Глобальные идеи AgeWatch

Право пожилых людей на здоровье, право быть учтенными

Резюме

AARP Real Possibilities

HelpAge International

Опубликовано HelpAge International

PO Box 70156
London WC1A 9GB, UK

info@helpage.org

www.helpage.org
Зарегистрированный благотворительный номер в Англии и Уэльсе 288180
Отредактировано Green Ink (**greenink.co.uk**)

Фото на обложке:
1 2 1: Asociación Israelita Argentina AMIA; 2: Jonas Wresch/HelpAge International;
3 4 3: CORDES; 4: Lydia Humphrey/Age International;
5 6 5: Claire Catherinet/HelpAge International; 6: Zugomedia, Republic of Moldova;
7 8 7: Hereward Holland/HelpAge International; 8: Oscar Franklin/HelpAge International;
9 10 9: Red Cross Serbia/HelpAge International; 10: Ben Small/HelpAge International;
11 12 11: Brayden Howie/HelpAge International; 12: HelpAge International.

Дизайн Green Ink

Права защищены © HelpAge International, 2018. Этот отчет был подготовлен HelpAge International в сотрудничестве и за подписью AARP (aarp.org)

Эта работа лицензируется Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0), https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

ISBN 978-1-910743-44-7

Благодарность

Этот отчет поддержан грантом от AARP (aarp.org).

Авторы HelpAge International: Рэйчел Альбоне, Патрисия Конбой, Марк Горман, Кейтлин Литтлтон, Мадлен Макгиверн, Верити Макгиверн, Алекс Михновиц, Лаура Парис, Элли Парравани и Танви Патель.

Авторы AARP: Ник Барракка, Эйми Картер, Эрика Дхар, Майкл Эпштейн, Мередит Хантер, Карл Левеск, Кейт Линд, Холли Шульц и д-р Дебра Уитмен.

Исследование данных, подготовка и разработка страновых профилей: д-р Пол Коваль, Университет Чиангмай и Всемирная организация здравоохранения, профессор Нави Нг, Университет Умео.

Всеобщее право на здоровье

В основе Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) лежит глобальная приверженность делу обеспечения права на здоровье всех людей во всем мире. Теперь, спустя 70 лет, самое подходящее время для оценки того, насколько на практике это видение охватывало пожилых людей.

Право на здоровье было признано в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) и выходит за рамки доступа к медицинским услугам для охвата «широкого спектра социально-экономических факторов, которые способствуют тому, чтобы люди могли вести здоровый образ жизни, и распространяется на основные детерминанты здоровья»[1]. Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП) изложил четыре основных компонента права на здоровье: доступность, доступность, приемлемость и качество[2]. Эти аспекты стали основополагающими для всеобщего охвата услугами здравоохранения (UHC) и ориентированного на человека подхода к здоровью, которые будут ключевыми для перестройки систем здравоохранения, необходимой для обеспечения права пожилых людей на здоровье.

Право пожилых людей на здоровье

Право на здоровье, как и все права человека, является универсальным и неотъемлемым, и должно осуществляться без дискриминации по признаку возраста, этнической принадлежности или любого другого статуса. Специальная ссылка на право пожилых людей на здоровье была сделана КЭСКП, в которой говорилось, что «очевидно, что пожилые люди имеют право пользоваться всеми правами», признанными в МПЭСКП[3]. Комитет утверждает важность комплексного подхода, сочетая профилактическое, лечебное и реабилитационное лечение[4], заявляя, что такой подход должен поддерживать функциональные способности и автономию пожилых людей[5]. В другие положения также входят пожилые люди, в частности включая рекомендацию Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДОЖ), чтобы обеспечить доступ пожилых женщин к недорогому уходу и профессионально подготовленным медицинским работникам.[6]

70 лет Всеобщей декларации прав человека

Она закрепляет право каждого человека на здоровье без дискриминации по признаку возраста, пола, этнической принадлежности или любому другому признаку. Однако право на здоровье конкретно не применяется к контексту пожилого возраста в международном праве.

Несмотря на эти меры защиты, прогресс в области здравоохранения для пожилых людей по-прежнему остается крайне неравным и часто ограниченным. Таким образом, право пожилых людей на здоровье не реализуется. В частности, в странах с низким и средним уровнем дохода (LMIC) пожилые люди по-прежнему страдают от исключения и сталкиваются с многочисленными проблемами при доступе к услугам.

Основанный на правах подход к здравоохранению требует, чтобы системы и службы здравоохранения учитывали неравенство, отдавая приоритет самым уязвимым. Этот принцип отражен в Повестке дня ООН по устойчивому развитию 2020 года и ее целях в области устойчивого развития (ЦУР), а также в усилиях к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения.[7]

В этом докладе описывается, в какой степени пожилые люди остаются без внимания, анализируя имеющиеся данные о здоровье пожилых людей и выделяя пробелы - где пожилых людей просто не учитывают.

Препятствия для права пожилых людей на здоровье

У пожилых людей есть ряд препятствий для их включения в системы здравоохранения и услуги.

Дискриминация в форме эйджизма широко распространена, в том числе среди медицинских работников, которые могут не консультировать пожилых людей по уходу и ограничивать или запрещать доступ к лечению на основании возраста. К числу других барьеров относятся плохая физическая доступность услуг, отсутствие охвата общин, бедность и непомерные цены, а также низкая грамотность в области здравоохранения и меньший доступ к медицинской информации. Во многих странах медицинские работники недостаточно подготовлены, чтобы реагировать на проблемы со здоровьем, характерные для пожилых людей, а также отсутствует медицинская и геронтологическая подготовка по уходу за пожилыми людьми.

Многие системы здравоохранения структурированы для лечения острых эпизодических заболеваний и менее способны реагировать на длительные хронические заболевания. Это означает, что они часто не могут обеспечить ориентированный на людей комплексный уход, который имеет важное значение в пожилом возрасте, и не отвечают конкретным потребностям пожилых людей.

В дополнение к таким барьерам, системы здравоохранения не смогли идти в ногу с двумя основными взаимосвязанными глобальными переходами: демографическим переходом и эпидемиологическим переходом[8].

Демографический переход

Прогресс в области глобального здравоохранения и развития привел к снижению показателей как рождаемости, так и смертности, и быстрому старению населения в мире. К 2020 году число людей в мире в возрасте старше 60 лет, согласно прогнозам, достигнет 1 миллиарда, а к 2050 году – 2 миллиардов. Эти демографические изменения идут наиболее быстрыми темпами в бедных странах, где живут более 70% людей в возрасте старше 60 лет[10].

Эпидемиологический переход

Глобальная картина болезней в последние годы смещается от инфекционных заболеваний к неинфекционным (НИЗ). НИЗ оказывают непропорциональное воздействие на людей пожилого возраста. По оценкам, в 2011 году люди в возрасте 60 лет и старше составляли 75% смертей от НИЗ в бедных странах[11]. В дополнение к высоким показателям НИЗ в пожилом возрасте также наблюдаются высокие показатели мультиморбидности. По мере того, как люди стареют, у них чаще возникает более одного хронического состояния в одно и то же время.

Проблемы, связанные со здоровьем, часто сопровождаются необходимостью большей поддержки в повседневных задачах, чтобы обеспечить независимость и автономию, в результате чего здоровье и социальная помощь становятся все более сложными и взаимозависимыми. Системы здравоохранения, ухода и поддержки до сих пор не справились с этой проблемой. Демографические и эпидемиологические переходы требуют, чтобы системы здравоохранения адаптировались к новой реальности, отходя от

Три перехода

Демографический переход

- Мир быстро стареет - к 2020 году будет более 1 миллиарда человек в возрасте 60 лет и старше.
- В странах с низким и средним уровнем дохода проживает 70% пожилых людей в мире.
- Женщины живут дольше мужчин по всему миру в среднем на 4,7 года.

Эпидемиологический переход

- Глобальная картина болезней смещается в сторону неинфекционных заболеваний (НИЗ).
- НИЗ оказывают непропорциональное воздействие на пожилых людей - в 2011 году 75% смертей от НИЗ в странах с низким и средним уровнем доходов составляли люди в возрасте 60 лет и старше.

Переход системы здравоохранения

- Системы здравоохранения должны адаптироваться к стареющему населению в мире и росту НИЗ для обеспечения права пожилых людей на здоровье.
- Цели устойчивого развития и глобальное стремление к всеобщему охвату здравоохранением предоставляют возможности для руководства этим переходом.

вертикальных структур, которые затрагивают конкретные болезни, к более интегрированным и скоординированным услугам, которые отвечают целостно.

В демографическом и эпидемиологическом переходе есть явный гендерный аспект. Самая явная разница между мужчинами и женщинами заключается в ожидаемой продолжительности жизни. Женщины продолжают переживать мужчин в большинстве стран мира, проживая в среднем на 4,7 года больше[12]. Необходимы системы и службы здравоохранения, учитывающие гендерные аспекты и возраст, которые способны реагировать на гендерные факторы, включая различия в социальных детерминантах здоровья.

Всеобщий охват услугами здравоохранения

Повестка дня 2030, согласованная мировыми лидерами, устанавливает 17 целей для «реализации прав человека для всех»[13]. Ее центральное обязательство заключается в том, чтобы не оставить никого позади. Таким образом, открываются широкие возможности в рамках Повестки дня 2030 года для обеспечения реализации прав человека для людей всех возрастов, включая пожилых. Право на здоровье в течение всего жизненного цикла приобрело повышенное внимание с принятием ЦУР. ЦУР-3, обеспечение здорового образа жизни и обеспечение благосостояния для всех людей в любом возрасте, предоставляет важную возможность реализовать право пожилых людей на здоровье.

Важно, что цель 3.4 по НИЗ признает смещение бремени болезней и обещает более пристальное внимание в этой области, особую заботу о пожилых людях. Целевой показатель ЦУР-3 3.8 для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, тем временем, создает потенциальный путь для переходов, необходимых для удовлетворения потребностей демографических и эпидемиологических переходов. Однако пожилые люди сталкиваются с рядом проблем в реализации этого права, в том числе в отношении доступа, качества и доступности – трех основных компонентов всеобщего охвата. Учитывая высокий уровень незащищенности доходов в пожилом возрасте, ключевым элементом будет защита финансовых рисков. Для устранения барьеров на каждом этапе процесса разработки систем всеобщего охвата следует четко определить последствия доступа, качества и финансовой защиты для пожилых людей. Сложность здоровья в пожилом возрасте, в том числе распространенность мультиморбидности, означает, что адаптация к системам для достижения всеобщего охвата, должна обеспечивать, чтобы уход был ориентирован на человека и был интегрирован.

Повестка дня 2030 предусматривает, что показатели ЦУР дезагрегируются по доходу, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, инвалидности, географическому положению и миграционному статусу, включая показатели для оценки прогресса в отношении всеобщего охвата услугами здравоохраниния. Несмотря на это обязательство, пожилые люди по-прежнему исключены из данных, собранных в настоящее время по многим показателям.

Уход за пожилыми людьми

За пределами всеобщего охвата услугами здравоохранения

Защитники концепции всеобщего охвата услугами здравоохранения, как правило, концентрируются на таких вопросах, как устранение финансовых барьеров, в частности, отмена сборов с пользователей услуг. Однако глобальное сообщество здравоохранения также должно устранять другие барьеры, препятствующие доступу к медицинским услугам, такие как географическое расстояние, культурные различия, гендерные аспекты, гражданство и социальные детерминанты здоровья. Цель всеобщего охвата, подтвержденная ЦУР-3, состоит в том, чтобы охватить уязвимые группы населения, чтобы никто не остался позади, и, следовательно, «необходимы инновационные методы, чтобы медико-санитарные услуги выходили за рамки этих барьеров».[15]

Уход, ориентированный на человека

В то время как единое определение ухода, ориентированного на человека, не было согласовано, ключевые особенности включают в себя размещение людей и сообществ, а не болезней в центре систем здравоохранения, а также расширение возможностей людей в отношении их здоровья, а не превращение их в пассивных получателей. Таким образом, снабжение должно быть интегрировано, а не фрагментировано. Подход, ориентированный на людей, находится на уровне населения и систем здравоохранения, в то время как для индивидуальных медицинских работников и пациентов отношения ориентированы на человека. Для достижения наилучших результатов

© Jonas Wresch/HelpAge International

Пожилая женщина из Буэнавентура, Колумбия

для пожилых людей, принцип организации ухода вокруг проблем и приоритетов самих людей является центральной целью.

Тем не менее, сложно измерить прогресс в создании комплексных медицинских услуг, ориентированных на человека. Измерение интеграции или ориентированности на человека не включаются, например, в глобальный обзор ВОЗ, в рамки мониторинга и оценки ЦУР или в глобальный справочный список ВОЗ по 100 основным показателям здоровья[16].

Индивидуальный уход особенно сложен и необходим для наиболее физически и умственно слабых пожилых людей. Учитывая, что высокая доля тех, кто нуждается в помощи и поддержке в пожилом возрасте, живет с деменцией, создание доказательной базы вокруг ключевых особенностей ухода с помощью человека имеет здесь большое значение. Индивидуальный уход не ограничивается лечением в институциональных условиях - ориентированные на человека подходы могут также способствовать профилактике и управлению в сообществе. Например, Сингапур в последние годы уделяет все большее внимание целому ряду мер, направленных на удовлетворение потребностей людей, живущих с деменцией, включая надлежащее государственное жилье и транспорт, услуги по трудоустройству и поддержке[17].

Долгосрочный уход и поддержка

Хотя основное внимание в этом докладе уделяется здравоохранению, социальная защита играет ключевую роль. Для людей, которые испытывают значительную потерю трудоспособности, может потребоваться долгосрочный уход и поддержка. Долгосрочный уход определяется как деятельность, осуществляемая другими лицами для обеспечения того, чтобы люди, которые подверглись значительной постоянной утрате способностей, могли поддерживать уровень функциональной способности, соответствующий их основным правам, свободам и человеческому достоинству[18]. Это определение ставит цель такого ухода и поддержки выше удовлетворения основных потребностей и признает правоспособность пожилых людей, включая их право принимать решения о своей жизни.

Практически во всех бедных странах наиболее значимой является помощь, оказываемая близкими родственниками без финансовой или иной поддержки. «Это приводит к тому, что миллионы уязвимых пожилых людей не имеют удовлетворения своих основных потребностей или в некоторых случаях испытывают вопиющие нарушения своих основных прав. Это также налагает ненужную нагрузку на опекунов, которые в подавляющем большинстве являются женщинами»[19].

Одним из ограничивающих факторов при разработке политики в области долгосрочного ухода и поддержки является значительное отсутствие всеобъемлющих данных. Нет постоянного сбора данных о долгосрочном уходе и поддержке на глобальном и региональном уровнях, и на национальном уровне часто возникают пробелы. Исследования показывают, что значительная часть пожилых людей зависит от ухода, и их доля возрастает. Эта распространенность также значительно выше в бедных странах, где инфраструктура ухода слабее, чем в странах с высоким уровнем дохода[20].

Системы данных препятствуют праву пожилых людей на здоровье

Возможность оценить, доступно ли всеобщее и неотъемлемое право на здоровье всем пожилым людям без дискриминации и на равных условиях с другими, зависит от наличия и доступа к качественным и актуальным данным. Как и способность выявлять пробелы в отношении доступности и качества медицинских услуг для пожилых людей. Тем не менее, международная система данных не успевала идти в ногу с изменениями как в понимании здоровья по мере старения людей, так и с динамикой населения и тенденциями в характере заболеваний.

Ряд проблем все еще существует при сборе, анализе и использовании данных о старении и пожилых людях. Они существуют в системах данных в целом и в сборе статистики по здравоохранению.

Пожилые женщины и мужчины часто исключаются из механизмов сбора данных. Значительная часть данных, в том числе в области здравоохранения, поступает из обследований домашних хозяйств. Некоторые из исследований имеют возрастные ограничения и поэтому не включают в себя пожилых людей. Другим ограничением является то, что они часто предоставляют данные и анализ на уровне домохозяйства, а не на индивидуальном уровне, что мало говорит о ситуации со здоровьем пожилых людей.

Медицинские экспресс-тесты HelpAge, Молдова

Когда данные собираются, они не всегда дезагрегируются и анализируются по возрасту. Например, данные, собранные в ходе гуманитарных и чрезвычайных ситуаций, часто дезагрегируются по возрасту только в двух когортах, в возрасте до пяти лет и более пяти лет.

Недостаток данных ощущается также о людях, живущих в учреждениях по уходу, неформальных условиях или на улице, и представителях ЛГБТ.

Чтобы провести исследование, на основе которого создан данный доклад, исследователи собрали и проанализировали национальные данные о здоровье пожилых людей из 12 стран. Это само по себе выявило следующие существенные проблемы в доступности данных о здоровье в пожилом возрасте.

- Данные по нескольким индикаторам были труднодоступны или не существовали в некоторых странах.
- Данные не были легко доступны, и поиск источников в значительной степени основывался на личных профессиональных отношениях и связях и занимал много времени.
- Там, где исследователи смогли получить доступ к данным, в некоторых случаях они не могли быть включены в анализ из-за таких факторов, как отсутствие или неполная маркировка, а также отсутствие понимания того, как организованы данные.
- Для некоторых наборов данных отсутствовали метаданные, необходимые для оценки качества данных, тогда как другие данные не были стратифицированы по ключевым переменным.
- Сравнимость переменных между наборами данных была особенно сложной, поскольку формулировка вопросов и возможных ответов значительно различалась.
- Другие проблемы включали возраст данных и регулярность их обновления, размеры выборки и проблемы с составлением качественных и количественных данных.

Прогнозы, основанные на глобальных оценках для понимания тенденций в разных странах, группах населения и времени, имеют ограничения в общем качестве исходных источников данных, модельных допущениях и во временных задержках между проведением национальных обследований.

Нам нужны качественные, своевременные данные с разбивкой по полу, возрасту, инвалидности и другим соответствующим характеристикам для измерения, понимания и удовлетворения разнообразных и конкретных потребностей пожилых людей и для мониторинга прогресса в области всеобщего права на здоровье.

Существует настоятельная потребность в сборе данных по всему жизненному циклу, а затем с разбивкой по возрасту, а также по социальной группе, полу, инвалидности, этнической принадлежности и местонахождению, чтобы привлечь внимание к различиям в состоянии здоровья и ожидаемой продолжительности жизни в стареющих группах населения и чтобы обеспечить эффективное планирование для удовлетворения их потребностей.

Это включает в себя необходимость улучшения охвата и качества регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения (CRVS) в бедных странах для обеспечения непрерывных демографических и медицинских данных о рождаемости и причинах смерти.

Кроме того, широкомасштабные продольные исследования, проводимые в разных условиях, играют важную роль в улучшении среды данных. Они могут охватывать данные о распределении здоровья и инвалидности среди пожилых людей, а также о траекториях заболеваемости.

Новые источники данных (например, мобильные телефоны, использование Интернета и социальных сетей, кредитные и дебетовые карты, спутниковые снимки) быстрее генерируют данные в реальном времени, в большем объеме и по более широкому кругу тем, чем когда-либо прежде. Однако неясно, в какой степени новые источники данных могут закрыть пробелы в доказательствах.

Вместе с тем были отмечены положительные ответы на помехи в данных, которые затрагивают пожилых людей, такие как создание Тичфилдской группы по статистике старения и дезагрегированным по возрасту данным[21], и появлению новых концептуальных и аналитических рамок для статистики по старению, собранной в течение жизненного цикла.

Что данные говорят нам о здоровье пожилых людей

Продолжительность жизни

Данные из 12 целевых стран, включенных в этот отчет, показывают, что ожидаемая продолжительность жизни как для мужчин, так и для женщин растет. Темпы роста различаются по странам, демонстрируя различные этапы демографического перехода и, следовательно, вероятно, также эпидемиологический переход, а также значительное неравенство в отношении здоровья и благополучия между странами.

Соотношение здоровой продолжительности жизни (HALE) к ожидаемой продолжительности жизни указывает на долю жизни в хорошем состоянии здоровья. В глобальном масштабе HALE растет, но может не делать этого с той же скоростью, что и ожидаемая продолжительность жизни. Чтобы доля жизни в хорошем здоровье увеличивалась, HALE должно расти с опережением. В Кении, Молдове и Сербии разрыв между HALE и ожидаемой продолжительностью жизни возрастает для мужчин, что означает большую долю жизни в условиях ухудшения здоровья. Напротив, в Пакистане, Вьетнаме и Зимбабве HALE растет быстрее, чем ожидаемая продолжительность жизни. HALE у женщин как при рождении, так и в возрасте 60+, выше, чем у мужчин, но женщинам угрожает провести большую долю своей жизни в более плохом состоянии здоровья.

Неинфекционные заболевания

Большая часть бремени, которая уменьшает ожидаемую продолжительность здоровой жизни, теперь создается НИЗ. В то время как инфекционные заболевания по-прежнему вызывают озабоченность у людей всех возрастов во многих странах, НИЗ и травмы являются основными факторами плохого здоровья и смерти в большинстве случаев.

Распространенность НИЗ обычно возрастает с возрастом. Большую часть болезней пожилых людей во всем мире составляют сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ, что составляет 30,3% от общего бремени болезней), рак (15,1%), хронические респираторные заболевания (9,5%), заболевания опорно-двигательного аппарата (7,5%), а также неврологические и психические расстройства (6,6%)[22].

Несмотря на то, что ССЗ снижается как причина смерти среди пожилых людей во многих профильных странах, данные свидетельствуют о том, что заболеваемость раком увеличивается в 11 из 12 стран. Существует также общая тенденция к увеличению смертности от диабета среди пожилых людей. В африканских странах ВИЧ остается важной причиной смерти в возрасте от 15 до 49 лет, но также способствует, хотя и в меньшей степени, смертельным исходам в пожилом возрасте.

Сердечно-сосудистые заболевания

Данные из 12 стран показывают, что распространенность сердечных приступов увеличивается с возрастом[23]. Во многих случаях распространенность сердечных приступов, как правило, ниже у женщин, чем у мужчин в раннем пожилом возрасте, но темпы растут быстрее по мере старения женщин.

Диабет

В разных странах распространенность диабета обычно возрастает по мере старения, достигая пика в 70 лет, прежде чем начать снижаться. Увеличение распространенности с возрастом может быть связано с множеством индивидуальных и системных проблем, включая факторы инсулина в пожилом возрасте, более высокие уровни абдоминального ожирения и другие условия, которые повышают риск развития диабета, а также недостаточный скрининг и плохой доступ к лечению и поддержке. Для пожилых женщин и мужчин последствия диабета высоки и возрастают с возрастом, о чем свидетельствуют данные об осложнениях заболевания, таких как нарушения зрения.

Психическое здоровье - деменция, депрессия и самоубийство

Вклад деменции в смертность и годы жизни с инвалидностью возрастает. Около 50 миллионов человек живут с деменцией во всем мире, большинство из бедных стран, что, по прогнозам, возрастет

до 82 миллионов к 2030 году.[24] Понимание деменции остается ограниченным, уход – недостаточным и уровень диагностики – низким.

Распространенность деменции увеличивается с возрастом во всех 12 странах, неуклонно растет до 70 лет, затем растет еще быстрее, а затем выравнивается у старейших пожилых (старше 90 лет). Распространенность деменции у женщин выше, чем у мужчин в возрасте старше 70 лет во всех 12 странах.

Данные о депрессии для 12 профильных стран демонстрируют несколько менее последовательную тенденцию, чем было замечено в других физических и психических состояниях. Гендерный анализ представляет большую последовательность: во всех странах распространенность депрессии выше у пожилых женщин, чем у мужчин (за исключением Мьянмы, где разница очень мала, но распространенность среди мужчин выше).

В шести из 12 стран смертность от суицидов наиболее высока в группе в возрасте 70 лет и старше, за которой следуют группы в возрасте от 50 до 69 лет и самые низкие показатели среди 15-49-летних. Смертность от суицидов выше у мужчин, чем у женщин в 12 странах. Тенденции указывают на важность целенаправленных мероприятий в отношении депрессии и суицида, которые ориентированы на конкретные потребности групп населения и отдельных лиц.

Комплексный подход к здоровью в пожилом возрасте: что мы измеряем?

Для того чтобы системы здравоохранения были адаптированы для реагирования на меняющиеся контексты демографических и эпидемиологических переходов, необходимы более конкретные и детальные данные. Это должно подчеркнуть сложность здоровья в пожилом возрасте и то, как проблемы со здоровьем сопровождаются снижением функциональных возможностей, требующих комплексного медицинского и социального обслуживания. Данные о действиях повседневной жизни (ADL) и инструментальных действиях повседневной жизни (IADL) могут предоставить более полезную информацию, однако широкомасштабные сопоставимые данные недоступны.

Пример того, как данные ADL и IADL могут быть собраны, показан в исследовании старения в Мьянме 2012 года.[25] Оно содержало анализ мобильности пожилых людей, ключевой элемент при оценке ADL. Результаты показывают, что 16% мужчин и 22% женщин в возрасте от 60 до 69 лет сообщили о сложности с ходьбой на 200-300 м, что увеличивалось до 38% для мужчин и 53% для женщин в возрасте 70 лет и старше.

Исследование старения в Мьянме также включало другие ADL, ориентированные на способность пожилых людей заботиться о себе без ежедневной помощи со стороны других, и показало, что проблемы возрастали с возрастом как для женщин, так и для мужчин. Также были включены IADL, когда пожилых людей спрашивали о способности выполнять домашние дела, управлять деньгами, использовать транспорт, делать телефонные звонки и не забывать принимать лекарства. Трудности с IADL возрастали с возрастом, но обычно были более выражены у пожилых женщин, чем у мужчин.

Всеобщий охват услугами здравоохранения

Чтобы контролировать соблюдение права пожилых людей на здоровье, необходимо измерить основные компоненты права на здоровье и всеобщего охвата услугами здравоохранения. Однако источник данных для этого отчета выявил почти полное их отсутствие, и данные, которые собираются в более широкой группе населения, редко дезагрегируются по возрасту. Не были найдены данные, которые конкретно охватывают проблемы, с которыми сталкиваются пожилые люди в отношении доступности, приемлемости и качества услуг. Что касается доступа пожилых людей к медицинским услугам и более широкой поддержке, то широкомасштабные, представительные сопоставимые данные опять же недоступны. Вместо этого существует зависимость от небольших наборов данных или отдельных исследований. Там, где они были обнаружены, они показали, что права пожилых людей на здоровье не соблюдаются, а проблемы с неравенством, в том числе по возрасту и полу, сохраняются во многих странах.

Рассматривая социальные детерминанты здоровья и связанные с показателями ЦУР, этот проект попытался изучить данные о насилии, воде и санитарии и бедности. Единственной проблемой, для которой были найдены данные специально для пожилых людей, было насилие. Некоторые данные о распространенности физического, сексуального и психологического насилия были доступны во всех 12 странах для людей в возрасте 50 лет и старше, с дальнейшей дезагрегацией по возрасту.

Пожилой человек из межпоколенческий группы самопомощи во Вьетнаме

Не было данных ни о доступе пожилых людей к воде и санитарии, ни о бедности. Данные о поиске компонентов здравоохранения были одинаково сложными. Показатель ЦУР по охвату основными службами здравоохранения измеряется с использованием индекса, зависящего от данных НИЗ, управляемых ВОЗ, которые в основном исключают пожилых людей, а дезагрегация по возрасту невозможна. Индикатор ЦУР, который контролирует элемент защиты финансовых рисков здравоохранения, измеряется на уровне домохозяйства, а не на индивидуальном уровне, что не дает никакой информации о пожилых людях. Более широкие меры финансового элемента здравоохранения, такие как наличные расходы, имеют схожие ограничения.

Чтобы эффективно контролировать усилия по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения, сначала потребуется значительная работа, чтобы обеспечить надлежащую дезагрегацию данных.

Выводы

В разных обществах многие давно установленные нормы, практика и системы в отношении старения и пожилых людей больше не подходят для достижения цели, а пожилые люди не пользуются своим правом на здоровье. Данные, рассмотренные для этого отчета, показывают, что пожилые люди в бедных странах стали жить дольше, но часто с плохим здоровьем, инвалидностью и потерей благосостояния. По данным большинства из 12 целевых стран, разрыв между ожидаемой продолжительностью здоровой жизни и ожидаемой продолжительностью жизни растет.

Четкие вариации очевидны в национальных моделях ожидаемой продолжительности жизни, ожидаемой продолжительности здоровой жизни, траекториях болезни и причинах смерти. Например, женщины могут дольше жить при более плохом здоровье, чем мужчины. Эти вариации подчеркивают неравенство в опыте людей в области здоровья и благополучия в пожилом возрасте.

Если проблемы, стоящие перед системами здравоохранения в бедных странах, огромны, также огромны возможности развития систем здравоохранения и ухода. Существует возможность формирования целостных и комплексных мер реагирования на потребности пожилых людей в области здравоохранения и обеспечения ухода за людьми. Всеобщий охват услугами здравоохранения предоставляет странам возможность укрепить свои системы здравоохранения и адаптироваться к демографическим и эпидемиологическим переходам.

Международная система данных не смогла идти в ногу с переменами в понимании здоровья по мере старения, в реальности динамики численности населения, а также в тенденциях и видах болезней. Требуются более точные и детальные данные, которые подчеркивают сложность здоровья в пожилом возрасте и проблемы, связанные со снижением функциональных возможностей, которые требуют комплексных мер в области здравоохранения и социального обеспечения. Данные о действиях повседневной жизни (ADL) и инструментальных действиях повседневной жизни (IADL) могут помочь в разработке целенаправленных услуг и поддержки для пожилых

В отношении доступности, приемлемости и качества - компонентов права на здоровье - практически нет данных, специфичных для проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди. Они

сфокусированы на сборе данных о более молодых возрастных группах, и способ сбора данных приводит к исключению пожилых.

Результаты нашего картирования систем данных дают дополнительные конкретные доказательства пробелов на национальном уровне в данных для планирования старения, здоровья и благополучия пожилых людей. Пробелы таковы, что просто невозможно систематически измерять показатели ЦУР, которые имеют отношение к пожилым людям. Несмотря на пробелы в данных, анализ данных для этого отчета ясно показал, что, по мере того как население стареет, переход от острых инфекционных заболеваний к НИЗ представляет собой огромную проблему.

Необходимые действия

Поскольку мы отмечаем 70-летие ВДПЧ и основания Всемирной организации здравоохранения, сейчас самое время внести изменения, необходимые для реализации права пожилых людей на здоровье. Требуются следующие действия.

Заинтересованные стороны должны работать в партнерстве с пожилыми людьми:

- голоса, знания и взгляды пожилых людей должны формировать и направлять совместные действия по разработке и внедрению комплексных систем здравоохранения, которые формируются вокруг приоритетов и проблем самих пожилых людей.

В ответ на демографические и эпидемиологические переходы правительства должны:

- включать старение и пожилых людей в национальную политику здравоохранения, ее планирование и реализацию;
- установить право на здоровье в законодательстве на национальном уровне;
- определенно закрыть разрыв в признании деменции, депрессии и других психических и когнитивных состояний в пожилом возрасте;
- принимать гендерные и инклюзивные медико-санитарные меры с учетом потребностей конкретных групп пожилых людей;
- признавать и реагировать на насилие, жестокое обращение и пренебрежение, испытываемые пожилыми людьми;
- разработать модели услуг здравоохранения, которые являются целостными, ориентированными на человека и интегрированными в системы здравоохранения, ухода и поддержки;
- определить услуги для включения в здравоохранение, которые имеют возрастную специфику и отвечают потребностям пожилых людей;
- поддерживать развитие гериатрической и геронтологической компетентности среди всех секторов рабочей силы здравоохранения.

Многосторонние учреждения, правительства и национальные статистические управления должны обеспечить, что:

- пожилые люди учитываются и включаются в статистические системы, и на всех этапах;
- возрастные ограничения удалены из международных обследований;
- рамки статистики включают подход к жизненному циклу, предоставляя более детальные и полезные данные о старении, здоровье и функциональных возможностях;
- данные дезагрегируются по возрасту, полу, инвалидности и местонахождению и публикуются конкретные результаты;
- прекращено использование концепции «преждевременной смертности» по возрасту;
- страны с низким и средним уровнем дохода должным образом поддерживаются в разработке систем регистрации граждан, и усилен потенциал в их национальных статистических управлениях;
- измерения всеобщего охвата услугами здравоохранения распространяются на показатели пожилых людей;
- собираются данные для лучшего понимания взаимосвязи между нищетой и здоровьем на протяжении всего жизненного цикла и, в частности, в пожилом возрасте;
- обсуждения и результаты деятельности Тичфилдской группы по статистике старения и дезагрегированным по возрасту данным проактивно поддерживаются, распространяются и используются.

Ссылки

1. United Nations Economic and Social Council, Committee on economic, social and cultural rights report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions, p.129
2. United Nations Economic and Social Council
3. Office for the High Commissioner for Human Rights, CESCR General Comment No. 6: The economic, social and cultural rights of older persons: adopted at the thirteenth session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 8 December 1995, www.refworld.org/docid/4538838f11.html, paragraph 10 (18 October 2018)
4. Office of the High Commissioner for Human Rights, paragraphs 34 and 35
5. United Nations Economic and Social Council, paragraph 25
6. United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (now the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW), General Recommendation No. 27 on older women and protection of their human rights, paragraphs 45-46, https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/53/PDF/G1047253.pdf?OpenElement (18 October 2018)
7. United Nations, Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development, https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld (18 October 2018)
8. Rodin J, and de Ferranti D, 'Universal health coverage: the third global health transition?' The Lancet 380:9845, 2012, pp. 861-862
9. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Probabilistic population projections based on the world population prospects: the 2017 revision, http://esa.un.org/unpd/wpp (18 October 2018)
10. Rodin J, and de Ferranti D
11. World Health Organization, World Health Statistics 2008, Geneva, WHO, 2008
12. Rodin J, and de Ferranti D
13. United Nations General Assembly, Prevention and control of non-communicable diseases: report of the secretary-general (report number A/66/83), New York, United Nations, 2011
14. Ottersen T et al., Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage, Geneva, World Health Organization, 2014, pp.vii-viii
15. Wong J, 'Achieving universal coverage'. Bulletin of the World Health Organization 93, 2015, pp.663-664, doi: 10.2471/BLT.14.149070
16. World Health Organization, Framework on integrated people-centred health services (IPCHS): questions and answers, http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf (18 October 2018)
17. Ministerial Committee on Ageing, I feel young in my Singapore: action plan for successful ageing, Singapore, Ministry of Health, 2016, pp.11-23
18. Beard J et al., World report on ageing and health, Geneva, World Health Organization, 2005
19. Aboderin I and Epping-Jordan JA, Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa, Geneva, World Health Organization, 2017, p.iv
20. Harwood RH and Sayer AA, Current and future caregiver needs for people with disabling conditions, Geneva, World Health Organization, 2002
21. Scheil-Adlung X, Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries, Geneva, International Labour Office, 2015, p.4
22. Prince MJ et al., 'The burden of disease in older people and implications for health policy and practice', The Lancet 385:9967, 2015, pp.549-562, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61347-7
23. Institute for Health Metrics and Evaluation, Global health data exchange, http://ghdx.healthdata.org (18 October 2018)
24. World Health Organization, Dementia, World Health Organization, 2017, http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia (18 October 2018)
25. Knodel J, The situation of older persons in Myanmar: results from the 2012 survey of older persons, Chiang Mai and Yangon, HelpAge International, 2013

Посетите сайт Global AgeWatch:

www.globalagewatch.org

helpage.org

@HelpAge

ХелпЭйдж Интернэшнл

aarp.org

@AARP

AARP

AARP® Real Possibilities

HelpAge International