Гареева Ирина Анатольевна – кандидат социологических наук, доцент кафедры «Социология, политология и социальная работа», докторант Тихоокеанского государственного университета (г. Хабаровск).
E-mail – gar_ia@mail.ru

Роль социальных детерминант в общественном здоровье

В статье предпринята попытка социологического осмысления современных оценок общественного здоровья, его обусловленности на основе исследования социальных детерминант. Рассмотрены авторские точки зрения понятия «общественное здоровье», проанализированы модели обусловленности общественного здоровья. Предложенный подход исследования позволит сконструировать модель обусловленности здоровья населения для определенной территории.

Ключевые слова: общественное здоровье, индивидуальное здоровье, методы исследования, многофакторность здоровья, модели обусловленности здоровья, социальные детерминанты.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет приоритеты в области здравоохранения. В Уставе ВОЗ закреплена конечная цель организации – достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья [17]. Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека. Высокий уровень здоровья позволит населению вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни [4].

Оттавская хартия укрепления здоровья сформулировала комплексную стратегию здоровья, включающую пять аспектов: общественная политика, способствующая укреплению здоровья; благоприятная для здоровья окружающая среда; личные навыки и умения; участие населения и переориентация служб здравоохранения.

Идея этих положений состоит в том, чтобы создать структуры и механизмы, которые позволили бы использовать населению все свои потенциальные возможности в отношении здоровья.

В наиболее полном понимании современная концепция здоровья воплощена в Европейской стратегии здоровья для всех, в ней сделан упор на ключевых областях: образ жизни и здоровье; факторы риска, влияющие на здоровье, и окружающая среда; переориентация системы здравоохранения; мобилизация политической, управленческой и технологической поддержки с целью осуществления необходимых изменений. В каждом программном документе ключевыми терминами являются «здоровье, права, политика», но в последнем появляется термин «факторы риска, влияющие на здоровье».

В России исторически сложилось так, что здоровье не представляло собой ни экономическую, ни социальную ценность и не имело стоимостного выражения. Если в экономических отношениях основой стимуляции труда

или какой-либо другой деятельности является оплата труда, то механизмов, стимулирующих индивида, группу или общество, в целом, в сохранении и укреплении здоровья, до сих пор нет. Традиционно в России здоровье рассматривается как конкретный инструмент, являющийся немаловажным фактором обеспечения роста социальных, экономических показателей для государства [5]. Но в условиях быстрой трансформации общественной жизни здоровье приобретает более весомое значение как средство для достижения намеченных целей, успеха как для отдельного индивида, так и для групп, общности, общества, а факторы, обуславливающие здоровье или ухудшающие его, выдвигаются на передний план.

Происходящие социальные изменения в системе здравоохранения, касающиеся здоровья населения, оцениваются на основании результатов медико-статистических исследований, таких как:

– смертность, предстоящая продолжительность жизни, потерянные годы потенциальной жизни в результате преждевременной смерти;

– заболеваемость с кратковременной и длительной утратой трудоспособности, продолжительность жизни без инвалидности, потерянные годы активной жизни в результате инвалидности.

Понятие «здоровье» изначально имеет позитивную содержательную оценку. Но как ни парадоксально, используемые методы позволяют оценить не само состояние здоровья, а состояние нездоровья. Основываясь на оценках этих показателей, следует признать, чем сильнее выражено нездоровье рассматриваемого населения, тем хуже его здоровье, так как сами показатели оценивают негативные изменения, происходящие в здоровье населения.

Работы, посвященные проблемам здоровья населения, демонстрируют широкое разнообразие представления о том, что такое здоровье и как оно измеряется. Такое положение является следствием различных методологических подходов и к определению здоровья и критериям его оценки. Происходящие изменения в общественной жизни требуют пересмотра и уточнения как самого понятия здоровья, способов его оценки, так и причин, влияющих на его состояние. И особое значение здесь приобретает качественная оценка здоровья, на основе социальных детерминант его обуславливающих.

Категория «здоровье» в истории гуманитарных наук рассматривается в индивидуальном и общественном понимании [6]. В настоящее время известно множество различных определений термина здоровья, но большинство этих определений касаются индивидуального здоровья. Исчерпывающих определений в науке не наработано. Более того, последние формулировки ВОЗ расширяют проблемные поля, в частности, указанием на важность составляющих здоровья (социальных и духовных).

В.П. Казначеев рассматривает здоровье как процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни [7]. Герцлих определяет здоровье как резерв или потенциал жизнеспособности. В. Твадди формулирует здоровье с биологических позиций, при которых «каждая

клетка организма функционирует в оптимальном режиме, в полной гармонии с другими клетками». Капра определил здоровье как «благополучие».

В формулировке, предложенноq Всемирной организацией здравоохранения, «здоровье» определяется через «благополучие», которое, в свою очередь, также нуждается в уточнении понятия. Здоровье представлено как нечто идеальное, которое трудно оценить и недостижимо на практике.

Д. Карстер комментируя соображения, которыми руководствовалась ВОЗ, давая подобное истолкование, говорит: «Здесь имеется в виду то идеальное состояние, которым мало кто из нас может похвастаться, но ВОЗ намеренно выбрала такое определение, считая своей конечной целью добиться состояния полного благополучия для всех людей».

Как видим, все приведенные определения касаются индивидуального здоровья, и попытки применить эти формулировки для определения общественного здоровья не давали успеха, так как понятия индивидуального и общественного здоровья относятся к разным смысловым категориям [10].

Д.Д. Венедиктов рассматривает общественное здоровье «как интегрированное отражение совокупности индивидуальных уровней и динамики здоровья членов общества, которое, с одной стороны, отражает степень вероятности для каждого человека достижения высокого уровня здоровья, а с другой стороны, характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма».

В.П. Казначеев [7] определяет общественное здоровье «как процесс социально-исторического развития социально-природной, антропо-экологической жизнеспособности населения в ряду поколений» [7].

С.А. Гаспарян рассматривает общественное здоровье как «социально-политическую категорию, характеризующуюся статистическими показателями воспроизводства населения, его физического и духовного развития, сохранностью потенциала и активности жизни популяции».

Эти дефиниции (при всей глубине) значительно разнятся в своем определении, не имеют основы для построения количественных критериев измерения здоровья населения, качественной характеристики, не имеют соответствующих унифицированных измерителей и не поддаются социально-экономической оценке.

Одной из существующих при разработке общепризнанного определения понятия здоровья является трудность, «связанная с огромным количеством факторов физической, химической, биологической и другой природы, находящихся в сложной взаимосвязи и взаимозависимости… Кроме того, здоровье находится в теснейшей зависимости от социально-экономических условий» [14].

Отсутствие методологического и понятийного аппаратов исследования проблемы здоровья является камнем преткновения в достижении результативности многих исследований. Неоднозначность толкования понятия «общественное здоровье», является основной причиной несводимости результатов проводимых исследований, разночтения полученных результатов, трудностью анализа процессов, определяющих

общественное здоровье, но самое важное – трудностью формирования собственно здоровья населения. Несмотря на ряд проблем, связанных с формулировкой определения «здоровье», есть общее, что их объединяет:

– здоровье характеризуется как состояние;

– здоровье обусловлено, в первую очередь, социальными факторами;

– степень здоровья необходимо оценивать как количественно, так и качественно.

Имеющиеся методы, показатели и индексы, характеризующие и оценивающие общественное здоровье, в большинстве констатируют состояние здоровья населения в числовых величинах [11, 13].

Общий показатель смертности, наиболее часто используемый в статистических исследованиях, по своему содержанию является усредненным показателем по неоднородным группам населения. Различные возрастные группы существенно отличаются по интенсивности естественных процессов в них, и этот факт не позволяет провести обоснованные сопоставления общих показателей.

Метод стандартизированных показателей смертности в качестве стандарта использует повозрастную численность населения в стандартной популяции. Но выбор стандартного населения является произвольным и при сравнении различных территорий выбор другого стандарта может привести к значительным изменениям в исследовании [2].

Оценка состояния здоровья населения проводится и по продолжительности жизни без инвалидности, продолжительности здоровой жизни, т. е. жизни не ограниченной болезнью. Так, методы потенциальной демографии, предложенные Э. Фильрозе, позволяют комплексно оценить суммарный ущерб населению, обусловленный преждевременной и предотвратимой смертностью, а также оценить потери от преждевременной смертности в календарном году. Показатель потерь потенциальной жизни населения, разработанный С.П. Ермаковым, оценивает реальные потери общества от преждевременной смертности. А.Д. Соломонов предлагает методологию обобщенных демографических индексов с когортным подходом, которая основана на обобщенном индексе (когортный относительный потенциал) и выражает количество человеко-лет трудовой деятельности, потерянных населением вследствие заболеваемости [15].

С.А. Гаспарян использовал для измерения здоровья иерархическую совокупность индексов, включающую три уровня. К первому уровню относятся: потенциал жизни населения территории, общие потери жизни от различных причин смерти, по ограниченной рождаемости, потери активной жизни, обусловленной инвалидностью. Ко второму и третьему уровням относятся обобщенные индексы: коэффициент сохранности потенциальной жизни и коэффициент сохранности активной жизни. Среднеарифметическое этих двух коэффициентов С.А. Гаспарян предложил расценивать как общий индекс здоровья населения.

Н.Е. Савченко и М.П. Попов предложили рассчитывать критерий здоровья населения по данным заболеваемости, болезненности и смертности в виде «функциональных потерь». Функциональные потери они

рассматривали с позиции трех аспектов: экономического, оборонного и социального. Окончательная оценка здоровья населения сводилась к расчету потерь общества от наличия заболеваний. Только в этом методе встречаем подходы к социальной оценке здоровья населения, но также с использованием «негативных» показателей здоровья.

Д.Е. Борохов предлагает оценивать здоровье населения через индексы потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности. Основой модели индекса статуса здоровья, получившей широкое распространение среди американских исследователей, является представление здоровья индивида как непрерывно изменяющейся совокупности, так называемого, «мгновенного здоровья». Состояние здоровья в этой концепции разделяется на уровни: уровень здоровья, изменение здоровья, здоровье населения. Модели индексов статуса здоровья сопоставляются с большинством моделей индексов здоровья населения. Но отсутствие необходимой статистики для наполнения моделей индекса статуса фактическими данными не позволяет проводить регулярные расчеты и использование индекса для каких-либо оценок [15].

Наиболее популярным в последнее время является индекс, предложенный экспертами Мирового Банка для оценки эффективности инвестиций в здравоохранении. Глобальное бремя болезней количественно определяет потери населения в здоровой жизни из-за болезни, последствий травм и инвалидности. Расчеты глобального бремени болезней основываются на ряде предположений, некоторые из которых требуют уточнений относительно этических норм и социальных предпочтений. К таким можно отнести: относительную ценность года здоровой жизни, прожитого в разном возрасте; степени предпочтения по отношению к человеческой жизни и здоровью и др. Так, наибольшие потери, связанные с преждевременной смертностью, происходят в результате смертей молодых и взрослых, следовательно потери происходят среди трудоспособного населения. Таким образом, здесь имеет место экономическая оценка, но не состояния здоровья населения, а эффективности вмешательств извне в здравоохранение.

Достоинством рассмотренных методов, критериев, индексов и подходов оценки состояния здоровья населения, является то, что они, наряду с негативными характеристиками, используют и позитивные (характеристика здоровья благополучной жизни), некоторые из них используют как экономическую, так и социальную оценки здоровья, но общепринятого критерия, позволяющего судить о состоянии здоровья на основе этих показателей, не существует. Ко всему прочему, предложенные методы и подходы разработаны на основании разрозненных определений понятия «общественное здоровье», характеризуются ограниченностью статистических сведений и позволяют проводить временные сопоставления и сравнения, не позволяют выявить причины, влияющие на здоровье при его изменении, и не характеризуют здоровье качественно.

В различных документах ВОЗ неоднократно указывалось, что здоровье населения представляет собой социальное качество. Для оценки общественного здоровья ВОЗ были рекомендованы следующие показатели:

отчисление валового национального продукта на здравоохранение; доступность первичной медико-социальной помощи, охват населения медицинской помощью; уровень иммунизации населения; степень обследования беременных квалифицированным персоналом; состояние питания детей; уровень детской смертности, средняя продолжительность предстоящей жизни; гигиеническая грамотность населения. Все перечисленное обуславливает здоровье населения, но современное состояние здоровья населения демонстрирует, что предпринимаемые действия сохранения и укрепления здоровья не дают ожидаемых результатов. Соответственно возникает вопрос: не требуется ли более глубокого анализа существующих проблем здоровья населения и его обусловленности?

Вопрос о более глубоком изучении факторов, определяющих здоровье, поднимался и в программах ВОЗ [4]. Так, Девятой общей программой работы ВОЗ рекомендуется уделять гораздо большее внимание изучению факторов, определяющих здоровье. Это касается согласованных действий по решению всех вопросов, касающихся детерминант здоровья (низкого уровня образования, нищеты, гендерного неравноправия, рискованного поведения и нездоровой окружающей среды). В Программе отмечается, что в настоящее время происходит процесс все большего осознания того, насколько огромен вклад здоровья в экономическую деятельность. Чрезмерная концентрация усилий на аспектах экономического развития может привести к неблагоприятным социальным последствиям для здоровья населения. Процесс экономического развития может усугубить уязвимость положения некоторых социальных групп. Рост материального благосостояния страны отнюдь не гарантирует улучшение состояния здоровья, поскольку распределение ресурсов среди членов общества зависит от множества случайных факторов. Таким образом, рост малоимущих людей, обездоленных групп можно рассматривать как критерий ухудшения (еще не произошедшего) здоровья населения.

Вопросы равенства в охране здоровья можно рассматривать как социальный критерий. Различия в состоянии охраны здоровья отличаются в социально-политических системах, в различных социальных группах населения, между различными географическими областями внутри одной и той же страны [16]. Так, группы населения, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении, имеют меньшие шансы на выживание (уровень младенческой смертности в городе и деревне, продолжительность жизни человека интеллектуального труда и физического), испытывают большее бремя недугов и заболеваний по сравнению с другими, имеют более худшее состояние психического здоровья и показатели физического здоровья (низкая масса тела, низкий рост у детей). Некоторые группы населения (престарелые, малоимущие, сельские жители), имеющие особые потребности в охране здоровья, имеют доступ только к первичной медико-санитарной помощи и ограничены в доступе к необходимому спектру медико-санитарных услуг.

Одним из неожиданных социальных критериев можно рассматривать изменение отношения населения к самой системе здравоохранения, особенно у совсем молодого и пожилого населения.

Немаловажным критерием является нарушение традиционной структуры социальной солидарности и поддержки. Ломка семейных уз и прочие изменения в структуре семьи ухудшили состояние здоровья отдельных её членов, и отобразились на состоянии здоровья общества в целом (алкоголизация, наркотизация, ВИЧ-инфицирование, гепатиты). Эти негативные социальные проявления увеличивают смертность молодых и взрослых. Соответственно увеличивается число одиноких детей и престарелых, которые уже не могут рассчитывать на поддержку трудоспособных членов своей семьи.

Воздействие стресса во всех его проявлениях увеличивает бремя на состояние здоровья населения психических недугов, растет число травм от дорожно-транспортных происшествий и на производстве, и, как их следствие – инвалидизация молодого населения. Инвалидность имеет многочисленные социальные и экономические последствия, которые редко осознаются общественностью, но еще меньше работниками здравоохранения.

К факторам, имеющим негативное воздействие на здоровье населения, можно отнести нарушение перераспределения ресурсов здравоохранения в самой системе здравоохранения – избыток врачей в городской местности и недостаток в сельской, множество специалистов узких специальностей.

Таков неполный перечень факторов, влияющих на здоровье, рассмотренных в Девятой рабочей программе ВОЗ. Он может быть сокращен или расширен в зависимости от территории проживания населения, географических, климатических условий, половозрастного состава населения, региональных особенностей и уровня развития системы здравоохранения территории. Складывается впечатление, что при таком многообразии и многочисленности факторов, влияющих на здоровье населения, достичь здоровья высокого уровня не представляется возможным.

В Большой советской энциклопедии наличие многофакторной обусловленности здоровья было представлено в следующем виде: «Однозначного критерия, по которому можно было бы судить о состоянии здоровья жителей той или иной страны, практически не существует» [1]. Следовательно, возникает необходимость выбора наиболее информативных социальных детерминант, обуславливающих здоровье населения или его ухудшающих.

Вопрос детерминированности болезни и здоровья достаточно основательно изучен медицинской наукой, и в частности социальной гигиеной. Ю.П. Лисицын, основоположник модели обусловленности здоровья, утверждает: «Здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы. Одной из серьезных проблем изучения факторов, влияющих на здоровье, является большое их множество и трудности их изучения». В модели обусловленности здоровья Ю.П. Лисицына все факторы, влияющие на здоровье, разбиты на четыре группы

(образ жизни, внешняя среда, генетические факторы, деятельность служб здравоохранения), рассчитана доля их влияния на здоровье.

В.П. Петленко дополняет модель обусловленности здоровья схемой зависимостей здоровья от окружающей среды и предлагает социальные элементы среды рассматривать как социальные факторы.

И.С. Ларионова предлагает на основе «социально-философского взгляда на множество факторов сгруппировать их по степени всеобщности в три основные подсистемы, соответствующие сферам жизнедеятельности общества: материально-производственные, социально-политические и духовные. Выделение отдельных подсистем факторов здоровья весьма условно» [9].

Дальнейшее изложение своих взглядов на многофакторность здоровья И.С. Ларионова подтверждает мыслью об условности выделения «подсистем факторов здоровья». В первую группу материально-производственных факторов И.С. Ларионова включила систему здравоохранения, финансовую поддержку государством медицинских исследований, развитие фармакологии и др. Вторая группа представлена социально-политическими факторами. В третьей группе объединены духовные факторы, под которыми автор рассматривает место и роль здоровья в системе ценностей общества. Основной формой духовного воздействия на здоровье она считает стресс и средства массовой информации.

Несмотря на условную систематизацию факторов здоровья, И.С. Ларионова утверждает, что «хотя бы относительная систематизация факторов необходима, ибо при таком подходе… можно на достаточном уровне проникнуть вглубь исследуемого явления, исследовать причины его динамики и определить тенденции изменений».

Методология научного исследования здоровья как процесса жизнедеятельности с позиции социальных факторов здоровья предпринята Н.М. Мартыновой [12]. Систему социальных факторов Н.М. Мартынова рассматривает в двух группах. Первая группа – «Условия и способы удовлетворения естественных потребностей» и вторая группа – «Условия и способы социальных потребностей». Автор отмечает что «представлена предварительная система социальных факторов, которая может помочь упорядочить уже имеющийся обширный эмпирический материал социологических, медицинских, психологических, экологических, биологических исследований на единой методологической основе – теории реальной жизнедеятельности».

Проблема обусловленности здоровья рассмотрена И.Н. Гуревич [3]. Автор выделяет три группы факторов. В первую вошли макросоциальные факторы (социально-демографические: пол, семейное положение, возраст), факторы социальной структуры (социально-экономический статус, профессия, образование, доход) и культурные факторы (влияние социальных структур, процессов и институтов на здоровье). Вторая группа объединила влияние значения семейного положения и работы на здоровье. Наибольший интерес представляет третья группа, в которой представлены взаимосвязи социальных перемен с уровнем и распространенностью заболеваний. И.Н.

Гуревич предпринята попытка построения интегрированных методик и комплексных показателей общественного здоровья с учетом всех действующих на него факторов (в рамках социологического подхода).

Предложенная Л.С. Шиловой модель анализа факторов общественного здоровья включает в себя изучение шести групп факторов: социально-экономических, социально-демографических, социально-психологических, экологических, генетических, уровня развития здравоохранения.

В.П. Казначеев, анализируя факторы, способствующие формированию здоровья, выделяет две группы. К первой группе он относит генетические, демографические, социально-экологические условия, ко второй группе – «социальные организации», определяемые как институт культуры или просвещения.

Таким образом, анализ подходов к рассмотрению обусловленности здоровья, предлагаемых разными авторами, дает основание утверждать, что все они практически единодушны в признании социальных факторов, выступающих, с одной стороны, регулятором здоровья населения, и, с другой стороны, подвергающихся регуляторному воздействию внешней среды. Таким образом, социальные факторы здоровья – совокупность причин и условий, которые детерминируют состояние здоровья населения и имеют социальную природу. Социальные факторы здоровья динамичны, управляемы, обладают обратной связью [16].

Но недостаточно выделить проблему обусловленности и многофакторности здоровья, систематизировать огромное число многообразных воздействий, влияющих на него, необходимо выделить приоритетные факторы и условия, влияющие на здоровье населения, а учреждениям системы здравоохранения необходимо обозначить спектр факторов, определяющих здоровье населения, – социальных детерминант.

Спектр социальных детерминант может быть разнообразным, но в процессе обобщения исследований, проводимых различными авторами, литературных источников нам представляются наиболее приоритетными следующие: государственная социальная политика в сфере здоровья населения; демографическая политика государства; уровень законодательного обеспечения в сфере здоровья населения; состояние и доступность системы охраны здоровья для различных социальных групп.

Так как факторы, влияющие на здоровье населения находятся в тесном взаимодействии и взаимозависимости, необходимо в группе приоритетных факторов определить зависимости влияния их друг на друга и степень влияния социальных факторов на здоровье населения [8].

Таким образом, для изучения проблемы здоровья населения и его детерминированности, создания методологических основ для исследования общественного здоровья и социальных факторов здоровья необходимо:

– сформулировать наиболее полно отражающую содержание дефиницию «здоровье»;

– выявить в многофакторной детерминации здоровья населения социальные составляющие;

– установить взаимосвязи и взаимозависимости между детерминантами;

– выделить четкие критерии их группировки и систематизации;

– определить приоритетность социальных детерминант;

– сконструировать модель обусловленности здоровья населения для данной территории.

Литература и источники:

1. Большая советская энциклопедия / гл. ред. А. М. Прохоров. Т. 9. – М., 1972. – С. 442.

2. Венецкий, И. Г. Вероятностные методы в демографии / И. Г. Венецкий. – М. : Финансы и статистика, 1981. – 223 с.

3. Гурвич, И. Н. Социально-психологические факторы здоровья // http:// www.narcom.ru/ideas/socio/33.html/

4. Девятая общая программа работы (на период 1996 – 2001 гг.). Всемирная организация здравоохранения. – М. : Медицина, 1995. – 89 с.

5. Дмитриева, Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы / Е. В. Дмитриева. – М., 2002. – 224 с.

6. Иванова, А. Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты / А. Е. Иванова. – М. : ИСПИ РАН, 1996. – 42 с.

7. Казначеев, В. П.Здоровье нации, просвещение, образование / В. П. Казначеев. – М., 1996. – С. 46.

8. Комиссия по социальным детерминантам здоровья // www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/

9. Ларионова, И. С. Здоровье как витальная ценность / И. С. Ларионова. – М., 2004. – 190 с.

10. Лисицын, Ю. П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья». В кн.: Общественные науки и здравоохранение. – М. : Медицина, 1992. – С. 416 – 435.

11. Маслова, О. М. Качественная и количественная социология: методология и методы / О. М. Маслова. – М., 1995. – № 5 – 6.

12. Мартынова, Н. М. Социальные факторы здоровья человека (философский анализ) : дис. … канд. философ. наук / Н. М. Мартынова. – М., 1988.

13. Решетников, А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину) : руководство / А. В. Решетников. – М. : Медицина, 2002. – 976 с.

14. Случевский, И. И. НТР, здоровье, здравоохранение / И.И. Случевский ; под ред. А. Ф. Серенко, О. А. Александрова. – М., 1984. – С. 134 – 148.

15. Соломонов, А. Д. Региональный анализ влияния социально-экономических факторов и уровня развития здравоохранения на показатели здоровья населения / А. Д. Соломонов и др. – М. : 1984. – С. 58 – 59.

16. Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. – 2-е изд. // http:/www.demoscope.ru/weekly/2005/0209/print.php/

17. Устав Всемирной организации здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. – Женева, 1991. – С. 5.