВОЗ в Европейском регионе представили свои материалы и внесли предложения в отношении новых вопросов. Далее сформированные вопросы были рассмотрены и переведены на русский язык.

Структура обследования

В общей сложности было отобрано 82 вопроса. Вопросы были разделены на группы с учетом трех основных областей, соответствующих целям механизма количественной оценки: 1) политические условия; 2) социальная ориентация и укрепление потенциала; и 3) фактические данные для устранения неравенства. Вопросы располагались в определенном порядке, начиная с общих вопросов, касающихся стратегий охраны здоровья и государственного управления, и заканчивая наиболее деликатными вопросами о сексуальном и репродуктивном здоровье. Тематические области, охваченные обследованием, в целом соответствуют главам настоящего доклада. Что касается типа собираемых данных, 68% вопросов касались существования в стране той или иной конкретной политики, то есть рекомендованной в стратегии или руководящих принципах ВОЗ (например: «Собираете ли вы систематическую информацию об употреблении алкоголя матерями? Если да, просьба описать»), 19% касались конкретных показателей (например: «Каково общее число случаев госпитализации из-за пневмонии детей в возрасте до 5 лет?») и в 13% требовалось качественное описание (например: «Как вы оцениваете качество предродовых услуг на национальном уровне?»). При запросе качественной информации, как правило, требовалось предоставить фактические данные о той или иной конкретной мере (например, ссылки на соответствующие документы) или объяснить, как осуществляется тот или иной процесс на национальном уровне, как показано выше. Процесс анализа данных наряду с другими фактическими данными иллюстрируется в следующем разделе.

Сбор данных

Вопросник был подготовлен с использованием онлайн-инструмента проведения исследований (SurveyGizmo, Boulder (CO), United States of America) и был направлен в 53 координационных центра ВОЗ в министерствах здравоохранения Европейского региона ВОЗ в августе 2016 г. посредством ссылки для участия по электронной почте. Участникам предлагалось поделиться ссылкой с национальными экспертами по конкретным тематическим областям, а также имелась возможность сохранить вопросник и продолжить его заполнение в любое время. После первоначального приглашения к участию направлялось несколько индивидуальных напоминаний с просьбой предоставить недостающие сведения или ответить на вопросы. Каждый новый ответ, представленный через онлайн-систему, анализировался на предмет недостающих сведений, ясности ответов или потенциальных противоречий между ответами на количественные и качественные вопросы. На момент, когда обследование было закрыто в марте 2017 г., были получены ответы из 48 стран. Некоторые из стран представили лишь частичные ответы и пропустили ряд вопросов, как явствует из карт и таблиц, помещенных в главах основного текста. Несмотря на несколько попыток обсудить этот вопрос с представителями в странах – Албании, Греции, Италии, Монако и Сан-Марино, – они не дали ответов в рамках исследования.

Дополнительные данные

Страновые профили и базовое обследование служат основными источниками данных для данного доклада, однако использовались также несколько других материалов; большинство из этих баз данных основываются на источниках ВОЗ и других учреждений Организации Объединенных Наций.

Европейское обследование ВОЗ 2006 г.

В 2005 г. Региональным комитетом ВОЗ была принята первая европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». В этом контексте в 2006 г. странам была направлена анкета в рамках предыдущего обследования. Хотя большинство вопросов отличались от вопросов последнего по времени базового обследования, есть несколько сопоставимых позиций, которые позволяют провести сравнение за 10-летний период между странами, которые участвовали в обоих обследованиях (19 стран). В рамках обоих обследований, например, странам задавался вопрос о том, приняли ли они стратегию охраны здоровья детей и подростков (см. главу 2) и участвовала ли молодежь в ее рассмотрении или разработке (см. главу 5).

Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)

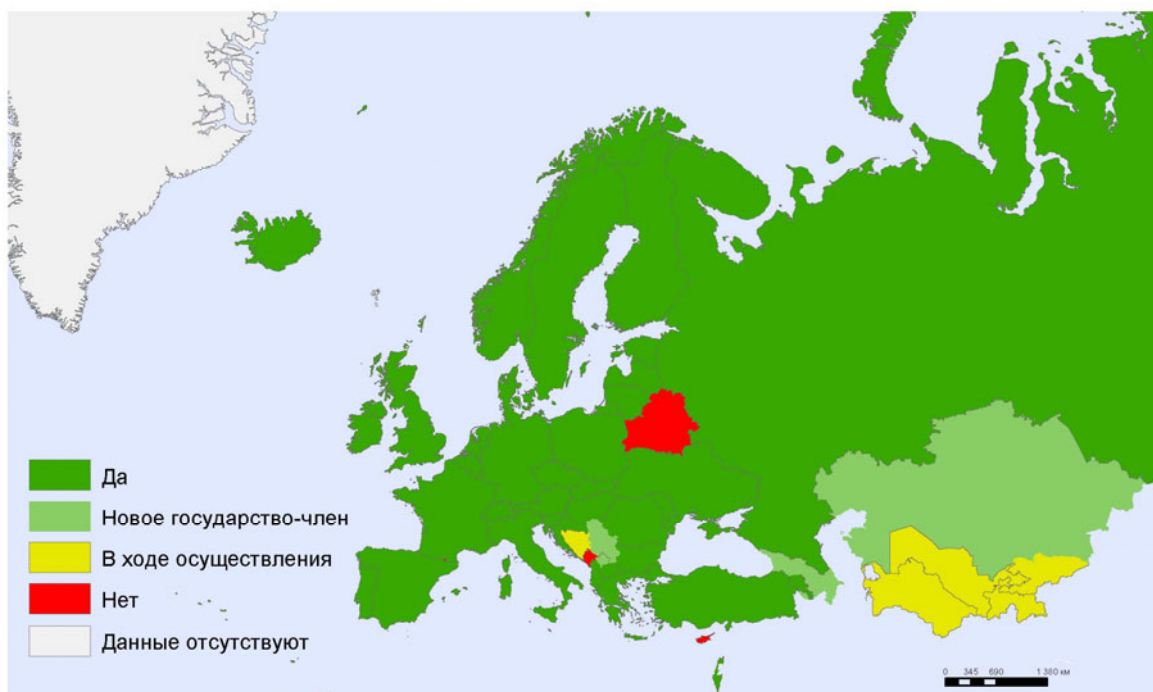
HBSC является межнациональным опросным исследованием, посвященным мониторингу поведения в отношении здоровья детей в возрасте 11, 13 и 15 лет с использованием больших представительных выборок. Сбор данных происходит раз в четыре года, в результате чего оно является одним из главных инструментов, позволяющих понять состояние здоровья молодежи, а также неравенство, обусловленное гендерной принадлежностью и семейным происхождением. Это исследование обеспечило 15 показателей для страновых профилей, а настоящий доклад содержит дополнительные показатели, которые ранее не использовались. На рисунке A1.1 представлены 42 государства-члена из Европейского региона, которые принимают участие в HBSC. Все данные из международных отчетов в рамках HBSC размещены на Европейском портале информации здравоохранения (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/hbsc/>).

Отдел народонаселения Организации Объединенных Наций

Данные Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций (<https://esa.un.org/unpd/wpp/>) использовались в известной степени в качестве основы для расчета показателей, для обеспечения сопоставимости которых требовались сведения о числе детей определенного возрастного диапазона в каждой стране (например, доля детей, содержащихся в специальных учреждениях (см. главу 3)).

Евростат

Евростат обеспечивает некоторые статистические фоновые данные, касающиеся стран Европейского союза (ЕС).

Рисунок А1.1. Государства-члены, участвующие в исследовании HBSC

Исследование «Оценка моделей охраны здоровья детей» (МОСНА)

В главе 4 представлены данные из исследования «Оценка моделей охраны здоровья детей» (МОСНА), в котором проводится сравнение первичной медико-санитарной помощи детям в 30 европейских странах. Его данные поступают из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, заключений экспертов из числа национальных сотрудников категории специалистов и приложения к *Journal of Pediatrics*.

Европейская инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI)

В главе 10 представлены данные об ожирении среди детей в возрасте 6–9 лет.

Глобальная обсерватория здравоохранения

В главе 10 представлены данные о недостаточно активных подростках.

Глобальный обзор политики в области питания

Обзор был разработан в целях содействия представлению сведений для Европейского плана действий ВОЗ в отношении продовольствия и питания на 2015–2020 гг. Данные размещены на Европейском портале информации здравоохранения. В главе 10 представлены данные о статусе осуществления Инициативы по созданию в больницах благоприятных условий для детей грудного возраста и ориентированном на детей маркетинге.

Анализ и представление данных

В нижеследующих подразделах описывается, каким образом данные из различных источников объединялись, анализировались и представлялись в настоящем докладе. В них используются рисунки и таблицы из глав доклада, чтобы пояснить, как они были созданы и как их должен понимать читатель.

Коды стран и сокращения

В таблицах, представленных в конце каждой главы, использовались названия стран, признанные ВОЗ, а также трехзначные коды стран Организации Объединенных Наций в формате ИСО (см. таблицу А1.1). Следует отметить, что название бывшей югославской Республики Македония во всех случаях сокращалось в таблицах и рисунках (из-за нехватки места) с использованием трехзначного кода страны в формате ИСО – MKD (БЮРМ).

Таблица А1.1. Перечень названий стран и сокращений

Код	Страна	Код	Страна
ALB	Албания	KAZ	Казахстан
AND	Андорра	KGZ	Кыргызстан
ARM	Армения	LTU	Литва
AUT	Австрия	LUX	Люксембург
AZE	Азербайджан	LVA	Латвия
BEL	Бельгия	MCO	Монако
BGR	Болгария	MDA	Республика Молдова
BIH	Босния и Герцеговина	MKD	Бывшая югославская Республика Македония
BLR	Беларусь	MLT	Мальта
CHE	Швейцария	MNE	Черногория
CYP	Кипр	NLD	Нидерланды
CZE	Чехия	NOR	Норвегия
DEU	Германия	POL	Польша
DNK	Дания	PRT	Португалия
ESP	Испания	ROU	Румыния
EST	Эстония	RUS	Российская Федерация
FIN	Финляндия	SMR	Сан-Марино
FRA	Франция	SRB	Сербия
GBR	Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	SVK	Словакия
GEO	Грузия	SVN	Словения
GRC	Греция	SWE	Швеция
HRV	Хорватия	TJK	Таджикистан
HUN	Венгрия	TKM	Туркменистан
IRL	Ирландия	TUR	Турция
ISL	Исландия	UKR	Украина
ISR	Израиль	UZB	Узбекистан
ITA	Италия		

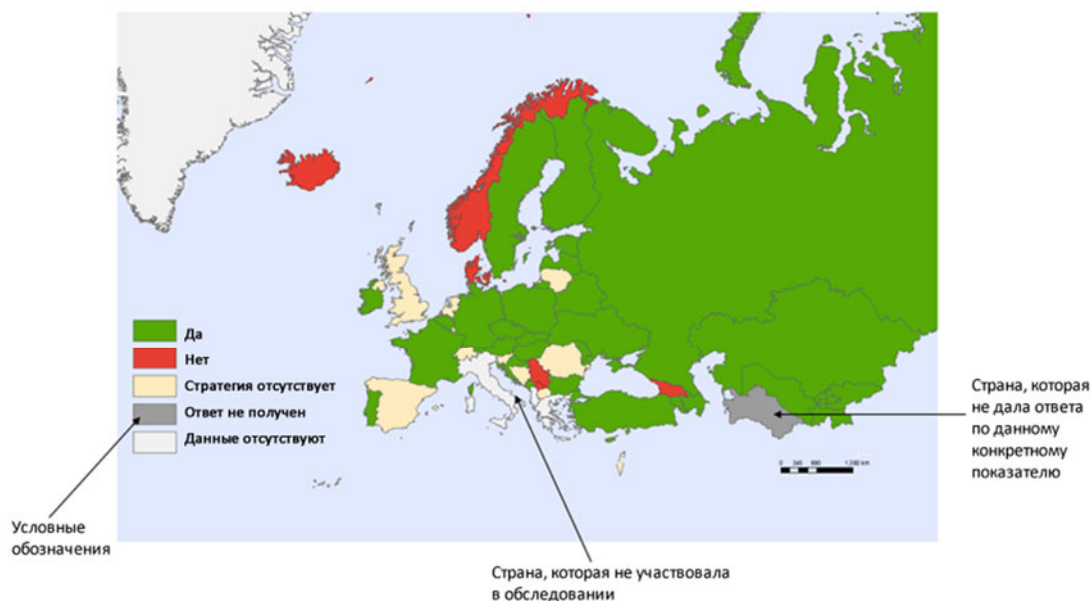
Географическое распределение и страновые группы

Сначала результаты базового обследования анализировались описательно по каждой позиции с использованием однозначных вариантов (например, на вопрос «Имеется ли та или иная определенная политика?» давался ответ либо «да», либо «нет»). Затем использовались два способа наглядного представления: карты и столбиковые диаграммы.

Карты

Карты (см. рис. А1.2 и рис. А1.3) обеспечивают наглядное представление ответов по тому или иному показателю. На рис. А1.3, например, показаны страновые группы с условной окраской. Они были созданы в соответствии с руководящими принципами Европейского регионального бюро ВОЗ, при этом увеличен размер некоторых малых стран и не отображаются государства, не являющиеся членами Европейского региона. Если ответ страны не удается четко определить, например, из-за формата карты или малого размера страны, все ответы можно проверить по таблицам в конце каждой главы. Сверху над таблицами приводится название показателя, а в нижнем левом углу – пояснение условных обозначений. Во всем настоящем докладе утвердительные ответы («да») всегда рассматривались как желательные с точки зрения стратегии или руководящих принципов ВОЗ, поэтому ответы «да» условно обозначаются **зеленым** цветом. Напротив, ответы «нет» выделяются **красным** цветом. Страны, помеченные **серым** цветом, не ответили на конкретный вопрос, а страны, обозначенные **белым** цветом (такие как Италия и Греция), не участвовали в обследовании.

Рисунок А1.2. Пример карты



Столбиковые диаграммы

Столбиковые диаграммы (рис. А1.4) могут рассматриваться как дополнение к картам. На них представлены ответы, относящиеся к одному и тому же показателю, однако анализ проводится в разбивке по официальным страновым группам. Страновые группы перечислены в таблице А1.2. Следует отметить, что некоторые страны не принадлежат ни к одной из групп и поэтому представлены только в составе левого столбика, обозначаемого словами «В целом», а некоторые страны принадлежат к нескольким категориям. Условная окраска также несколько отличается от применяемой на картах, что явствует из пояснения условных обозначений.

Рисунок А1.3. Страновые группы

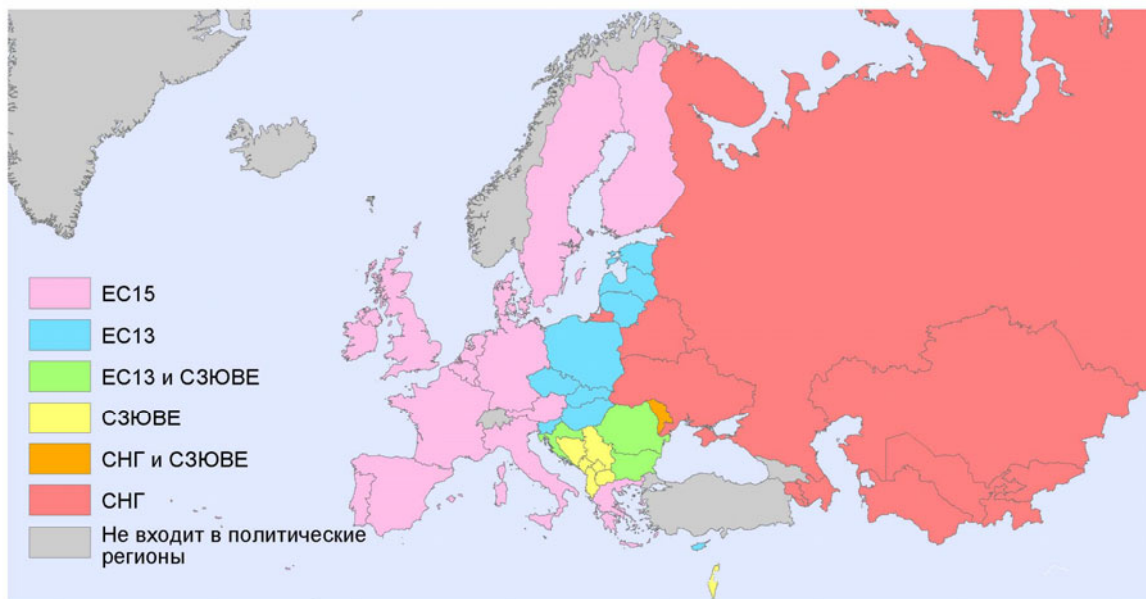


Рисунок А1.4. Пример столбиковой диаграммы

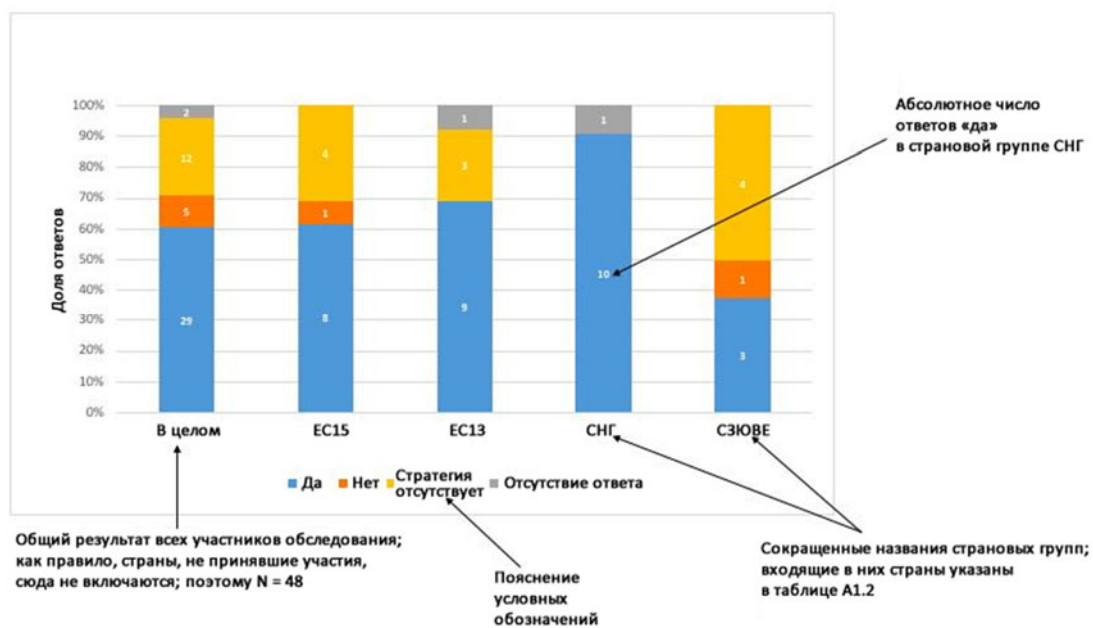


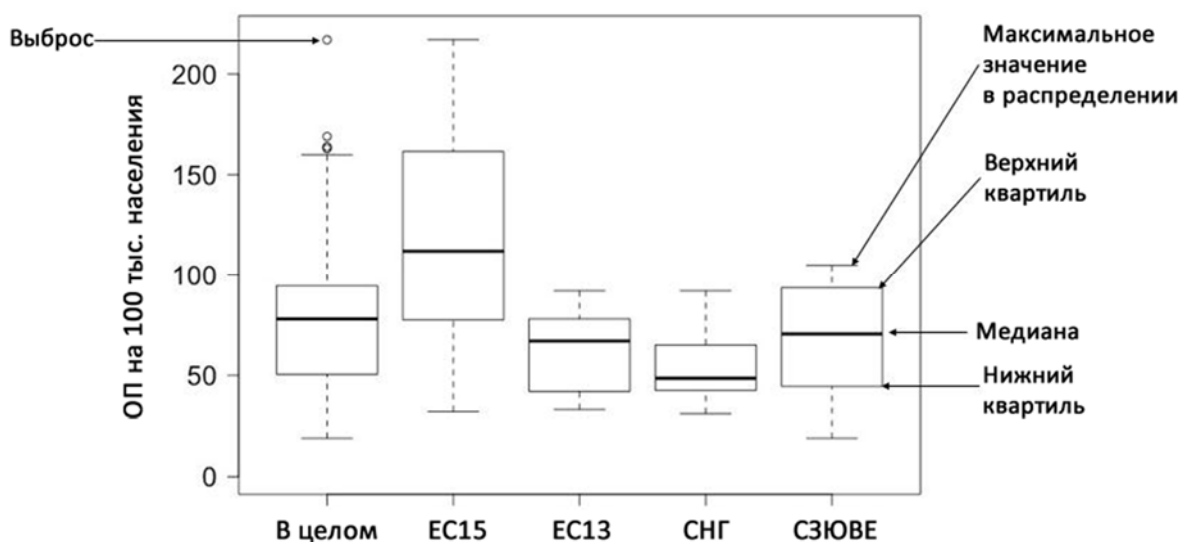
Таблица А1.2. Общий обзор страновых групп

Обозначение группы	Описание	Страны
СНГ	Содружество Независимых Государств	Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина
СЗЮВЕ	Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы	Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Черногория
ЕС15	Государства-члены, входившие в состав Европейского союза до мая 2004 г.	Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швеция
ЕС13	Государства-члены, вступившие в Европейский союз после мая 2004 г.	Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Хорватия, Чехия, Эстония
Страны, не являющиеся членами конкретной группы	Страны, которые не принадлежат ни к одной из групп, указанных в данной таблице; они включаются в столбик, обозначенный «В целом»	Андорра, Грузия, Исландия, Монако, Норвегия, Сан-Марино, Турция, Швейцария,

Коэффициенты и количественные показатели

Некоторые из результатов в главах были получены на основе количественных показателей и были представлены в виде коробчатых диаграмм (см. рис. А1.5). Диаграммы строились с использованием статистического пакета *R* и составлялись с использованием страновых групп, описанных в таблице А1.2. Величина среднего значения обозначена жирными черными линиями на каждой коробчатой диаграмме и представляет медианное значение в соответствующей группе. Значение по каждой стране приводится в сводной таблице в конце каждой главы. По ряду переменных в главе 11 выполнялся дополнительный количественный анализ в виде регрессионного анализа (см. ниже раздел о дополнительном анализе для главы 11).

Рисунок А1.5. Пример коробчатой диаграммы



Качественный анализ

Помимо количественных результатов, некоторая информация, представленная в главах, получена из ответов, помещавшихся странами в полях для комментариев в ходе всего обследования и касавшихся качественных аспектов. В общей сложности базовое обследование содержало 51 вопрос с компонентами, требовавшими качественных ответов. Государства-члены отвечали на эти вопросы по своей воле, в результате чего доля ответивших на различные вопросы составляла от 21 до 87%. Затем было проанализировано отобранное число качественных показателей. Они отбирались по признаку максимальной доли ответивших и их способности дополнить соответствующие количественные статистические данные в докладе, чтобы помочь лучше понять положение в Европейском регионе. В таблице А1.3 перечислены отобранные качественные показатели.

Таблица А1.3. Качественные показатели, отобранные для анализа, перечисляемые в порядке убывания доли ответивших

Вопрос	Глава	Доля ответивших (%)
1. Как обеспечивается соблюдение минимального возраста при покупке алкоголя? Просьба описать	7. Поведение, сопряженное с риском, и исследовательское поведение	86,8
2. Какой вид дружественных к подросткам медико-санитарных услуг вы обеспечиваете? Просьба описать	4. Системы здравоохранения и качество помощи	84,9
3. Просьба описать: у вас есть политика стимулирования исключительно грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения?	10. Питание и физическая активность	84,9
4. Просьба описать и дать ссылку (ссылки) на соответствующую документацию: у вас имеется система, поддерживающая развитие детей раннего возраста?	6. Охрана здоровья в школах	83,0
5. Просьба описать: есть ли омбудсмен по делам детей, обладающий полномочиями в отношении прав детей и подростков?	5. Права и участие	79,3
6. Можете ли вы привести пример (примеры) политики правительства, которая рассматривалась с точки зрения ее воздействия на состояние здоровья детей и подростков? Политика правительства может включать, например, политику в области сельского хозяйства, транспорта, жилищного строительства, правосудия или развития, либо налогово-бюджетные решения	2. Руководство и стратегия в сфере охраны здоровья детей и подростков	73,6

Ответы анализировались с использованием подхода на основе тематического анализа, в рамках которого текст кодировался в соответствии с основными понятиями, имеющими отношение к области каждого показателя. Чтобы в общих чертах представить этот поэтапный процесс, в качестве примера используется показатель 5: «*Просьба описать: есть ли омбудсмен по делам детей, обладающий полномочиями в отношении прав детей и подростков?*»

Сначала ответы по каждому показателю были оперативно проанализированы, потенциальные темы были обобщены и направлены членам группы для представления замечаний и подтверждения. Для данного вопроса, помимо ответов «да» или «нет», потенциальные темы, определенные по качественным ответам, включали: 1) главный предмет полномочий

омбудсмена (дети и/или права); 2) орган, в состав которого входит омбудсмен, и его точная роль (правительство, совет, уполномоченный, советник); 3) уровень полномочий (федеральный, национальный); и 4) другое. Затем, после обсуждения членами группы и подтверждения направления анализа, ответам присваивались тематические коды, исходя из потенциальных тем. В случае показателя 5 акцент при анализе был сделан на том, являются ли предметом полномочий омбудсмена в странах исключительно права детей или они носят более широкий характер. Группу также интересовал уровень полномочий, на котором действовал омбудсмен, и то, за какие конкретные направления деятельности он отвечал. Кодированные результаты сводились в матричные таблицы. Для завершения анализа подсчитывалось число стран, указавших определенные темы в своих ответах. Отвечая на данный вопрос, из 30 стран, описавших в своих ответах главный предмет полномочий омбудсмена, 23 указали в качестве главного предмета полномочий омбудсмена только права детей, а семь стран указали более широкую целевую группу населения; эти две категории являются взаимоисключающими. Для таких категорий, как «сведения об обязанностях омбудсмена», число стран в каждой подкатегории (т.е. поощрение прав детей, мониторинг прав детей, административные обязанности) не является взаимоисключающим, поскольку иногда страны указывали несколько обязанностей. Все окончательные темы и их частоты представлялись в тексте главы.

При ознакомлении с качественными результатами важно учитывать следующее.

- Качественные ответы представлялись странами добровольно, поэтому процентные показатели не в полной мере отражают реальное положение в Европейском регионе. Однако они обеспечивают полезную информацию о потенциальных тенденциях.
- Предполагается, что ответы должны рассматриваться как дополнение к количественным ответам. Государствам-членам часто предлагалось дать однозначный ответ, и текст по качественной оценке позволяет получить дополнительную информацию о положении в стране помимо ответа «да» или «нет».

Сводные таблицы

Сводные таблицы (см. рис. А1.6) помещаются в конце каждой главы и представляют результаты по всем показателям в разбивке по странам. В левой части сводной таблицы представлены однозначные ответы из базового обследования. Эти данные (часто в формате «да»/«нет») обозначены зеленым и светло-красным цветом с указанием соответствующих значений. В случае условных вопросов, если участник ответил «нет» на первоначальный вопрос, его ответ (ответы) на последующие условные вопросы будет содержать письменный вариант ответа на первоначальный вопрос (например: «*Есть ли у вас стратегия*» (*стратегия и руководство*) – Нет»; ответ на вопрос «*Есть ли у вас бюджет, выделенный для осуществления стратегии?*» в таблице будет выглядеть как «Нет стратегии»).

Пояснение условных обозначений в таблице

1. [Зеленый цвет] Да
2. [Светло-красный] Нет
3. [–] данные отсутствуют:
 - a. белый фон – страна не участвовала
 - b. серый фон – страна не ответила на вопрос.

В правой части сводных таблиц представлены сокращенные обозначения стран и количественные показатели. Количественные показатели обозначены цветом таким образом, что более темные оттенки синего цвета представляют более высокие значения, а более светлые оттенки синего цвета представляют более низкие значения. Ответ на вопрос о том, можно ли считать более высокие значения более или менее желательными, зависит от конкретного показателя и может быть получен из описательной части тех глав, в которых обсуждаются результаты.

Сводные данные

Сводные данные по каждому показателю приводятся в нижней части сводной таблицы. В случае показателей, полученных из базового обследования, сводные данные относятся ко всем участвующим странам ($N = 48$). Отсутствующие значения не представлены в сводных данных, но могут быть рассчитаны, исходя из 100% в каждой категории.

В случае количественных показателей сводные данные рассчитываются:

- исходя из общего числа полученных ответов по данному показателю;
- только в тех случаях, когда имеется более половины значений (53), или в отношении 26 стран:
 - за исключением коэффициентов госпитализации (глава 4), поскольку авторами настоящего доклада среднее значение все же рассматривалось как информативное;
- с использованием, как правило, процентных пунктов в качестве показателя; и
- с указанием среднего значения, максимального значения и минимального значения с соответствующими названиями стран (на основе имеющихся данных).

Рисунок А1.6. Пример сводной таблицы

Страна	Показатели												Код страны						
	Система содействия ИРЭЗ	Стратегия обеспечения медицинского обслуживания в школах	Координация школьного учета между различными секторами	Стратегия, ориентированная на доступность ресурсов для здоровья подростков в школах	Национальная стратегия в отношении табака, содержащая укрепление здоровья	Национальная стратегия в отношении школ поощряет вопросы физического здоровья подростков	Процессинг для борьбы с насилием со стороны интимного партнера	Число детей, не посещающих начальную школу	Показатель участия в организованном обучении										
Австрия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	7	-				AUT						
Азербайджан	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	11	21				AZE						
Албания	-	-	-	-	-	-	-	9	98				ALB						
Андорра	Нет	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	-	-				AND						
Армения	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	7	-				ARM						
Беларусь	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	7	99				BLR						
Бельгия	Да	-	-	Нет	-	-	-	1	100				BEL						
Болгария	Да	Да	Да	Да	-	-	-	4	93				BGR						
Босния и Герцеговина	Да	Да	Да	П/	Нет	Да	Нет	-	-				BHN						
Венгрия	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	4	95				HUN						
Германия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	-	0,9	95				DEU						
Греция	-	-	-	-	-	-	-	0,2	95				GRC						
Грузия	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	3	53				GEO						
Дания	Да	Нет	Нет	П/	Да	Нет	Да	2	99				DNK						
Израиль	Да	Да	Да	П/	Да	Да	Да	3	100				ISR						
Ирландия	Да	Да	Нет	П/	Да	Да	Да	0,3	96				IRL						
Исландия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	2	99				ISL						
Испания	-	-	-	Да	-	-	Да	2	99				ESP						
Италия	-	-	-	-	-	-	-	2	99				ITA						
Казахстан	Да	Да	Да	П/	Да	Да	Да	1	95				KAZ						
Кипр	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	2	92				CYP						
Кыргызстан	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	0,7	67				KGZ						
Латвия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	3	97				LVA						
Литва	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	3	97				LIU						
Люксембург	Да	Да	Да	Нет	-	Да	Да	5	98				LUX						
Мальта	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Да	5	100				MLT						
МКД ¹	Да	Да	Да	П/	Нет	Нет	Нет	8	36				MKD						
Монако	-	-	-	-	-	-	-	-	-				MCO						
Нидерланды	Да	-	Нет	Нет	Нет	Нет	-	3	-				NLD						
Норвегия	Да	Да	-	Да	Нет	-	Да	0,3	99				NOR						
Польша	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	3	89				POL						
Португалия	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	4	96				PRT						
Республика Молдова	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	9	-				MDA						
Российская Федерация	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	3	83				RUS						
Румыния	Да	Да	Да	Да	Нет	-	Нет	10	90				ROU						
Сан-Марино	-	-	-	-	-	-	-	7	95				SMR						
Сербия	Да	Да	Да	П/	Нет	Нет	Да	4	99				SRB						
Словакия	Да	Да	Да	П/	Да	Да	Да	-	-				SVK						
Словения	-	Да	Да	Да	Да	-	-	3	94				SVN						
Соединенное Королевство	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	0,1	-				GBR						
Таджикистан	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	4	12				TJK						
Туркменистан	Да	Да	Да	П/	Да	Да	Да	-	-				TKM						
Турция	Да	Да	Да	Да	Да	Да	-	5	73				TUR						
Узбекистан	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	9	33				UZB						
Украина	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Да	2	-				UKR						
Финляндия	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	0,9	100				FIN						
Франция	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	0,9	100				FRA						
Хорватия	Да	Да	Да	П/	Нет	Нет	Да	1	99				HRV						
Черногория	Да	Да	Нет	П/	Нет	Да	Нет	2	-				MNE						
Чехия	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет	-	-				CZE						
Швейцария	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да	1	100				CHE						
Швеция	Да	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	0,4	98				SWE						
Эстония	Да	Да	Да	П/	Да	Да	Да	3	92				EST						
% в целом	Да, (П/), Нет	94	2	90	4	83	10	58	25	17	58	33	60	27	63	25	4	87	Средний показатель
% ЕС15	Да, (П/), Нет	92	0	69	8	62	23	46	15	38	54	23	62	23	77	0	11	100	Максимальное значение
% ЕС13	Да, (П/), Нет	92	0	92	8	69	23	8	69	23	8	69	23	46	31	62	23	AZE	Страна с максимальным показателем
% СНГ	Да, (П/), Нет	100	0	100	0	100	0	82	18	0	64	36	64	36	55	45	0,1	12	Минимальное значение
% СЭУВЕ	Да, (П/), Нет	100	0	100	0	88	13	38	62	0	25	63	50	25	38	50	GBR	TJK	Страна с минимальным показателем

Сводные данные по однозначным ответам на вопросы из базового обследования

Процентная доля ответов «да» среди всех стран, участвовавших в базовом обследовании

Сводные данные со средним и максимальным/минимальным значениями

Количественный показатель, максимальное значение на темном фоне

Не участвовала в сборе этих данных

Вопрос, оставшийся без ответа в ходе базового обследования в 2017 г.

Трёхзначный код страны в формате ИСО (соответствующий полному названию страны в левом столбце)

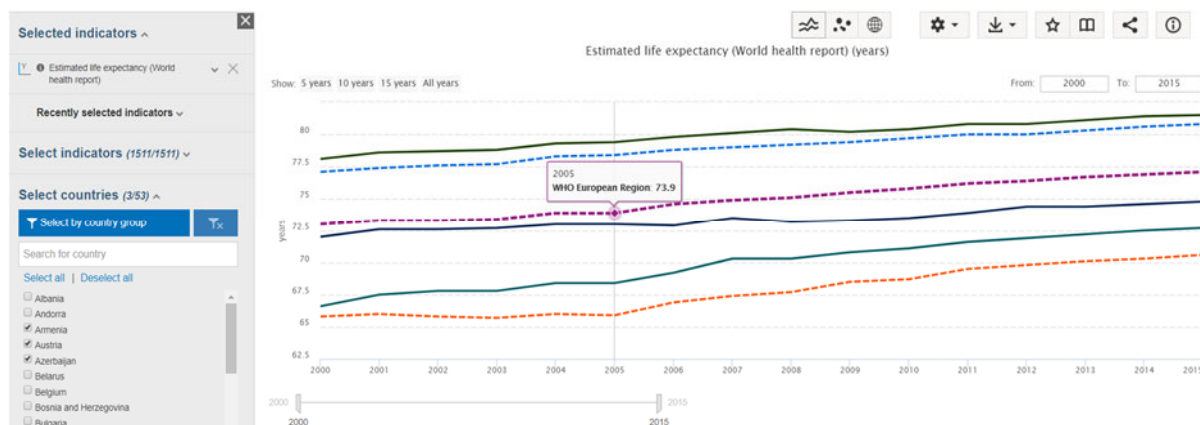
Дополнительный анализ для главы 11

Для изучения связи между детской смертностью (вероятностью смерти в возрасте до 5 лет) и набором социально-экономических и политических переменных, полученных от Группы Всемирного банка и организации «Трансперенси Интернэшнл», был проведен ряд простых статистических анализов имеющихся данных. Эти анализы были проведены в программе SPSS версии 24 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk (NY): IBM Corp. Released 2016.) и включают стандартный корреляционный и одномерный линейный регрессионный анализ. Для обеспечения соответствия данных допущениям линейной регрессии использовались логарифмические преобразования. Результаты каждого анализа представлены в обобщенном виде в таблице ниже; в главе представлены значения r^2 (показатель согласия модели) в качестве критерия связи между прогностическим параметром и зависимой переменной, а также p -значение для каждой модели в качестве показателя статистической значимости. Статистическая значимость была установлена на уровне $p < 0,05$. В целях удобства толкования коэффициенты регрессии в докладе были опущены, однако они могут быть получены в ВОЗ по запросу. Проводились только одномерные анализы, и это следует учитывать при толковании результатов.

Самостоятельное ознакомление с данными: Европейский портал информации здравоохранения

Все данные, представленные в различных главах, размещены на Европейском портале информации здравоохранения. Целью является дать отдельным лицам возможность получить сводные данные, повторить анализ, представленный в докладе, или провести свой собственный, повышая тем самым доступность и прозрачность данных об охране здоровья детей и подростков. Вновь созданный инструмент – **путеводитель по базе данных «Здоровье для всех»** – позволяет любому человеку ознакомиться с данными общественного здравоохранения (<https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>). На рисунке A1.7 представлен пример диаграммы, которая может быть создана в интерактивном режиме и экспортирована.

Рисунок A1.7. Пример интерфейса путеводителя по базе данных «Здоровье для всех»



Наборы данных содержат фактические данные, относящиеся к самым различным темам общественного здравоохранения, и зачастую позволяют анализировать тенденции за длительный период. Диаграммы и карты могут создаваться в интерактивном режиме и легко экспортироваться для использования в докладах или презентациях. Это возможно также в отношении отдельных стран и страновых групп, что позволяет проводить сравнения внутри всего Региона. Лицам, определяющим политику, исследователям, специалистам-практикам и любым другим заинтересованным лицам настоятельно рекомендуется использовать этот инструмент для ознакомления с темами, которые они считают важными, и их поддержки.

Приложение 2

Сопоставление показателей

Европейское региональное бюро ВОЗ сопоставило свою стратегию охраны здоровья детей и подростков с другими международными усилиями, такими как Цели Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития (ЦУР) и Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков, чтобы показать, что она дополняет эти усилия. Полученные результаты, представленные в таблице A2.1, указывают на высокую степень взаимодействия между этими усилиями. Приложение 3 дополняет эту работу, поскольку в нем конкретно прослеживается связь между показателями, представленными в настоящем докладе, и ЦУР. Это говорит о том, что, осуществляя национальную стратегию, которая соответствует Европейской стратегии, государства-члены будут также вносить вклад в вышеупомянутые области деятельности.

Таблица A2.1. Сопоставление ЦУР, Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков и Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков

Показатель ЦУР	Показатель Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков	Показатель мониторинга хода осуществления Европейской стратегии (номер рисунка в настоящем докладе или название/источник (страновые профили или глава доклада) показателя)
1.1.1 Доля населения, живущего за международной чертой бедности	11.1 Доля населения, живущего за международной чертой бедности, в разбивке по полу, возрасту, статусу занятости и месту проживания	% детей, подвергающихся риску бедности и социальной изоляции (0–15 лет)/страновые профили
1.4.1 Доступ к базовым услугам		Рис. 9.3 Рис. 9.4
1.a.2 Государственные расходы на основные услуги		Государственные расходы на здравоохранение, в % от общих расходов на здравоохранение/страновые профили
2.2.1 Задержка роста	6.1 Распространенность задержки роста (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя роста к возрасту ребенка в соответствии с нормами роста детей, установленными ВОЗ, < –2) среди детей в возрасте до 5 лет	Задержка роста/глава 10
2.2.2 Истощение/ожирение	6.2 Распространенность неполноценного питания (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя веса к возрасту в соответствии с нормами роста детей, установленными ВОЗ, > +2 или < –2) среди детей в возрасте до 5 лет в разбивке по виду (истощение и ожирение)	Истощение/глава 10 Рис. 10.11 Рис. 10.12
3.1.1 Материнская смертность	1.1 Коэффициент материнской смертности	Рис. 3.33 Рис. 3.34 Как вы оцениваете качество дородовых услуг на национальном уровне?/страновые профили
3.2.1 Смертность детей в возрасте до 5 лет	3.1 Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождений/страновые профили и глава 11

Таблица А2.1 (продолж.)

Показатель ЦУР	Показатель Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков	Показатель мониторинга хода осуществления Европейской стратегии (номер рисунка в настоящем докладе или название/источник (страновые профили или глава доклада) показателя)
3.2.2 Коэффициент неонатальной смертности	2.1 Коэффициент неонатальной смертности	Смерти в раннем неонатальном периоде, на 1000 живорождений/страновые профили Рис. 4.16 Рис. 4.17
3.3.1 Число новых заражений ВИЧ	4.1 Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных в разбивке по возрасту и полу	Новые случаи заражения, в процентах от общего числа зарегистрированных случаев заражения/страновые профили; оценочные показатели распространенности ВИЧ среди детей (0–14 лет)/глава 9; показатели распространенности ВИЧ среди подростков (15–24 лет)/зарегистрированные случаи заражения/глава 9
3.4.2 Смертность от самоубийств	5.3 Коэффициент смертности от самоубийств в разбивке по возрасту и полу	Рис. 8.8
3.5.2 Злоупотребление алкоголем		Рис. 7.1 Рис. 7.2 Рис. 7.3 Рис. 7.4 Рис. 7.5–7.7 Оказывают ли службы социального обеспечения поддержку молодым людям, члены семьи которых злоупотребляют алкоголем?/страновые профили
3.7.1 Женщины в возрасте от 15 лет, чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	7.1 Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	Рис. 5.15 Рис. 5.16 Рис. 5.17 Рис. 5.18 Рис. 7.22 Рис. 7.23
3.7.2 Показатель рождаемости среди девушек-подростков	7.2 Показатель рождаемости среди девушек-подростков (в возрасте от 10 до 14 лет, в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 женщин в данной возрастной группе	Число живорождений среди молодых матерей (младше 20 лет)/страновые профили и глава 11
3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами		Общие расходы на здравоохранение, паритет покупательной способности (ППС) в долл. США на душу населения/страновые профили Государственные расходы на здравоохранение, в % от общих расходов на здравоохранение/страновые профили Рис. 11.6 Анализируется ли охват данными основных мер вмешательства с точки зрения следующих различий, например: рис. 3.3 и 3.4. Рис. 3.5 и 3.6 в разбивке по социально-экономическому положению; рис. 3.7 и 3.8. Рис. 3.9 и 3.10. Рис. 3.1 и 3.2 Рис. 3.11 и 3.12 Рис. 3.17–3.21 Рис. 3.13 и 3.14 Рис. 4.5 и 4.6 Рис. 4.9 и 4.10 Рис. 5.11 и 5.12

Таблица А2.1 (продолж.)

Показатель ЦУР	Показатель Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков	Показатель мониторинга хода осуществления Европейской стратегии (номер рисунка в настоящем докладе или название/источник (страновые профили или глава доклада) показателя)
3.a.1 Распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет	5.1 Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет в разбивке по возрасту и полу	Рис. 7.8 и 7.9 Рис. 7.10 Рис. 7.11
3.b.1 Охват иммунизацией всеми вакцинами	3.5 Доля детей, охваченная иммунизацией всеми вакцинами	Распространенность вакцин (глава 9): дифтерия/страновые профили Рис. 9.1 <i>Haemophilus influenzae</i> типа В (Hib)/страновые профили; пневмококковая конъюгированная вакцина (ПКВ)/страновые профили; вирус папилломы человека/страновые профили; и ротавирус/страновые профили Рис. 9.2
3.c.1 Число медицинских работников на душу населения		Рис. 4.2 Рис. 4.3 Рис. 4.4 Рис. 8.5. Число детских психологов на 100 тыс. детей/страновые профили Рис. 3.35 и 3.36 За последний календарный год каковы число или доля детей и подростков в возрасте до 18 лет, проходивших лечение у специалиста по проблемам психического здоровья в связи с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и аутизмом/глава 8
4.2.1 Развитие детей раннего возраста	8.1 Доля детей в возрасте до 5 лет, которые развиваются без отклонений в плане здоровья, обучения и психосоциального благополучия, в разбивке по полу	Рис. 6.1 Есть ли у вас система, поддерживающая развитие детей раннего возраста?/страновой профиль
4.2.2 Уровень участия в организованных видах обучения	8.2 Уровень участия в организованных видах обучения (за один год до достижения официального возраста поступления в школу) в разбивке по полу	Рис. 6.2 Рис. 6.3
5.2.1 Сексуальное насилие со стороны интимного партнера	13.2 Доля когда-либо имевших партнера женщин и девочек в возрасте от 15 лет, подвергавшихся физическому, сексуальному или психологическому насилию со стороны нынешнего или бывшего интимного партнера за последние 12 месяцев, в разбивке по формам насилия и возрасту	Рис. 3.28 и 3.29 Рис. 6.16 и 6.17
5.2.2 Сексуальное насилие со стороны кого-либо, кроме интимных партнеров		Рис. 3.28 и 3.29 Рис. 6.16 и 6.17

Таблица А2.1 (продолж.)

Показатель ЦУР	Показатель Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков	Показатель мониторинга хода осуществления Европейской стратегии (номер рисунка в настоящем докладе или название/источник (страновые профили или глава доклада) показателя)
5.6.1 Женщины в возрасте от 15 лет, самостоятельно принимающие обдуманные решения о сексуальных отношениях, применении противозачаточных средств и обращении за услугами по охране репродуктивного здоровья	7.3 Доля женщин в возрасте от 15 до 49 лет, самостоятельно принимающих обдуманные решения о сексуальных отношениях, применении противозачаточных средств и обращении за услугами по охране репродуктивного здоровья	Рис. 7.22 и 7.23 Рис. 3.28 и 3.29 Рис. 6.16 и 6.17
5.6.2 Страны, где действуют законы и нормативные акты, гарантирующие доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья	7.4 Число стран, где действуют законы и нормативные акты, гарантирующие женщинам в возрасте от 15 до 49 лет доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья и просвещению в этой сфере	Рис. 9.2 Рис. 5.15 и 5.16 Рис. 5.17 и 5.18
6.1.1 Водоснабжение, организованное с соблюдением требований безопасности	14.1 Доля населения, пользующегося услугами водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности	Рис. 9.3
6.2.1 Организованные с соблюдением требований безопасности услуги санитарии и гигиены	14.2 Доля населения, использующего организованные с соблюдением требований безопасности услуги санитарии, включая устройства для мытья рук с мылом и водой	Рис. 9.4
10.7.2 Страны, проводящие хорошо продуманную миграционную политику		Общая численность иммигрантов/страновые профили; численность детей-иммигрантов (0–14 лет)/страновые профили Численность подростков-иммигрантов (15–19 лет)/страновые профили Рис. 3.11 и 3.12 Рис. 3.17–3.21 Рис. 3.15 и 3.16
16.1.1 Жертвы умышленных убийств		Убийства детей (0–14 лет)/страновые профили и глава 7
16.2.1 Физические наказания детей		Рис. 3.26 и 3.27
16.2.3 Сексуальное насилие в отношении детей	13.5 Доля молодых женщин и мужчин в возрасте от 18 до 29 лет, подвергшихся сексуальному насилию до достижения 18 лет	Рис. 3.28 и 3.29 Рис. 6.16 и 6.17
16.а.1 Наличие независимых национальных правозащитных институтов, действующих в соответствии с Парижскими принципами		Есть ли омбудсмен по делам детей, обладающий полномочиями по защите прав детей?/глава 5 Рис. 5.2 и 5.3

Таблица А2.1 (продолж.)

Показатель ЦУР	Показатель Глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков	Показатель мониторинга хода осуществления Европейской стратегии (номер рисунка в настоящем докладе или название/источник (страновые профили или глава доклада) показателя)
17.16.1 Страны, сообщающие о прогрессе в деле применения механизмов контроля за эффективностью развития с участием многих заинтересованных сторон, которые служат подспорьем в достижении ЦУР	17.1 Число стран, сообщающих о прогрессе в деле применения механизмов контроля за эффективностью развития с участием многих заинтересованных сторон, которые служат подспорьем в достижении ЦУР	Рис. 2.11–2.13 Рис. 5.4 и 5.5 Рис. 6.6 и 6.7
	2.3 Доля детей, которых кормили грудью в течение первого часа после рождения	Рис. 10.6
	3.2 Доля детей с диареей, принимавших солевые растворы для пероральной регидратации	Пероральная регидратация при диарее (0–4 года)/страновые профили и глава 9
	3.3 Доля детей с подозрением на пневмонию, направленных в соответствующие медицинские учреждения	Каков общий коэффициент госпитализации из-за пневмонии детей в возрасте до 5 лет (на 1000 детей в возрасте до 5 лет)?/страновые профили и глава 9
	3.4 Доля детей в возрасте до 6 месяцев, вскармливаемых исключительно грудным молоком	Рис. 10.4 Рис. 10.5 Рис. 10.2 Рис. 10.3
	6.3 Распространенность недостаточной физической активности среди подростков	Рис. 10.23 и 10.24 Рис. 10.21 и 10.22
	6.5 Доля детей в возрасте от 6 до 23 месяцев, получающих минимально приемлемый рацион питания	Рис. 10.7 и 10.8 Рис. 10.9 и 10.10
	10.2 Текущие расходы страны на здравоохранение на душу населения (в том числе конкретно на охрану репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, с финансированием из внутренних источников)	Общие расходы на здравоохранение, ППС в долл. США на душу населения/страновые профили
	10.3 Личные расходы на здравоохранение в процентах от общих расходов на здравоохранение	Личные расходы частных домохозяйств на здравоохранение, в процентах от общих расходов на здравоохранение/страновые профили
	7.5 Доля мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет, обладающих основными знаниями об услугах и правах в области сексуального и репродуктивного здоровья	Рис. 5.9 и 5.10 Рис. 5.13 и 5.14 Рис. 6.14 и 6.15

Приложение 3

Показатели, представленные в докладе

Показатели, представленные в докладе, приводятся в таблице А3.1. Ссылки на использованные издания см. в разделе ссылок соответствующих глав.

Таблица А3.1. Показатели, представленные в докладе








Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
ГЛАВА 1					
1.1	Смертность в разбивке по возрастным группам и странам	Смертность детей и подростков в Европейском регионе, в разбивке по возрастным группам и странам	Межучрежденческая группа Организации Объединенных Наций по оценке детской смертности (UNIGME)	2017	
1.2	Смертность в возрасте до 5 лет после 1980 г.	Смертность в возрасте до 5 лет в Европейском регионе после 1980 г., в разбивке по страновым группам	UNIGME	2017	
1.3	Смертность в возрасте до 5 лет в разбивке по страновым группам	Смертность в возрасте до 5 лет в разбивке по страновым группам	UNIGME	2017	
1.4	Частота подростковой беременности	Частота подростковой беременности в разбивке по страновым группам	Глобальная обсерватория здравоохранения	2015	
ГЛАВА 2					
2.1, 2.2	Наличие стратегии охраны здоровья детей и подростков в 2017 г.	Имеется ли у вас национальная стратегия охраны здоровья и развития детей и подростков, принятая в последние 5 (пять) лет?	Базовое обследование	2017	 
2.3, 2.4	Наличие бюджета, выделенного для стратегии	Имеется ли у нее бюджет, выделенный парламентом или правительством?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)











Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
2.5, 2.6	Тип стратегии	Это самостоятельная стратегия или часть другой стратегии?	Базовое обследование	2017	17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 
		Если охрана здоровья детей и подростков является «частью других политики или стратегии», просьба пояснить, какой именно	Базовое обследование	2017	3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ  17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 
2.7, 2.8	Планы по пересмотру стратегии до 2020 г.	Имеются ли планы по пересмотру существующей стратегии охраны здоровья детей и подростков до 2020 г.?	Базовое обследование	2017	3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ  17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 
	Участие молодежи в разработке стратегии охраны здоровья детей и подростков (2017 г.)	Участвует ли молодежь в пересмотре/разработке/осуществлении стратегии охраны здоровья детей и подростков?	Базовое обследование	2017	3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ  17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 
2.9, 2.10	Системы мониторинга хода осуществления стратегии	Внедрены ли системы мониторинга хода осуществления стратегии охраны здоровья детей и подростков на основе согласованных целей или показателей?	Базовое обследование	2017	17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 
2.11, 2.12, 2.13	Механизм межсекторального планирования (2017 г.)	Существует ли механизм межсекторального и межведомственного планирования и осуществления в целях охраны здоровья детей и подростков?	Базовое обследование	2017	17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 
		Какие секторы представлены в межсекторальной целевой группе/рабочей группе/комитете?	Базовое обследование	2017	17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ 

Таблица А3.1 (продолж.)







Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
		Как часто межсекторальная целевая группа/рабочая группа/комитет проводит заседания?	Базовое обследование	2017	
		Можете ли вы привести пример (примеры) политики правительства, которая рассматривалась с точки зрения ее воздействия на состояние здоровья детей и подростков? Политика правительства может включать, например, политику в области сельского хозяйства, транспорта, жилищного строительства, правосудия или развития либо налогово-бюджетные решения	Базовое обследование	2017	
2.14, 2.15	Наличие ежегодного доклада о положении детей и подростков	Составляете ли вы ежегодный доклад о положении детей и подростков в вашей стране?	Базовое обследование	2017	
ГЛАВА 3					
3.1, 3.2	Анализ данных об охвате детей и подростков медико-санитарной помощью с точки зрения различий в зависимости от пола	Анализируются ли данные об охвате основными мерами вмешательства с точки зрения различий, например, в зависимости от: <ul style="list-style-type: none"> – сельских, пригородных и конкретных городских районов; – социально-экономического положения; – этнического происхождения; – статуса мигранта; – пола? 	Базовое обследование	2017	  

Таблица А3.1 (продолж.)







Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
3.3, 3.4	Анализ данных об охвате детей и подростков медико-санитарной помощью с точки зрения различий в зависимости от сельских, пригородных и конкретных городских районов	Анализируются ли данные об охвате основными мерами вмешательства с точки зрения различий, например, в зависимости от: – сельских, пригородных и конкретных городских районов; – социально-экономического положения; – этнического происхождения; – статуса мигранта; – пола?	Базовое обследование	2017	 
3.5, 3.6	Анализ данных об охвате детей и подростков медико-санитарной помощью с точки зрения различий в зависимости от социально-экономического положения	Анализируются ли данные об охвате основными мерами вмешательства с точки зрения различий, например, в зависимости от: – сельских, пригородных и конкретных городских районов; – социально-экономического положения; – этнического происхождения; – статуса мигранта; – пола?	Базовое обследование	2017	 
3.7, 3.8	Анализ данных об охвате детей и подростков медико-санитарной помощью с точки зрения различий в зависимости от этнического происхождения	Анализируются ли данные об охвате основными мерами вмешательства с точки зрения различий, например, в зависимости от: – сельских, пригородных и конкретных городских районов; – социально-экономического положения; – этнического происхождения; – статуса мигранта; – пола?	Базовое обследование	2017	 

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
3.9, 3.10	Анализ данных об охвате детей и подростков медико-санитарной помощью с точки зрения различий в зависимости от статуса мигранта	Анализируются ли данные об охвате основными мерами вмешательства с точки зрения различий, например, в зависимости от: – сельских, пригородных и конкретных городских районов; – социально-экономического положения; – этнического происхождения; – статуса мигранта; – пола?	Базовое обследование	2017	 
		Как эта информация доводится до общественности и используется для разработки политики?	Базовое обследование	2017	
3.11, 3.12	Сбор систематической информации о здоровье детей-беженцев	Собираете ли вы систематическую информацию о здоровье детей-мигрантов и детей-беженцев?	Базовое обследование	2017	 
3.13, 3.14	Статистические данные о медико-санитарных услугах, предоставляемых группам повышенного риска, например детям рома или детям-аборигенам	Ведете ли вы медико-санитарную статистику о медико-санитарных услугах, предоставляемых группам повышенного риска, например детям рома или детям-аборигенам?	Базовое обследование	2017	 
3.15, 3.16	Статистические данные о числе несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев на попечении социальных служб	Есть ли у вас статистические данные о числе одиноких несовершеннолетних детей-мигрантов или детей-беженцев на попечении социальных служб?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
3.17, 3.19, 3.21	Предоставление бесплатной помощи в полном объеме детям-мигрантам	В отношении детей-мигрантов и детей-беженцев просьба выбрать вид бесплатной медико-санитарной помощи, на которую они имеют право. Мигранты: в полном объеме, только неотложная помощь, профилактические услуги, лечение хронических состояний	Базовое обследование	2017	 
3.18, 3.20, 3.21	Предоставление бесплатной помощи в полном объеме детям-беженцам	В отношении детей-мигрантов и детей-беженцев просьба выбрать вид бесплатной медико-санитарной помощи, на которую они имеют право. Беженцы: в полном объеме, только неотложная помощь, профилактические услуги, лечение хронических состояний	Базовое обследование	2017	 
3.22, 3.23		Сколько детей содержатся в специальных учреждениях (общая численность или доля с известным знаменателем)?	Базовое обследование	2017	
3.24, 3.25		Сколько из детей, содержащихся в специальных учреждениях, младше 3 лет (общая численность или доля с известным знаменателем)?	Базовое обследование	2017	
3.26	Частота репрезентативных национальных обследований по проблеме жестокого обращения с детьми	Как часто вы проводите репрезентативные национальные популяционные обследования по проблеме жестокого обращения с детьми (включая надругательства и отсутствие заботы)? Раз в 1–3 года, раз в 4–6 лет, раз в 7–10 лет, никогда, другое	Базовое обследование	2017	
3.27	Частота репрезентативных национальных обследований по проблеме жестокого обращения с детьми	Кто заполняет анкету при популяционном обследовании по проблеме жестокого обращения с детьми? Сами дети, родители, учреждения, другое	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
3.28, 3.29	Репрезентативные обследования по проблеме насилия со стороны интимного партнера, включая молодых людей младше 18 лет	Проводит ли ваша страна репрезентативное национальное обследование по проблеме насилия со стороны сексуального/интимного партнера, включающее информацию о молодых людях младше 18 лет?	Базовое обследование	2017	 
3.30, 3.32	Выделение в информационных системах сведений о предоставлении услуг детям	Внедрены ли у вас информационные системы, позволяющие выделять сведения о предоставлении услуг, относящихся к детям и подросткам?	Базовое обследование	2017	
3.31, 3.32	Выделение в информационных системах сведений о предоставлении услуг подросткам	Внедрены ли у вас информационные системы, позволяющие выделять сведения о предоставлении услуг, относящихся к детям и подросткам?	Базовое обследование	2017	
3.33, 3.34	Сбор данных о потреблении алкоголя матерями	Собираете ли вы систематическую информацию о потреблении алкоголя матерями?	Базовое обследование	2017	
3.35, 3.36	Сбор данных о детях и подростках младше 18 лет, проходящих лечение у специалиста-психиатра	Внедрена ли у вас система для сбора информации о числе детей и молодых людей младше 18 лет, проходящих лечение у специалиста-психиатра?	Базовое обследование	2017	
3.37		Просьба указать число назначений в связи с психическими и поведенческими расстройствами у детей и подростков младше 18 лет	Базовое обследование	2017	
ГЛАВА 4					
4.2	Число врачей общей практики на 100 тыс. человек	Число врачей общей практики, на 100 тыс. человек	Европейская база данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения ВОЗ	2014	

Таблица А3.1 (продолж.)








Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
4.3	Число педиатров общего профиля на 100 тыс. человек	Число педиатров общего профиля на 100 тыс. человек	Европейская база данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения ВОЗ	2014	
4.4	Число медсестер на 100 тыс. человек	Число практикующих медсестер на 100 тыс. человек	Европейская база данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения ВОЗ	2014	
4.5	Сбор данных о различиях между уровнями укомплектования штатами	Собираете ли вы данные о различиях между уровнями укомплектования штатами медико-санитарных служб для детей и подростков, разукрупненные по признаку городских/сельских районов, столицы/периферии?	Базовое обследование	2017	
4.6, 4.7	Механизм непрерывной подготовки специалистов по вопросам охраны здоровья подростков	Имеется ли у вас механизм непрерывной медицинской подготовки специалистов (врачей, медсестер и т.д.) конкретно по вопросам охраны здоровья подростков?	Базовое обследование	2017	
4.9, 4.10	Имеют ли подростки бесплатный доступ ко всем услугам?	Имеют ли подростки бесплатный доступ ко всем услугам?	Базовое обследование	2017	
4.11	Открытый вопрос	Какие виды адаптированных к потребностям подростков медико-санитарных услуг вы обеспечиваете?	Базовое обследование	2017	
4.12, 4.13	Перевод из педиатрических служб во взрослые для непрерывного оказания помощи	Имеются ли национальные законы, нормативные акты или политика, касающиеся перевода из педиатрических во взрослые службы детей, нуждающихся в непрерывной помощи?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
4.14, 4.15	Механизм обеспечения качества помощи	Есть ли у вас действующий механизм обеспечения качества помощи детям и/или подросткам?	Базовое обследование	2017	
4.16, 4.17	Обязанность проводить регулярные проверки случаев перинатальной смерти	Существует ли установленная законом обязанность проводить регулярные проверки случаев перинатальной смерти в больницах?	Базовое обследование	2017	
4.18	Коэффициенты госпитализации детей в возрасте до 5 лет	Каков общий коэффициент госпитализации детей в возрасте до 18 лет (на 1000 человек в соответствующей возрастной группе)?	Базовое обследование	2017	
4.19	Коэффициенты госпитализации детей в возрасте 5–9 лет	Каков общий коэффициент госпитализации детей в возрасте до 18 лет (на 1000 человек в соответствующей возрастной группе)?	Базовое обследование	2017	
4.20	Коэффициенты госпитализации детей в возрасте 10–14 лет	Каков общий коэффициент госпитализации детей в возрасте до 18 лет (на 1000 человек в соответствующей возрастной группе)?	Базовое обследование	2017	
4.21	Коэффициенты госпитализации детей в возрасте 0–14 лет	Каков общий коэффициент госпитализации детей в возрасте до 18 лет (на 1000 человек в соответствующей возрастной группе)?	Базовое обследование	2017	
4.22	Коэффициенты госпитализации лиц в возрасте 15–18 лет	Каков общий коэффициент госпитализации детей в возрасте до 18 лет (на 1000 человек в соответствующей возрастной группе)?	Базовое обследование	2017	
4.23, 4.24	Перечень основных педиатрических лекарственных средств общедоступен	Приняли ли вы перечень педиатрических основных лекарственных средств?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
4.25, 4.26	Перечень основных педиатрических лекарственных средств общедоступен	Является ли перечень педиатрических лекарственных средств общедоступным?	Базовое обследование	2017	
4.27	Педиатрические формы всех основных лекарственных средств	Есть ли у вас педиатрические формы всех основных лекарственных средств?	Базовое обследование	2017	
4.28, 4.29	Информация о числе назначений лекарственных средств	Собираете ли вы информацию о числе назначений лекарственных средств детям и подросткам в возрасте до 18 лет?	Базовое обследование	2017	
Глава 5					
5.1	Модели систем первичной педиатрической помощи	Семейная (врачи общей практики), педиатрическая или смешанная система первичной помощи	Исследование «Оценка моделей охраны здоровья детей» (МОСНА)	2017	
5.1	Вопросы здоровья в докладах о выполнении Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (КПР ООН)	Включаются ли вопросы здоровья на систематической основе в национальные доклады о выполнении Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка (КПР ООН)?	Базовое обследование	2017	
5.2	Наличие омбудсмена, обладающего полномочиями в отношении прав детей, включая право на здоровье	Включают ли полномочия омбудсмена право детей и подростков на здоровье?	Базовое обследование	2017	
5.3	Наличие омбудсмена, обладающего полномочиями в отношении прав детей, включая право на здоровье	Имеется ли омбудсмен по делам детей: обладающий полномочиями в отношении прав детей и подростков?	Базовое обследование	2017	
5.4, 5.5, 5.6	Участие молодежи в разработке стратегии охраны здоровья детей и подростков (2017 г.)	Участвует ли молодежь в пересмотре/разработке/осуществлении стратегии охраны здоровья детей и подростков?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)










Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
5.7, 5.8	Программы по обеспечению патронатного воспитания для детей, содержащихся в специальных учреждениях	Внедрена ли у вас программа по обеспечению патронатного воспитания для детей, содержащихся в специальных учреждениях?	Базовое обследование	2017	
5.9, 5.10	Политика, содержащая рекомендации в отношении согласия, разрешения и конфиденциальности	Внедрена ли политика, содержащая рекомендации для детей, подростков, родителей и работников здравоохранения в отношении согласия, разрешения и конфиденциальности?	Базовое обследование	2017	
5.11, 5.12	Политика обеспечения доступа к помощи для подростков без согласия родителей	Имеются ли законы, политика или нормативные акты, обеспечивающие доступ к помощи для подростков без согласия родителей?	Базовое обследование	2017	
5.13, 5.14	Данные о знаниях детей и подростков по вопросам сексуальности	Собираете ли вы информацию о знаниях детей и подростков по вопросам сексуальности?	Базовое обследование	2017	 
5.15, 5.16	Законный доступ к средствам контрацепции без согласия родителей	Имеется ли законный доступ к средствам контрацепции без согласия родителей в вашей стране для подростков младше 18 лет?	Базовое обследование	2017	 
5.17, 5.18	Законное прерывание беременности без согласия родителей	Имеется ли законный доступ к прерыванию беременности без согласия родителей в вашей стране для подростков младше 18 лет?	Базовое обследование	2017	 

Таблица А3.1 (продолж.)











Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
Глава 6					
6.1		Анализируются ли данные об охвате основными мерами вмешательства с точки зрения различий, например, в зависимости от: – сельских, пригородных и конкретных городских районов; – социально-экономического положения; – этнического происхождения; – статуса мигранта; – пола?	Базовое обследование	2017	  
6.2	Уровень участия в организованном обучении	Уровень участия в организованном обучении (за один год до официального возраста поступления в начальную школу)	Статистический отдел ООН	2007–2015	
6.3	Дети, не зачисленные в начальную школу	Доля детей, не зачисленных в начальную школу	База данных «Здоровье для всех» (ЗДВ)	2016	
6.4, 6.5	Политика обеспечения медико-санитарных услуг в школах	Имеются ли у вас законы, политика или нормативные акты, касающиеся обеспечения медико-санитарных услуг в школах?	Базовое обследование	2017	 
6.6, 6.7	Координация услуг на базе школ во всех правительственных секторах	Координируются ли услуги на базе школ во всех правительственных ведомствах/секторах?	Базовое обследование	2017	
6.8, 6.9	Национальная стратегия в отношении школ, способствующих здоровью	Имеется ли у вас национальная стратегия в отношении школ, способствующих здоровью?	Базовое обследование	2017	 

Таблица А3.1 (продолж.)










Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
6.10, 6.11	Политика, влияющая на доступность нездоровых продуктов питания в школах	Есть ли у вас законы, которые влияют на доступность нездоровых продуктов питания в школах?	Базовое обследование	2017	
6.12, 6.13	Включение вопросов психического здоровья подростков в национальную политику в отношении школ	Включены ли вопросы психического здоровья подростков в национальную политику в отношении школ?	Базовое обследование	2017	
6.14, 6.15	Политика в отношении обеспечения полового просвещения в школах	Имеется ли у вас политика по обеспечению полового просвещения в школах? Начальной школе, средней школе?	Базовое обследование	2017	 
6.16, 6.17	Просвещение по вопросам насилия со стороны интимного партнера	Проводится ли в вашей стране соответствующее возрасту и полу просвещение по вопросам насилия со стороны сексуального/интимного партнера?	Базовое обследование	2017	  
ГЛАВА 7					
7.1	Опьянение в течение жизни, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, испытывавших опьянение по меньшей мере один раз, в разбивке по полу	База данных «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC)	2014	
7.2	Опьянение в течение жизни, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, испытывавших опьянение по меньшей мере один раз, в разбивке по полу	HBSC	2014	

Таблица А3.1 (продолж.)



Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
7.3	Потребление алкоголя более трех раз за последние 30 дней, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые употребляли любой алкогольный напиток три раза или чаще за последние 30 дней, в разбивке по полу	HBSC	2014	
7.4	Потребление алкоголя более трех раз за последние 30 дней, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые употребляли любой алкогольный напиток три раза или чаще за последние 30 дней, в разбивке по полу	HBSC	2014	
7.5	Минимальный возраст покупки пива	Каков нынешний минимальный возраст покупки алкоголя молодыми людьми? Пиво	Базовое обследование	2017	
7.6	Минимальный возраст покупки вина	Каков нынешний минимальный возраст покупки алкоголя молодыми людьми? Вино	Базовое обследование	2017	
7.7	Минимальный возраст покупки крепких спиртных напитков	Каков нынешний минимальный возраст покупки алкоголя молодыми людьми? Крепкие спиртные напитки	Базовое обследование	2017	
7.8	Курение, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля курящих молодых людей в возрасте 15 лет, в разбивке по полу	HBSC	2014	
7.9	Курение, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля курящих молодых людей в возрасте 15 лет, в разбивке по полу	HBSC	2014	
7.10	Воздействие дыма, 13–15-летние (%)	Процентная доля молодых людей (в возрасте 13–15 лет), подверженных воздействию дыма других курящих людей, в разбивке по месту воздействия	Глобальные исследования проблемы табакокурения среди молодежи (GYTS)	2012	
7.11	Возможность купить сигареты в магазине, 13–15 лет (%)	Процентная доля несовершеннолетних (в возрасте 13–15 лет), имеющих возможность покупать сигареты в магазине	GYTS	2012	

Таблица А3.1 (продолж.)







Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
7.12	Употребление каннабиса в течение жизни, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые когда-либо употребляли каннабис	HBSC	2014	
7.13	Употребление каннабиса в течение жизни, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые когда-либо употребляли каннабис	HBSC	2014	
7.14	Травля других, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые занимались травлей других в школе по меньшей мере два раза за последние два месяца, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
7.15	Травля других, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые занимались травлей других в школе по меньшей мере два раза за последние два месяца, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
7.16	Травля со стороны других, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые подвергались травле со стороны других в школе по меньшей мере два раза за последние два месяца, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
7.17	Травля со стороны других, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые подвергались травле со стороны других в школе по меньшей мере два раза за последние два месяца, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
7.18	Драки, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые участвовали в драке по меньшей мере три раза за последние 12 месяцев, в разбивке по полу	HBSC	2014	 

Таблица А3.1 (продолж.)










Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
7.19	Драки, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые участвовали в драке по меньшей мере три раза за последние 12 месяцев, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
7.20	Медицинская помощь в связи с травмами, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые сообщают по меньшей мере об одном случае получения медицинской помощи в связи с травмой за последние 12 месяцев, в разбивке по полу	HBSC	2014	
7.21	Медицинская помощь в связи с травмами, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, которые сообщают по меньшей мере об одном случае получения медицинской помощи в связи с травмой за последние 12 месяцев, в разбивке по полу	HBSC	2014	
7.22	Использование презерватива во время последнего полового акта, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей (в возрасте 15 лет), которые использовали презерватив во время последнего полового акта, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
7.23	Использование презерватива во время последнего полового акта, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля молодых людей (в возрасте 15 лет), которые использовали презерватив во время последнего полового акта, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
Глава 8					
8.1, 8.2	Оценка качества служб психического здоровья	Есть ли у вас действующий механизм оценки качества служб психического здоровья для детей и подростков в возрасте до 18 лет?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
8.3, 8.4	Рекомендации по переводу из детских во взрослые службы психического здоровья	Внедрены ли рекомендации по переводу из детских во взрослые службы психического здоровья?	Базовое обследование	2017	
8.5	Число психиатров на 100 тыс. человек	Сколько детских психиатров и детских психологов в настоящее время практикуют в вашей стране?	Базовое обследование	2017	
8.6, 8.7	Услуги по месту жительства для оказания помощи на раннем этапе	Обеспечиваете ли вы услуги по месту жительства для оказания помощи на раннем этапе и постоянной поддержки молодых людей с первым эпизодом тяжелого психического расстройства?	Базовое обследование	2017	
8.8	Число самоубийств среди детей на 1 млн детей (0–14 лет)	Число зарегистрированных случаев самоубийства среди детей (в возрасте 0–14 лет) на 1 млн детей	Европейская база данных о смертности ВОЗ (MDB)	2014	
8.9	15-летние девочки, сообщающие о высокой степени удовлетворенности жизнью (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, сообщающих о высокой степени удовлетворенности жизнью, в разбивке по полу	HBSC	2014	
8.10	15-летние мальчики, сообщающие о высокой степени удовлетворенности жизнью (%)	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, сообщающих о высокой степени удовлетворенности жизнью, в разбивке по полу	HBSC	2014	
8.11	15-летние девочки, сообщающие об удовлетворительном или плохом состоянии здоровья	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, сообщающих об удовлетворительном или плохом состоянии здоровья, в разбивке по полу	HBSC	2014	
8.12	15-летние мальчики, сообщающие об удовлетворительном или плохом состоянии здоровья	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет, сообщающих об удовлетворительном или плохом состоянии здоровья, в разбивке по полу	HBSC	2014	

Таблица А3.1 (продолж.)

Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
8.13	15-летние девочки с множественными жалобами на здоровье	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет с множественными жалобами на здоровье, в разбивке по полу	HBSC	2014	
8.14	15-летние мальчики с множественными жалобами на здоровье	Процентная доля молодых людей в возрасте 15 лет с множественными жалобами на здоровье, в разбивке по полу	HBSC	2014	
8.15	Поддержка со стороны одноклассников, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля подростков в возрасте 15 лет, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
8.16	Поддержка со стороны одноклассников, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процентная доля подростков в возрасте 15 лет, которые согласны с тем, что их одноклассники добры и отзывчивы, в разбивке по полу	HBSC	2014	 
ГЛАВА 9					
9.1	Вакцинация против кори в возрасте до 2 лет (%)	Доля детей, иммунизированных против кори	ЗДВ	2016	
9.2	Возможность бесплатной вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ)	Предоставляет ли ваша страна возможность бесплатной вакцинации против ВПЧ в рамках национальных программ вакцинации?	Базовое обследование	2017	 
9.3	Жилье, подключенное к системе водоснабжения (%)	Доля населения с жильем, подключенным к системе водоснабжения	ЗДВ	2015	 

Таблица А3.1 (продолж.)








Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
9.4	Доступ к системе канализации (%)	Доля населения с доступом к системе канализации, септической емкости или другим гигиеническим устройствам для отвода сточных вод	ЗДВ	2015	 
ГЛАВА 10					
10.1	Показатели распространенности частично и исключительно грудного вскармливания в возрасте 6 месяцев	Доля детей 6-месячного возраста, вскармливаемых грудью (показатели распространенности частично или исключительно грудного вскармливания)	ЗДВ Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States [Практика и политика грудного вскармливания в государствах-членах из Европейского региона ВОЗ]	1988–2015 1999–2013	
10.2	Наличие политики в отношении грудного вскармливания	Есть ли у вас политика стимулирования исключительно грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения?	Базовое обследование	2017	
10.3	Статус осуществления инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку»	Статус осуществления инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в 2017 г.	Глобальный обзор политики в области питания	2017	
10.4	Грудное вскармливание в возрасте до 6 месяцев (%)	Доля детей 6-месячного возраста, вскармливаемых грудью (показатели распространенности частично или исключительно грудного вскармливания)	ЗДВ	1988–2012	
10.5	Исключительно грудное вскармливание в возрасте до 6 месяцев (%)	Доля детей, вскармливаемых грудью в возрасте 6 месяцев	Bosi et al. 2016	1999–2013	

Таблица А3.1 (продолж.)

Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
10.6	Грудное вскармливание в течение одного часа после рождения (%)	Доля детей, вскармливаемых грудью по истечении одного часа	Bosi et al. 2016	2004–2012	
10.7, 10.8	Сбор данных о прикармливании	Собираете ли вы данные о привычках в отношении прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев?	Базовое обследование	2017	
10.9, 10.10	Сбор данных о маркетинге продуктов для прикармливания	Собираете ли вы данные о маркетинге продуктов для прикармливания детей в возрасте 6–24 месяцев?	Базовое обследование	2017	
10.11, 10.12	Сбор данных о распространенности избыточной массы тела в возрасте до 5 лет	Собираете ли вы данные о распространенности избыточной массы тела/ожирения у детей младше 5 лет?	Базовое обследование	2017	 
10.13	Страны – члены Инициативы по эпиднадзору за детским ожирением (COSI)	Страны – члены COSI	ВОЗ	2015–2016	
10.14	Ожирение/избыточная масса тела, девочки в возрасте 15 лет (%)	Доля молодых людей (15-летних) с ожирением и избыточной массой тела	HBSC	2014	 
10.15	Ожирение/избыточная масса тела, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Доля молодых людей (15-летних) с ожирением и избыточной массой тела	HBSC	2014	 
10.16	Наличие нормативных положений, ограничивающих ориентированный на детей маркетинг	Есть ли у вас какие-либо законы или нормативные акты, ограничивающие ориентированный на детей маркетинг?	Базовое обследование	2017	

Таблица А3.1 (продолж.)








Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
10.17	Потребление безалкогольных напитков, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процент молодых людей в возрасте 15 лет, которые сообщают, что пьют безалкогольные напитки как минимум один раз в день, в разбивке по полу	HBSC	2014	
10.18	Потребление безалкогольных напитков, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процент молодых людей в возрасте 15 лет, которые сообщают, что пьют безалкогольные напитки как минимум один раз в день, в разбивке по полу	HBSC	2014	
10.19, 10.20	Сбор данных о потреблении безалкогольных напитков	Собираете ли вы данные о потреблении безалкогольных напитков детьми и подростками?	Базовое обследование	2017	
10.21	Физическая активность от умеренной до высокой интенсивности (MVPA), девочки в возрасте 15 лет	Доля молодых людей в возрасте 15 лет, сообщающих о ежедневной MVPA в течение как минимум одного часа, в разбивке по полу	HBSC	2014	
10.22	MVPA, мальчики в возрасте 15 лет	Доля молодых людей в возрасте 15 лет, сообщающих о ежедневной MVPA в течение как минимум одного часа, в разбивке по полу	HBSC	2014	
10.23	Недостаточно физически активные 11–17-летние (%) девочки	Доля посещающих школу подростков, не следующих рекомендациям ВОЗ в отношении физической активности для укрепления здоровья, т.е. занимающихся MVPA менее 60 минут ежедневно	HBSC	2014	
10.24	Недостаточно физически активные 11–17-летние (%) мальчики	Доля посещающих школу подростков, не следующих рекомендациям ВОЗ в отношении физической активности для укрепления здоровья, т.е. занимающихся MVPA менее 60 минут ежедневно	HBSC	2014	

Таблица А3.1 (продолж.)










Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
10.25	Чистка зубов, девочки в возрасте 15 лет (%)	Процент молодых людей в возрасте 15 лет, которые сообщают о том, что чистят зубы чаще одного раза в день, в разбивке по полу	HBSC	2014	
10.26	Чистка зубов, мальчики в возрасте 15 лет (%)	Процент молодых людей в возрасте 15 лет, которые сообщают о том, что чистят зубы чаще одного раза в день, в разбивке по полу	HBSC	2014	
ГЛАВА 11					
11.1	Самостоятельно представляемые и оценочные показатели детской смертности в европейских странах в 2015 г.	Смертность в возрасте до 5 лет на 1000 детей	Глобальная обсерватория здравоохранения (ГОЗ)	2015	
		Вероятность смерти в возрасте до 5 лет на 1000 детей	ЗДВ	2015	
11.2	Детская смертность и ее связь с валовым внутренним продуктом (ВВП)	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	
		ВВП на душу населения	Группа Всемирного банка	2015	
11.3	Детская смертность и ее связь с расходами на здравоохранение в международных долларах (ППП)	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	
		Долл. по ППП на душу населения	ЗДВ	2015	
11.4	Детская смертность и ее связь с индексом Джини	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	
		Коэффициент Джини (распределение доходов)	Группа Всемирного банка	2014	

Таблица А3.1 (продолж.)

Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
11.5	Детская смертность и ее связь с индексом восприятия коррупции	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	 
		Уровни восприятия коррупции в государственном секторе	«Трансперенси Интернэшнл»	2015	
11.6	Частные расходы из собственных средств и их связь с коррупцией	Частные расходы домохозяйств из собственных средств на здравоохранение	ЗДВ	2014	  
		Уровни восприятия коррупции в государственном секторе	«Трансперенси Интернэшнл»	2015	
11.7	Детская смертность и ее связь с учетом мнения граждан и подотчетности	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	 
		Восприятие того, в какой степени граждане могут участвовать в выборе своего правительства, а также свободы выражения мнения, свободы объединений и свободы средств массовой информации	Группа Всемирного банка	2015	
11.8	Детская смертность и ее связь с оценкой эффективности руководства на уровне правительств	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	 
		Восприятие качества государственных услуг, гражданской службы и степени независимости от политического давления, качества разработки и осуществления политики и уровня доверия к приверженности правительства такой политике	Группа Всемирного банка	2015	

Таблица А3.1 (продолж.)









Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
11.9	Детская смертность и ее связь с индексом политической стабильности и отсутствия насилия/терроризма	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	 
		Восприятие вероятности политической нестабильности и/или политически мотивированного насилия, включая терроризм	Группа Всемирного банка	2015	
11.10	Детская смертность и ее связь с оценкой верховенства права	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	 
		Восприятие степени, в которой субъекты права испытывают доверие к общественным нормам и соблюдают их, и, в частности, качества обеспечения исполнения договоров, прав собственности, полиции и судов, а также вероятности преступлений и насилия	Группа Всемирного банка	2015	
11.11	Детская смертность и ее связь с оценкой качества нормативно-правового регулирования	Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	 
		Восприятие способности правительства разрабатывать и осуществлять разумную политику и нормативные положения, создающие возможности для развития частного сектора и стимулирующие его	Группа Всемирного банка	2015	
11.12	Показатель частоты подростковой беременности	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)	2006–2015	
11.13	Показатель частоты подростковой беременности и детская смертность	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Вероятность смерти в возрасте до 5 лет	ЗДВ	2015	

Таблица А3.1 (продолж.)

















Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
11.14	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с ВВП	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		ВВП на душу населения	Группа Всемирного банка	2015	
11.15	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с индексом Джини	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Коэффициент Джини (распределение доходов)	Группа Всемирного банка	2014	
11.16	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с индексом восприятия коррупции	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Уровни восприятия коррупции в государственном секторе	«Трансперенси Интернэшнл»	2015	
11.17	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с индексом учета мнения граждан и подотчетности	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Восприятие того, в какой степени граждане могут участвовать в выборе своего правительства, а также свободы выражения мнения, свободы объединений и свободы средств массовой информации	Группа Всемирного банка	2015	

Таблица А3.1 (продолж.)

Номер рисунка (при наличии)	Краткое название показателя	Полное название показателя	Источник данных	Год	Соответствующая цель в области устойчивого развития (ЦУР)
11.18	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с оценкой эффективности руководства на уровне правительств	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Восприятие качества государственных услуг, гражданской службы и степени независимости от политического давления, качества разработки и осуществления политики и уровня доверия к приверженности правительства такой политике	Группа Всемирного банка	2015	
11.19	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с индексом политической стабильности и отсутствия насилия/терроризма	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Восприятие вероятности политической нестабильности и/или политически мотивированного насилия, включая терроризм	Группа Всемирного банка	2015	
11.20	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с оценкой верховенства права	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Восприятие степени, в которой субъекты права испытывают доверие к общественным нормам и соблюдают их, и, в частности, качества обеспечения исполнения договоров, прав собственности, полиции и судов, а также вероятности преступлений и насилия	Группа Всемирного банка	2015	
11.21	Показатель частоты подростковой беременности и его связь с оценкой качества нормативно-правового регулирования	Показатель рождаемости среди подростков на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет	ЮНФПА	2006–2015	
		Восприятие способности правительства разрабатывать и осуществлять разумную политику и нормативные положения, создающие возможности для развития частного сектора и стимулирующие его	Группа Всемирного банка	2015	

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
Бывшая югославская Республика Македония
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
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

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

