

Социальная структура, социальные институты и процессы

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.02.015

К вопросу о межсекторальности как методологическом принципе глобальных стратегий ВОЗ (1970—1980 гг.)

Василий Сергеевич Нечаев

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация
vn52@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8411-9575>

Аннотация. В статье рассмотрены отдельные аспекты позиционирования концепции межсекторальности как методологического принципа глобальных стратегий ВОЗ по развитию здравоохранения в последней трети XX века.

Ключевые слова: межсекторальность; здравоохранение; здоровье; ВОЗ; глобальная стратегия.

Для цитирования: Нечаев В. С. К вопросу о межсекторальности как методологическом принципе глобальных стратегий ВОЗ (1970е-1980е гг.) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 2. С. 92—94. doi:10.69541/NRIPH.2024.02.015.

Social structure, social institutions and processes

Original article

On the intersectorality as a methodological principle of the WHO global strategies (1970s–1980s)

Vassili S. Nechaev

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation
vn52@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8411-9575>

Annotation. The article considers particular historical aspects of positioning intersectorality as a methodological principle of the WHO global strategies in the last third of XX century.

Keywords: intersectorality; health care; health; global strategy; WHO.

For citation: Nechaev V. S. On the intersectorality as a methodological principle of the WHO global strategies (1970s-1980s). *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(2):92–94. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.02.015.

К началу семидесятых годов XX века международное здравоохранение столкнулось с «замедлением» своего развития в результате накапливающихся системных трудностей в сфере охраны и укрепления здоровья населения. Многочисленные социально-экономические факторы — образование, занятость, уровень дохода, пол, этническая принадлежность — начали оказывать все более ощутимое влияние на состояние здоровья человека.

Активное экономическое развитие способствовало росту многообразия вредных для здоровья факторов. Интенсивная индустриализация и урбанизация инициировали появление и развитие новых заболеваний, лечение которых обходилось все дороже и государству, и пациентам. Рост затрат в

национальной экономической политике начал приводить к вынужденным бюджетным сокращениям, включая здравоохранение. Правительства многих стран (особенно развивающихся) в своей внутренней политике отдавали приоритет развитию различных секторов национальной экономики. Охране и укреплению здоровья граждан уделялось ограниченное внимание. Фактически можно вести речь об отсутствии понимания того, что проблематика здравоохранения не только присутствует в большинстве отраслей, но и начинает занимать центральное место в процессе национального развития [1].

Всемирная Организация Здравоохранения (далее — ВОЗ) в своей деятельности традиционно устанавливала нормативные стандарты, предоставляла

технические консультации и отдавала выраженное предпочтение изучению узкого влияния экономики на развитие национального здравоохранения с акцентом на его экономических характеристиках. Хотя ВОЗ и признавала, что каждый блок национальной экономики содержит связанные со здоровьем компоненты, сами по себе здравоохранение и экономика рассматривались скорее как относительно самостоятельные сферы деятельности, а их взаимовлияние нечасто принималось в расчет. На международном уровне национальные различия в содержании и результатах политики экономического развития в отношении именно здоровья населения всесторонне не анализировались [1].

Общей особенностью этих отрицательных процессов и воздействий был тот факт, что в своем большинстве они располагались вне зоны прямой ответственности здравоохранения. В силу этого отрасль объективно не располагала необходимыми возможностями их нейтрализации и предупреждения.

В большинстве стран, независимо от уровня доходов населения (низких, средних, высоких), формировались и усугублялись различия в состоянии здоровья различных социальных групп. Риск ухудшения здоровья человека все очевиднее начинал зависеть от социально-экономического положения самого человека. Начало обретать законченную форму и системное неравенство в состоянии здоровья различных групп населения. Такое неравенство вело к значительным социальным, экономическим и политическим издержкам для отдельных групп населения и для общества в целом¹.

Следует отдать должное ВОЗ, которая своевременно нащупала болезненный нерв нарастающей глобальной проблемы и сумела придать новый импульс развитию международного здравоохранения.

В 1978 году состоялось знаковое для международного здравоохранения событие — Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи. Конференция постулировала, что применение *межсекторальности* является одним из ключевых условий обеспечения принципа социальной справедливости и фундаментального права каждого человека на здоровье [2].

Второе знаковое событие произошло в 1979 году, когда ВОЗ обнародовала фундаментальную концепцию «Здоровье для всех к 2000 году», которая также включала принцип *межсекторальности* [3,4]. В 1981 году Глобальная Стратегия «Здоровье для всех к 2000 году» [5] была утверждена на XXXIV Всемирной Ассамблее Здравоохранения [6] и методологически подкреплена основополагающим рабочим документом, который регламентировал разработку базовых контрольных показателей достижения здоровья для всех к 2000 году [7].

Межсекторальность, согласно ВОЗ, представляет собой координацию совокупных действий по охране и укреплению здоровья граждан. Эти действия

одновременно охватывают здравоохранение, сельское хозяйство, промышленность, образование, жилищное строительство, иные отрасли социально-экономической деятельности [8].

Оба упомянутых события фактически позиционировали и закрепили *межсекторальность* как методологический принцип глобальных стратегий ВОЗ на международном, региональном и национальном уровнях. Наглядным примером применения принципа *межсекторальности* на стратегическом уровне служит фундаментальный документ ВОЗ, который определил стратегические задачи по достижению здоровья для всех в странах Европейского региона ВОЗ (1985) [9]. Непосредственно межсекторальному сотрудничеству посвящена отдельная стратегическая задача, в которой оговаривается следующее.

Межсекторальная работа нацеливается на создание предпосылок здоровью человека на основе обеспечения необходимого питания, водоснабжения, жилищных условий, разумного дохода всех членов общества ради мира и социальной справедливости. Межсекторальное сотрудничество начинается с определения общей стратегической цели (здоровье населения), демонстрации ее поддержки и налаживания партнерства с секторами, которые имеют отношение к охране и укреплению здоровья. Дополнительно разъясняется экономическая выгода для сотрудничающих партнеров и полезность для экономического развития страны в целом.

Соответствующее межсекторальное взаимодействие может инициироваться не только здравоохранением, но и другими секторами. Термины, определения целей и задач межсекторальности следует формулировать на языке и в выражениях, которые понятны всем участникам, избегать профессионального жаргона, использовать метафоры и образные сравнения. Все мероприятия по межсекторальному взаимодействию должны создавать на постоянной основе позитивный образ межсекторальности и акцентировать ее выгоду для здоровья человека.

Само по себе здравоохранение способно решать только часть проблем здоровья людей. Обеспечивать предпосылки хорошего здоровья, уменьшать количество и ослаблять влияние физических, экономических и социальных факторов риска в среде обитания человека возможно только через координацию действий в рамках *многосекторальной* национальной политики. Такая политика рассматривает факторы охраны здоровья как комплекс важных предпосылок положительного социально-экономического развития отдельно взятой страны. Равнозначное межсекторальное партнерство подразумевает полное соразделение властных полномочий и ответственности за результаты.

В 1986 году ВОЗ в своих рекомендациях о межсекторальной деятельности в интересах здоровья определила приоритетные направления системного анализа межсекторальных взаимодействий, которые имеют отношение к здоровью и здравоохранению [10, 11]:

— регулярно оценивать положение дел в области межсекторальных взаимозависимостей для

¹ World Health Organization. Health inequities and their causes. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

предотвращения отрицательных последствий для здоровья граждан;

- показывать на отдельных примерах, что проблематика здоровья людей безусловно может и должна приниматься во внимание в политике развития любой отрасли (сектора), помимо здравоохранения;
- подчеркивать важность определения в текущей национальной политике экономического развития изменений, которые допустимы и осуществимы для улучшения состояния здоровья населения.

Методологические обобщения опыта применения принципа межсекторальности в Глобальной Стратегии ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году» были сформулированы на целевом Совещании Рабочей группы ВОЗ в 1988 году. В итоговом документе подчеркивалось, что одно только широкое признание важности для здоровья принципа межсекторальности не снимает вопрос недостаточного понимания того, как организовывать и проводить саму межсекторальную работу. Были предложены такие системные инструменты межсекторальной работы как стратегии межсекторального сотрудничества, межсекторальные переговоры, использование общепринятых и понятных формулировок, информационная поддержка, равнозначное партнерство. Итогом совещания стало стратегическое решение о разработке руководства по межсекторальной работе и организации в странах-членах ВОЗ опытно-показательных проектов для распространения накопленного опыта в развитии межсекторальных подходов [12].

Заключение

К началу 90-х годов прошлого века концепция межсекторальности получила всестороннюю поддержку ВОЗ и была на постоянной основе закреплена как методологический принцип глобальных стратегий здравоохранения для создания предпосылок обеспечения хорошего здоровья человеку в его физическом, экономическом, социальном и культурном окружении.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 19.11.2023; одобрена после рецензирования 20.03.2024; принята к публикации 28.05.2024.

The article was submitted 19.11.2023; approved after reviewing 20.03.2024; accepted for publication 28.05.2024.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Связь программ общественного здравоохранения и социально-экономического развития. Женева: ВОЗ; 1974. 51 с.
2. Первичная медико-санитарная помощь (отчет о международной конференции, Алма-Ата 1978). Женева: ВОЗ; 1978. 106 с.
3. Resolution of the Thirty-second World Health Assembly WHA32.30. Geneva: WHO; 1979.
4. Formulating strategies for health for all by the year 2000: Guiding principles and essential issues. Geneva: WHO; 1979.
5. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Health for All Series № 3. Geneva: WHO; 1981.
6. Resolution of the Thirty-fourth World Health Assembly WHA34/36. Geneva: WHO; 1981.
7. Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO; 1981.
8. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. Женева: ВОЗ; 1998. 48 с.
9. Региональные задачи в поддержку региональной стратегии достижения здоровья для всех. Копенгаген: ВОЗ; 1985. 239 с.
10. Resolution of the Thirty-Ninth World Health Assembly WHA39/22. Geneva: WHO; 1986.
11. Intersectoral Action for Health. Geneva: WHO; 1986.
12. Межсекторальная работа: практическая аргументация и механизмы (отчет о совещании рабочей группы ВОЗ, Утрехт, 1988). Копенгаген: ВОЗ; 1990. 30 с.

REFERENCES

1. The public health programs and social economic development. Geneva: WHO; 1974. (In Russian).
2. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6—12 September 1978. Geneva: WHO; 1978. (In Russian).
3. Resolution of the Thirty-second World Health Assembly WHA32.30. Geneva: WHO; 1979.
4. Formulating strategies for health for all by the year 2000: Guiding principles and essential issues. Geneva: WHO; 1979.
5. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Health for All Series № 3. Geneva: WHO; 1981.
6. Resolution of the Thirty-fourth World Health Assembly WHA34/36. Geneva: WHO; 1981.
7. Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO; 1981.
8. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. (In Russian).
9. Regional targets in support of the regional strategy for Health for All. Copenhagen: WHO; 1985. (In Russian).
10. Resolution of the Thirty-Ninth World Health Assembly WHA39/22. Geneva: WHO; 1986.
11. Intersectoral Action for Health. Geneva: WHO; 1986.
12. Intersectoral work: practical arguments and mechanisms: report of working group meeting, Utrecht, 1988. Copenhagen: WHO; 1990. (In Russian).