

Глава 8

Повестка дня здравоохранения на 21 век

Задачи в отношении здоровья на будущее

В течение 1995 года каждый час рождалось 15 000 детей. Более 90% из них выживут в течение первых пяти лет своей жизни и увидят начало следующего столетия. Половина из них отпразднуют свое 75-летие в 2070 году. Многие станут долгожителями, перешагнув через 100-летний рубеж, и, прожив весь 21 век, увидят век новый, двадцать второй.

К 2025 году ребенок, родившийся в 1995 г., будет взрослым, и у него родятся свои дети, у которых будет 90% шансов на выживание в течение не только первых пяти лет, но и в течение первых пятидесяти лет жизни. Двое из трех детей, родившихся в 2025 г., проживут по крайней мере 75 лет.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни у детей завтрашнего дня произошло в результате улучшения здравоохранения в 20 веке. Другим следствием является то, что уже до 2025 г. численность маленьких детей впервые превысит численность людей в возрасте старше 65 лет.

Хотя дети в возрасте до 5 лет будут составлять приблизительно 8% численности населения во всем мире, которое увеличится до 8 миллиардов, люди в возрасте старше 65 лет будут составлять 10%. На каждые 100 взрослых в возрасте 20-64 лет в 2025 г. будет 17 людей возраста 65 лет и старше, 14 детей в возрасте до 5 лет и более 40 детей старшего возраста и подростков в возрасте 5-19 лет.

Как для молодых, так и для пожилых людей мир в 2025 году будет очень сильно отличаться от сегодняшнего. В настоящем докладе объясняются тенденции в здоровье на протяжении всего жизненного цикла за последние 50 лет. Хотя общий вывод заключается в том, что здоровье неуклонно улучшается, главным вопросом в настоящее время является вопрос о том, как сохранить эти улучшения и как выполнить задачи в отношении здоровья в будущем.

В начале 21 столетия мир, уже свободный от оспы, вероятно, будет также свободным от полиомиелита, кори и столбняка новорожденных. Будут ликвидированы некоторые другие инфекционные и паразитарные болезни, а бремя многих других болезней, которые поражают в настоящее время тропические районы, будет еще более уменьшено.

Большинство детей должны быть защищены от болезней, поддающихся предупреждению с помощью вакцин, посредством хорошо организованных и стабильно функционирующих программ иммунизации; число случаев смерти среди маленьких детей должно быть далее сокращено с помощью пакета мероприятий, известных под названием "Комплексное ведение детских болезней".

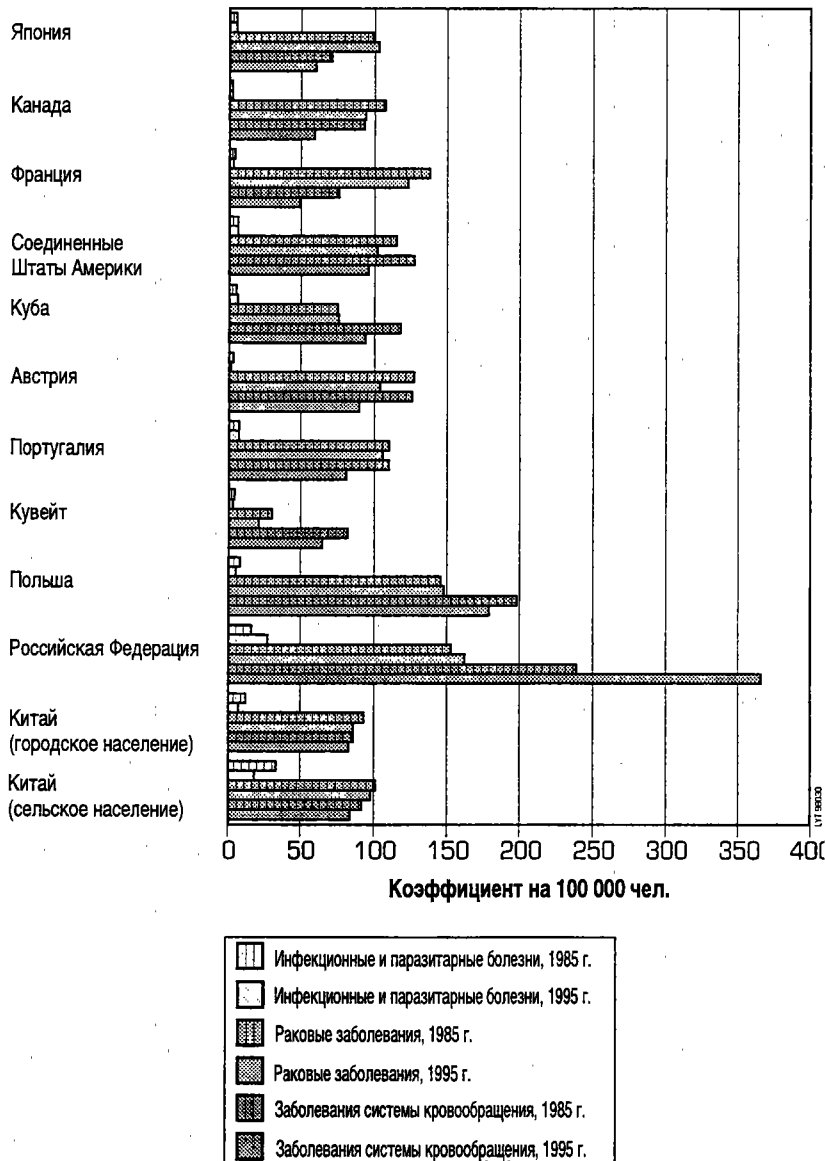
Таблица 11. Случаи смерти по возрастным группам во всем мире 1975 – 2000 и 2000 – 2025 г.

Возраст. группа	1975–2000		2000–2025	
	Кол. (тыс.)	Процент от общего числа	Кол. (тыс.)	Процент от общего числа
0/4	304 970	25	181 024	12
5/19	96 127	8	63 400	4
20/64	349 719	28	422 028	29
65+	482 479	39	787 202	54
Все возрасты	1 233 295	100	1 453 654	100

Большинство людей в мире должны иметь регулярный доступ к основным лекарственным средствам. Однако данные, представленные в Таблице 11, заставляют с сожалением констатировать, что в начале 21 столетия, как предполагается, среди взрослых в возрасте 20-64 года произойдет на 21% больше случаев

смерти, чем в конце 20-го столетия. Учитывая тот факт, что эти взрослые представляют собой основу любой социальной и экономической поддержки молодых и старых людей, совершенно необходимо защитить их от преждевременной смертности и инвалидности.

Рис. 21. Коэффициенты смертности по причинам среди взрослых в возрасте 20-64 лет по отдельным странам, 1985 и 1995 гг.



Изложенная в настоящем докладе эпидемиологическая оценка свидетельствует о том, что главными проблемами здравоохранения к 2025 г. будут болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, инфекционные и паразитарные болезни, а также внешние причины (Таблица 12).

В главе 3 настоящего доклада и в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 1997 г. о хронических заболеваниях при определении плохого состояния здоровья среди взрослых обсуждается доминирующая роль этих болезней, состояний опорно-мышечного аппарата, а также психических и поведенческих нарушений. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в некоторых странах число случаев смерти от болезней кровообращения уменьшается, тогда как число случаев смерти от онкологических заболеваний увеличивается. (Рис. 21)

Согласно оценке ВОЗ, приблизительно две трети случаев смерти от рака во всем мире, а также заболеваемость раком в течение 1997 г. и распространенность раковых заболеваний в 1997 г. могут быть сгруппированы в зависимости от четырех факторов риска: раковые заболевания, связанные с рационом питания (желудка, прямой и толстой кишки, печени, ротовой полости и глотки, предстательной железы); связанные с табакокурением (легких); связанные с инфекциями (лимфома и рак шейки матки); и связанные с гормонами (молочной железы). ВОЗ предполагает, что общая глобальная ситуация в отношении раковых заболеваний желудка, печени, ротовой полости и глотки, а также шейки матки и молочной железы в начале 21 столетия улучшится, но

Таблица 12. Основные группы заболеваний/состояний по регионам ВОЗ за отдельные годы^a

Группы заболеваний/ состояний	1960						1980					
	Африка	Америка	Восточное Средиземно- море	Европа	Юго- Восточная Азия	Западная часть Тихого океана ^b	Африка	Америка	Восточное Средиземно- море	Европа	Юго- Восточная Азия	Западная часть Тихого океана ^b
Инфекционные и паразитарные	1	1	1	5	1		1	1	2	5	1	
Перинатальные и материнские	2	2	3		3		2	3	5		3	
Эпистома и новообразования		5		2		3		5		2		2
Эндокринные и связанные с питанием	4				2		4				2	
Психические и поведенческие												
Заболевания системы кровообращения	5	4	5	1		2	5	4	1	1		1
Заболевания дыхательной системы	3		2	3		1	3		3	4		3
Все внешние причины		3	4	4		4		2	4	3		4

Группы заболеваний/ состояний	1960						1980					
	Африка	Америка	Восточное Средиземно- море	Европа	Юго- Восточная Азия	Западная часть Тихого океана ^b	Африка	Америка	Восточное Средиземно- море	Европа	Юго- Восточная Азия	Западная часть Тихого океана ^b
Инфекционные и паразитарные	1	2	2		1		1	4	4	5	3	
Перинатальные и материнские	2	5	5		3		2	5				
Эпистома и новообразования		4		2		2		3	5	2	2	2
Эндокринные и связанные с питанием	5						5				5	
Психические и поведенческие				5						4	4	
Заболевания системы кровообращения	4	3	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1
Заболевания дыхательной системы	3		3	4		3	4		2			4
Все внешние причины		1	4	3		4		2	3	3		3

^a Индикативный перечень в порядке соответствующих региональных бюро

^b За все годы Регион Западной части Тихого океана занимал пятое место в рубрике "Система пищеварения". Для других регионов эта категория не использовалась.

ухудшится в отношении раковых заболеваний легких, трахеи, бронхов, толстой кишки и прямой кишки, предстательной железы и лимфомы.

В изменяющемся мире изменяются и структуры здоровья. На них влияют такие факторы, как быстрая модернизация и зависимость повседневной жизни от технологических достижений; изменение поведения - "сидячий" образ жизни, избыточные или плохо сбалансированные рационы питания и курение; и ухудшение состояния окружающей среды - загрязнение воздуха, воздействие химических веществ, загрязнение почвы и воды, а также риск, связанный с отсутствием безопасности пищевых продуктов. В совокупности все это приводит к увеличению заболеваемости хроническими болезнями, такими как диабет, ревматический артрит и боли в спине. Кроме того, сотни миллионов людей во всем мире страдают от раз-

личного рода психических нарушений - от относительно незначительных до неизлечимых и угрожающих жизни; многие люди страдают одновременно от нескольких нарушений. Отмечается также увеличение случаев самоубийств, связанных с экономическим спадом.

Лучшее понимание процессов старения и болезней ведет к осознанию того, что различия между инфекционными и неинфекционными заболеваниями, а также между плохим физическим и психическим состоянием здоровья являются искусственными. Недавние исследования свидетельствуют, например, о том, что прекращение кровоснабжения мозга имеет серьезные последствия для психического и физического состояния здоровья, приводя к инсульту, сосудистой деменции и быстро проходящим ишемическим атакам (миниинсультам). Ежегодно миллионы людей выживают после инсуль-

Рамка 31. Головной мозг, неврология и психиатрия

Поскольку головной мозг играет важную роль в регуляции жизнедеятельности человека, значительная часть всех случаев нарушений трудоспособности у человека приходится на долю травм и болезней, влияющих на работу головного мозга. Еще сравнительно недавно знания в отношении головного мозга основывались на данных макроскопических наблюдений и изучении последствий травмы головы. Исследования биоэлектрической активности головного мозга позволили расширить знания в области патологии эпилепсии, однако лишь за последние десятилетия результаты научных исследований пролили свет на механизмы взаимосвязи между работой мозга и психическими функциями, такими как мыслительная деятельность и эмоции. В предстоящие десятилетия должно быть достигнуто лучшее понимание протекающих в головном мозге биологических и физических процессов, связанных с мыслительной деятельностью и чувствами.

До недавнего времени изучением физических процессов, протекающих в головном мозге, занимались невропатологи и неврологи, в то время как психические процессы (мыслительная деятельность и чувства) изучались психологами и психиатрами, при этом взаимодействие между обеими группами ученых было небольшим. В ряде стран получила широкое развитие нейропсихиатрия, являющаяся клинической дисциплиной, объединяющей оба направления, в то время как в других странах они продолжали развиваться раздельно. В настоящее время объединению этих двух областей знания способствуют несколько факторов. Одним из них является прогресс в области "неинвазивных" методов исследования. Ранее, помимо метода электроэнцефалографии, не отличавшегося высокой точностью, единственным способом изучения функций мозга служило вскрытие черепа и внедрения в головной мозг датчиков. В настоящее время имеются технологии, которые позволяют локализовать с чрезвычайно высокой степенью точности практически любую часть мозга без вскрытия черепа, а по изменениям кровотока и химической активности, сопровождающим нервную деятельность, можно топографически определять участки мозга, действующие, например, в момент, когда человек смотрит на что-либо, слышит речь или испытывает боль или наслаждение.

В течение следующих 10-15 лет с помощью таких методов, возможно, будут получены новые знания в отношении

функциональной анатомии человеческого мозга, что позволит лучше понять механизмы нарушения нормальной работы мозга при таких заболеваниях, как дислексия, эпилепсия и расстройства двигательных функций. Эти методы должны также позволить понять, какие изменения происходят в мозге под влиянием искажения мысленных образов и эмоций, что является мучительной особенностью шизофрении и аффективных расстройств.

Другим фактором, влияющим на понимание взаимосвязи между работой мозга и психическими функциями, является применение в лечении психических расстройств психотропных лекарственных средств, открытых в течение нескольких последних десятилетий. Было установлено, что с помощью этих препаратов можно влиять на психические функции, изменяя их под действием химических веществ. Изучение механизмов их действия позволило выявить химические вещества, с помощью которых информация передается от одной нервной клетки к другой (нейромедиаторы), и изучить химическую среду, в которой функционирует головной мозг. Большинство этих препаратов были открыты почти случайно. В настоящее время, с учетом более точных знаний механизмов нейротрансмиссии, можно разрабатывать лекарственные средства, которые будут блокировать или усиливать нервную активность, приводящую к психическим расстройствам. Сейчас уже считается "ненаучным" дискутировать на тему, являются ли эпилепсия, инсульт, слабоумие, множественный склероз, шизофрения, биполярные расстройства или даже патологические пристрастия "неврологическими" или "психиатрическими" состояниями. Все они являются заболеваниями или состояниями головного мозга, которые требуют изучения, лечения и специального ухода за лицами, которые ими страдают. Вместо этого, они служат причиной огромного числа случаев нарушения трудоспособности во всем мире.

Рост знаний способствует быстрому сужению пропасти, существовавшей между пониманием психических функций и работы головного мозга, между невропатологией и психиатрией, а также между неврологией и психологией, что позволяет более рационально подойти к профилактике или лечению церебральных нарушений и расстройств функции головного мозга. Успехи в этой области могут значительно уменьшить число случаев нарушения трудоспособности во всем мире.

та и страдают от повреждений мозга с различной степенью последующей психической и физической инвалидности.

Сосудистая деменция наступает более медленно, чем инсульт, и менее вероятно будет указана в качестве причины смерти, но она является другой серьезной причиной инвалидности. Быстро проходящие ишемические атаки, поражающие мозг, являются серьезным предупреждением о возможном будущем инсуль-

те или деменции и требуют быстрого принятия профилактических мер. Хотя большинство случаев инсульта и деменции возникают у пожилых людей, они, тем не менее, являются серьезными причинами заболеваемости в группах населения более молодого возраста (одна треть случаев инсульта происходит у людей в возрасте до 65 лет). Как инсульт, так и деменция значительно увеличивают глобальное бремя болезней, и их лечение является дорогостоящим. К стоимости услуг здра-

вохранения следует добавить финансовые и эмоциональные затраты семей, которые обеспечивают самую большую часть ухода за страдающими от таких состояний людьми.

Помимо методов профилактики, общих для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и инсультом, например, прекращение или отказ от курения, лечение гипертензии и изменение рациона питания, сейчас имеются перспективные виды лечения, которые, если их применять в течение часов с момента наступления инсульта, могут уменьшить степень повреждения мозга или даже дать возможность мозгу восстановиться полностью. Однако для многих больных повреждение мозга будет необратимым, если не будет своевременно применена эффективная стратегия реабилитации (Рамка 31).

Во всем мире все еще происходит 21 миллион случаев смерти среди людей в возрасте до 50 лет; причиной большинства из них являются инфекционные болезни, причем многие из них могут быть предотвращены с помощью экономически эффективных действий, таких как иммунизация и оказания основной клинической помощи, личная гигиена, практика общественного здравоохранения и санитария, а также безопасная переработка, приготовление и обработка пищевых продуктов. В условиях увеличения международных поездок и массового перемещения населения в результате войн и внутренних конфликтов болезни пищевого происхождения становятся серьезной опасностью для здоровья в 21 столетии (Рамка 32).

Глобализация торговли и услуг также создает глобальные опасности для здоровья. Здоровье всех людей в мире является тесно взаимосвязанным и в меньшей степени определяется явлениями, происходящими в пределах географических границ. Опасность, создаваемая возникающими и повторно возникающими

Рамка 32. Болезни пищевого происхождения – глобальная угроза

Официальные лица, работающие в области общественного здравоохранения, считают, что увеличение частоты случаев болезней пищевого происхождения и возникновение новых таких болезней связано с сочетанием различных факторов, обусловленных с демографическими изменениями и изменением образа жизни потребителей, а также с изменениями в производстве пищевых продуктов, в международной торговле и международных поездках и в адаптации микробов. Глобализация снабжения пищевыми продуктами означает, что через продукты, покупаемые на местах, люди подвергаются воздействию патогенов, имеющих местом происхождения самые удаленные части мира. В результате международных поездок люди подвергаются опасностям пищевого происхождения в других странах и по возвращении импортируют такие болезни в свои страны. В результате этого человек может заразиться болезнью в одной стране и заразить ею других людей за тысячи километров от первоначального источника инфекции. Изменения в микробных популяциях могут привести к эволюционному появлению новых патогенов, развитию новых вирулентных факторов у старых патогенов, развитию резистентности к антибиотикам, что делает лечение болезни более трудным, или же к изменению способности к выживанию во враждебной окружающей среде. Люди становятся все более уязвимыми, особенно по мере увеличения числа более восприимчивых к болезням людей, таких как пожилые люди, люди с ВИЧ-инфекцией, или с другими важными в этом отношении медицинскими состояниями. В результате изменения образа жизни больше людей употребляют пищу, приготовленную вне дома. Недостаточная подготовка по вопросам обработки пищевых продуктов является одним из основных факторов увеличения заболеваемости болезнями пищевого происхождения.

Для решения этих проблем необходима всеобъемлющая стратегия на национальном и международном уровнях. Она должна быть основана на эффективном контроле пищевых продуктов, улучшении практики сельского хозяйства и животноводства, применении пищевых технологий, способных сократить или исключить патогены в пищевых продуктах, а также на просвещении людей, обрабатывающих продукты. Улучшенные программы эпиднадзора являются важными для раннего выявления вспышек болезней пищевого происхождения и ограничения их распространения, прежде чем они примут масштабы эпидемии или пандемии. Раннее выявление источников вспышек таких болезней приобретает еще большее значение по мере продвижения стран к индустриализации. Охрана здоровья населения от возникающих болезней пищевого происхождения означает также внимательный контроль за новыми явлениями в сельскохозяйственной практике и практике обработки пищевых продуктов, а также за средой, из которой поступает продукты, и в то же время необходимо внимательно следить за изменениями климата и окружающей среды, для выявления возможного отрицательного воздействия на пищевую цепь.

ми инфекционными болезнями, усиливается в результате изменений в поведении человека, экологических изменений и изменений климата, структур землепользования и экономического развития, а также в результате туризма и миграции.

Несмотря на прогресс, который может быть достигнут в мире без границ, имеется опасность того, что стремление добиться трансграничного единообразия, или даже неоправданных минимальных уровней, может сократить масштабы взаимо-

Многие факторы
риска, связанные с
широким спектром
болезней, были
созданы людьми и
самими людьми могут
быть поставлены под
контроль.

выгодной торговли. Страны могут не справиться с внедрением адекватных стандартов в отношении окружающей среды или (что более распространено) могут быть отвлечены от внедрения оправданных улучшений в результате давления, оказываемого коммерческими интересами, связанными с международной конкурентоспособностью. Следует обратить внимание на определение тех областей политики, в которых общие или согласованные трансграничные минимальные стандарты являются оправданными, и областей, в которых выбор должен быть оставлен на усмотрение правительств отдельных государств.

Структуры здоровья и болезней в течение последних пятидесяти лет изменялись во всем мире более быстрыми темпами, чем в любой другой сопоставимый период истории. Несмотря на то, что стратегии выживания, которые были положены в основу развития систем здравоохранения в течение последних десятилетий, оказались исключительно успешными в увеличении продолжительности жизни людей, они не привели к соответствующему сокращению заболеваемости и инвалидности, или же к повышению качества жизни. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ожидаемая при рождении продолжительность жизни, свободной от инвалидности, значительно не увеличилась. Хотя задачи по сокращению смертности с помощью практических мероприятий, направленных на конкретные болезни, выполняются, полное использование людьми своего потенциала здоровья, которое является главным направлением движения за здоровье для всех, далеко не достигнуто.

Определение желаемых перспективных целей достижения лучшего здоровья и формирование разумного видения на будущее приобрело решающее значение для постановки конкретных целей в области здравоохранения на начало 21 столетия. Поэтому настало время вый-

ти за пределы традиционного мышления и четко определить наше видение стратегий борьбы с сильными врагами хорошего здоровья и тем самым обеспечения качества жизни. Нынешний уровень знаний и научный опыт свидетельствуют о том, что наступление болезней и инвалидности, которые не дают многим людям достичь старости при хорошем здоровье, можно задержать или избежать полностью. Однако такое предупреждение серьезных инфекций и хронических болезней возможно лишь в том случае, если будет осуществлен сдвиг в акценте с самих болезней на факторы риска, или детерминанты, связанные с развитием болезни.

Один фактор риска может содействовать многим болезням, а различные факторы риска зачастую могут вместе приводить к одной болезни. Многие из этих факторов риска, связанные с широким спектром болезней - физических или психических, инфекционных или неинфекционных, - которые широко распространены как в развитых, так и в развивающихся странах, были вызваны людьми и самими людьми могут быть поставлены под контроль. Ликвидация ограниченного числа факторов риска, поддающихся контролю со стороны отдельных людей, а также опасностей, связанных с окружающей средой, на которые могут оказывать влияние отдельные страны и международное сообщество в целом, может значительно сократить вызываемые ими болезни и страдания.

При формировании видения на будущее были рассмотрены следующие фундаментальные вопросы:

- *Главным центром внимания* развития здравоохранения является хорошее здоровье, усиление потенциала здоровья и содействие повышению качества жизни людей в контексте гуманитарного развития. В таком случае здоровье станет не самоцелью, а ресурсом для повседневной жизни, который позволит каждому человеку реализовать свои на-

дежды и стратегические потребности, а также изменить окружающую среду или приспособиться к ней. Политика и стратегии развития здравоохранения дают людям положительное восприятие здоровья и позволяют им полностью использовать свой физический, психический и социальный потенциал. Хорошее состояние здоровья подразумевает улучшение качества прожитых лет жизни; то есть дополнительные годы будут прожиты без плохого состояния здоровья, при сокращении или сведении к минимуму отрицательного воздействия болезней и инвалидности, и при улучшении качества жизни в результате более здорового образа жизни в здоровой физической, социальной и экологической среде.

• *Главной заботой* будет повышение потенциала здоровья и качества жизни на всех этапах жизненного цикла отдельных людей. Профилактические, защитные, содействующие, лечебные и реабилитационные меры по улучшению здоровья дадут также возможность обеспечить стабильность таких улучшений и, по возможности, их дальнейшее укрепление; это сделает отдельных людей экономически и социально активными, учитывая их биологическую зрелость.

• *Главной целью мероприятий* по развитию здравоохранения будет ориентация на конечные результаты. Различные мероприятия в отношении конкретных болезней будут оцениваться не столько по достигнутому промежуточным результатам, таким как улучшение доступа к медико-санитарной помощи или службам, сокращение смертности, заболеваемости или инвалидности от любых отдельных болезней или состояний, сколько по конечным результатам, обеспечивающим окупаемость затрат посредством улучшения общего состояния здоровья отдельных людей и увеличения их потенциала здоровья. Поэтому медицинская помощь должна не только удовлетворять профессиональным стандартам, но и давать

Рамка 33. Обмен знаниями в целях здоровья

В среде, в которой знания становятся сырьевым материалом, организация, основанная на знаниях, должна обращать серьезное внимание на то, как происходит управление такими знаниями, как они распространяются и используются. На взаимодействие между партнерами в работе по международному здравоохранению влияют следующие пять ключевых факторов:

1. **Глобализация.** Глобализация связана в первую очередь с растущей взаимозависимостью – экономической, политической и социальной. Она оказывает как положительное, так и отрицательное влияние на здоровье. Интеграция на одном уровне может сочетаться с маргинализацией и увеличением неравенства на других.
2. **Информационная революция.** Быстрое развитие информационной и коммуникационной технологии открывает новые возможности для производства, анализа и распространения данных и знаний в области здравоохранения. Задача состоит в создании управляемой сети, которая позволит проводить оценку и распространять знания, делать их полезными и практичными и которая создаст возможности для обсуждения и установления обратной связи. Информационная технология предоставляет также новые средства оказания помощи между центрами (телемедицина, подготовка через Интернет и т.д.).
3. **Исследования в области здравоохранения/технологическая революция.** Сама по себе информация здравоохранения изменяется и обновляется еще более быстрыми темпами, и информация ВОЗ (например о разработке лекарственных средств, их безопасности, режимах лечения и т.д.) должна быть современной и полностью достоверной. Средний срок годности медицинского факта в настоящее время составляет пять лет.
4. **Увеличение приватизации в областях здоровья, медицинских исследований и интеллектуальной собственности.** Все больше медицинских и связанных со здоровьем исследований становится частными, и определяющим фактором этого является наличие крупного и быстро растущего рынка сбыта. Исследования в университетских институтах часто зависят от крупных вкладчиков из частного сектора.
5. **Более широкое понимание здоровья и подотчетности за здоровье.** Расширенные знания о детерминантах здоровья и о воздействии других секторов, помимо здоровья, требуют более широкого диапазона информации в таких областях, как экономика, право, права человека и этика.

Достоверная медицинская информация и знания становятся необходимым для всех товаром с точки зрения не только патентов и интеллектуальной собственности, но и системных знаний и сопоставимых данных. Учитывая все более расплывчатые границы между медицинскими/биомедицинскими исследованиями, исследованиями фармацевтических препаратов и питания, а также исследованиями в области сельского хозяйства, проблемы и партнеры, с которыми имеет дело ВОЗ, могут значительно измениться.

Задача, которая стоит перед международным сообществом, состоит в том, как наилучшим образом использовать интеллектуальный капитал, присутствующий этим многим партнерам и сотрудничающим сетям. Результат хорошего руководства интеллектуальным капиталом равен лидерству в области здоровья. Лидерством в данном случае является решение вопроса о том, кто устанавливает "золотой стандарт" для глобальных вопросов здравоохранения и глобального обсуждения этих вопросов, и чей подход (парадигма) к определению здоровья будет принят. Отсюда вытекают предложения в отношении того, как управлять здравоохранением, платить за здоровье и измерять состояние здоровья населения.

Современные

исследования в

области генома,

разрушающие все

наши сложившиеся о

нем представления,

обеспечат сдвиг от

диагностики и лечения

болезни к ее

предвидению и

раннему выявлению.

преимущества человеку, который ее получает. Центр внимания в оценке качества может в значительной степени переместиться в сторону отражения потребностей и интересов потребителей, а также их ожиданий и ценностей. Важным следствием такой перспективы с точки зрения "конечного результата" является тот факт, что преимущества здравоохранительных и социальных мероприятий будут комплексными и неразрывными. Она требует и отражает вклад всех тех, кто оказывает помощь, в том числе и самопомощь. Однако она не может показать, какие конкретные инициативы или действия дают такой результат.

При таком понимании фундаментальных положений, лежащих в основе улучшения здоровья в ходе ориентированного на человека развития можно конкретно представить себе будущую картину состояния здоровья в 21 веке. Согласно такой картине, можно предположить, что во всем мире *каждый отдельный человек будет полностью использовать свой потенциал здоровья на протяжении всей жизни, будет социально, экономически и психически продуктивным и способным повысить качество своей жизни.* Потребуется согласованные усилия, чтобы поддерживать и развивать положительные результаты для здоровья в виде увеличения ожидаемой продолжительности жизни и уменьшения опасности плохого состояния здоровья, а также для сокращения и, по возможности, ликвидации преждевременной смертности и инвалидности.

Эффективные действия в ответ на все эти задачи потребуют совершенно иного подхода, и их необходимо будет основывать на знаниях, опыте и практике, которые были приобретены и выработаны за последние 50 лет.

Некоторые из явлений в области технологии, а также получаемые от них информация и знания перечисляются в следующем разделе. Там

же приводятся примеры достижений в коммуникационной технологии, которые обеспечивают доступ к этой информации и знаниям для тех, кто в них нуждается (Рамка 33).

Здоровье и технология

Самой значительной чертой развития технологии в начале 21 столетия будет быстрое увеличение требующей большого объема знаний продукции и процессов, используемых во всем мире. Обучение на протяжении всей жизни будет иметь важное значение для обеспечения такого положения, при котором работающие люди будут сохранять свою производительность, особенно по мере старения населения и трудовых ресурсов в течение следующих десятилетий. Особое внимание необходимо будет обращать на активное старение, поощряя отдельных людей к полному участию в жизни общества, независимо от их возраста.

Практическое осуществление медицинской помощи зависит от прошлых, недавних и будущих исследований в области биомедицинских наук. Примеры исключительно успешного использования фундаментальных научных открытий, или развития технологии относятся к таким областям, как молекулярная биология и биология клетки, иммунология и генетика, а также диагностические и терапевтические процедуры, например, использование магнитно-ядерного резонанса в изучении старения и хирургическое применение лазерной техники. В нейробиологии понимание постоянно растущего разнообразия нейротрансмиттеров привело к более глубокому пониманию действия психотропных средств и нейротоксинов пищевого происхождения.

Виды прикладного применения технологии можно распределить по функциональным категориям: для профилактики, диагностики, лечения или реабилитации. Сами технологии могут быть классифицированы как относящиеся к биологиче-

ским препаратам, фармацевтическим средствам, медицинским устройствам, а также к заменяющим и вспомогательным приспособлениям.

Биомедицина является основой для фундаментального понимания процессов болезней. Она сделала возможной разработку новых смесей, а также предоставила новые методы для крупномасштабного производства существующих биологических препаратов. Она является основой для исключительно чувствительных специфичных диагностических тестов и для разработки новых вакцин. Методы рекомбинантной ДНК используются для пренатального скрининга и постнатального обследования, для выявления ошибок в формировании или биологической активности пептидов, которые могут привести к шизофрении. Эти методы докажут также свое большое значение при разработке новых вакцин.

В результате революции в молекулярной и клеточной биологии ускоряются процедуры скрининга при постановке медицинских диагнозов и диагнозов общественного здравоохранения. В пользование поступает новое поколение лекарственных средств, которые позволяют осуществлять более точный контроль над функциями организма человека. Современные исследования в области генома, разрушающие все наши сложившиеся о нем представления, обеспечат сдвиг от диагностики и лечения болезни к ее предвидению и раннему выявлению, так что болезнь можно будет лечить до появления симптомов. Хотя такие исследования и поднимают этические вопросы, они могут также дать значительные преимущества.

Появилось огромное количество диагностических устройств, охватывающих практически все области медицины и медико-санитарной помощи. Достижения в технологии получения изображений дали новое измерение диагностическим процедурам. Ультразвуковые методы являются более дешевыми (хотя и ме-

нее точными), чем компьютерная томография и получение изображений с помощью магнитно-ядерного резонанса, и вполне могут использоваться для скрининга и широкого диапазона диагностической деятельности. Они имеют также прикладные терапевтические виды применения. Относительно недорогими являются эндоскопические методы, а автоматизированные процедуры, такие как цитологический скрининг становятся все более надежными.

Лазеры применяются в хирургическом лечении, а микрохирургия становится все более сложной. Искусственные суставы и протезы, использующие новые материалы и заменители, а также более совершенные традиционные материалы, стали сильным средством в борьбе с инвалидностью. Качество этих и других устройств, таких как электрокардиостимуляторы, постоянно повышается. Пересадка органов имеет большое будущее в условиях быстро стареющего населения. Все большие усилия прилагаются в области клинического применения ксенотрансплантации клеток, тканей и органов организма животных-доноров в организм человека, а также в области производства биологических препаратов для человека от трансгенных и клонированных животных.

Некоторые перспективные возможности в областях биологических и фармацевтических препаратов открывают новые вакцины против инфекционных заболеваний, включая комбинированные вакцины, такие как вакцина КДС и пероральная вакцина.

Ключевые области для общих исследований включают секвенирование геномов основных патогенов и изучение распространения резистентности к противомикробным препаратом. Произойдет резкий скачок в разработке недорогих простых диагностических и терапевтических устройств для использования при раннем выявлении

Надлежащим образом

спланированные

системы передачи

технологии должны

дать возможность

развивающимся

странам использовать

достижения других

стран в целях

здоровья.

болезней или при облегчении боли. Ожидается также, что продолжающееся развитие биоматериалов для протезов, а также прогресс в области робототехники будут иметь значительные последствия.

В целом можно сказать, что научно-технические достижения в самом широком смысле значительно содействуют оказанию медицинской помощи. Продолжающиеся инвестиции в фундаментальные и прикладные исследования безусловно окупаются. Надлежащим образом спланированные системы передачи технологии должны дать возможность развивающимся странам использовать в целях здоровья достижения других стран, и в этом заключается огромный потенциал для регионального сотрудничества.

В то же время технологический прогресс может поднять серьезные этические вопросы, которые требуют неотложного внимания международного сообщества. Самым последним примером является успешное клонирование в 1997 г. овцы с помощью переноса ядер соматических клеток. Правительства, региональные группировки и международные органы во всем мире отреагировали на это, решительным образом высказавшись против клонирования человека в репродуктивных целях. Руководящие органы ВОЗ категорически заявили, что репликация человека является этически неприемлемой.

Информационное общество

Предполагается, что отдельные люди будут брать на себя все большую ответственность за здоровье, причем государство будет создавать соответствующие условия для этого. Наличие обоснованной информации приобретает центральное значение для их способности делать выбор. Каждый человек "строит" свое здоровье в конкретных местах повседневной жизни (в школе, на работе, дома). Роль общества состоит в том, чтобы создать такие условия, которые позволят достичь здоровья

всем его членам.

Информационное общество дает такие средства. Обен накопленными во всем мире знаниями о здоровье с помощью информационной и коммуникационной технологии является краеугольным камнем развития международного здравоохранения. Быстро развивающиеся информационные технологии изменяют способы, с помощью которых общается весь мир, что имеет далеко идущие последствия, в том числе и в области общественного здравоохранения.

Информационному обществу присущи три основные характеристики. Оно использует информацию в качестве экономического средства, стимулирующего деловые отношения в направлении достижения большей эффективности (например, посредством электронной передачи денег). Отдельные люди более интенсивно используют информацию как потребители для информирования о своем выборе, для приобретения товаров и для большего контроля над своей жизнью.

Потенциал информационной технологии в течение последних двадцати лет увеличивался экспоненциально, и нет никаких признаков его замедления. Новые информационные системы - спутниковое вещание, телекоммуникационные сети, использующие оптико-волоконную технику, и Интернет - стали глобальными.

Информационная технология может повысить уровни образования, укрепить общественные связи и стимулировать население к участию в принятии решений. В области здравоохранения она помогает врачам более внимательно следить за ходом лечения своих пациентов с помощью сложных систем ведения регистрационных записей. В глобальных масштабах она позволяет осуществлять эпиднадзор за болезнями и их мониторинг, а также способствует быстрому международному реагированию на эпидемии со стороны таких организаций, как ВОЗ. Внедрение информационной

Поскольку достижение
здоровья вызывает
моральные и
эмоциональные
реакции, политика
здравоохранения не
может
разрабатываться в
моральном вакууме.

технологии в медико-санитарную помощь и управление системами здравоохранения повысит качество помощи, действенность и экономическую эффективность мероприятий в отношении здоровья отдельных людей и общин.

Высказывается озабоченность по поводу того, что информационное общество увеличит разрыв между развитыми и развивающимися странами. Международные учреждения, включая ВОЗ, в течение нескольких десятилетий содействовали передаче информации развивающимся странам, расширяя информационные системы, библиотеки и архивы, так что более бедные страны могут получать информацию по доступным ценам и создавать свои собственные информационные инфраструктуры.

Достижения в области коммуникаций

Коммуникационную технологию необходимо поставить на службу всем людям для содействия их доступу к информации, в которой они нуждаются. Новые информационные сети, которые сейчас создаются, могут заложить основы для новой социальной структуры. Никакие прежние достижения в области телекоммуникаций, даже телефон и телевидение, не проникли в общественное сознание так быстро, как Интернет. Его интеграция в традиционные социальные и экономические процессы происходит с беспрецедентной быстротой, хотя, быть может, мы присутствуем лишь на самом начальном этапе бурного развития Интернет. Уже сейчас общества и страны во всем мире начинают делать наброски "киберпространства" двадцать первого века.

Эта технология должна не только содействовать экономическому развитию и повышению качества жизни - она может переделать общество. Время и пространство, выделяемые для вопросов здоровья в средствах массовой информации постоянно увеличиваются. Учреждения средств массовой информации играют все более активную роль в соци-

альных вопросах общества, которому они служат. Средства массовой информации должны играть важную роль в партнерстве с сектором здравоохранения, то есть в деле достижения целей здравоохранения.

Политические тенденции, влияющие на здоровье

Политика представляет собой отражение конфликтов силы и влияния, а также конкуренции между заинтересованными группами. Посредством политики предпринимаются определенные действия или предотвращаются какие-то действия, а также принимаются решения относительно того, кто что получает в обществе и когда. Поскольку достижение здоровья вызывает моральные и эмоциональные реакции, политика здравоохранения не может разрабатываться в моральном вакууме.

Политику здравоохранения и медико-санитарной помощи формируют приверженность и интересы международных учреждений, иностранной помощи, неправительственных организаций и объединений групп населения. Деловые интересы фармацевтических компаний и компаний, производящих медицинские средства, а также мотивация и идеология всех тех, кто оказывает медико-санитарную помощь, также влияют на здравоохранение и медико-санитарную помощь.

Здоровье работающего населения, например, зависит от торговой и коммерческой политики, а также от процессов индустриализации и силы профсоюзов. Удовлетворение потребностей в отношении здоровья со стороны женщин, пожилых людей, этнических меньшинств, детей, инвалидов и людей с определенными болезнями, например со СПИДом, невозможно без участия политики, связанной с идеологией, этикой и отсутствием политического влияния этих групп.

Оценка стратегии достижения здоровья для всех, проведенная в 1997 г., наглядно проиллюстрировала, что во многих странах традиционные

Если люди всего мира
не примут меры
достаточно скоро,
голод,
недостаточность
питания и
возникающие в
результате этого
болезни по-прежнему
будут широко
распространены,
природные ресурсы
продолжат
истощаться, а
конфликты из-за
скудных ресурсов
станут еще более
распространенными.

показатели здравоохранения оказались недостаточными для обеспечения достижения этой цели. Даже в странах, где определенные задачи были выполнены, справедливость не была достигнута, независимо от политического режима или уровня экономического развития и несмотря на наличие законодательства о защите политических и гражданских прав.

Стремление к справедливости находится в самом центре политической борьбы. Правительства, независимо от их политического образа действий, должны стремиться удовлетворить потребности в отношении здоровья путем преобразования систем медицинской помощи. В последнее время в некоторых странах основная общественная функция по обеспечению справедливости ослабла, так как отдельные государства уменьшают акцент на социальные области и передают некоторые обязанности частному сектору и на местный уровень, где механизмы обеспечения справедливости могут отсутствовать или быть слабыми.

Реформы повлияли на содержание и формулирование социальной политики, поскольку государство изменяет свою роль по разработке, финансированию, осуществлению и регулированию политики. Эти изменения относятся к сдвигу в конечной цели социальной политики от всеобщего доступа при высокой стоимости и низкой эффективности для большинства людей к новой парадигме, сосредоточенной на бедных людях. Такие рамки включают конкретные целенаправленные стратегии и справедливость с изначальной идеей о неравном отношении к тем, кто не имеет социально и экономического равенства.

В результате этого население начинает мобилизовываться для построения своего будущего через массовые движения, неправительственные организации и с помощью других средств. Хотя новая концепция медико-санитарной помощи, основанной на общине, стала провозгла-

шаться в самых разнообразных контекстах, ее эффективности препятствует раздробленность, отсутствие приверженности общества и социальной сплоченности, а также понимание значения плохого состояния здоровья и служб здравоохранения в качестве исключительно личного достояния.

Существует опасность того, что ускорение глобальных преобразований, какие бы богатства оно ни сулило, оставит в нищете к 2020 г. более половины миллиарда человек. Несмотря на увеличивающуюся глобализацию, политика отдельных стран по-прежнему имеет первостепенное значение при определении уровней и стандартов, например, в области занятости и труда. Хотя в настоящее время и наблюдается тенденция к международной ответственности за установление стандартов во многих ключевых областях и к их применению на местном уровне, правительства стран должны играть определенную роль в отношении разработки политики и принятия законодательства, особенно в социальном секторе. Это особенно справедливо в случаях, когда ресурсы должны быть отвлечены от социального сектора в связи с глобализацией торговли и услуг, которая может привести к уменьшению предоставления основных медицинских и здравоохранительных услуг.

Несмотря на то, что от лиц, занимающихся прогнозами, невозможно ожидать, что они выйдут за пределы экстраполяции известных факторов, лидеры и политики обязаны делать это. Они должны определить глобальный сценарий начала 21 столетия и заложить фундамент, который позволит продвинуться вперед.

Если люди всего мира не примут меры достаточно скоро, голод, недостаточность питания и возникающие в результате этого болезни по-прежнему будут широко распространены, природные ресурсы продолжат истощаться, а конфликты

Обеспокоенность в

отношении более

пожилых членов

современного

общества является

частью

взаимоотношений

между поколениями,

которые необходимо

будет развивать

в 21 столетии.

из-за скудных ресурсов, таких как вода, станут еще более распространенными. Для большей части человечества мир перестанет быть местом, приятным для жизни. Не следует допускать это. С помощью прозорливых и решительных действий мы можем создать лучший мир для всех людей. У нас есть знания и умения, и мы пока еще имеем необходимые ресурсы, в том числе и природные ресурсы.

Императивы в отношении здоровья на 21 век

В незавершенной повестке дня действий в целях здоровья главным пунктом остается борьба с бедностью. Приоритетом должно стать ее сокращение в беднейших странах мира и ликвидация очагов бедности, которые существуют внутри стран, в том числе и среди беженцев. Политика, направленная на улучшение здоровья и обеспечение справедливости, имеет ключевое значение для экономического роста и сокращения бедности.

Сохранение результатов, которые уже достигнуты в отношении здоровья, в значительной степени зависит от обмена знаниями в области здоровья и медицины, от обмена теоретическим и практическим опытом в глобальных масштабах. Помимо создания и расширения национальных служб здравоохранения, основанных на первичной медико-санитарной помощи, промышленно развитые страны могут играть чрезвычайно важную роль в содействии решению глобальных проблем здравоохранения. Это соответствует их собственным интересам, а также интересам развивающихся стран.

Расширению международного сотрудничества в области здравоохранения может быть оказано содействие с помощью управляемой глобальной сети, использующей самые последние коммуникационные технологии. Большое значение имеет глобальный эпиднадзор для выявления возникающих инфекционных

болезней и принятия ответных мер. В результате увеличения глобальной торговли и поездок важное значение также приобретает предупреждение инфекций пищевого происхождения. Распространению инфекций содействуют войны, конфликты, перемещение беженцев и ухудшение состояния окружающей среды, которые сами по себе также представляют собой опасности для здоровья.

Усиление потенциала здоровья в будущем зависит от предотвращения и сокращения преждевременной смертности, заболеваемости и инвалидности. Это подразумевает предоставление людям всех возрастов возможности со временем достичь максимального уровня своего потенциала - как интеллектуального, так и физического - посредством образования, развития жизненных навыков и здорового образа жизни.

Необходимо лучше понять последствия для здоровья *здорового старения* - физических и психических характеристик пожилого возраста и связанных с ними проблем. Необходимо проводить гораздо больше исследований для сокращения инвалидности среди людей в более старших возрастных группах.

Обеспокоенность в отношении более пожилых членов современного общества является частью взаимоотношений между поколениями, которые необходимо будет развивать в 21 столетии. Эти взаимоотношения, имеющие жизненно важное значение для социальной сплоченности, должны основываться на равноправии, солидарности и социальной справедливости.

Молодые и пожилые люди должны научиться понимать различные устремления и требования друг друга. Молодые люди имеют навыки и энергию, чтобы повысить качество жизни старшего поколения. Пожилые люди обладают разумом опыта, который они могут передать сегодняшним детям и будущим поколениям.

Приложение 1

Государства–члены и ассоциированные члены ВОЗ

По состоянию на 1 января 1998 г. в ВОЗ входило 191 государство–член и два ассоциированных члена. Ниже следует перечень государств–членов и ассоциированных членов с указанием даты их присоединения к Уставу или даты их принятия в ассоциированные члены.

Австралия*	2 февраля 1948 г.	Доминика*	13 августа 1981 г.
Австрия*	30 июня 1947 г.	Доминиканская Республика	21 июня 1948 г.
Азербайджан	2 октября 1992 г.	Египет*	16 декабря 1947 г.
Албания	26 мая 1947 г.	Заир*	24 февраля 1961 г.
Алжир*	8 ноября 1962 г.	Замбия*	2 февраля 1965 г.
Ангола	15 мая 1976 г.	Зимбабве	16 мая 1980 г.
Андорра	15 января 1997 г.	Израиль	21 июня 1949 г.
Антигуа и Барбуда*	12 марта 1984 г.	Индия*	12 января 1948 г.
Аргентина*	22 октября 1948 г.	Индонезия*	23 мая 1950 г.
Армения	4 мая 1992 г.	Иордания*	23 мая 1950 г.
Афганистан	19 апреля 1948 г.	Ирак*	23 сентября 1947 г.
Багамские Острова*	1 апреля 1974 г.	Ирландия*	20 октября 1947 г.
Бангладеш	19 мая 1972 г.	Исламская Республика Иран*	23 ноября 1946 г.
Барбадос*	25 апреля 1967 г.	Исландия	17 июня 1948 г.
Бахрейн*	2 ноября 1971 г.	Испания*	28 мая 1951 г.
Беларусь*	7 апреля 1948 г.	Италия*	11 апреля 1947 г.
Бельгия*	25 июня 1948 г.	Иемен	20 ноября 1953 г.
Белиз	23 августа 1990 г.	Кабо–Верде	5 января 1976 г.
Бенин	20 сентября 1960 г.	Камбоджа*	17 мая 1950 г.
Болгария*	9 июня 1948 г.	Казахстан	19 августа 1992 г.
Боливия	23 декабря 1949 г.	Камерун*	6 мая 1960 г.
Босния и Герцеговина*	10 сентября 1992 г.	Канада	29 августа 1946 г.
Ботсвана*	26 февраля 1975 г.	Катар	11 мая 1972 г.
Бразилия*	2 июня 1948 г.	Кения*	27 января 1964 г.
Бруней–Даруссалам	25 марта 1985 г.	Кипр*	16 января 1961 г.
Буркина–Фасо*	4 октября 1960 г.	Кирибати	26 июля 1984 г.
Бурунди	22 октября 1962 г.	Китай*	22 июня 1946 г.
Бутан	8 марта 1982 г.	Колумбия	14 мая 1959 г.
Бывшая Югославская Республика Македония	22 апреля 1993 г.	Коморские Острова	9 декабря 1975 г.
Вануату	7 марта 1983 г.	Конго	26 октября 1960 г.
Венгрия*	17 июня 1948 г.	Корейская Народно– Демократическая Республика	19 мая 1973 г.
Венесуэла	7 июня 1948 г.	Корейская Республика*	17 августа 1949 г.
Вьетнам	17 мая 1950 г.	Коста–Рика	17 марта 1949 г.
Габон*	21 ноября 1960 г.	Кот–д’Ивуар*	28 октября 1960 г.
Гаити*	12 августа 1947 г.	Куба*	9 мая 1950 г.
Гайана*	27 сентября 1966 г.	Кувейт*	9 мая 1960 г.
Гамбия*	26 апреля 1971 г.	Кыргызстан	29 апреля 1992 г.
Гана*	8 апреля 1957 г.	Лаосская Народно–Демократическая Республика*	17 мая 1950 г.
Гватемала*	26 августа 1949 г.	Латвия	4 декабря 1991 г.
Гвинея*	19 мая 1959 г.	Либерия*	14 марта 1947 г.
Гвинея–Бисау	29 июня 1974 г.	Лесото*	7 июля 1967 г.
Германия*	29 мая 1951 г.	Ливан	19 января 1949 г.
Гондурас	8 апреля 1949 г.	Ливийская Арабская Джамахирия*	16 мая 1952 г.
Гренада	4 декабря 1974 г.		
Греция*	12 марта 1948 г.		
Грузия	26 мая 1992 г.		
Дания*	19 апреля 1948 г.		
Джибути	10 марта 1978 г.		

* Государство–член, присоединившееся к Конвенции о привилегиях и иммунитетах специализированных учреждений и ее Приложению VII.

- Литва 25 ноября 1991 г.
Люксембург* 3 июня 1949 г.
Маврикий* 9 декабря 1968 г.
Мавритания 7 марта 1961 г.
Мадагаскар* 16 января 1961 г.
Малави* 9 апреля 1965 г.
Малайзия* 24 апреля 1958 г.
Мали 17 октября 1960 г.
Мальдивские Острова* 5 ноября 1965 г.
Марокко* 14 мая 1956 г.
Маршалловы Острова 5 июня 1991 г.
Мексика 7 апреля 1948 г.
Микронезия (Федеральные Штаты) 14 августа 1991 г.
Мозамбик 11 сентября 1975 г.
Монако 8 июля 1948 г.
Монголия* 18 апреля 1962 г.
Мьянма 1 июля 1948 г.
Намибия 23 апреля 1990 г.
Науру 9 мая 1994 г.
Непал* 2 сентября 1953 г.
Нигер* 5 октября 1960 г.
Нигерия* 25 ноября 1960 г.
Нидерланды* 25 апреля 1947 г.
Никарагуа* 24 апреля 1950 г.
Ниуэ 4 мая 1994 г.
Новая Зеландия* 10 декабря 1946 г.
Норвегия* 18 августа 1947 г.
Объединенная Республика Танзания* 15 марта 1962 г.
Объединенные Арабские Эмираты 30 марта 1972 г.
Оман 28 мая 1971 г.
Острова Кука 9 мая 1984 г.
Палау 9 марта 1995 г.
Пакистан* 23 июня 1948 г.
Панама 20 февраля 1951 г.
Папуа–Новая Гвинея 29 апреля 1976 г.
Парагвай 4 января 1949 г.
Перу 11 ноября 1949 г.
Польша* 6 мая 1949 г.
Португалия 13 февраля 1948 г.
Республика Молдова 4 мая 1992 г.
Российская Федерация* 24 марта 1948 г.
Руанда* 7 ноября 1962 г.
Румыния* 8 июня 1948 г.
Сальвадор 22 июня 1948 г.
Самоа 16 мая 1962 г.
Сан–Марино 12 мая 1980 г.
Сан–Томе и Принсипи 23 марта 1976 г.
Саудовская Аравия 26 мая 1947 г.
Свазиленд 16 апреля 1973 г.
Сейшельские Острова 11 сентября 1979 г.
Сенегал* 31 октября 1960 г.
Сент–Винсент и Гренадины 2 сентября 1983 г.
Сент–Китс и Невис 3 декабря 1984 г.
Сент–Люсия* 11 ноября 1980 г.
Сингапур* 25 февраля 1966 г.
Сирийская Арабская Джамахирия 18 декабря 1946 г.
Словацкая Республика* 4 февраля 1993 г.
Словения* 7 мая 1992 г.
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии 22 июля 1946 г.
Соединенные Штаты Америки 21 июня 1948 г.
Соломоновы Острова 4 апреля 1983 г.
Сомали 26 января 1961 г.
Судан 14 мая 1956 г.
Суринам 25 марта 1976 г.
Сьерра–Леоне* 20 октября 1961 г.
Таджикистан 4 мая 1992 г.
Таиланд* 26 сентября 1947 г.
Того* 13 мая 1960 г.
Тонга* 14 августа 1975 г.
Тринидад и Тобаго* 3 января 1963 г.
Тувалу 7 мая 1993 г.
Тунис* 14 мая 1956 г.
Туркменистан 2 июля 1992 г.
Турция 2 января 1948 г.
Уганда 7 марта 1963 г.
Узбекистан 22 мая 1992 г.
Украина 3 апреля 1948 г.
Уругвай* 22 апреля 1949 г.
Фиджи* 1 января 1972 г.
Филиппины* 9 июля 1949 г.
Финляндия* 7 октября 1947 г.
Франция* 16 июня 1948 г.
Хорватия* 11 июня 1992 г.
Центральноафриканская Республика* 20 сентября 1960 г.
Чад 1 января 1961 г.
Чешская Республика* 20 сентября 1960 г.
Чили* 15 октября 1948 г.
Швейцария 26 марта 1947 г.
Швеция* 28 августа 1947 г.
Шри–Ланка 7 июля 1948 г.
Эквадор* 1 марта 1949 г.
Экваториальная Гвинея 5 мая 1980 г.
Эритрея 24 сентября 1993 г.
Эстония 31 марта 1993 г.
Эфиопия 11 апреля 1947 г.
Югославия* 19 ноября 1947 г.
Южная Африка 7 августа 1947 г.
Ямайка* 21 марта 1963 г.
Япония* 16 мая 1951 г.
- Ассоциированные члены
- Позрто–Рико 7 мая 1992 г.
Токелау 8 мая 1991 г.

* Государство–член, присоединившееся к Конвенции о привилегиях и иммунитетах специализированных учреждений и ее Приложению VII.