



ЕВРОПА

Доклад О СОСТОЯНИИ здравоохранения в Европе 2009 г.

Здоровье и системы здравоохранения



Доклад о состоянии здравоохранения
в Европе, 2009 г.

Здоровье и системы здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением около 880 млн. человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми максимально возможного уровня здоровья.



ЕВРОПА

Доклад о состоянии здравоохранения
в Европе, 2009 г.

Здоровье и системы здравоохранения

WHO Library Cataloguing in Publication Data

The European health report 2009 : health and health systems.

1. Health status 2. Health status indicators 3. Mortality – statistics 4. Morbidity – statistics 5. Delivery of health care – organization and administration 6. Regional health planning 7. Health policy 8. Europe

ISBN 978 92 890 4415 8 (print)

ISBN 978 92 890 4416 5 (ebook)

NLM Classification: WA 900

ISBN 978 92 890 4415 8

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|------------|
| Составители | vii |
| Сокращения | viii |
| Технические термины | viii |
| Группы стран | viii |
| <i>Предисловие</i> | ix |
| Часть 1. Введение | 1 |
| Цели доклада | 4 |
| Структура доклада | 4 |
| Библиография | 6 |
| Часть 2. Здоровье населения Европейского региона | 7 |
| Ключевые показатели здоровья населения – средние значения и тенденции | 8 |
| Продолжительность жизни | 8 |
| Смертность | 14 |
| Бремя болезней | 29 |
| Будущие проблемы и задачи | 33 |
| Факторы, влияющие на здоровье | 34 |
| Окружающая среда и здоровье | 35 |
| Образ жизни и поведение | 43 |
| Социальные детерминанты здоровья | 50 |
| Современные и будущие проблемы | 57 |
| Изменение демографической ситуации в Европейском регионе | 58 |
| Снижение бремени инфекционных болезней | 64 |
| Продолжающийся рост числа хронических болезней | 72 |
| Рост затрат на здравоохранение | 80 |
| Роль систем здравоохранения в улучшении здоровья населения | 84 |
| Улучшение конечных показателей здоровья | 86 |
| Расширение охвата и усиление финансовой защиты | 95 |
| Сокращение неравенств в отношении здоровья и доступа к услугам здравоохранения | 102 |
| Вклад в здоровье и социальное благополучие | 108 |
| Библиография | 113 |
| Часть 3. Укрепление систем здравоохранения | 129 |
| Инвестирование в системы здравоохранения | 130 |
| Предоставление интегрированных и экономически эффективных услуг | 130 |
| Инвестирование в развитие кадровых и капитальных ресурсов | 136 |
| Обновление принципа первичной медико-санитарной помощи в Европе – развитие служб, ориентированных на человека | 139 |
| В центре внимания интересы людей: что означает помощь, ориентированная на человека | 140 |
| Разнообразие форм первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ | 140 |

| | |
|--|------------|
| Развитие помощи, ориентированной на человека, в Европейском регионе ВОЗ | 141 |
| Преодоление препятствий в оказании помощи, ориентированной на человека: примеры из европейских стран | 145 |
| Обеспечение устойчивости показателей деятельности с помощью политики финансирования здравоохранения | 148 |
| Направление государственных средств на нужды здравоохранения, несмотря на усиливающиеся финансовые ограничения | 149 |
| Стратегические закупки услуг здравоохранения: ресурсы, выделяемые поставщикам на основе показателей их деятельности или потребностей населения | 154 |
| Заключение | 158 |
| Осуществление стратегического управления для обеспечения учета интересов здоровья во всех направлениях государственной политики | 158 |
| Стратегическое управление и системы здравоохранения | 159 |
| Примеры стратегического управления для развития политики укрепления здоровья населения на практике | 161 |
| Учет интересов здоровья в политике всех секторов: инструменты и актуальные задачи | 162 |
| Заключение | 164 |
| Оценка показателей деятельности системы здравоохранения как инструмент подотчетности | 165 |
| Подотчетность для улучшения показателей здоровья населения и стратегического управления системой здравоохранения | 165 |
| Оценка деятельности систем здравоохранения в европейских странах | 168 |
| Международные тенденции, основные задачи и направления дальнейших действий | 171 |
| Библиография | 173 |
| Часть 4. Приложения | 181 |
| Таблица 1. Население Европейского региона ВОЗ, 2007 г. (или последний год с наличием данных) и 2020 г. (прогноз) | 182 |
| Таблица 2. Основные социально-экономические показатели в странах Европейского региона ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных | 183 |
| Таблица 3. Улучшение показателей здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ | 184 |
| Таблица 4. Факторы, влияющие на здоровье – окружающая среда, образ жизни и поведение – в странах Европейского региона ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных | 185 |
| Таблица 5. Финансирование системы здравоохранения, иммунизация и реализация стратегии “Остановить ТБ” в Европейском регионе ВОЗ | 186 |
| Таблица 6. Кадровые ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных | 187 |
| Таблица 7. Предоставление услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных | 188 |
| Определения показателей, приведенных в таблицах | 189 |

Составители

“Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.” был написан под общим руководством Enis Bariş, директора отдела Европейского регионального бюро ВОЗ по поддержке систем здравоохранения в странах, и сотрудников Службы информационно-аналитического обеспечения здравоохранения: Enrique Loyola, Anatoliy Nosikov и Govin Permanand. Члены авторского коллектива (перечисленные ниже в алфавитном порядке), если не указано особо, на момент подготовки доклада являлись сотрудниками Регионального бюро.

Авторы и основные составители: Sara Allin (Университет Торонто, Канада), Enis Bariş, Jill Farrington (Университет Лидса, Соединенное Королевство), Ann-Lise Guisset, Matthew Jowett, Theadora Koller, Joseph Kutzin, Jeffrey Lazarus, Julia Lear, Enrique Loyola, Francesco Mitis, Anatoliy Nosikov, Martina Pellny, Govin Permanand, Michaela Schiøtz (Университет Копенгагена, Дания), Mike Sedgley, Sarah Simpson, Jeremy Veillard.

Вклад в создание доклада также внесли: Roberta Andraghetti, Franklin Apfel (компания “Уорлд Хэлс Коммьюникэйшн Ассошиэйтс”, Соединенное Королевство), Andrea Bertola, Chris Brown, Cristina Comunian, Mikhail Ejov, Tamás Evetovits, Josep Figueras, Bernhard Gibis (Федеральная ассоциация врачей больничных касс - KBV, Германия), Michala Hegermann-Lindencrone, Sonja Kahlmeier, Michal Krzyzanowski, Suszy Lessof, Rebecca Martin, Martin McKee (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство), Lars Møller, Ole Norgaard, Francesca Racioppi, Annemarie Rinder Stengaard, Marc Suhrcke (Университет Восточной Англии, Соединенное Королевство), Srđan Matic, Brenda Van den Bergh, Martin van den Boom, Trudy Wijnhoven, Isabel Yordi и Erio Ziglio.

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ Marc Danzon и Заместитель регионального директора Nata Menabde предоставили рекомендации, комментарии и критические замечания. Дополнительную помощь в подготовке доклада оказали Grace Magnusson, Hanne Wessel-Tolvig и Kate Willows Frantzen.

Сотрудники Европейского регионального бюро хотели бы также выразить особую признательность Anatoliy Nosikov не только за его работу над этим и рядом предыдущих докладов, но и за 20 лет его работы в составе ВОЗ. Мы хотим пожелать ему всего самого наилучшего в связи с выходом на пенсию.

Сокращения

Технические термины

| | |
|---------|--|
| ВВП | валовой внутренний продукт |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВОП | врач общей практики |
| ДОТС | рекомендованная ВОЗ стратегия по борьбе с туберкулезом (DOTS) |
| ЕЭК ООН | Европейская экономическая комиссия ООН |
| ИМТ | индекс массы тела (отношение массы тела в кг к росту в кв. м) |
| МВФ | Международный валютный фонд |
| МЛУ-ТБ | туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью |
| ОПТОСОЗ | Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и здоровью |
| ОЭСР | Организация экономического сотрудничества и развития |
| ППС | паритет покупательной способности |
| СКС | стандартизированный (по возрасту) коэффициент смертности |
| ТБ | туберкулез |
| ЦРТ | Цели развития тысячелетия |
| DALY | показатель бремени болезни, приблизительно соответствующий числу утраченных лет здоровой жизни |
| ECDC | Европейский центр профилактики и контроля заболеваний |
| MCV1 | первая доза противокоревой вакцины |
| NHS | Национальная служба здравоохранения (Соединенное Королевство) |

Группы стран

| | |
|-------|--|
| ЕС | Европейский союз |
| ЕС-12 | 12 стран, присоединившихся к ЕС за период с 1 мая 2004 г. |
| ЕС-15 | 15 стран, входивших в ЕС до 1 мая 2004 г. |
| СНГ | Содружество независимых государств; на момент сбора данных в него входили следующие страны: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина |
| ЦАРК | Республики Центральной Азии (Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан) и Казахстан |
| Евр-А | 27 стран с очень низкой смертностью среди детей и взрослых: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Кипр, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция |
| Евр-В | 17 стран с низкой смертностью среди детей и взрослых: Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Черногория |
| Евр-С | 9 стран с низкой смертностью среди детей и высокой смертностью среди взрослых: Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония |

Предисловие

Инвестирование в здоровье и системы здравоохранения приобретает особую важность в условиях кризиса. На протяжении ряда лет Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с государствами-членами работает над улучшением деятельности систем здравоохранения. Сегодня, перед лицом глобальных вызовов и кризисов, системы здравоохранения, как никогда, должны отвечать возросшим требованиям и ожиданиям. Некоторые эксперты выделяют в качестве главенствующих четыре важных фактора современности: энергоносители, продовольствие, пандемия гриппа и финансовый кризис. Однако на состоянии здоровья сказываются и другие тенденции, такие как глобальное потепление и увеличение продолжительности жизни населения. При этом стоимость лекарственных препаратов и медицинских технологий продолжает расти. Все эти реалии влияют на долгосрочную финансовую устойчивость систем здравоохранения.

Для решения этих проблем правительства и планирующие органы должны иметь доступ к актуальной, достоверной, сопоставимой и понятной информации. Разработчики политики по всему Европейскому региону ВОЗ стремятся усовершенствовать процессы сбора, анализа и передачи данных и информации в отношении здоровья. Фрагментация систем измерения и мониторинга часто препятствует выработке политики на различных уровнях государственного управления и систем здравоохранения. Региональное бюро поддерживает стремление министерств здравоохранения и правительств использовать более качественную информацию по вопросам общественного здравоохранения и деятельности систем здравоохранения для проведения эффективных реформ в сложных условиях.

“Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.” – одна из публикаций Регионального бюро, предназначенных для того, чтобы обеспечить государства-члены важнейшей информацией, касающейся вопросов общественного здравоохранения. Нашей основной задачей по-прежнему является поддержка стран в выборе наилучших инвестиций в здоровье на основе современных знаний. Мы надеемся, что этот доклад станет стимулом для использования государствами-членами самых достоверных из имеющихся фактических данных при разработке стратегий, которые позволят, несмотря на вызовы нашего времени, обеспечить всеобщий доступ к высококачественной помощи. В этой связи мы также надеемся, что доклад станет ресурсом не только для министерств здравоохранения, но и для других наших партнеров, работающих на благо здоровья в правительствах и вне их. В действительности, как точно отметил министр иностранных дел Норвегии Jonas Gahr Støre на совещании “Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ”, состоявшемся в Осло в апреле 2009 г.: “... в конце концов, все мы, так или иначе, – служим делу защиты здоровья человека”.

Marc Danzon
Директор Европейского
регионального бюро ВОЗ

Часть 1. Введение



Европейский регион ВОЗ охватывает 53 государства-члена и почти 900 млн. человек, проживающих в разнообразных культурных, экономических, социальных и политических условиях. Хотя Регион имеет самый высокий из всех регионов ВОЗ средний индекс развития человеческого потенциала, в самих странах, между ними или между отдельными группами населения продолжают наблюдаться значительные неравенства, особенно в отношении здоровья; неравенства в отношении здоровья – это несправедливые и предотвратимые систематические различия в состоянии здоровья между различными группами в данном обществе (1). Насколько успешно государства – члены Региона выполняют стоящую перед ними задачу по укреплению здоровья населения и сокращению неравенств при существующих демографических, эпидемиологических, технологических, экологических, социально-экономических и финансовых проблемах?

В “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.” даются обзор и оценка относящихся к общественному здравоохранению индикаторов и тенденций за последние четыре года. С 2005 г. правительства европейских стран взяли на вооружение подход с позиций систем здравоохранения к борьбе с болезнями, пропаганде здорового образа жизни и сокращению неравенств в отношении здоровья. В этом докладе нашел отражение тот факт, что Европейский регион переживает значительные изменения: изнутри – в связи с реформами систем здравоохранения, и извне – из-за глобального кризиса, который является причиной выраженной неопределенности, касающейся как самих систем здравоохранения, так и результатов в отношении здоровья. Хотя на здоровье влияют различные глобальные тенденции, наиболее серьезными из них являются глобальный экономический спад и новая пандемия гриппа (H1N1) - 2009.

Во-первых, тяжелый экономический кризис будет иметь разнообразные и долговременные последствия: экономический рост вряд ли восстановится в скором времени, а государственный долг может стать причиной ограничения государственного финансирования на многие годы вперед. Замедление экономической активности и быстро растущая безработица подвергают серьезному риску или уже оказывают неблагоприятное влияние на условия жизни миллионов отдельных граждан и семей в Европейском регионе, а также на доходную базу программ здравоохранения и социальной защиты. Опыт предыдущих экономических спадов указывает на жизненную необходимость обеспечения высокой степени солидарности и социальной безопасности, поддержания расходов на социальные нужды и потребности основных служб здравоохранения, а также расширения деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья.

1–2 апреля 2009 г. Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с Министерством здравоохранения и социального обеспечения Норвегии и Норвежским директором здравоохранения провели совещание высокого уровня “Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ” (2). Его участники сошлись во мнении, что в любых планах по восстановлению экономики должны быть четко обозначены меры, направленные на охрану здоровья. Как подчеркивается в Таллиннской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния (3), системы здравоохранения являются не только важной составляющей систем социальной защиты, но и влиятельным фактором экономики. Европейское региональное бюро ВОЗ должно осуществлять эффективное руководство процессом консолидации и состыковки приоритетов всех заинтересованных сторон в целях эффективной совместной работы.

Второй важной проблемой является пандемический грипп (H1N1) – 2009. Вирус пандемического гриппа был впервые обнаружен в конце апреля 2009 г., а по состоянию

на 20 ноября 2009 г. более 206 стран, заморских территорий и сообществ сообщили о лабораторно подтвержденных случаях пандемического гриппа (H1N1) – 2009, включая 6770 случаев с летальным исходом. Многие страны перестали регистрировать отдельные случаи гриппа, особенно с легким и среднетяжелым течением, и поэтому истинное число случаев пандемического гриппа по-видимому значительно выше, чем приведенные цифры. ВОЗ объявила о пандемии в июне 2009 г., основываясь при этом на масштабах географического распространения пандемического вируса, а не на степени тяжести клинических проявлений инфекции.

Новый вирус гриппа А(H1N1) – 2009 ранее никогда не циркулировал среди людей и не связан с предыдущими или нынешними сезонными вирусами гриппа. По-видимому, он поражает прежде всего людей в возрасте 25–45 лет или младше 15 лет, в то время как большинство вирусов сезонного гриппа преимущественно поражают людей более старшего возраста. В большинстве случаев гриппа заболевание заканчивается спонтанным выздоровлением и не требует госпитализации. Тем не менее, во многих государствах-членах отмечается значительная нагрузка на системы медицинского обслуживания в результате резкого роста числа обращений за помощью. Международный опыт, связанный с пандемией гриппа (H1N1) – 2009, особенно в странах южного полушария, показал, что неблагоприятные клинические исходы связаны с несвоевременным обращением к врачу и ограниченным доступом к медицинским вмешательствам, направленным на поддержание жизненных функций. Кроме того, пандемический вирус продемонстрировал свою способность вызывать быстро прогрессирующее тяжелое заболевание легких, очень плохо поддающееся лечению. ВОЗ рекомендует срочное назначение противовирусных препаратов, прежде всего тем пациентам, которые в случае заражения пандемическим вирусом (H1N1) – 2009 подвержены риску развития тяжелого или смертельного заболевания.

К концу ноября 2009 г. страны из всех частей Европейского региона сообщили о высокой или очень высокой интенсивности передачи гриппа, особенно среди детей в возрасте до 15 лет. За период с апреля 2009 г. было зарегистрировано 652 случая смерти от пандемического гриппа. Кампании вакцинации начаты в 17 странах, а 8 стран имеют право на безвозмездное получение пандемической вакцины от ВОЗ.

Пандемия гриппа в очередной раз подтверждает, что болезнь не имеет границ. Она стала первой проверкой эффективности Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (4) в условиях чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, затрагивающей множество стран, и является важным уроком, указывающим на важность подготовки населения и учреждений к таким чрезвычайным ситуациям. Основные меры противодействия пандемии – обмен информацией в реальном времени и использование подхода с участием множества заинтересованных сторон. Многие из затронутых пандемией стран отметили важность обеспечения всеобщего доступа к услугам по охране здоровья и необходимость в сильных системах первичной медико-санитарной помощи.

Действия систем здравоохранения являются крайне важными на всех этапах реагирования на пандемию: в целях выявления и подтверждения случаев заболевания, предоставления помощи, лечения и рекомендаций населению, координации действий с другими секторами для обеспечения максимального воздействия. ВОЗ работает в тесном контакте со странами Европейского региона с целью поддержания потенциала их систем здравоохранения, активизируя планы по обеспечению готовности к пандемии и укрепляя способность к ответным мерам. Подтверждается, что инвестиции в системы здравоохранения имеют важнейшее значение для ответа на эту и другие угрозы и для спасения жизней.

Цели доклада

В этом докладе обобщаются факты и тенденции, касающиеся общественного здравоохранения Европейского региона, и обсуждается укрепление систем здравоохранения по каждой из выполняемых ими функций: предоставлению услуг, формированию ресурсов, финансированию и стратегическому управлению. В Приложении представлены некоторые данные, которые можно использовать для анализа и выводов о существующих и будущих проблемах здоровья населения в Европейском регионе. Представленные фактические данные охватывают следующие области:

- бремя болезни по конкретным нозологиям;
- степень влияния конкретных факторов риска на уровни конкретных болезней и состояний;
- анализ отдельных вмешательств общественного здравоохранения, которые достоверно могут улучшить здоровье, если будут учтены контекстуальные факторы, необходимые для их успешного внедрения; и
- роль систем здравоохранения в решении многочисленных проблем Региона, связанных со здоровьем.

В 2008 г. министры здравоохранения стран Европейского региона приняли Таллиннскую хартию (3,5). В ней подчеркивается важность систем здравоохранения в обеспечении здоровья и благосостояния; представлены руководящие принципы и основанная на базовых ценностях стратегическая концепция для укрепления систем здравоохранения в Регионе; предлагается платформа для регионального и национального диалога в области политики; и содержится призыв к политической приверженности и действиям со стороны всех государств-членов. На двух недавно прошедших конференциях обсуждался ход выполнения положений Таллиннской хартии. В феврале 2009 г. государства-члены договорились работать совместно с ВОЗ над созданием рамочной стратегии по оценке деятельности систем здравоохранения и платформы для обмена опытом и его изучения (6). В апреле 2009 г. на совещании высокого уровня “Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса” были разработаны 12 рекомендаций по минимизации отрицательных последствий для здоровья и укреплению деятельности систем здравоохранения в условиях серьезного экономического спада (2). В этих рекомендациях подчеркивается приверженность принципам Таллиннской хартии и важность лидирующей роли министерств здравоохранения в обеспечении приоритетности вопросов здравоохранения в экономической и социальной повестках дня, а также признание правительствами того факта, что каждый министр – это “министр здравоохранения”.

Структура доклада

Во второй части доклада описаны современные тенденции в отношении здоровья, факторы, влияющие на здоровье, существующие и будущие вызовы, а также роль систем здравоохранения в укреплении здоровья населения Европейского региона. Хотя такие показатели состояния здоровья населения, как смертность, продолжают улучшаться по Региону в целом, среди субрегионов и определенных групп внутри стран все еще наблюдаются выраженные различия в состоянии здоровья, которые тесно связаны с демографическими изменениями, экономическими преобразованиями или уровнями социального неблагополучия. Примеры растущих разрывов включают вызывающее тревогу распространение туберкулеза (ТБ) с множественной лекарственной

устойчивостью, экологические угрозы для здоровья, обусловленные загрязнением воздуха в городских промышленных центрах и сжиганием твердых видов топлива в домах. Межсекторальные действия и многоаспектные стратегии должны быть сосредоточены на социально ущемленных слоях населения для того, чтобы свести к минимуму существующее неравенство.

Ряд тенденций обуславливают сегодняшние и будущие проблемы, встающие перед разработчиками политики в области здравоохранения. Низкие уровни фертильности, все большее старение населения и иммиграция могут оказывать дополнительное давление на системы здравоохранения и социального обеспечения. Эпидемии новых и вновь приобретающих актуальность ранее известных инфекций являются причиной дополнительного бремени для потенциала общественного здравоохранения по профилактике и выявлению инфекционных заболеваний, а также по реагированию на их распространение. Современный стиль жизни и поведения приводит к росту числа таких хронических состояний, как ожирение, гипертония и диабет. Средние расходы на здравоохранение в Европейском регионе выросли с 7,4% валового внутреннего продукта (ВВП) в 1998 г. до 7,7% в 2005 г. Рост доходов населения может также обуславливать повышение ожиданий в отношении более современных и более дорогостоящих медицинских технологий.

Системы здравоохранения должны быть динамичными и достаточно гибкими, чтобы прогнозировать эти тенденции и оптимальным образом реагировать как на них, так и на возникающие внешние воздействия, такие как резкий спад экономики или вспышки гриппа, вызванного новым вирусом. Системы здравоохранения играют ключевую роль в улучшении конечных показателей здоровья, предоставляя медицинские услуги и обеспечивая межсекторальное лидерство и координацию. В Европейском регионе министерства здравоохранения берут на себя обязательства по обеспечению того, чтобы каждый человек мог воспользоваться необходимыми ему медицинскими услугами и не впасть в нищету в результате их оплаты из собственного кармана. Значительный прогресс был достигнут на пути определения мер, необходимых для воздействия на социально-детерминированные неравенства в отношении здоровья, а также для разработки принципов оптимальной практики и критериев оценки проектов, направленных на сокращение неравенств в доступе к услугам здравоохранения. Разработчики политики, определяющие приоритетные направления расходов на здравоохранение, могут также принять во внимание то, что увеличение затрат на эффективную охрану здоровья вносит также значительный вклад в повышение продуктивности экономики и повышение благосостояния людей. Укрепление систем здравоохранения на основе надежных фактических данных об экономической эффективности и оценки их деятельности обеспечивает потенциал для укрепления здоровья, повышения уровня материального благосостояния населения и социального благополучия в целом.

Третья часть доклада демонстрирует, что правительства стран Европейского региона взяли на себя проведение широкомасштабных реформ, направленных на улучшение деятельности систем здравоохранения по всем четырем направлениям: предоставлению услуг, формированию ресурсов, финансированию и стратегическому управлению. Одной из областей особого внимания стало возобновление обязательств по модернизации первичной медико-санитарной помощи с целью превращения ее в координированную, интегрированную, ориентированную на пациента комплексную службу. Процесс реформ дает ясно понять, что приоритеты политики финансирования здравоохранения должны быть сосредоточены на решении конкретных стратегических задач, а не на обеспечении функционирования частных механизмов. Финансовая политика должна быть направлена

на поддержание высоких показателей деятельности системы здравоохранения, ориентируя работу системы в соответствии с базовыми ценностями равенства, солидарности и участия и ответственного отношения к имеющимся ресурсам.

Между государствами – членами Региона существуют широкие различия в доступности и качестве данных, в структурах и процессах, обеспечивающих подотчетность и участие граждан, в уровне прозрачности и зрелости в практике проведения оценки результатов деятельности и постоянного улучшения качества. Региональное бюро оказывает поддержку министерствам здравоохранения и другим государственным органам в использовании более качественной информации при проведении комплексных реформ в условиях растущих финансовых ограничений и повышенных ожиданий.

Особое внимание к системам здравоохранения может улучшить результаты в отношении здоровья сегодня и в будущем. Мы надеемся, что этот доклад будет способствовать успешному внедрению эффективных реформ систем здравоохранения и таких стратегий, которые улучшат результаты деятельности этих систем по предоставлению эффективной, ориентированной на пациента высококачественной медико-санитарной помощи.

Библиография

1. Equity [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>, accessed 28 June 2009).
2. *Охрана здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ, Осло, Норвегия, 1–2 апреля 2009 г. Отчет о совещании.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report_rus.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
3. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438R.pdf>, по состоянию на 17 августа 2009 г.).
4. *Международные медико-санитарные правила (2005 г.),* 2-е изд. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789244580417_rus.pdf, по состоянию на 17 августа 2009 г.).
5. *Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения “Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние”, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Отчет.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=Russian, по состоянию на 17 августа 2009 г.).
6. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark 5–6 February 2009.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1, accessed 28 June 2009).

Часть 2.

Здоровье населения Европейского региона



Ключевые показатели здоровья населения – средние значения и тенденции

Состояние здоровья населения Европы за последние десятилетия улучшилось, на что указывает увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Однако наблюдаются значительные и все возрастающие неравенства в продолжительности жизни, обусловленные гендерными, социальными и экономическими факторами. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни связано с общим снижением уровня смертности, в основном благодаря снижению заболеваемости инфекционными болезнями в раннем детстве и уменьшению преждевременной смертности среди взрослых в связи с улучшением медицинского обслуживания (1). Вместе с тем, изменения образа жизни и поведения привели к дальнейшим изменениям в структуре смертности и бремени болезней, с повышением удельного веса хронических неинфекционных заболеваний, травматизма и насилия.

Между группами европейских стран имеются значительные различия. В Содружестве независимых государств (СНГ), в том числе в странах Центральной Азии и Казахстане (ЦАРК), в целом регистрируются более высокие уровни смертности и заболеваемости, что связано с демографическими, социальными и экономическими преобразованиями. В 15 странах, входивших в Европейский союз (ЕС) до 1 мая 2004 г. (ЕС-15), и в 12 странах, вошедших в ЕС после 1 мая 2004 г. (ЕС-12), в целом наблюдаются более низкие показатели смертности и заболеваемости. Поскольку для надлежащей адаптации и реагирования систем здравоохранения необходим углубленный анализ положения и потребностей в странах, в настоящем разделе представлены ситуация и современные тенденции в Регионе в отношении смертности и бремени болезней. Помимо особенностей и тенденций, характерных для групп стран, которые обсуждаются во второй части этого доклада, информацию по многим из освещенных вопросов по каждой конкретной стране можно найти в семи таблицах в Приложении. В Приложении также представлены определения некоторых из использованных технических терминов.

Продолжительность жизни

Продолжительность жизни – это показатель, который дает хотя и приблизительную, но совокупную оценку здоровья населения в целом, так как в нем суммируется в стандартизированном формате существующая информация о состоянии здоровья по всем возрастно-половым группам. По существу, он достоверно показывает общее состояние здоровья в обществе в определенный период времени (2). Этот обобщенный показатель отражает результаты усилий всего общества по улучшению здоровья людей, а не только результаты деятельности систем здравоохранения. Эта отличительная особенность имеет ключевое значение, так как она связана с важнейшей идеей общественного здравоохранения, состоящей в том, что здоровье и болезни людей отражают успехи и неудачи общества в целом (3).

Самая высокая ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Европейском регионе составляла 82,0 года в Швейцарии (2006 г.), а самая низкая – 66,4 года – в Казахстане (2007 г.). Ожидаемая продолжительность жизни в Регионе в целом увеличилась с 73,1 года в 1990 г. до 75,6 года в 2006 г. (табл. 2.1).

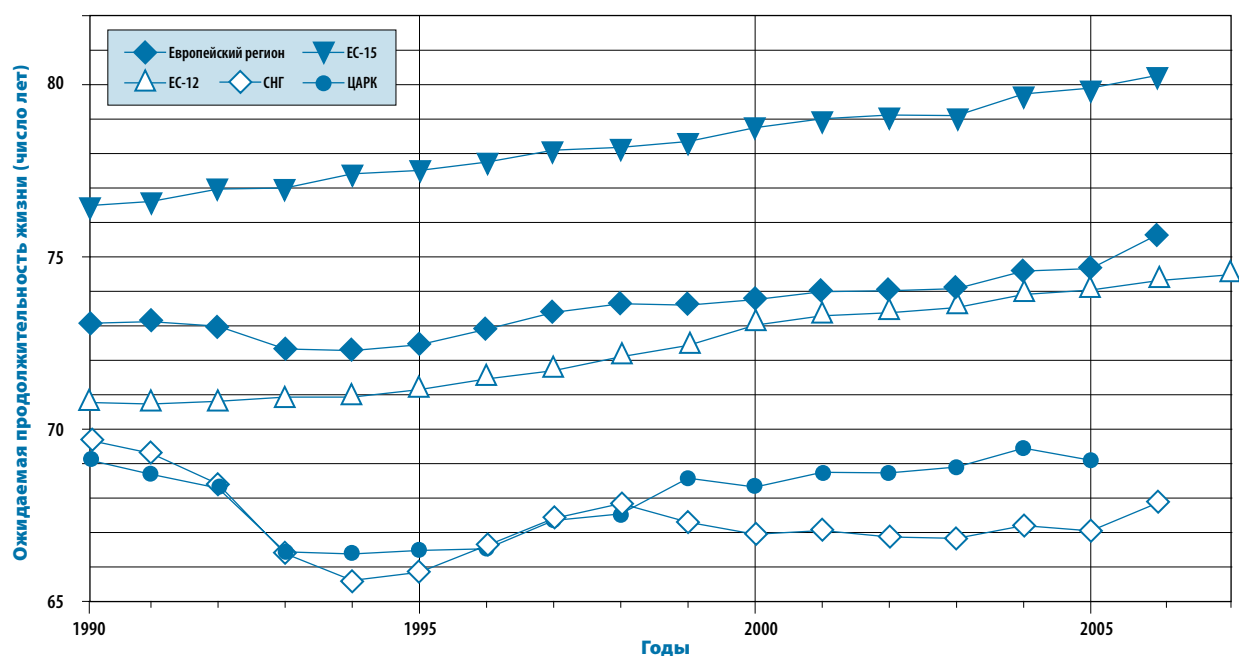
Таблица 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет) по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990 и 2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) |
|--------------------|---------|-------------------|---------------------------------------|
| Европейский регион | 73,1 | 75,6 | 103 |
| ЕС-15 | 76,5 | 80,3 | 105 |
| ЕС-12 | 70,8 | 74,3 | 105 |
| СНГ | 69,7 | 67,9 | 97 |
| ЦАРК | 69,1 | 69,1 ^а | 100 |

^а Данные за 2005 г.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

В странах ЕС продолжительность жизни существенно и неуклонно росла (рис. 2.1). Примечательно, что средние значения для стран как ЕС-15, так и ЕС-12 выросли на 5% по сравнению с уже высокими показателями. Это отражает устойчивое снижение показателей смертности в любом возрасте благодаря таким факторам, как улучшение качества жизни, повышение уровня образования, более здоровый образ жизни, а также улучшение доступа к медицинским услугам и их качества.

Рисунок 2.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2007 гг.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

К сожалению, страны СНГ не смогли быстро преодолеть последствия повышения уровня смертности в начале 1990-х годов. Средняя продолжительность жизни в странах СНГ резко снизилась между 1991 и 1994 гг., а затем восстановилась лишь частично. Фактически, с конца 1990-х годов средние значения по СНГ оставались на одном уровне.

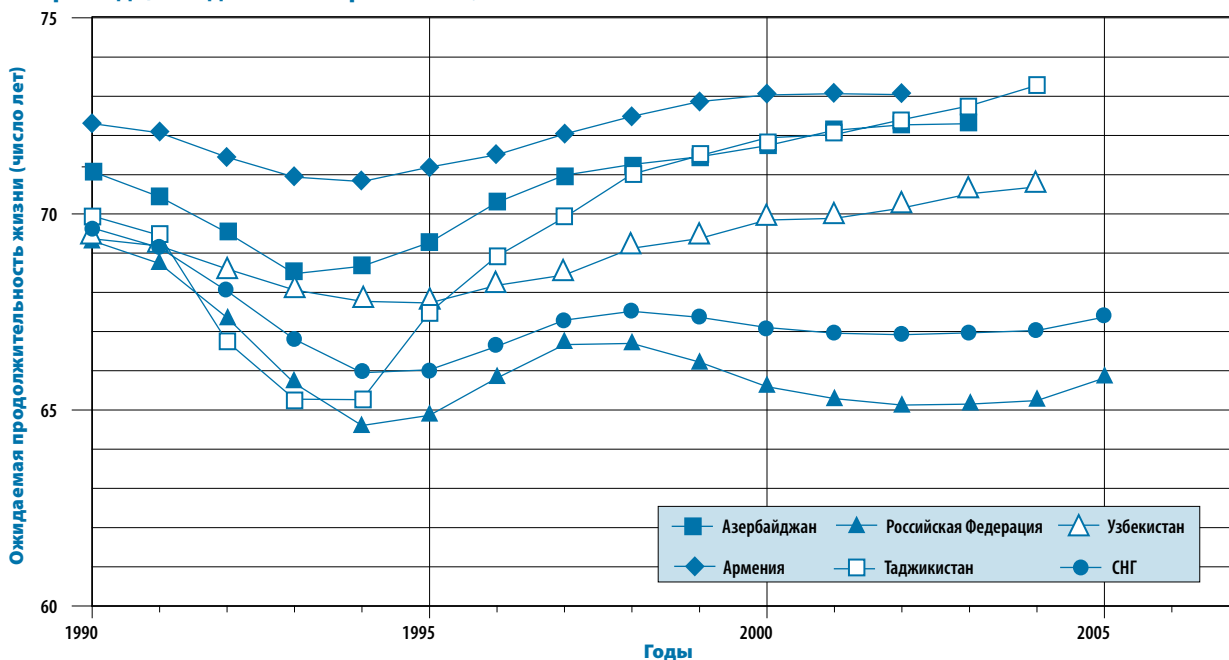
Большая численность населения Российской Федерации существенно влияет на средние показатели продолжительности жизни в странах СНГ. Многие исследователи уделяли

внимание неблагоприятным тенденциям, наблюдающимся в Российской Федерации, и находили четкие связи между ожидаемой продолжительностью жизни и динамикой социально-экономического развития. Например, увеличение показателей смертности в 1991–1994 гг. и в 1998–2003 гг. происходило на фоне критической социально-экономической ситуации в эти периоды, а относительное снижение смертности в 1994–1998 гг. и в 2003–2006 гг. было связано с относительным улучшением экономической ситуации (5). Кроме того, чрезмерное потребление алкоголя значительной частью населения стало причиной большого числа преждевременных смертей, особенно среди мужчин, несмотря на то, что многие случаи смерти, связанные с потреблением алкоголя, ошибочно были отнесены к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (см. ниже) (5).

Тем не менее, некоторым странам СНГ (таким, как Азербайджан, Армения, Таджикистан и Узбекистан) удалось добиться сравнительно хороших результатов и несколько улучшить показатели продолжительности жизни по сравнению суровыми 1990-х гг. (рис. 2.2). Это говорит о том, что, хотя в прошлом наблюдались сходные тенденции, недавно принятые национальные стратегии принесли свои плоды. Для того чтобы определить, какие конкретно стратегии сыграли положительную роль в этих странах, необходим сравнительный анализ, однако данные научных исследований из большого числа других стран показывают, что политика, воздействующая на социально-экономические условия, в которых люди живут и работают, обычно оказывает больше влияния, чем стратегии, относящиеся только к здравоохранению.

Тенденции роста продолжительности жизни в Европейском регионе сходны для людей как моложе, так и старше 65 лет. Снижение или потери продолжительности жизни, обусловленные смертностью в возрасте до 65 лет, являются очень хорошим критерием оценки преждевременной смертности. В табл. 2.2 показано, что, за исключением стран СНГ, число утраченных лет жизни в Регионе снижается.

Рисунок 2.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (скользящие средние показатели за три года) в отдельных странах СНГ, 1990–2005 гг.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

Таблица 2.2. Утраченные годы ожидаемой продолжительности жизни из-за смертности в возрасте до 65 лет, Европейский регион ВОЗ, 1990 и 2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) |
|--------------------|---------|-------------------|---------------------------------------|
| Европейский регион | 7,8 | 6,7 | 86 |
| ЕС-15 | 5,6 | 4,2 | 75 |
| ЕС-12 | 8,7 | 6,9 | 79 |
| СНГ | 10,3 | 11,3 | 110 |
| ЦАРК | 11,5 | 10,0 ^a | 87 |

^a Данные за 2005 г.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

Сравнительный вклад множества связанных со здоровьем и других, в основном социально-экономических факторов, которые могут влиять на колебания показателя ожидаемой продолжительности жизни с течением времени и между странами, с трудом поддается оценке. В целом, более высокий уровень доходов на душу населения коррелирует с более высокой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении. Расходы на службы здравоохранения также играют важную роль в улучшении здоровья населения. Вместе с тем, в странах со сходными уровнями доходов на душу населения и расходов на здравоохранение показатели ожидаемой продолжительности могут значительно отличаться и страны со сходными показателями продолжительности жизни могут существенно отличаться по доходам на душу населения и затратам на здравоохранение. Несмотря на проявление определенных закономерностей на глобальном уровне, связи между ВВП и показателями здоровья населения, между ВВП и общими расходами на здравоохранение, а также между уровнем общих расходов на здравоохранение и показателями здоровья населения не носят строго детерминированный или линейный характер, поскольку в некоторых странах наблюдаются более высокие результаты по сравнению с другими благодаря множеству иных факторов, включая показатели эффективности работы систем здравоохранения.

Так, например, в Дании и Португалии показатели ожидаемой продолжительности жизни одинаковые, но уровень дохода и расходы на здравоохранение на душу населения (в международных долларах с учетом покупательной способности) в Португалии составляют соответственно 60% и 64% от аналогичных показателей в Дании (табл. 2.3). Продолжительность жизни в Грузии такая же, как в Венгрии; но при этом доход населения и расходы на здравоохранение составляют в Грузии, соответственно, 19% и 24% от этих показателей в Венгрии. Литва и Хорватия затрачивают одинаковые средства на здравоохранение и имеют одинаковый ВВП, но разница в продолжительности жизни между этими странами составляет 5 лет.

Комиссия по социальным детерминантам здоровья отмечает фундаментальную роль социальных детерминант здоровья, которым часто не уделяется должного внимания (6,7). Основной движущей силой, определяющей наблюдаемые различия, являются по-разному

Таблица 2.3. Сравнение трех пар стран по ожидаемой продолжительности жизни, доходам и затратам на здравоохранение, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных

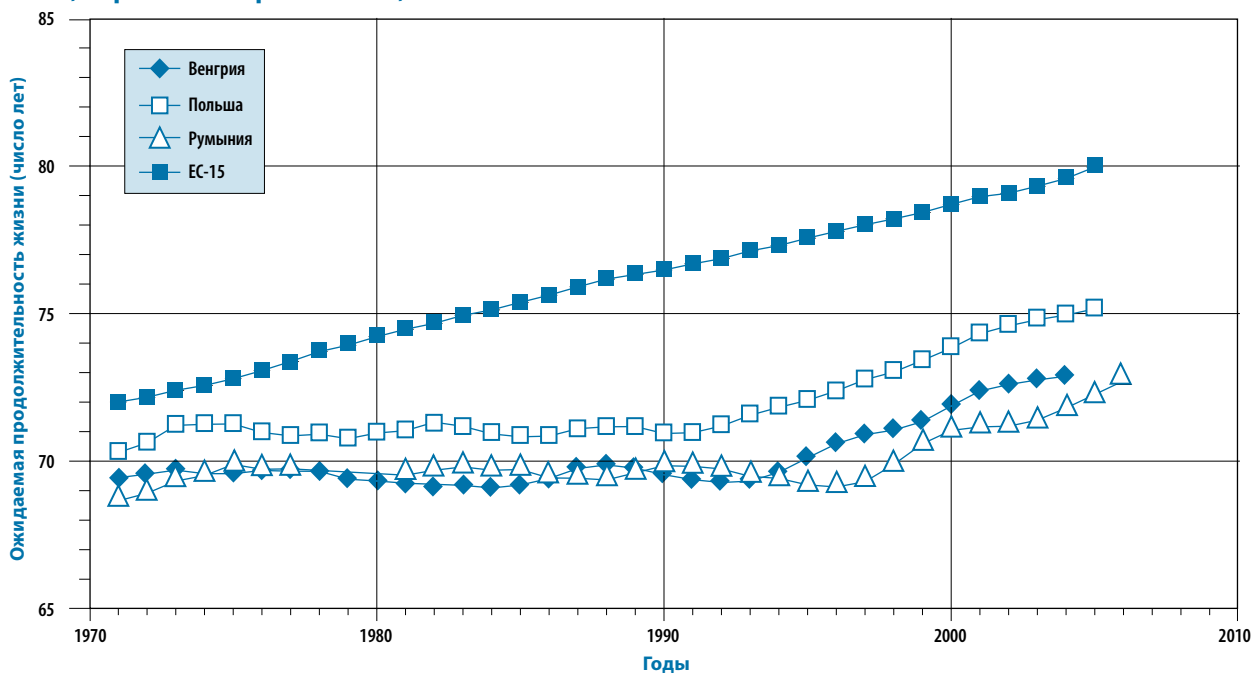
| Показатели | Дания | Португалия | Венгрия | Грузия | Хорватия | Литва |
|---|--------|------------|---------|--------|----------|--------|
| Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет) | 78,1 | 78,3 | 73,0 | 73,1 | 76,0 | 71,0 |
| ВВП на душу населения (в долл. США, ППС ^a) | 33 973 | 20 410 | 17 887 | 3 365 | 13 042 | 14 494 |
| Общие расходы на здравоохранение на душу населения (в долл. США, ППС) | 3 169 | 2 034 | 1 329 | 318 | 1 001 | 862 |

^a ППС – паритет покупательной способности (см. определение в Приложении).

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

дифференцированные соотношения между социально-экономическим статусом и здоровьем. Это означает, что общества различаются градиентом, или тем, насколько крутую конфигурацию имеет кривая систематического снижения показателей здоровья по различным социально-экономическим группам от вершины вниз. Однако важный принцип состоит в том, что угол наклона кривой не фиксирован; несмотря на то, что он сохраняется во всех популяциях во времени и пространстве, он способен меняться в зависимости от изменений социально-экономической структуры. Например, политические изменения, произошедшие около 1990 г. в некоторых странах ЕС-12, совершенно определенно позволили им сравнять свои ранее неизменные тенденции продолжительности жизни с динамикой средних значений по ЕС (рис. 2.3).

Рисунок 2.3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (скользящие средние показатели за три года) в отдельных странах ЕС-12 в сравнении со средними значениями по ЕС-15, Европейский регион ВОЗ, 1970–2006 гг.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

В целом, дифференцированное и изменяемое воздействие, которое оказывает социально-экономический статус на состояние здоровья, влияет на уровень социальной справедливости в отношении здоровья. Это проявляется в неравенствах по показателям здоровья между странами и даже в большей степени внутри стран, что можно определить путем сравнения различных характеристик.

Наиболее яркий пример – гендерные неравенства в отношении здоровья. Согласно Marmot (8), "...различия в положении мужчин и женщин почти в каждом обществе – это, возможно, самая распространенная и укоренившаяся форма несправедливости". Гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни в Европейском регионе составил в 2006 г. 7,5 лет (табл. 2.4): 71,9 года для мужчин и 79,4 для женщин. За последние десятилетия этот разрыв в подгруппах стран Региона значительно изменился из-за изменений в различиях между мужчинами и женщинами, касающихся рискованного

Таблица 2.4. Различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении (число лет) между мужчинами и женщинами по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990 и 2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) |
|--------------------|---------|---------|---------------------------------------|
| Европейский регион | 8,0 | 7,5 | 94 |
| ЕС-15 | 6,8 | 5,7 | 84 |
| ЕС-12 | 8,2 | 8,1 | 99 |
| СНГ | 9,6 | 10,9 | 114 |
| ЦАРК | 7,6 | 7,1 | 93 |

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

поведения и использования профилактических и лечебных услуг, что, в свою очередь, является ответом на социально-экономические сдвиги.

По большинству параметров, неравенства внутри стран выражены сильнее, чем между странами. Масштабы выявляемых неравенств зависят от использованных методов. В одном из глобальных исследований, в котором было проанализировано свыше 9000 таблиц смертности (2), был сделан вывод, что примерно в 90% случаев неравенства в ожидаемой продолжительности жизни относятся к ситуации внутри стран. Всесторонний обзор данных о неравенствах в отношении здоровья, проведенный в ЕС (9) показал, что они в значительной степени сводятся к социально-экономическим неравенствам. Обследованные популяции заметно отличались как по состоянию здоровья, так и по тем его детерминантам, которые в основном и обуславливают наблюдаемые различия в здоровье, что кроме того убедительно показывает, что такие неравенства могут быть сокращены.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни не является оптимальным критерием оценки деятельности систем здравоохранения. Например, в докладе Норвежского директората здравоохранения о динамике общественного здоровья в Норвегии (10) подтверждаются ранее сделанные выводы о том, что "увеличение продолжительности жизни, судя по всему, было постоянным на протяжении последних 150 лет". Этот постоянный темп ежегодного роста продолжительности жизни составляет 0,3 года и относится к индустриально развитым странам. Поскольку влияние систем здравоохранения на здоровье не было равномерным на протяжении такого долгого периода времени, постоянный темп роста говорит о том, что доказать влияние реформ систем здравоохранения на ожидаемую продолжительность жизни непросто. Хотя улучшение доступа к эффективным медико-санитарным услугам спасает все больше жизней, зачастую сложно напрямую связать изменения в уровнях смертности с вкладом систем здравоохранения в виде профилактики болезней и лечебных вмешательств (см. ниже, в разделе, посвященном роли систем здравоохранения в улучшении здоровья населения). Показатели продолжительности жизни и смертности в том виде, в котором они определяются сегодня, просто не являются достаточно чувствительными для того, чтобы отслеживать воздействие реформ системы здравоохранения на здоровье населения (см. ниже, в разделе, посвященном количественной оценке предотвратимой смертности и расчету утраченных лет здоровой жизни).

Для суммарной оценки здоровья населения в целом используют различные индикаторы, учитывающие ожидаемую продолжительность жизни и значение болезней и инвалидности в различных возрастах. Так, ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении принимает во внимание годы, прожитые при неполном здоровье (11). Как и показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении, показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни в странах Европейского региона

варьируют в широких пределах. Разброс значений в 2007 г. составил 21 год у мужчин (диапазон: от 74 до 53 лет) и 19 лет у женщин (диапазон: от 76 до 57 лет) в 2007 г. (12). Кроме того, хотя женщины и живут в среднем на 7,5 лет дольше, чем мужчины, средняя разница в ожидаемой продолжительности здоровой жизни составляет только 5 лет. Это означает, что, по сравнению с мужчинами, женщины проживают относительно меньшую часть своей жизни в хорошем состоянии здоровья и без инвалидности (рис. 2.4). К концу жизни женщины аккумулируют большее бремя нездоровья, чем мужчины, в результате как большей продолжительности жизни, так и множественных болезней. В целом, ожидаемая продолжительность здоровой жизни примерно на 20% ниже в странах СНГ (медианные значения: 58,0 и 61,5 лет для мужчин и женщин соответственно), чем в странах ЕС-15. Подобное неравенство предположительно связано с такими социально-экономическими факторами как уровень образования и государственные расходы на здравоохранение (процент, как от ВВП, так и от общих государственных расходов) (13). Поэтому необходимо усовершенствовать информационные системы здравоохранения путем введения в широком масштабе индикаторов, не основанных на показателях смертности, которые смогут подтвердить особый и, возможно, еще не получивший адекватной оценки вклад систем здравоохранения в здоровье населения в целом. Обществу необходимо продемонстрировать ожидаемую пользу от систематически растущих инвестиций в развитие систем здравоохранения. Кроме того, эта информация является ключевой для ответственного управления реформами здравоохранения. Усилия по укреплению систем здравоохранения без качественной оценки и мониторинга могут привести к нерациональному использованию мощностей и растрачиванию ресурсов. Улучшение информационных систем требует специального выделения средств, но ущерб, наносимый обществу неадекватным мониторингом и оценкой показателей здоровья населения, в долгосрочной перспективе, безусловно, стоит больше.

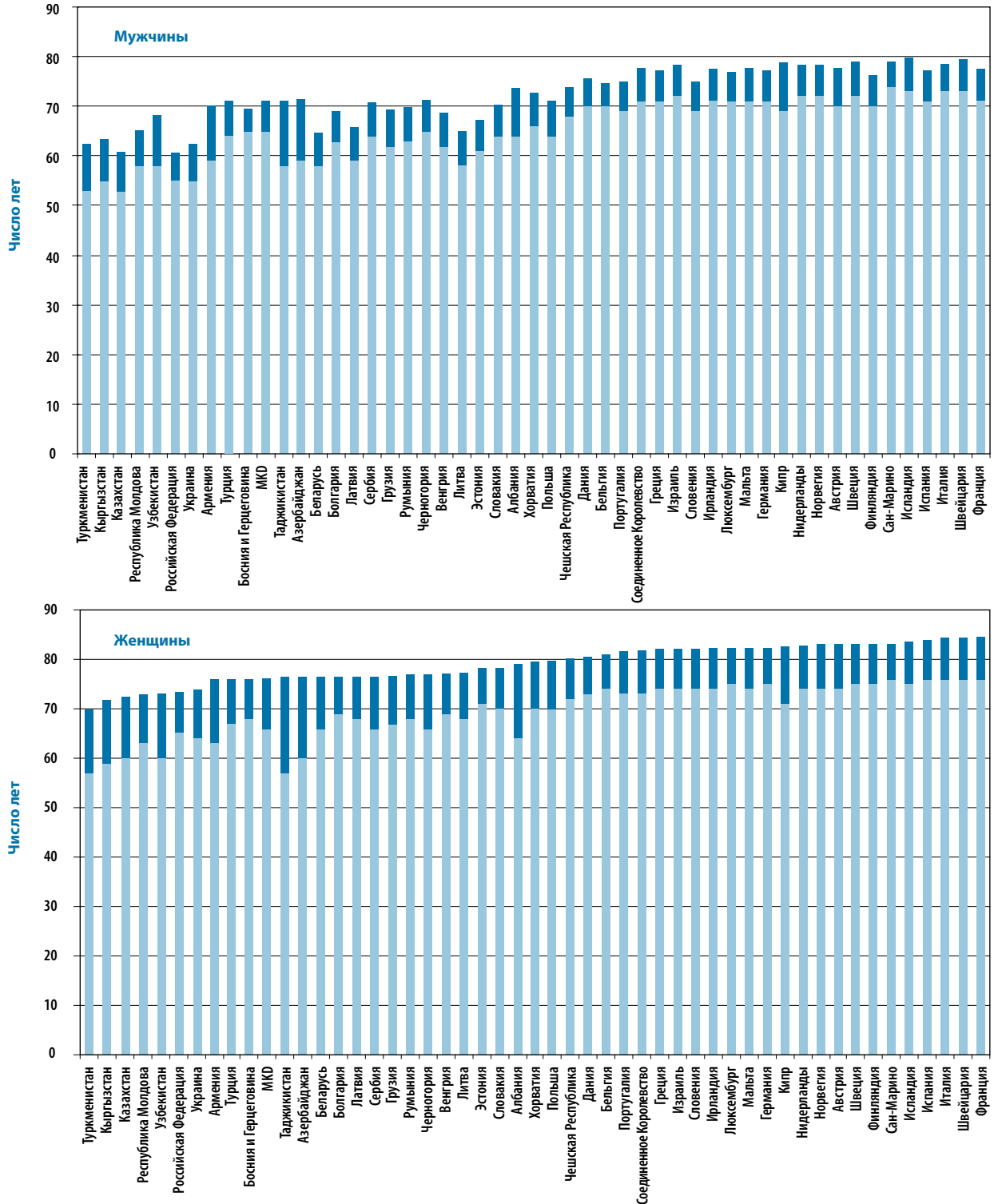
Проблемы, с которыми столкнутся системы здравоохранения в будущем, часто обсуждаются в связи с постоянным ростом продолжительности жизни, следствием которого является старение населения. Рост продолжительности жизни при постоянном или снижающемся уровне фертильности закономерно приводит к увеличению доли населения старше 65 лет. По мере старения людей растут их потребности в услугах здравоохранения, поэтому нередко прогнозируется соответствующий рост использования услуг и, следовательно, расходов на здравоохранение. Эти прогнозы, которые, однако, иногда представляются завышенными (14), обсуждаются ниже.

Смертность

Показатель смертности – надежный индикатор состояния здоровья населения, который широко используется в Европейском регионе. Однако в некоторых частях Региона реестры записей гражданского состояния отличаются недостаточным охватом и плохим качеством, поэтому к имеющимся данным необходимо относиться с определенной долей осторожности. Общие показатели смертности от всех причин в Регионе в течение последнего десятилетия последовательно снижались, и в 2006 г. стандартизированный по возрасту коэффициент смертности (СКС) составил 888,2 на 100 000 населения. Показатели значительно варьируются, увеличиваясь от стран западной части к странам восточной части Региона (рис. 2.5) (15).

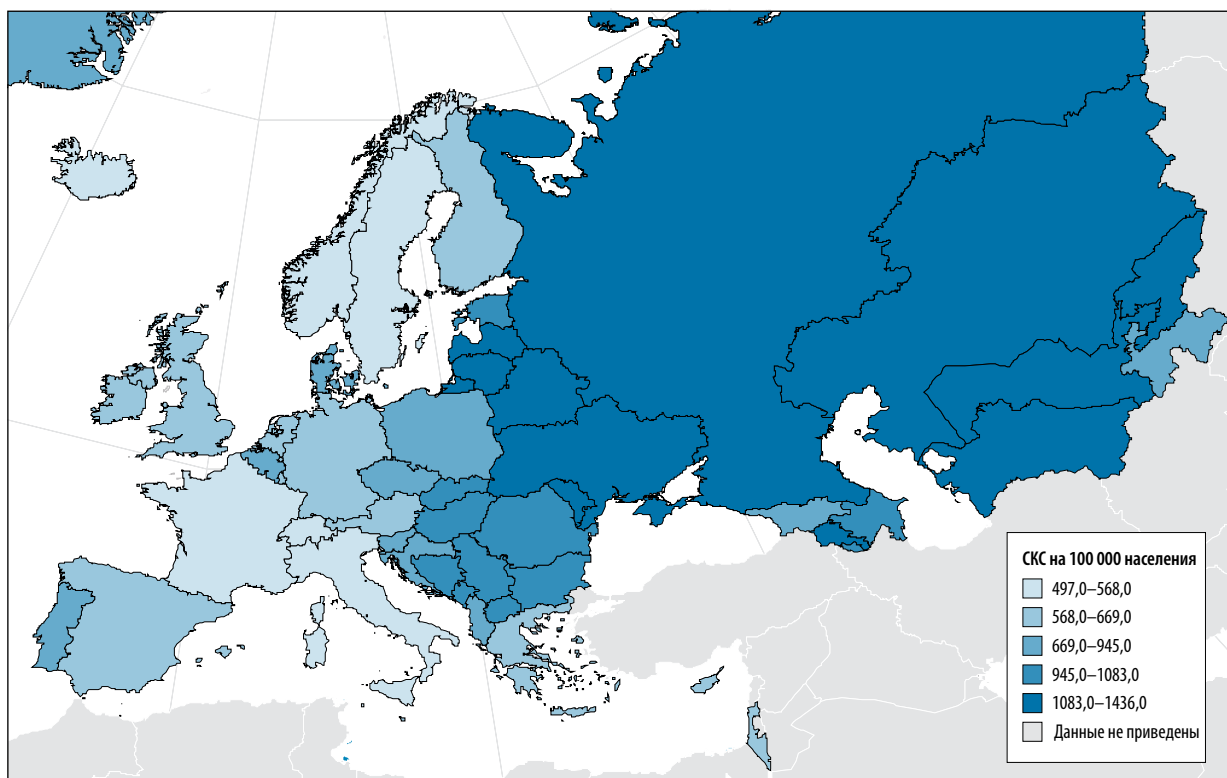
Начиная с середины 1990-х годов в показателях общей смертности по Европейскому региону наблюдались две тенденции: снижение в странах ЕС – в 2006 г. СКС стал на 20–25% ниже, и отсутствие изменений или повышение в странах СНГ (включая ЦАРК) –

Рисунок 2.4. Расчетные показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении и ожидаемой продолжительности здоровой жизни среди мужчин и женщин, Европейский регион ВОЗ, 2007 г.



Примечание. MKD – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.
 Источник: World health statistics, 2009 (12).

Рисунок 2.5. Смертность от всех причин: СКС на 100 000 населения, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных



Источник: European mortality database (15).

СКС в 2006 г. стал почти на 10–15% выше (табл. 2.5). По Региону в целом смертность среди мужчин (СКС – 1177,9) на 75% выше, чем среди женщин (СКС – 672,9), однако в странах СНГ это различие более выражено (90%), чем в странах ЕС-15 (61%). С 1990 по 2006 г. смертность значительно увеличилась в странах СНГ (население больше 10 млн. человек); в Беларуси, Казахстане, Российской Федерации и Украине СКС увеличился почти на 35%. К середине 1990-х годов показатели смертности в Российской Федерации снизились более чем на 10%, но затем вернулись к пиковым значениям и с тех пор оставались неизменными. Имеются свидетельства о том, что это связано с тенденциями в потреблении алкоголя и политикой борьбы с ним (16).

Таблица 2.5. Смертность от всех причин: взвешенные по численности населения СКС на 100 000 населения по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 1995 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------------------------------|
| Европейский регион | 967,1 | 1038,3 | 964,2 | 926,1 | 888,2 | 92 |
| ЕС-15 | 780,4 | 722,1 | 658,2 | 599,9 | 580,7 | 74 |
| ЕС-12 | 1141,1 | 1124,9 | 1003,9 | 944,8 | 923,7 | 81 |
| СНГ | 1154,4 | 1448,6 | 1375,8 | 1394,6 | 1326,6 | 115 |
| ЦАРК | 1107,6 | 1366,7 | 1266,7 | 1240,0 | НД | 112 ^а |

Примечание. НД – нет данных.

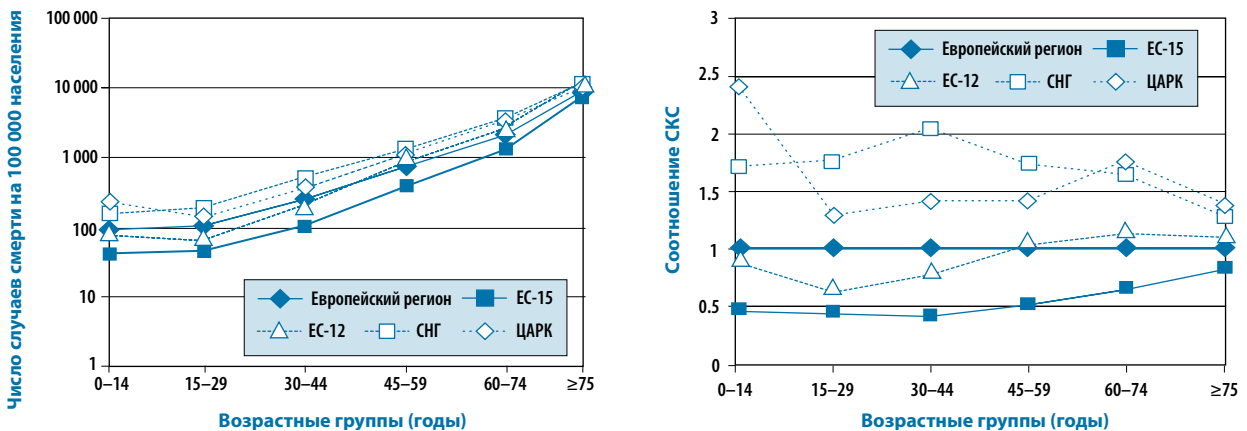
^а Данные за 2005 г.

Источник: European mortality database (15).

Возрастные группы

Показатели смертности в Европейском регионе обычно увеличиваются с возрастом, хотя в разных группах стран наблюдаются различные тенденции (рис. 2.6). Например, в странах СНГ и ЦАРК наблюдаются более высокие, чем в целом по Региону, показатели смертности независимо от возраста, но в более старшей возрастной группе наблюдается тенденция к их сближению с показателями по Региону. Кроме того, уровни смертности в более младших возрастных группах в ЦАРК более чем в два раза превышают общие показатели по Региону, что, по-видимому, связано с инфекционными заболеваниями. В странах СНГ пиковые значения показателей смертности наблюдаются среди экономически активной части населения, что указывает на влияние сердечно-сосудистых заболеваний, травматизма и насилия.

Рисунок 2.6. Повозрастная смертность: взвешенные по численности населения СКС на 100 000 населения и соотношение коэффициентов по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных



Источник: European mortality database (15).

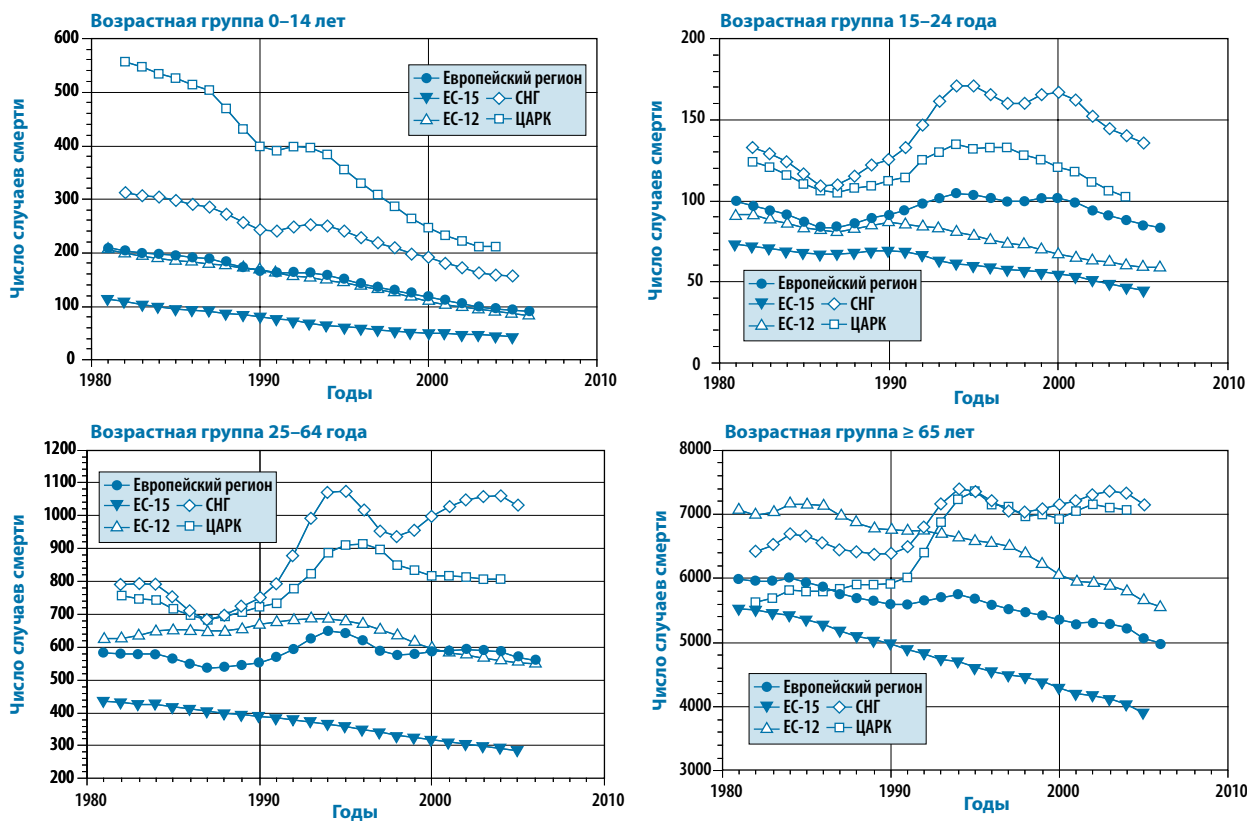
Показатели смертности по возрастным группам в Европейском регионе в целом снизились, но это произошло не во всех странах. Хотя смертность среди детей младше 15 лет снизилась во всех группах стран, существенные различия между странами наблюдаются в отношении взрослых: либо более медленное снижение смертности, либо ее рост в 1990-х годах, особенно в странах СНГ. Однако относительная величина коэффициентов значительно различается по возрастным группам (рис. 2.7). Эти различия демонстрируют неравенство в отношении здоровья, указывая на зависимость от образа жизни и доступа к услугам здравоохранения среди взрослого и пожилого населения.

Младенческая и материнская смертность

Уровень смертности среди младенцев (детей до 1 года) достоверно отражает условия жизни и доступ к услугам здравоохранения. В Европейском регионе с 1990 г. младенческая смертность снизилась более чем на 50%. В 2006 г. этот показатель по Региону составлял 7,3 смертей на 1000 живорожденных (табл. 2.6). Хотя снижение было сходным во всех группах стран, различия в коэффициентах оставались значительными: от низкого соотношения коэффициентов (0,54 в странах ЕС-15) до высокого (2,43 в ЦАРК) по сравнению с Регионом.

Коэффициент материнской смертности отражает уровень доступа к услугам здравоохранения и их качество. В Европейском регионе в 2006 г. этот показатель снизился до 12,9 смертей на

Рисунок 2.7. Смертность от всех причин: взвешенные по численности населения СКС на 100 000 населения по возрастным группам и группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1981–2006 гг.



Источник: European mortality database (15).

Таблица 2.6. Взвешенные по численности населения коэффициенты младенческой смертности на 1000 живорожденных по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (% (1990 г. = 100%)) | Соотношение коэффициентов (Европейский регион = 1) |
|--------------------|---------|---------|--|---|
| Европейский регион | 15,4 | 7,3 | 47 | 1,0 |
| ЕС-15 | 7,6 | 4,0 | 52 | 0,5 |
| ЕС-12 | 16,9 | 7,9 | 46 | 1,1 |
| СНГ | 22,3 | 12,8 | 57 | 1,8 |
| ЦАРК | 33,8 | 17,7 | 52 ^a | 2,4 ^a |

^a Данные за 2005 г.

Источник: European mortality database (15).

100 000 живорожденных, что составило примерно 50% от уровня 1990 г. (табл. 2.7). Наиболее резкое снижение наблюдалось в странах ЕС-12 (почти 75%), а наименьшее – в странах ЕС-15 (30%) (несмотря на это, в ЕС-15 материнская смертность все еще на 60% ниже, чем в целом по Региону). Напротив, в странах СНГ (включая ЦАРК) показатели в два раза выше, чем в целом по Региону, что указывает на наличие проблем в области здравоохранения. Такие, в большинстве случаев предотвратимые причины, как кровотечение, аборт и токсикозы беременных совокупно обуславливают около 40% материнских смертей в странах СНГ и 30% в ЦАРК (данные не приведены), еще раз подтверждая этот вывод.

Таблица 2.7. Взвешенные по численности населения коэффициенты материнской смертности на 100 000 живорожденных по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) | Соотношение коэффициентов (Европейский регион = 1) |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|--|---|
| Европейский регион | 25,1 | 18,6 | 14,3 | 12,9 | 52 | 1,0 |
| ЕС-15 | 7,8 | 5,3 | 4,9 | 5,6 | 71 | 0,4 |
| ЕС-12 | 29,3 | 16,5 | 8,8 | 8,0 | 27 | 0,6 |
| СНГ | 44,9 | 39,2 | 28,2 | 27,4 | 61 | 2,1 |
| ЦАРК | 55,3 | 43,8 | 36,7 | НД | 67 ^а | 2,8 ^а |

Примечание. НД – нет данных.

^а Данные за 2005 г.

Источник: European mortality database (15).

Цели развития тысячелетия (ЦРТ), направлены на то, чтобы разорвать порочный круг бедности и нездоровья, и включают перечень целевых показателей в сравнении с 1990 г., которые должны быть достигнуты к 2015 г. (17). ЦРТ-4 предусматривает сокращение на две трети смертности среди детей младше 5 лет, а ЦРТ-5 – снижение материнской смертности на три четверти. Эти цели – признание того, что большинство подобных смертей предотвратимы. Показатели детской смертности в Европейском регионе являются самыми низкими из всех регионов ВОЗ, и общая тенденция в Регионе показывает, что ЦРТ-4 будет достигнута. Однако уровни детской смертности отличаются между странами и внутри них. Например, детская смертность в странах СНГ снижается более медленными темпами, а в пяти из них цель вряд ли будет достигнута. Еще три страны СНГ смогут достичь этой цели, но только приложив дополнительные усилия.

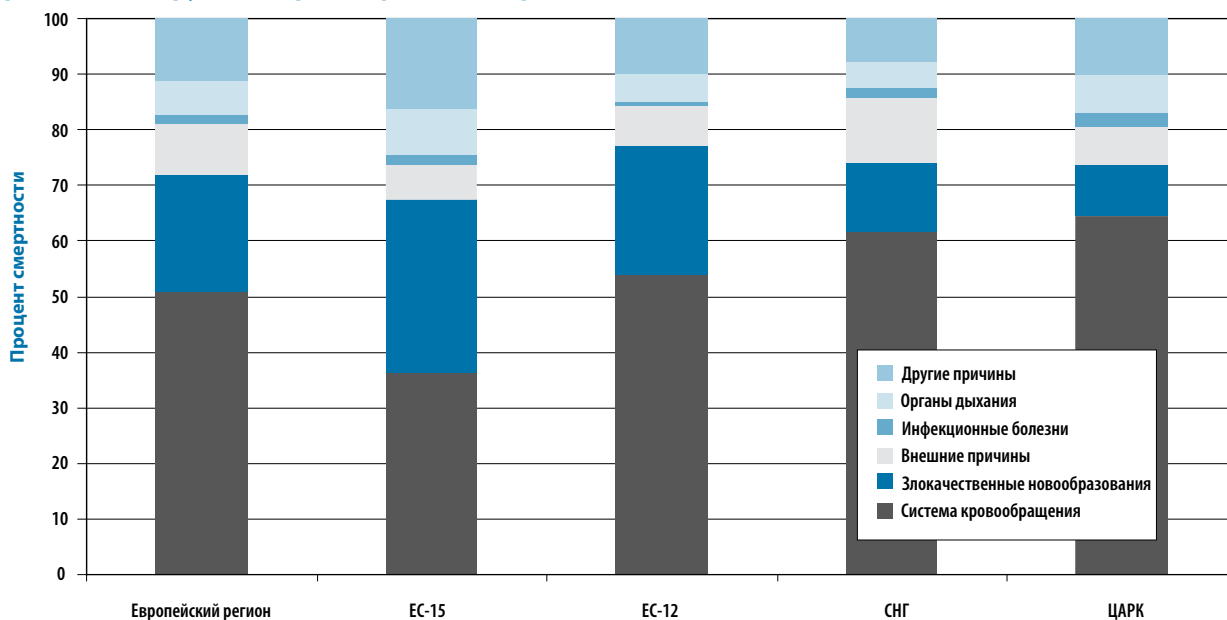
Более выраженные различия отмечаются в ситуации с материнской смертностью и ЦРТ-5. Как и в отношении детской смертности, в четырех странах СНГ показатели более высокие, и эти страны не выдерживают графика выполнения поставленной цели, а еще четыре страны смогут достигнуть ЦРТ-5, только приложив дополнительные усилия. Некоторые страны ЕС, где уже наблюдаются низкие уровни смертности, сталкиваются со своими собственными проблемами; так, в четырех из них в период между 1990 и 2000 гг. показатели материнской смертности увеличились. В качестве положительного примера – в Турции материнская смертность снизилась примерно на 90%. В 1973 г. этот показатель в Турции был почти в 8 раз выше средних показателей в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), однако к 2006 г. он снизился до значений, которые были только в 2,5 раза выше средних значений по ОЭСР, и теперь оценивается в 21,2 на 100 000 живорожденных (18). Подобный прогресс был достигнут во многом благодаря тому, что снижение материнской смертности стало приоритетным направлением политики с соответствующим финансированием, а при осуществлении этой политики и предоставлении услуг учитывались культурные особенности населения. Принятые меры включили создание вблизи больниц домов-пансионатов для будущих матерей с предоставлением дородовой помощи, организацию бесплатной наземной и воздушной транспортировки при необходимости срочной акушерской помощи; это значительно уменьшило расстояние и время для доступа к необходимой и высококачественной специализированной помощи.

Причины смертности

Причина наибольшего бремени смертности в Европейском регионе – неинфекционные заболевания (см. ниже, в разделе, посвященном анализу текущих и будущих проблем), которые обуславливают более 85% из 9 млн. смертей, произошедших, по расчетным

данным, в Регионе за период между 2003 и 2007 гг. (19). Заболевания системы кровообращения продолжают оставаться основной причиной смерти и обуславливают 48% всех смертей в Регионе, варьируя от 35% в странах ЕС-15 до 65% в странах СНГ и снижаясь в большинстве стран ЕС (рис. 2.8).

Рисунок 2.8. Относительные показатели смертности по широким группам причин смерти в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 2006 г. или последний год с наличием данных

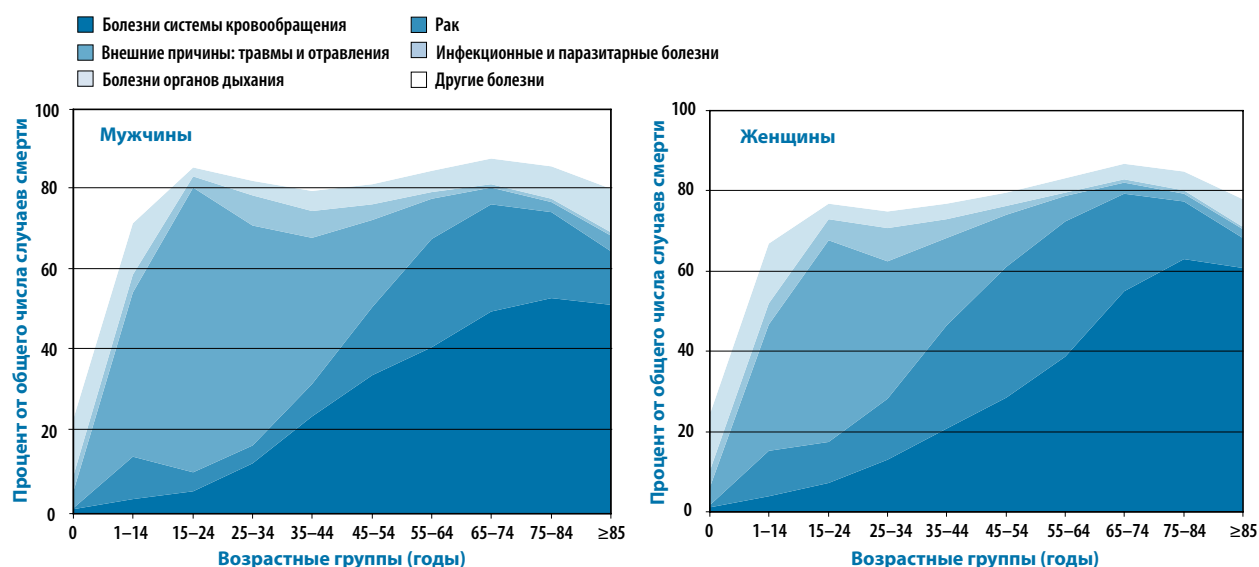


Источник: European mortality database (15).

Рак (злокачественные новообразования) – вторая важнейшая причина смертности, обуславливающая более 20% смертей в Регионе. Показатели варьируют между странами от 7% до 30%. В западной части Региона рак составляет более выраженную долю от всех причин смерти. Такие внешние причины, как травмы и отравления, а также респираторные заболевания являются двумя другими важнейшими причинами смерти, обуславливая 8% и 6% смертей соответственно – и имеют больший удельный вес в странах СНГ, ЦАРК и ЕС-12. Эти четыре группы причин обуславливают почти три четверти всех смертей. Инфекционные и паразитарные заболевания являются причиной 16% смертей в мире, но лишь 2% – в Европейском регионе, хотя в некоторых странах восточной части Региона это показатель достигает 8%.

Распределение причин (профили) смертности в Европе значительно варьирует в зависимости от возраста и пола. Например, такие внешние причины, как травмы и отравления обуславливают более 70% смертей среди подростков и молодежи (особенно среди мужчин). Заболевания системы кровообращения и рак становятся важнейшими причинами смерти с увеличением возраста (рис. 2.9) (20). В раннем детстве заболевания дыхательной системы и “другие заболевания” составляют наибольшую долю, обуславливая почти 90% смертей, в равной степени затрагивая мальчиков и девочек. Доля инфекционных и паразитарных заболеваний снизилась среди причин смертности детей младшего возраста и составляет меньше 5%, однако она становится все более значимой среди причин смерти у взрослых.

Рисунок 2.9. Профили смертности: распределение причин смертности в разбивке по возрасту и полу, Европейский регион ВОЗ, 2007 г.



Источник: Атлас здоровья в Европе (20).

Смертность от конкретных причин

Преобладающей причиной смерти в Европейском районе являются хронические неинфекционные заболевания, которые обуславливают примерно 80% всех смертей. В 2006 г. соответствующий СКС составлял 736,5 смертей на 100 000 населения, что составляет почти 1% населения на данный год. На протяжении двух последних десятилетий отмечалось постоянное снижение смертности от этой причины, суммарный уровень которого к 2006 г. достиг 10% (табл. 2.8.). Наиболее значительного прогресса в этом отношении добились страны ЕС-15 (снижение на 26%) и страны ЕС-12 (снижение на 19%). В противоположность этому, смертность от данной причины в странах СНГ (включая ЦАРК) в период с 1990 по 2006 г. на 13% повысилась. У жителей этих стран риск смерти от неинфекционных заболеваний более чем на 40% выше, чем в среднем по Европейскому региону.

Показатели смертности от болезней системы кровообращения во многом сходны с показателями смертности в целом и следуют тем же тенденциям во времени, включая различия между странами и группами стран (рис. 2.10). Болезни системы кровообращения являются причиной почти 50% смертей в Регионе, колеблясь от 35% до 65% в разных группах стран; общий коэффициент смертности для этих болезней составляет 430 на 100 000 населения.

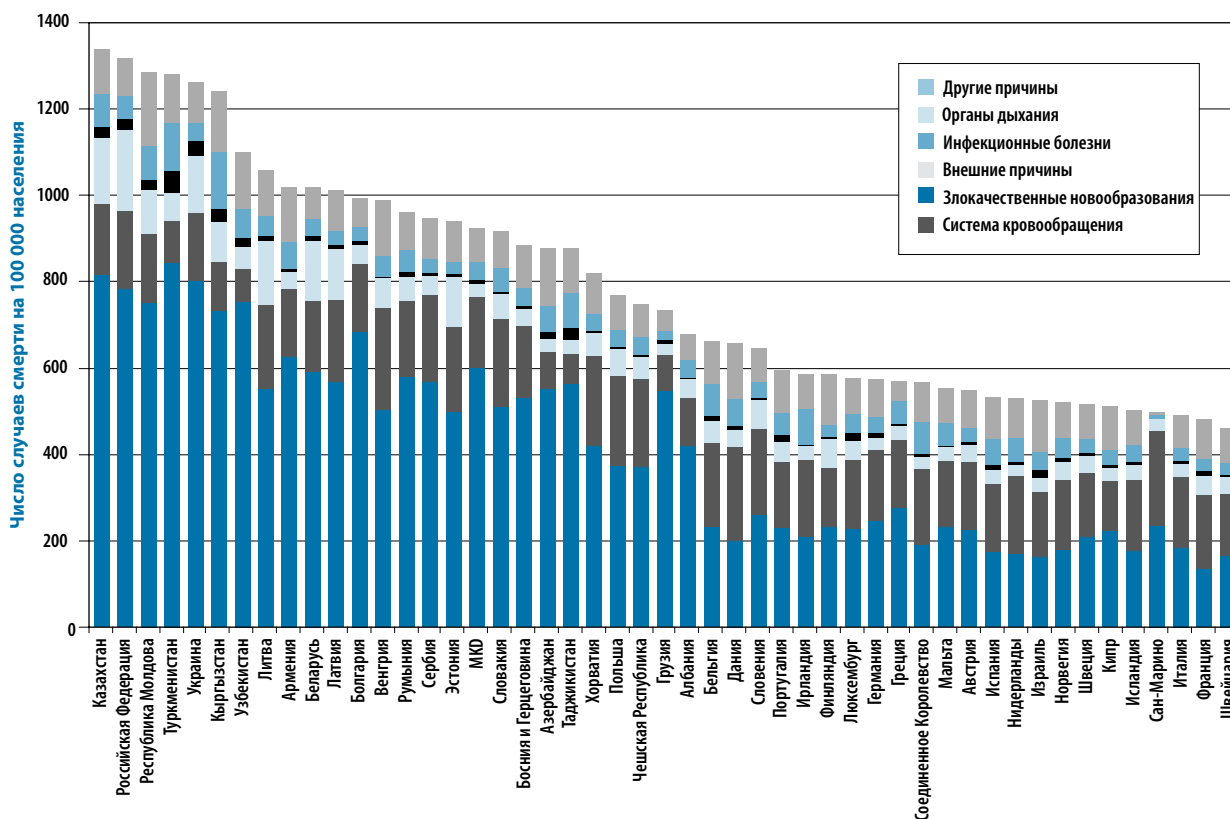
Таблица 2.8. Взвешенные по численности населения коэффициенты смертности от хронических неинфекционных заболеваний на 100 000 населения в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) | Соотношение коэффициентов (Европейский регион = 1) |
|--------------------|---------|---------|--|---|
| Европейский регион | 814,3 | 736,5 | 90 | 1,0 |
| ЕС-15 | 675,3 | 501,6 | 74 | 0,7 |
| ЕС-12 | 977,0 | 794,1 | 81 | 1,1 |
| СНГ | 946,1 | 1071,9 | 113 | 1,5 |
| ЦАРК | 930,0 | 1052,9 | 113 | 1,4 |

Источник: European mortality database (15).

Этот коэффициент почти на 50% ниже для стран ЕС-15, но почти в два раза выше для стран СНГ (включая ЦАРК). В противоположность этому, коэффициент смертности от онкологических заболеваний в странах ЕС-15 сходен с коэффициентом смертности для Европейского региона, но доля смертей, обусловленных онкологическими заболеваниями, в этих странах на 50% выше, чем по Региону в целом, и в два раза выше, чем в странах СНГ и ЦАРК; это свидетельствует о том, что страны ЕС-15 улучшили контроль болезней системы кровообращения в большей степени, чем онкологических заболеваний.

Рисунок 2.10. СКС на 100 000 населения по причине смерти, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных

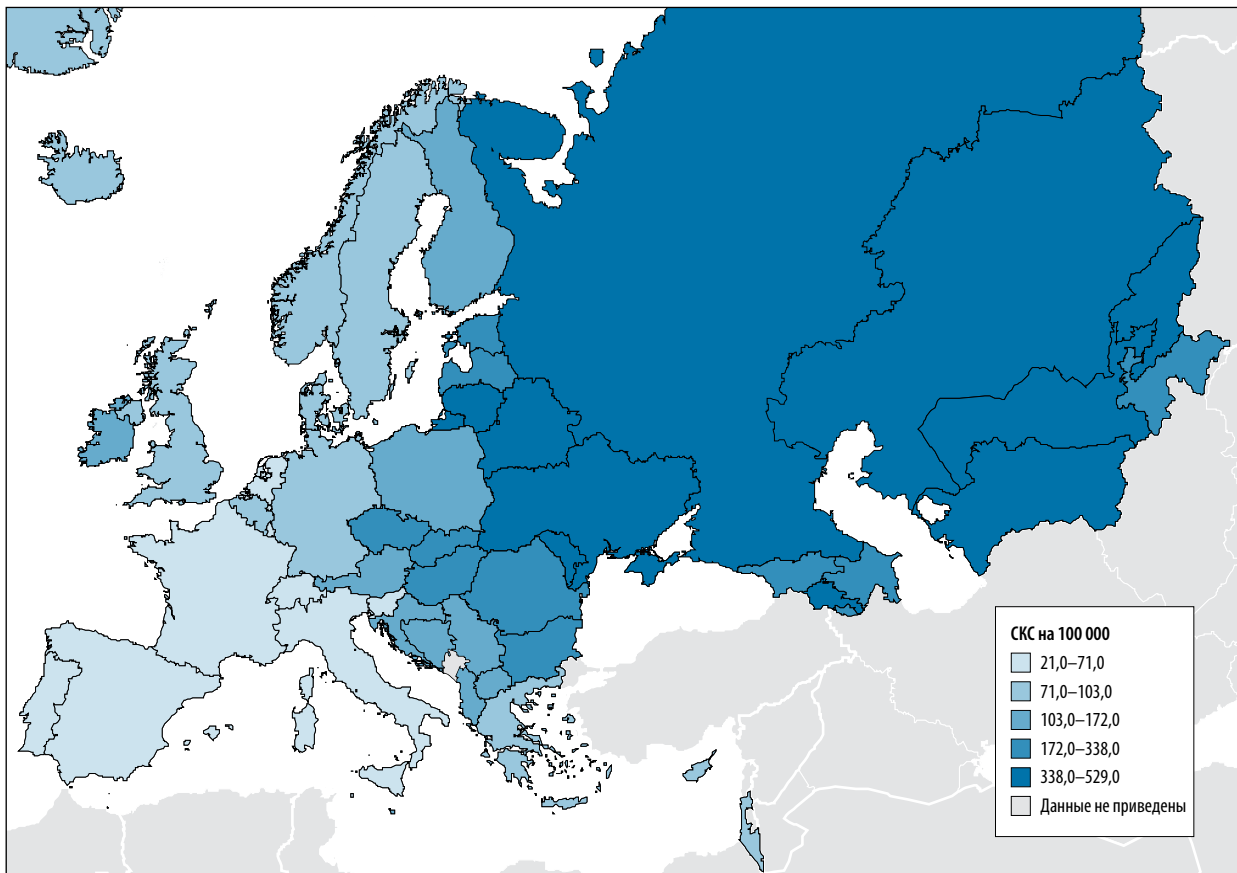


Примечание. МКД – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.

Источник: European mortality database (15).

Представленность болезней системы кровообращения, в основном ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней, среди причин смерти, значительно различается по возрасту, полу и другим факторам. Например, риск смерти от ишемической болезни сердца повышается с возрастом и почти в 25 раз выше у людей 65 лет и старше, чем у молодых людей (СКС – 1270,1 по сравнению с 55,8 на 100 000 населения). Этот риск на 90% выше у мужчин, чем у женщин (СКС – 274,0 против 152,2 на 100 000 населения). В странах Юго-Западной Европы наблюдаются самые низкие коэффициенты смертности от ишемической болезни сердца (СКС – от 21 до 71 на 100 000 населения) (21), а в самых восточных частях Региона риск в 5–7 раз выше (рис. 2.11). Тенденции для цереброваскулярных болезней схожи в отношении возраста и возрастания градиента с запада на восток, но риск у людей 65 лет и старше в 31 раз выше, чем у молодых людей (СКС – 803,3 по сравнению с 25,8 на

Рисунок 2.11. Ишемическая болезнь сердца: СКС на 100 000 населения в разбивке по странам, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных



Источник: European mortality database (15).

100 000 населения). Смертность среди мужчин лишь на 30% выше, чем среди женщин (СКС – 134,5 против 106,0 на 100 000 населения). Различия между западной и восточной частями Региона, предположительно, являются результатом взаимодействия ключевых факторов, связанных с образом жизни (рацион питания, курение и физическая активность), и психосоциальных факторов (стресс); считается, однако, что и другие факторы, например, доступ к медицинской помощи и ее качество, играют определенную роль (11).

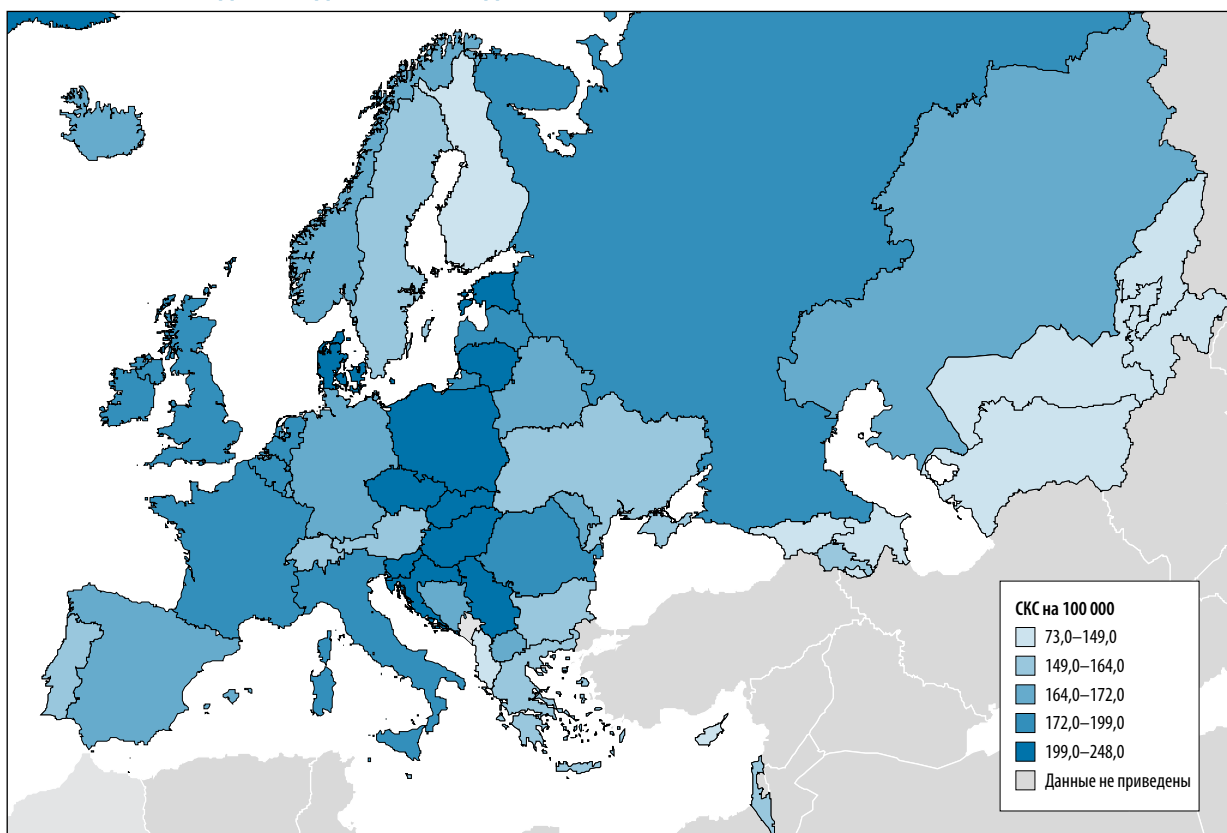
Исследования, проведенные в Российской Федерации, подтверждают эту точку зрения, тесно связывая изменения в коэффициентах смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в последние десятилетия с высоким уровнем потребления алкоголя и отравлениями (5). Дополнительно проведенные исследования также свидетельствовали о том, что социально-экономические факторы, в частности массовая приватизация и последующий рост безработицы, наблюдавшиеся в Российской Федерации и других странах в посткоммунистический период, вызвали стремительные социальные и политические сдвиги. Это, в свою очередь, ухудшило ситуацию со смертностью, особенно в тех странах, где продолжительность жизни и доходы на душу населения и до того были ниже, таким образом еще более увеличив существовавшие неравенства в доходах и в отношении здоровья (22,23). Исследования показывают, что высокий социальный потенциал – в виде развития

общественных институтов – позволил сгладить неблагоприятные эффекты, а также, что социальные стратегии могут приносить пользу в будущем, при реформировании систем.

На период около 2007 г. СКС от онкологических заболеваний в целом по Европейскому региону составлял 168,1 на 100 000 населения, обуславливая примерно 20% всех смертей. Коэффициент смертности от онкологических заболеваний более чем в 10 раз выше среди людей в возрасте 65 лет и старше, чем среди людей молодого возраста (СКС – 912,0 по сравнению с 79,6 на 100 000 населения) и на 80% выше среди мужчин, чем среди женщин (СКС – 229,1 по сравнению с 127,0 на 100 000 населения). Злокачественные опухоли трахеи, бронхов и легких, толстой кишки, желудка, печени и предстательной железы являются причиной почти 50% смертей от рака среди мужчин. Соответственно, злокачественные опухоли молочной железы, трахеи, бронхов и легких, желудка, печени, толстой кишки, шейки матки и яичников обуславливает 60% смертей от рака у женщин. В противоположность ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в странах ЕС-12 наблюдаются самые высокие коэффициенты смертности от рака (рис. 2.12). Предположительно, это является результатом все более широкого распространения курения, особенно среди женщин (1).

Внешние причины смерти, в частности травмы в результате несчастных случаев (включая падения) и дорожно-транспортных происшествий, а также насилие (направленное как на себя, так и на других) ответственны за значительное число смертей в Регионе. Внешние

Рисунок 2.12. Рак: СКС на 100 000 населения в разбивке по странам, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных



Источник: European mortality database (15).

причины обуславливают 8% всех смертей. СКС от этих причин в целом по Региону составлял в 2007 г. 71,8 на 100 000 населения, снизившись более чем на 10% с 1990 г. (табл. 2.9). Среди людей 65 лет и старше наблюдается самый высокий показатель, почти в 2 раза выше среднего (СКС – 135,3 на 100 000 населения), но связанный с возрастом риск варьирует в зависимости от конкретной причины. Так, у пожилых людей он в 2 раза выше в отношении дорожно-транспортных происшествий (СКС – 12,7 на 100 000 населения), самоубийств (СКС – 13,8 на 100 000 населения) и убийств (СКС – 4,8 на 100 000 населения), но в 9 раз выше в отношении падений (СКС – 26,9 на 100 000 населения). Смертность от внешних причин почти в 4 раза выше среди мужчин, чем среди женщин (СКС – 124,9 по сравнению с 34,2 на 100 000 населения). Аналогично со смертностью от всех причин, тенденции географического распределения в Европейском регионе характеризуются повышением в направлении с запада на восток: риск в странах СНГ в 2–3 раза выше, как в целом, так и для специфических причин. Различия в отношении несчастных случаев, самоубийств и убийств связаны с различными параметрами образа жизни и социально-экономическими факторами, включая высокий уровень потребления алкоголя, неудовлетворительное состояние дорог и транспортных средств, а также слабый контроль за соблюдением законов (1).

Таблица 2.9. Взвешенные по численности населения СКС на 100 000 населения от внешних причин смерти в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) |
|--------------------|---------|-------------------|---------------------------------------|
| Европейский регион | 79,9 | 71,8 | 90 |
| ЕС-15 | 49,8 | 34,3 | 69 |
| ЕС-12 | 87,3 | 63,7 | 73 |
| СНГ | 115,9 | 145,0 | 125 |
| ЦАРК | 87,8 | 81,1 ^a | 92 ^a |

^a Данные за 2005 г.

Источник: European mortality database (15).

Смертность от инфекционных и паразитарных болезней существенно снизилась с 1950-х годов, достигнув в 1990 г. самых низких значений среди всех причин смерти в Европейском регионе (10,1 на 100 000 населения) (табл. 2.10). Этот прогресс был достигнут благодаря улучшению условий жизни в целом, улучшению медицинской помощи матерям и детям и особенно благодаря улучшению водоснабжения и санитарии, проведению массовой иммунизации, применению антибиотиков и улучшению питания. Тем не менее, в середине 1990-х годов смертность выросла на 40% и с тех пор оставалась неизменной (СКС в 1996 г. – 14,5 на 100 000 населения). Основные причины роста и стагнации этих показателей – ТБ, ВИЧ-инфекция и гепатит. Рост смертности затронул в основном страны ЕС-15 и СНГ, где

Таблица 2.10. Взвешенные по численности населения СКС на 100 000 населения от инфекционных и паразитарных болезней с разбивкой по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) | Соотношение коэффициентов (Европейский регион = 1) |
|--------------------|---------|---------|---------------------------------------|--|
| Европейский регион | 10,1 | 14,5 | 143 | 1,0 |
| ЕС-15 | 5,8 | 9,2 | 158 | 0,6 |
| ЕС-12 | 8,7 | 6,9 | 79 | 0,5 |
| СНГ | 16,0 | 25,3 | 158 | 1,8 |
| ЦАРК | 31,1 | 27,8 | 90 | 1,9 |

Источник: European mortality database (15).

коэффициенты почти на 60% выше, чем в 1990 г. При этом как в 1990 г., так и в настоящее время, в странах СНГ эти показатели почти в 3 раза выше, чем в странах ЕС-15.

Предотвратимая смертность

Показатель предотвратимой смертности предложен для использования в качестве индикатора потенциальной преждевременной смертности, которая может быть снижена благодаря своевременным и эффективным вмешательствам, проводимым системой здравоохранения. Они могут включать укрепление здоровья населения, первичную профилактику (уменьшение подверженности рискам) или вторичную профилактику (диагностика и лечение болезней). В осуществлении вмешательств могут также участвовать другие сектора, в частности охраны окружающей среды, транспорта и др. (13,24,25). В соответствии с этим, предотвратимую смертность (avoidable mortality) подразделяют на смертность, которую можно снизить благодаря профилактике болезней и травм болезней (preventable mortality), и смертность, снижаемую за счет адекватной диагностики и лечения (amenable, treatable mortality). Последний компонент рассматривается как более качественный индикатор для характеристики услуг здравоохранения, который помогает определить, насколько велико их влияние на здоровье населения, и является ли оно положительным или отрицательным (см. ниже, в разделе, посвященном роли систем здравоохранения в улучшении здоровья населения).

На период около 2007 г. СКС от ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней составлял, соответственно, 186 и 113 на 100 000 населения. Таким образом, эти две причины определяют более 70% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний и почти 35% от общего числа смертей в Европейском регионе. Смертность от ишемической болезни сердца среди людей в возрасте от 0 до 64 лет (СКС – 55,8 на 100 000 населения) значительно варьируется между странами: соотношение между самым высоким и самым низким СКС превышает 13,5. Коэффициенты в Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, Латвии, Литве, Республике Молдова и Узбекистане на 50–80% выше, а в Беларуси, Казахстане, Российской Федерации, Туркменистане и Украине – в 2 раза выше, чем в среднем по Региону. Эта ситуация была связана с комбинацией таких предупреждаемых факторов, усилившихся в связи с экономическим и социальным кризисом, как высокий средний уровень потребления алкоголя и прием спиртных напитков в неумеренных количествах, стресс и ощущение нехватки социальной поддержки (21).

Отмечается 17-кратная разница между самыми высокими и самыми низкими цифрами СКС от цереброваскулярных болезней среди людей в возрасте от 0 до 64 лет. При этом в Азербайджане, Беларуси, Болгарии, бывшей югославской Республике Македонии, Грузии, Румынии, Узбекистане и Украине соответствующие значения на 50–80% выше, чем в среднем по Региону (СКС – 24,1 на 100 000 населения), в Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова и Российской Федерации – почти в 2 раза выше. Недавно проведенные исследования показали большие различия в частоте цереброваскулярных болезней в мире и более высокие уровни заболеваемости в странах с низким уровнем доходов, видимо из-за ограниченного доступа к услугам здравоохранения и их неудовлетворительного качества (26). Преобладающие факторы риска плохо коррелируют с показателями смертности от этой причины и не могут служить ее прогностическими факторами. Предполагается, что различия связаны с более высокой летальностью и менее интенсивным лечением в странах с низким уровнем доходов.

Смертность от рака трахеи, бронхов и легких в возрасте от 25 до 64 лет снизилась в Европейском регионе по сравнению с 1990 г. примерно на 25% (СКС – 29,3 на 100 000

населения). Эта тенденция особенно сильно выражена в странах СНГ (СКС – 27,7 на 100 000 населения) и ЦАРК (СКС – 16,2 на 100 000 населения), где снижение составило 40–50%. Однако уровень заболеваемости раком легких среди женщин в странах ЕС резко вырос (на 40–50%) (СКС – 18,2 на 100 000 населения), особенно в странах ЕС-12 (СКС – 17,8 на 100 000 населения).

Смертность от рака толстой кишки в прошлом была одной из основных причин смерти в Европейском регионе, но с 1990 г. этот показатель снизился на 12% у людей в возрасте 25–64 лет (СКС – 11,8 на 100 000 населения). Во всех группах стран эти показатели снизились на 15–25%, за исключением стран ЕС-12 (СКС – 14,6 на 100 000 населения), где они остались на прежнем уровне. При этом в последней группе стран смертность от рака толстой кишки среди мужчин выросла почти на 20% (СКС – 18,8 на 100 000 населения), в отличие от женщин (СКС – 11,0 на 100 000 населения), что свидетельствует о том, что стагнация показателей является в основном отражением факторов, относящихся к питанию и образу жизни, и в меньшей степени к уровню доступа к медицинскому обслуживанию (1).

С 1990 г. смертность от рака молочной железы среди женщин в возрасте от 25 до 64 лет (СКС – 24,4 на 100 000 населения) снизилась в Европейском регионе более чем на 15%, несмотря на рост в странах СНГ, составляющий 10% (СКС – 26,2 на 100 000 населения). Уровни смертности среди пожилых женщин в два раза выше, а в странах СНГ они выросли почти на 40%, что возможно является отражением низкого качества медицинской помощи (как диагностики, так и лечения). Показатели смертности от рака шейки матки среди женщин в возрасте 25–64 лет (СКС – 5,9 на 100 000 населения) снизились в Регионе по сравнению с 1990 г. на 7%, но смертность все еще остается высокой в странах ЕС-12 (СКС – 11,6 на 100 000 населения) и СНГ (СКС – 9,0 на 100 000 населения), в том числе в ЦАРК (СКС – 8,3 на 100 000 населения). В странах СНГ, в том числе в ЦАРК смертность от этой причины фактически выросла (соответственно на 20% и на 13% с 1990 г.), во многом из-за недостатка профилактики и контроля инфекций, передаваемых половым путем (в основном, инфекций, вызванных вирусом папилломы человека), а также ограниченного доступа к услугам диагностики и лечения (1).

Сахарный диабет – другая важная причина смертности, которую можно предотвратить благодаря лечению. СКС от диабета в Европейском регионе в 2006 г. составлял 12,7 на 100 000 населения (табл. 2.11). Показатели смертности существенно различаются по возрасту: в 21 раз выше среди людей в возрасте 65 лет и старше, чем среди людей молодого возраста (СКС – 83,8 по сравнению с 3,9 на 100 000 населения), и на 15% выше среди мужчин, чем среди женщин (СКС – 13,6 по сравнению с 11,7 на 100 000 населения). С 1990 по 2006 гг. в тенденциях наблюдались географические различия: снижение уровней на 12–15% в странах ЕС и их повышение на 40–98% в странах СНГ. Показатели смертности

Таблица 2.11. Взвешенные по численности населения СКС от диабета на 100 000 населения по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1990–2006 гг.

| Группы стран | 1990 г. | 2006 г. | Индекс в 2006 г. (%) (1990 г. = 100%) |
|--------------------|---------|-------------------|---------------------------------------|
| Европейский регион | 12,6 | 12,7 | 100 |
| ЕС-15 | 15,6 | 13,4 | 86 |
| ЕС-12 | 14,8 | 13,0 | 88 |
| СНГ | 7,7 | 10,8 | 140 |
| ЦАРК | 11,0 | 21,9 ^a | 199 |

^a Данные за 2005 г.

Источник: European mortality database (15).

в возрасте от 0 до 64 лет в ЦАРК (СКС – 12,1 на 100 000 населения) в три раза выше, чем в целом по Региону. Предполагается, что отношение смертности к заболеваемости, приблизительно отражающее уровень летальности, является хорошим индикатором качества работы систем здравоохранения (27). В ЦАРК и в некоторых других странах СНГ (например, в Беларуси) наблюдается высокая смертность от диабета в раннем возрасте. Это может указывать на то, что кроме изменений факторов, относящихся к образу жизни и увеличивающих риск диабета, определенную роль играют и другие факторы, связанные с ограниченным доступом к службам здравоохранения и неудовлетворительным качеством медицинских услуг.

Причиной почти 50% случаев смерти от инфекционных и паразитарных болезней среди людей в возрасте 25–64 лет в Европейском регионе является туберкулез (ТБ) (СКС – 7,1 на 100 000 населения). Это основная причина наблюдаемого с 1990 г. роста смертности от этих болезней в Регионе, особенно в странах СНГ (СКС – 18,5 на 100 000 населения), где показатели увеличились более чем вдвое. Несмотря на снижение за последние годы показателей смертности от ТБ в ЦАРК, ситуация там остается критической, и показатели сходны с показателями по СНГ в целом. Уровни смертности от ТБ повышаются с возрастом в большинстве групп стран, за исключением стран СНГ, где более высокие показатели смертности наблюдаются среди людей более молодого возраста. Это предположительно указывает на влияние таких факторов, как плохое питание и употребление алкоголя, что усугубляется плохими социально-экономическими условиями, а также коинфекцией ТБ с инфекциями, передаваемыми половым путем, особенно ВИЧ.

Неравенства в отношении показателей смертности

Показатели смертности значительно различаются по причинам смерти и возрастным группам, как между группами стран, так и между отдельными странами. Аналогичная картина воспроизводится и внутри стран (табл. 2.12). Например, географический разброс по субнациональным регионам показателей смертности от рака и сердечно-сосудистых заболеваний сравнительно невелик (соотношение коэффициентов в среднем менее 1,5). Напротив, для смертности от инфекционных и паразитарных болезней и от внешних причин этот разброс выше, что указывает на важность факторов окружающей среды. В некоторых странах, особенно в Российской Федерации и Узбекистане, субнациональные различия являются очень высокими для всех причин, но в особенности для внешних причин и инфекционных болезней. Заметное исключение составляет Ирландия, где в пределах страны соотношение коэффициентов смертности приближается к единице, указывая на более равномерное распределение риска.

Внутри стран показатели смертности среди мужчин неизменно выше по всем причинам смерти. Здесь также различия между мужчинами и женщинами сравнительно ниже для сердечно-сосудистых заболеваний, приближаясь к среднему соотношению по Европейскому региону (<1,6). Для внешних причин смерти различия внутри стран больше, и весьма резко выражены в Российской Федерации по сравнению с другими странами. В дополнение к факторам окружающей среды, связанным с географическим положением, которые могут повышать риск смерти, воздействие таких гендерно обусловленных факторов, как образ жизни и поведение, могут еще больше увеличить риск смерти среди мужчин. Однако эти результаты следует интерпретировать с осторожностью, так как они отражают только агрегированные данные и поэтому могут быть содержать экологические погрешности. Исследования неравенств дали сходные результаты, демонстрируя географические градиенты с меньшим разбросом для сердечно-сосудистых заболеваний и рака по сравнению с другими причинами смерти (28,29).

Таблица 2.12. Географические и гендерные неравенства в СКС (на 100 000 населения) по широким группам причин смерти в отдельных странах, Европейский регион ВОЗ, 2006 г. или последний год с наличием данных

| Страны | Характеристики смертности по группам причин смерти | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|-------------------------|--|---|-------------------------|--|---|-------------------------------------|--|---|
| | Заболевания системы кровообращения | | | Новообразования | | | Внешние причины | | | Инфекционные и паразитарные болезни | | |
| | В целом по стране (СКС) | Соотношение самых высоких и самых низких региональных показателей смертности | Соотношение показателей среди мужчин и женщин | В целом по стране (СКС) | Соотношение самых высоких и самых низких региональных показателей смертности | Соотношение показателей среди мужчин и женщин | В целом по стране (СКС) | Соотношение самых высоких и самых низких региональных показателей смертности | Соотношение показателей среди мужчин и женщин | В целом по стране (СКС) | Соотношение самых высоких и самых низких региональных показателей смертности | Соотношение показателей среди мужчин и женщин |
| Австрия | 223,9 | 1,32 | 1,47 | 162,8 | 1,22 | 1,60 | 40,2 | 1,31 | 2,87 | 4,7 | 2,78 | 1,54 |
| Болгария | 685,4 | 1,26 | 1,50 | 157,4 | 1,23 | 1,81 | 45,0 | 1,23 | 3,69 | 7,2 | 2,34 | 2,29 |
| Венгрия | 502,4 | 1,27 | 1,60 | 248,2 | 1,10 | 1,92 | 80,0 | 1,36 | 3,17 | 4,1 | 1,91 | 2,42 |
| Ирландия | 207,5 | 1,01 | 1,66 | 184,6 | 1,01 | 1,40 | 29,4 | 1,20 | 2,24 | 3,5 | 1,10 | 1,28 |
| Испания | 173,5 | 1,59 | 1,50 | 169,3 | 1,19 | 2,25 | 32,9 | 1,59 | 2,98 | 12,1 | 4,31 | 1,98 |
| Нидерланды | 175,3 | 1,18 | 1,60 | 191,0 | 1,17 | 1,51 | 26,6 | 1,16 | 1,94 | 7,9 | 1,96 | 1,45 |
| Российская Федерация | 807,0 | 3,24 | 1,69 | 190,7 | 2,45 | 2,06 | 224,1 | 15,27 | 4,40 | 24,3 | 9,76 | 5,04 |
| Соединенное Королевство | 224,0 | 1,56 | 1,58 | 187,1 | 1,41 | 1,42 | 28,7 | 2,67 | 2,32 | 6,6 | 2,80 | 1,22 |
| Узбекистан | 754,2 | 1,91 | 1,30 | 77,9 | 3,27 | 1,23 | 28,2 | 3,59 | 3,49 | 21,3 | 5,57 | 2,10 |
| Финляндия | 231,1 | 1,39 | 1,86 | 141,1 | 1,22 | 1,55 | 67,6 | 2,24 | 3,13 | 5,6 | 1,46 | 1,54 |
| Франция | 145,4 | 1,62 | 1,71 | 183,7 | 1,42 | 2,05 | 48,8 | 2,08 | 2,33 | 10,6 | 1,60 | 1,76 |
| Чешская Республика | 370,7 | 1,36 | 1,48 | 206,7 | 1,29 | 1,77 | 51,7 | 1,30 | 2,99 | 5,1 | 2,71 | 1,36 |
| Европейский регион | 430,2 | – | 1,55 | 171,6 | – | 1,80 | 76,0 | – | 3,66 | 14,5 | – | 2,57 |

Источник: European mortality database (15).

Бремя болезней

В целях оценки влияния как смертности, так и заболеваемости на здоровье населения ВОЗ предложила дополнительные интегрированные критерии для определения бремени болезней, включая показатель DALY (19). При расчете DALY (disability-adjusted life-years, годы жизни с учетом неполного здоровья) учитывают число утраченных лет жизни в результате преждевременной смерти, а также годы, прожитые с теми или иными ограничениями здоровья и функций организма.

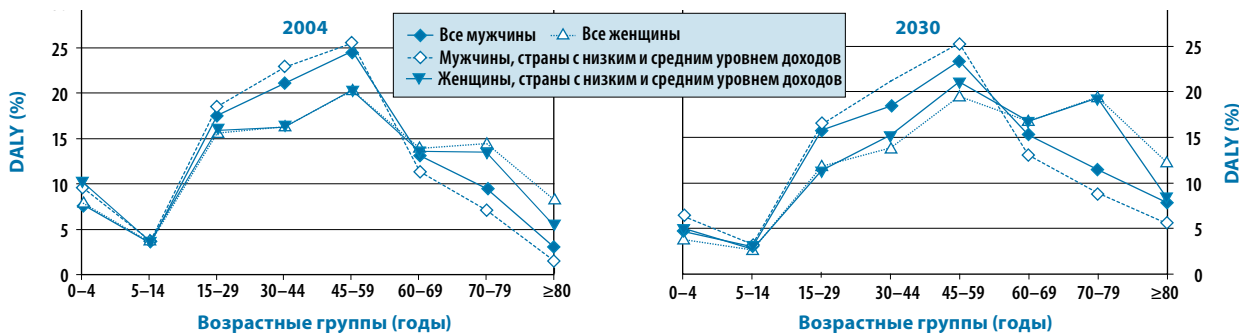
В Европейском регионе проживает около 14% населения мира, а число потерянных DALY, составляет 151,4 млн. – приблизительно 10% от глобального бремени при среднем значении 171 потерянных DALY на 1000 населения в 2004 г. Население в странах Европейского региона с низким и средним уровнем доходов¹ составляет 54% от всего населения Региона, однако число потерянных DALY в этих странах составляет 67% от общего числа DALY в Регионе со средним значением – 215 потерянных DALY на 1000 населения. Согласно прогнозам, если сохранятся существующие тенденции в отношении болезней и смертности, бремя болезней в Регионе должно снизиться к 2030 г. на 23%. Прогнозы для стран с низким и средним уровнем доходов указывают на еще большее снижение (31%), обусловленное изменениям возрастной структуры и конкретных причин заболеваемости и смертности.

Как и в отношении смертности, самое большое бремя болезней по всем причинам приходится на население в возрасте 15–59 лет: 58% потерянных DALY в Регионе и 61% –

¹ По данным ВОЗ (19), по состоянию на 2004 г. в эту группу стран входили: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Хорватия, Чешская Республика, Эстония. В настоящее время Сербия и Черногория являются отдельными странами.

в странах Региона с низким и средним уровнем доходов (рис. 2.13). На мужчин этой возрастной категории приходится на 21% потерянных DALY больше по сравнению с женщинами, но после 60 лет наблюдается противоположная тенденция: этот показатель становится на 42% выше среди женщин, и подобная картина аналогична для разных групп стран. В 2030 г. на мужчин в возрасте 15–59 лет по-прежнему будет приходиться больше потерянных DALY, чем на мужчин старшего возраста – в общей сложности 58%. И наоборот, потеря DALY у женщин 60 лет и старше будет преобладать, составив 48% от их общего числа для женщин. Эти цифры приобретают еще большую важность в связи с прогрессирующим старением населения, особенно женщин (см. ниже, в разделе, посвященном изменению демографической ситуации в Регионе). В странах с низким и средним уровнем доходов относительная доля DALY немного увеличится у мужчин и женщин среднего возраста, тогда как их доля у детей в возрасте 0–14 лет уменьшится.

Рисунок 2.13. Оценки (2004 г.) и прогноз (2030 г.) для половозрастного распределения утраченных лет жизни (DALY) в зависимости от уровня доходов стран, Европейский регион ВОЗ



Источник: *The global burden of disease: 2004 update* (19).

Причины потери DALY были сгруппированы в три широкие категории: инфекционная, акушерская, перинатальная патология и нарушения питания (Группа I), неинфекционные заболевания (Группа II) и травмы (Группа III), каждая из которых включает дополнительные подгруппы². В глобальном масштабе состояния, входящие в Группу II, составляют самую большую долю бремени болезней (48% потерянных DALY, а причины из Группы I обуславливают еще 40% (табл. 2.13). В противоположность этому, в Европейском регионе состояния из Группы II являются доминирующими и обуславливают почти 77% потерянных DALY; за ними следует Группа III – 13% DALY.

На страны Региона с низким и средним уровнем доходов приходится 63% всех потерянных в Регионе DALY, обусловленных состояниями из Группы II, но значительно большая доля потерь DALY происходит по причинам из Группы I (85%) и Группы III (82%). Фактически, бремя состояний из Группы III (травмы) в странах с низким и средним уровнем доходов Европейского региона составляет наибольшую долю (16%) среди всех регионов ВОЗ. Показатели по подгруппам причин для стран с низким и средним уровнем доходов несколько отличаются от средних региональных значений распределения потерянных

² Группа I: инфекционные и паразитарные болезни, респираторные инфекции, акушерская и перинатальная патология, недостаточность питания; Группа II – злокачественные новообразования, другие новообразования, сахарный диабет, нарушения питания и эндокринные расстройства, психоневрологические расстройства, нарушения со стороны органов чувств, сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, болезни системы пищеварения, болезни мочеполовой системы, кожные болезни, болезни костно-мышечной системы, врожденные аномалии и заболевания полости рта; Группа III – непреднамеренные и преднамеренные травмы (19).

Таблица 2.13. Потерянные DALY в разбивке по широким группам причин, Европейский регион ВОЗ и страны Региона с низким и средним уровнем доходов (СНСУД), 2004 г.

| Причины | Весь мир ^a (DALY) | | Европейский регион ^b (DALY) | | Европейский регион, СНСУД ^c (DALY) | | |
|---|------------------------------|-------------|--|-------------|---|-------------|------------------------|
| | Число (тысячи) | % от общего | Число (тысячи) | % от общего | Число (тысячи) | % от общего | % от общего по Региону |
| Общее число DALY | 1 523 259 | 100,0 | 151 461 | 100,0 | 102 130 | 100,0 | 67,4 |
| I. Инфекционные болезни, акушерская и перинатальная патология, недостаточность питания | 603 993 | 39,7 | 15 391 | 10,2 | 13 094 | 12,8 | 85,1 |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 302 144 | 19,8 | 6 041 | 4,0 | 5 203 | 5,1 | 86,1 |
| Респираторные инфекции | 97 786 | 6,4 | 2 907 | 1,9 | 2 419 | 2,4 | 83,2 |
| Патология беременности и родов | 38 936 | 2,6 | 862 | 0,6 | 691 | 0,7 | 80,2 |
| Перинатальные состояния | 126 423 | 8,3 | 3 687 | 2,4 | 3 173 | 3,1 | 86,0 |
| Недостаточность питания | 38 703 | 2,5 | 1 893 | 1,3 | 1 608 | 1,6 | 84,9 |
| II. Неинфекционные заболевания | 731 652 | 48,0 | 116 097 | 76,7 | 72 613 | 71,1 | 62,5 |
| Злокачественные новообразования | 77 812 | 5,1 | 17 086 | 11,3 | 8 813 | 8,6 | 51,6 |
| Другие новообразования | 1 953 | 0,1 | 283 | 0,2 | 103 | 0,1 | 36,5 |
| Сахарный диабет | 19 705 | 1,3 | 2 660 | 1,8 | 1 349 | 1,3 | 50,7 |
| Нарушения питания и эндокринные нарушения | 10 446 | 0,7 | 1 266 | 0,8 | 549 | 0,5 | 43,3 |
| Психоневрологические нарушения | 199 280 | 13,1 | 28 932 | 19,1 | 16 342 | 16,0 | 56,5 |
| Нарушения со стороны органов чувств | 86 883 | 5,7 | 8 429 | 5,6 | 4 608 | 4,5 | 54,7 |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 151 377 | 9,9 | 34 760 | 22,9 | 26 845 | 26,3 | 77,2 |
| Болезни органов дыхания | 59 039 | 3,9 | 5 910 | 3,9 | 2 992 | 2,9 | 50,6 |
| Болезни системы пищеварения | 42 498 | 2,8 | 6 945 | 4,6 | 4 755 | 4,7 | 68,5 |
| Болезни мочеполовой системы | 14 754 | 1,0 | 1 319 | 0,9 | 885 | 0,9 | 67,0 |
| Кожные болезни | 3 879 | 0,3 | 331 | 0,2 | 242 | 0,2 | 73,1 |
| Болезни костно-мышечной системы | 30 869 | 2,0 | 5 435 | 3,6 | 3 263 | 3,2 | 60,0 |
| Врожденные аномалии | 25 280 | 1,7 | 1 845 | 1,2 | 1 298 | 1,3 | 70,4 |
| Заболевания полости рта | 7 875 | 0,5 | 896 | 0,6 | 569 | 0,6 | 63,5 |
| III. Травмы | 187 614 | 12,3 | 19 973 | 13,2 | 16 424 | 16,1 | 82,2 |
| Непреднамеренные травмы | 138 564 | 9,1 | 14 545 | 9,6 | 12 034 | 11,8 | 82,7 |
| Преднамеренные травмы | 49 050 | 3,2 | 5 428 | 3,6 | 4 389 | 4,3 | 80,9 |

^a Население (тысячи): 6 436 826.

^b Население (тысячи): 883 311.

^c Население (тысячи): 476 019 (53,9% от населения Региона).

Источник: *The global burden of disease: 2004 update (19)*.

DALY. Так, психоневрологические состояния, на которые приходится 3% общей смертности в Европейском регионе, являются причиной 19% потерянных DALY, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям (23%). Эти два вида состояний также являются лидирующими причинами потерянных DALY в странах Региона с низким и средним уровнем доходов. В целом по Региону, следующие места по порядку занимают злокачественные новообразования, непреднамеренные травмы и нарушения со стороны органов чувств, тогда как в странах с низким и средним уровнем доходов это – непреднамеренные травмы, злокачественные новообразования, инфекционные и паразитарные болезни.

Согласно прогнозам, к 2030 г. доля DALY, потерянных по причинам, входящим в Группу II, вырастет в Регионе до 84% от числа всех потерянных DALY, в основном из-за роста психоневрологических расстройств и злокачественных новообразований; при этом сердечно-сосудистые заболевания останутся на том же уровне. В странах с низким и средним уровнем доходов по прогнозам будет наблюдаться сходная тенденция: потеря DALY по причинам из Группы II увеличится до 80% от общего бремени болезней, а доля состояний из Группы III уменьшится с 16% до 10%.

Более 60% потерянных DALY как в Европейском регионе в целом, так и в странах с низким и средним уровнем доходов приходится на 25 лидирующих состояний. Почти две трети из них входят в Группу II, и некоторые из них не являются жизнеугрожающими (табл. 2.14). Ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни – наиболее распространенные причины потерянных DALY, которые в совокупности обуславливают 17% бремени болезней в Регионе и 20% в странах с низким и средним уровнем доходов. Униполярная депрессия и нарушения здоровья, связанные с употреблением алкоголя – основные психоневрологические состояния, обуславливающие в совокупности 9% потерянных DALY.

Таблица 2.14. Потерянные DALY по 25 наиболее распространенным причинам, Европейский регион ВОЗ и страны Региона с низким и средним уровнем доходов (СНСУД), 2004 г.

| Причина | Регион ^а (DALY) | | Причина | СНСУД ^б (DALY) | |
|--|----------------------------|--------|--|---------------------------|--------|
| | Число | % | | Число | % |
| Всего | 151 461 416 | 100,00 | Всего | 102 130 | 100,00 |
| Ишемическая болезнь сердца | 16 825 931 | 11,11 | Ишемическая болезнь сердца | 13 450 | 13,17 |
| Цереброваскулярные болезни | 9 531 199 | 6,29 | Цереброваскулярные болезни | 7 494 | 7,34 |
| Униполярные депрессивные расстройства | 8 446 229 | 5,58 | Униполярные депрессивные расстройства | 4 692 | 4,59 |
| Другие непреднамеренные травмы | 5 265 230 | 3,48 | Другие непреднамеренные травмы | 4 579 | 4,48 |
| Нарушения здоровья, связанные с употреблением алкоголя | 4 999 976 | 3,30 | Нарушения здоровья, связанные с употреблением алкоголя | 3 446 | 3,37 |
| Потеря слуха во взрослом возрасте | 3 925 584 | 2,59 | Дорожно-транспортные происшествия | 2 660 | 2,60 |
| Дорожно-транспортные происшествия | 3 677 947 | 2,43 | Цирроз печени | 2 282 | 2,23 |
| Рак трахеи, бронхов и легких | 3 264 161 | 2,16 | Преднамеренные самоповреждения | 2 213 | 2,17 |
| Остеоартрит | 3 140 275 | 2,07 | Инфекции нижних дыхательных путей | 2 194 | 2,15 |
| Цирроз печени | 3 098 534 | 2,05 | Потеря слуха во взрослом возрасте | 2 099 | 2,05 |
| Преднамеренные самоповреждения | 3 092 210 | 2,04 | Отравления | 2 036 | 1,99 |
| Болезнь Альцгеймера и другие деменции | 3 071 924 | 2,03 | Остеоартрит | 1 970 | 1,93 |
| Хроническая обструктивная болезнь легких | 2 960 739 | 1,95 | Насилие | 1 826 | 1,79 |
| Сахарный диабет | 2 659 614 | 1,76 | Туберкулез | 1 695 | 1,66 |
| Инфекции нижних дыхательных путей | 2 617 929 | 1,73 | Рак трахеи, бронхов и легких | 1 637 | 1,60 |
| Нарушения рефракции | 2 369 601 | 1,56 | Хроническая обструктивная болезнь легких | 1 486 | 1,46 |
| Отравления | 2 170 835 | 1,43 | Падения | 1 484 | 1,45 |
| Падения | 2 030 492 | 1,34 | Сахарный диабет | 1 349 | 1,32 |
| Насилие | 1 970 036 | 1,30 | Врожденные аномалии | 1 298 | 1,27 |
| Рак толстой и прямой кишки | 1 894 627 | 1,25 | Диарейные болезни | 1 279 | 1,25 |
| Врожденные аномалии | 1 844 624 | 1,22 | Недоношенность и низкая масса тела при рождении | 1 269 | 1,24 |
| Рак молочной железы | 1 737 542 | 1,15 | Нарушения рефракции | 1 179 | 1,15 |
| Туберкулез | 1 734 840 | 1,15 | Воспалительные поражения сердца | 1 168 | 1,14 |
| Шизофрения | 1 612 050 | 1,06 | Асфиксия плода при рождении и родовая травма | 1 080 | 1,06 |
| Биполярные аффективные расстройства | 1 555 355 | 1,03 | Шизофрения | 1 040 | 1,02 |

^а Население (тысячи): 883 311.

^б Население (тысячи): 476 019.

Источник: *The global burden of disease: 2004 update* (19).

Среди взрослых в возрасте 15–59 лет травмы составляют 17% бремени болезней в Европейском регионе в целом, а в странах с низким и средним уровнем доходов – больше 30% (20). Однако женщины этой возрастной группы в большей степени подвержены психоневрологическим расстройствам, особенно униполярной депрессии. Как по Региону в целом, так и в странах с низким и средним уровнем доходов, большинство из 10 лидирующих состояний, на которые приходится более 40% потерянных DALY, связаны с такими важнейшими факторами риска, как потребление алкоголя, курение, низкий

уровень дорожной безопасности и другие факторы, которые могут влиять на безопасность людей (19). Необходим более подробный анализ для дальнейшего понимания основных причин потери DALY, определения наиболее уязвимых групп на уровне стран и воздействия на факторы риска средствами надлежащей политики и вмешательств.

Число DALY, потерянных в результате сердечно-сосудистых заболеваний (как ишемической болезни сердца, так и цереброваскулярных болезней), должно, согласно прогнозам, незначительно увеличиться к 2030 г., особенно в странах с низким и средним уровнем доходов (20). Число злокачественных новообразований также возрастет в этих странах, но останется на существующем уровне в других частях Региона. При этом ожидается, что доля травм и инфекционных болезней как причин бремени болезней снизится. Так как люди будут жить дольше (см. ниже, в разделе, посвященном изменению демографической ситуации в Регионе), прогнозируется снижение бремени болезней с 2004 по 2030 г. в целом на 10% (и на 30% на душу населения). В основном это должно произойти благодаря сдвигу в структуре заболеваемости (особенно в отношении болезней с нефатальными, но приводящими к инвалидности исходами, например таких, как униполярные депрессивные расстройства, потеря слуха во взрослом возрасте и нарушения здоровья, связанные с употреблением алкоголя) и отсроченному наступлению смерти. Вместе с тем, в Регионе прогнозируется рост некоторых причин бремени болезни, таких как ВИЧ-инфекция (в основном в странах с низким и средним уровнем доходов), униполярная депрессия, болезнь Альцгеймера и другие деменции, а также потеря слуха во взрослом возрасте.

Будущие проблемы и задачи

Несмотря на улучшение здоровья населения в Европейском регионе за последние два десятилетия, повестка дня по преодолению бремени болезней еще не выполнена. Данные неизменно демонстрируют, что неравенства в отношении здоровья между странами остаются значительными и часто наблюдаются внутри стран. Ряд проявлений этих неравенств связаны с гендерными и социально-экономическими факторами, образом жизни и доступом к службам здравоохранения (6). На страны Региона с низким и средним уровнем доходов приходится более 65% бремени болезней. Восемь из десяти лидирующих болезней и состояний, обуславливающих почти 40% потерянных DALY, можно предотвратить; они связаны с тремя основными факторами риска, такими как курение, чрезмерное потребление алкоголя и транспорт. В глобальном масштабе популяционные атрибутивные фракции этих поддающихся изменению факторов риска варьируются, соответственно, для мужчин и женщин между 19% и 5% в отношении курения и 5,6% и 0,6% в отношении злоупотребления алкоголем (30). Аналогичная суммарная фракция для транспорта составляет 2,8%, данные в разбивке по полу отсутствуют (31,32). Удовлетворительное питание, включая необходимое содержание микроэлементов, и физическая активность могут также играть важную роль (22,30,33). Кроме того, атрибутивные фракции могут варьироваться в зависимости от типа патологии и возраста. Например, для рака легких и сердечно-сосудистых заболеваний у людей 30–69 лет курение является атрибутивным фактором, составляющим почти 80% и 40% для мужчин и 24% и 6% для женщин соответственно. Контроль этих факторов мог бы существенно снизить бремя болезней. Снижение частоты распространения курения, как это произошло, например, в Польше, приводит к увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении (34). Наряду с этим, для того, чтобы удовлетворять потребности различного характера, необходимо укреплять системы здравоохранения.

Некоторые страны СНГ, в которых наблюдается высокая распространенность вышеперечисленных факторов риска, не предоставляют информацию, которая позволила бы провести дальнейший анализ, и, следовательно, могут не распознавать наличие проблем. Исследования, проведенные в странах СНГ в отношении чрезмерного употребления алкоголя, показали, что политика по ограничению доступа и снижению потребления алкоголя приводила к значительным положительным результатам, но не распространилась повсеместно, и поэтому, в отличие от стран ЕС-12, показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, травм и насилия вернулись на высокие уровни (16,35). Аналогично, Латвия, Литва и Эстония, которые испытывали примерно такое же бремя болезней, как наблюдается сегодня в странах СНГ, смогли достичь более высокого уровня ожидаемой продолжительности жизни при рождении, а также более продолжительной здоровой жизни, чем страны СНГ. Это указывает на то, что общепризнанные политика и вмешательства общественного здравоохранения могут быть эффективными, но требуют для своей реализации сильной политической воли и совместных действий всех общественных секторов в соответствии с принципом учета интересов здоровья в политике всех секторов. В Таллиннской хартии (36,37) представлена рамочная программа действий общественного здравоохранения с использованием доказавших свою действенность программ и вмешательств в отношении здоровья; достижение целей, обозначенных в Таллиннской хартии, требует внимательного учета конкретных нужд и потребностей стран, а также дальнейших инвестиций необходимых ресурсов.

Факторы, влияющие на здоровье

В этом разделе описаны основные социальные, экономические и связанные с окружающей средой детерминанты здоровья, а также ключевые поведенческие факторы риска, которые оказывают влияние на результаты в отношении здоровья, и их распределение. Между странами существуют выраженные различия в распределении и тяжести болезней, а, следовательно, и в бремени болезней. Например, воздействие окружающей среды на здоровье продолжает оставаться предметом общей, все возрастающей обеспокоенности; особенно это касается таких вопросов, как доступ к безопасной питьевой воде и средствам санитарии, загрязнение воздуха, безопасность на рабочем месте и травматизм. Но при этом бремя болезней, связанное с известными факторами окружающей среды, может различаться между странами в четыре раза.

Такие, действующие на индивидуальном уровне детерминанты здоровья, как табак, алкоголь, плохое питание и недостаточная физическая активность – в совокупности с растущим уровнем ожирения в Регионе – продолжают наносить значительный ущерб. Недостаточное внимание к проблеме или недостаточный уровень воздействия на нее, как правило, не являются причиной отсутствия прогресса, тогда как взаимоотношения стилей жизни и поведения имеют общие коренные причины: социально-экономические детерминанты здоровья. Люди с более низким уровнем образования, профессиональным статусом или более низкими доходами обычно умирают раньше и проводят больше лет жизни в нездоровье; среди них также более высок уровень распространенности большинства нарушений здоровья (38). Это происходит отчасти из условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, и влияния на них широкого спектра неблагоприятных материальных, психологических, экологических и поведенческих факторов риска. Лишения и социальное неравенство подрывают эмоциональные, духовные и интеллектуальные ресурсы, которые имеют важнейшее значение для благополучия

человека; при этом постоянно растет уровень психических болезней, и разрушающее здоровье поведение может порой становиться механизмом, к которому люди прибегают в попытках справиться со своими проблемами (39).

Простых решений нет. Необходимо улучшать повседневные условия жизни и пытаться решить проблему несправедливого распределения власти, денежных средств и ресурсов (6). Вопросы неравенств в социальной сфере и в отношении здоровья проходят красной нитью в трех последующих разделах доклада. Решение этих проблем требует общегосударственного подхода с участием не только сектора здравоохранения, но и сотрудничества с гражданским обществом, местными сообществами, бизнесом, глобальными форумами и международными организациями. Хотя существует множество фактических данных по индивидуальным вмешательствам и возможным вариантам политических стратегий, остаются вопросы о долгосрочной эффективности изолированного воздействия на эти факторы. Воздействие на такие факторы риска во всех причастных к этому областях, таких как окружающая среда, безопасность пищевых продуктов, индивидуальные поведенческие характеристики стиль поведения и более широкие детерминанты здоровья, безусловно, требует комплексного подхода. Следовательно, эффективность межсекторальных действий зависит от решительной направляющей и координирующей роли министерств здравоохранения, что позволит им убедить всех партнеров в необходимости совместных действий, как в рамках, так и за пределами системы здравоохранения.

Окружающая среда и здоровье

В Европейском регионе более 1,7 млн. смертей в год (18% всех смертей) связаны с экологическими факторами. Согласно оценкам, факторы окружающей среды обуславливают одну треть общего бремени болезней среди детей и молодежи от 0 до 19 лет. Хорошо спланированные вмешательства по оздоровлению окружающей среды могли бы снизить общие показатели смертности в Регионе почти на 20% (40).

Бремя болезней, обусловленное известными экологическими факторами, распределяется неравномерно между странами Региона, и эти различия могут достигать четырехкратного масштаба (табл. 2.15). Это связано с многочисленными факторами, в том числе различиями в воздействии комбинации таких факторов, как небезопасная питьевая вода, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия и загрязнение воздуха. С другой стороны, потенциал стран и их политическая решимость, направленная на использование эффективных вмешательств и принятие действенного законодательства, могут оказывать существенное влияние на уровни неблагоприятных экологических воздействия. (В этом разделе вводится представление о группах стран Евр-А, -В и -С³.)

Известные факторы риска

Значительная часть бремени болезней, связанных с воздействием окружающей среды, приходится на установленные факторы риска, влияние которых на здоровье сегодня хорошо изучено и в отношении которых имеются надежные фактические данные об эффективности ответных стратегий и вмешательств. Для стран Европейского региона

³ Евр-А: 27 стран с очень низкой смертностью среди детей и взрослых: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция.

Евр-В: 17 стран с низкой смертностью среди детей и взрослых: Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Черногория.

Евр-С: 9 стран с низкой смертностью среди детей и высокой смертностью среди взрослых: Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония.

Таблица 2.15. Расчетные данные по случаям смерти и потерянными DALY, обусловленным факторами окружающей среды, Европейский регион ВОЗ, 2002 г.

| Страны | DALY | | Случаи смерти (оценочные данные) | |
|---|----------------------------|----|----------------------------------|----|
| | На душу населения (тысячи) | % | Число | % |
| Евр-А | | | | |
| Австрия | 16,3 | 14 | 11 424 | 15 |
| Андорра | 17,6 | 14 | 91 | 23 |
| Бельгия | 18,7 | 14 | 17 032 | 16 |
| Германия | 17,1 | 14 | 132 169 | 16 |
| Греция | 20,0 | 16 | 19 966 | 19 |
| Дания | 19,1 | 14 | 9 235 | 16 |
| Израиль | 14,1 | 13 | 5 594 | 15 |
| Ирландия | 17,8 | 14 | 5 286 | 18 |
| Исландия | 13,7 | 14 | 317 | 17 |
| Испания | 17,3 | 14 | 58 495 | 16 |
| Италия | 16,0 | 14 | 90 809 | 16 |
| Кипр | 17,5 | 13 | 1 363 | 26 |
| Люксембург | 18,0 | 15 | 574 | 16 |
| Мальта | 15,6 | 14 | 490 | 16 |
| Монако | 15,5 | 14 | 42 | 8 |
| Нидерланды | 15,8 | 14 | 21 830 | 15 |
| Норвегия | 16,1 | 14 | 7 502 | 17 |
| Португалия | 19,7 | 14 | 15 445 | 14 |
| Сан-Марино | 16,3 | 15 | 44 | 24 |
| Словения | 19,8 | 14 | 2 926 | 16 |
| Соединенное Королевство | 18,1 | 14 | 101 335 | 17 |
| Финляндия | 19,1 | 15 | 8 167 | 17 |
| Франция | 17,2 | 14 | 80 107 | 15 |
| Хорватия | 23,0 | 14 | 8 374 | 17 |
| Чешская Республика | 21,4 | 15 | 17 606 | 16 |
| Швейцария | 14,6 | 13 | 9 543 | 15 |
| Швеция | 15,1 | 14 | 14 468 | 15 |
| Евр-В | | | | |
| Азербайджан | 35,7 | 19 | 12 927 | 28 |
| Албания | 29,9 | 19 | 4 425 | 27 |
| Армения | 26,3 | 16 | 4 712 | 18 |
| Болгария | 28,6 | 16 | 18 469 | 16 |
| Босния и Герцеговина | 25,6 | 16 | 6 172 | 20 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 23,7 | 15 | 3 137 | 17 |
| Грузия | 27,1 | 16 | 10 874 | 28 |
| Кыргызстан | 46,2 | 21 | 9 706 | 28 |
| Польша | 25,2 | 17 | 66 113 | 18 |
| Румыния | 30,8 | 17 | 46 928 | 17 |
| Сербия и Черногория | 26,8 | 15 | 21 023 | 19 |
| Словакия | 25,1 | 16 | 9 315 | 18 |
| Таджикистан | 47,5 | 21 | 12 021 | 45 |
| Туркменистан | 48,5 | 22 | 9 108 | 31 |
| Турция | 30,4 | 19 | 86 712 | 20 |
| Узбекистан | 30,1 | 18 | 33 479 | 24 |
| Евр-С | | | | |
| Беларусь | 43,4 | 20 | 29 712 | 20 |
| Венгрия | 28,0 | 16 | 21 740 | 16 |
| Казахстан | 49,3 | 20 | 39 274 | 26 |
| Латвия | 38,3 | 18 | 6 492 | 20 |
| Литва | 33,7 | 19 | 8 332 | 20 |
| Республика Молдова | 34,5 | 17 | 8 952 | 21 |
| Российская Федерация | 53,7 | 20 | 493 116 | 21 |
| Украина | 43,2 | 19 | 155 230 | 21 |
| Эстония | 38,7 | 20 | 3 732 | 20 |

Источник: Preventable environmental impact on mortality and morbidity in countries of the European Region (2007) (41).

к этим важным факторам относятся (табл. 2.16): доступ к безопасной воде и улучшенной санитарии, воздействие загрязненного воздуха, воздействие стойких органических загрязнителей, ртути и пестицидов, профессиональные риски и травмы.

Доступ к безопасной воде и улучшенной санитарии

В Регионе отсутствие доступа к безопасной питьевой воде до сих пор является основной причиной смерти детей в возрасте от 0 до 14 лет. Причиной приблизительно 13 000 смертей в год (5,3% от общей детской смертности: 0,2% – Евр-А, 7,5% – Евр-В и 2,4% – Евр-С) являются диарейные заболевания, вызванные употреблением небезопасной питьевой воды (43). Около 13 млн. человек в Евр-В и 9 млн. в Евр-С не имеют доступа к улучшенным источникам водоснабжения; 18 млн. в Евр-В и 32 млн. в Евр-С не имеют доступа к улучшенным санитарно-гигиеническим удобствам. Население сельских районов имеет ограниченный доступ к снабжению безопасной питьевой водой: 66% в Евр-В и 56% в Евр-С (рис. 2.14) (44). Медленный прогресс в достижении всеобщего доступа к безопасной питьевой воде и улучшенной санитарии, особенно в сельских районах восточной части Региона, ставит под угрозу достижение ЦРТ-7 в Регионе (обеспечение экологической устойчивости) и соблюдение одного из фундаментальных прав человека. Необходимы усилия по обеспечению безопасности воды на всем протяжении – от источника к крану – и совершенствованию управления спросом на воду. Также следует в полной мере воспользоваться преимуществами, которые дает использование таких поддерживающих политических инструментов, как Протокол по проблемам воды и здоровья ВОЗ/Европейской экономической комиссии ООН (ЕЭК ООН), к Конвенции об охране и использовании трансграничных водотоков и международных озер 1992 года (45).

Воздействие загрязненного воздуха

Загрязнение воздуха внутри и вне помещений относится к важным детерминантам здоровья, вызывая в странах ЕС рост смертности от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний и снижение ожидаемой продолжительности жизни примерно на 8,6 месяца. В странах, где наблюдается наибольшее загрязнение воздуха, ожидаемая продолжительность жизни уменьшается более чем на 13 месяцев. За последние два десятилетия был достигнут значительный прогресс в снижении выбросов некоторых загрязняющих воздух веществ, таких как сера, оксиды азота и свинец. Это произошло во многом благодаря усовершенствованию процессов промышленного производства и выработки энергии, а также повышению эффективности использования энергии и качества топлива. Однако почти 90% городских жителей до сих пор подвергаются воздействию загрязняющих воздух веществ в концентрациях, превышающих предельные уровни, указанные в руководствах ВОЗ (46). Разброс средних значений по странам Региона достигает трехкратной величины. В среднем с 2000 по 2006 г. концентрация основных загрязнителей воздуха (твердых частиц, озона и диоксида азота) и связанные с ними риски для здоровья не изменились или несколько возросли.

Воздействие стойких органических загрязнителей, ртути и пестицидов

Постепенное удаление свинца из моторного топлива сначала в странах Западной Европы, а затем в странах Центральной и Восточной Европы, значительно снизило за последние два десятилетия концентрацию свинца в крови у детей (47). Однако воздействие свинца в юго-восточной части Региона все еще остается значительно выше, чем в его северной и западной частях. Так как для детей не установлен безопасный уровень воздействия свинца, концентрацию свинца в крови необходимо снижать и далее. Во многих странах законодательная база по системе управления качеством воздуха и мониторингу должна быть обновлена для того, чтобы она лучше отражала Рекомендации по качеству воздуха,

Таблица 2.16. Случаи смерти и потерянные DALY, связанные с экологическими факторами риска, Европейский регион ВОЗ, 2002 г.

| Страны | Население (тыс.) | Вода, санитария и гигиена | | | | Загрязнение воздуха внутри помещений | | | Загрязнение атмосферного воздуха | | | |
|---|------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------|---|---------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------|---|
| | | Население (%) с: | | Диарейные болезни | | Население, использующее твердое топливо (%) | Случаи смерти в год | DALY на тысячу населения в год | Годовой уровень PM ₁₀ (мкг/м ³) ^a | Городское население (%) ^b | Случаи смерти в год | DALY на тысячу населения в год ^c |
| | | Улучшенным водоснабжением | Улучшенной санитарией | Случаи смерти в год | DALY на тысячу населения в год | | | | | | | |
| Евр-А | | | | | | | | | | | | |
| Австрия | 8 111 | 100 | 100 | — ^d | 0,1 | < 5 | — | — | 32 | 37 | 1 100 | 0,7 |
| Андорра | 69 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 41 | 39 | — | 0,8 |
| Бельгия | 10 296 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 41 | 34 | 2 000 | 1,0 |
| Германия | 82 414 | 100 | 100 | — | 0,1 | < 5 | — | — | 29 | 32 | 10 400 | 0,6 |
| Греция | 10 970 | НД ^e | НД | — | НД | < 5 | — | — | 34 | 46 | 2 800 | 1,3 |
| Дания | 5 351 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 24 | 38 | 600 | 0,6 |
| Израиль | 6 304 | 100 | НД | НД | НД | < 5 | — | — | 53 | 80 | 1 500 | 1,2 |
| Ирландия | 3 911 | НД | НД | — | НД | < 5 | — | — | 15 | 32 | < 100 | 0,1 |
| Исландия | 287 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 21 | 59 | < 100 | 0,4 |
| Испания | 40 977 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 30 | 42 | 5 800 | 0,7 |
| Италия | 57 482 | НД | НД | — | НД | < 5 | — | — | 37 | 27 | 8 400 | 0,7 |
| Кипр | 796 | 100 | 100 | — | 0,5 | < 5 | — | — | 60 | 48 | 300 | 1,6 |
| Люксембург | 447 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 17 | 19 | — | 0,1 |
| Мальта | 393 | 100 | НД | — | НД | < 5 | — | — | НД | НД | — | — |
| Монако | 34 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | НД | НД | — | — |
| Нидерланды | 16 067 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 38 | 52 | 3 600 | 1,2 |
| Норвегия | 4 514 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 22 | 33 | 400 | 0,3 |
| Португалия | 10 049 | НД | НД | — | НД | < 5 | — | — | 27 | 56 | 1 900 | 1,0 |
| Сан-Марино | 27 | НД | НД | — | НД | < 5 | — | — | 19 | НД | — | — |
| Словения | 1 986 | НД | НД | — | НД | 8 | — | — | 44 | 21 | 300 | 0,7 |
| Соединенное королевство | 59 068 | 100 | НД | — | НД | < 5 | — | — | 26 | 53 | 12 400 | 1,0 |
| Финляндия | 5 197 | 100 | 100 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 16 | 42 | 200 | 0,2 |
| Франция | 59 850 | 100 | НД | — | НД | < 5 | — | — | 25 | 42 | 4 800 | 0,4 |
| Хорватия | 4 439 | 100 | 100 | — | 0,2 | 12 | — | — | 35 | 32 | 900 | 1,3 |
| Чешская Республика | 10 246 | 100 | 98 | — | 0,1 | < 5 | — | — | 42 | 24 | 1 700 | 1,0 |
| Швейцария | 7 171 | 100 | 100 | — | 0,1 | < 5 | — | — | 27 | 42 | 800 | 0,5 |
| Швеция | 8 867 | 100 | 100 | — | 0,1 | < 5 | — | — | 19 | 30 | 500 | 0,2 |
| Евр-В | | | | | | | | | | | | |
| Азербайджан | 8 297 | 77 | 54 | 800 | 3,9 | 49 | 1 800 | 7,2 | 64 | 23 | 1 400 | 1,4 |
| Албания | 3 141 | 96 | 91 | 300 | 0,3 | 50 | < 100 | 0,5 | 58 | 9 | 200 | 0,4 |
| Армения | 3 072 | 92 | 83 | < 100 | 1 | 26 | 100 | 0,8 | 84 | 54 | 1 600 | 4,0 |
| Болгария | 7 965 | 99 | 99 | — | 0,2 | 17 | < 100 | 0,1 | 59 | 37 | 3 400 | 3,0 |
| Босния и Герцеговина | 4 126 | 97 | 95 | — | 0,3 | 50 | < 100 | 0,1 | 22 | 37 | 300 | 0,5 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 2 046 | НД | НД | НД | НД | 30 | — | 0,1 | 29 | 29 | 200 | 0,7 |
| Грузия | 5 177 | 82 | 94 | — | 0,3 | 43 | 100 | 0,6 | 46 | 40 | 2 200 | 3,0 |
| Кыргызстан | 5 067 | 77 | 59 | 600 | 5 | 76 | 1 600 | 7,5 | 36 | 16 | 400 | 0,6 |
| Польша | 38 622 | НД | НД | — | НД | < 5 | — | — | 40 | 32 | 6 000 | 1,1 |
| Румыния | 22 387 | 57 | НД | НД | НД | 23 | 300 | 0,2 | 76 | 33 | 9 400 | 3,0 |
| Сербия и Черногория | 15 035 | 93 | 87 | — | 0,6 | НД | — | — | 17 | 20 | 100 | 0,1 |
| Словакия | 5 398 | 100 | 99 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 31 | 17 | 400 | 0,4 |
| Таджикистан | 6 195 | 59 | 51 | 1 800 | 10 | 75 | 1 600 | 7,9 | 57 | 11 | 500 | 0,6 |
| Туркменистан | 4 794 | 72 | 62 | 1 000 | 7 | < 5 | — | 0,1 | 73 | 18 | 700 | 1,4 |
| Турция | 70 318 | 96 | 88 | 6 000 | 3 | 11 | 2 500 | 0,9 | 56 | 61 | 18 800 | 2,0 |
| Узбекистан | 25 705 | 82 | 67 | 500 | 1 | 72 | 5 300 | 6,1 | 81 | 21 | 4 300 | 1,3 |
| Евр-С | | | | | | | | | | | | |
| Беларусь | 9 940 | 100 | 84 | — | 0,3 | 19 | 200 | 0,2 | 9 | 49 | — | — |
| Венгрия | 9 923 | 99 | 95 | — | 0,2 | < 5 | — | — | 34 | 32 | 1 900 | 1,3 |
| Казахстан | 15 469 | 86 | 72 | 300 | 1 | < 5 | < 100 | 0,1 | 25 | 43 | 2 300 | 1,2 |
| Латвия | 2 329 | 99 | 78 | — | 0,3 | 10 | — | — | 17 | 42 | < 100 | 0,2 |
| Литва | 3 465 | НД | НД | — | НД | < 5 | — | — | 29 | 42 | 700 | 1,1 |
| Республика Молдова | 4 270 | 92 | 68 | 100 | 0,4 | 63 | 200 | 0,7 | 41 | 27 | 900 | 1,5 |
| Российская Федерация | 144 082 | 97 | 87 | 700 | 0,3 | 9 | 400 | 0,0 | 25 | 48 | 37 200 | 1,9 |
| Украина | 48 902 | 96 | 96 | < 100 | 0,3 | 6 | 200 | 0,1 | 29 | 42 | 15 200 | 2,0 |
| Эстония | 1 338 | 100 | 97 | — | 0,2 | 16 | — | — | 19 | 37 | 100 | 0,5 |

^a Взвешенные по численности городского населения средние значения для твердых частиц диаметром меньше 10 микрон (PM₁₀) (расчетные значения или, когда возможно, полученные в результате мониторинга)

^b Процент проживающих в городах с населением > 100 000 или столицах государств.

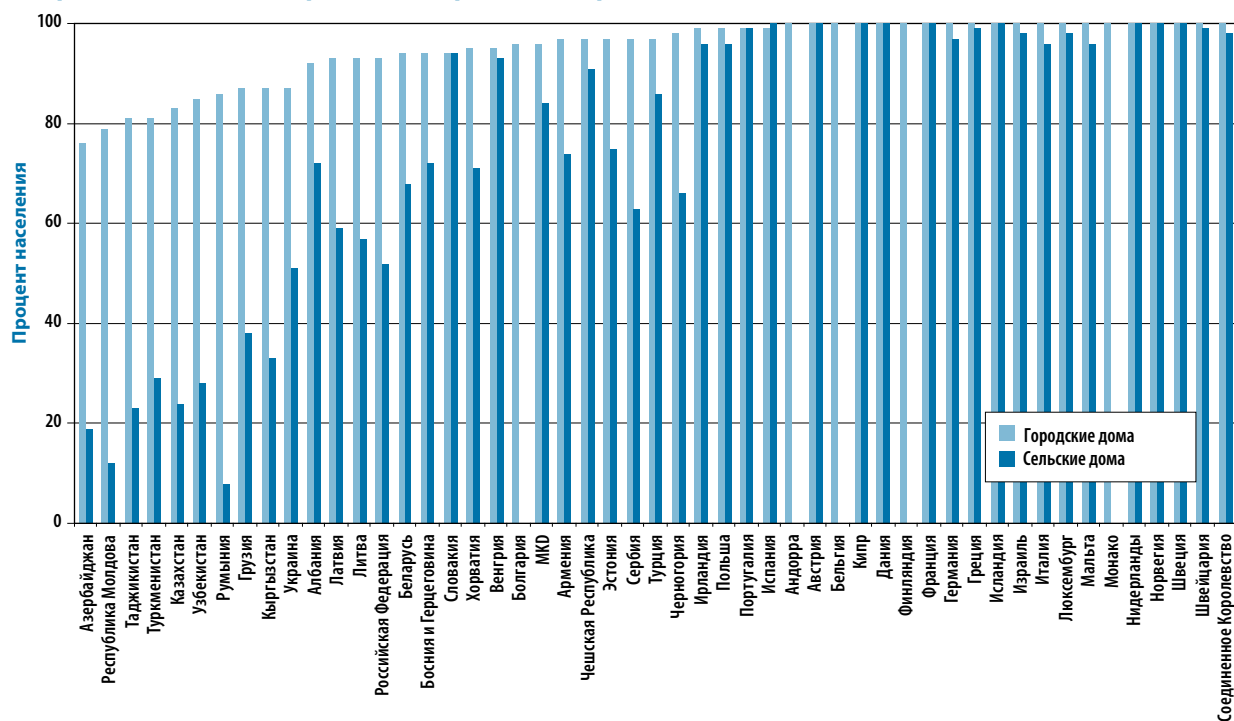
^c В данном случае потерянные годы жизни из-за преждевременной смерти.

^d Расчетное значение равно нулю или метод недостаточно чувствителен.

^e Нет данных.

Источник: Deaths and DALYs attributable to three environmental risk factors [онлайн-база данных] (42).

Рисунок 2.14. Процент населения с доступом к улучшенным системам водоснабжения в городских и сельских районах, Европейский регион ВОЗ, 2006 г.



Примечание. МКД – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.

Источник: Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (44).

разработанные ВОЗ (46). Кроме того, необходимы более четкие рекомендации по качеству воздуха в помещениях. В настоящее время Европейское региональное бюро ВОЗ разрабатывает такие рекомендации.

Несколько стран представили данные по стойким органическим загрязнителям в грудном молоке. Эти данные указывают на то, что воздействие определенных органических загрязняющих веществ, таких как диоксин, за последние десять лет снизилось, хотя данные по странам различаются (48). Появились новые вещества: полибромистые и полифторированные соединения. Ртуть и ее соединения крайне токсичны для людей, экосистем и дикой природы. Даже сравнительно низкие дозы могут вызывать серьезные нейротоксические эффекты у взрослых и детей. В некоторых странах Региона употребление в пищу зараженной рыбы или больших количеств рыбы даже с очень низкой концентрацией метилртути влечет за собой опасное для здоровья потребление этого вещества. Так как это нейтрализует положительное воздействие потребления рыбы на здоровье, необходимо, чтобы задача снижения концентрации ртути в рыбе стала приоритетной. Этого можно достичь путем снижения выбросов ртути в атмосферу и загрязнения почвы.

Хотя во многих странах Региона использование пестицидов подлежит регулированию, они могут наносить вред здоровью и окружающей среде, а их неосторожное использование или использование в чрезмерных количествах может усиливать неблагоприятные эффекты. Использование устаревших пестицидов остается проблемой в некоторых странах Центральной и Восточной Европы и Кавказа. Ряд стран решают эту проблему, но другим необходимо активизировать свои действия.

Профессиональные риски

Опасные воздействия на рабочих местах являются одним из 10 наиболее важных рисков, влияющих на бремя болезней в Европе. Ежегодно в Регионе от профессиональных заболеваний умирает около 300 000, а от профессиональных травм – 27 000 человек. Профессиональные заболевания и травмы приводят к потерям ВВП, составляющим около 4%. Уровни заболеваемости и смертности значительно различаются между странами, в основном из-за различий в системах регистрации. Однако отсутствие выраженного снижения профессионального травматизма в целом указывает на то, что достигнутый прогресс недостаточен. Необходимо активизировать действия для полного осуществления положений резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.26 (49), в которой освещаются возможности для объединения защиты здоровья от профессиональных рисков с вмешательствами по укреплению здоровья на рабочем месте.

Травмы

Небезопасные экологические условия играют значительную роль среди причин травматизма. Например, согласно оценкам, 25% травм в результате дорожно-транспортных происшествий в Западной Европе связано с такими условиями окружающей среды, как инфраструктура дорог, наличие дорожного покрытия и условий передвижения для велосипедистов и пешеходов (50). Травмы являются третьей лидирующей причиной смертности в Регионе, унося 800 000 жизней ежегодно; 66% из этих смертей можно предотвратить (51). Стоимость травм для экономики оценивается в 2% ВВП. Политические и экономические преобразования в Регионе стали причиной растущих неравенств в отношении травматизма. Различия между странами являются значительными и продолжают расти (рис 2.15).

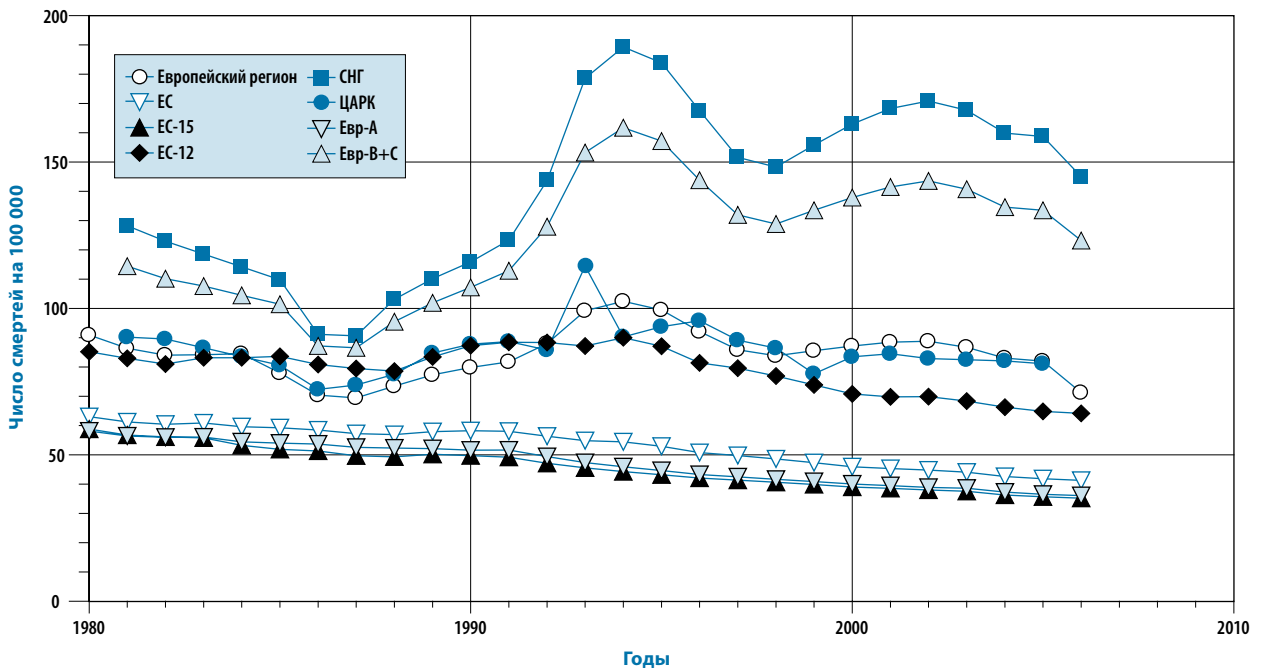
Соотношения уровней смертности от конкретных видов травм между странами Региона с низким и средним уровнем доходов и странами с высоким уровнем доходов колеблются от 16,9 для отравлений до 1,3 для падений. Внутри стран показатели смертности в результате дорожно-транспортных происшествий в 3,5 раза выше среди детей из более низких социальных слоев населения, по сравнению с их сверстниками из более высоких социальных слоев; для отравлений это соотношение составляет 18. Резолюция EUR/RC55/R9 Европейского регионального комитета ВОЗ направлена на снижение насилия и непреднамеренных травм путем развития научно обоснованного многосекторального подхода с позиций общественного здравоохранения (52).

Новые причины беспокойности

За последние годы возникло несколько других факторов риска, которые меньше изучены, но вызывают беспокойность в связи с вероятностью их неблагоприятного воздействия, тенденцией к росту, неопределенностью в отношении масштаба и тяжести последствий или возможностью долгосрочного воздействия на здоровье. К ним относятся: изменения климата, воздействия, связанные с утилизацией отходов, болезни пищевого происхождения и ненадежность энергоснабжения.

В настоящее время достигнуто единое мнение о том, что климат меняется. Если наблюдаемые сегодня тенденции сохранятся, повышение температуры и уровня мирового океана, а также учащение случаев экстремальных погодных явлений могут привести к повышению смертности и заболеваемости и ухудшению детерминант здоровья. К потенциальным угрозам для здоровья относятся: нехватка продовольствия и воды, потеря крова и средств к существованию, вспышки инфекционных болезней и углубление неравенств внутри и между странами (53). Воздействие некоторых климатических

Рисунок 2.15. Внешние причины смерти (травмы и отравления): СКС на 100 000 населения в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1980–2006 гг.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

факторов уже ощущается в Европе; например, аномальная жара в 2003 г. стала причиной 70 000 дополнительных смертей (54). Согласно оценкам, уровень смертности в результате жаркой погоды повышается на 1–4% при повышении температуры на один градус, означая, что это может привести к ежегодному росту числа смертей на 30 000 к 2030-ым годам и на 50 000 – 110 000 к 2080-ым годам. (55).

В обозримом будущем с изменением климата будут связаны основные проблемы неблагоприятного воздействия окружающей среды на здоровье (56), и их решение является приоритетом ВОЗ (57). Среди них:

- распространение инфекционных болезней, находящихся в зависимости от температуры окружающей среды, например инфекций пищевого происхождения, что может привести к 20 000 дополнительных случаев этих болезней в год к 2030-ым годам и 25 000–40 000 – к 2080-ым годам (58);
- изменения в передаче инфекционных болезней такими переносчиками, как комары и клещи, в результате изменений в ареале из распространения, сезонной активности и размерах популяций (53);
- ливневые дожди, с которыми связывают возникновение вспышек некоторых передаваемых через воду болезней, происходящее из-за перемещения возбудителей или массивного заражения воды вследствие переполнения канализации;
- серьезное влияние на концентрацию и распространение загрязняющих веществ в воздухе: например, в Соединенном Королевстве к 2020 г. около 800 дополнительных смертей ежегодно могут быть связаны с воздействием озона (59).

Несмотря на отсутствие бесспорных доказательств о воздействии на здоровье существующей практики сбора и удаления отходов, вызывает беспокойство, что некоторые из применяемых методов могут обладать вредными эффектами в отношении здоровья, например захоронение, сжигание и утилизация медицинских и других опасных отходов. Учитывая растущий объем производимых отходов, разработчики политики должны уделять все более пристальное внимание выбору наиболее подходящих стратегий для их безопасного удаления. Обзор европейских исследований, посвященных воздействию на здоровье свалок и сжигания отходов, подтвердил важность иерархического принципа обращения с отходами, принятого в ЕС. Он состоит в следующем: сведение к минимуму объема производимых отходов, повторное использование продукции, восстановление ценных отходов путем вторичной переработки и компостирования и, наконец, сжигание и захоронение, предпочтительно с получением энергии (60). Приоритетными являются дальнейшее развитие и применение механизмов экономической оценки различных вариантов утилизации отходов и предполагающих совместное участие подходов по определению благоприятных для здоровья стратегий политического реагирования. Особое внимание необходимо уделять незаконным практикам и сбросу токсичных отходов, зафиксированным в восточной части Региона, которые потенциально могут отрицательно сказываться на здоровье, как это уже ранее наблюдалось в регионе Кампанья в Италии (61).

Болезни пищевого происхождения – значительное бремя для общественного здравоохранения и проблема всего Региона. Из-за несовершенных систем регистрации существующие данные не являются систематическими и не позволяют провести надежные сравнения. Однако, согласно оценкам, распространенность болезней пищевого происхождения во много раз выше в странах восточной части Региона по сравнению с западной (62).

Особую обеспокоенность вызывают зоонозы. К ним относятся такие распространенные заболевания, как сальмонеллез, кампилобактериоз и бруцеллез. В некоторых частях Региона регистрируются случаи ботулизма и паразитарные заболевания зоонозного происхождения (такие как трихинеллез и эхинококкоз). Пищевая цепочка может быть заражена различными опасными химическими веществами: диоксинами, стойкими органическими загрязнителями и тяжелыми металлами. Хотя многие из традиционных опасностей существуют и сегодня, появляются новые проблемы в результате изменяющихся факторов риска, к которым относятся:

- централизация, индустриализация и глобализация пищевой цепи;
- изменение поведения потребителей – люди больше едят вне дома и потребляют больше сырых продуктов;
- изменения свойств возбудителей; и
- устойчивость к противомикробным препаратам – растущая проблема общественного здравоохранения, частично связанная с применением противомикробных препаратов в животноводстве.

Второй план действий в области безопасности пищевых продуктов и питания (62), разработанный для оказания поддержки странам при внедрении ими национальных планов, рассматривает основные проблемы общественного здравоохранения, связанные с питанием, безопасностью пищевых продуктов и продовольственной безопасностью.

Обеспечение доступа домашних хозяйств к безопасным, чистым, надежным и финансово доступным источникам энергии для отопления жилища и приготовления пищи – новый повод для беспокойства. Оно объясняется появлением новых доказательств воздействия на

здоровье загрязнения воздуха в помещениях при использовании твердых видов топлива, случаями заморозков, особенно сильными в ЦАРК, и кризисами в международной торговле природным газом. Все это указывает на необходимость защиты наиболее уязвимых слоев населения и обеспечения непрерывном энергоснабжением инфраструктуры здравоохранения, в том числе в периоды экстремальных погодных условий.

Эволюция ответов на старые и новые вызовы

Экологические риски для здоровья становятся все более сложными и многофакторными. Традиционный подход, основанный на оценке рисков, имеет серьезные ограничения. Как было подчеркнуто на проведенном недавно международном обсуждении, многое еще необходимо сделать, чтобы ликвидировать разрыв между наукой и политикой и добиться того, чтобы разработчики политики владели информацией о результатах исследований даже в условиях высокой степени неопределенности (63). Необходимы многочисленные инструменты и институциональные структуры, в том числе применение принципа предосторожности. Европейское региональное бюро ВОЗ уже давно пропагандирует использование этого принципа как инструмента охраны здоровья, окружающей среды и благосостояния будущих поколений.

ВОЗ и другие агентства, занимающиеся вопросами здравоохранения, также увеличили масштаб своей деятельности в области окружающей и здоровья и расширили тему, включив для рассмотрения такие функции, лежащие в основе детерминант здоровья, как планирование и политика развития. Выполняя свою роль по стратегическому управлению системами здравоохранения, правительства стран Европы, особенно министерства здравоохранения, все чаще используют принцип учета интересов здоровья в политике и практике всех секторов, в том числе таких как транспорт, энергетика, промышленность, жилищное хозяйство и туризм (64) (см. часть 3, раздел, посвященный вопросам стратегического управления для обеспечения государственной политики охраны здоровья). Государства-члены признают важность воздействия на риски для здоровья, связанные с окружающей средой, через многосекторальные стратегии с использованием таких консультативных процессов, как обзоры эффективности действий в области окружающей среды и охраны здоровья, а также мероприятия по укреплению потенциала.

Европейский процесс “Окружающая среда и здоровье” включает серии министерских конференций по окружающей среде и охране здоровья, Протокол ВОЗ/ЕЭК ООН по проблемам воды и здоровья (45) и Общеευропейскую программу по транспорту, окружающей среде и здоровью (вставка 2.1) – это примеры процессов, которые способствуют прямому вовлечению различных секторов в работу по улучшению здоровья.

Принятие Таллиннской хартии (36) и подготовка Пятой министерской конференции по окружающей среде и здоровью, которая состоится в Парме, Италия, в 2010 г. (66), – важные вехи на пути достижения прочного политического консенсуса и получения поддержки для усиления стратегической направляющей роли систем здравоохранения в решении проблем, связанных с экологическими воздействиями на состояние здоровья жителей Региона.

Образ жизни и поведение

Семь факторов риска, связанных с образом жизни и поведением, обуславливают примерно 60% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ: высокое артериальное давление, потребление табака, вредное употребление алкоголя, высокое содержание холестерина в сыворотке крови, избыточная масса тела, нездоровое питание и недостаточная физическая

Вставка 2.1. Совместная работа с другими секторами: Общевропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ)

ОПТОСОЗ была принята в 2002 г. как общая политическая платформа Европейского регионального бюро ВОЗ и ЕЭК ООН для развития более устойчивых транспортных систем и более глубокой интеграции аспектов охраны здоровья и окружающей среды в транспортную политику.

В январе 2009 г. на Третьем совещании высокого уровня по вопросам транспорта, окружающей среды и здоровья представители всех трех секторов приняли Амстердамскую декларацию “Звенья одной цепи: Пути развития транспорта в интересах здоровья, окружающей среды и благосостояния” (65). В ней приведено положение о том, что нынешний экономический спад дает шанс для пересмотра инвестиций в транспортную политику и использования возможностей добиться экономического роста благодаря инвестициям в устойчивые транспортные стратегии. В частности, в Амстердамской декларации определяются четыре приоритетные цели:

- содействовать устойчивому экономическому развитию и созданию новых рабочих мест путем инвестиций в транспорт, благоприятный для окружающей среды и здоровья;
- обеспечить экологически устойчивую мобильность и содействовать развитию более эффективных транспортных систем;
- снижать выбросы парниковых газов и атмосферных загрязнителей транспортного происхождения, а также уровни транспортного шума;
- содействовать внедрению стратегий и реализации мер, направленных на обеспечение здорового и безопасного транспорта.

активность (13). Эти же факторы риска лидируют во всех субрегионах (Евр-А, Евр-В и Евр-С) и в большинстве стран, хотя их относительное значение может быть разным. Во многих странах Региона важнейшим фактором риска смертности является повышенное артериальное давление, тогда как употребление табака является основным фактором риска в отношении бремени болезней (13,67). Алкоголь – важнейший фактор риска в плане как инвалидности, так и смертности среди людей молодого возраста в Европе (68). В этом разделе уделяется внимание четырем основным факторам риска, связанным с образом жизни: употреблению табака, вредному употреблению алкоголя, нездоровому питанию и недостаточной физической активности, а также ожирению, как производному двух последних факторов.

Оценка ситуации

Употребление табака

В 2005 г. в Европейском регионе распространенность курения в возрастных группах от 15 лет и старше составляла 34,1% и была почти в два раза выше среди мужчин (44,4%), по сравнению с женщинами (23,2%) (12). В большинстве стран западной части Региона распространенность курения среди мужчин и женщин либо стабилизировалась, либо снижается (69). Она также начала снижаться в отдельных странах восточной части Региона, хотя в целом это лишь стабилизация среди мужчин без каких-либо четких общих тенденций; в некоторых случаях распространенность курения среди женщин немного повысилась (69).

Почти каждый пятый подросток (19,9%) в возрасте 13–15 лет курит: мальчики несколько больше (22,7%), чем девочки (16,8%) (12). В восточной части Региона распространенность курения среди 15-летних мальчиков в основном выше, чем среди 15-летних девочек; во многих западноевропейских странах наблюдается обратная тенденция (69).

Курение является одной из наиболее предотвратимых причин смерти: половина всех курящих умрет от болезней, связанных с употреблением табака, смертность от рака легких отражает распространенность курения (70). По всему Региону стандартизированные коэффициенты смертности для рака легких среди мужчин снизились, в то время как в странах Евр-А распространенность рака легких среди женщин неуклонно растет (20).

Табак является лидирующей причиной бремени болезнью более чем в половине стран Региона, и одной из трех лидирующих причин бремени болезнью в подавляющем большинстве стран. Особое беспокойство вызывает растущий уровень курения в группах с более низким социально-экономическим уровнем по всему Региону, что ведет к увеличивающемуся разрыву в существующих и прогнозируемых конечных показателях здоровья (70).

Вредное употребление алкоголя

В 2003 г. в Европейском регионе ВОЗ потребление алкоголя среди людей в возрасте 15 лет и старше составило 8,84 литра на человека; это самый высокий уровень среди всех регионов ВОЗ (12). Тенденции потребления алкоголя в Европе неодинаковы (68,71). Уровень потребления алкоголя на севере Европы высокий и продолжает расти. В Юго-Западной Европе наблюдавшееся в последние десятилетия снижение потребления, видимо, прекращается. В восточной части Региона потребление в целом остается на очень высоком уровне, достигнутом в середине 1990-х гг., хотя в некоторых районах в силу религиозных традиций уровни потребления алкоголя крайне низкие (68).

На женщин приходится примерно 20–35% от общего потребления алкоголя в Европейском регионе, и это самая высокая доля по сравнению со всем другими регионами ВОЗ. Потребление алкоголя среди молодежи в западной части Региона остается на очень высоком уровне, достигает сходного уровня в восточной части и стало предметом беспокойства в южной части Региона (68).

Связанные с алкоголем смертность и заболеваемость растут и снижаются в обществе в соответствии с ростом и снижением общего уровня потребления. В целом, смертность, связанная с потреблением алкоголя, выросла между 2000 и 2002 гг. примерно на 15%, составив 6% всех смертей и 11% бремени болезнью в Регионе. Алкоголь также в значительной мере обуславливает социальные проблемы, включая преступность, проблемы в семье и на работе (68).

Связанные с алкоголем уровни смертности и бремени болезнью значительно выше среди мужчин, чем среди женщин. Алкоголь – важнейший фактор риска смертности и заболеваемости среди молодых людей. В возрастной группе 15–30 лет более одной трети бремени болезнью среди мужчин и около 14% среди женщин связаны с употреблением алкоголя (68).

Характер потребления алкоголя является важной детерминантой здоровья населения. Степень преобладания модели потребления спиртных напитков, носящей деструктивный характер, в целом увеличивается по направлению к северу и востоку Региона. В северной части Региона широко распространен прием спиртных напитков в неумеренных дозах; здесь любое повышение уровня потребления алкоголя связано с более выраженным ростом числа убийств, самоубийств и непреднамеренных травм, чем в южной части Региона. Такая же зависимость отмечается и в отношении некоторых хронических болезней, например цирроза печени (68).

Нездоровое питание, недостаточная физическая активность и ожирение

Неадекватное питание – причина 5% общего бремени болезнью в Европейском регионе. Недостаточное питание может быть острой проблемой на территориях, где имеет место нестабильность продовольственного обеспечения, и более хронической – среди бедных слоев населения, у людей пожилого возраста, с хроническими заболеваниями или ограниченными физическими возможностями. Озабоченность в Регионе вызывает

также недостаточность микронутриентов, при этом показатели распространенности исключительно грудного вскармливания в возрасте шести месяцев повсюду находятся на низком уровне (разброс от 1% до 46%), даже в странах с высоким процентом женщин, кормящих грудью на начальных этапах вскармливания ребенка (62).

Общая доля жиров в рационе взрослых в странах Региона колеблется примерно от 30% до более 40% потребляемых калорий при рекомендуемом уровне в 15–30%. Эта доля высока во всех странах Региона, особенно в Бельгии и Греции (среди взрослых), а также в Испании и Франции (среди детей). Потребление сахара в большинстве стран также превышает рекомендованные 10% потребляемых калорий (72). Доступность сахаросодержащих напитков (например, прохладительных) выросла за последнее десятилетие почти во всех странах Региона; уровень их потребления выше в северной части Региона, чем в южной, и среди мужчин, чем среди женщин (72).

Во многих странах средний уровень индивидуального потребления фруктов и овощей значительно ниже рекомендованного минимума, составляющего 400 граммов в день. Потребление пищевой клетчатки является одинаково низким во всех странах Региона (1,8–2,4 г/МДж для мужчин и 2,0–2,8 г/МДж для женщин), что связано с низким уровнем потребления фруктов и овощей, а также недостаточным потреблением цельнозерновых продуктов. Рекомендованный уровень потребления клетчатки составляет 2,5–3,1 г/МДж. Традиционная (и предпочтительная) средиземноморская диета с более высоким содержанием растительных продуктов, растительных жиров и рыбы постепенно теряет популярность, особенно среди молодежи (72).

Недостаток физической активности является ключевым фактором риска для широкого спектра неинфекционных заболеваний, плохого самочувствия и низкого качества жизни. Для каждого пятого жителя Региона характерен низкий уровень или практическое отсутствие физической активности (меньше рекомендованного минимума), и, по-видимому, эта проблема в большей степени затрагивает южные и восточные страны Региона. Сопоставимые данные, позволяющие провести сравнение и оценить тенденции по Региону, отсутствуют, но национальные данные показывают, что за небольшими исключениями наблюдается тенденция к ухудшению. По-видимому, физическая активность исчезает из повседневной жизни по мере того, как Европу все больше захватывает процесс урбанизации, люди больше ездят на автомобилях, работа все больше становится сидячей, повседневная работа более механизированной, а досуг все больше проводится за малоподвижными занятиями (73).

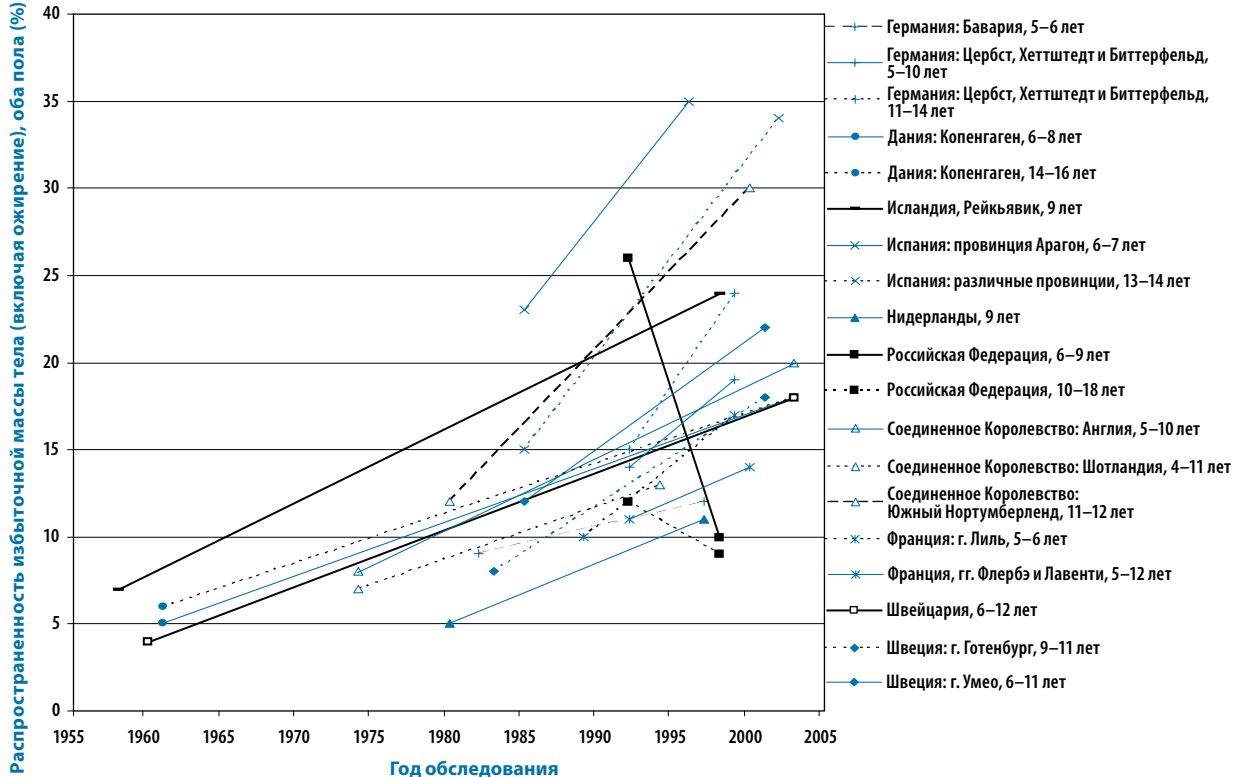
Существуют выраженные неравенства как внутри, так и между странами. Возможности для проведения досуга и занятий, связанных с физической активностью, как правило, неравные в зависимости от социального положения: малообеспеченные люди чаще проживают в условиях, которые не способствуют физической активности, и им нередко труднее добираться до спортивно-оздоровительных объектов (74). Однако ситуация неоднозначна, поскольку люди с более низким социально-экономическим статусом чаще занимаются физическим трудом и тратят больше физических усилий для того, чтобы добраться до места работы, поскольку среди них меньше владельцев автомобилей. Некоторые группы населения особенно уязвимы к дефициту физической активности: маленькие дети, люди преклонного возраста и инвалиды, семьи, находящиеся в тяжелых обстоятельствах, мигранты, представители этнических меньшинств и женщины (75). Учитывая старение населения во многих частях Региона, недостаток физической активности среди пожилых людей вызывает особое беспокойство, так как эта проблема будет иметь серьезные

последствия – потерю возможности самообслуживания и связанные с этим затраты для систем здравоохранения, а также снижение числа здоровых лет жизни.

Согласно оценкам, недостаток физической активности является причиной 600 000 смертей в год в Регионе (5–10% от общих показателей смертности в зависимости от страны) и потери ежегодно 5,3 млн. лет здоровой жизни из-за преждевременной смерти и инвалидности. На основе выводов двух исследований, проведенных в Соединенном Королевстве и Швейцарии, экономический ущерб от недостатка физической активности оценивается для каждой страны Региона примерно в 150–300 долларов США на человека в год (73).

Для рациона питания в Регионе становится все более характерным высокий уровень высококалорийных продуктов и продуктов с низкой насыщающей способностью, а уровень потребления алкоголя и напитков с высоким содержанием сахара растет. В сочетании с низкими уровнями физической активности эти факторы приводят к росту ожирения (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м²) практически во всех частях Региона (72); 30–80% взрослых в Регионе и почти треть детей имеют избыточный вес (ИМТ ≥ 25 кг/м²) (рис. 2.16). Более чем у 60% детей, имеющих избыточный вес до наступления пубертатного периода, это состояние сохранится, когда они станут взрослыми, а это снижает возраст проявления некоторых неинфекционных заболеваний, таких, например, как сахарный диабет (72).

Рисунок 2.16. Избыточная масса тела у детей школьного возраста, по данным обследований, проведенных в отдельных странах Европейского региона ВОЗ, 1958–2003 гг.



Источник: Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Резюме (72).

Сочетание плохого рациона питания, недостатка физической активности и развитие в результате этого ожирения и связанных с ним болезней в такой же степени обуславливает нездоровье и преждевременную смертность, как и курение. Стоимость лечения нарушений здоровья, вызванных этими факторами, оценивается почти в 6% от общих расходов на здравоохранение (72). В ответ на растущую проблему эпидемии ожирения Региональное бюро организовало в 2006 г. Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по борьбе с ожирением, которая приняла Европейскую хартию по борьбе с ожирением (76).

Проблемы, актуальные задачи и принимаемые меры

Роль правительственных, регулирующих и бюджетных мер

Термин “образ жизни” по отношению к вышеописанным факторам риска может иногда вводить в заблуждение, создавая впечатление, что изменения полностью зависят от индивидов. Государство и общество также должны играть важную роль. Одни из самых эффективных политических мер по воздействию на эти факторы риска – бюджетные, регуляторные или законодательные, внедрением и контролем исполнения которых должно заниматься государство. В отношении алкоголя, как подчеркивается в документе “Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ” (77), эффективные политические и законодательные вмешательства должны включать: дополнительное налогообложение продаж алкоголя, введение законов против вождения в нетрезвом виде, в сочетании с мерами по обеспечению их соблюдения (например, выборочное тестирование водителей на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе), ограничение розничной продажи и контроль рекламы.

Аналогично этому, к экономически эффективным мерам по борьбе с табаком можно было бы отнести следующие: дополнительное налогообложение табачной продукции с целью ограничения курения, что повысило бы ее стоимость для потребителей минимум на 33%; запрет на курение в общественных местах и на работе; запрет рекламы табака (78). С 2001 по 2005 гг. в странах ЕС ежегодный рост цен на табачные изделия на 6,8% превышал инфляцию, что указывает на значительный прогресс по сравнению с уровнем роста в 2,7% в 1997–2001 гг. (69). Сообщалось, что в 2006 г. акцизный налог в 28 странах Региона составил более половины цены табачной продукции, хотя этот показатель и варьирует от 8% (Республика Молдова) до 69% (Израиль) (70). Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (79), которая вступила в силу в 2005 г., стала первым международным договором, разработанным под эгидой ВОЗ и отражающим изменение системы воззрений при ответе на важнейший вызов общественному здравоохранению через международную регламентирующую стратегию (см. также ниже, в разделе, описывающем улучшение конечных показателей здоровья).

Хотя регламентирующие меры могут быть одними из наиболее эффективных инструментов, имеющихся у общественного здравоохранения, необходимо следить, чтобы они не оказались подорванными в результате внешних негативных воздействий. Так, например, в рамках ЕС было разрешено провозить через границу большие количества алкоголя разрешено для личного потребления, и это ограничило возможности государственных органов ряда стран контролировать продажу алкоголя своим резидентам и привело к тому, что в некоторых странах были снижены ставки налогов на алкоголь. С начала 1990 гг. разница в цене между облагаемой налогом и беспошлинной табачной продукцией стала одной из причин увеличения контрабанды. Определенные успехи принесли международное сотрудничество, например, по трансграничной торговле и борьбе с незаконной торговлей, а также усиление законодательных мер и контроль соблюдения законов (69).

Городская среда и другие условия

Рацион питания и образ жизни в современном обществе находятся под влиянием комплекса факторов. Многие из них выходят за рамки прямого контроля сектора здравоохранения и требуют совместных действий с сектором транспорта, окружающей среды, городского планирования, сельского хозяйства и другими секторами для создания поддерживающей здоровье среды и возможностей для укрепления здоровья.

Городское проектирование часто не благоприятствует использованию безопасных и активных видов передвижения: в странах, где городская среда в меньшей степени способствует передвижению на велосипеде и пешком, регистрируются более низкие уровни физической активности. Безопасные условия для езды на велосипеде и хождения пешком могут предоставить возможности для занятий спортом при умеренных затратах, сделав их частью ежедневных передвижений. Сектор здравоохранения может работать совместно с:

- городскими проектировщиками – для обеспечения того, чтобы предприятия обслуживания и места работы были расположены на расстоянии, которое можно преодолеть пешком или на велосипеде;
- работодателями – для содействия регулярной физической активности на работе; и
- местными органами государственного управления и службами по обеспечению досуга – для улучшения доступа к местам отдыха в районах, где проживает население с низкими доходами, а также для того, чтобы правительства и службы по организации досуга показывали личный пример, поощряя использование их работниками активных видов передвижения.

Благодаря работе Общеввропейской программы по транспорту, окружающей среде и здоровью (ОПТОСОЗ) (80), Сети ВОЗ “Здоровые города” (81) и Европейской сети содействия оздоровляющей физической активности (НЕРА Europe) (82) накоплен и постоянно растет объем фактических данных и примеров межсекторальных инициатив.

Школьная среда предоставляет хорошие возможности для оздоровительной деятельности. Имеются неоспоримые доказательства того, что занятия физической культурой в школе повышают уровень физической активности и улучшают физическую форму, однако количество уроков физической культуры и их организация различаются между странами. Обеспечение возможностей для безопасного пути в школу может содействовать использованию активных видов передвижения, например практике “пешеходного школьного автобуса” (75), вместо доставки учеников на машине. Запрещение в школах автоматов по продаже сладостей и сахаросодержащих напитков и обеспечение безопасной питьевой водой может способствовать потреблению воды вместо прохладительных напитков. Кроме того, планирование и субсидирование здорового школьного меню может использоваться для воздействия на пищевое поведение и выбор продуктов в школьных столовых (62).

Эпиднадзор

В системах эпиднадзора за факторами риска имеются недостатки. Стандартизированные инструменты не используются повсеместно в Регионе, что усложняет как мониторинг тенденций и особенностей эпиднадзора внутри стран, так и проведение сравнений между странами. К примеру, сравнимые на международном уровне данные по степени физической активности начали собирать в Регионе только в последние годы. Половина стран мира не имеют минимальной информации о потреблении табака среди молодежи (70). Потребление алкоголя и особенности рациона питания оценивают с использованием множества различных источников.

Необходимо инвестировать в системы эпиднадзора за рисками, чтобы они могли собирать надежные национальные данные по факторам риска и проводить мониторинг тенденций, оценку вмешательств, создавать доказательную базу для разработки политики и проводить международные сравнения. Поэтому приветствуются такие инициативы, как Европейская информационная система “Алкоголь и здоровье”, которая является частью Глобальной информационной системы “Алкоголь и здоровье” и использует те же индикаторы. Система станет общедоступной с конца 2009 г. и будет включать данные по уровням потребления, наносимому вреду и стратегиям борьбы.

Социальные детерминанты здоровья

Социальные детерминанты здоровья – это социальные условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют (83), определяющие их здоровье, риск возникновения тех или иных болезней и их исход. Эти социальные факторы могут включать занятость и условия труда, условия жизни, наличие служб охраны здоровья и социальной защиты и доступ к ним, уровень образования, степень социальной сплоченности и наличие социальных связей. Они включают представление о том, как социальное положение, пол, возраст, этнические нормы и ценности, а также наличие дискриминации связаны с другими детерминантами здоровья, увеличивая уязвимость и риски, которые приводят к неравенствам в отношении здоровья (84).

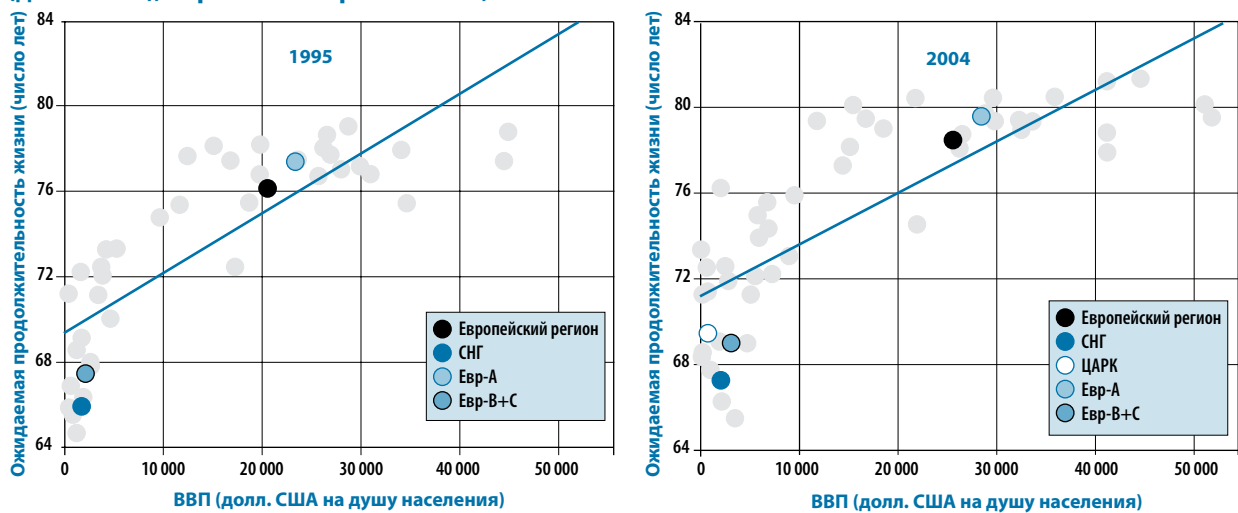
Пандемия гриппа (H1N1) - 2009, резкий экономический спад, тяжелые последствия изменений климата и продовольственный кризис 2008–2009 гг. особенно ясно указали на необходимость воздействия на социально обусловленные неравенства в отношении здоровья. Социально неблагополучные группы населения подвержены большему риску пандемических заболеваний. Увеличилось число людей, оказавшихся в нищете, пострадавших от продовольственной нестабильности и безработицы; по оценкам Международной организации труда, безработица в 2009 г. в странах Европы и Центральной Азии вырастет на 8 млн. человек (85). Уровень безработицы в ЕС вырос с 6,8% в апреле 2008 г. до 8,9% в мае 2009 г. (86).

Устойчивый интерес к социальным детерминантам здоровья и приверженность воздействию на них возросли в связи с важностью их влияния на здоровье и особенно на возможность людей прожить более долгую и здоровую жизнь (87). Это отражено в принципах и функциях Устава ВОЗ (88). Деятельность ВОЗ совместно с другими специализированными учреждениями ООН по улучшению питания, жилищных и санитарных условий, рекреационных и/или экономических условий или условий труда там, где это необходимо, имеет важнейшее значение для выполнения цели по достижению всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья. Работа ВОЗ по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, ее стратегия “Здоровье для всех”, деятельность по укреплению здоровья и другие программы определяются мандатом этой Организации.

Несмотря на то, что состояние здоровья в целом по Региону улучшилось (39) (см. выше, в разделе, посвященном основным показателям состояния здоровья населения), это улучшение неравномерно распространяется на все население. Социально обусловленные разрывы существуют как между странами, так и внутри них. Внутри стран среди населения сельских и отдаленных районов наблюдаются более высокие показатели смертности, чем среди городского населения, и эти показатели различаются в зависимости от этнической принадлежности и социально-экономического статуса (85). Неравенство,

обусловленное социальными детерминантами здоровья, заключается не только в уменьшении продолжительности жизни и увеличении смертности, но оно также касается заболеваемости, измеряемой путем оценки людьми своего состояния здоровья, числа прожитых лет с хорошим здоровьем, распространенности неинфекционных заболеваний, поведения, связанного со здоровьем, и доступа к услугам здравоохранения (89,90). К сожалению, неравенства в отношении здоровья увеличились как между странами, так и между группами населения внутри стран (38,91) (рис. 2.17).

Рисунок 2.17. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и ВВП на душу населения (долл. США), Европейский регион ВОЗ, 1995 г. и 2004 г.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

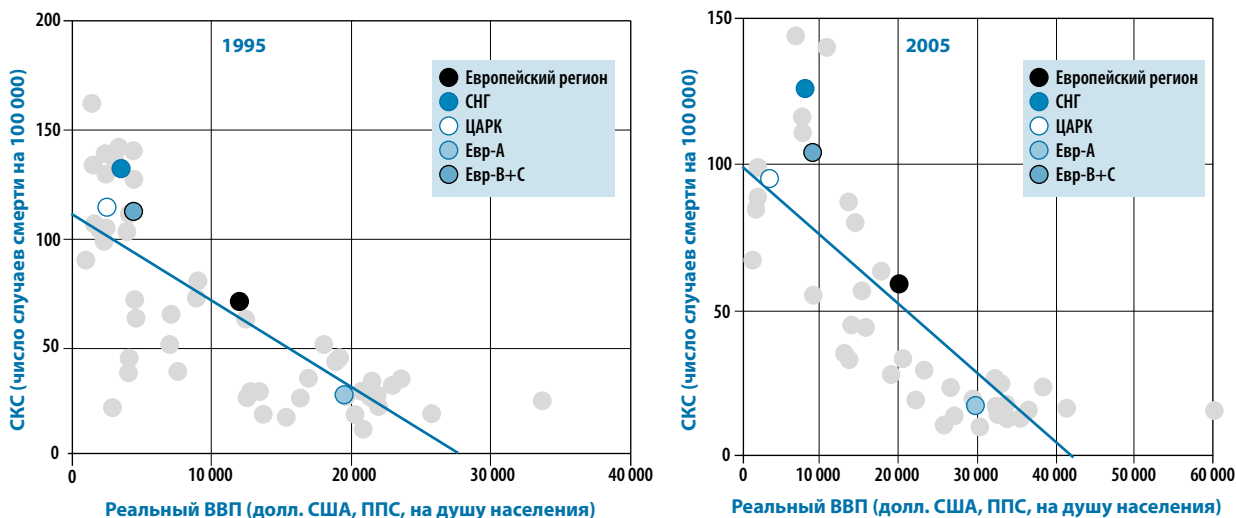
Социальные условия, влияющие на здоровье на разных этапах жизни

Бедность принадлежит к ключевым социальным детерминантам, объясняющим неравенства в отношении здоровья между наиболее и наименее обеспеченными странами и группами населения. Различия в состоянии здоровья, кроме того, четко соответствуют положению индивида на социальной лестнице, что, в свою очередь, отражает его положение или положение популяционной группы в обществе и вытекающие из этого различия в результатах в отношении здоровья. Эти различия связаны с более низким уровнем образования и служебного положения, худшими жилищными условиями, ограниченным участием в деятельности гражданского общества и ощущением ограниченного контроля над собственной жизнью (6). Различия в возможностях в отношении здоровья затрагивают страны как с более высоким, так и с более низким уровнем доходов (92).

Имеющиеся по странам восточной части Региона данные, касающиеся связанных со здоровьем ЦРТ (16) и бремени неинфекционных заболеваний, демонстрируют различия, обусловленные социально-экономическим уровнем, полом и географическим положением (93,94) (рис. 2.18).

Представленные данные указывают на то, что люди, живущие в бедности, мигранты, внутренне перемещенные лица и представители этнических меньшинств систематически оказываются в менее благоприятных условиях (94,95). Ограниченный доступ к услугам здравоохранения и слабость социальной системы здравоохранения способствуют

Рисунок 2.18. Ишемическая болезнь сердца у людей в возрасте от 0 до 64 лет: СКС на 100 000 и ВВП на душу населения (в международных долларах), Европейский регион ВОЗ, 1995 г. и 2005 г.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

подобным неравенствам в отношении здоровья. Установлено, что там, где социальная система охраны здоровья слаба, а системы здравоохранения сильно зависят от оплаты услуг из собственных средств пациентов, катастрофические расходы на здравоохранения увеличивают долю бедного населения на 3–9 процентных пункта (96).

Безработица, вредные условия труда и ненадежность трудоустройства, включая неофициальные и временные условия найма, детский или принудительный труд, – все это ассоциируется с плохим состоянием здоровья. Работающие в профессиях более низкого статуса в большей степени подвержены профессиональным рискам, которые воздействуют на физическое и психическое состояние. Стресс на работе связан с повышением риска ишемической болезни сердца на 50%, а фактические данные постоянно указывают на то, что высокие требования к работе, низкий контроль и дисбаланс между прилагаемыми усилиями и вознаграждением являются факторами риска психического и физического нездоровья (97). О таких выводах систематически сообщается из всех стран Региона. Например, данные по Швеции указывают на то, что уровни смертности и нездоровья гораздо выше среди менее квалифицированных работников, чем среди офисных сотрудников, занимающих руководящие должности (97). В Венгрии различия в уровнях смертности от сердечно-сосудистых заболеваний для людей в возрасте 45–64 лет во многом обусловлены неблагоприятными условиями труда и другими психологическими и социальными условиями, приводящими к стрессу (98).

Растущая глобализация расширила использование гибких схем использования кадров. Это часто приводит к менее надежным условиям найма работников, включая контракты на фиксированный срок, временные контракты и работу без контракта. Подобные условия найма отрицательно сказываются на психическом здоровье и чаще встречаются среди женщин, а также среди мужчин, занятых ручным трудом (99).

Изменения в структуре занятости по-разному затрагивают женщин и мужчин в зависимости от гендерного распределения профессий в стране. Мужчины обычно

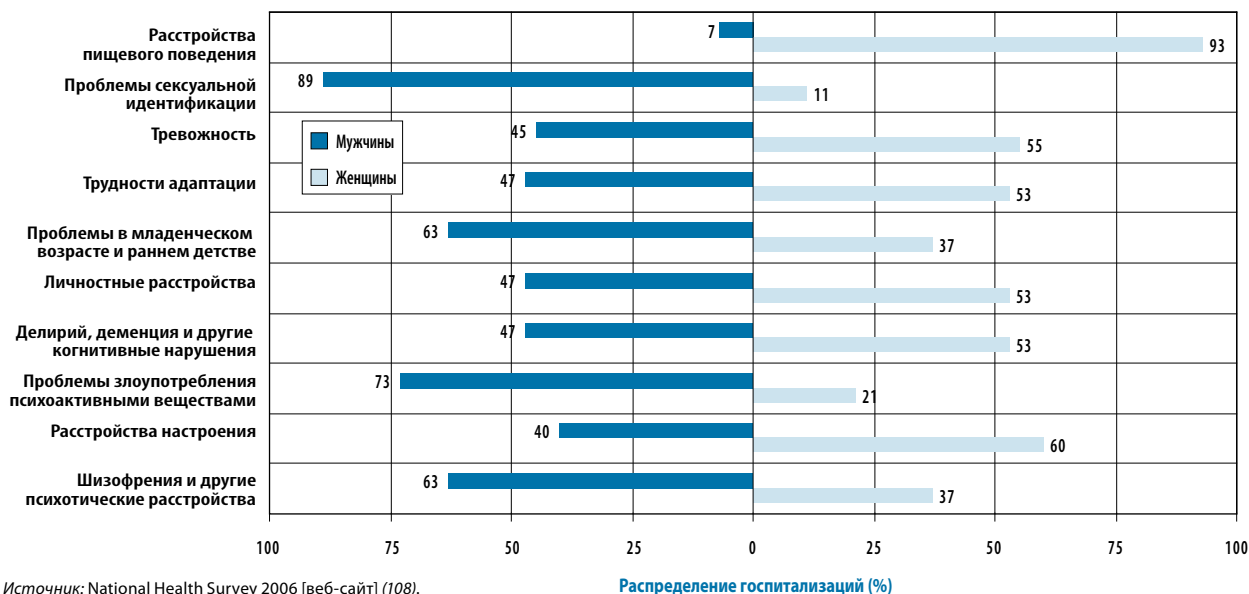
в большей степени уязвимы в экономиках, где доминируют строительство и производство товаров длительного пользования, тогда как можно ожидать, что сокращения в государственном секторе, непропорционально повысят безработицу среди женщин (100). Улучшение гигиены труда, проведение мероприятий по охране здоровья и просвещению на рабочих местах может снизить уровень временной нетрудоспособности, улучшить результаты в отношении здоровья для всех социально-экономических групп и способствовать сокращению неравенств в отношении здоровья (97).

Согласно оценкам, в Европейском регионе проживают 72 млн. международных мигрантов (101); в глобальном масштабе этот показатель составляет 210 млн. (102). Мигранты, хуже обеспеченные в социально-экономическом плане и испытывающие воздействие других неблагоприятных обстоятельств, могут столкнуться с множеством факторов, которые вредят здоровью. Мигранты могут быть особенно уязвимыми к таким нарушениям здоровья, как профессиональные заболевания, болезни органов дыхания и инфекции (например, ТБ или гепатит), расстройства питания, плохое репродуктивное и сексуальное здоровье и психические нарушения. Все эти проблемы усугубляются ограниченным доступом к услугам здравоохранения и другим социальным службам (103).

Хотя в Европейском регионе зарегистрирован самый высокий по сравнению с другими Регионами ВОЗ индекс развития с учетом гендерного фактора (104), несправедливость, обусловленная гендером, глубока, на что указывает недостаточное представительство женщин в руководящих органах. Например, мужчины занимают 76% мест в национальных парламентах и составляют 85% членства в составе руководящих структур в ассоциациях работодателей и профсоюзах, которые принимают участие в обсуждениях, переговорах и совместных действиях, в том числе с организациями ЕС (105). Как уже отмечалось, неравенства в отношении здоровья отражают повышенную уязвимость мужчин в отношении смертности от всех причин, онкологических заболеваний и внешних причин, а женщин – в отношении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (106). Между мужчинами и женщинами широко распространены также различия в доступе к услугам здравоохранения и лечению. В Швеции, где зарегистрирован самый высокий индекс развития с учетом гендерного фактора, следующие вмешательства менее доступны для женщин: диализ и пересадка почки; направление на бронхоскопию; операции в связи с артритом колена или бедра; операции по поводу катаракты; некоторые виды лечения сердечно-сосудистых заболеваний; фототерапия для лечения псориаза и экземы; лечение в специализированных отделениях для пациентов с инсультом; многие новые и дорогие лекарственные препараты. Более того, время ожидания женщинами визита к врачу общей практики больше как при острых, так и при неострых состояниях (107). Также могут наблюдаться значительные гендерные различия в группах отдельных болезней по всему спектру специфических состояний. На рис. 2.19 показаны различия в уровнях госпитализации в связи с психическими нарушениями между мужчинами и женщинами в Испании (108).

Исследование, проведенное в 22 странах Региона, показало, что уровень смертности выше среди людей с более низким уровнем образования, однако степень этого неравенства существенно различается между странами. Например, сравнительный индекс неравенства между мужчинами с самым низким и самым высоким уровнем образования в странах ЕС-15 составляет 2. Для трех стран ЕС-12 сравнительный индекс неравенства для мужчин – 4 и выше (109).

Рисунок 2.19. Процентное распределение госпитализаций при психических нарушениях в разбивке по диагнозу и полу, Испания



Неравенства в отношении здоровья сохраняются на протяжении всей жизни человека (110). Подход, охватывающий все этапы жизни, позволяет оценить социальные детерминанты здоровья и определить, обладают ли они более выраженным воздействием на каком-либо из этих этапов. Вмешательства, воздействующие на социальные детерминанты неравенств в отношении здоровья следует отбирать с учетом наилучшего периода жизни для их проведения (111,112).

Когортное исследование, проведенное в Соединенном Королевстве в 1958 г., было посвящено изучению отношений между здоровьем в зрелом возрасте и социально-экономическим статусом при рождении на четырех этапах жизни (рождение, 16 лет, 23 и 33 года), в качестве критерия использовалась самооценка состояния здоровья. Хотя изменения в социально-экономическом статусе в течение жизни, например более высокий уровень образования, обладает определенным эффектом, улучшение социально-экономического статуса во взрослом возрасте не может полностью компенсировать влияние неблагоприятных условий в начале жизни (113). Исследование показало, что ни один из этапов жизни не доминирует, но суммарный эффект или продолжительность воздействия является сильным прогностическим фактором состояния здоровья при вступлении в зрелый возраст. Недавно полученные фактические данные указывают на то, что хотя продолжительность воздействия имеет значение, социальные детерминанты здоровья (включая гендер) обладают особо сильным эффектом в раннем детстве (112).

Раннее детство считается самым важным этапом развития человека. Здоровое раннее развитие ребенка охватывает физическую, социальную (эмоциональную и языковую) и когнитивную сферы, каждая из которых одинаково важна. Развитие на раннем этапе жизни оказывает значительное влияние на такие различные показатели в течение жизни, как общее благополучие, развитие ожирение или задержка роста, психическое здоровье, развитие болезней сердца, уровень грамотности, совершение преступлений, участие в экономической деятельности. То, что происходит с детьми в ранние годы

жизни, имеет важнейшее значение для общего направления их развития и всей их будущей жизни (114). Такие внешние факторы, как бедность, влияют на когнитивное, социальное и эмоциональное развитие и сказываются на всей последующей жизни. Этот процесс начинается, когда ребенок еще находится в утробе матери; такие социальные детерминанты, как образовательный уровень матери, семейный доход и бедность, влияют на выживаемость и развитие ребенка в раннем возрасте (115).

Несмотря на общее снижение детской смертности, показатели смертности и здоровья у детей раннего возраста значительно различаются по странам Европейского региона и внутри самих стран. Например, несмотря на известные ограничения данных (91), коэффициенты смертности для детей младше 5 лет отличаются по странам в 40 раз. Для ребенка, рожденного в стране, входящей в СНГ, вероятность умереть до достижения возраста 5 лет в три раза выше, чем для ребенка, рожденного в стране, входящей в ЕС. Внутри стран среди групп населения, живущих в сельских и отдаленных районах, регистрируется более высокий уровень смертности, чем среди жителей городов; коэффициенты также различаются в зависимости от этнической принадлежности и социально-экономического статуса (95), включая бедность.

Наличие у ребенка способности эффективно обучаться и пользоваться преимуществами образования может сказываться на последующем когнитивном, эмоциональном и социальном развитии на протяжении всей жизни. Определяющими факторами здесь являются: недостаточное питание в раннем возрасте, дефицит йода, воздействие токсических веществ, содержащихся в окружающей среде (таких, как продукты сгорания топлива, которое используется для приготовления пищи и ухудшает качество воздуха в помещении), стресс, а также недостаточная стимуляция и социальное взаимодействие (116). Эти биологические и психологические факторы риска не только представляют опасность для нормального развития, они также часто обуславливаются социальными факторами, например гендерным неравенством, низким образовательным уровнем матери, недостаточным доступом к услугам и бедностью (117). Хотя влияние всех этих факторов риска может быть значительным, вмешательства на ранних этапах могут изменить ситуацию – как благодаря прямому воздействию на такие факторы риска, как недостаточное питание и недостаток йода, так и путем воздействия на социальные детерминанты факторов риска, особенно на бедность и гендерную несправедливость. В целом, чем раньше осуществляются вмешательства, чем больше пользы они принесут (116).

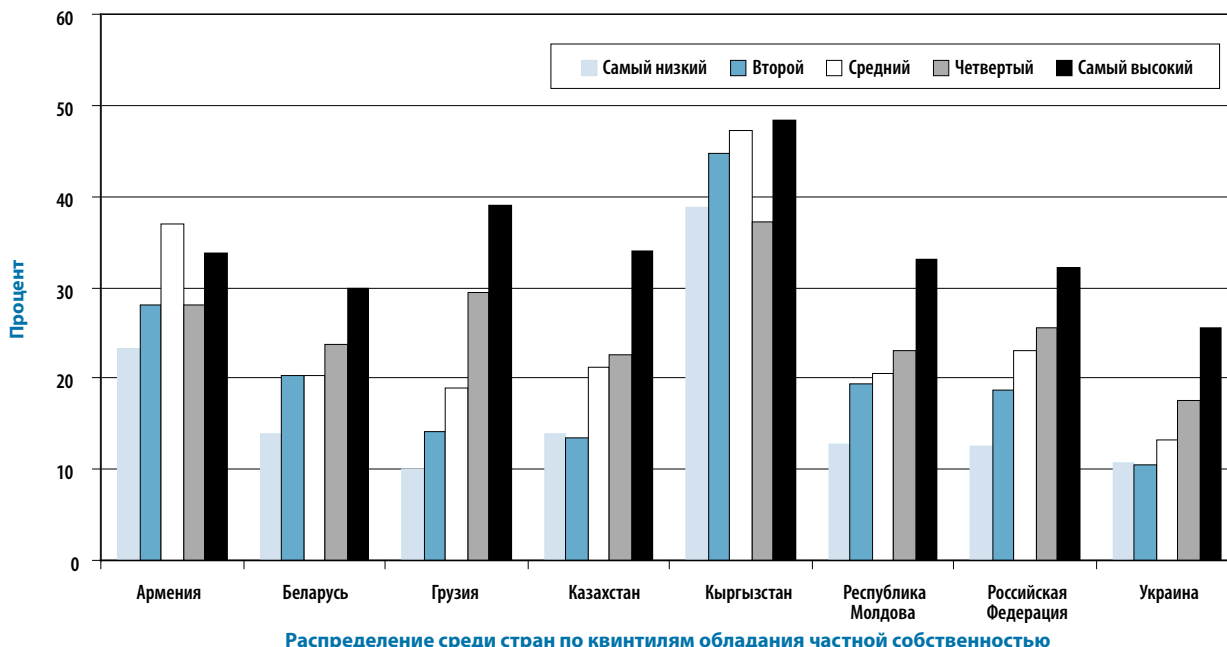
Борьба с бедностью, в которой находятся дети, и противодействие распространению бедности и социального исключения из поколения в поколение (118) имеют большое значение, так как дефицит доходов у взрослого населения, достигающий до 20%, будет влиять на развитие страны (116). Инвестиции в развитие ребенка на ранних этапах жизни могут способствовать тому, что больше детей станут здоровыми взрослыми, которые смогут внести положительный вклад в развитие общества. Состояние здоровья населения в обществах, инвестирующих в детей и семьи на ранних этапах жизни ребенка, лучше, а неравенства в отношении здоровья менее выражены (6,114,115,119,120).

Тем не менее, по всему Региону дети продолжают непропорционально подвергаться воздействию бедности. Например, в ЕС 19% детей подвергаются риску бедности, которая определяется проживанием в семье с уравненным доходом, составляющем меньше 60% уравненного медианного дохода по стране (118). Кроме того, в некоторых странах Региона распространенность недоедания и недостаточного потребления микроэлементов среди детей остается высокой и является вопросом, требующим срочного внимания общественного здравоохранения, особенно если учесть их связь с неудовлетворительными

результатами в отношении здоровья и развития, а в долгосрочной перспективе – с утратой потенциала для развития (95).

Социальная изоляция была определена как важная социальная детерминанта здоровья в Европейском регионе на основании ее воздействия на здоровье, благосостояние и жизненные возможности. Wilkinson и Marmot (121) соглашаются с выводом о том, что “бедность, социальная изоляция и дискриминация, являясь источником лишений и обид, уносят жизни” (122). Социальная изоляция тесно связана не только с низкими доходами, бедностью или финансовыми барьерами на пути доступа к услугам. Она также определяется такими факторами, как чувство контроля (рис. 2.20) (123). Farrell et al. (124) утверждают, что при социальной изоляции “...речь идет об изоляции от участия в жизни общества, от власти и принятия решений. Она наносит вред затронутым индивидам и сообществам; она наносит вред обществу в целом и ассоциируется с более низкими результатами в отношении здоровья”. Например, бездомные лица могут откладывать обращение за медицинской помощью по поводу болезней, которые в основном можно предотвратить, не из-за финансовых барьеров, а из-за того, что они либо на собственном опыте убедились, что могут подвергнуться дискриминации и изоляции со стороны системы и поставщиков услуг, либо опасаются этого (125).

Рисунок 2.20. Распределение социального капитала, измеренного с помощью оценки субъективно воспринимаемого контроля над своей жизнью (процент респондентов, сообщивших о “значительном контроле”) в разбивке по квинтилям обладания частной собственностью в восьми странах СНГ



Источник: данные из работы Suhrcke et al. (123).

По результатам исследования за 2004 г., проведенного по заказу Европейской комиссии и основанного на наблюдаемой в настоящее время картине смертности в разбивке по образовательному уровню, потери общества из-за неравенств в отношении здоровья значительны (126). Например, 707 000 смертей в год обусловлено неравенством в отношении здоровья в странах, входящих сегодня в ЕС, за исключением Болгарии

и Румынии. Из-за этих смертей ежегодно теряется около 11,4 млн. лет жизни. Аналогично, более 33 млн. случаев нарушений здоровья ассоциировались ежегодно с неравенством в отношении здоровья. Согласно оценкам, в странах, входящих сегодня в ЕС (за исключением Болгарии и Румынии), неравенство снижает ожидаемую продолжительность жизни при рождении для взрослых на 1,84 года, а ожидаемую продолжительность здоровой жизни – на 5,14 года. Кроме того, социально-экономические неравенства в отношении здоровья, по всей вероятности, будут иметь серьезные экономические последствия. Оценки связанных с неравенством потерь для здоровья как потерь средств производства (что ведет к более низкой производительности труда) кажутся невысокими в относительном выражении (1,4% ВВП), но высоки в абсолютных значениях (141 млрд. евро в год) (126).

Потенциальное поле деятельности, направленной на социальные детерминанты здоровья, растет. Проблемы и пробелы в отношении фактических данных остаются, особенно при оценке неравенств на протяжении жизни и получении более качественных данных по вопросам гендерной и этнической принадлежности (6,91,92). Однако подходы к оценке и фактические данные в этой области за последние несколько лет значительно улучшились: растет объем данных, не только указывающих на необходимость действий, но и показывающих, что именно можно сделать (6,125), как следует из заключительного доклада и деятельности Комиссии по социальным детерминантам здоровья (6).

Резолюция Исполнительного комитета ВОЗ EB124.R6 по уменьшению несправедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты здоровья (127) строится на данных заключительного доклада Комиссии. В ее основе лежит традиционная приверженность ВОЗ принципу справедливости и действиям, направленным на детерминанты здоровья. Ее положения перекликаются с Таллиннской хартией (36), воплощающей приверженность государств – членов Европейского региона укреплению систем здравоохранения, в целях сокращения социально обусловленных неравенств в отношении здоровья путем принятия мер, основанных на общих ценностях солидарности, справедливости и широкого участия, таких как увеличение объема инвестиций во всех секторах, которые влияют на здоровье; использование первичной медико-санитарной помощи в качестве платформы для межсекторального и междисциплинарного сотрудничества; уделение необходимого внимания потребностям малообеспеченных слоев населения и предотвращение обнищания в результате нездоровья.

Необходимость воздействия на социальные детерминанты здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья занимает важное место в повестке дня как ВОЗ, так и стран Европы. Это особенно важно в сегодняшних экономических условиях, когда руководителям необходимо определить, как инвестировать, чтобы наилучшим образом воздействовать на ключевые социальные детерминанты и предотвратить углубление неравенств (128).

Современные и будущие проблемы

Хотя общая ситуация со здоровьем населения в Европейском регионе в последние десятилетия продолжала улучшаться, в странах наблюдаются значительные демографические, эпидемиологические и связанные с предоставлением медицинской помощи изменения, которые будут определять нарушения здоровья и проблемы, с которыми столкнутся системы здравоохранения Региона в будущем.

Контроль инфекционных болезней, отсрочка развития хронических неинфекционных заболеваний и соответствующее снижение преждевременной смертности положительно сказались на здоровье населения и привело к увеличению продолжительности жизни. Однако несмотря на внедрение новых, более эффективных медицинских технологий и методов лечения, ограничивающих острые состояния и смертность, частота и распространенность снизились в отношении только некоторых неинфекционных заболеваний, но не в целом, что отражается в росте частоты случаев инвалидности. В связи с этим и наряду с необходимостью более длительного лечения и растущей стоимостью услуг, к системам здравоохранения могут предъявляться дополнительные требования, требующие адаптации. Если эти тенденции будут продолжаться или ухудшаться, давление на системы здравоохранения приведет к сложной ситуации, которую будет трудно преодолеть. В противоположность этому, существуют альтернативные, более оптимистические сценарии. Они заключаются в том, что улучшение качества долгосрочного ухода и изменения в направлении более здорового образа жизни и поведения, начиная с ранних лет жизни, возможно, снизят реальную нагрузку на системы здравоохранения.

В этом разделе освещены некоторые из этих сложных проблем и выдвинуты предположения относительно их возможного взаимодействия. Подобные знания и фактические данные необходимы для принятия решений о том, какие вмешательства требуются для дальнейшего улучшения здоровья жителей Региона.

Изменение демографической ситуации в Европейском регионе

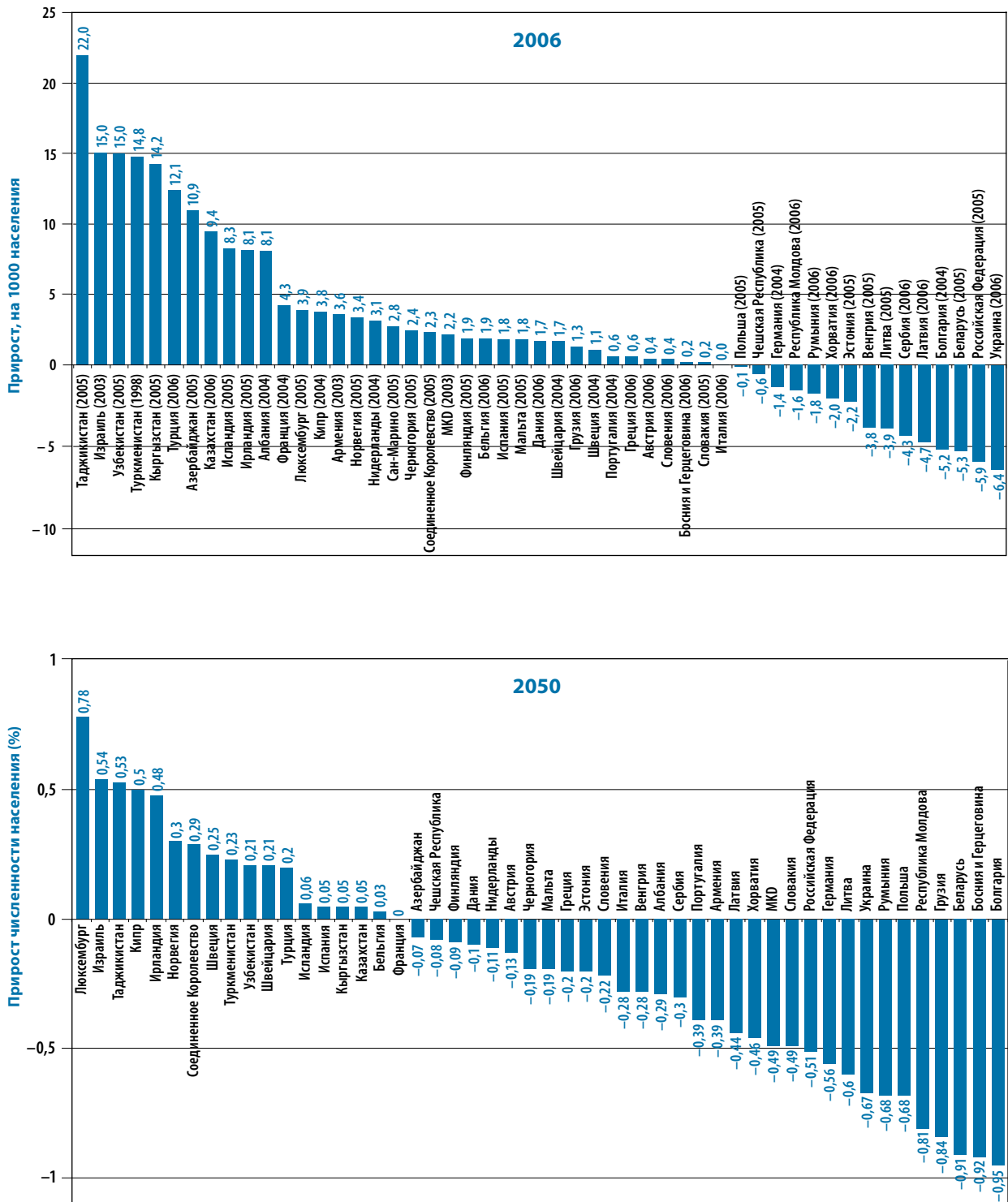
В странах Региона происходит серьезные демографические изменения, характеризующиеся замедлением роста численности и увеличением продолжительности жизни населения. Считается, что по сравнению с другими регионами ВОЗ Европа находится в стадии относительной стабильности, когда фертильность и смертность сбалансированы. Тем не менее, некоторые обстоятельства, включая крайне низкие уровни фертильности, растущее старение населения и иммиграция, создают дополнительное демографическое давление, которое требует внимания и стратегий для контроля потенциальных последствий для систем здравоохранения и социальной защиты.

Динамика и распределение населения

В 2007 г. население 53 стран Европейского региона ВОЗ составляло 883,5 млн. человек, что означает прирост примерно на 9 млн. (1%) с 2003 г. (4). Фертильность продолжала снижаться; средние показатели составляли в 2007 г. 1,6 ребенка на женщину детородного возраста. Однако между группами стран показатели фертильности варьировали от 1,3 в странах ЕС-12 до 2,4 в ЦАРК. Прирост населения в целом по Региону замедлился до среднегодового значения 0,1%, а в 17 странах, в основном в восточной части Региона, уже наблюдается естественная убыль, составляющая 0,1% или больше (рис. 2.21). Если наблюдаемые в настоящий момент тенденции сохранятся, численность населения при условии среднего уровня фертильности (129), согласно прогнозам, несколько возрастет, достигнув в 2030 г. пика в 904,7 млн. (прирост 2%), а затем к 2050 г. снизится до 886,3 млн.

В 2005 г. 70% населения Европейского региона проживало в городах (130). Эта доля больше в странах ЕС-15 (76%), чем в странах СНГ (64%) и ЦАРК (41%). Согласно прогнозам, процесс урбанизации будет продолжаться со скоростью 0,2 процентных пункта в год до 2030 г., в результате чего 80% населения будет проживать в городах. В целом, городские и сельские районы различаются по структуре населения, образовательному уровню,

Рисунок 2.21. Рост численности населения Европейского региона ВОЗ, 2006 г. или последний год с наличием данных и прогноз на 2050 г.



Примечание. MKD – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македония.
 Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4) и United Nations Population Division (129).

образу жизни, профессиональной квалификации и подверженности факторам риска окружающей среды; все эти факторы могут влиять на состояние здоровья и доступ к услугам здравоохранения (131).

В последние два десятилетия в Регионе произошли дополнительные важные изменения в составе населения, связанные с процессами миграции, и ожидается, что эта тенденция будет сохраняться. Хотя точную информацию о миграционных потоках получить трудно, так как миграция отчасти носит нелегальный характер, согласно оценкам, около 1 млн. иммигрантов приезжают в страны ЕС (особенно в страны с более высоким уровнем доходов) из соседних регионов, (102,132). Этот наплыв мигрантов обеспечивал почти 70% прироста населения и в меньшей степени влиял на уровни занятости. Хотя долгосрочное влияние иммиграции на прирост и структуру населения до сих пор остается неясным, системы здравоохранения и другие социальные сектора должны будут уделять дополнительное внимание существующим и будущим потребностям этой части населения, которое обычно является более молодым, менее материально обеспеченным, в большей степени страдает от различных болезней и имеет ограниченный доступ к медицинским услугам (131).

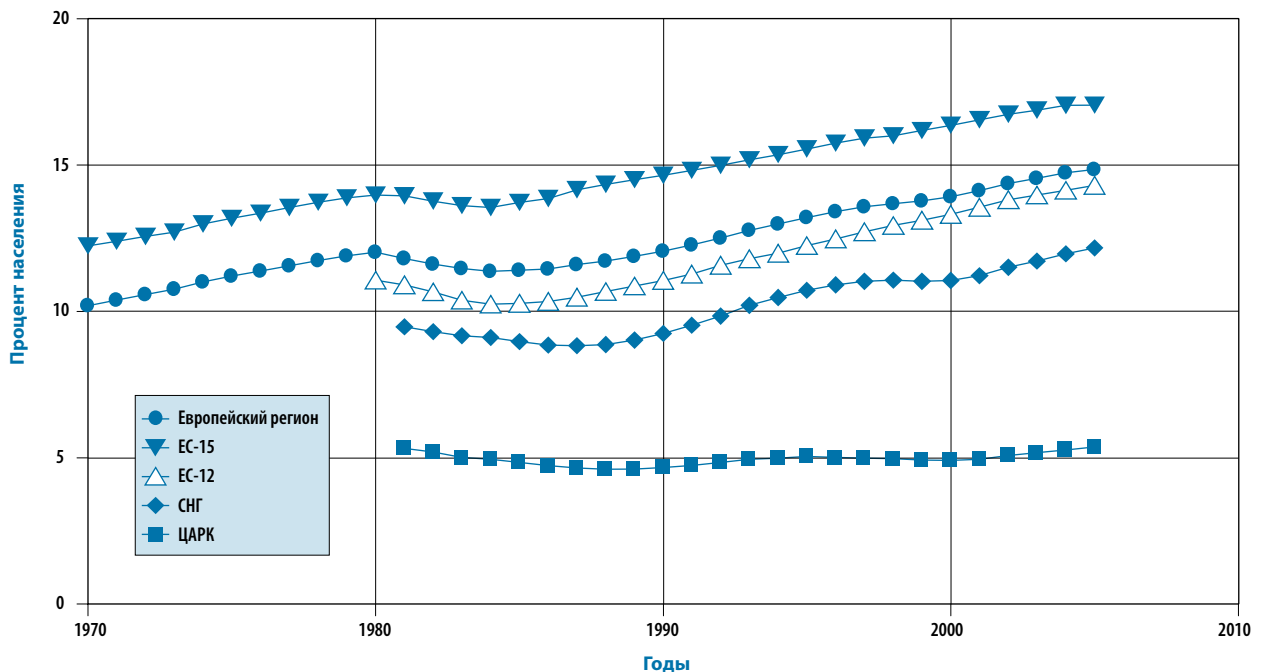
Увеличение продолжительности жизни в Регионе связано со снижением частоты некоторых хронических неинфекционных заболеваний, улучшением качества медицинского обслуживания и резким снижением фертильности (за исключением некоторых стран, как уже было указано выше) (133). В целом, уровень фертильности в настоящий момент намного ниже уровня, необходимого для возмещения естественной убыли населения – 2,1 ребенка на женщину детородного возраста. В совокупности, эти факторы привели к снижению роста численности и старению населения. Сегодня меньше 17% населения Региона младше 15 лет, а около 16% (приблизительно 138 млн. человек) старше 65 лет (рис. 2.22). При этом численность людей старше 65 лет растет более высокими темпами, чем остального населения. К 2050 г. ожидается, что более 27% населения (почти 240 млн. человек) будет в возрасте 65 лет и старше. Исходя из вышеуказанных цифр, предполагается, что общий коэффициент демографической нагрузки⁴ в Регионе возрастет с 47% в 2007 до 74% в 2050 г. (128).

Соотношение численности мужчин и женщин в Регионе в 2006 г. приближалось к 1,0, однако варьирует в зависимости от возраста: от 1,1 среди детей до 15 лет до 0,7 в возрастной группе 65 и старше, и 0,4 в возрасте 85 и старше (или 2,5 женщины на одного мужчину). Согласно прогнозам, к 2050 г. соотношение в группах от 0 до 14 и 65 лет и старше останется аналогичным, но для группы 85 лет и старше оно должно увеличиться до 0,5 (129).

Существующая ситуация, прогнозируемый рост населения и тенденции его старения часто значительно различаются по странам. Например, возрастная пирамида населения стран СНГ в 2005 г. имеет небольшое основание – возраст до 10 лет, затем резкое увеличение – возраст до 15 лет, и затем колебания численности в группах трудоспособного возраста; доля старших возрастных групп быстро снижается на отметке 70 лет (рис. 2.23). В странах ЕС-15 наблюдаются более мягкие переходы. При рассмотрении прогнозов на 2050 г., в странах СНГ насчитывается меньше людей более старшего возраста: 20% в возрасте 65 лет и старше; это заметно контрастирует с долей этого населения в странах ЕС-15, составляющей почти

⁴ Коэффициент демографической нагрузки – это отношение общей численности населения в возрасте от 0 до 14 лет и 65 лет и старше к населению в возрасте от 15 до 64 лет – предположительно, экономически активной группе. Он выражается как число иждивенцев на 100 человек в возрасте от 15 до 64 лет.

Рисунок 2.22. Процент населения в возрасте 65 лет и старше в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1970–2005 гг.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (4).

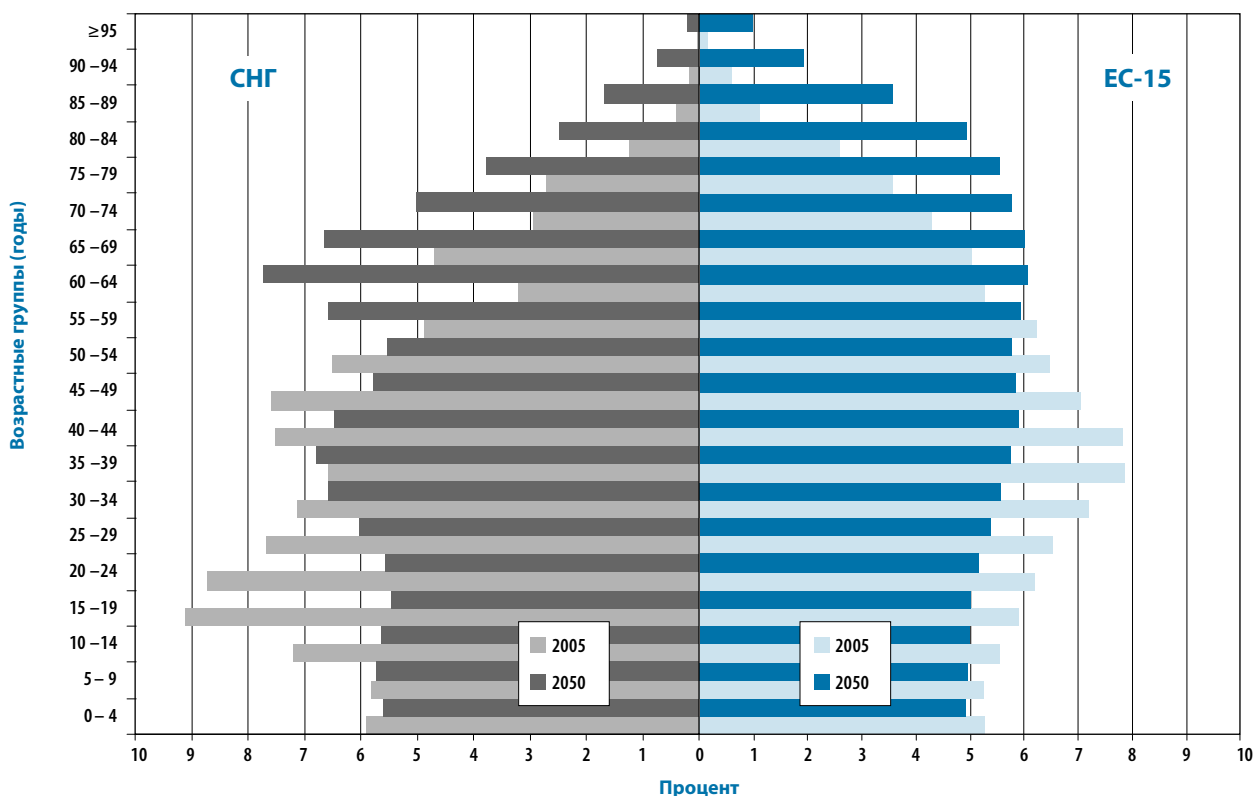
30%. Соотношение числа мужчин и женщин в странах ЕС-15 в 2006 г., согласно оценкам, составляло 1,1 для людей в возрасте до 15 лет и 0,8 для людей 65 лет и старше. В странах СНГ это соотношение составляло, соответственно, 1,2 и 0,8.

Проблемы и последствия для будущего

Старение населения Региона за последнее десятилетие (с увеличением на 13% численности людей в возрасте 65 лет и старше) отражает рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 2,5 года начиная с 1990 г. (увеличение 3%) и улучшение условий жизни и состояния здоровья в целом. Вместе с тем, рост численности населения старших возрастов может иметь негативные последствия. В предстоящие годы старение населения, низкий уровень фертильности и более позднее возникновение неинфекционных заболеваний изменит или увеличит нагрузку на системы здравоохранения стран. Так как тенденции в отношении здоровья у пожилых людей имеют комплексный характер, то представление о том, как старение скажется на системах здравоохранения и здоровье населения в целом, все еще остается неопределенным (134). Согласно оценкам, у 20% населения ЕС зарегистрировано длительное заболевание или инвалидность, но самый высокий и самый низкий показатель в странах различаются в три раза (135). Фактические данные указывают на то, что доля пожилых людей с инвалидностью в странах ЕС снижается, но абсолютные значения будут расти, так как будет расти численность пожилого населения. Между тем, частота большинства хронических состояний продолжает расти с возрастом, и в большинстве стран Региона почти 75% людей в возрасте 65 лет и старше умрут от сердечно-сосудистых заболеваний или рака.

Эти тенденции также наблюдаются внутри стран, осложняя интерпретацию данных и прогнозы. С учетом значительных изменений в заболеваемости, инвалидности и

Рисунок 2.23. Возрастная структура населения (возрастная пирамида) в странах СНГ и ЕС-15, 2005 г. и 2050 г. (прогноз)



Источник: United Nations Population Division (129).

уязвимости, определяющих качество жизни, были очерчены возможные сценарии. В основе первого сценария лежит положение о том, что люди живут дольше, но с хроническими заболеваниями или их последствиями, аккумулируя, таким образом, нездоровье, что, в свою очередь, увеличивает потребность в услугах здравоохранения. Второй сценарий, который, в целом, считается более вероятным, прогнозирует снижение тяжести инвалидизирующих состояний в трудоспособном возрасте в сочетании с ростом легких форм функциональных ограничений. Так как может наблюдаться компрессия заболеваемости – уплотнение бремени болезней в последние годы жизни из-за отсрочки начала болезней – возможно, это не повлияет на общую потребность в медицинском обслуживании. Последняя и более оптимистическая альтернатива заключается в том, что улучшение образа жизни населения и отодвинутые во времени заболеваемость и инвалидность создадут условия для снижения потребностей в услугах здравоохранения, подтвердив гипотезу компрессии заболеваемости, что позволит сэкономить расходы системы здравоохранения.

Несмотря на снижение уровней хронических болезней, экономическое бремя растущего старения населения на системы здравоохранения может привести в некоторых странах к двукратному увеличению существующих бюджетных расходов из-за увеличения затрат на здравоохранение (133,136,137). Тем не менее, хотя суммарные расходы для пожилого населения могут быть и выше, на индивидуальном уровне это не так: при одном и том же состоянии или заболевании расходы на пожилых людей ниже, чем на молодых, отчасти поскольку пожилые люди получают менее интенсивное лечение (138). Кроме того,

высказывается мнение, что фактором, увеличивающим расходы на здравоохранение, является не собственно старческий возраст, а состояние приближающегося смертельного исхода. В этом вопросе доступные фактические данные (и их оценки) пока слишком противоречивы, чтобы сделать сколько-нибудь точные прогнозы.

Снижение численности экономически активного населения может повлиять на финансирование и устойчивость систем здравоохранения и социальной защиты во многих странах, если учесть, что, предположительно, общие коэффициенты демографической нагрузки увеличатся к 2050 г. почти до трех четвертей населения. По данным Европейской комиссии, старение уменьшит численность экономически активного населения, что, в свою очередь, вызовет снижение ежегодного уровня роста ВВП в странах ЕС с 2,4% в 2004–2010 гг. до 1,2% в 2030–2050 гг. Кроме того, ожидается, что государственные затраты на пенсии и услуги для пожилого населения вырастут на 3–4 процентных пункта ВВП между 2004 и 2050 гг. (134).

Были предложены некоторые стратегические подходы с целью смягчения последствий старения для систем здравоохранения: от вмешательств, направленных непосредственно на систему здравоохранения, до более широких социальных и экономических стратегий. К первой категории относятся:

- приоритизация профилактики наиболее важных хронических болезней и факторов риска путем принятия здорового образа жизни, если не на протяжении всей жизни, то хотя бы с начала среднего возраста;
- нацеливание вмешательств в области здравоохранения на то, чтобы отсрочить начало развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, повышенного кровяного давления и деменции;
- пропаганда заботы о собственном здоровье и самопомощи, а также улучшение качества долгосрочного ухода при более эффективном использовании ресурсов, включая предоставление формальных и неформальных видов помощи; и
- более широкое непосредственное вовлечение пожилых людей в принятие решений и мероприятия (включая экономический выбор), которые влияют на предоставляемую им помощь (132,134,139).

Кроме того, особое внимание необходимо уделять гендерным проблемам и малообеспеченным группам населения. В настоящее время почти на 40% больше женщин по сравнению с мужчинами доживают до 65 лет и старше, и в три раза больше – до 85 лет и старше. Среди малообеспеченных и пожилых людей риск развития почти всех хронических болезней на 30–65% выше, чем среди молодых и обеспеченных (135). Как отмечалось выше, женщины проживают более долгую жизнь при худшем, чем у мужчин, состоянии здоровья, особенно из-за более многочисленных болезней, поэтому для них необходимы интегрированные подходы к оказанию медицинской помощи. Так как для женщин доступ к медицинским услугам, как правило, хуже, чем для мужчин, необходимы меры по расширению доступа женщин к услугам здравоохранения.

В целях ограничения негативных последствий старения населения для общества предлагаются, в частности, следующие социальные и экономические стратегии: увеличение занятости в целом, повышение возраста обязательного выхода на пенсию и расширение занятости пожилых людей, увеличение сбора налогов за счет повышения экономического роста, а также снижение сегодняшних затрат государственного сектора для покрытия роста государственных расходов в будущем (140). Содействие занятости пожилого населения потребует мероприятий по повышению квалификации

и переподготовке (141). Не существует какой-либо отдельной стратегии или комплекса стратегий, которые подходили бы для всего Европейского региона, поэтому решения необходимо принимать с учетом конкретных имеющихся обстоятельств.

Снижение бремени инфекционных болезней

Инфекционные болезни представляют собой серьезную угрозу здоровью человека и международной безопасности. Управляемые инфекции, болезни пищевого происхождения, зоонозы, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи и хронические инфекционные болезни обуславливают значительную часть затрат на здравоохранение (142). Хотя инфекционные болезни и не являются важнейшими причинами смертности и заболеваемости в Европейском регионе, для того, чтобы поддерживать готовность стран и их способность отвечать на вспышки таких болезней и контролировать их, требуются значительные и устойчивые ресурсы.

Новые и вновь приобретающие значение инфекции, склонные к эпидемическому распространению, вызывают серьезную общественную обеспокоенность в странах и в Регионе в целом. Их предупреждение и контроль остается фундаментальной функцией национальных систем общественного здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ разрабатывает нормы и стандарты, руководства и другие инструменты, чтобы помочь странам внедрять эффективные программы по контролю болезней. Кроме того, Региональное бюро оказывает поддержку странам в разработке и внедрении вмешательств, основанных на фактических данных, по оценке бремени болезней и факторов риска, а также по мониторингу достигнутого прогресса в снижении смертности и инвалидности. Это обеспечивается путем интеграции действий с управлением технической информацией и ее распространением для укрепления систем эпиднадзора за инфекционными болезнями, систем реагирования на них, а также для усовершенствования программ и служб общественного здравоохранения.

Тенденции в отношении инфекционных болезней в Европейском регионе

Туберкулез (ТБ)

В 2007 г. в Европейском регионе было зарегистрировано 431 518 новых случаев и 63 765 случаев смерти от ТБ: 49 новых случаев и 7 смертей ежедневно. Страны сообщили о 350 529 новых случаях и случаях рецидива; это означает, что частота уведомления о случае составила 39 на 100 000 населения, демонстрируя небольшое стабильное снижение по сравнению с 43 на 100 000 в 2002 г. Заболеваемость ТБ снизилась с 54 на 100 000 населения в 2006 г. до 51 на 100 000 в 2007 г.; цель – сокращение заболеваемости до 27 на 100 000 к 2015 г. Смертность от ТБ оставалась стабильной: 7,0 на 100 000 населения в 2006 и 2007 гг. по сравнению с целевым показателем – 3,0 на 100 000 к 2015 г. Согласно сообщениям, в 2007 г. охват рекомендованной ВОЗ стратегией ДОТС по борьбе с ТБ составил 75%, а 39 стран сообщили о 100%-ном охвате, включая все 18 приоритетных стран Европейского региона: Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония (143).

Однако контроль ТБ в Регионе далек от оптимального. Общий показатель выявляемости случаев (всех случаев из всех источников) составил 75%, хотя для новых случаев, выявленных на основе положительного результата микроскопии мокроты он составил 55%, отставая от глобального целевого показателя – 70%. Тем не менее, общий уровень

выявляемости показывает, что у 75% людей с ТБ в Регионе заболевание выявлено, в некоторых случаях не при помощи микроскопического исследования мазков, а помощью других методов, например бактериологического или рентгенологического.

Доля новых случаев ТБ с положительным результатом исследования мокроты, которые начали лечение в 2006 г. и были излечены, составила 70% (глобальный целевой показатель 85%). Среди приоритетных в отношении борьбы с ТБ стран Региона самые низкие показатели успешного лечения были зарегистрированы в Российской Федерации (58%), Украине (59%) и Азербайджане (60%). Самыми успешными являются программы лечения в Турции (91%), Кыргызстане (82%) и Узбекистане (81%).

Вызывает беспокойство тот факт, что 43 600 (около 10%) новых случаев ТБ и 43% случаев рецидивов были вызваны штаммами, обладающими множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), и, согласно оценкам, 42 300 больных с вновь диагностированным ТБ являлись ВИЧ-инфицированными (пример действий ВОЗ, направленных на решение этой проблемы – см. вставку 2.2). Высокая частота МЛУ-ТБ – самая высокая в мире – основное препятствие в борьбе с ТБ в Регионе. Из 27 приоритетных в отношении борьбы с ТБ стран, на которые в совокупности приходится 85% расчетного числа случаев МЛУ-ТБ в мире, 15 находятся в Европейском регионе (перечислены в порядке убывания расчетного общего числа случаев): Российская Федерация, Казахстан, Украина, Узбекистан, Таджикистан, Азербайджан, Республика Молдова, Кыргызстан, Беларусь, Грузия, Армения, Литва, Болгария, Латвия и Эстония (144).

На проведенной в Пекине (Китай) в апреле 2009 г. министерской встрече, одним из организаторов которой выступила ВОЗ, внимание было сосредоточено на странах с высоким бременем МЛУ-ТБ и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью. Целью встречи было формирование приверженности – через призыв к действию (145) – которая необходима для значительного расширения усилий по решению этих проблем. Действия заключаются в улучшении качества и ускорении диагностики, укреплении лабораторных сетей и надлежащем применении лекарственных препаратов первого и второго ряда. Встреча была организована на основе решений Европейского министерского форума “Все против туберкулеза”, прошедшего в октябре 2007 г. (146). Результатом этого форума стала

Вставка 2.2. Борьба с ТБ и ВИЧ-инфекцией в странах Балтии

Число вновь диагностированных зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции и МЛУ-ТБ в Латвии, Литве и Эстонии растет. Для решения этой проблемы Региональное бюро организовало проект по расширению масштаба лечения и помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом и ТБ и усилению профилактики в рамках систем здравоохранения этих прибалтийских стран. Цель проекта – снизить уровень передачи ВИЧ-инфекции и ТБ, уязвимость в отношении этих инфекций и их воздействие путем усиления вмешательств на национальном уровне, развития сотрудничества между национальными программами и укрепления способности систем здравоохранения устойчиво адаптироваться для выполнения задач по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Недавно были организованы национальные рабочие группы по ТБ, ВИЧ-инфекции и укреплению систем здравоохранения и проведен обзор национальных стратегий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ.

Кроме того, были разработаны планы действий и стратегические документы для совместных вмешательств в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции и проведена работа по укреплению систем эпиднадзора за этими инфекциями. При поддержке Регионального бюро в каждой из стран проведены детальный анализ затрат и оценка финансовых потоков для определения возможных областей для совместных вмешательств, направленных на борьбу с ТБ и ВИЧ-инфекцией и их экономическими последствиями. Проводились регулярные семинары для оценки и обсуждения прогресса, достижений и сложностей каждой страны, в которых принимали участие три национальные рабочие группы и эксперты ВОЗ.

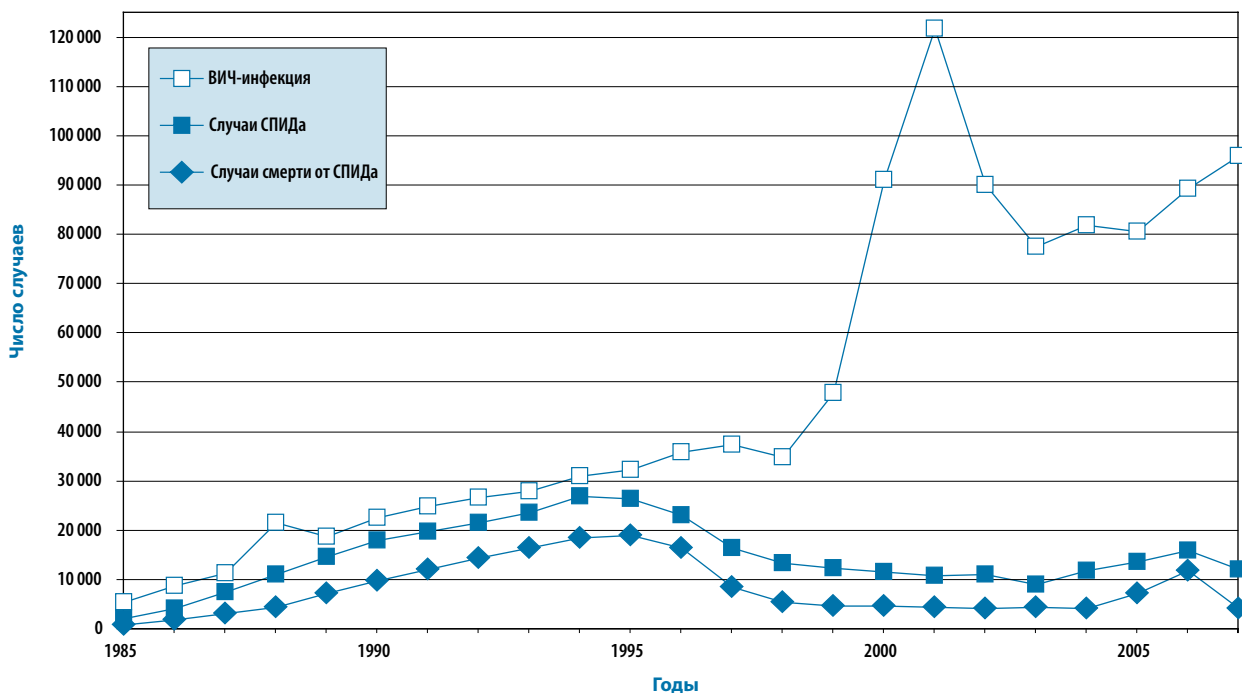
Берлинская декларация по туберкулезу (146), согласно которой государства-члены взяли на себя обязательства принять стратегию “Остановить туберкулез” (147), направленную на обеспечение устойчивое финансирование мероприятий по профилактике и контролю ТБ, и систематически оценить прогресс внедрения положений Декларации совместно с Европейским бюро, ЕС и другими соответствующими учреждениями и организациями.

ВИЧ-инфекция

По оценочным данным, число живущих с ВИЧ в Европейском регионе составляет 2,4 млн. человек. На рис. 2.24 дано число вновь зарегистрированных новых случаев в Регионе в год и показаны вызывающие тревогу тенденции, относящиеся к заболеваемости СПИДом и связанной со СПИДом смертности (148). Подписав в феврале 2004 г. Дублинскую декларацию о партнерстве в области борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии, страны Региона взяли на себя обязательство по предоставлению всеобщего и равного доступа к эффективным и экономически доступным мерам по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции. В 2007 и 2008 гг. Региональное бюро ВОЗ при участии более 100 экспертов со всего Региона провело обзор хода выполнения Декларации в странах (149).

В отчете о внедрении Декларации отмечен значительный прогресс, достигнутый в охвате лечением (149). Число пациентов, получающих антиретровирусную терапию, увеличилось с 282 000 в 2004 г. примерно до 435 000 к концу 2007 г. Однако разрыв между необходимой и фактически оказываемой помощью в странах восточной части Региона остается значительным и продолжает расти. Более того, потребители инъекционных наркотиков, которые являются наиболее сильно затронутой болезнью

Рисунок 2.24. Число ежегодно регистрируемых новых случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа, Европейский регион ВОЗ, 1985–2007 гг.



Источник: Европейский центр профилактики и контроля заболеваний и Европейское региональное бюро ВОЗ (148).

группой в этой части Региона, сталкиваются с серьезными проблемами доступа к услугам по профилактике (особенно это касается программ обмена игл и шприцев, а также заместительной терапии опиоидами) и лечению. ВОЗ разработала новые рекомендации для оказания помощи странам в решении этих проблем в контексте достижения всеобщего доступа к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции (150). Она также продолжает работать в тесном сотрудничестве с руководством стран в направлении улучшения доступа, а на международном уровне – пропагандируя подобные профилактические вмешательства.

Доступ к лечению является проблемой и в Западной Европе, где многие мигранты из стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции не получают необходимых услуг. Кроме того, учитывая недавние сообщения о числе новых случаев инфицирования среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, Региональное бюро провело консультативное совещание в г. Блед, Словения, в период председательства этой страны в ЕС. Участники совещания подчеркнули важность направленной профилактики, особенно использования презервативов (151), учитывая, что эпидемия пока не распространилась на население в целом. Усилия по борьбе с ВИЧ-инфекцией необходимо срочно расширять и наращивать в целях сокращения неравенств и большей гармонизации программ и стратегий по профилактике и лечению, с достижением наиболее высоких стандартов качества. Для выполнения положений Дублинской декларации (149) и достижения ЦРТ (17) необходимо обеспечить в Европе прочное политическое лидерство и строгую подотчетность.

Гепатит

С гепатитами В и С ассоциируется приблизительно 1,5 млн. случаев смерти в год по всему миру; в настоящее время у 500 млн. человек диагностирован хронический гепатит В или С. Каждый третий человек в мире подвергался риску заражения одним или обоими вирусами. Этими вирусами инфицированы миллионы людей в Европейском регионе, но гепатиты до сих пор не признаны повсюду, как приоритет общественного здравоохранения. Это объясняется тем, что:

- руководители сектора здравоохранения недостаточно осведомлены;
- на международном и национальном уровнях не проводятся необходимые широкие информационно-пропагандистские мероприятия;
- качество эпиднадзора за хроническими гепатитами В и С по всему Региону не отвечает требованиям; и
- вакцины против гепатита В и условий для лечения гепатитов либо не имеется, либо они слишком дороги.

Эти упущения приводят к преждевременной смертности и дополнительным расходам общественного здравоохранения.

Региональное бюро проводит работу, направленную на то, чтобы сделать иммунизацию более доступной, особенно для лиц из групп высокого риска; на международном уровне оно проводит информационно-разъяснительную деятельность по признанию гепатитов В и С одной из важнейших проблем, стоящих перед здравоохранением в Регионе. Совершенствование эпиднадзора за вирусными гепатитами, передающимися через кровь – важнейший приоритет Регионального бюро. Это исключительно важно для получения надежной информации о распространенности гепатитов и о бремени этой болезни в Регионе. Другие ключевые приоритетные направления: обеспечение всеобщего доступа к лечению гепатита В, гепатита С и ВИЧ-инфекции при одновременной разработке стратегий

по снижению стоимости такого лечения и совершенствованию эпиднадзора. Кроме того, в последние годы Региональное бюро тесно сотрудничает с организациями пациентов для повышения осведомленности о методах выявления и лечения гепатита.

Управляемые инфекции

Вакцинация – одно из наиболее экономически эффективных вмешательств по охране здоровья, которое ежегодно спасает миллионы людей от болезней, инвалидности и смерти. В июне 2002 г. все 53 государства-члена были сертифицированы как свободные от полиомиелита. Существуют эффективные и безопасные вакцины против более чем 20 серьезных болезней и множество перспективных новых вакцин находятся в процессе разработки. ВОЗ работает над организацией систем эпиднадзора, которые будут способствовать сбору и использованию высококачественных фактических данных для внедрения новых вакцин.

Хотя современные вакцины высокоэффективны и безопасны, возникают новые проблемы. Так как заболевания, предупреждаемые с помощью вакцин, до сих пор представляют серьезную опасность в Регионе, укрепление иммунизации остается жизненно важной задачей. Самым известным публичным мероприятием Регионального бюро в этой области является Европейская неделя иммунизации, проводимая каждый год в апреле (вставка 2.3) (152).

Значительные успехи были достигнуты в Регионе по снижению заболеваемости корью и достижению цели охвата 95% детей первой дозой противокоревой вакцины (MCV1) (рис. 2.25).

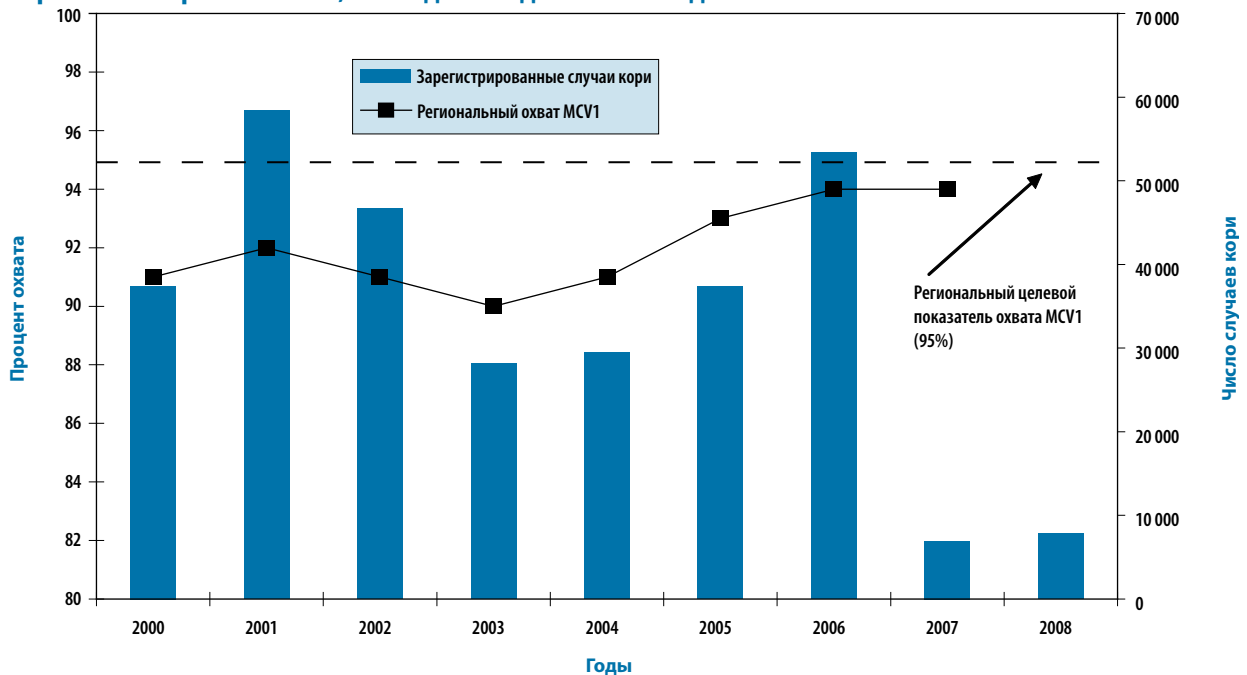
В 2005–2008 гг. общенациональные действия по дополнительной иммунизации, охватившие около 27 млн. человек, были осуществлены в восьми странах восточной части Европейского региона. Некоторые страны, где наблюдались вспышки кори, пропагандировали вакцинацию, используя расширенные методы информирования населения и активизацию текущей работы по иммунизации. Однако вспышки кори наблюдались в Регионе в течение 2008 и 2009 гг., особенно в западной его части, угрожая достигнутому прогрессу по достижению региональных целей по ликвидации кори и краснухи к 2010 г. В этот критический момент важно вновь акцентировать внимание на

Вставка 2.3. Четвертая Европейская неделя иммунизации 2009 г.: онлайн-стратегия

Основные проблемы, стоящие перед программами иммунизации в Европейском регионе, меняются. Национальные программы до сих пор испытывают трудности в обеспечении охвата услугами географически и социально маргинализированных групп населения, а эффективность вакцинации в снижении заболеваемости некогда широко распространенными инфекциями привела к широкому распространению неправильных представлений в обществе. Беспечность и скептицизм способствовали непрерывному распространению дезинформации. Подобная ситуация вызвала застой или снижение в охвате иммунизацией во многих странах и стала одной из причин недавних вспышек болезней, которые подвергают риску здоровье населения в этом и других регионах ВОЗ.

Для противодействия сложившейся ситуации Европейское региональное бюро ВОЗ осуществило в масштабах всего Региона инициативу под названием “Европейская неделя иммунизации”. Ее основная задача – повышение осведомленности населения, привлечение внимания общественности к пользе иммунизации, поддержка национальных систем иммунизации и предоставление концепции для мобилизации общественной и политической поддержки усилий по защите населения путем всеобщей иммунизации детей. 22 апреля 2009 г. Европейская неделя иммунизации стремительно охватила весь Регион; онлайн-кампания была нацелена на миллионы людей, живущих в этом регионе, распространяя среди них информацию о вакцинации в их странах, вспышках болезней в Европе, а также видеоролик о потенциальных угрозах здоровью детей младшего возраста.

Рисунок 2.25. Охват вакцинацией против кори и зарегистрированные случаи кори в Европейском регионе ВОЗ, последний год с наличием данных



Источники: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2008 global summary (153) и Компьютеризованная информационная система по инфекционным заболеваниям (КИСИЗ) [веб-сайт] (154).

резолюцию EUR/RC55/R7 Европейского регионального комитета, которая призывает государства-члены придать приоритетное значение задаче достижения этих целей (155).

С 2006 г. в Регионе не было зарегистрировано ни одного случая заболевания людей птичьим гриппом H5N1. Однако такие случаи регистрируются в странах, граничащих с Регионом, и показатели смертности там остаются высокими (62%). Все больше стран Региона имеют план чрезвычайных мероприятий на случай вспышки птичьего гриппа H5N1, а некоторые из них при поддержке ВОЗ провели кабинетные или полевые учения с использованием имитационных моделей и учебные мероприятия для соответствующего персонала по распознаванию вспышек этого заболевания и клиническому ведению случаев.

Готовность к пандемиям остается предметом особого внимания в Регионе, так как готовность некоторых стран не удовлетворяет необходимым требованиям. С начала 2008 г. Региональное бюро организует межстрановые семинары для того, чтобы подчеркнуть неослабевающий риск пандемий и, следовательно, необходимость готовности к ним. В 2008 г. сотрудники Регионального бюро посетили восемь стран Юго-Восточной Европы для оценки существующего уровня готовности к пандемиям и повышения осведомленности о необходимости и масштабе этой готовности.

13 февраля 2009 г. Региональное бюро совместно с Европейским центром профилактики и контроля болезней (ECDC) выпустило первый региональный бюллетень по гриппу, используя Европейскую схему эпиднадзора за гриппом (156). Это обозначило новую фазу в эпиднадзоре за гриппом в Регионе со значительным расширением географического охвата и предоставлением всем европейским странам совершенной и удобной в использовании платформы для эпиднадзора за этой инфекцией.

Число зарегистрированных случаев малярии снизилось с 90 712 случаев в 1995 г. до 593 случаев в 2008 г., что стало результатом интенсивных вмешательств, направленных на борьбу с этим заболеванием (157). Из-за местной передачи случаи малярии до сих пор регистрируются в Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, Российской Федерации, Таджикистане, Турции и Узбекистане. Региональное бюро тесно сотрудничает с этими странами для сертификации их как свободных от малярии.

В 2005 г. все затронутые малярией страны Региона поддержали Ташкентскую декларацию “Вперед от борьбы к элиминации малярии” для Европейского региона ВОЗ (158). Хотя конечной целью является прерывание передачи малярии к 2015 г. и элиминация заболевания в Регионе, реализация данной стратегии также поможет укрепить национальные системы здравоохранения путем интеграции целевых, относящихся к конкретным заболеваниям программ в существующие структуры и службы.

В своих усилиях по элиминации малярии ВОЗ уделяет особое внимание ситуациям, когда заболевание может распространяться между соседними странами и регионами. Страны Европейского региона и региона Восточного Средиземноморья сталкиваются со сходными эпидемиологическими ситуациями и проблемами в отношении малярии. Поэтому ВОЗ стимулирует более тесное трансграничное сотрудничество путем организации приграничных встреч, укрепления систем сообщения о случаях малярии в этих районах, разработки совместных проектов и проведения международных учебных курсов, а также организации обмена визитами партнеров из национальных программ по борьбе с малярией и персонала ВОЗ.

ВОЗ обеспечивает на глобальном уровне координацию мер по противодействию пандемии гриппа (H1N1) - 2009 (159). 27 апреля 2009 г. национальные координаторы по Международным медико-санитарным правилам проинформировали Региональное бюро о выявлении четырех лабораторно подтвержденных случаев инфекции пандемическим вирусом (H1N1) – 2009 г.: по два в Испании и в Соединенном Королевстве. На следующий день Израиль сообщил еще о двух подтвержденных случаях. К концу ноября 2009 г. страны из всех частей Европейского региона сообщили о высокой или очень высокой эпидемической активности гриппоподобных заболеваний и/или острых респираторных инфекций, а в 17 странах были начаты кампании вакцинации. Сообщения о побочных эффектах поступают реже, чем при вакцинации против сезонного гриппа, при этом в большинстве случаев такие эффекты слабо выражены. Восемь стран Региона имеют право на безвозмездное получение пандемической вакцины от ВОЗ.

25 апреля 2009 г. Генеральный директор ВОЗ официально квалифицировала, в соответствии с действующими Правилами, распространение пандемического гриппа (H1N1) – 2009 в качестве чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, и рекомендовала активизировать усилия по эпиднадзору для раннего выявления инфицированных. Власти стран предприняли важные шаги по обеспечению эффективных ответных действий. 27 апреля 2009 г. директор Европейского регионального бюро ВОЗ, д-р Marc Danzon, связался с министрами здравоохранения, главными государственными врачами и национальными координаторами в Регионе, проинформировав их о мероприятиях Регионального бюро на начальном этапе, а также подчеркнув, что сотрудничество между ВОЗ и партнерами на национальном и международном уровнях будет иметь решающее значение в подготовке к возможному распространению данной инфекции в Регионе.

Между 27 и 29 апреля ВОЗ повысила уровень пандемического предупреждения с фазы 3 до фазы 4, а затем – 5, которая отражает устойчивую передачу от человека к человеку на уровне сообществ по меньшей мере в двух странах одного из регионов ВОЗ. 11 июня ВОЗ объявила о пандемии (фаза 6), что отражает географическое распространение вируса более чем на один регион ВОЗ, но не степень тяжести вызванного им заболевания. Это был ясный сигнал, указавший странам на необходимость реорганизации их стратегий по ответу на пандемию, перейдя от стратегии сдерживания распространения инфекции к смягчению вызываемых ею негативных эффектов.

7 июля ВОЗ объявила о пересмотре требований по представлению сведений в рамках мониторинга пандемии. Это включало прекращение предоставления данных о подтвержденных случаях и введение качественных показателей активности гриппа: географическое распространение, тенденции, интенсивность и влияние на работу медицинских учреждений. В Европейском регионе ВОЗ страны обмениваются данными и информацией через сайт Европейского регионального бюро по эпиднадзору за гриппом (160). Собранная информация является основой для еженедельного бюллетеня по гриппу Европейского регионального бюро, который публикуется на этом сайте на английском и русском языках.

Тяжесть пандемии оценивается как “умеренная”, однако вирус распространился по миру с беспрецедентной скоростью. В большинстве случаев грипп протекает в легкой форме, и заболевание заканчивается спонтанным выздоровлением, но некоторые группы населения подвергаются большему риску развития тяжелых форм заболевания, в том числе со смертельным исходом. К 20 ноября 2009 г. в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано 652 летальных исхода от пандемического гриппа.

Там, где это возможно, страны должны проводить мониторинг вирусологических характеристик вируса и, при необходимости, любых необычных событий, например кластеров случаев, протекающих в тяжелой форме. Помимо этого, ВОЗ рекомендовала три цели, которые страны могли бы использовать в своих стратегиях вакцинации против пандемического гриппа:

- сохранение дееспособности системы здравоохранения и защита критически важной инфраструктуры страны;
- снижение заболеваемости и смертности; и
- снижение уровня передачи пандемического вируса на уровне местных сообществ.

Для стран Региона, которые не имеют право на безвозмездное получение вакцины, не производят вакцины или не заключили авансового соглашения о закупке вакцины, ВОЗ и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) предпринимают усилия для того, чтобы обеспечить поставку в эти страны необходимых вакцин через отдел снабжения ЮНИСЕФ. Кроме того, Региональное бюро ВОЗ организовало серии субрегиональных семинаров, в том числе: два семинара по поставке и размещению вакцин (август и октябрь 2009 г.), один – по ответу общественного здравоохранения на пандемию (август 2009 г.) и три – по готовности больниц (сентябрь и октябрь 2009 г.).

Региональное бюро напрямую сотрудничает со своими государствами-членами через национальных координаторов по Международным медико-санитарным правилам и сеть учреждений по сбору данных для сайта по эпиднадзору за гриппом, предоставляя им необходимые расходные материалы, организуя учебные мероприятия и обеспечивая

техническую поддержку планам по готовности к пандемии. Региональное бюро работает в тесном сотрудничестве с Генеральным директором Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей и ECDC. Аналогичным образом, ВОЗ проводит консультации с агентствами ООН и другими международными организациями (включая организации, занимающиеся вопросами торговли и туризма), а также производителями вакцин, лекарственных препаратов, диагностического оборудования и средств индивидуальной защиты. Оперативные данные и дополнительная информация представлены на веб-сайте Регионального бюро (159).

Обновленные Международные медико-санитарные правила, принятые в 2005 г., вступили в силу в июне 2007 г. Они являются глобальным набором правил и процедур для оповещения об эпидемии и реагирования на нее на международном уровне. Эти Правила отражают приверженность ВОЗ и 194 государств-участников обеспечению основного потенциала для проведения эпиднадзора и реагирования на национальном и субнациональном уровнях, а также для распознавания, оценки, регистрации, сообщения, подтверждения и ответа на события, которые потенциально могут представлять проблему международного характера для общественного здравоохранения. Каждое государство-участник также должно назначить официального национального координатора и учреждения, ответственные в пределах своей юрисдикции за внедрение Правил. Полномочия ВОЗ включают поиск возможностей по проверке неофициальных сообщений о событиях, потенциально имеющих международное значение.

С момента вступления в силу Правил в июне 2007 г. по декабрь 2008 г. национальные координаторы сообщили о 161 событии, 46 из которых оценивались как потенциально имеющие международное значение для общественного здравоохранения Европейского региона. Почти половина из проанализированных событий были предварительно идентифицированы как потенциально инфекционные по своей природе.

К 14 июня 2009 г. от каждого государства-участника требовалось проведение оценки национальных структур и ресурсов на предмет их соответствия предъявляемым требованиям в отношении минимальных основных возможностей по эпиднадзору и реагированию, а также наличие национального плана действий. Национальные планы действий должны внедряться, чтобы обеспечить наличие и функционирование основных возможностей на всей территории государства-участника к 14 июня 2012 г. Национальный план должен основываться на существующих структурах, мощностях и ресурсах и минимизировать ненужное дублирование и затраты.

Продолжающийся рост числа хронических болезней

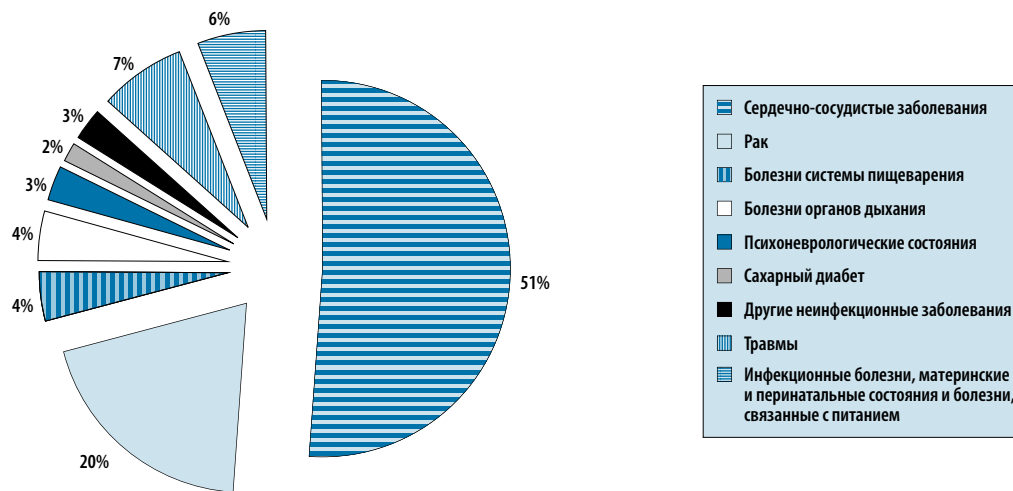
Рост числа хронических болезней представляет значительную проблему для здоровья населения и систем здравоохранения по всему Европейскому региону. Являясь важной причиной преждевременной смертности и инвалидности, хронические заболевания серьезно влияют на число лет жизни, прожитых при хорошем состоянии здоровья. Современный образ жизни и поведения (см. раздел выше) ведет к распространению таких состояний, как ожирение, повышенное артериальное давление и диабет. Эти факторы в сочетании со старением населения и методами лечения, которые позволяют выжить при острых состояниях, приводят к увеличению доли населения, живущего с хроническими заболеваниями.

Хотя термин “хронические заболевания” часто используется как синоним “неинфекционных заболеваний”, в этом разделе проводится различие между этими двумя понятиями. В эпидемиологических целях используются многочисленные доступные данные по неинфекционным заболеваниям, а затем уделяется внимание отдельным состояниям, отличающимся более выраженной хронической природой.

Оценка ситуации

В соответствии с оценками глобального бремени болезней за 2004 г. (19), в Европейском регионе неинфекционные заболевания были причиной 8,45 млн. смертей (87% от общей смертности), 52% из которых приходились на женщин. Лидирующие причины смертности – сердечно-сосудистые заболевания и рак – в совокупности были причиной 71%, затем следовали заболевания системы пищеварения и органов дыхания (рис. 2.26). Прогнозы на 2030 г. (исходный уровень – 2004 г.) указывают на то, что старение населения в странах с низким и средним уровнем доходов значительно увеличит общее число смертей (90% смертей в Регионе) от многих неинфекционных заболеваний (19).

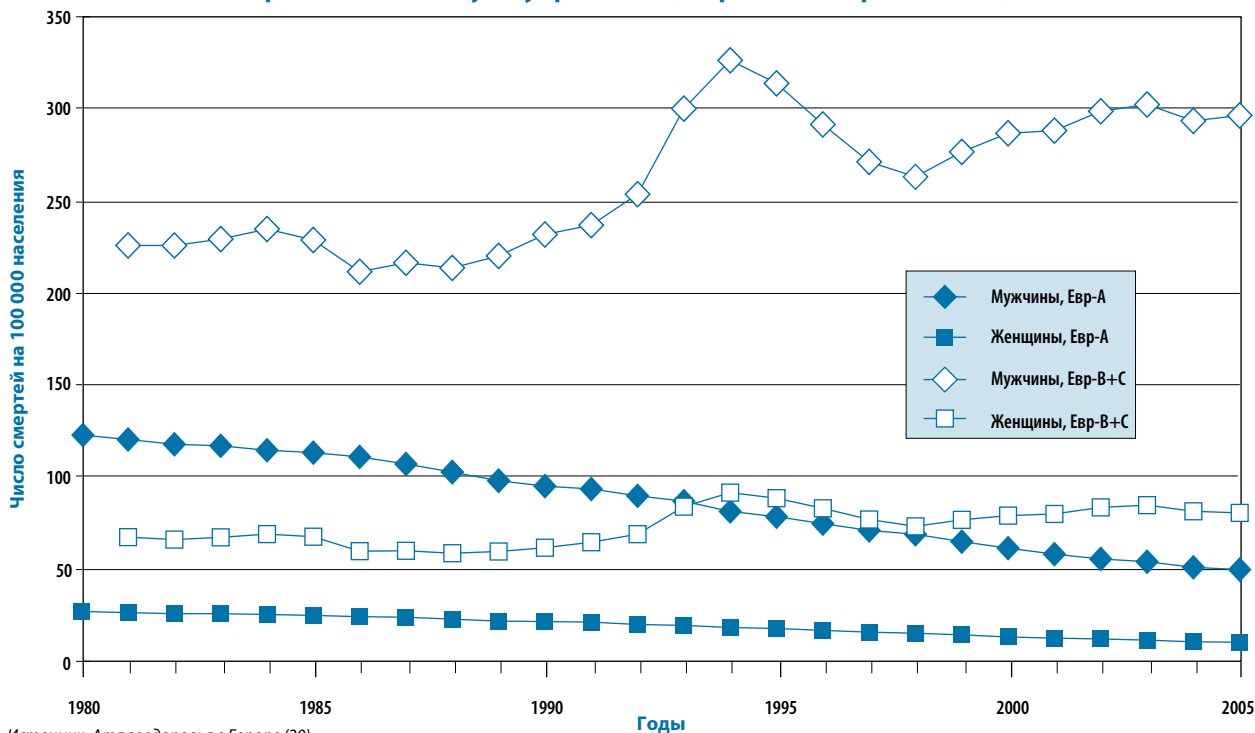
Рисунок 2.26. Прогнозируемая смертность в разбивке по причинам смерти, Европейский регион ВОЗ, 2008 г.



Источник: *The global burden of disease: 2004 update* (19).

Вместе с травмами сердечно-сосудистые заболевания в значительной мере обуславливают почти трехкратную разницу в смертности между взрослыми мужчинами и женщинами в Регионе (1) и различие в ожидаемой продолжительности жизни почти в 15 лет между западной и восточной частями Региона. Ишемическая болезнь сердца – лидирующее сердечно-сосудистое заболевание, являющееся причиной смерти, за ней следуют цереброваскулярные заболевания. В усредненных тенденциях смертности от ишемической болезни сердца в странах Евр-А наблюдается снижение, тогда как в странах Евр-В и Евр-С ситуация не столь однозначная (рис. 2.27). Там в усредненных тенденциях не наблюдается улучшения (стабильные показатели среди женщин, возрастающие среди мужчин), хотя показатели смертности на протяжении нескольких лет снижались в одних странах и росли в других (20).

Рисунок 2.27. Ишемическая болезнь сердца в возрастной группе 25–64 года: СКС на 100 000 населения в разбивке по полу и субрегионам, Европейский регион ВОЗ, 1980–2005 гг.



Источник: Атлас здоровья в Европе (20).

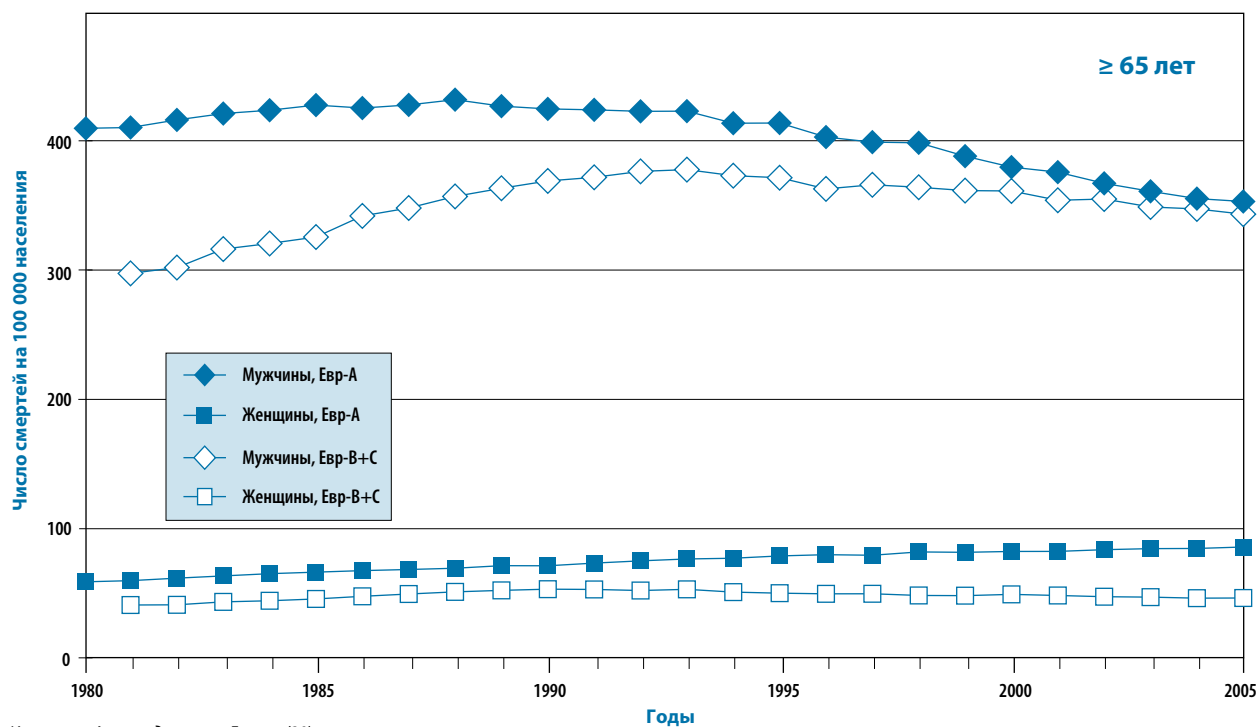
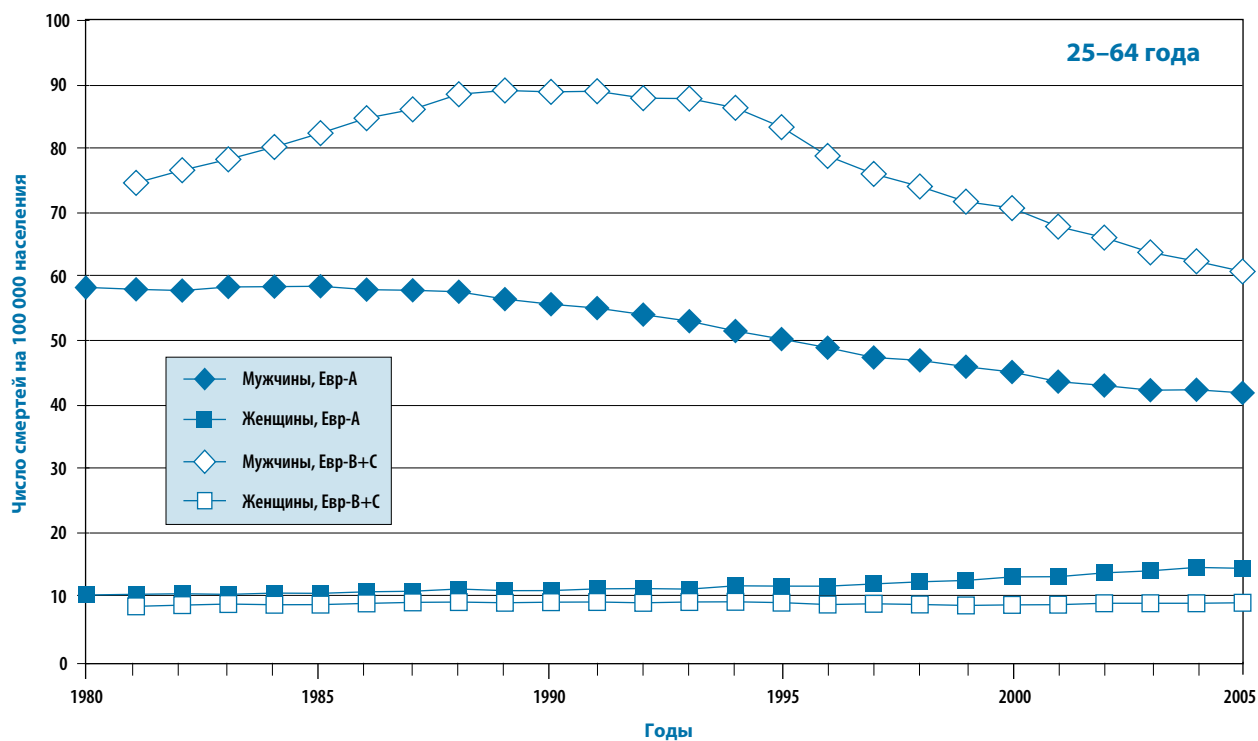
В показателях смертности от злокачественных новообразований в Регионе наблюдалось некоторое улучшение (рис. 2.28). В странах Евр-А средний показатель смертности от рака легких является сравнительно низким в группах населения молодого возраста и сравнительно высоким среди населения старшего возраста. Обратные тенденции наблюдаются в восточной части Региона; в центральной части Региона смертность от рака высокая как среди молодого населения, так и среди населения старшего возраста. Смертность от рака легких стабильно растет среди женщин в странах Евр-А (20).

Смертность от болезней органов дыхания снижается повсеместно. Хроническая болезнь и цирроз печени обуславливают около половины смертей от болезней системы пищеварения: смертность стабильно снижается в странах Евр-А, но растет в странах Евр-В и Евр-С (20).

В 2004 г. неинфекционные заболевания стали причиной 112,4 млн. потерянных DALY (77,8% от общего бремени болезней). Лидирующие причины – сердечно-сосудистые заболевания (23,0%) и психоневрологические состояния (19,6%), далее следуют злокачественные новообразования (11,9%) и нарушения со стороны органов чувств (5,8%) (19). В соответствии с прогнозируемым бременем болезней, в 2030 г. с учетом старения населения будет наблюдаться рост психоневрологических состояний (22,1%), злокачественных новообразований (13,7%) и нарушений со стороны органов чувств (7,3%) при уровне сердечно-сосудистых заболеваний 22,3% (1).

Психические расстройства являются важной причиной снижения продолжительности здоровой жизни и затрагивают, по меньшей мере, каждого четвертого человека в какой-либо период его жизни (161). Униполярные депрессивные расстройства – лидирующая причина

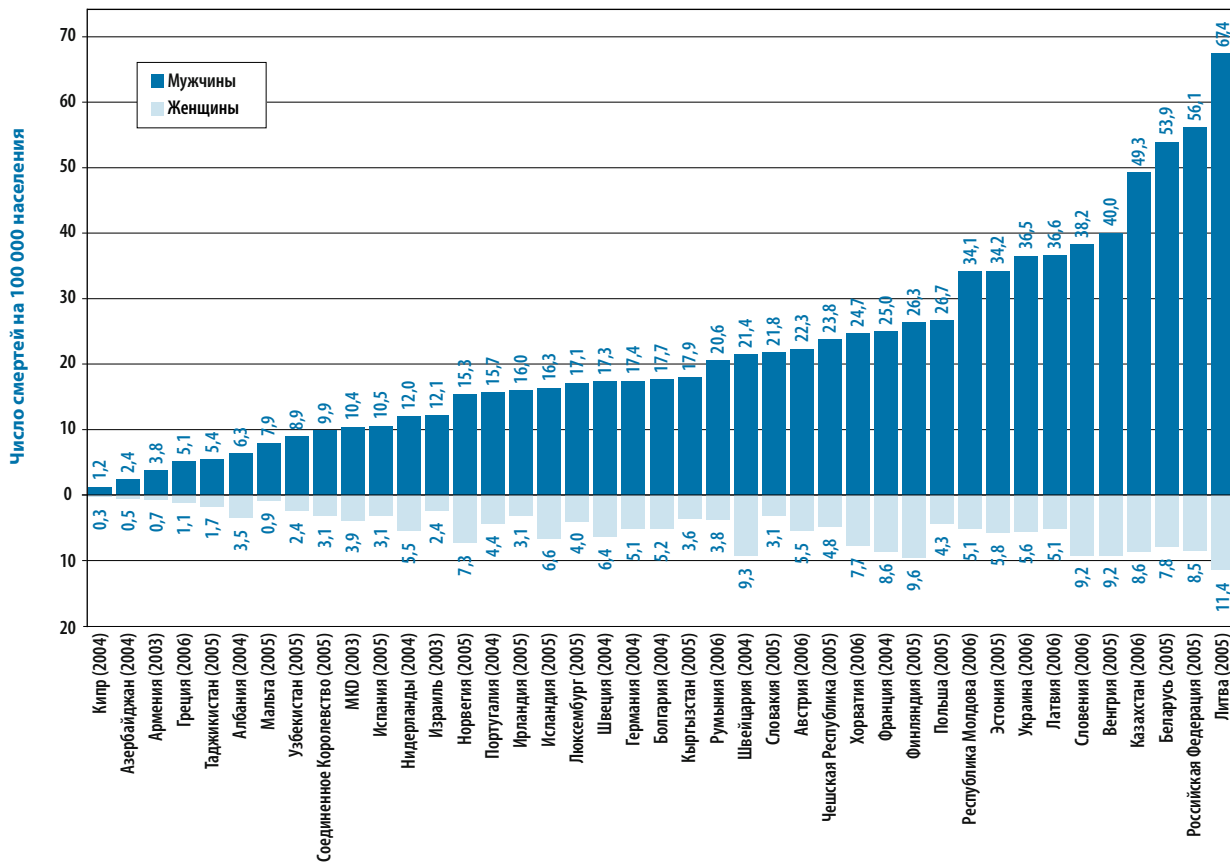
Рисунок 2.28. Рак легких в возрастных группах 26–64 года и ≥ 65 лет: СКС на 100 000 населения в разбивке по полу и субрегионам, Европейский регион ВОЗ, 1980–2005 гг.



Источник: Атлас здоровья в Европе (20).

бремени болезней среди женщин в возрасте 15–44 лет в странах Европейского региона с любым уровнем доходов; они обуславливают 5,8% общего бремени болезней (третья лидирующая причина) в Регионе (18). Депрессия часто не диагностируется и является ведущей причиной самоубийств. Психические расстройства все чаще наблюдаются в Европе среди детей и подростков (около 2 млн.); показано, что риск самоубийств среди подростков в странах Западной Европе растет (рис. 2.29) (161).

Рисунок 2.29. Самоубийства: СКС на 100 000 населения в разбивке по полу, Европейский регион ВОЗ, 2006 г. или последний год с наличием данных.



Примечание. МКД – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.

Источник: Атлас здоровья в Европе (20).

Частоту неинфекционных заболеваний трудно определить из-за продолжительного скрытого периода и ограничений в стандартных процедурах по эпиднадзору. Тем не менее, расчеты глобального бремени болезней за 2004 г. (19) позволили сделать некоторые оценки. Например, самые высокие показатели заболеваемости в Европе относятся к злокачественным новообразованиям (3,1 млн. случаев; 353 на 100 000 населения), инсультам (2,0 млн. случаев; 228 на 100 000 населения) и к застойной сердечной недостаточности (ревматизм, болезни сердца, гипертензивная кардиопатия, ишемическая болезнь сердца или воспалительные заболевания сердца: 1,3 млн. случаев; 148 на 100 000 населения). Среди онкологических заболеваний самыми распространенными по локализации были рак толстой и прямой кишки, легких, молочной железы, желудка и предстательной железы, что составляло почти половину всех случаев рака.

Соответствующая и своевременная медицинская помощь может снизить уровни смертности и нетрудоспособности, связанных с большинством из этих видов рака.

Распространенность заболевания показывает, сколько людей живет с данным патологическим состоянием или с его последствиями в определенный период времени, но не дает представление о тяжести вызванных нарушений, которые могут существенно различаться в зависимости от того или иного состояния. Распространенность наиболее часто встречающихся в Европейском регионе состояний (по широким группам) составляет:

- 7,6 млн. человек с психоневрологическими расстройствами (униполярные депрессивные расстройства, биполярные аффективные расстройства, шизофрения, эпилепсия, расстройства, связанные с употреблением алкоголя, болезнь Альцгеймера и другие деменции, а также болезнь Паркинсона);
- 26,8 млн. человек с сердечно-сосудистыми заболеваниями (включая стенокардию и инсульт);
- 40,1 млн. человек с заболеваниями органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких и астма);
- 44,5 млн. человек с потерей слуха (умеренной и тяжелой степени);
- 46,4 млн. человек с воспалительными заболеваниями (ревматоидный артрит и остеоартрит); и
- 45,4 млн. человек с диабетом (от умеренно выраженного до тяжелого), наиболее часто встречающееся отдельное состояние.

Распространенность диабета колеблется в Регионе от 0,1 (Туркменистан) до 7,6 (Мальта) на 100 человек населения (20). Международная диабетическая федерация считает, что распространенность диабета в Регионе на самом деле вероятно выше и прогнозирует ее рост до 9,8% к 2025 г., отчасти в результате распространения ожирения, сравнительно большой рост которого ожидается в странах, переживающих экономические преобразования и изменения в привычках питания, таких как Беларусь, Польша, Словакия и Турция (162). Диабет отрицательно влияет на систему кровообращения, глаза, почки и нервную систему, следовательно, растущая распространенность этого заболевания, вероятно, увеличит показатели смертности и инвалидности, связанные с другими состояниями.

Необходимо признать, что несколько болезней могут существовать одновременно, что особенно важно при переходе от помощи, ориентированной на болезнь, к помощи, ориентированной на пациента. Например, депрессия чаще встречается у людей, страдающих каким-либо соматическим заболеванием, чем среди тех, кто физически здоров. Распространенность большой депрессии в Регионе охватывает 33% людей с онкологическими заболеваниями, 29% – с повышенным артериальным давлением и 27% – с диабетом. По мере старения число сочетанных болезней возрастает, особенно среди женщин (67).

И, наконец, хотя оценки проблемы инвалидности по Региону в разбивке по возрастным группам и полу отсутствуют, глобальные цифры показывают, что инвалидность при некоторых психоневрологических состояниях – таких как алкогольная зависимость и другие проблемы, связанные с его употреблением, депрессия, шизофрения, биполярное расстройство и наркотическая зависимость – регистрируется в 20–80 раз чаще у людей моложе 60 лет, чем у людей старше 60 лет, в странах с любыми уровнями доходов, но выше в странах с низким и средним уровнем доходов (19). Психоневрологические состояния имеют тенденцию к более широкому распространению среди мужчин; состояния, связанные с алкогольной

и наркотической зависимостью и другими проблемами их потребления составляют у них до трети общего бремени психоневрологических расстройств. В отличие от этого, другие воспалительные и дегенеративные состояния (катаракта, остеоартрит, дистрофия желтого пятна, глаукома, болезнь Альцгеймера и другие деменции) чаще встречаются у людей старше 60 лет в странах с любыми уровнями доходов, а также у женщин.

Проблемы, актуальные задачи и принимаемые меры

Бремя для индивидов, семей и общества

Концентрируя внимание на эпидемиологических фактах и цифрах, мы рискуем упустить более широкое социальное и экономическое воздействие хронических болезней. Множество фактов свидетельствуют о том, что эти болезни дорого обходятся обществу (163). При изучении “цены болезни” обнаружено, что, например, экономический ущерб от хронических болезней и их факторов риска оценивался в различных странах в диапазоне от 0,02% до 6,77% ВВП (164): согласно оценкам, в Соединенном Королевстве только сердечно-сосудистые заболевания обходятся в 18% от всех расходов на здравоохранение (142). Прямые, косвенные и скрытые расходы, связанные с болезнью, являются бременем для индивидов и их семей и отражают затраты на лечение, снижение дохода, досрочный выход на пенсию и увеличение зависимости от служб социальной поддержки для больных людей и/или лиц, осуществляющих уход за ними. Работодатели и общество в целом несут бремя временной нетрудоспособности, снижения производительности труда и текучести кадров. Некоторые хронические болезни преобладают. Заболевания опорно-двигательного аппарата являются второй после болезней органов дыхания причиной краткосрочных невыходов на работу по болезни и наиболее распространенной причиной длительной нетрудоспособности (165). Среди людей, находящихся в отпуске по болезни, доля пациентов с психическими расстройствами составляет в Швеции 35%; среди получающих социальные пособия или пенсии по инвалидности доля таких пациентов колеблется от 44% в Дании до 8% в Российской Федерации (166).

Социальное исключение может усилить проблемы, связанные с нарушениями психического здоровья и некоторыми хроническими заболеваниями. Слишком часто сопутствующая таким болезням стигма и дискриминация может ограничивать возможности людей получить работу, вернуться на работу или получить жилье. Европейский план действий по охране психического здоровья (161,167) подчеркивает необходимость усилий по борьбе со стигмой и дискриминацией, включая всемерное содействие соблюдению прав человека, осуществление политики и программ по социализации, правовую защиту против дискриминации и такие средства по поддержке занятости, как профессиональное обучение, соответствующая адаптация рабочих мест и стратегии по возвращению на работу.

Многие люди, страдающие хроническими заболеваниями, нуждаются в лечении на протяжении всей жизни, и его стоимость, оплаченная их собственными средствами, может создавать огромную нагрузку на семьи и влиять на приверженность лечению. Например, семьи с низким и средним уровнем доходов, которым приходится делать выбор, могут покупать медицинские услуги, сосредоточив внимание на осложнениях диабета, представляющих непосредственную опасность для жизни, вместо предотвращения сердечно-сосудистого заболевания, являющегося главной причиной смерти при диабете. Для предупреждения подобных ситуаций могут использоваться такие модели финансирования здравоохранения, которые позволяют снизить финансовые барьеры для получения помощи и гарантировать универсальный доступ к основному пакету эффективных мер по профилактике и лечению (67).

Предупреждение болезней в течение всей жизни

Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (67) продвигает всесторонний подход на трех уровнях: укрепление здоровья и предупреждение болезней на уровне населения в целом; выявление групп высокого риска проведение в них целенаправленных вмешательств; эффективная помощь пациентам с неинфекционными заболеваниями.

Необходимо предупреждать начало неинфекционных заболеваний, изменяя поведение, связанное с образом жизни; создавая условия, способствующие укреплению здоровья; и воздействуя на социально-экономические детерминанты здоровья. Но как только болезнь установлена, наряду с эффективным и своевременным лечением и реабилитацией на всем ее протяжении также важны мероприятия, предупреждающие переход заболевания в хроническую форму и развитие инвалидности. Физическая активность, например, может оказывать положительное влияние на множество хронических состояний, снижая риск сердечно-сосудистых заболеваний, улучшая состояние опорно-двигательного аппарата и уменьшая симптомы депрессии (73). Отказ от курения может обладать существенным воздействием: прекращение курения до наступления среднего возраста позволяет более чем на 90% избежать риска развития ассоциированного с ним рака легких (78). Комбинированные вмешательства по изменению поведения, включающие отказ от курения, повышение физической активности и изменение рациона питания, приводящее к потере веса, могут уменьшить риск сердечно-сосудистых заболеваний более чем на 60% среди людей с установленным заболеванием сердца и способствуют нормализации содержания глюкозы в крови у людей с диабетом (168). У людей с выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями использование фармакологического лечения может в дальнейшем значительно снизить риск повторного инфаркта миокарда (169).

Растет понимание того, что душевное благополучие является фундаментальным условием, определяющим качество жизни (161). Вредное воздействие стресса может приводить к усилению тревожности и депрессии, расстройствам, связанным с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, насилию и суицидальному поведению. Укрепление психического здоровья способствует не только улучшению самочувствия и предотвращению психических расстройств, но и укреплению соматического здоровья и улучшению восстановления после болезни. Душевное здоровье – залог сопротивляемости организма и потенциала здоровья, позволяющих людям справляться с тяжелыми жизненными ситуациями. В Соединенном Королевстве 20–25% людей, страдающих ожирением или курящих, сконцентрированы среди 26% населения, живущих в бедности, среди которых также отмечается самый высокий уровень распространенности тревожности и депрессии (39).

Переориентация систем оказания помощи

Медицинские службы часто ориентируются на оказание лечебной помощи, а не на профилактику, и на модель оказания помощи при острых состояниях, а не долгосрочной помощи (табл. 2.17). Людям с проблемами психического здоровья и хроническими заболеваниями может требоваться поддержка на протяжении всей жизни и долгосрочное ведение болезни, большая часть которого может осуществляться через самопомощь и помощь на уровне сообщества, однако многие из услуг сосредоточены на специализированной помощи в условиях стационара (170).

Даже в тех случаях, когда была продемонстрирована эффективность первичной медико-санитарной помощи, лечение, которое предоставлялось в этих условиях, было

Таблица 2.17. Предоставление услуг по лечению психических расстройств на дому, в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ

| Лечение на дому | ЕС | | ЕС-15 | | ЕС-12 | | Израиль, Норвегия и Швейцария | | Юго-Восточная Европа | | СНГ | | Всего | |
|---|-------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------------------------|-----|----------------------|----|-------------|----|-------------|----|
| | Число стран | % | Число стран | % | Число стран | % | Число стран | % | Число стран | % | Число стран | % | Число стран | % |
| Предоставление услуг предусмотрено в политике, планах или законодательстве | | | | | | | | | | | | | | |
| Да | 21 | 78 | 14 | 93 | 7 | 58 | 3 | 100 | 6 | 86 | 3 | 60 | 33 | 79 |
| Нет | 6 | 22 | 1 | 7 | 5 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 40 | 8 | 19 |
| Нет сведений | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 14 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Уровень доступа лиц с психическими расстройствами к таким услугам | | | | | | | | | | | | | | |
| Все или почти все (81–100%) | 3 | 11 | 3 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7 |
| Большинство (51–80%) | 1 | 4 | 1 | 7 | 0 | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 1 | 20 | 3 | 7 |
| Некоторая часть (21–50%) | 5 | 19 | 4 | 27 | 1 | 8 | 2 | 67 | 3 | 43 | 1 | 20 | 11 | 26 |
| Незначительная часть (1–20%) | 6 | 22 | 3 | 20 | 3 | 25 | 0 | 0 | 2 | 29 | 1 | 20 | 9 | 21 |
| Никто | 5 | 19 | 0 | 0 | 5 | 42 | 0 | 0 | 1 | 14 | 2 | 40 | 8 | 19 |
| Нет сведений | 7 | 26 | 4 | 27 | 3 | 25 | 0 | 0 | 1 | 14 | 0 | 0 | 8 | 19 |

Источник: *Policies and practices for mental health in Europe – Meeting the challenges* (166).

недостаточным. В обследовании, проведенном ВОЗ, обнаружено, что в 31 стране Региона помощь, которую предоставляли врачи общей практики людям с психическими расстройствами, была ограниченной, например, было ограничено право выписывать рецепты на лекарства или выполнять определенные процедуры (166).

Активное участие пациентов в собственном лечении может свести к минимуму воздействие хронического заболевания как на их физическое и душевное состояние, так и на функционирование (171). Просвещение пациента по вопросам лечения и развития навыков, а также совместное принятие решений требует изменения роли медицинских работников – от руководящей к предоставлению полномочий, а также соответствующих изменений в системах здравоохранения (172). Предложены модели помощи при хронических состояниях, например модель ведения хронических болезней, не ограничиваясь только услугами сектора здравоохранения (173–175).

Кроме того, может быть полезным вовлечение пациентов и их семей в планирование помощи. Многие страны Региона дают право ассоциациям пользователей услуг и лиц, осуществляющих уход, участвовать в работе комитетов по планированию услуг, предоставляемых людям с психическими расстройствами (166). В некоторых странах пользователи услуг и лица, осуществляющие уход, также вовлекаются в процесс обучения медицинских работников и в оказание помощи пациентам в самоуправлении хроническими болезнями (176).

Рост затрат на здравоохранение

Разработчики политики обеспокоены тем, что затраты на здравоохранение растут быстрее, чем национальный доход. Как доля ВВП, средние расходы на здравоохранение в Европейском регионе выросли с 7,3% в 1998 г. до 7,7% в 2005 г. (табл. 2.18). Государственный сектор взял на себя большую часть недавнего повышения. Доля общих расходов из государственных фондов, таких как налогообложение и социальное страхование, повысилась в прошлое десятилетие, и на здравоохранение пришлось возросшая часть от общих государственных расходов. Имеется ряд исключений из этой общей тенденции,

Таблица 2.18. Общие расходы на здравоохранение как процент ВВП и расходы государственного сектора как процент от общих расходов на здравоохранение в разбивке по группам стран, Европейский регион ВОЗ, 1998–2005 гг. (расчетные показатели)

| Группы стран и типы расходов | 1998 г. | 2000 г. | 2002 г. | 2004 г. | 2005 г. | Индекс, 2005 г. (%) (1998 г. = 100%) | Изменение процентного пункта (1998–2005 гг.) |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---|---|
| Европейский регион ВОЗ | | | | | | | |
| Общие расходы на здравоохранение (%) | 7,43 | 7,15 | 7,56 | 7,61 | 7,74 | 104,2 | 0,31 |
| Государственные расходы на здравоохранение (%) | 68,07 | 66,86 | 67,36 | 67,89 | 68,48 | 100,6 | 0,41 |
| ЕС | | | | | | | |
| Общие расходы на здравоохранение (%) | 7,87 | 8,07 | 8,42 | 8,78 | 8,92 | 113,3 | 1,05 |
| Государственные расходы на здравоохранение (%) | 74,45 | 74,91 | 75,47 | 75,25 | 75,54 | 101,5 | 1,09 |
| ЕС-15 | | | | | | | |
| Общие расходы на здравоохранение (%) | 8,47 | 8,66 | 9,00 | 9,42 | 9,57 | 113,0 | 1,10 |
| Государственные расходы на здравоохранение (%) | 75,66 | 75,53 | 76,20 | 76,43 | 76,78 | 101,5 | 1,12 |
| ЕС-12 | | | | | | | |
| Общие расходы на здравоохранение (%) | 5,75 | 5,70 | 6,33 | 6,40 | 6,49 | 112,9 | 0,74 |
| Государственные расходы на здравоохранение (%) | 70,15 | 72,68 | 72,81 | 70,88 | 70,92 | 101,1 | 0,77 |
| СНГ | | | | | | | |
| Общие расходы на здравоохранение (%) | 6,55 | 5,51 | 5,88 | 5,38 | 5,51 | 84,1 | –1,04 |
| Государственные расходы на здравоохранение (%) | 57,47 | 53,13 | 53,31 | 55,04 | 56,18 | 97,8 | –1,29 |

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (4).

например снижение расходов на здравоохранение в странах СНГ, а также в Албании, Литве, Финляндии, Хорватии и Эстонии, а также падение относительной роли государственного сектора в финансировании в некоторых странах, таких как Болгария, Литва, Словения, Чешская Республика и Эстония. В целом, однако, складывающаяся картина указывает на продолжающийся рост расходов на здравоохранение в Европейском регионе.

Хотя оценки будущих расходов зависят от лежащих в их основе предположений об относительной роли главных факторов, влияющих на рост затрат, согласно прогнозам, расходы на здравоохранение еще больше увеличатся в будущем. Уровень государственных расходов на социальные нужды в будущем весьма неопределенный, но, согласно прогнозам, к 2050 г. увеличение составит 1–2 или 2–4 процентных пункта ВВП (177,178). При включении затрат на долгосрочную помощь прогнозируемое увеличение составляет 1–4 или 3–6 процентных пункта ВВП (178). Демографические факторы – такие, как влияние новых технологий, повышение себестоимости единицы продукции, а также изменения, касающиеся здоровья и инвалидности, а также связанные с ними изменения в использовании услуг – как предполагается, являются основными детерминантами будущего роста. Вызывает воодушевление тот факт, что большинство этих факторов поддается воздействию стратегических мер.

Факторы, стимулирующие рост затрат

Затраты на здравоохранение можно понять как простую функцию цены и используемого объема услуг: затраты увеличиваются, если увеличиваются один или оба этих параметра. В многочисленных эмпирических исследованиях, проведенных в Европе и за ее пределами, рассматривался вопрос, что способствует повышению цены и увеличению объема услуг, а также изучалась их относительная роль в объяснении роста расходов на здравоохранение в прошлом и в будущем. Способствующие увеличению затрат факторы, на которые обращалось особое внимание, ассоциируются с ростом объема использованных услуг.

Они включают старение населения и демографические изменения более широкого масштаба (см. выше, в разделе об изменении демографической картины в Регионе), рост доходов и ожиданий, а также совершенствование технологий и связанные с этим изменения моделей использования услуг. Увеличение относительной стоимости медицинской помощи, особенно с учетом дефицитов на рынке рабочей силы, также ведет к повышению затрат.

Старение населения и другие демографические сдвиги

Демографические тенденции в Европе привели к увеличению доли людей в возрасте 65 лет и старше. Эти тенденции включают падение коэффициентов фертильности ниже значений, необходимых для естественного воспроизводства населения (см. выше, в разделе об изменении демографической картины в Регионе), увеличение продолжительности жизни (за исключением некоторых стран СНГ) и рост внутренней миграции в пределах таких общностей, как ЕС. Эти тенденции вызывали обеспокоенность в отношении здоровья в будущем и затрат на долгосрочную помощь стареющему населению. Однако здоровье людей старшего возраста продолжает улучшаться: большинство показателей заболеваемости снижались в этой группе населения начиная с 1990-х годов, что позволяет предположить либо компрессию заболеваемости (179), либо наличие динамического равновесия между возрастающим долголетием и постоянным улучшением состояния здоровья (180).

Кроме того, хотя затраты на здравоохранение для пожилых людей гораздо выше в расчете на одного человека в данный момент времени, оказалось, что значение старения населения как детерминанты ежегодного роста расходов на здравоохранение относительно невелико. Эти расходы приходятся в основном на период, предшествующий смерти, поскольку в старости расходы на здоровье больше, чем в молодости, главным образом, за счет того, что огромным бременем является хроническая болезнь. Это необходимо учитывать для того, чтобы оценить взаимосвязь между возрастом и расходами. На самом деле, фактические, связанные со здоровьем расходы с возрастом уменьшаются и с течением времени затраты на здравоохранение повышались медленнее для тех, кто был на пороге смерти, чем для других. Тенденции увеличения продолжительности жизни, снижения смертности (что означает снижение расходов, поскольку меньше людей умирает) и уменьшения заболеваемости среди пожилых людей (что может, как снижать, так и не снижать уровень использования медицинских услуг) в своей совокупности указывают на относительно небольшую роль старения населения в увеличении расходов на здравоохранение в будущем (181). Анализ моделей расходов на здравоохранение в прошлые десятилетия показывает, что старение населения объясняет менее одной десятой роста затрат на здравоохранение (178).

При планировании будущих расходов на здравоохранение старение населения оценивается как незначительный источник повышения затрат, но оно является намного более важным фактором повышения затрат на долгосрочную помощь. Тем не менее, разработчики политики должны подумать о том, как со временем будет изменяться характер использования услуг здравоохранения и особенно, как способствовать здоровому старению и обеспечить надлежащее применение технологий, опираясь на соотношении цены и качества.

Технический прогресс и использование услуг здравоохранения

Технический прогресс играет комплексную роль в повышении затрат на здравоохранение. Использование новых технологий может снижать затраты, повышая эффективность лечения или улучшая здоровье, уменьшая таким образом потребность в дальнейшем

оказании помощи, которая может потребовать еще больших затрат. Однако они же могут приводить к более интенсивному использованию услуг и, следовательно, повышению расходов, поскольку расширяют масштаб и диапазон доступного лечения и могут распространять лечение на более широкий набор показаний, что может быть как полезным, так и бесполезным для здоровья общества в целом.

Освоение и использование новых технологий и, следовательно, их потенциал по повышению затрат, зависят от стимулов, которые предоставляются поставщикам услуг в системе (182). Оценки влияния технологических изменений на уровень расходов в Европе свидетельствуют о том, что внедрение технических и медицинских инноваций способствует расширению использования услуг и, следовательно, увеличению расходов (177). На основании данных о расходах за 1970–1995 гг. в Швейцарии показатель роста расходов, связанных с технологическими сдвигами, оценивался в одном из исследований в 1% ежегодно (183). Используя эти оценки для прогнозирования расходов на здравоохранение, можно предположить, что к 2050 г. рост расходов на здравоохранение будет на 77% связан с изменениями технологий и их использования. Учитывая рост затрат на здравоохранение, обеспечение оценки медицинских технологий для поддержки внедрения тех из них, которые дают реальную выгоду, и для противодействия использованию менее экономически рентабельных, является важной задачей для разработчиков политики (184).

Рост доходов, потребительских ожиданий и цен за единицу услуг

Связь между старением и затратами на здравоохранение, а также между технологическими инновациями и затратами достаточно сложная, но другие факторы, которые, как полагают, способствуют увеличению затрат – рост доходов, повышение ожиданий граждан в отношении медицинской помощи и цена за единицу услуг – еще в меньшей степени поддаются измерению и анализу. Расходы на здравоохранение тесно связаны с национальным доходом: проведенные оценки указывают на тенденцию их увеличения почти пропорционально экономическому росту. Таким образом, услуги здравоохранения по всей вероятности являются обычным товаром с эластичностью спроса по доходу, приближающейся к единице. В некоторых исследованиях получена более высокая оценка эластичности спроса по доходу, подразумевающая, что услуги здравоохранения – предмет роскоши и что с ростом доходов расходы на здравоохранение увеличатся еще больше. Однако это может быть результатом неспособности контролировать относительные цены на основные компоненты медицинской помощи, такие как оплата труда медицинских работников, капиталовложения и цены на лекарственные препараты. Например, в одном из исследований было обнаружено, что расходы на медицинское обслуживание обусловлены повышением уровня заработной платы, превышающим рост производительности в общей экономике 19 стран ОЭСР (185).

На индивидуальном уровне рост доходов может также приводить к повышенным ожиданиям в отношении новых и более дорогих медицинских технологий. Повышаются ли ожидания и могут ли они увеличивать расходы на здравоохранение, пока не проверено опытным путем. Поставщики услуг играют важную роль в определении уровня освоения и использования медицинских технологий. Таким образом, стимулы на местах, повышающие роль поставщиков услуг в управлении ожиданиями пациентов, станут еще более важными, учитывая как никогда ранее образованное население, на которое обрушивается огромный объем информации (и, что важно, рекламы), доступной через Интернет и из других источников.

Роль систем здравоохранения в улучшении здоровья населения

Как показывают тенденции в отношении состояния здоровья и показателей ожидаемой продолжительности жизни и заболеваемости, которые рассматриваются в предыдущем разделе, посвященном ключевым индикаторам состояния здоровья, системы здравоохранения могут играть основную роль в улучшении здоровья населения всего Европейского региона. Однако хотя в целом признается предположение, что система здравоохранения – и связанные с укреплением здоровья мероприятия и услуги⁵ – могут принести пользу состоянию здоровья всего населения, уровень этого вклада признан в меньшей степени, так как другие факторы также играют значительную роль, отличаясь по степени воздействия в различных контекстах. К ним относятся: местные пищевые привычки, география, социальные детерминанты здоровья и влияние политики, проводимой другими секторами, которая, возможно, и не направлена на улучшение здоровья, но может влиять на него (6,186). Проблема, следовательно, состоит в том, в какой мере можно относить достигнутые показатели здоровья населения или определенные исходы в отношении здоровья за счет тех или иных вмешательств, осуществляемых службами здравоохранения, и стоит ли вообще это делать.

Хотя недавно проведенные исследования свидетельствуют о том, что мероприятия систем здравоохранения улучшают состояние здоровья с переменным успехом (187) (см. ниже, в разделе, посвященном улучшению результатов в отношении здоровья), они также ясно дают понять, что деятельность служб здравоохранения может приносить значительную выгоду. Системы здравоохранения могут играть важную роль в улучшении здоровья населения в целом, осуществляя свои четыре функции:

- предоставление услуг: обеспечение индивидуальными медицинскими услугами и, что не менее важно, осуществление мероприятий по предупреждению болезней и пропаганде здорового образа жизни;
- финансирование: сбор, объединение и распределение финансовых средств между поставщиками услуг, с обеспечением справедливости, прозрачности, защиты населения от затрат, связанных с наличными выплатами за использование медицинских услуг, и предоставлением стимулов для эффективного и высококачественного обслуживания;
- формирование кадровых и других ресурсов: инвестирование в соответствующее сочетание необходимых людских и материальных ресурсов, в том числе в оснащение учреждений, технологии и фармацевтические препараты, для обеспечения оптимальных результатов; и
- стратегическое управление: политика (в том числе воздействующая на детерминанты здоровья), регулирующие механизмы, меры по осуществлению и инструменты реализации, в том числе системы прозрачного мониторинга и оценки для обеспечения руководства и подотчетности.

Как отмечено в рамочной программе ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, эти системы включают предоставление услуг всему населению и отдельным гражданам для достижения как общественных, так и индивидуальных целей и результатов в отношении здоровья⁶ (188).

⁵ В рамках данного обсуждения термины “услуги здравоохранения” (health services), “лечебно-профилактическая помощь” (health care) и “мероприятия охраны здоровья” (health care activities) используются как синонимы.

⁶ Услуги здравоохранения для населения – в том числе мероприятия по охране здоровья, профилактике заболеваний и укреплению здоровья (включая мероприятия, проводимые за пределами медицинских учреждений), а также медицинские услуги и вмешательства –

Руководящая роль правительства, министерства здравоохранения, других ключевых медицинских учреждений и ответственных лиц является жизненно важной частью этого процесса. Она обеспечивает возможность внедрять цели в отношении здоровья в другие стратегии и осуществлять межведомственные действия, направленные на улучшение здоровья (см. раздел, посвященный стратегическому руководству для разработки государственной политики, учитывающей интересы здоровья, в части 3).

Несмотря на это, разработчики политики по всему Региону нередко сталкиваются с тем, что существуют проблемы предоставления лекарственных препаратов, вакцин, информации и других средств профилактики, ухода и лечения (своевременного, бесперебойного, в достаточном количестве и по разумной цене) тем, кто в них нуждается (188). Во многих странах люди, которым больше всего требуется помощь, часто просто не получают ее, так как фармацевтические изделия и лечение, деньги, информация и даже работники здравоохранения недоступны или неэффективно размещены. Таким образом, несмотря на крупные инвестиции, системы здравоохранения (особенно в странах с низким и средним уровнем доходов) испытывают трудности при внедрении приоритетных вмешательств по охране здоровья, предоставлении эффективных услуг малообеспеченным и попытках найти баланс между неотложной и долговременной помощью. Это может подрывать вклад систем здравоохранения в улучшение здоровья всего населения. Кроме того, в некоторых европейских странах плохо функционирующие системы здравоохранения становятся основным препятствием в осуществлении действий по достижению ЦРТ (17,189).

Для решения множества разнообразных проблем, связанных со здоровьем в Регионе, Региональное бюро ВОЗ в основном сконцентрировало свои усилия на оказании помощи странам в улучшении работы и потенциала их систем здравоохранения. Укрепление систем здравоохранения – стратегически наиболее верный путь, позволяющий решить проблему удовлетворения потребностей по укреплению здоровья на долгосрочной основе и избежать проблем фрагментации, неустойчивой производительности и недостаточной широты охвата, универсальности и гибкости, часто характерных для ресурсов здравоохранения, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Стремление укрепить системы здравоохранения проистекает из убеждения, что здоровье – это одно из неотъемлемых прав человека, готовности внести свой вклад из чувства солидарности и понимания того, что участие людей улучшает результаты в отношении здоровья, а также этических установок во всем, что касается здоровья. В идеале, сильные системы здравоохранения будут улучшать здоровье на справедливой основе, добиваться более справедливого распределения финансовой нагрузки, уважать права пациентов, сбалансированно и эффективно использовать кадровые, финансовые и другие ресурсы (190). Поэтому в следующем разделе рассматривается, каким образом вмешательства системы здравоохранения имели или могут иметь положительное воздействие на здоровье в Регионе, подчеркивая, почему правительства должны продолжать инвестировать в них достаточные средства, особенно в условиях современного экономического и финансового климата.

поддерживают здоровье населения в целом и каждого человека в отдельности, воздействуя на результаты в отношении здоровья. В дополнение к услугам по лечению и оказанию помощи при заболеваниях и травмах (которые предоставляются в медицинских учреждениях) ряд услуг действуют в направлении “снизу вверх”, защищая здоровье, предупреждая болезни и способствуя улучшению здоровья (в широком смысле рассматриваются как действия общественного здравоохранения). Мероприятия, которые сфокусированы на здоровье или тесно связаны с ним, но которые могут не относиться к мероприятиям сектора здравоохранения, имеют большое значение, поскольку вносят свой вклад в укрепление здоровья. Таким образом, деятельность всей системы здравоохранения и межсекторальные действия, направленные на улучшение здоровья, способствуют улучшению здоровья населения в целом.

Улучшение конечных показателей здоровья

Для снижения бремени болезней в Европейском регионе необходимы самые разнообразные действия внутри и за пределами системы здравоохранения, направленные как на отдельного человека, так и на население в целом. Растущее понимание того, что эффективное преодоление все увеличивающегося бремени неинфекционных и хронических болезней, а также продолжающейся существовать проблемы инфекционных болезней, означает необходимость сделать профилактику болезней и укрепление здоровья центром согласованных стратегий и политики. Это требует укрепления всех четырех функций системы здравоохранения.

Смертность, снижаемая благодаря мерам диагностики и лечения, и предотвратимая смертность

В недавних исследованиях продемонстрировано, что эффективные услуги здравоохранения могут существенным образом сказываться на результатах в отношении здоровья. В частности, Nolte и McKee (25) предприняли попытку применить концепцию предотвратимой смертности к оценке работы систем здравоохранения и представили очевидные доказательства, что в 1980-е и 1990-е годы улучшение доступа к эффективной и своевременной помощи в сочетании с другими факторами снизили смертность в Европейском регионе. Среди людей в возрасте моложе 75 лет снижение достигало 23% от общей смертности у мужчин и 32% у женщин в странах с самыми высокими уровнями предотвратимой смертности, в том числе в Ирландии, Португалии, Соединенном Королевстве и Финляндии (25). Такое снижение было достигнуто, главным образом, за счет уменьшения смертности от болезней, поддающихся эффективным лечебно-диагностическим вмешательствам, в некоторых возрастных группах. В наибольшей степени это было связано с уменьшением младенческой смертности, но смертность снизилась также среди взрослых среднего возраста в Дании, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Франции и Швеции.

Как отмечено в предыдущих разделах, неинфекционные заболевания преобладают в общем бремени болезней во всех государствах-членах. В табл. 2.19 показано, что неинфекционные болезни составляют 77% от общего бремени болезней с различиями по полу среди разных причин, таких, например, как психоневрологические состояния, составляющих 17,5% от общего бремени среди мужчин и 22,5% среди женщин. В большинстве случаев неинфекционные заболевания являются причиной смертности и заболеваемости, которые можно снизить с помощью разного рода вмешательств, особенно профилактических. В Европейском регионе главный убийца – это сердечно-сосудистые заболевания; например, в Нидерландах снижение смертности от болезней сердца на 46% между 1978 и 1985 гг. было связано с оказанием помощи в специализированных отделениях коронарной недостаточности, лечением в период после инфаркта и проведением коронарного шунтирования. Снижение смертности на 44% в тот же самый период произошло за счет мероприятий первичной профилактики: кампаний по отказу от курения, мер, направленных на снижение содержания холестерина в сыворотке крови, а также лечения гипертонии (191). Более подробную разбивку данных, представленных в таблице 2.19, – см. выше, в разделе, посвященном показателям здоровья, и в приложении к докладу. Представленные ниже общие данные маскируют неравенства, существующие в Регионе: в странах восточной части Региона частота травматизма и инфекционных заболеваний намного выше (192).

Таблица 2.19. Бремя болезней и смертность по отдельным группам наиболее важных неинфекционных заболеваний, Европейский регион ВОЗ, расчетные данные, 2005 г.

| Группы заболеваний | Бремя болезней | | Смертность | |
|---------------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|
| | DALY (тысячи) | Процент от всех причин смерти | Число (тысячи) | Процент от всех причин смерти |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 34 421 | 23 | 5 067 | 52 |
| Психоневрологические расстройства | 29 370 | 20 | 264 | 3 |
| Рак (злокачественные новообразования) | 17 025 | 11 | 1 855 | 19 |
| Заболевания системы пищеварения | 7 117 | 5 | 391 | 4 |
| Заболевания органов дыхания | 6 835 | 5 | 420 | 4 |
| Нарушения со стороны органов чувств | 6 339 | 4 | 0 | 0 |
| Болезни костно-мышечной системы | 5 745 | 4 | 26 | 0 |
| Сахарный диабет | 2 319 | 2 | 153 | 2 |
| Заболевания полости рта | 1 018 | 1 | 0 | 2 |
| Все неинфекционные заболевания | 115 339 | 77 | 8 210 | 86 |
| Все причины смерти | 150 322 | 100 | 9 564 | 100 |

Источник: Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (67).

Однако для улучшения результатов в отношении здоровья необходимо, чтобы системы здравоохранения уделяли внимание не только заболеваниям, но и их причинам. Это относится к воздействию на социально-экономические факторы и неравенства (см. следующие два раздела), курению, злоупотреблению алкоголем, неправильному питанию, сидячему образу жизни и ожирению, а также к обеспечению экономической и эффективной защиты от опасностей, угрожающих здоровью. Доступ к услугам здравоохранения, особенно к услугам по профилактике болезней, их качество и эффективность также являются важными факторами. Безусловно, политика, программы, стратегии, действия и работа служб по всему Европейскому региону направлены на решение этих проблем и улучшение здоровья. Этот элемент предупреждения болезней и предотвратимых причин имеет отношение к тем факторам, которые обычно находятся вне прямого контроля служб здравоохранения, в связи с чем дифференцируются понятия предотвратимой (avoidable) смертности в целом (снижаемой путем как профилактики, так и лечения) и смертности, “предупреждаемой” за счет мер первичной профилактики (preventable) смертности (133). Исследование, проведенное в 27 странах, которые теперь являются членами ЕС, продемонстрировало значительное снижение обоих показателей за период между 1990 и 2002 гг. (193). Оно также выявило существенные различия между восточной и западной частями Региона: показатели смертности, снижаемой благодаря диагностике и лечению (amenable) колебались от 13% в Нидерландах до 30% в Болгарии для мужчин в возрасте 0–74 лет и от 26% в Швеции до 44% в Румынии для женщин в возрасте 0–74 лет. Доля смертности, предупреждаемой за счет мер первичной профилактики (preventable) колеблется от 10% в Швеции до 21% в Италии среди мужчин и от 4% в Болгарии до 10% в Венгрии среди женщин. Эти цифры иллюстрируют потенциал служб здравоохранения по оказанию воздействия на здоровье, а также указывают на влияние других частей системы здравоохранения и других секторов.

Профилактика болезней и укрепление здоровья

Действия по профилактике болезней и укреплению здоровья как в отношении инфекционных, так и неинфекционных болезней, играют основополагающую роль в общем улучшении здоровья в Европейском регионе. Они нуждаются в вовлечении других секторов и требуют качественного выполнения системой здравоохранения функции стратегического управления. Профилактические вмешательства общественного здравоохранения могут существенно снижать смертность и заболеваемость. Это

относится к таким, предоставляемым на индивидуальном уровне услугам, как вакцинация, постконтактная профилактика при наличии риска заражения, лечение артериальной гипертензии, особенно в сочетании с мероприятиями на популяционном уровне. Вакцинация остается основным методом предупреждения болезней во многих странах, где широко развиты комплексные программы. Кроме этого, профилактические мероприятия могут включать предоставление информации о рискованном поведении и рисках для здоровья, а также консультирование, как их снизить; при этом важная роль в осуществлении таких мероприятий принадлежит первичным медико-санитарным службам. Вторичная профилактика включает такие мероприятия, как основанные на фактических данных программы скрининга для раннего выявления болезней. Для действий по профилактике болезней и укреплению здоровья, проводимых “снизу”, необходимы стратегии, отличающиеся рентабельностью, пользующиеся широкой поддержкой и осуществимые на практике. Они выходят за рамки действий, главной целью которых является здоровье (меры, направленные “сверху”) и переходят к тем, которые косвенно влияют на здоровье, используя другие средства, такие как бюджетно-финансовая политика, или социальные услуги и льготы, финансируемые и предоставляемые вне сектора здравоохранения.

Мероприятия по укреплению здоровья являются частью обширного процесса, который дает возможность людям усилить контроль за своим здоровьем и его детерминантами и таким образом улучшить его. Мероприятия по укреплению здоровья включают:

- пропаганду изменения образа жизни и условий окружающей среды для формирования культуры здоровья;
- просвещение и социальную коммуникацию для пропаганды способствующих здоровью условий, стиля жизни, поведения и окружающей среды;
- реорганизацию служб здравоохранения для создания моделей помощи, способствующих укреплению здоровья;
- усиление межсекторальных партнерств для более эффективных действий по укреплению здоровья; и
- оценку влияния государственной политики на здоровье.

Услуги могут быть сфокусированы на населении в целом или на группах повышенного риска с ожидаемыми неудовлетворительными показателями в таких областях, как сексуальное и психическое здоровье; рискованное поведение в отношении передачи ВИЧ; сокращение потребления наркотиков, курения и потребления алкоголя; повышение физической активности; профилактика ожирения и пропаганда здорового питания; уменьшение риска для здоровья на рабочих местах; предупреждение травматизма; пропаганда гигиены труда и окружающей среды. Системы здравоохранения играют главную роль в изменении поведения людей в отношении многих специфических факторов риска (194). В более широком смысле их роль в укреплении здоровья состоит в информировании разработчиков политики о рисках для здоровья, состоянии здоровья, потребностях в отношении здоровья, а также в планировании стратегий с учетом различных условий.

Табак

Курение однозначно является проблемой общественного здравоохранения и фактором риска, обуславливающим приблизительно 25% смертности и 17% потерянных DALY (132). Признавая это, большинство стран Региона присоединились к принятой в 2003 г. Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком (79), которая стала первым глобальным соглашением обязательного характера по общественному здравоохранению. Конвенция

требует от подписавших ее стран осуществления ряда мер для уменьшения курения. Законы против курения, которые рекомендует Европейская стратегия по борьбе с табаком (195), и разработанные в Рамочной конвенции, теперь приняты во многих странах Региона. После Ирландии и Норвегии, а также Дании, Испании, Италии, Мальты, Словении, Соединенного Королевства, Турции, Финляндии, Франции, Швеции и Эстонии многие страны запрещают курение во всех общественных местах, включая бары и рестораны. Также введены ограничения курения в общественном транспорте: теперь в большинстве стран Региона запрещено курение в автобусах, такси, а более чем в половине стран – в поездах (69). Большинство стран, начиная с 2002 г., укрепили свое законодательство, ограничивающее рекламу, пропаганду и спонсорство в отношении табачной продукции.

Исследования, проведенные в Европейском регионе и за его пределами, показали, что комплексные подходы, выходящие за рамки сектора здравоохранения, вероятно, будут наиболее эффективными. Европейская стратегия по борьбе с табаком (195) рекомендует осуществление общенациональных стратегических действий для поддержания высоких цен и налогов на все табачные изделия дополнительно к запретительным мерам, маркировке, предупредительным надписям и другим мерам. Например, повышение цен на 10% приводит, согласно оценкам, к снижению потребления на 3–5% (196). В ряде случаев табачная промышленность противодействовала росту налогов путем снижения цен до налогообложения, что приводило к меньшему повышению цен, чем было предусмотрено. В некоторых странах, включая Албанию, Данию, Кыргызстан, Российскую Федерацию и Финляндию, реальные цены на табачную продукцию в последние годы снизились (табл. 2.20) (69).

Всесторонний и межведомственный подход может дать хорошие результаты. В Австралии уменьшилась частота рака легких, а смертность от ишемической болезни сердца снизилась между 1980 и 2000 гг. на 59% среди мужчин и на 55% среди женщин. Комплексный подход мог бы включать следующие мероприятия: ценообразование, предостерегающие надписи на упаковке, запрет на рекламу, общенациональные кампании против курения, услуги горячих линий (Quitlines) для бросающих курить, широкие информационно-пропагандистские программы, запрещение курения, движение за “дома без табачного дыма” и судебные иски курильщиков и пассивных курильщиков против табачных кампаний (197). В пределах Европейского региона Турция является лидером в осуществлении всесторонних межсекторальных мероприятий, проводимых под руководством министерства здравоохранения с особым вниманием к положениям Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком (вставка 2.4.).

Таблица 2.20. Ежегодное изменение цены (%) на табачную продукцию в реальном исчислении (с учетом инфляции) в отдельных странах Европейского региона ВОЗ, 31 декабря 1997 г. – 31 декабря 2001 г. и 31 декабря 2001 г. – 31 декабря 2005 г.

| Страна | Изменение цены (%) | |
|----------------------|--------------------|---------------|
| | 1997–2001 гг. | 2001–2005 гг. |
| Австрия | +1,5 | +2,4 |
| Азербайджан | –8,9 | –2,4 |
| Албания | –2,1 | –0,4 |
| Армения | +14,0 | –5,4 |
| Бельгия | +1,6 | +3,5 |
| Болгария | –2,1 | +21,0 |
| Венгрия | +0,5 | +11,8 |
| Германия | +1,6 | +11,0 |
| Греция | +3,1 | +1,5 |
| Дания | –1,1 | –3,2 |
| Израиль | +4,1 | +5,2 |
| Ирландия | +3,2 | +4,1 |
| Исландия | +4,8 | +5,7 |
| Испания | +4,7 | +2,3 |
| Италия | +0,9 | +6,1 |
| Кипр | +5,8 | +14,8 |
| Кыргызстан | –0,2 | –2,6 |
| Латвия | +1,9 | +5,3 |
| Литва | – | +7,9 |
| Люксембург | +1,6 | +1,8 |
| Мальта | – | +7,9 |
| Нидерланды | +2,6 | +6,3 |
| Норвегия | +7,3 | +7,6 |
| Польша | +4,3 | +1,9 |
| Португалия | +1,8 | +2,8 |
| Республика Молдова | +3,5 | –3,8 |
| Российская Федерация | – | –6,2 |
| Румыния | – | +2,9 |
| Словакия | +1,6 | +10,7 |
| Словения | 0 | +9,3 |
| Финляндия | +0,7 | –1,1 |
| Франция | +3,8 | +13,1 |
| Хорватия | – | +1,4 |
| Чешская Республика | 0,0 | 0,0 |
| Швеция | +2,9 | +0,7 |
| Эстония | +5,3 | +5,5 |

Источник: The European tobacco control report 2007 (69).

Вставка 2.4. Политическая приверженность и лидерство в борьбе с табаком в Турции

Турция – крупный производитель табака с 280 000 местных производителей и страна, входящая в первую десятку стран-потребителей табачных изделий с 20 млн. курильщиков. Однако она проделала долгий путь в своих усилиях, направленных на то, чтобы остановить эпидемию курения. Это в значительной степени было обусловлено высоким уровнем лидерства и политической приверженности. Когда в 1996 г. был принят первый закон по борьбе с табаком, запрещающий рекламу табачных изделий и курение в общественных местах, многие считали, что он противоречит национальной культурной традиции и никогда не будет проведен в жизнь. Хотя страна столкнулась с рядом неудач, пытаясь полностью запретить курение, закон не только остался без изменений, несмотря на множество попыток различных “протабачных” лоббистов, но и был усилен в 2008 г. В значительной степени это было результатом ратификации Турцией в 2004 г. Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком (79), что позволило разработчикам политики неотступно следовать по пути решения проблемы.

Приверженность и лидерство министерства здравоохранения постоянно играли важнейшую роль. Во-первых, в 2006 г. было создано специальное подразделение по борьбе с табаком. Во-вторых, был организован Национальный комитет по борьбе с табаком с представительством должностных лиц высокого уровня от основных министерств и организаций гражданского общества, как было предусмотрено Рамочной конвенцией. В-третьих, в 2007 г. премьер-министр представил первую пятилетнюю национальную программу по борьбе с табаком и план действий, подготовленные Национальным комитетом по борьбе с табаком. В-четвертых, правительство постоянно увеличивало налоги на табачные изделия, достигнув одной из самых высоких в мире общей налоговой ставки 73–87% в зависимости от марки изделий. Наконец, закон 2008 г. с внесенными поправками расширил свободную от курения окружающую среду, охватив все внутренние помещения. Этот закон распространялся на гостинично-туристический сектор (основной источник иностранной валюты), которому был предоставлен 18-месячный переходный период. Когда 19 июля 2009 г. закон вступил в силу и для этого сектора, Турция стала шестой страной в мире, в которой приняты общенациональные законы, запрещающие курение и не содержащие исключений, позволяющих оборудование комнат для курения в общественных местах.

Новый закон и политическая приверженность, обеспечивающая его поддержку, являются примером наилучшего опыта, на котором могут учиться другие страны. Закон был благо разумно разработан без всякого рода лазеек и двусмысленностей, которыми можно было бы злоупотребить. Например, предыдущий закон требовал предоставления в СМИ 90 минут эфирного времени для информации, просвещения и коммуникации с целью борьбы с табаком, а согласно переработанному закону, устанавливалось, что 30 из 90 минут должны предоставляться в прайм-тайм для более широкого охвата и выполнения задачи формирования к 2012 г. антитабачной культуры у 90% населения. Кроме того, изображение табачных изделий не могло появляться в телевизионных программах, фильмах, в музыкальных видео, в рекламе, а все сцены курения затушевывались. Контроль выполнения закона осуществлялся очень строго: все электронные СМИ должны были передавать комплект сообщений, одобренных министерством здравоохранения для информирования, просвещения и коммуникации, и ежемесячно представлять для обзора в Высший совет по вопросам радио и телевидения компакт-диск с их рекламой. Это важное начинание в стране, где имеется примерно 1400 национальных, региональных и местных телевизионных каналов и радиостанций, а охват электронными средствами массовой информации почти универсальный.

Несмотря на первоначальные возражения, когда в качестве аргумента приводилась культурная традиция, недавние опросы показывают, что теперь более 85% населения приветствует введение закона о запрете курения. Отношение к проблеме и ее понимание изменились до такой степени, что премьер-министр Турции упомянул борьбу против табака, когда он говорил о борьбе против терроризма (Министерство здравоохранения Турции, частное сообщение, июнь 2009 г.).

Услуги по оказанию помощи в отказе от табака – важное условие борьбы с курением. К 2007 г. 21 государство-член приняли национальные программы по предупреждению, диагностике и лечению табачной зависимости в рамках предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи и еще 10 стран внедрили такие услуги на региональном уровне (198). Однако не существует единых стандартов по предоставлению таких услуг. В табл. 2.21 в общих чертах обрисовано, как политика и вмешательства, направленные на борьбу с табаком, осуществляются посредством четырех функций системы здравоохранения.

Питание и физическая активность

Как подчеркивалось выше, неправильное питание и недостаток физической активности, в частности приводящие к избыточному весу и ожирению, – значительная проблема для всего Европейского региона. Мероприятия в этой области должны быть направлены на решение таких ключевых проблем, как потребление высококалорийных и малопитательных продуктов, а также малоподвижный образ жизни; недостаточный уровень физической

Таблица 2.21. Примеры действий, направленных на борьбу с табаком, в разбивке по функциям системы здравоохранения

| Функции | Действия |
|----------------------------------|--|
| Предоставление услуг | Помощь в отказе от курения, предоставляемая врачами общей практики параллельно с другими услугами Мероприятия по борьбе с курением в рамках работы по укреплению здоровья школьников Обеспечение окружающей среды, свободной от табачного дыма |
| Финансирование | Целевое финансирование услуг по отказу от курения, предоставляемых на уровне первичной медико-санитарной помощи Целевые фонды для работы по укреплению здоровья школьников |
| Формирование ресурсов | Обеспечение кадрами квалифицированных работников, проводящих консультирование по отказу от курения на уровне местных сообществ |
| Стратегическое управление | Политика в области налогов и сборов – акциз на табачные изделия Координация межсекторальных действий по антитабачной пропаганде в учреждениях, особенно в школах и на рабочих местах Установление в законодательном порядке полного запрета на курение в общественных местах и контроль выполнения законов |

активности у двух третей взрослых в ЕС не позволяет достичь оптимального уровня здоровья (199). Многие страны, сами того не желая, способствовали созданию условий, способствующих ожирению. Ожирение связано со многими, все возрастающими проблемами здоровья, например диабетом 2-го типа, сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями суставов и другими нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые вызваны избыточным весом (200). Нездоровье, связанное с ожирением – проблема, как для экономики, так и для здравоохранения. Например, затраты, связанные с ожирением в Соединенном Королевстве, согласно оценкам, составляют 4,6% от общих расходов на здравоохранение (192). В глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью (201), поддержанной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2004 г., поставлены цели и описаны действия по улучшению рациона питания и повышению физической активности во всех странах.

Имеющиеся данные указывают на низкий уровень потребления фруктов и овощей в Западной, Северной и Центральной Европе и на высокий уровень потребления насыщенных жиров в Северо-Западной Европе (33). Кроме того, между странами наблюдаются значительные различия в уровнях потребления напитков с высоким содержанием сахара. Потребление сладких безалкогольных напитков в 11 западных странах в 1999 г. колебалось от менее 50 мл в день в Италии до 200 мл в день в Соединенном Королевстве (199). Однако модели питания в странах Региона становятся все более сходными; например, уровни потребления жиров, которые исторически были низкими в Южной, Центральной и Восточной Европе, сегодня повышаются, а потребление фруктов и овощей увеличилось во многих странах Северной и Западной Европы (33).

На проблему ожирения можно воздействовать, используя многие доказавшие свою эффективность вертикальные вмешательства, в том числе долгосрочные изменения образа жизни, включая питание и физическую активность, поведенческую терапию, оперативные вмешательства и медикаментозную терапию (199). Действия более широкого характера на популяционном уровне также приобретают все большую популярность и признаются крайне важными для обеспечения эффективных долгосрочных решений. К ним относятся межотраслевые действия, направленные на изменение образа жизни и поведения и способствующие созданию поддерживающей здоровье среды. Например, проект, осуществляемый в Норвегии и посвященный физической активности и питанию в школах, направлен не только на обеспечение более здоровыми завтраками, обедами и легкими закусками, но также на изменение школьной физической среды и пересмотра расписания для увеличения часов занятий физкультурой и

спортом. Результатом этого проекта стало улучшение концентрации внимания во время занятий (на 70% в начальной и на 50% в средней школе) и оздоровление обстановки в школах – каждый третий учащийся сообщил об уменьшении виктимизации и буллинга (Министерство здравоохранения Норвегии, частное сообщение, 2008 г.). Обзор экономических исследований, посвященных ожирению (202), показал, что инвестирование в программы по пропаганде физической активности и здорового питания является исключительно рентабельным.

Для снижения показателей ожирения и связанных с ним заболеваемости и смертности необходимы многоотраслевые действия. В частности, воздействие на среду, способствующую ожирению, требует во многих странах сотрудничества целого ряда секторов, включая специалистов в области общественного здравоохранения, индустрию питания, сектор городского планирования и учреждения по управлению образованием. Следовательно, это задача системы здравоохранения в целом (табл. 2.22), для выполнения которой необходимо укрепление роли министерств здравоохранения по стратегическому управлению при построении межотраслевого сотрудничества.

Таблица 2.22. Примеры действий в отношении питания и физической активности в разбивке по функциям системы здравоохранения

| Функции | Действия |
|----------------------------------|---|
| Предоставление услуг | Рекомендации по питанию и физической активности, предоставляемые врачами общей практики Выявление пациентов, подверженных риску, на всех уровнях системы здравоохранения параллельно с оказанием помощи по другому поводу, например в больницах, содействующих укреплению здоровья Рекомендации сектора здравоохранения по питанию и занятиям спортом для школ Организация мест досуга, приспособленных для семейного отдыха |
| Финансирование | Целевое финансирование услуг, связанных с питанием и физической активностью, в службах по оказанию первичной медико-санитарной помощи; например, работа с людьми из групп высокого риска, измерение ИМТ и содержания холестерина в сыворотке и т.д. Целевые фонды для проведения мероприятий по укреплению здоровья школьников |
| Формирование ресурсов | Обеспечение того, что соответствующие опыт и знания имеются на уровне служб первичной и вторичной медико-санитарной помощи для работы с людьми, подверженными повышенному риску неинфекционных заболеваний из-за нездорового питания и недостатка физической активности Обеспечение того, что соответствующие опыт и знания имеются в различных учреждениях, например, в школах Финансирование, предоставляемое местным властям для проведения мероприятий на уровне общины и создания таких условий, как места для занятий спортом, общественные территории и дорожки для велосипедистов |
| Стратегическое управление | Координация функций по укреплению здоровья в рамках всей системы здравоохранения Разработка законов, норм, кодексов поведения и заключение соглашений с представителями розничной торговли по маркировке пищевых продуктов Ограничение рекламы Координация межсекторальных действий по созданию среды, способствующей укреплению здоровья |

Алкоголь

Масштаб проблемы потребления алкоголя растет. В некоторых странах наблюдается выраженный рост связанных с потреблением алкоголя заболеваний. Например, распространенность хронических болезней печени увеличивается в Соединенном Королевстве (хотя и с низкого начального уровня), и в странах Юго-Восточной Европы, где она значительно выше, чем в странах ЕС-15 (203). Около 8% смертей и 14% потерянных DALY может быть связано с алкоголем (133), несмотря на то, что во многих странах зарегистрировано снижение общих уровней потребления. Однако важно учитывать два фактора: незарегистрированное потребление алкогольных напитков, часто кустарного производства, и рост распространенности пьянства, которое особенно вредит здоровью. Кроме того, общее зарегистрированное потребление алкоголя значительно увеличилось во многих странах.

Для воздействия на злоупотребление алкоголем страны предпринимают целый ряд мер, которые отражают условия этих стран и природу проблемы. Например, такие вмешательства, направленные снизу-вверх, как налогообложение, могут быть действенными в странах с высоким уровнем доходов. В Швеции, объединение законодательства, налогов и программ сертификации для компаний, занимающихся бизнесом, связанным с алкоголем, уменьшили обусловленные употреблением алкоголя разрывы в отношении здоровья, по меньшей мере, до того момента, пока Швеция не вступила в ЕС в 1995 г. (204). Такие действия, направленные сверху-вниз, как ужесточение контроля за напитками, содержащими алкоголь, могут иметь больший успех в странах с низким и средним уровнем доходов. Это, в частности, относится к странам СНГ и Балтии. Исследования, проведенные в Российской Федерации, показали, что алкоголь обуславливает 40% смертей среди мужчин трудоспособного возраста (205). В ЕС используется противоалкогольная стратегия по мониторингу хорошей практики в отношении целого ряда предпринимаемых в странах действий (206). Это показывает, что многие страны предприняли действия в различных областях для решения проблемы злоупотребления алкоголем, включая кампании в СМИ, вмешательства со стороны заинтересованных сторон, просветительские программы и правовые нормы в отношении продаж и покупки алкоголя, вождения автомобиля в нетрезвом состоянии и предоставление соответствующих прав органам по охране правопорядка. Действия стран ЕС-12 были, по крайней мере, столь же активными, а часто и более активными, чем в странах ЕС-15. Польша и страны Балтии, например, предприняли комплексные подходы по контролю потребления алкоголя, поскольку уже известно то, что было сделано в Норвегии и Швеции. В табл. 2.23 даны примеры политики по контролю алкоголя с разбивкой по четырем функциям системы здравоохранения.

Таблица 2.23. Примеры действий по контролю потребления алкоголя в разбивке по функциям системы здравоохранения

| Функции | Действия |
|----------------------------------|--|
| Предоставление услуг | Рекомендации в отношении потребления алкоголя, предоставляемые врачами общей практики Наличие услуг, предоставляемых специалистами по консультированию для людей, испытывающих проблемы, связанные с потреблением алкоголя Мероприятия в школах против употребления алкоголя, вредящего здоровью Места досуга, приспособленные для семейного отдыха |
| Финансирование | Специальное финансирование услуг, связанных с контролем потребления алкоголя, в службах по оказанию первичной медико-санитарной помощи Зарезервированные фонды для проведения мероприятий по укреплению здоровья в школах |
| Формирование ресурсов | Обеспечение того, что соответствующие опыт и знания имеются у врачей общей практики и на уровне служб вторичной медико-санитарной помощи для использования любых возможностей по определению проблем, связанных с алкоголем Обеспечение того, что соответствующие опыт и знания имеются у соответствующих профессионалов, в том числе сотрудников полиции, учителей и т.д. Финансирование, предоставляемое местным властям для проведения мероприятий на уровне общины |
| Стратегическое управление | Политика в области налогов и сборов, повышение акцизов на алкогольную продукцию для снижения потребления Лицензирование и другие ограничения торговли Ограничение рекламы Межотраслевая координация для пропаганды ограничения употребления алкоголя во благо здоровья в различных условиях |

Заключение

Помимо сектора здравоохранения, роль других секторов имеет ключевое значение для обеспечения эффективных долгосрочных действий по пропаганде здорового питания, повышению физической активности, борьбе с табаком и алкоголем, и положительные результаты, скорее всего, будут итогом сочетания межотраслевой деятельности как служб,

работающих на уровне населения, так и служб, оказывающих услуги на индивидуальном уровне. Для осуществления большинства мероприятий по снижению уровня, и особенно по предупреждению болезней, составляющих самую значительную часть бремени болезней в Европейском регионе, будут полезными комплексные и стратегические межотраслевые действия – учет интересов здоровья в политике всех секторов. Многие из подобных действий уже предпринимаются в Регионе. Центральным аспектом функции стратегического управления системы здравоохранения является влияние на политику и действия других секторов, которые могут влиять на здоровье населения, включая действия, выходящие за рамки системы здравоохранения. В этом состоит ключевая роль правительства в целом и министерства здравоохранения, как его агентства, занимающегося здоровьем, в частности (см. раздел по стратегическому управлению в части 3). Хорошим примером может служить подход, предпринятый в Австралии, для борьбы с табаком и ограничения курения.

Оценка воздействия на здоровье всех политических решений может способствовать поддержке или внедрению подхода к здоровью населения на основе стратегии “Здоровье во всех аспектах политики”. При этом подходе принятие решений поддерживается фактическими данными о возможном воздействии на здоровье данного или альтернативного решения; это помогает не только принять решение, но и стимулировать действия по смягчению любых негативных последствий принятого решения. Оценка воздействия на здоровье в основном проводится в странах Западной Европы, особенно в Нидерландах, Соединенном Королевстве и Финляндии (207). Среди стран ЕС-12 такую оценку чаще всего использовала Словения. Оценка воздействия на здоровье способствует принятию информированного решения в каждом конкретном случае, хотя исследования показывают, что она также может быть рентабельным и эффективным инструментом поддержки принятия решений (207).

Задачей политики и деятельности сектора здравоохранения является улучшение результатов в отношении здоровья в Европейском регионе. Разработчики политики в области здравоохранения и работники здравоохранения могут внести огромный вклад в снижение бремени болезней, сосредоточив внимание на важнейших детерминантах нездоровья. Прогресс был достигнут во всех странах в каждой из этих областей. Роль системы здравоохранения является ключевой. Это относится не только к ее собственной деятельности, но и к межведомственным действиям, надзор за которыми должен проводиться системой здравоохранения в соответствии с функцией министерств здравоохранения по стратегическому управлению.

Кроме того, системы здравоохранения по всему миру сталкиваются с новыми проблемами, связанными с нездоровьем, заболеваниями и причинами преждевременной заболеваемости и смертности, обусловленными образом жизни, а также с уже существующими и новыми инфекционными заболеваниями, которые требуют комплексных действий на национальном уровне и международного сотрудничества. В силу этих обстоятельств недавно предпринятые стратегии по укреплению систем здравоохранения в Европе с целью достижения лучшего здоровья населения широко варьировались от масштабных изменений в организации и/или финансировании сектора здравоохранения до более скромных инициатив, затрагивающих конкретные элементы системы здравоохранения. Страны разработали стратегии для сектора здравоохранения и подходы для оценки их деятельности, а также механизмы определения приоритетов для принятия решения, какие вмешательства будут оказывать наибольшее воздействие на здоровье населения при разумных затратах (например, инструмент WHO’s CHOICE по выбору экономически эффективных вмешательств (208)) и рамочные программы

среднесрочных затрат. Другие страны приняли стратегии, ориентированные на конкретные заболевания или службы, для воздействия на специфические причины нездоровья или межсекторальные стратегии по воздействию на неравенство в отношении здоровья. Эти виды подходов и мер жизненно важны для обеспечения того, чтобы разработчики политики направляли и использовали ограниченные ресурсы эффективно. Кроме того, результаты должны демонстрировать как экономическую эффективность, так и позитивное воздействие на здоровье, чтобы создать жизнеспособную основу для устойчивых инвестиций в системы здравоохранения.

Расширение охвата и усиление финансовой защиты

В качестве стратегической задачи, охват заключается в доступе к услугам и защите от использования собственных средств для оплаты услуг здравоохранения. Цель по достижению всеобщего охвата означает обеспечение того, чтобы любой человек мог использовать услуги, в которых он нуждается, и что это не потребует от него таких затрат собственных средств, которые грозят ввергнуть в нищету его семью и его близких. В этом разделе, прежде всего, обсуждается тот аспект охват услугами здравоохранения в Европейском регионе, который связан с финансовой защитой, а затем рассматриваются вопросы, относящиеся к доступу к услугам. В тесной связи с целью достижения финансовой защиты находится цель достижения финансовой справедливости, которая означает, что люди с более низким уровнем доходов не должны платить за медицинские услуги больший процент от них, чем люди с более высоким уровнем доходов.

Финансовая защита и справедливость в финансировании

Фундаментальная цель системы здравоохранения – обеспечить, чтобы никто не обеднел в результате использования услуг здравоохранения и чтобы, заболев, люди не должны были выбирать между своим здоровьем (как физическим, так и психическим) и экономическим благосостоянием (36,209). Это является отражением одной из самых прямых ассоциаций между здоровьем и благосостоянием: уровень, до которого затраты собственных средств на здравоохранение разоряют людей, или, наоборот, эффективность системы финансирования здравоохранения при защите людей от обнищания и одновременном стимулировании использования ими услуг здравоохранения. Два широко используемых критерия оценки этой задачи могут быть предоставлены по каждой стране, в которой имеются надежные данные обследований домашних хозяйств:

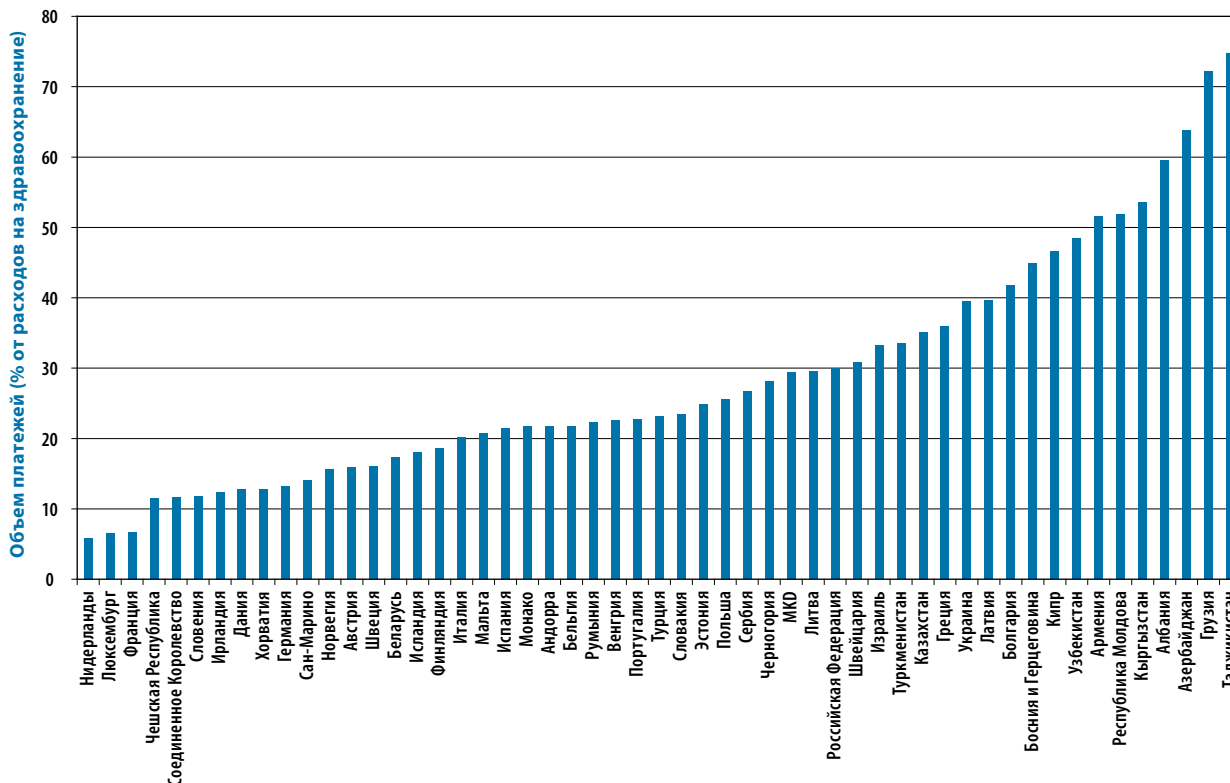
- процент домашних хозяйств, несущих катастрофические затраты собственных средств на медицинское обслуживание; и
- разорительные расходы, измеряемые как влияние затрат на здравоохранение на долю бедного населения (число или процент домашних хозяйств, которые проживают ниже установленной по стране черты бедности в результате расходов на медицинские услуги) или разрыв бедности (степень, в которой домашние хозяйства опускаются ниже уровня бедности в результате расходов на медицинские услуги).

Катастрофические затраты на медицинские услуги – это затраты выше определенного процентного порога либо от общих затрат домашнего хозяйства, либо от средств после обеспечения базовых потребностей. Установленные пороговые значения могут варьироваться. В этом докладе используется пороговое значение, составляющее 40% от средств, остающихся после обеспечения таких базовых потребностей, как питание. Как только затраты собственных средств за определенный период времени поднимаются выше этого уровня, они рассматриваются как катастрофические для домашнего хозяйства.

Даже без проведения подробного анализа данные обследований по определению катастрофического и разоряющего воздействия и фактические данные, полученные на международном уровне, ясно показывают, что высокие затраты собственных средств должны вызывать беспокойство. Проведенный ВОЗ анализ данных примерно из 80 стран указывает на серьезную связь между долей оплаты собственными средствами в общих затратах на здравоохранение и процентом семей, которые сталкиваются с катастрофическими расходами на медицинскую помощь (210). Из этих результатов вытекает один ясный вывод – катастрофические затраты просто исчезнут, когда доля оплаты собственными средствами медицинских услуг упадет ниже 15% от общих затрат на здравоохранение.

На основе этих взаимоотношений можно утверждать, что в Европейском регионе, существует причина для беспокойства, так как множество людей рискуют столкнуться с катастрофическими уровнями расходов собственных средств на медицинское обслуживание. Как показано на рис. 2.30, доля этих расходов в общих затратах на медицинское обслуживание превышает 15% в большинстве стран, составляет 30% во многих странах и 50% – в нескольких. При таких показателях риск катастрофических затрат очень высок. Эти данные указывают также, что риск столкнуться с катастрофическими затратами выше на Кавказе и в странах Центральной Азии. Однако и в других странах, включая такие страны ЕС, как Болгария, Греция, Кипр и Латвия, также наблюдаются высокие уровни расходов собственных средств, и может возникнуть необходимость в изучении возможностей решения этой проблемы.

Рисунок 2.30. Платежи за медицинские услуги из собственных средств как процент от общих расходов на здравоохранение, 2006 г.



Примечание. MKD – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.

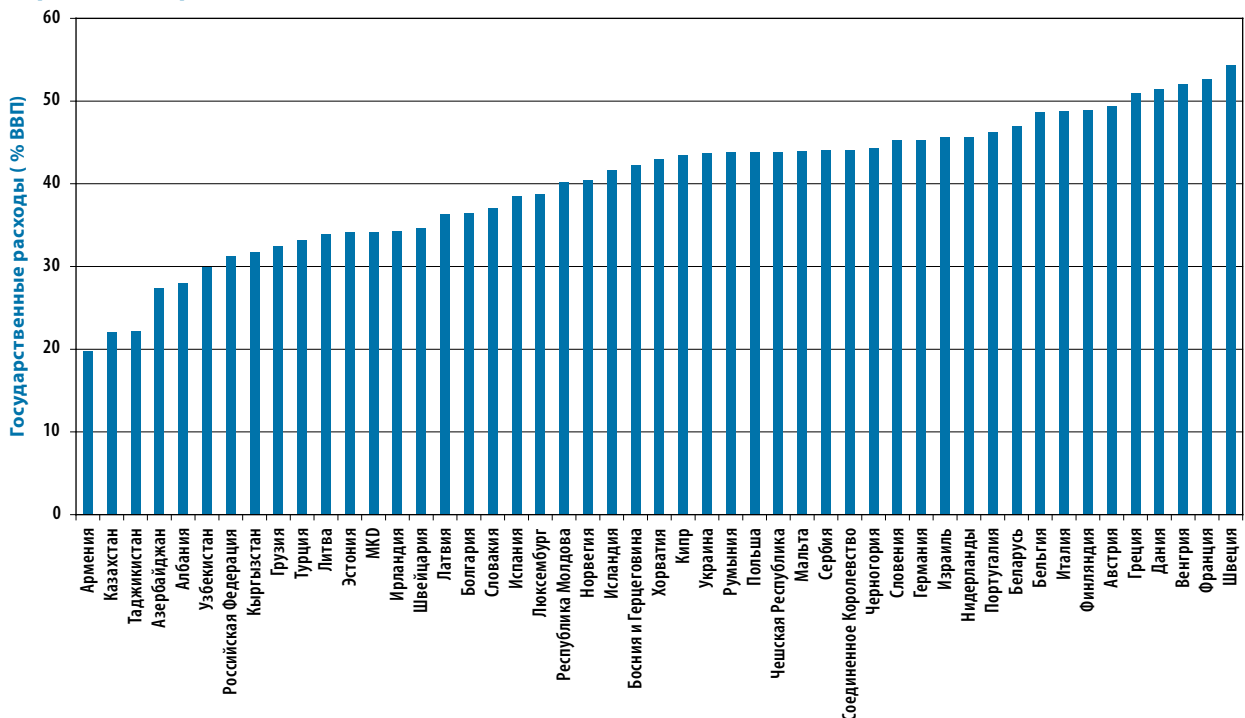
Источник: National health accounts. Country information [веб-сайт] (211).

Чем объясняются подобные различия в зависимости от платежей собственными средствами, и, соответственно, в уровне финансовой защиты и справедливости в Регионе? Во многих странах с низким и средним уровнем доходов требуются более высокие затраты собственных средств, однако имеются и некоторые исключения.

Взаимосвязь между частными и государственными затратами может в какой-то степени объяснить эти особенности. Государственные затраты на здравоохранение определяются как общим размером государственного сектора в экономике (общие затраты правительства как процент ВВП) и значением, которое правительства придают здравоохранению по сравнению с другими секторами при выделении ресурсов (доля затрат на здравоохранение от общих государственных затрат). На рис. 2.31 и 2.32 суммированы данные по каждому из этих параметров для Региона и отражены их значительные колебания между странами. Производство показателей бюджетной обеспеченности и приоритета, отдаваемого здравоохранению государственным сектором, и составляет государственные затраты на здравоохранение как процент ВВП. На рис. 2.33 показано, что этот показатель значительно варьирует по Региону и имеет сильную обратную корреляцию с уровнем зависимости системы здравоохранения страны от оплаты пациентами услуг из собственных средств и, следовательно, со степенью актуальности вопроса о финансовой защите от катастрофических расходов.

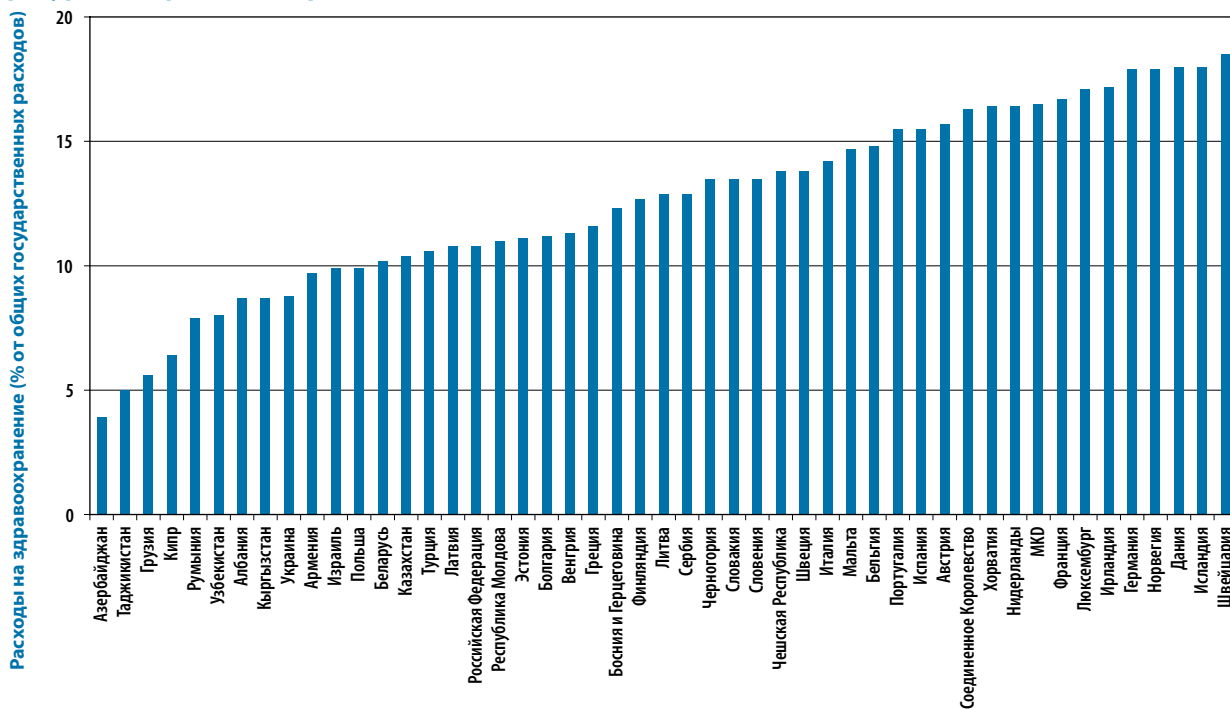
Связь между уровнями государственных затрат и зависимостью систем здравоохранения от платежей собственными средствами граждан очень сильно выражена, но в этой тенденции имеются существенные различия, которые показаны на рис. 2.33. Например,

Рисунок 2.31. Бюджетный потенциал: общие государственные расходы как процент ВВП, Европейский регион ВОЗ, 2006 г.



Примечание. МКД – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.
Источник: National health accounts. Country information [веб-сайт] (211).

Рисунок 2.32. Уровень приоритетности здравоохранения при распределении государственных ресурсов, Европейский регион ВОЗ, 2006 г.



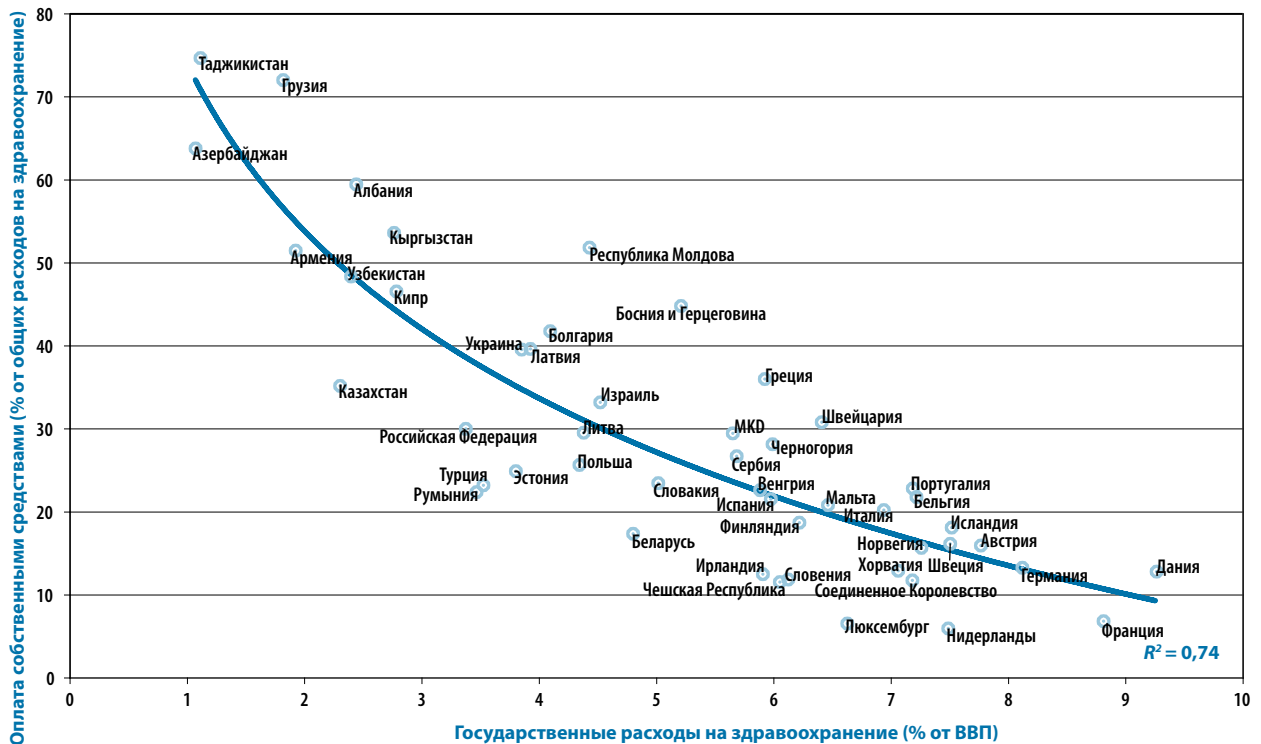
Примечание. МКД – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.

Источник: National health accounts. Country information [веб-сайт] (211).

государственные затраты на здравоохранение в 2006 г. составляли около 6% ВВП в 12 странах. В них доля выплат собственными средствами граждан составляла от 11% общих затрат на здравоохранение в Чешской Республике до 36% в Греции. Таким образом, данные показывают, что в европейских странах как бюджетные условия, так и приоритеты государственного сектора, являются важными детерминантами финансовой защиты. Но при этом имеющиеся колебания показывают значение того, как финансируется здравоохранение, то есть политики финансирования здравоохранения. Хотя такая общая картина взаимосвязи между правительственными затратами на здравоохранение, платежами с использованием собственных средств граждан и катастрофическими затратами дает представление о ситуации в целом, ее понимание в каждой из стран требует глубинного анализа данных, полученных при обследовании домашних хозяйств. Это можно проиллюстрировать на примере нескольких стран.

На рис 2.33 показано, что Эстония является положительным исключением. В этой стране уровень оплаты собственными средствами по отношению к уровню государственных затрат на здравоохранение сравнительно низкий. Глубинный анализ данных по Эстонии показывает, как тенденции, связанные с разорительными расходами граждан, изменились с течением времени. Данные, представленные на рис. 2.34, показывают, что эти платежи ложились особо тяжелым бременем на людей, находящихся на уровне или почти на уровне бедности; это указывало на необходимость защиты этой части населения от затрат собственных средств, чтобы избежать выталкивания их на еще больший уровень бедности (212). Таким образом, хотя на первый взгляд (если брать за основу общую долю расходов собственных средств граждан в общих затратах на здравоохранение и особенно, если сравнивать с другими странами с таким же уровнем государственных расходов на

Рисунок 2.33. Соотношение уровня государственных расходов на здравоохранение и доли оплат собственными средствами в общих расходах на здравоохранение, Европейский регион ВОЗ, 2006 г.



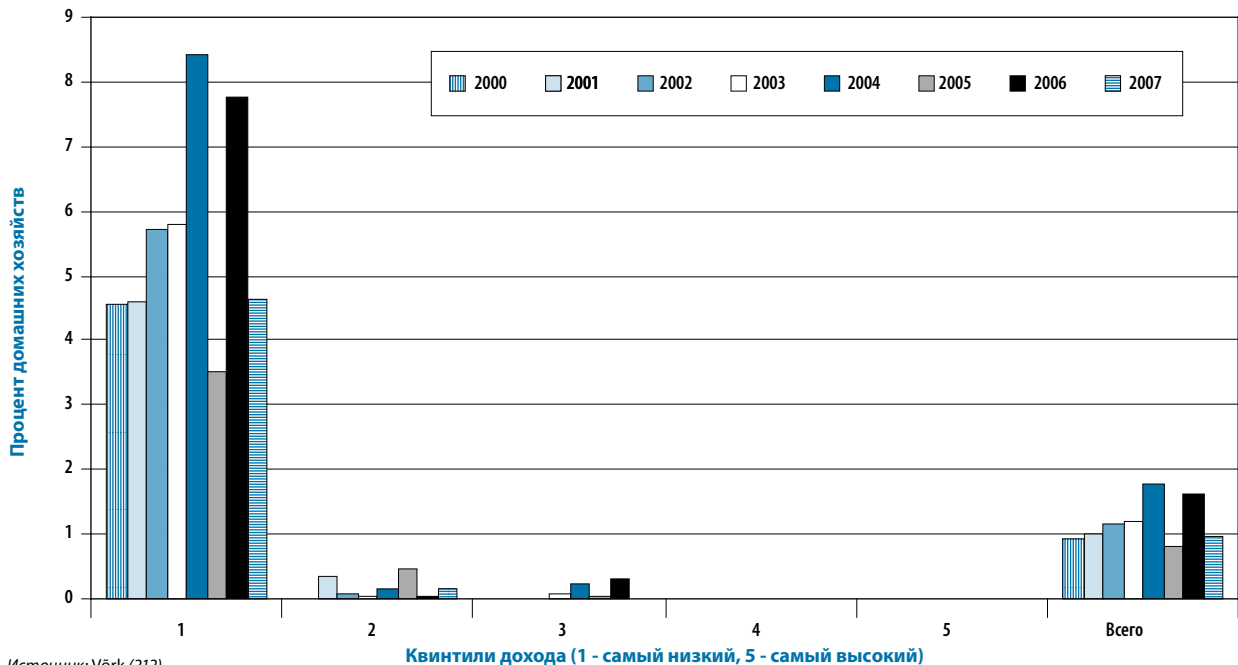
Примечание. MKD – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии.
 Источник: National health accounts. Country information [веб-сайт] (211).

здравоохранение) в Эстонии наблюдается хороший уровень финансовой защиты, анализ показывает, что повышение финансовой защиты для людей, подверженных наибольшему риску, должно оставаться приоритетным в политической повестке дня.

В Латвии озабоченность в отношении финансовой защиты вызвана сравнительно высокой долей затрат собственных средств граждан в общих расходах на здравоохранение – около 40% (один из самых высоких показателей в ЕС), а также высокой относительно уровня государственных расходов на здравоохранение в этой стране (рис 2.35) (213). По данным обследования, проведенного в 2006 г., 3,2% домашних хозяйств Латвии столкнулись с ситуацией, когда заболевание стало причиной катастрофических расходов на медицинскую помощь. Кроме того, еще в 8,2% домашних хозяйств плата за медицинское обслуживание составляла 20–40% средств, оставшихся после оплаты питания и проживания (214). Как показано на рис. 2.35, катастрофические затраты были тесно связаны с расходами на лекарственные препараты, особенно для 40% населения с самым низким уровнем доходов (213).

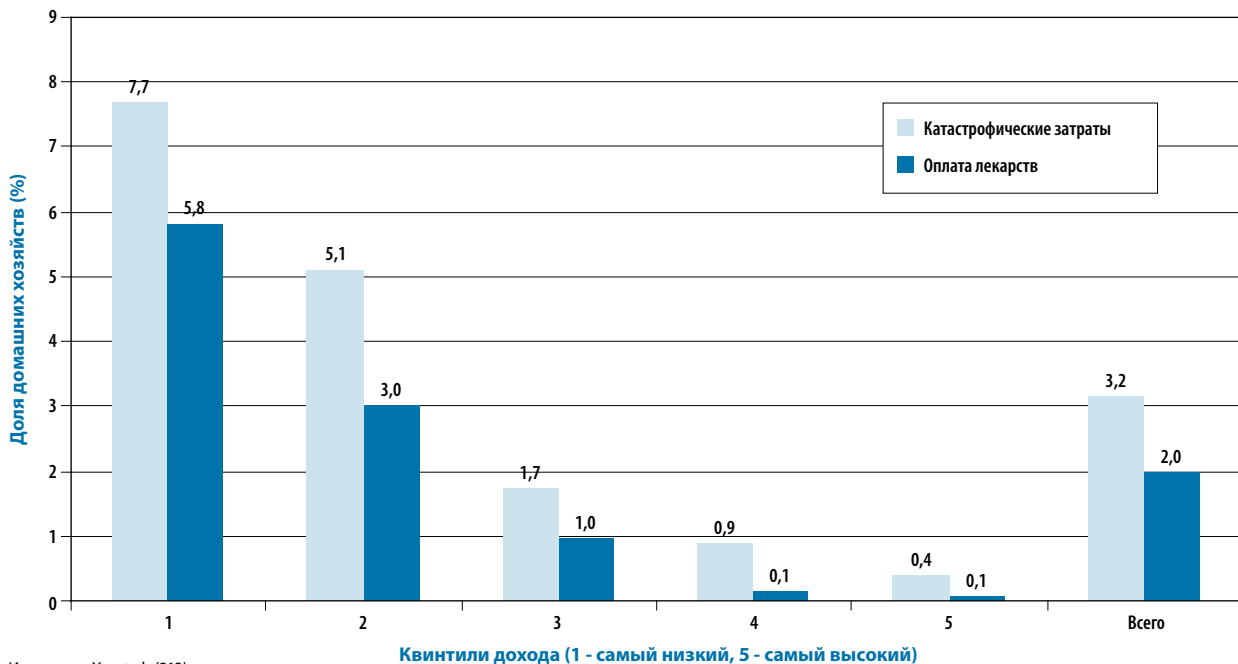
К сожалению, некоторые семьи из опасения больших затрат совсем не обращаются за медицинской помощью, когда кто-то из их членов заболевает. В этих случаях затраты собственных средств домашних хозяйств равны нулю, но подобный анализ не отражает этого важного фактора. В Латвии 30% населения сообщают, что не пользуются медицинской помощью, когда болеют, именно по этой причине, а среди более бедных семей этот показатель еще выше.

Рисунок 2.34. Доля домашних хозяйств, оказавшихся в бедности в результате оплаты медицинских услуг собственными средствами, Эстония, 2000–2007 гг.



Источник: Vörk (212).

Рисунок 2.35. Частота случаев катастрофических затрат на медицинскую помощь, включая платежи собственными средствами за лекарственные препараты, по квинтилям дохода, Латвия, 2006 г.

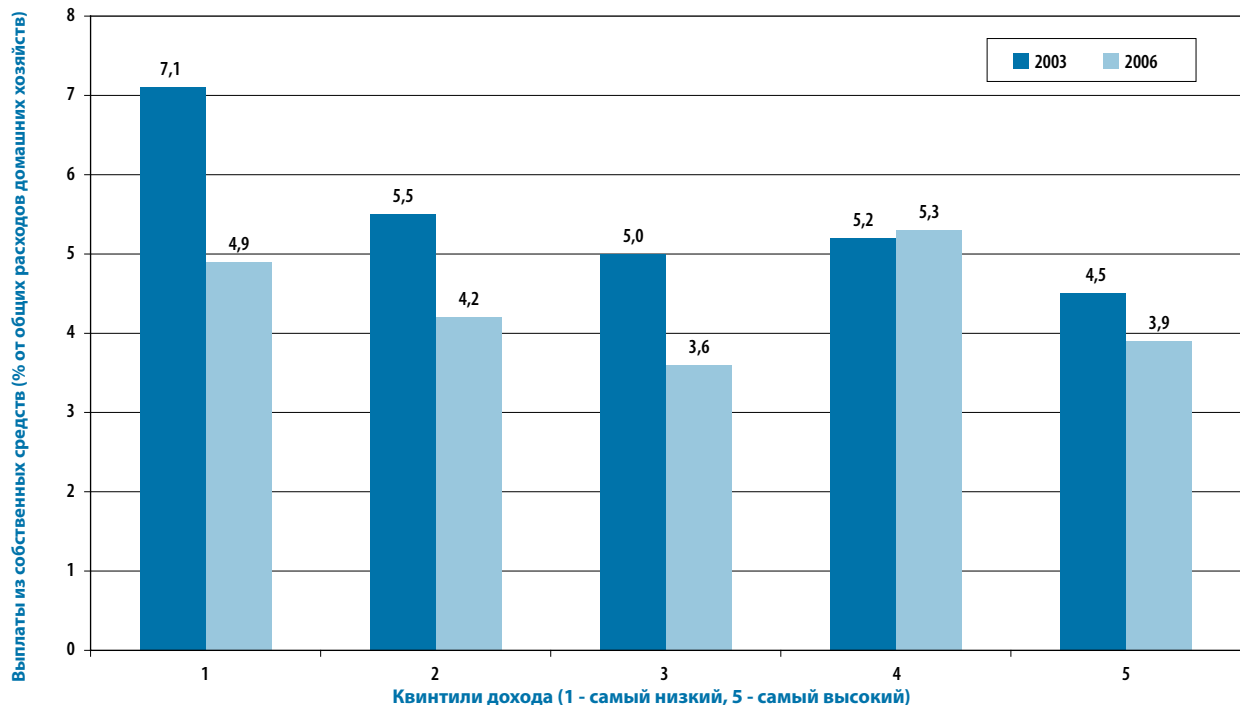


Источник: Xu et al. (213).

Анализ такого рода может быть полезен для оказания влияния на политику и мониторинг результатов, которые со временем приносят реформы. Результаты обследований домашних хозяйств в Кыргызстане, в которых использовался индикатор справедливости финансирования, показывают, что финансовое бремя для 40% населения с самым низким уровнем доходов значительно снизилось между 2003 и 2006 гг. (рис 2.36) (215,216). Этот подсчет платежей, осуществляемых “из кармана”, включает все платежи домашнего хозяйства за медицинские услуги, в том числе оплату за визиты и лечение в поликлинике, доплату за госпитализацию, другие официальные платежи за лабораторные анализы и диагностику, неофициальные платежи поставщикам услуг за медикаменты и материалы. Использование медицинских услуг среди 40% населения с самым низким уровнем доходов возросло, что вновь указывает на то, что охват (как доступ к услугам, так и защита от рисков) за этот период улучшился (215).

Общая структура расходов на здравоохранение в Регионе указывает на то, что финансовая защита продолжает оставаться вопросом, вызывающим беспокойство. В целом, в более богатых странах государственный сектор обычно более развит, и здравоохранению в этих странах придается больший приоритет при распределении государственных средств, что, в свою очередь, приводит к более высоким государственным расходам на здравоохранение и, следовательно, более низким затратам граждан и более низкому риску катастрофических затрат для домашних хозяйств. Однако существует значительное число исключений, и поэтому необходимость в обеспечении финансовой защиты сохраняет актуальность по всему Региону, а не только в странах с низким уровнем доходов. Кроме того, различия между странами в показателях оплаты собственными средствами граждан при любом уровне государственных затрат на здравоохранение показывает, что решения в отношении

Рисунок 2.36. Средние уровни выплат из собственных средств за услуги здравоохранения как доля от общего уровня потребления домашних хозяйств по квинтилям дохода, Кыргызстан, 2003 и 2006 гг.



Источник: Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy (215).

политики финансирования здравоохранения также играют роль. В части 3 предлагается обзор современных тенденций в политике финансирования здравоохранения.

Сокращение неравенств в отношении здоровья и доступа к услугам здравоохранения

В предыдущем разделе была описана взаимосвязь между социальными детерминантами здоровья (84) и неравенствами в отношении здоровья и подчеркивался рост подобных неравенств в Европейском регионе – в странах как с низким и средним, так и с высоким уровнем доходов (9,92). Глобальный экономический спад требует еще более срочного определения возможных действий: необходимо выяснить, что можно сделать и какие стратегии работают.

Использование рычагов системы здравоохранения

От деятельности систем здравоохранения в значительной степени зависит поддержание здоровья людей, при этом это одна из важных социальных детерминант здоровья (6). Системы здравоохранения несут ответственность за обеспечение того, чтобы их политика и вмешательства не приводили к таким непреднамеренным последствиям, как обострение социально-экономической несправедливости и неравенств в отношении здоровья. Кроме того, они могут напрямую воздействовать на эффекты социальных неравенств в отношении здоровья через услуги по охране здоровья и влиять на социальные детерминанты здоровья за пределами сектора здравоохранения (6,217). Масштаб деятельности сектора здравоохранения выходит за рамки предоставления услуг и распространяется на другие функции системы здравоохранения, особенно на стратегическое управление.

Три вида деятельности систем здравоохранения могут способствовать снижению несправедливости в отношении здоровья:

- “наведение порядка у себя дома” путем сокращения различных неравенств в услугах здравоохранения, которые, в свою очередь, способствуют несправедливости в отношении здоровья;
- предупреждение или решение проблемы ущерба здоровью, вызванного проживанием в неблагоприятных условиях; и
- усиление непосредственного воздействия на бедность и другие, более широкие социальные детерминанты здоровья, включая использование функции стратегического управления для информационно-пропагандистской деятельности в области здоровья, направленной на другие сектора (218).

Действия “по наведению порядка” простираются от организации оказания помощи, направленной на коррекцию имеющейся закономерности, что доступность высококачественных услуг по охране здоровья обратно пропорциональна объективным потребностям на них в обслуживаемой группе населения (обратный закон здравоохранения), до распределения ресурсов в соответствии с возрастающими потребностями, сохранения комплекта всеобъемлющих универсальных услуг и/или недопущения того, чтобы системы способствовали бедности.

Примером может быть Польша, которая укрепляет национальную систему медицинского страхования, используя законодательные и нормативные механизмы, с целью улучшения доступа уязвимых групп к всеобщему медицинскому обслуживанию. Было принято пять законодательных и/или нормативных решений для того, чтобы улучшить доступ к медицинскому обслуживанию людей с низким уровнем доходов: от бесплатного

доступа к финансируемым государством услугам для людей, не имеющих страховки, до защиты доступа застрахованных людей к стоматологическим услугам. Изменения стали результатом мониторинга введения новой системы всеобщего медицинского страхования: вся информация о непреднамеренном исключении людей анализировалась для определения новых или не охваченных страхованием социальных групп, чтобы они могли быть включены в законодательство для обеспечения равноправного доступа к медицинским услугам. Мониторинг после внедрения определил, что меньше людей, чем ожидалось, необходимо охватить этой программой, и общие затраты тоже меньше. Однако дальнейший анализ показал, что уровень потребления услуг, финансируемых государством, самый высокий в административных округах, в которые входят наиболее крупные города (например Варшава), потому что в них, как правило, проживает больше групп, имеющих низкий доход и не имеющих страховки (например, бездомные), и/или позволил обеспечить новыми правами тех, кто имеет низкие доходы и не имеет страховки (219).

Другим примером является распределение ресурсов по формуле, которую использует Департамент здравоохранения Англии для выделения средств фондам, финансирующим первичную медико-санитарную помощь. Взвешенная формула финансирования позволяет предоставлять средства на дополнительные нужды, с которыми сталкиваются эти трасты, работая в регионах с неблагоприятными условиями (220,221).

Меры по предотвращению или устранению ущерба здоровью для живущих в неблагоприятных условиях осуществляются в виде дополнительных услуг по поддержке для удовлетворения возросших потребностей. К ним относятся услуги с повышенной отзывчивостью или избирательностью в отношении профилактики болезней и укрепления здоровья, а также межотраслевую или многоотраслевую деятельность для воздействия на приносящие вред последствия проживания в неблагоприятных условиях. На вставке 2.5 даны два примера (222–224).

Прямое воздействие на бедность и на более широкие детерминанты здоровья включает такие действия системы здравоохранения, как межотраслевая работа и оценка воздействия на здоровье национальной и/или субнациональной политики внутри сектора здравоохранения и вне этого сектора. Например, оценка воздействия на здоровье планов регионального развития с учетом вопросов справедливости может определить их возможное воздействие на справедливость в отношении здоровья и предоставить рекомендации, как эти планы можно усовершенствовать для максимального увеличения и более равномерного распределения их потенциальных преимуществ для здоровья населения. Это также касается роли системы здравоохранения как крупнейшего работодателя на национальном и субнациональном уровнях. На вставке 2.6 представлен пример из Норвегии (225,226).

Использование программ денежных пособий – еще один пример того, как система здравоохранения работает с другими партнерами с целью прямого воздействия на более широкие социальные детерминанты здоровья. Это основанные на стимулах индивидуальные подходы, когда денежные пособия предоставляются при выполнении определенных условий, например получения детьми услуг здравоохранения или посещения ими школы, получения дородовой помощи беременными женщинами и посещения молодыми безработными служб по консультированию и помощи для устройства на работу (227).

Проведенный недавно обзор глобальных фактических данных по социальной изоляции показал, что “программы выделения денежных средств для нужд уязвимых групп

Вставка 2.5. Устранение последствий проживания в неблагоприятных условиях, наносящих вред здоровью

Реформа здравоохранения в местах лишения свободы в Англии и Уэльсе

В любом обществе заключенные часто являются представителями бедных, неблагополучных и маргинализированных слоев населения, которые особенно уязвимы перед такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ-инфекция, другие инфекции, передаваемые половым путем, и ТБ. За здоровье заключенных отвечает Департамент здравоохранения, работающий на условиях равноправного партнерства с Королевской тюремной службой; цель партнерства – улучшение медицинских услуг для заключенных. В рамках инициативы “Цель – благополучие”, осуществляемой Национальной службой здравоохранения северо-западного региона страны (Англия), выделено дополнительное финансирование для обеспечения здорового питания, физической активности и поддержания удовлетворительного состояния психического здоровья среди заключенных 17 тюрем. Целью на долгосрочную перспективу является расширение возможностей заключенных по трудоустройству, используя для этого специальные ресурсы по укреплению здоровья и повышению грамотности по вопросам здоровья в семьях заключенных. В этой инициативе участвует множество партнеров и заинтересованных сторон из других агентств, включая неправительственные организации (222,223).

Румыния: борьба с ТБ на уровне местных сообществ

ТБ является возрождающейся и приобретающей все большие масштабы угрозой для общественного здравоохранения Румынии, непропорционально затрагивая цыганское население. Бедность и маргинализация цыган привела к более высоким показателям смертности от ТБ, несоблюдению режима лечения и неудачного лечения в этой группе населения. Используя знания, подходы, методы обследований и имеющиеся данные Министерство здравоохранения и организация HealthRight International (“Право на здоровье”) разработали кампанию на базе общины. Кампания была направлена на информирование и просвещение для расширения знаний о ТБ в уязвимых группах и среди цыган в выбранных административных округах с целью снижения в этих группах стигматизации и негативного отношения, связанных с ТБ, а также повышения уровня распознавания случаев и соблюдения режима лечения (224). Проведенная затем оценка выявила, что охваченные кампанией респонденты были лучше информированы о лечении ТБ и его передаче, чем не охваченные. В конце проекта Министерство здравоохранения наняло несколько человек из этих же групп в качестве посредников по просвещению цыган по вопросам здоровья. На уровне разработки политики и стратегического управления проект обеспечил важную ответную реакцию и информацию для принятия Национальной программы по контролю туберкулеза.

Вставка 2.6. Норвегия: межсекторальная работа для воздействия на социальный градиент

Национальная стратегия Норвегии по сокращению социального неравенства в отношении здоровья (225) наряду с докладами, посвященными занятости, социальной защите, интеграции и проводимым на ранних этапах жизни вмешательствам “образование через всю жизнь” (представляются в Парламент), является частью комплексной политики правительства по снижению социальной несправедливости, стимулированию интеграции и борьбе с бедностью. Это одна из первых национальных стратегий прямого воздействия на социальный градиент в отношении здоровья.

Национальная стратегия устанавливает основные принципы для работы правительства и министерств по снижению социального неравенства в отношении здоровья в течение следующего десятилетия. Первостепенной задачей стратегии является сокращение социального неравенства в отношении здоровья путем выравнивания уровней. Стратегия является ответом на информацию, показывающую, что социальное неравенство в отношении здоровья затрагивает все группы населения Норвегии (226). Четыре приоритетных направлений стратегии включают:

- снижение социального неравенства, которое способствует неравенству в отношении здоровья, с помощью таких средств, как создание условий для безопасного детства, социально активной трудовой жизни и здоровой рабочей среды;
- снижение неравенства в отношении здоровья, которое связано с принятием поведения, влияющего на здоровье, и с использованием услуг здравоохранения с помощью таких средств, как снижение второго верхнего предела для расходов частных лиц и проведение межсекторальной работы по созданию последовательных программ по физической активности, руководств по питанию и отказу от курения;
- использование целевых инициатив для стимуляции социальной интеграции путем улучшения условий жизни для наиболее неблагополучных групп населения;
- сбор информации и разработка межотраслевых инструментов для расширения знаний о причинах и эффективных методах.

коррелируют с целым рядом позитивных краткосрочных и среднесрочных результатов, включая умеренно выраженные, но важные результаты в отношении состояния здоровья населения” (227). Однако отмечается, что подобные программы создают проблемы там, где у населения низкий уровень доходов. Изменения, которые рекомендуются для максимального расширения потенциальных преимуществ для здоровья и равноправия, включают предъявление условий для получения пособий исключительно в тех случаях, когда возникала необходимость достижения намеченного результата, увеличения денежных пособий и/или предоставления услуг более высокого качества (227). Недавние дополнения к программе денежных пособий в Кыргызстане (вставка 2.7) (228) является примером того, как программы такого типа можно приспособить для обеспечения большей справедливости в отношении здоровья. Программы предоставления денежных пособий все чаще становятся частью стратегий по снижению бедности и инициатив по уменьшению социальной изоляции.

Вставка 2.7. Дополнения к программам предоставления денежных пособий в Кыргызстане

В 2008 г. Всемирный банк утвердил предоставление дополнительных 10 млн. долларов США как часть программы денежных пособий в Кыргызстане в ответ на растущие цены на продовольствие (например, увеличение в три раза цен на хлеб, что означает невозможность для некоторых семей приобрести достаточное количество еды для своих детей) (228); 450 000 человек, которые уже получали денежные пособия, получают дополнительно еще 10%. Также используется стратегия по снижению ошибок исключения, когда люди, имеющие право на получение пособий, их не получают. Для решения этой проблемы социальные работники проводят интервьюирование семей для повышения информированности о проводимой инициативе и обеспечения получения материальной помощи на приобретение продовольственных товаров всеми, кто имеет на это право.

Связь с функциями системы здравоохранения

Описанные выше категории включают действия, связанные с одной или несколькими функциями систем здравоохранения (190). В табл. 2.24 использованы примеры действий системы здравоохранения, чтобы показать, как эти функции могут воздействовать на снижение несправедливости в отношении здоровья. Четыре характеристики деятельности систем здравоохранения имеют важнейшее значение для стимулирования справедливости (217,218):

- максимальное использование межсекторальной деятельности всех органов государственного управления для защиты здоровья населения;
- использование организационных схем и методов, которые охватывают различные группы населения и организации гражданского общества; и
- прогрессивная универсальность: финансирование здравоохранения и схемы предоставления услуг, которые направлены на всеобщий охват со специальными льготами для социально обездоленных и маргинализированных групп;
- возрождение всеобъемлющего подхода первичной медико-санитарной помощи.

Следовательно, эти характеристики составляют важную основу для разработки и оценки действий системы здравоохранения, направленных на сокращение несправедливости в отношении здоровья.

Изменения в планировании и реализации программ общественного здравоохранения

Все больше новых фактических данных указывают на то, как следует планировать и осуществлять программы общественного здравоохранения (для инфекционных и

неинфекционных состояний), чтобы повысить уровень социальной справедливости в отношении здоровья и расширить охват. Сеть знаний о приоритетных для общественного здравоохранения состояниях (231) рассмотрела 14 неинфекционных и инфекционных

Таблица 2.24. Анализ трех примеров вмешательств, направленных на преодоление социально обусловленных неравенств в отношении здоровья, в разбивке по функциям системы здравоохранения

| Функции | Примеры вмешательств со стороны системы здравоохранения | | |
|---------------------------|--|--|--|
| | <p>“Наведение порядка у себя дома”: предоставление медицинских услуг с учетом социальных неравенств (инициатива Национальной службы здравоохранения, Большой Глазго и Клайд) и борьба с дискриминацией (Шотландия, Соединенное Королевство) (229)</p> | <p>Услуги здравоохранения, направленные на предупреждение или снижение вреда, наносимого здоровью, проживанием в неблагоприятных условиях (Ливерпуль, Инициатива “Здоровые дома”, Англия, Соединенное Королевство) (230)</p> | <p>Действия служб здравоохранения по предупреждению или смягчению вреда для здоровья людей, живущих в неблагоприятных условиях: борьба с туберкулезом (ТБ) среди цыганского населения на уровне местных сообществ – пример Румынии (224)</p> |
| Предоставление услуг | <p>Учитывающие гендерный фактор программы в дорожных службах, направленные на прекращение курения, для создания потенциала по поддержке беременных женщин при отказе от курения Услуги на дому для стимулирования предоставления первичной медико-санитарной помощи группам, доступ к которым ограничен</p> | <p>Оценка потребностей в отношении здоровья и направление в соответствующие службы, включающие, при необходимости, работников санитарного просвещения, патронажных работников и консультантов по формированию здорового образа жизни</p> | <p>Облегчение доступа цыганского населения к диагностической и лечебной помощи путем соответствующей подготовки медицинских работников, специализирующихся на борьбе с ТБ (врачи и медсестры), и местных врачей Подход, в большей степени ориентированный на конкретные потребности пациентов, позволил улучшить показатели обращаемости за медицинской помощью</p> |
| Финансирование | <p>Наличие финансирования для поддержки участия людей с ограниченными возможностями в разработке новых услуг План выделения ресурсов партнерам на уровне общин на цели по укреплению здоровья и уходу за детьми и пожилыми людьми с использованием в качестве индикатора уровня социальной депривации</p> | <p>Структуры финансирования и выделения ресурсов для местных служб управления здравоохранением, стимулирующих объединение финансовых средств для партнерства и межотраслевой инициативы между сектором здравоохранения и другими партнерами, например, местным советом</p> | <p>Направления деятельности, финансируемые через национальную программу борьбы с ТБ Дополнительное финансирование со стороны неправительственных организаций (Агентство США по международному развитию и Институт открытого общества) на реализацию в рамках проекта отдельных компонентов целевого медико-санитарного просвещения, а также на наем участковых медсестер и работников санитарного просвещения из числа местного населения Министерство здравоохранения несет сейчас ответственность за управление и финансирование целевого санитарного просвещения, проводимого в рамках проекта</p> |
| Формирование ресурсов | <p>Планирование центров прямого доступа, которые должны повысить уровень доступа людей, живущих в неблагополучных районах, к услугам здравоохранения и социальным службам Подготовка практикующих врачей и персонала Национальной службы здравоохранения с целью повышения их осведомленности о неравенстве и о том, как оно влияет на здоровье и благополучие</p> | <p>Партнерская инициатива, включающая местный траст по первичной медико-санитарной помощи: 27 работников из участвующей в программе Национальной службы здравоохранения и местных правительственных органов в течение трех лет при общей стоимости в 4 млн. фунтов стерлингов в дополнение к капитальным вложениям в 4,7 млн. фунтов</p> | <p>Был осуществлен выбор и обучение представителей цыганского сообщества в целях улучшения санитарного просвещения цыганского населения по вопросам ТБ По окончании проекта свыше половины этих лиц были наняты Министерством здравоохранения для проведения дальнейшей работы с цыганским населением, медицинскими работниками и органами здравоохранения</p> |
| Стратегическое управление | <p>Улучшение сбора информации по вопросам здравоохранения: расширение сбора данных с разбивкой по полу, расовой принадлежности, типу ограничения физических возможностей и сексуальной ориентации</p> | <p>Улучшение состояния самых плохих арендуемых частных домов (например, устранение серьезных опасностей для здоровья, выявленных санитарной инспекцией) для контроля наиболее значимых и опасных для жизни угроз, особенно касающихся уязвимых людей</p> | <p>Уровень информированности в этой области здравоохранения повысился благодаря проведению в трех округах обследования, направленного на выявление знаний, отношений и практики цыган в том, что касается ТБ С помощью результатов этого обследования были усовершенствованы рекомендации по обучению работников санитарного просвещения из числа цыганского населения и по подготовке соответствующих информационных, образовательных и коммуникационных материалов о ТБ, предназначенных для цыганского населения. Кроме того, результаты проекта были использованы для обновления национальной программы борьбы с туберкулезом Результаты проведенной оценки исходной ситуации были также использованы для анализа результатов и влияния проекта Было укреплено сотрудничество между Министерством здравоохранения и неправительственными организациями</p> |

состояний и связанные с ними темы. Они включали насилие и травматизм; ТБ; малярию; забытые тропические болезни; нарушения, связанные с потреблением алкоголя; детское здоровье; сердечно-сосудистые заболевания; диабет; безопасность продуктов питания; ВИЧ-инфекцию; охрану материнства; психическое здоровье; питание; здоровье полости рта; сексуальное и репродуктивное здоровье, а также влияние употребления табака на здоровье. Заключительный доклад Сети еще не опубликован, но предварительные результаты, которые поступили в ВОЗ, показывают, как можно сделать программы более эффективными и справедливыми.

Согласно Blas et al., "... существуют обширные возможности адаптировать дизайн и осуществлять координированное внедрение этих инициатив для расширения справедливости в отношении здоровья, когда принят подход, учитывающий социальные детерминанты здоровья" (232). Этого можно достичь путем определения барьеров на пути доступа к программам общественного здравоохранения и факторов, которые облегчают доступ к ним, включая анализ социальных детерминантов здоровья, влияющих на доступность, приемлемость и целесообразность программ (233), и, следовательно, снижающих эффективный охват или увеличивающих несправедливость в отношении здоровья (231). Проведенное недавно исследование (234) показало, что успешное внедрение вмешательств, основанных на новейших методах наилучшей практики, воздействующих на четыре классических фактора риска для снижения уровней заболеваемости ишемической болезнью сердца в группах с высоким и с низким социально-экономическим статусом, может значительно сократить несправедливость в отношении смертности от этой причины.

Используя этот подход, программы общественного здравоохранения могут воздействовать на индивидуальном или коллективном уровне для достижения более справедливых результатов в отношении здоровья, особенно когда различные нарушения здоровья, например такие, как ТБ, ВИЧ-инфекция и расстройства питания, имеют общие социальные детерминанты. Следовательно, достижение большей справедливости в отношении здоровья может потребовать не только новых комплексных вмешательств, но также, видимо, и корректировки организации и работы программ общественного здравоохранения, в том числе систематического вовлечения других секторов (вставка 2.8) (231).

Вставка 2.8. Включение мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья в национальную программу "Остановить ТБ"

ТБ остается растущей угрозой общественному здравоохранению в Таджикистане. Таджикистан входит в 18 приоритетных стран по внедрению стратегии "Остановить ТБ" (144). Социальный градиент для ТБ существует во всех странах: риск ТБ намного выше среди людей с низким социально-экономическим статусом. Глобальная сеть ВОЗ как часть Сети знаний по приоритетным состояниям общественного здравоохранения Комиссии по социальным детерминантам здоровья изучила роль факторов риска ТБ и социальных детерминантов здоровья, уделяя особое внимание вопросу, как объединить существующие подходы, например, стратегию "Остановить ТБ", с действиями по профилактике, в том числе по снижению уязвимости людей в отношении ТБ, воздействуя на такие детерминанты, как миграция.

Учитывая высокий уровень трудовой миграции и заболеваемости ТБ в Таджикистане, Министерство здравоохранения проводит обследования среди работников-мигрантов по выяснению информированности, представлений и поведения в отношении ТБ и его лечения, чтобы лучше понять, как эти факторы влияют на лечение ТБ, а также для расширения охвата программами и улучшения их результатов. ВОЗ и Международная организация по миграции оказывают Министерству здравоохранения поддержку в расширении медико-санитарной информации о трудовой миграции, как социальной детерминанте здоровья, и ее воздействии на ТБ (235).

Разработка систематического подхода к измерению и оценке действий систем здравоохранения

В этом разделе дается краткий обзор видов действий, которые предпринимают системы здравоохранения по всему Европейскому региону для снижения социально обусловленной несправедливости в отношении здоровья. Эти действия свидетельствовали о том, что страны все больше признают необходимость разработки и внедрения ответных действий систем здравоохранения по снижению несправедливости на уровне политики, что нашло отражение в Таллиннской хартии (36). Они сопровождались просьбами о предоставлении более специфической информации о том, как подобные действия влияют на сокращение несправедливости, а именно: измерение относительного, абсолютного и/или степени и масштаба неравенства, обеспечение доступности соответствующих данных и определения того, какие действия и стратегии являются наиболее эффективными. Такие страны, как Литва, Норвегия, Словакия, Словения и Соединенное Королевство инвестировали значительные средства в усовершенствование оценки действенности стратегий по сокращению социально обусловленных неравенств в отношении здоровья.

Эти проблемы указывают на то, что информацию о деятельности систем здравоохранения по сокращению неравенств в отношении здоровья необходимо собирать систематически, чтобы предоставить более основательную поддержку разработчикам политики, особенно в отношении возможности использования одних и тех же действий во всех странах Региона. Это согласуется с рекомендациями других крупных инициатив в этой области, например проекта Eurothine по воздействию на социально обусловленную несправедливость в отношении здоровья, в котором предлагается организовать банк данных и Европейский центр обмена информацией по инициативам, направленным на достижение справедливости (92).

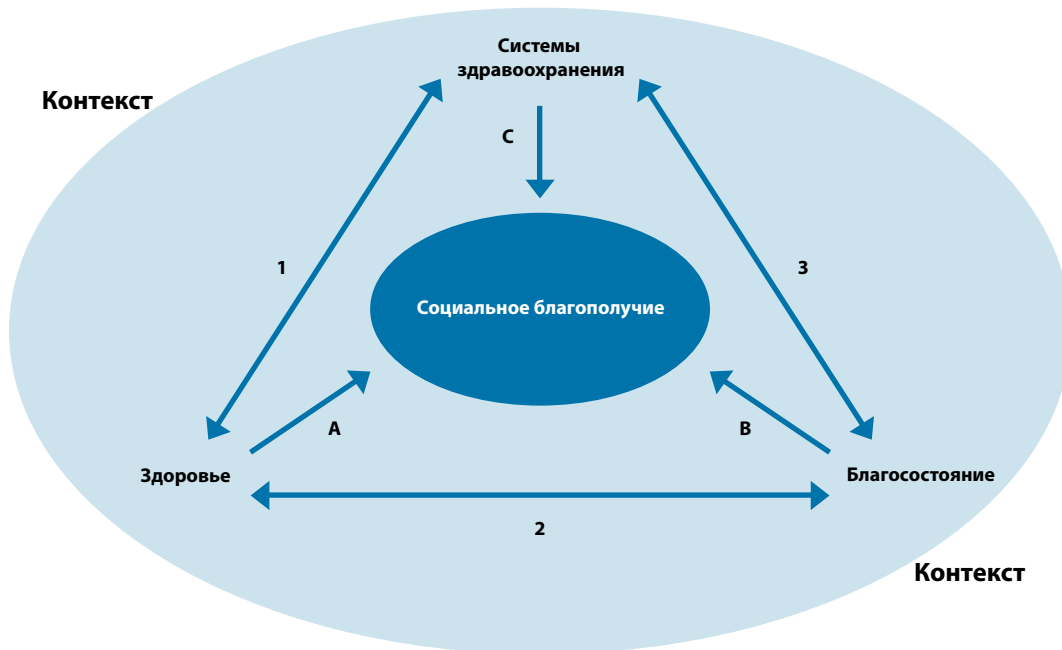
И, наконец, все описанные действия требуют изменения подхода к разработке, внедрению и оценке услуг здравоохранения. В свою очередь, это влияет на кадровые ресурсы и требует изменений методик в области образования и подготовки работников системы здравоохранения с тем, чтобы они были лучше осведомлены не только о влиянии социальных детерминант на результаты в отношении здоровья, но и о том, как правильно реагировать на несправедливость в отношении здоровья и не ухудшать уже существующую ситуацию.

Вклад в здоровье и социальное благополучие

Затраты на здравоохранение продолжают расти быстрее, чем национальный доход. За последние десятилетия из-за этой тенденции внимание при разработке политики было сосредоточено на инициативах по сдерживанию расходов. Однако растущее понимание взаимозависимости здоровья и благосостояния, значение, которое граждане и общества придают здоровью и роли систем здравоохранения в улучшении здоровья населения, являются серьезными аргументами в пользу пересмотра этого давно существующего подхода (133). Вместо того чтобы концентрировать внимание только на снижении стоимости услуг здравоохранения, разработчики политики могли бы рассматривать увеличение расходов на эффективное здравоохранение, которое стало бы вкладом в более продуктивную экономику и способом улучшения здоровья и благополучия граждан. Укрепление систем здравоохранения на основе надежных фактических данных по рентабельности и оценки деятельности могут, следовательно, в потенциале улучшить здоровье, повысить благосостояние и благополучие общества.

Сложные связи между системами здравоохранения, здоровьем и благополучием могут быть изображены в виде треугольника, который очерчивает причинные, прямые и косвенные взаимоотношения между этими тремя измерениями (рис. 2.37). Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения “Системы здравоохранения – здоровье – благополучие”, прошедшая в июне 2008 г. в Таллинне (Эстония), рассмотрела вопрос о том, как взаимоотношения между этими тремя измерениями работают на практическом и политическом уровнях в Европейском регионе. Таким образом, Таллиннская хартия, которая была принята по результатам Конференции, основывается на общей приверженности оптимизации результатов в рамках этой совокупности систем здравоохранения, здоровья и благополучия (36,37).

Рисунок 2.37. Взаимоотношения между системами здравоохранения, здоровьем, благополучием и социальным благополучием



Источник: Figueras et al. (133).

Социальное благополучие можно понимать как благополучие общества в целом: этот термин охватывает такие категории как счастье и высокое качество жизни в дополнение к более широким элементам экологических, социальных и духовных аспектов жизни. Как иллюстрирует концептуальный треугольник, системы здравоохранения способствуют более широкому социальному благополучию, действуя по трем основным путям:

1. способствуя здоровью и благополучию путем как прямого, так и косвенного влияния на обеспечение материального благополучия;
2. способствуя экономическому росту;
3. напрямую повышая социальное благополучие, поскольку общество высоко ценит наличие и доступность услуг здравоохранения.

Системы здравоохранения улучшают здоровье и повышают благосостояние

Разработчики политики по всему Европейскому региону отдают приоритет системам здравоохранения, которые улучшают состояние здоровья населения (см. раздел выше об улучшении результатов в отношении здоровья). Общие функции систем здравоохранения направлены на улучшение здоровья путем предоставления эффективных и высококачественных услуг с соблюдением принципа справедливости и отвечая на нужды пациентов; справедливого финансирования, разделяя платежи и получение услуг; инвестиций в обладающие необходимыми навыками и гибкие профессиональные кадры и инновационные технологии; регулирования и стратегического управления, обеспечивая, чтобы все функции соответствовали более широким задачам системы здравоохранения.

Наличие и доступность системы здравоохранения напрямую улучшает не только здоровье населения, но также социальное благополучие и согласие в обществе. Государства – члены Европейского региона ВОЗ открыто признали значение, которое общества придают здоровью, объявив о своей приверженности защите здоровья, справедливости и солидарности (36). Более того, улучшение здоровья населения, измеряемое количеством здоровых лет жизни, является индикатором прогресса в достижении растущей экономической конкурентоспособности и социального согласия, что является частью Лиссабонской стратегии ЕС по экономическому развитию и созданию рабочих мест.

Функция систем здравоохранения по улучшению здоровья эмпирически оценивалась и обсуждалась на протяжении десятилетий. В некоторых исследованиях для изучения влияния индивидуальных услуг здравоохранения на бремя болезней за основу был взят принцип “инвентаризации”. Исследования этого типа показали положительное воздействие на здоровье в показателях снижения заболеваемости или смертности, хотя их выводы предполагают, что положительные результаты в отношении здоровья, полученные в клинических условиях, приведут к улучшению состояния здоровья на популяционном уровне (187). В других исследованиях применялся подход с использованием производственной функции, определяя вложения в здоровье и другие объясняющие переменные, которые значимо ассоциируются с результатами в отношении здоровья. Хотя многие подобные исследования выявили значимые ассоциации между затратами на здравоохранение и результатами, методологические ограничения, которые были часто обусловлены ограниченной доступностью данных, не позволяют сделать однозначные выводы о причинных взаимоотношениях. Третий подход направлен на мониторинг смертности, на которую можно воздействовать благодаря услугам по охране здоровья. С 1980-х годов число таких предотвратимых смертей снизилось в большинстве стран, что указывает на то, что улучшение качества медицинской помощи положительно сказывается на результатах (186,236). Более того, коэффициенты предотвратимой смертности сильно различаются в разных странах. Это показывает, что разработчики политики могут улучшить состояние здоровья населения путем улучшения качества работы системы здравоохранения.

Фактические данные также указывают на то, как, помимо неотложной медицинской помощи, влияют на состояние здоровья населения инициативы в области общественного здравоохранения. Программы общественного здравоохранения могут принести больше пользы в расчете на данный объем затрат, чем некоторые виды вмешательств в области неотложной медицинской помощи. Кроме их пользы для здоровья, многие программы общественного здравоохранения, такие, например, как вмешательства на ранних стадиях жизни ребенка и инициативы по созданию здоровой рабочей среды, могут также приносить значительную экономическую пользу, например, улучшать показатели учебы у детей и производительность взрослых людей трудоспособного возраста (187).

Как отмечалось в предыдущем разделе, посвященном социальным детерминантам здоровья, социальное неравенство в отношении здоровья широко распространено в Европейском регионе. Тем не менее, растущая база фактических данных показывает, в чем заключаются причины неравенства, и какие механизмы можно применять для его уменьшения через политику системы здравоохранения или широкую социальную политику (187). Снижение неравенства путем улучшения состояния здоровья относительно неблагоприятной части населения не только улучшит состояние здоровья населения в целом, но потенциально может увеличить благополучие общества, сделав его более справедливым. Разработчики политики в Европе признают, что как здоровье, так и справедливость в отношении здоровья, являются важными компонентами благополучия общества и отражением социального прогресса (133).

Системы здравоохранения играют важную роль в сокращении неравенств в отношении здоровья, используя не только такие инициативы в области охраны здоровья и общественного здравоохранения, которые улучшают состояние здоровья населения, но и свои организационные особенности, которые влияют на характер потребления услуг различными социальными группами. Несмотря на то, что в среднем в большинстве стран у людей с более высоким социально-экономическим статусом состояние здоровья лучше, они шире используют специализированную и профилактическую помощь, чем люди с более низким социально-экономическим статусом. Наряду с культурными и географическими факторами на особенности потребления услуг влияют способы финансирования здравоохранения. Как было показано, платежи собственными средствами снижают уровень потребления необходимых услуг, особенно среди людей с более низким уровнем доходов. Группы, занимающие более высокое социально-экономическое положение, чаще имеют частную медицинскую страховку, которая может позволить более быстрый доступ к необходимым услугам или уменьшить доплату собственными средствами за государственные услуги (237). Следовательно, для уменьшения неравенства в отношении здоровья необходимо, чтобы разработчики политики учитывали множество влияющих на неравенство факторов, предлагали услуги, ориентированные на людей с более низким социально-экономическим статусом, и распространяли свою деятельность на все сектора (187).

Здоровье способствует благосостоянию и благополучию

Здоровье способствует благосостоянию как напрямую, так и косвенно. Прямой вклад широко известен: здоровье – жизненно важная составляющая благополучия, поэтому международные конвенции и национальные законодательства рассматривают его как одно из прав человека. Однако здоровье также косвенно влияет на благополучие благодаря своей роли в повышении экономической эффективности и благосостояния на индивидуальном уровне и на уровне общества. Оценка того, как общества оценивают здоровье в денежном выражении, является сложной задачей, но исследования показывают, что его ценность очень высока. В одном исследовании, проведенном в странах Западной Европы, показано, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни за последние три десятилетия повлияло на повышение благосостояния в целом на треть ВВП (187).

Здоровье приведет к экономическому росту, если оно будет воздействовать на составляющую экономики. ВВП – это наиболее распространенный показатель размера экономики; его компоненты включают материальные ценности и труд, на которые может влиять состояние здоровья. Например, более здоровые люди, скорее всего, будут составлять более продуктивную часть трудовых ресурсов и иметь более высокие заработки. Кроме того, они имеют больше экономических стимулов для инвестиций в образование и повышение квалификации, которые затем стимулируют более высокую производительность труда.

Научные исследования и разработки в области здравоохранения и медицинского обслуживания также стимулируют более выраженный экономический рост.

Существует ряд эмпирических доказательств этих теоретически установленных связей. Хотя фактические данные о том, как здоровье влияет на благосостояние на макроэкономическом уровне, противоречивы, исследования, проведенные в странах ЕС-15, странах Центральной и Восточной Европы и СНГ (включая исследования, проведенные в Российской Федерации), показали, что улучшение состояния здоровья населения приводит к увеличению экономической продуктивности (187). В странах, где наблюдался более низкий изначальный уровень здоровья населения, скорее всего, будет получена более значительная экономическая выгода. Например, в некоторых странах восточной части Региона небольшое снижение уровня смертности может привести в следующие 25 лет к росту ВВП в пределах 20–40%. Более того, результаты многочисленных исследований, проведенных в отдельных странах и в группах стран, поддерживают теорию о том, что на индивидуальном уровне физическое и психическое здоровье влияют на участие в рабочей силе, заработка, и решение о выходе на пенсию (187).

Отношения между здоровьем и благосостоянием также действуют в обоих направлениях: благосостояние относится к важным социальным детерминантам здоровья. Как на коллективном, так и на индивидуальном уровне, благосостояние оказывает значительное влияние на здоровье, как напрямую, через материальные условия, которые создает благосостояние, так и косвенно, благодаря своему социальному и психологическому воздействию. Следовательно, для исследований необходимы данные продольного анализа за длительный период времени и методологические инструменты для определения направления причинно-следственного влияния. Подобные методы использовались во многих исследованиях, в основном на индивидуальном уровне, и в этих исследованиях получены доказательства как влияния доходов на здоровье, так и влияния здоровья на благосостояние.

Системы здравоохранения способствуют благосостоянию

Системы здравоохранения вносят вклад в экономическое развитие, так как часто они являются крупнейшим работодателем в стране и играют значительную роль в стимулировании и применении технологических инноваций, научных исследований и разработок. Тем не менее, этот прямой эффект создания благосостояния не является исчерпывающим, и инвестиции в другие сектора могут принести более значительную экономическую выгоду. Кроме того, не только системы здравоохранения способствуют экономическому росту, но и затраты на здравоохранение растут вместе с ростом доходов в стране.

Связи между системами здравоохранения, здоровьем, благосостоянием и социальным благополучием общества обеспечивают основу, которая позволяет разработчикам политики сбалансировать ключевые элементы при принятии решений и показать, как важно абстрагироваться от вопроса снижения затрат при проведении реформы здравоохранения. Это также подчеркивает, что для максимального улучшения состояния здоровья и социального благополучия, необходимо проведение измерений, оценки и мониторинга деятельности систем здравоохранения. Не все инвестиции в системы здравоохранения приведут к улучшению здоровья и экономической выгоде. Поэтому исключительно важно продолжать мониторинг того, как системы здравоохранения и инициативы по реформе здравоохранения влияют на улучшение состояния здоровья населения и сокращение неравенств в отношении здоровья.

Библиография

1. Nolte E, McKee M, Gilmore A. Morbidity and mortality in the transition countries of Europe. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 (http://www.unecsc.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf, accessed 28 June 2009).
2. Smits J, Monden C. Length of life inequality around the globe. *Social Science and Medicine*, 2009, 68:1114–1123.
3. Mackenbach JP. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:181–184.
4. Европейская база данных “Здоровье для всех” [в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
5. Zaridze D et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in the Russian Federation: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:143–153.
6. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
7. Marmot M, Bell R. Action on health disparities in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301:1169–1171.
8. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
9. *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Rotterdam, Erasmus University Medical Centre, 2007 (EUROTHINE Final Report; <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine>, accessed 28 June 2009).
10. *Report on health systems: health creates welfare – The role of the health system in Norwegian society, 2008*. Oslo, Norwegian Directorate of Health, 2008 (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/Health_creates_welfa_62299a.pdf, accessed 28 June 2009).
11. *Доклад о здравоохранении в мире, 2004 г. Изменить ход истории*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/overview_ru.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
12. *World health statistics 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
13. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (<http://www.euro.who.int/ehr2005?language=Russian>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
14. Fogel RW. *Forecasting the cost of U.S. health care in 2040*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2008 (NBER Working Paper 14361; <http://www.nber.org/papers/w14361>, accessed 28 June 2009).
15. European mortality database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://data.euro.who.int/hfamdb>, accessed 28 June 2009).
16. Shkolnikov V, McKee, Leon DA. Changes in life expectancy in the Russian Federation in the mid-1990s. *Lancet*, 2001, 357:917–921.

17. Здоровье в Целях тысячелетия в области развития [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://www.who.int/mdg/goals/041012health_mdgchart_ru.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
18. OECD, World Bank. *OECD reviews of health systems – Turkey*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008.
19. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, accessed 28 June 2009).
20. *Атлас здоровья в Европе*, 2-е изд. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080905_1?language=Russian, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
21. Hirte L et al. The changing regional pattern of ischaemic heart disease mortality in southern Europe: still healthy but uneven progress. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:e4.
22. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 2009, 373:399–407.
23. Bobak M, Marmot M. Societal transition and health. *Lancet*, 2009, 373:360–363.
24. Rutstein D et al. Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294:582–588.
25. Nolte E, McKee M. *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust, 2004 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/21404avoidablemortality2.pdf>, accessed 28 June 2009).
26. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurology*, 2009, 8:345–354.
27. Nolte E, Bains C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care*, 2006, 29:1007–1011.
28. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. *European Heart Journal*, 2000, 21:1141–1151.
29. Moon L, Waters A-M. *Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease in Australia: current picture and trends since the 1990s*. Canberra, Australian Institute for Health and Welfare, 2006 (Bulletin No. 37).
30. Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en, accessed 28 June 2009).
31. Kjellstrom T et al. Comparative assessment of transport risks: how it can contribute to health impact assessment of transport policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:451–457.
32. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_Russ.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
33. Allender S et al. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Oxford, European Heart Network, 2008.
34. McKee M, Nolte E. Health sector reforms in central and eastern Europe: how well are health services responding to changing patterns of health? *Demographic Research*, 2004, Special collection 2, Article 7: 163–181.
35. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913_1?language=Russian, по состоянию на 18 августа 2009 г.).

36. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438r.pdf>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
37. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения “Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние”, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Отчет. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=Russian, по состоянию на 17 августа 2009 г.).
38. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. London, Department of Health, 2005.
39. Friedl L. *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20090309_1, accessed 28 June 2009).
40. Environmental burden of disease: country profiles [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/en, accessed 28 June 2009).
41. *Preventable environmental impact on mortality and morbidity in countries of the WHO European Region (2007)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/envhealth/data/20070831_4, accessed 28 June 2009).
42. Deaths and DALYs attributable to three environmental risk factors [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/countryprofilesbd.xls, accessed 28 June 2009).
43. Valent F et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363:2032–2039.
44. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation [web site]. Geneva, World Health Organization and New York, United Nations Children’s Fund, 2009 (<http://www.wssinfo.org/en>, accessed 28 June 2009).
45. *Протокол по проблемам воды и здоровья к Конвенции о защите и использовании трансграничных водотоков и международных озер 1992 года*. Женева, Европейская экономическая комиссия ООН и Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/Peh-ehp/ProtocolWaterr.pdf>, по состоянию на 22 января 2010 г.).
46. *Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E90038.pdf>, accessed 28 June 2009).
47. *Health risks of heavy metals from long-range transboundary air pollution*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91044.pdf>, accessed 28 June 2009).
48. *Persistent organic pollutants (POPs) in human milk*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2007 (http://www.enhis.org/object_document/04733n27532.html, accessed 28 June 2009).
49. *Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.26. Здоровье работающих: глобальный план действий*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-ru.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
50. Pruss-Ustin A, Corvalan C. *Preventing disease through healthy environments – Toward an estimation of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf, accessed 28 June 2009).

51. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 28 June 2009).
52. *Резолюция Европейского регионального комитета EUR/RC55/R9 “Предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=Russian, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
53. Confalonieri U et al. Human health. In: Parry ML et al., eds. *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007:391–431 (<http://www.ipcc-wg2.org>, accessed 28 June 2009).
54. Robine JM et al. Death toll exceeded 70 000 in Europe during the summer of 2003. *Comptes Rendus Biologies*, 2008, 331:171–178.
55. The PESETA project: impacts of climate change in Europe [web site]. Brussels, European Commission Joint Research Centre, 2009 (<http://peseta.jrc.ec.europa.eu/index.html>, accessed 28 June 2009).
56. Menne B et al., eds. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91865.pdf>, accessed 28 June 2009).
57. *Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA61.19 “Изменение климата и здоровье”*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R19-ru.pdf, accessed 28 June 2009).
58. Kovats RS, Ebi K, Menne B. *Methods of assessing human health vulnerability and public health adaptation to climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health and Global Environmental Change Series, No. 1; http://www.euro.who.int/globalchange/Publications/20031125_1, accessed 28 June 2009).
59. Kovats S, ed. *Health effects of climate change in the United Kingdom 2008. An update of the Department of Health report 2001/2002*. London, Health Protection Agency, Department of Health, 2008.
60. Mitis F, Martuzzi M, eds. *Population health and waste management: scientific data and available options. Report of a WHO workshop, Rome, Italy, 29–30 March 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91021.pdf>, accessed 28 June 2009).
61. Martuzzi M et al. Cancer mortality and congenital anomalies in a region of Italy with intense environmental pressure due to waste. *Occupational and Environmental Medicine* (in press; doi:10.1136/oem.2008.044115).
62. *План действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91153r.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
63. International Public Health Symposium on Environment and Health Research: Science for policy, policy for science: bridging the gap, Madrid, Spain, 20–22 October 2008 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/symposium2008>, accessed 28 June 2009).
64. Stahl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. *Амстердамская декларация – Звенья одной цепи: пути развития транспорта в интересах здоровья, окружающей среды и благосостояния*. Женева, Общеευропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/E92356R.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).

66. Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2009 (<http://www.euro.who.int/parma2010/home?language=Russian>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
67. *Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями*. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1?language=Russian, по состоянию на 14 декабря 2009 г.).
68. *Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (EUR/RC55/BD/1; <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
69. *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226_1, accessed 28 June 2009).
70. *Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. – комплекс мер MPOWER*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/ru/index.html>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
71. Hibell B et al. *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2007 (<http://www.espad.org/espad-reports>, accessed 28 June 2009).
72. *Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Резюме*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E89858R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
73. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115_2, accessed 28 June 2009).
74. *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hepa/publications/publications>, accessed 28 June 2009).
75. Edwards P, Tsouros A, eds. *Содействие физически активному образу жизни в городских условиях. Роль местных органов власти. Убедительные факты*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E89498R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
76. *Европейская хартия по борьбе с ожирением*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89567r.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
77. *Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e88335R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
78. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, World Bank, 2006.
79. *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (<http://www.who.int/fctc/ru/>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
80. *Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ) [веб-сайт]*. Женева, Общеввропейская программа по транспорту, окружающей среде и охране здоровья, 2009 (<http://www.theper.org/ru/welcome.htm>, по состоянию на 18 февраля 2010 г.).
81. *Healthy Cities and urban governance [web site]*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities>, accessed 28 June 2009).

82. European network for the promotion of health-enhancing physical activity (HEPA Europe) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hepa>, accessed 28 June 2009).
83. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996:71–93.
84. Equity [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>, accessed 28 June 2009).
85. *Economic crisis gives Europe, central Asia chance to reach for social goals*. New York, United Nations News Centre, 2009 (<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=29868&Cr=international+labour+organization&Cr1=>, accessed 28 June 2009).
86. *May 2009: euro area unemployment up to 9.5%; EU27 up to 8.9%*. Brussels, EUROSTAT, 2009.
87. Irwin A et al. Commission on Social Determinants of Health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Medicine*, 2006, 3(6):e106.
88. Устав (конституция) Всемирной организации здравоохранения. В: *Основные документы, сорок пятое изд. Дополнение, октябрь 2006 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
89. Waters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Working Paper 2005/1; http://www.euro.who.int/socialdeterminants/develop/20050929_1, accessed 28 June 2009).
90. Jagger C et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 2008, 372: 2124–2131.
91. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, accessed 28 June 2009).
92. Mackenbach J et al. Strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe: lessons from the Eurothine Project. In: *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Rotterdam, Erasmus University Medical Centre, 2007 (EUROTHINE Final Report; <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine>, accessed 28 June 2009).
93. *The Millennium Development Goals report*. New York, United Nations, 2008 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/The%20Millennium%20Development%20Goals%20Report%202008.pdf>, accessed 28 June 2009).
94. *Millennium Development Goals: progress and prospects in Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/ECA-MDG-full.pdf>, accessed 28 June 2009).
95. *Цели развития тысячелетия в Европейском регионе ВОЗ: системы здравоохранения и здоровье матери и ребенка – уроки из приобретенного опыта*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (документ EUR/RC57/8; <http://www.euro.who.int/document/rc57/rdoco8.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
96. Alam A et al. *Growth, poverty and inequality: eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 28 June 2009).
97. Johansson B. Sweden: FRISK – Addressing underemployment and sick leave. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).

98. Kopp M et al. Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:782–788.
99. Artacoz L et al. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:761–767.
100. Seguino S. Emerging issue: the gender perspectives of the financial crisis. *Expert panel on the gender perspectives of the financial crisis, United Nations Commission on the Status of Women, Fifty-third Session, New York, 2–13 March 2009*.
101. Gushulak B, Pace P, Weekers J. Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
102. United Nations Economic and Social Council. *World demographic trends*. New York, United Nations, 2009 (United Nations document E/CN/2009/6).
103. *Council of Europe Parliamentary Assembly recommendation 1503 (2001) on health conditions of migrants and refugees in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta01/erec1503.htm>, accessed 28 June 2009).
104. Measuring inequality: Gender-related Development Index (GDI) and Gender Empowerment Measure (GEM) [web site]. New York, United Nations Development Programme, 2008 (http://hdr.undp.org/en/statistics/indices/gdi_gem, accessed 28 June 2009).
105. Decision-making in national parliaments [web site]. Brussels, European Commission, 2008 (http://ec.europa.eu/employment_social/women_men_stats/out/en010.htm, accessed 28 June 2009).
106. Saurel-Cubizolles MJ et al. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:197–202.
107. Östlin P. *Equity in access to health care and treatment – A global view*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health, 2007 (<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/05.10.07.berlin.oestlin.pdf>, accessed 28 June 2009).
108. National Health Survey 2006 [web site]. Madrid, National Statistics Institute, 2008 (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=1>, accessed 28 June 2009).
109. Mackenbach J et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
110. Rueda S, Artacoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:492–498.
111. Graham H. Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2005–2016.
112. Graham H. *Unequal lives: health and socioeconomic inequalities*. Maidenhead, Open University Press, 2007.
113. Power C, Manor O, Matthews S. The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1059–1065.
114. Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C. *Total environment assessment model for early child development. Evidence report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_evidence_report_2007.pdf, accessed 28 June 2009).

115. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. *Early childhood development: a powerful equalizer. Final report of the Early Childhood Development Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_final_report_072007.pdf, accessed 28 June 2009).
116. Grantham-McGregor S et al. Development potential in the first 5 years for children in developing countries. The International Child Development Steering Group. *Lancet*, 2007, 369:60–67.
117. Walker S et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:145–157.
118. *Thematic study on policy measures concerning child poverty*. Brussels, European Commission, 2008 (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/child_poverty_leaflet_en.pdf, accessed 28 June 2009).
119. Engle P et al. Strategies to avoid the loss of development potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 2007, 369:229–242.
120. Mercy J, Saul J. Creating a healthier future through early interventions for children. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301:2262–2264.
121. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Социальные условия и здоровье. Убедительные факты*, 2-е изд. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=Russian, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
122. Social inclusion [web site]. Brussels, European Commission, 2009 (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/poverty_social_exclusion_en.htm, accessed 28 June 2009).
123. Suhrcke M et al. *Socioeconomic differences in health, health behaviour and access to health care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_1, accessed 28 June 2009).
124. Farrell C et al. *Tackling health inequalities – An all-Ireland approach to social determinants*. Dublin, Combat Poverty Agency and Institute of Public Health in Ireland, 2008.
125. Kelly M et al. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to World Health Organization Commission on Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/publications/measurementandevidence/en/index.html, accessed 28 June 2009).
126. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf, accessed 28 June 2009).
127. *Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (ЕВ124.Р6; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/V124_R6-ru.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
128. *Охрана здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ, Осло, Норвегия, 1–2 апреля 2009 г. Отчет о совещании*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report_rus.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
129. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2008 revision population database* [online database]. New York, United Nations, 2008 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, accessed 28 June 2009).

130. United Nations Population Division. World urbanization prospects: the 2007 revision population database [online database]. New York, United Nations, 2007 (<http://esa.un.org/unup>, accessed 28 June 2009).
131. *The status of health in the European Union: towards a healthier Europe*. Rome, EUGLOREH Project, Ministry of Health, 2009 (http://www.eugloreh.it/ActionPagina_993.do, accessed 28 June 2009).
132. Coleman D. Facing the 21st century: new developments, continuing problems. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 (http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf, accessed 28 June 2009).
133. Figueras J et al. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008, сс. 1–2.
134. Rechel B et al. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/HEN/policybriefs/20090519_1, accessed 28 June 2009).
135. Wait S, Harding E. *The state of ageing and health in Europe*. London, International Longevity Centre – United Kingdom and the Merck Co. Foundation, 2006.
136. Fogel R. *Forecasting the costs of U.S. health care in 2040*. Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2008 (Working Paper 14361).
137. Poisal J et al. Health spending projections through 2016: modest changes obscure Part D's impact. *Health Affairs*, 2007, 26:w242–w253.
138. Brockman H. Why is less money spent on health care for the elderly than the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:593–608.
139. Vignon J. Responses to the new demographics: present and future strategies for the European Region. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 (http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf, accessed 28 June 2009).
140. Bogaert H. *Long-term population projections in Europe: how they influence policies and accelerate reforms*. Brussels, Federal Planning Bureau, 2008 (Working Paper 2–08).
141. *European Population Conference 2005. Demographic challenges for social cohesion. Proceedings of the Council of Europe Conference*, Strasbourg, 7–8 April 2005. Strasbourg, Council of Europe, 2005.
142. Suhreke M, Fahey DK, McKee M. Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people for chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2, accessed 28 June 2009).
143. *План “Остановить туберкулез” для 18 приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221_1?](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221_1?language=Russian) language=Russian, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
144. *WHO report 2009: global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf, accessed 28 June 2009).
145. *The Beijing “Call for Action” on Tuberculosis Control and Patient Care: Together Addressing the Global M/XDR-TB Epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/tb_beijingmeeting/en, accessed 28 June 2009).

146. *Европейский министерский форум ВОЗ “Все против туберкулеза”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E91369R.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
147. *The Stop TB Strategy*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.368; http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/The_Stop_TB_Strategy_Final.pdf, accessed 28 June 2009).
148. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний и Европейское региональное бюро ВОЗ. *Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе, 2007*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E92568R.pdf>, по состоянию на 25 января 2010 г.).
149. Matic S et al., eds. *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92606.pdf>, accessed 28 June 2009).
150. WHO, UNODC, UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs)*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
151. *HIV and other STIs among MSM in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/SHA/bled_report.pdf, accessed 28 June 2009).
152. 4th European Immunization Week 2009: 20–26 April 2009 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/vaccine/eiw/20081205_33, accessed 28 June 2009).
153. *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2008 global summary*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en, accessed 28 June 2009).
154. Компьютеризованная информационная система по инфекционным заболеваниям (КИСИЗ) [в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=67>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
155. *Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC55/R7 “Укрепление национальных систем иммунизации через ликвидацию кори и краснухи и профилактику врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_3?language=Russian, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
156. European Influenza Surveillance Scheme [web site]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (<http://www.eiss.org>, accessed 28 June 2009).
157. Global Health Atlas [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>, accessed 28 June 2009).
158. *Ташкентская декларация: “Вперед от борьбы к элиминации малярии” в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E89355R.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
159. Пандемический грипп А(Н1N1) [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/influenza/ah1n1?language=Russian>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
160. Система эпидемиологического надзора за гриппом ЕРБ ВОЗ (EuroFlu.org) [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euroflu.org/index_ru.php, по состоянию на 23 февраля 2010 г.).

161. *Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=Russian, по состоянию на 15 декабря 2009 г.).
162. *Diabetes atlas*, 3rd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2007 (<http://www.eatlas.idf.org>, accessed 28 June 2009).
163. Suhreke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. Oxford, Oxford Health Alliance, 2006.
164. Petersen S, Peto V, Rayner M. *European cardiovascular disease statistics*. London, British Heart Foundation, 2005.
165. Woolf AD. Musculoskeletal conditions. In: *Major and Chronic Diseases – Report 2007*. Brussels, European Commission, 2008 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf, accessed 23 September 2009).
166. *Policies and practices for mental health in Europe – Meeting the challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1, accessed 28 June 2009).
167. *Европейский план действий по охране психического здоровья – проблемы и пути их решения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/rdoc07.pdf>, по состоянию на 15 декабря 2009 г.).
168. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html, accessed 28 June 2009).
169. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals*. Geneva, World Health Organization, 2003.
170. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
171. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Where are the patients in decision-making about their own care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34, accessed 28 June 2009).
172. *Therapeutic education of patients with coronary heart disease: training guide for general practitioners*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/noncommunicable/publications/20050628_1, accessed 28 June 2009).
173. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
174. Singh D. *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_ePB_9.pdf, accessed 28 June 2009).
175. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909–1914.
176. Rijken M et al. Supporting self-management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2, accessed 28 June 2009).

177. Economic Policy Committee and European Commission. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education, and unemployment transfers (2004–2050)*. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6654_en.pdf, accessed 23 September 2009).
178. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (Economics Department Working Papers No. 477).
179. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:130–135.
180. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Quarterly*, 1982, 60:183–244.
181. Payne G et al. Counting backward to health care's future: using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:213–257.
182. Evans RG. *Economic myths and political realities: the inequality agenda and the sustainability of Medicare*. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2007.
183. Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 2006, 75:178–186.
184. Sorenson C et al. *Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rPB_5.pdf, по состоянию на 27 мая 2009 г.).
185. Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics*, 2008, 27:603–623.
186. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327:1129.
187. Figueras J et al. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008.
188. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en>, accessed 28 June 2009).
189. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
190. *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/financing>, accessed 28 June 2009).
191. Bots ML, Grobbee DE. Decline of coronary heart disease mortality in the Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1996, 3:271–276.
192. McDaid D, Drummond M, Suhrcke M. *How can European health systems support investment in and the implementation of population health strategies?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_ePB_2.pdf, accessed 28 June 2009).
193. Newey C et al. *Avoidable mortality in the enlarged European Union*. Paris, Institut des Sciences de la Santé, 2004.
194. *Стратегии изменения поведения людей: роль систем здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (EUR/RC58/10; http://www.euro.who.int/document/RC58/RC58_rdoc10.pdf, по состоянию на 15 декабря 2009 г.).

195. *Европейская стратегия борьбы против табака*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (<http://www.euro.who.int/Document/E77976r.pdf>, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
196. Chaloupka F, Warner W. The economics of smoking. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier Science, 2000, Volume 18:1539–1627.
197. Chapman S. Reducing tobacco consumption. *NSW Public Health Bulletin*, 2003, 14:46–48.
198. Framework Convention Alliance [web site]. Geneva, Framework Convention Alliance, 2009 (<http://www.fctc.org>, accessed 28 June 2009).
199. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/obe/home>, accessed 28 June 2009).
200. Anandacoomarasamy A, Franssen M, March L. Obesity and the musculoskeletal system. *Current Opinion in Rheumatology*, 2009, 21:71–77.
201. *WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
202. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2004.
203. *Health and economic development in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Paris, Council of Europe Development Bank, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061009_1, accessed 28 June 2009).
204. European Directory of Good Practices to Reduce Health Inequalities [online database]. Cologne, DETERMINE (European Consortium for Action on the Socioeconomic Determinants for Health), Federal Centre for Health Education, 2008 (<http://www.health-inequalities.eu/?uid=651e4e7cbe2af9488f7809341e36d69a&id=main2>, accessed 28 June 2009).
205. Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in the Russian Federation (the Izhevsk Family Study): a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
206. Alcohol [web site]. Brussels, European Commission, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_en.htm, accessed 28 June 2009).
207. Wismar M et al. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20071016_1, accessed 28 June 2009).
208. WHO-CHOICE [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/choice/en>, accessed 28 June 2009).
209. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире (2000 г.) Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_ru.pdf, по состоянию на 18 августа 2009 г.).
210. Xu K. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers Number 2/2005; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_05_2-cata_sys/en, accessed 28 June 2009).
211. National health accounts. Country information [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/nha/country/en>, accessed 28 June 2009).

212. Vörk A. *Household catastrophic expenditures on health care and distribution of taxation burden to households in Estonia 2000–2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (in press).
213. Xu K et al. *Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Technical Briefs for Policy-Makers, Number 1/2009; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_01-oooplat/en/index.html, accessed 28 June 2009).
214. *Out-of-pocket health payments in households of Latvia and their impact on the capacity to pay*. Riga, Central Statistical Bureau of Latvia, 2008.
215. *Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, 2008.
216. Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A. *Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan, 2007*. Bishkek, Republican Center for Health System Development and Information Technologies, 2007 (Policy Research Paper 46, MANAS Health Policy Analysis Project; <http://chsd.studionew.com/images//prp46khhs.pdf>, accessed 28 June 2009).
217. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems: final report of Knowledge Network on Health Systems*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 28 June 2009).
218. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/publications>, accessed 28 June 2009).
219. Marek M. Poland: poverty and health. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
220. House of Commons Health Committee. *Health inequities*. London, The Stationery Office, 2009 (Third Report of Session 2008–09. Volume I; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28602.htm>, accessed 28 June 2009).
221. Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *British Medical Journal*, 1997, 315:875–878.
222. Hayton P, Boyington J. Prison and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1730–1733.
223. Pan-regional prisons programme: health, inclusion and citizenship [web site]. Lancashire, University of Central Lancashire, 2009 (http://www.uclan.ac.uk/health/schools/sphcs/hsdu_pan_regional_prisons_programme.php, accessed 28 June 2009).
224. Berger D et al. Romania: controlling TB among the Roma – A community approach. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
225. *National strategy to reduce social inequalities in health*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/Norway_rd01_en.pdf, accessed 28 June 2009).
226. Dahl E. Health inequalities and health policy: the Norwegian case. *Norsk Epidemiologi*, 2002, 12:69–75.
227. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health by the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, accessed 28 June 2009).

228. Food crisis in Kyrgyz Republic [web site]. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/7VIFYUOKJo>, accessed 28 June 2009).
229. Equalities in Health [web site]. Glasgow, National Health Service Greater Glasgow and Clyde, 2009 (<http://www.equalitiesinhealth.org/>, accessed 20 November 2009).
230. Healthy Homes Programme [web site]. Liverpool, Liverpool City Council, 2009 (http://www.liverpool.gov.uk/Environment/Environmental_health/healthyhomes/index.asp, accessed 23 November 2009).
231. Priority public health conditions [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/social_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/background/en/index.html, accessed 28 June 2009).
232. Blas E et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*, 2008, 372:1684–1689.
233. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56:295–303.
234. Kivimaki M et al. Best-practice interventions to reduce socioeconomic inequities of coronary heart disease mortality in the United Kingdom: a prospective occupational cohort study. *Lancet*, 2008, 372:1648–1654.
235. Gilpin C. *Research proposal: to explore the TB related knowledge, attitude, practice and behaviour among migrant labour workers in Tajikistan*. Geneva, International Organization for Migration, 2009.
236. Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2, accessed 28 June 2009).
237. Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20041014_3, accessed 28 June 2009).

Часть 3.
**Укрепление
систем
здраво-
охранения**



Инвестирование в системы здравоохранения

Процесс широкомасштабных реформ, осуществляемых по всему Европейскому региону в прошедшее десятилетие, был нацелен на инвестирование ресурсов в системы здравоохранения и повышение уровня их деятельности. Нынешний процесс реформирования системы здравоохранения в Европе в целом соответствует тем направлениям, которые были намечены на Конференции по европейским реформам здравоохранения ВОЗ в 1966 г. в Любляне, Словения (1). Реформы, осуществляемые в последний период, направлены на совершенствование всех четырех функций системы здравоохранения: предоставление услуг, формирование ресурсов, финансирование и стратегическое управление. Ниже обсуждена каждая из них по отдельности.

Предоставление интегрированных и экономически эффективных услуг

Предоставление услуг здравоохранения – это возможно наиболее заметная и широко обсуждаемая функция, которой было уделено значительное внимание в ходе реформ здравоохранения в течение последнего десятилетия. В Люблянской хартии по реформированию здравоохранения (2) подчеркнута необходимость повышения качества и экономической эффективности услуг, а также постепенного переноса акцента на первичную помощь, комплексный характер услуг и преемственность. Именно на этих аспектах предоставления услуг и были сосредоточены усилия по реформированию здравоохранения во многих странах. Современные демографические и эпидемиологические тенденции, выражающиеся в увеличении численности пожилых людей с хроническими и часто множественными патологическими состояниями, повысили потребность пересмотра моделей предоставления услуг.

Интеграция и координация услуг

Одна из стратегий реформы, которая была принята во многих странах Европы, состояла в том, чтобы интегрировать клинические услуги по всем звеньям – от первичной (или амбулаторной) до стационарной помощи (3). Фактические данные свидетельствуют о том, что прочные системы первичной медико-санитарной помощи способствуют повышению уровня здоровья населения (4), а предоставление первичному звену права управления всем процессом (5) улучшает преемственность в оказании помощи пациентам и стимулирует процесс снижения затрат на больничную помощь. Исходя из этого, в различных странах Европейского региона были внедрены многочисленные инструменты для обеспечения передачи полномочий по бюджетным вопросам и/или принятию других решений от структур больничной помощи первичному звену системы здравоохранения. Вопросы, относящиеся к укреплению первичной помощи в целом и к предоставлению услуг, ориентированных на пациента, в частности, детально освещены в разделе, посвященном возрождению первичной медико-санитарной помощи (см. ниже).

В некоторых странах введены финансовые стимулы для медицинских учреждений и пациентов, направленные на повышение экономической эффективности использования услуг здравоохранения. В тех условиях, когда определенная часть или все средства больничного сектора отдаются в распоряжение структур первичной помощи, им приходится решать не только клинические, но и бюджетные вопросы. Это наглядно показывают примеры деятельности фондов первичной помощи в Англии, муниципальных советов по здравоохранению и социальным вопросам в Финляндии, районных советов здравоохранения в Швеции. Недавнее введение в Англии практики оформления “заказов” на предоставление услуг в дальнейшей мере способствует передаче бюджета самим

ВОП (по аналогии с концепцией ВОП – фондодержателей в 1990-х годах) и направлено на смещение акцентов в оказании помощи от больниц к первичному звену и улучшение координации, хотя убедительных доказательств успешности этой инновации пока не получено (6). В ряде стран, таких как Германия, Нидерланды, Франция и Швеция, где у врачей нет традиции диспетчерских функций (когда врачи первичной помощи выступают в качестве контрольной инстанции, разрешающей доступ к специализированным службам более высокого уровня путем направлений), были предприняты попытки поощрения такой практики путем предоставления финансовых стимулов.

Перестройка организации первичной помощи являлась общей стратегией реформы по всей Европе. Так, некоторые страны стремились к тому, чтобы медики группировались вместе в более крупных центрах первичной помощи (Дания, Нидерланды, отдельные регионы Соединенного Королевства, Финляндия и Швеция). В Германии были внедрены крупные центры или поликлиники, в которых сосредоточены вместе услуги первичной помощи, диагностические службы и специализированная помощь. Это контрастирует с ситуацией во многих странах Центральной и Восточной Европы, таких как Венгрия и Эстония, которые начиная с середины 1990-х годов стремились к перепрофилированию значительного числа поликлинических специалистов в индивидуально работающих врачей общей практики.

Фактические данные указывают на то, что оказание медицинской помощи постепенно смещается от больниц к дневному стационару и амбулаторным условиям, возможно благодаря, отчасти, проведенным реформам в организации помощи и порядка предоставления услуг, но также и благодаря технологическим и клиническим инновациям. Так, имеются примеры замены дорогостоящих стационарных услуг на более экономные варианты дневного хирургического стационара (7,8). За период с 1996 по 2005 г. число больничных коек на душу населения заметно снизилось по всему Региону, что отражает, по крайней мере, два направления проводимой политики: переход от стационарных услуг к амбулаторным, а также переход в области охраны психического здоровья от психиатрических больниц к оказанию помощи на базе местных сообществ. Это снижение было наиболее выражено в странах СНГ, где отмечался переизбыток больниц: с 1077 больничных коек на 100 000 населения в 1996 г. до 845 в 2007 г. – в целом на 22%. Тем не менее, численность коек там все еще значительно больше, чем в ЕС, где этот показатель за тот же период снизился на 17%: с 689 до 570 на 100 000 населения (9).

Одно из популярных направлений реформ в организации предоставления услуг, с учетом растущей распространенности хронических состояний, – разработка и внедрение так называемых программ ведения болезней, которые в настоящее время в той или иной форме имеются в большинстве стран (10). Такие программы выступают, таким образом, в качестве одной из ключевых инициатив в ответ на растущее бремя хронических болезней и необходимость создания новых моделей обслуживания. Ключевая задача этих реформ – содействовать рациональному процессу лечения больных с хроническими состояниями в наиболее подходящих условиях как с клинической точки зрения, так и с позиций экономической эффективности. Фактические данные указывают на то, что координация услуг между различными учреждениями и среди медицинских работников обеспечивает более полноценный эффект, по сравнению с традиционными, часто не связанными друг с другом вмешательствами (11). Однако модель, которая принята в большинстве стран, ограничивается отдельными элементами координации на уровне предоставления услуг, в противоположность системным инициативам, которые не только полагаются на изменение методов предоставления услуг, но также используют ресурсы политики и структур здравоохранения, а также местных сообществ. Инициативы системного

уровня возможно являются более эффективными в достижении устойчивых улучшений в отношении качества услуг и конечных показателей здоровья (11).

Страны с менее выраженными традициями первичной помощи внедрили формальные программы ведения болезней в целях устранения фрагментации обслуживания (10); такие инициативы были осуществлены в Германии, позднее во Франции и, в меньшей степени, – в Нидерландах. Страны с развитыми системами первичной помощи преследовали аналогичные цели улучшения координации обслуживания, однако при этом использовали иные стратегические инструменты. Так, предпринимались усилия, направленные на повышение роли медицинских сестер в предоставлении услуг и управлении процессом оказания помощи (в Англии, Дании, Нидерландах и Швеции), а также на интеграцию обслуживания в сфере здравоохранения и социальной защиты. В Швеции амбулаторные кабинеты, возглавляемые медицинскими сестрами, играют основную роль в ведении пациентов с диабетом, гипертонией и другими хроническими состояниями: эти модели также внедрены в Англии, Дании и Нидерландах.

Повышение отзывчивости систем здравоохранения к нуждам и запросам пациентов

В Таллиннской хартии “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния” (12) отмечается важность повышения уровня отзывчивости систем здравоохранения к нуждам, запросам и ожиданиям людей. Отзывчивость (responsiveness) – это сравнительно новое понятие, которое тесно связано с понятием удовлетворенности уровнем обслуживания. Оба эти параметра измеряются степенью, в которой системы здравоохранения отвечают общественным и индивидуальным ожиданиям, хотя отзывчивость отражает только те ожидания, которые можно считать обоснованными и находящимися в рамках полномочий системы здравоохранения. В различных странах осуществляются многочисленные стратегии, направленные на повышение уровня отзывчивости системы, включая следующие (13):

- определение перечней услуг и прав на их получение, придание перечням услуг большей прозрачности, расширение набора услуг, включаемых в пакеты, в целях соблюдения человеческого достоинства пациентов (например, включение услуг паллиативной помощи);
- сокращение очередей на обслуживание и листов ожидания;
- принятие законодательства по правам пациента и хартий пациентов;
- включение вопросов, касающихся соблюдения человеческого достоинства пациентов и уважительного отношения к ним, в программы учебной подготовки работников здравоохранения; и
- расширение прав пациентов на самостоятельный выбор поставщиков или механизма оплаты услуг здравоохранения.

В целях мониторинга уровня отзывчивости во всех странах проводится Всемирный опрос по здравоохранению (14), причем в некоторых из них (например, в Англии и Швеции) практикуются также регулярные опросы пациентов, которые позволяют получить, помимо отзывов о качестве помощи, представления об определенных аспектах отзывчивости.

В Англии, Дании и Испании предпринятые в течение последнего десятилетия активные стратегические меры, в сфере как предложения, так и спроса, позволили значительно сократить листы ожидания (13,15). Этих сокращений и соответствующего повышения уровня отзывчивости удалось добиться за счет значительного роста потенциала обслуживания,

использования целевых показателей по листам ожидания в сочетании с предоставлением пациентам более широких возможностей в отношении выбора больницы.

Многие страны используют различные модели предоставления пациентам права выбора, стремясь использовать предпочтения пациентов для повышения уровней отзывчивости и удовлетворенности, а также развития элементов рыночной конкуренции в целях роста финансовой эффективности. В системах здравоохранения, основанных на бюджетном финансировании из налоговых поступлений (например, в Дании, Норвегии и Швеции), пациент в типичных случаях имеет право самостоятельного выбора среди поставщиков, то есть на уровне предоставления услуг. В Англии пациентам предоставлено право выбора в отношении как частных, так и государственных больниц, финансируемых в рамках национальной службы здравоохранения (NHS), а также в точке первого контакта с системой путем введения амбулаторных кабинетов свободного доступа, возглавляемых медицинскими сестрами и служб телефонных консультаций (NHS Direct). В странах с системами здравоохранения, основанными на моделях социального страхования, пациентам было предоставлено право выбора среди имеющихся фондов медицинского страхования (Германия, Швейцария) или среди “страховых компаний” (Нидерланды, Чешская Республика). Тем не менее, предоставляемая возможность выбора страховщика реализуется в жестко регулируемых условиях, с механизмами адаптации риска, для того чтобы снизить, однако не ликвидировать стимулы для страховщиков в отношении селекции рисков. Опыт проведения данных реформ свидетельствует о том, что для повышения экономической эффективности, но при этом без негативного влияния на соблюдение принципов солидарности, необходимы регламентирующие меры со стороны государства, направленные на предоставление достаточной информации пациентам и достаточную поддержку для осуществления ими рационального выбора.

Помимо предоставления пациентам более широких прав выбора, страны также предпринимают разнообразные меры для расширения их полномочий, включая законодательство по правам пациентов, обязательное формальное представительство пациентов в советах управления учреждений, осуществляющих закупку и предоставление услуг, внедрение института омбудсмена и повышение уровня участия самих пациентов в принятии решений, касающихся их лечения. Это имеет особую актуальность при хронических болезнях, при которых, как показывают результаты исследований, активное участие пациентов в процессе лечения улучшает его результаты (10). Соответственно, деятельность системы здравоохранения должна обеспечивать повышение грамотности населения в вопросах здоровья, содействовать вовлечению пациентов в принятие решений в отношении лечения, а также обучать пациентов необходимым навыкам, с тем чтобы они могли играть активную роль в самостоятельном лечении своих хронических состояний (16).

Повышение качества оказываемой помощи

Повышение качества – это ключевая характеристика реформ здравоохранения, проводимых в последнее время в различных странах Европы. Внедряемые стратегии включают внедрение различных организационных, финансовых и нормативных инструментов на различных уровнях – от широкого системного до уровня конкретных клинических условий. Среди многочисленных принятых инициатив можно отметить следующие:

- национальное законодательство и политика, направленные на обеспечение качества оказания помощи;
- всесторонние стратегии по повышению уровня безопасности пациентов;
- новые системы регистрации и лицензирования новых технологий и лекарственных препаратов;

- включение элементов обеспечения качества в программы подготовки медицинских работников и непрерывного профессионального образования;
- следование рекомендациям клинических руководств и осуществление процессов аудита;
- создание информационных систем и внедрение методов обеспечения качества на клиническом уровне; и
- учет показателей качества при определении размеров оплаты труда работников здравоохранения (оплата на основе показателей работы).

ОЭСР, Европейская комиссия и ВОЗ оказали значительное влияние на процессы формирования национальных стратегий по улучшению качества и повышению безопасности пациентов и оказывали странам полезную консультативную помощь по этим вопросам (17).

Многие страны разработали всесторонние стратегии и законодательство, предусматривающие принятие систематических мер по улучшению качества, однако практическое использование законодательных механизмов для обеспечения улучшения качества осуществляется в них в разной степени (17). Некоторые страны вместо национального законодательства по качеству или безопасности пациентов используют местные инициативы и добровольные механизмы обеспечения качества (например, такие страны, как Болгария, Венгрия, Греция, Кипр, Латвия, Люксембург, Мальта, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Эстония). Другие недавно приняли четкие законы по качеству оказания помощи (Ирландия, Литва, Словения, Чешская Республика). Многие страны имеют более долгую традицию применения национальных показателей качества, другие – вводят лишь незначительные усовершенствования (например, Германия, Италия, Испания, Финляндия, Франция, Швеция), а третьи – переживают масштабные организационные реформы, где вопросы качества играют ключевую роль (Австрия, Англия, Бельгия, Дания, Нидерланды). Наличие специальных институциональных структур для обеспечения безопасности пациентов, по-видимому, ограничено такими странами, как Германия, Дания, Испания, Нидерланды и Соединенное Королевство (17). Несмотря на обилие законодательных и нормативных мер, принимаемых в последние годы по всей Европе в целях обеспечения качества услуг здравоохранения, их эффективность редко подвергалась оценке.

В дополнение к законодательным подходам по улучшению качества, в странах Европы вводятся многочисленные нормативные и организационные инструменты. Одним из таких общих инструментов являются стандартные клинические руководства, которые способствуют улучшению качества, снижению разноречия в клинической практике и повышению уровня безопасности пациентов. Многие страны активно применяют такие руководства, другие (например, Австрия, Греция, Кипр, Латвия, Польша и Румыния) – приступают к их внедрению. Возможность руководств улучшать качество зависит, однако, от того, в какой мере их применение ведет к изменениям в стиле и методах работы медиков. Помимо применения клинических руководств используют такие механизмы, как регистрация и лицензирование медицинских работников и сертификация лечебных учреждений – подходы, позволяющие обеспечить учет и контроль минимальных стандартов навыков и компетентности. Такие подходы различаются в пределах Региона: в некоторых странах они основаны на принципе саморегуляции, в других существуют внешние нормативные инстанции; одни процессы носят добровольный характер, другие – обязательны для исполнения. Так или иначе, существует общий консенсус, что постоянное обучение в течение всей профессиональной жизни и периодическое подтверждение квалификации для оценки готовности к практике безусловно способствуют обеспечению качества услуг и безопасности их предоставления (18).

Укрепление общественного здравоохранения, профилактики болезней и работы по улучшению здоровья населения

Европейские организаторы здравоохранения все в большей мере признают важную роль, которую общественное здравоохранение, включая профилактику болезней, может играть в улучшении состояния здоровья населения. В результате в этой области были созданы многочисленные научно-исследовательские и консультативные структуры, разработаны национальные и международные стратегии.

Общественное здравоохранение исторически включает в сферу своего внимания более широкие материальные и социальные факторы, оказывающие влияние на здоровье (такие, например, как санитария и стандарты условий жизни). Воздействие на эти факторы лежит в основе многих вмешательств в области общественного здравоохранения, в частности связанных с контролем инфекционных болезней. В условиях роста хронической заболеваемости сфера охвата общественного здравоохранения расширилась, включив больше мероприятий по укреплению здоровья, а также усилия, направленные на уменьшение распространенности хронических болезней путем воздействия на известные факторы риска, минимизацию риска осложнений и развития сопутствующей патологии, продление жизни пациентов с хроническими нарушениями здоровья. Проводимые реформы были нацелены на укрепление системной роли общественного здравоохранения путем воздействия на первичные детерминанты – сокращение масштабов бедности, улучшение условий труда и проживания и т.д., в сочетании с мерами, направленными на звенья вторичного порядка, такие как укрепление здоровья и профилактика болезней (здесь часто речь идет о воздействиях на поведенческие факторы риска и аспекты образа жизни, такие как табакокурение и дефицит физической активности (19).

Усилия, направленные на интеграцию и координацию лечебно-профилактической помощи в Европейском регионе включают, в первую очередь, укрепление роли первичной помощи в системе здравоохранения, однако интеграции мероприятий по улучшению здоровья и профилактике болезней в первичную помощь также придается важное значение. Врачи общего профиля используют значительную долю своего рабочего времени на проведение мероприятий первичной профилактики, включая консультирование по вопросам здоровья, профилактические обследования и вакцинацию (20). Таким образом, первичная медико-санитарная помощь играет все более важную роль в осуществлении экономически эффективных медико-санитарных вмешательств, таких как систематический скрининг на предмет артериальной гипертензии, повышения уровня холестерина в сыворотке крови и в отношении ряда злокачественных новообразований, а также профессиональное консультирование по факторам риска, включая характер питания, алкоголь и курение. Деятельность медицинских работников других категорий в точке первого контакта пациента с системой здравоохранения также имеет большое значение. Так, например, стремясь повысить эффективность борьбы с ожирением, правительство Шотландии в 2008 г. направило инструкции всем врачам общего профиля, медицинским сестрам, патронажным работникам и фармацевтам – работникам Национальной службы здравоохранения, о том, как консультировать пациентов по вопросам включения физических упражнений в свою ежедневную практику.

Необходимость реформы санитарно-эпидемиологических служб в странах восточной части Европейского региона была обусловлена дефицитом адекватных служб общественного здравоохранения. Существовавшие службы добились значительных успехов благодаря программам иммунизации и борьбы с инфекционными болезнями, однако оказались в значительной мере неэффективными в вопросах укрепления здоровья и воздействия на факторы риска хронических болезней (21,22). Некоторые страны ликвидировали свои санитарно-эпидемиологические службы и создали новые организационные структуры. Так,

например, в Казахстане в 1997 г. был создан Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни. Центр проводит мониторинг реализации национальной политики по укреплению здоровья населения, разрабатывает нормативные рамки в сфере укрепления здоровья и отвечает за сотрудничество с органами массовой информации и общественными организациями. К 2006 г. деятельность данной структуры расширилась, включив помимо национального также и областные уровни. Параллельно был также создан межотраслевой совет по вопросам укрепления здоровья населения (23). Деятельность Национального центра проблем формирования здорового образа жизни привлекла внимание соседних стран, и теперь аналогичные службы созданы в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане (23,24).

Инвестирование в развитие кадровых и капитальных ресурсов

Организаторы здравоохранения в Европейском регионе сталкиваются со значительными трудностями при планировании и обеспечении адекватных инвестиций в кадровые и капитальные ресурсы. Странам необходимо осуществлять долгосрочное планирование и инвестиции в развитие кадровых ресурсов здравоохранения, решать проблемы, связанные с миграцией работников здравоохранения, вкладывать средства в научные исследования и оценку технологий здравоохранения. Эти вопросы четко отражены в Таллиннской хартии (12). Данный раздел касается недавних реформ и текущих проблем в этих ключевых сферах формирования ресурсов.

Инвестирование в развитие кадров здравоохранения

Меняющиеся потребности населения и модели предоставления услуг здравоохранения требуют наличия квалифицированных и гибких кадровых ресурсов. Некоторые из основных проблем в сфере развития кадров здравоохранения в Европейском регионе, обусловлены растущими темпами изменений в предоставлении и организации услуг здравоохранения, в частности в связи с изменяющейся картиной заболеваемости и демографической ситуацией, распространением новых, сложных технологий, ростом информированности и требовательности пациентов, распространением принципов доказательной медицины, а также более широкими экономическими факторами (25). Меняются и сами кадровые ресурсы здравоохранения; например, рост доли женщин среди врачей размывает традиционные различия между категориями медицинских работников. В зависимости от конкретной складывающейся ситуации организаторы пробуют множество различных подходов к решению вопросов эффективного развития и использования ресурсов в своих системах здравоохранения.

Трудности и проблемы в области кадровых ресурсов, с которыми сталкиваются страны, носят различный характер. Уровень обеспеченности работниками здравоохранения и их распределение варьирует в масштабе Европейского региона. Во многих регионах Западной Европы отмечается дефицит персонала (особенно врачей первичной помощи и высококвалифицированных медицинских сестер), что контрастирует с унаследованным от прежних систем избытком врачей и больничных коек во многих странах Центральной и Восточной Европы и СНГ. В 2002 г. общая численность работников здравоохранения в Европейском регионе, по оценкам, составляла 16,6 млн. (26).

Различия в численности работников могут быть связаны не только с характером организации амбулаторной помощи, например в отношении места первого контакта пациента с системой; в их основе могут лежать имеющиеся демографические и экономические тенденции. Самая высокая плотность врачей на душу населения отмечается в Греции и Грузии – почти 5 на 1000 человек. В Беларуси, Бельгии и Российской Федерации

также имеется высокая плотность (может достигать свыше 4 врачей общей практики на 1000 населения), а наименьшая плотность отмечается в Албании, Боснии и Герцеговине, Румынии, Соединенном Королевстве, Таджикистане, Турции, Черногории (менее 2 врачей общей практики на 1000 населения). Обеспеченность кадрами медицинских сестер также варьирует в широких пределах по странам Региона. В некоторых из них имеется дефицит: в Албании, Греции, Румынии и Турции – менее 4 медицинских сестер на 1000 населения. В Беларуси, Бельгии, Ирландии, Нидерландах, Норвегии, Швеции и Узбекистане медицинских сестер гораздо больше – 10–15 на 1000 населения (9). Некоторые страны, такие как Дания, Исландия, Норвегия, Франция и Швеция, озабочены проблемой старения кадрового состава медицинских сестер, что может в будущем привести к их дефициту (26). В результате долгосрочных последствий от снижения масштабов набора в медицинские институты во многих странах, наряду с приближающимся выходом на пенсию когорты врачей, родившихся после 1945 г., страны в растущей степени полагаются на приток медицинских работников, подготовленных за рубежом (см. ниже).

Особые проблемы встают в процессе планирования численных соотношений между врачами общей практики и специалистами и между врачами и медицинскими сестрами. В некоторых странах, особенно в Западной Европе, доля врачей общей практики, по-видимому, снижается, что отражает не только растущую сложность клинических методов (27), но также культурные и финансовые факторы. В связи с этим, многие страны в последнее время наращивают усилия по дополнительной подготовке и/или переподготовке врачей первичной помощи (Соединенное Королевство) и/или стараются стимулировать большее число выпускников медицинских институтов занимать должности в структурах первичной помощи (Финляндия и Швеция). Страны также предпринимают активные меры, направленные на подготовку большего числа медицинских сестер (Нидерланды), на удержание кадров медицинских сестер, рассматривающих возможность ухода из сектора, а также на повторное привлечение тех, кто ранее покинул работу.

Уделяется также большое внимание вопросам кадрового обеспечения в сфере общественного здравоохранения, что обусловлено ростом объема фактических данных по социальным детерминантам здоровья, а также научных доказательств эффективности (в том числе экономической) вмешательств в области общественного здравоохранения. Страны Региона используют различные подходы для укрепления своих кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения – как по численности, так и по квалификации.

- Венгрия и Казахстан создали новые академические учреждения по подготовке кадров общественного здравоохранения.
- В Германии за период между 1989 и 1995 гг. был основан ряд последипломных курсов.
- Франция, в рамках реформы общественного здравоохранения, в 2004 г. реконструировала методику обучения в данной области.
- Эстония ввела вопросы укрепления здоровья в программу подготовки врачей и медицинских сестер и инициировала подготовку в области общественного здравоохранения для работников государственных учреждений и преподавателей (28).
- Хорватия использовала модульную программу подготовки в целях компенсации дефицита навыков по общественному здравоохранению, особенно в области управления здравоохранением и развития стратегий, но также и по вопросам эпиднадзора и профилактики болезней (29).
- Университеты и ассоциации общественного здравоохранения других европейских стран также, по-видимому, стремятся к укреплению сотрудничества в области подготовки кадров со школами общественного здравоохранения (30).

Ключевым вопросом развития кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе является миграция кадров, что, с одной стороны, порождает трудности, но с другой – открывает возможности для улучшения деятельности систем здравоохранения. С конца 1990-х годов отмечается значительный рост масштабов международного найма и миграции кадров здравоохранения. В ряде стран ЕС организаторы здравоохранения стремятся к заполнению существующего дефицита путем привлечения врачей и медицинских сестер из других стран Евросоюза или находящихся за его пределами. Процесс расширения ЕС привел к повышению мобильности кадров, что вызывает определенную озабоченность относительно эмиграции работников здравоохранения, особенно из ЕС-12 (26).

Международная миграция работников здравоохранения может в одних странах помочь устранить кадровый дефицит, в других – способствовать решению проблемы избытка персонала, а также позволяет работникам-мигрантам улучшить свои условия жизни (26,31). Однако миграция также рождает проблемы как для стран, которые теряют своих работников, так и для тех, которые полагаются на приток медиков из других стран (по крайней мере, в отношении языкового барьера и других препятствий для интеграции мигрантов в новую для них систему). Соединенное Королевство, осуществляя специальные стратегии планирования кадровых ресурсов, в значительной мере полагается на использование медиков-мигрантов, главным образом из стран, не входящих в состав ЕС, таких как Индия и Южная Африка. Граждане других стран составляли около одной трети из 71 000 больничных врачей NHS в 2002 г., и более двух третей из 15 000 вновь зарегистрированных действительных членов реестра медицинских работников Соединенного Королевства в 2003 г. (31). Польша – это одна из стран Региона, где отмечается наиболее значительный отток кадров, хотя уровень миграции как там, так и в других странах, по-видимому, не подтверждает опасений, высказываемых в период, когда эта страна вступала в ЕС (26).

Достигнут определенный прогресс в отношении мониторинга и количественной оценки процесса миграции, однако все еще не создана необходимая для полноценного планирования информационная база, позволяющая отслеживать кадровые потери в странах-донорах (в том числе и для других сфер наемного труда в стране), а также приток (как в отношении численности, так и источников) в страны-реципиенты. Необходимо оценивать последствия эмиграции работников здравоохранения и эффективность различных мер, направленных на ее ограничение или содействие удержанию кадров, и необходима информация о причинах возникновения дефицита. Стратегические подходы к решению проблем, связанных с иммиграцией и эмиграцией, включают не только мониторинг миграционных потоков и разработку более совершенных информационных баз, но также активное управление процессами миграции. Управляемая миграция будет приобретать все большую важность вследствие демографических изменений и продолжающегося расширения ЕС. При этом могут применяться такие методы, как оказание поддержки процессам подготовки кадров, разработка двусторонних соглашений между правительствами и/или работодателями в странах, возможное предоставление компенсаций странам-донорам.

Оценка технологий здравоохранения

Важным компонентом функции системы здравоохранения по формированию ресурсов является научная оценка политики в области здравоохранения, деятельности служб здравоохранения и, более конкретно, оценка эффективности и степени соблюдения этических норм при использовании технологий здравоохранения. Учитывая значительный прогресс технологий здравоохранения за последние годы, организаторы здравоохранения по всему Европейскому региону стали придавать приоритетное значение их оценке в целях эффективного регламентирования, распространения и практического использования. Оценка

лекарственных средств и других медицинских технологий нацелена на обеспечение того, чтобы при предоставлении услуг избегать неэффективных или вредоносных вмешательств, добиваясь оптимальной отдачи от затрачиваемых ресурсов. Более того, поскольку на фармацевтические средства в настоящее время приходится до 30% от общих расходов на здравоохранение (9), в различных странах Европы наращиваются усилия, направленные на сдерживание этих расходов путем ценового регулирования (32), а также на компенсацию частных затрат на лекарства на основе доказанной экономической эффективности.

Оценка технологий здравоохранения включает критерии безопасности, эффективности, цены и экономической рентабельности, а также и социальные, организационные, юридические и этические аспекты. Официальные агентства по оценке технологий здравоохранения созданы во многих странах. Там, где их пока нет (в частности, в менее крупных странах и находящихся за пределами ЕС), идет процесс их создания или планирования (33,34). Большая часть агентств, отвечающих за оценку технологий здравоохранения, играют консультативную или нормативную роль в процессе принятия решений (35), несмотря на то, что все они потенциально способствуют формированию приверженности вопросам повышения качества и эффективности и росту устойчивости системы здравоохранения. Программы оценки технологий здравоохранения в целом повысили прозрачность процессов принятия решений благодаря таким механизмам, как составление независимых систематических обзоров, привлечение заинтересованных сторон и формулирование рекомендаций. Тем не менее, ни в одной стране все еще нет четко определенного и экономически эффективного пакета услуг (36).

Среди барьеров для более эффективного использования оценки технологий здравоохранения можно отметить дефицит ресурсов и ограниченную техническую экспертизу, недостаток прозрачности в отборе критериев для включения или исключения вмешательств, а также недостаток политической воли для выполнения решений, основанных на результатах таких оценок (34). Однако, по-видимому, формируется тенденция к повышению роли и значения оценки технологий здравоохранения при анализе существующих и вновь вводимых услуг, поскольку проведение такой оценки имеет потенциал для повышения экономической эффективности и прозрачности системы.

Обновление принципа первичной медико-санитарной помощи в Европе – развитие служб, ориентированных на человека

В течение ряда последних лет предпринимаются усилия, направленные на обновление принципа первичной медико-санитарной помощи. Основы целостных представлений о здоровье, далеко выходящих за рамки узко медицинской модели, были заложены в Алма-Атинской декларации 1978 г. (37) под лозунгом “Здоровье для всех”. ВОЗ вновь подтвердила свою приверженность этим принципам на страницах Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. (38), приуроченного к тридцатой годовщине Декларации. Доклад призывает страны к действиям на основе фактических данных, демонстрирующих, что доступ к первичной медико-санитарной помощи формирует основу любой эффективной системы здравоохранения и, более конкретно, что помощь, ориентированная на нужды каждого человека, являет собой фундаментальный сдвиг в предоставлении услуг (38). Современная первичная медико-санитарная помощь, ориентированная на человека, определяется как координированная, интегрированная, комплексная и непрерывная помощь, доступная для всех (4).

В центре внимания интересы людей: что означает помощь, ориентированная на человека

“Доступность” означает отсутствие каких-либо географических и финансовых барьеров для доступа всего населения к услугам первичной помощи. Она тоже включает понятие так называемой организационной доступности, которая определяется, например, такими аспектами, как удобные часы работы, возможность получения помощи во внеурочное время, консультации на расстоянии (например, по телефону), отсутствие длинных очередей, посещения пациентов на дому (39). Непрерывная помощь означает “соблюдение принципа преемственности в оказании помощи от одного врачебного посещения до следующего” (40). Различают понятия информационной непрерывности, предусматривающей систематическое ведение медицинских записей по каждому пациенту и врачебному посещению, и продольной непрерывности, что обозначает оказание первичной помощи пациенту в конкретных условиях в течение достаточно длительного времени. Третья, наиболее важная категория – это межличностная непрерывность, определяемая как непрерывные индивидуальные взаимоотношения между пациентом и медицинским работником, в атмосфере доверия и уважения (41). Координация услуг на уровне первичного звена имеет важное значение для обеспечения отзывчивости услуг здравоохранения в целом, особенно поскольку первичная помощь – это пункт первого контакта пациентов с системой здравоохранения, где нередко определяется их доступ к другим уровням оказания помощи. Потенциальная возможность возникновения проблем в управлении потоками пациентов наиболее очевидна на стыках между первичным и вторичным этапами помощи или между лечебными и другими (санитарно-эпидемиологическими) службами в процессе осуществления профилактических мероприятий (42). Другие аспекты координации касаются сотрудничества в рамках первичной медико-санитарной помощи, между работниками первичного звена (семейные врачи, медицинские сестры, физиотерапевты).

Комплексный характер помощи, ориентированной на человека, обеспечивается всесторонним набором лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, либо непосредственно предоставляемых врачом первичного звена, либо специально организуемых в других учреждениях. Возможность оказания комплексной помощи также зависит от условий практики, оснащенности учреждения, а также профессиональных навыков медицинских работников первичного звена. Также играет роль и то, в какой мере работники первичного звена ориентируются на местное сообщество (43). В табл. 3.1 в обобщенном виде представлены основные элементы помощи, ориентированной на человека, по сравнению с более традиционными подходами.

Разнообразие форм первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ

В течение последних десятилетий многие страны Европейского региона провели реформы в секторе здравоохранения, направленные на укрепление первичной медико-санитарной помощи. В основе этих реформ лежали различные исходные факторы, отражающие разнообразие форм первичной медико-санитарной помощи в Регионе.

В Западной Европе первичная помощь должна была развиваться с учетом растущих расходов и изменения потребностей в свете наблюдавшихся демографических и эпидемиологических тенденций, особенно таких как старение населения, распространение нездоровых форм образа жизни и обусловленный этими факторами рост хронической и множественной заболеваемости. В целом, реформы первичной помощи сосредоточились

Таблица 3.1 Отличительные черты первичной помощи, ориентированной на человека, в сравнении с традиционными разновидностями оказания помощи

| Традиционное оказание помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях | Программы борьбы с болезнями | Первичная помощь, ориентированная на человека |
|--|--|---|
| Первоочередное внимание уделяется болезни и ее лечению | Акцент на приоритетную болезнь | Акцент на нужды в отношении здоровья |
| Взаимоотношения ограничиваются моментом посещения | Взаимоотношения ограничиваются рамками реализации программы | Длительные индивидуальные взаимоотношения |
| Эпизодическое оказание лечебной помощи | Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием | Комплексное и непрерывное оказание помощи в соответствии с индивидуальными нуждами |
| Ответственность ограничивается предоставлением эффективных и безопасных медицинских назначений и рекомендаций во время посещения | Ответственность за достижение целевых показателей по контролю болезни в целевой группе населения | Ответственность за состояние здоровья всех членов сообщества на протяжении жизни; ответственность за воздействие на детерминанты нарушений здоровья |
| Пациенты выступают в качестве потребителей приобретаемых ими услуг | Группы населения являются целевым объектом, на который направлены меры по борьбе с болезнью | Люди участвуют на правах партнеров в решении вопросов здоровья – как собственного, так и здоровья местного сообщества. |

Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо (38).

в большей степени на адаптации существующих структур, чем на крупномасштабных радикальных изменениях в секторе здравоохранения. В противоположность этому, страны восточной части Европейского региона, унаследовавшие системы здравоохранения, построенные по модели Семашко, придавали приоритетное значение более комплексным реформам, отходя от чрезмерно специализированной помощи, ориентированной на конкретные болезни и оказываемой на главным образом на базе больниц. Реформы первичного звена, таким образом, составили часть всеобщей программы реформ сектора здравоохранения, направленных на изменение механизмов финансирования, программ учебной подготовки медицинских работников и организации обслуживания. Во вставке 3.1 приведены два примера.

Развитие помощи, ориентированной на человека, в Европейском регионе ВОЗ

Несмотря на явный прогресс в деле совершенствования систем здравоохранения, все еще сохраняются дефицит врачей первичной помощи (особенно в сельских районах) и длительные листы ожидания. Населению также предлагается увеличить свои денежные вклады в систему, которая выглядит недостаточно отзывчивой и тратит значительную долю своих ресурсов на специализированные лечебные службы, а не на профилактику болезней и укрепление здоровья – меры, которые могли бы устранить, по оценкам, 70% глобального бремени болезней (38). Растущие расходы на здравоохранение вызывают особую озабоченность в современных глобальных экономических условиях, повышая риск того, что все больше людей потеряют доступ к получению необходимой помощи.

Врачи первичного звена также сталкиваются с трудностями; среди них такие проблемы, как рост числа пациентов, нередко пожилого возраста, со все более сложной хронической коморбидностью, которая требует больше времени для консультации, растущие административные нагрузки и невозможность поддерживать у себя необходимый уровень знаний в соответствии с новыми клиническими достижениями, и в целом недостаток времени для того, чтобы полноценно выполнять свои функции (46). Такие проблемы актуальны для всего Региона. Так, недавнее исследование в Кыргызстане показало, что завышенные требования по предоставлению отчетности оказывают негативное влияние

Вставка 3.1. Цели реформ первичной медико-санитарной помощи в Германии и Кыргызстане

Германия

В 2006 г. Германия предприняла попытки укрепления диспетчерской роли ВОП, традиционно работающих в рамках индивидуальной частной практики и находящихся в состоянии конкуренции за пациентов с врачами-специалистами. Система социального страхования здоровья предлагает застрахованному населению заключать добровольные “диспетчерские” контракты. Люди регистрируются у врача общей практики по своему выбору и обязуются всегда обращаться к этому врачу, прежде чем к любому врачу-специалисту. Лица, которые соглашаются на эти условия и соблюдают условия контракта, освобождаются от обязательной ежеквартальной выплаты 10 евро, предусмотренной для каждого пользователя.

К маю 2007 г. диспетчерские контракты подписали 5,3 млн. застрахованных лиц, многие из которых – пожилые люди и хронически больные. Оценка эффективности показала, что 90% людей, которые зарегистрировались с ВОП, не испытали никаких различий в предоставлении услуг после присоединения к данной контрактной модели (44).

Кыргызстан

Первичная медико-санитарная помощь была одним из ключевых аспектов программы реформирования сектора здравоохранения, реализация которой началась в 1996 г. Основным направлением реформы было организационное и финансовое размежевание первичной и стационарной помощи, при этом был создан новый институт семейных групповых практик, выступающих в качестве организационных единиц для оказания первичной медико-санитарной помощи. Помимо медицинских сестер и акушерок семейные групповые практики укомплектовывались по крайней мере одним врачом (семейным врачом), и такой бригадный подход был внедрен на всех уровнях предоставления услуг. В предшествующие периоды люди должны были регистрироваться у семейного врача по своему выбору, теперь же каждая семейная групповая практика обслуживает до 2000 человек. Новые семейные врачи таким образом выполняют диспетчерскую функцию, регулируя доступ пациентов ко вторичному и третичному уровням.

В качестве второго этапа реструктурирования системы предоставления услуг традиционные поликлиники были объединены с женскими консультациями и затем, начиная с 2002 г. эти объединенные поликлиники подверглись дальнейшей реорганизации и были переименованы в центры семейной медицины. В настоящее время они предоставляют услуги первичной и вторичной амбулаторной помощи, в том числе общемедицинские, специализированные и диагностические. Поставлена цель – постепенно уменьшать число специалистов, работающих в этих центрах.

Проведенная оценка показала, что произошли сдвиги акцентов в оказании помощи от вторичного к первичному уровню. Рост объема и охвата услугами первичной помощи происходит параллельно со снижением числа направлений к специалистам и случаев необоснованной госпитализации (45).

на качество оказания помощи, поскольку ограничивают время, остающееся для работы с пациентами. В течение рабочего дня семейные врачи тратят, в среднем, лишь 34% времени на непосредственное оказание помощи пациенту, остальные часы уходят на ведение документации и составление отчетности (47).

Аспекты организации практики, определяющие общий уровень организационного доступа, в значительной мере различаются по странам. Из данных, представленных в табл. 3.2, видно, что в Финляндии и Швеции врачи общей практики уделяют больше времени своим пациентам, чем их коллеги в Нидерландах и Соединенном Королевстве. Вместе с тем, в Финляндии и Швеции проходит больше времени с момента записи на прием до фактической консультации. Рабочая нагрузка на врачей общей практики – это еще один фактор, который влияет на организационную доступность и уровень удовлетворенности пациентов; в данной таблице он измеряется как среднее число амбулаторных консультаций, телефонных контактов и посещений на дому. Это показатель варьирует в значительной степени между странами, причем длительность рабочего дня врачей общей практики в Венгрии и Германии превышает 10 часов.

В некоторых странах высокий уровень рабочей нагрузки на медиков может также свидетельствовать о дефиците или снижении кадрового обеспечения на уровне первичной помощи. Так, например, в Германии численность ВОП среди общих врачебных кадров с 1990 до

Таблица 3.2. Параметры рабочей нагрузки и организации практики в области первичной медико-санитарной помощи в отдельных странах

| Страна | Среднее число жителей на одного ВОП ^а | Число пациентов, получивших помощь | | | Средняя длительность консультации (в минутах) | ВОП с очерестью на прием ≥ 2 дней (%) ^б |
|-------------------------|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|---|---|
| | | Амбулаторный прием (число консультаций в день) | Телефонные консультации (за день) | Посещения на дому (за неделю) | | |
| Венгрия | 1975 | 48 | 7 | 27 | 15 | 0 |
| Германия | 2110 | 50 | 11 | 34 | 13 | 25 |
| Испания | 1970 | 39 | 4 | 9 | 10 | 23 |
| Литва | НД | 17 | 3 | 15 | 17 | 0 |
| Нидерланды | 2310 | 32 | 12 | 21 | 10 | 6 |
| Словения | НД | 42 | 8 | 7 | 13 | 18 |
| Соединенное Королевство | 1892 | 34 | 6 | 19 | 8 | 31 |
| Финляндия | 1582 | 19 | 6 | 3 | 18 | 80 |
| Франция | 943 | 16 | 7 | 27 | 20 | 12 |
| Хорватия | 2010 | 44 | 6 | 6 | 12 | 11 |
| Швеция | 2870 | 16 | 7 | 2 | 24 | 91 |

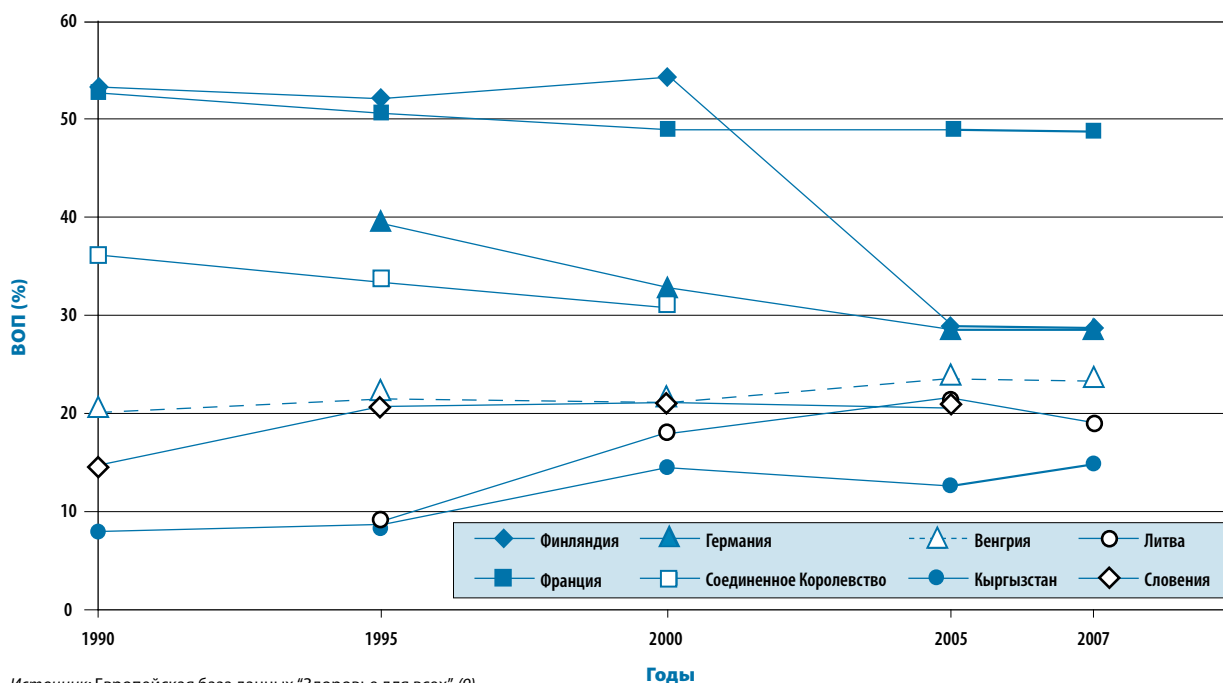
^а Данные за 1993 г.

^б Число дней (по сведениям от ВОП) между датой записи на прием и датой фактической консультации, по поводу нарушений здоровья, не носящих острый характер.

НД.: нет данных.

Источник: Адаптировано из Voerma (43).

2007 г. снизилась более чем на 10%, во Франции в этот же период число врачей первичной помощи оставалось на более или менее постоянном высоком уровне (рис. 3.1). Финляндия, занимающая передовые позиции в Европе в отношении прочной системы первичной помощи, за период между 2000 и 2005 гг. потеряла 25% врачей первичного звена. Это было отнесено за счет следующих факторов: недовольство врачей, жалующихся на утрату возможности контролировать и влиять на собственную работу, недостаток профессиональных стимулов

Рисунок 3.1. Процент ВОП среди всех врачей в отдельных европейских странах, 1990–2007 гг.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (9).

в виде поддержки со стороны коллег, необходимость участия в оказании помощи по экстренным вызовам, ограниченные возможности для ведения научных исследований и повышения своей квалификации, по сравнению со специалистами, работающими в больницах (48). Относительно невысокий уровень оплаты труда, по сравнению с Нидерландами и Соединенным Королевством, также способствовал росту оппозиционных настроений по отношению к первичной помощи среди врачей общей практики в Финляндии (49).

В Центральной и Восточной Европе и в Центральной Азии кадровая ситуация в области первичной медико-санитарной помощи существенно отличается от таковой в Западной Европе, прежде всего за счет гораздо меньшей базовой численности работников. Тем не менее, основная проблема в развитии системы, более ориентированной на человека, главным образом такая же: кадровое обеспечение первичной помощи остается недостаточным. Такие страны, как Кыргызстан, Литва и Словения, за период после 1990 г. увеличили число врачей, работающих в первичной помощи. Однако их доля (12–20%) все еще относительно низка по сравнению с врачами, работающими в других звеньях системы (рис. 3.1). Кроме того, такие страны, как Словения и Хорватия стараются преодолеть трудности, связанные с тем, что многие ВОПы уже вышли на пенсию или скоро достигнут пенсионного возраста, а новое поколение еще не готово прийти на смену уходящим кадрам (50).

В то время как информация о дефиците кадров первичной помощи лежит на поверхности, такие аспекты, как координация и интеграция, менее демонстративны. Не имеется достаточно точных сведений и показателей, при этом они отличаются по странам. В отличие от больниц, первичная помощь не представляет собой замкнутую и контролируемую среду, поэтому иногда получить определенное представление о существующих барьерах удастся только по косвенным данным, полученным в результате опросов.

Турция приступила к осуществлению крупномасштабной реформы семейной медицины, затрагивающей сферу первичной медико-санитарной помощи. Оценка ее эффективности, проведенная в двух провинциях (табл. 3.3), показала, например, что не все семейные врачи

Таблица 3.3. Наличие и использование элементов клинической информации, необходимых для обеспечения непрерывной и интегрированной помощи. Данные, полученные по результатам опроса семейных врачей в двух провинциях Турции

| Элементы клинической информации | Болу (N = 37) | | Эскишехир (N = 41) | |
|---|---------------|----|--------------------|----|
| | N | % | N | % |
| Ведение индивидуальной медицинской документации по пациентам | | | | |
| Систематически | 13 | 35 | 20 | 49 |
| С некоторыми исключениями | 24 | 65 | 21 | 51 |
| Составление списков пациентов в разбивке по диагнозу или факторам риска | | | | |
| Легко | 10 | 28 | 11 | 27 |
| Довольно трудно | 14 | 39 | 14 | 34 |
| Крайне трудно или невозможно | 12 | 33 | 16 | 39 |
| Составление сопроводительных писем при направлении пациентов к специалистам – всегда или в большинстве случаев | 20 | 56 | 5 | 12 |
| Получение информации от специалиста после проведенного лечения | | | | |
| Как правило | 1 | 3 | 1 | 2 |
| В меньшей части случаев | 8 | 22 | 5 | 12 |
| Изредка или никогда | 28 | 75 | 35 | 86 |
| Получение эпикриза на пациента после его выписки из стационара | | | | |
| В течение 30 дней | 3 | 8 | 4 | 10 |
| Изредка или никогда | 30 | 81 | 30 | 73 |

Источник: Kringos et al. (51).

систематически вели медицинские записи по каждому посещению пациента, что является непременным условием информационной непрерывности. Однако с 2005 г. медицинские записи ведутся по каждому визиту пациента, а с мая 2009 г. всю подобную документацию направляют в Министерство здравоохранения в электронном виде. Большинству семейных врачей было также достаточно трудно составить списки пациентов в разбивке по диагнозу или по факторам риска для здоровья, которые необходимы для анализа показателей здоровья населения, находящегося в зоне охвата практикой, и для организации адекватных планов оказания помощи отдельным лицам или группам. Такие данные абсолютно необходимы для обеспечения координированной и интегрированной помощи. Несмотря на то, что в переходном периоде отдельные недочеты в координации и связях между первичной, вторичной и третичной помощью являются нормой и Турция – это лишь один из примеров – пациенты, по-видимому, ценят усилия государства, направленные на то, чтобы приблизить к ним службы. Около 95% пациентов, опрошенных в двух провинциях Турции, заявили, что они “удовлетворены уровнем оказания помощи со стороны семейного врача” (51).

Преодоление препятствий в оказании помощи, ориентированной на человека: примеры из европейских стран

Обеспечение услугами здравоохранения, ориентированными на потребности каждого человека, представляет значительные трудности, и страны по всему Европейскому региону продолжают предпринимать усилия для достижения этой цели. В конечном счете, это требует изменения привычных стереотипов: нежеле чем тратить весь рабочий день на традиционный прием пациентов, по 10–15 мин. на каждого, врачи и бригады первичной помощи должны анализировать медико-санитарные потребности зарегистрированного населения и соответствующим образом обеспечивать удовлетворение этих потребностей, либо по индивидуальному плану для конкретных пациентов, либо по группам, подверженным воздействию тех или иных факторов риска (46). Для решения этой задачи, страны используют различные стратегии и подходы, которые, по-видимому, укладываются в следующие два основных варианта:

- экспериментирование с новыми квалификационными требованиями к медицинским работникам и организацией практики предоставления услуг; или
- внедрение схем интегрированной помощи наряду с программами контроля борьбы с болезнями.

Реорганизация практики и новые требования к квалификации медицинских работников

Описанный выше кадровый дефицит ограничивает возможности выбора механизмов обеспечения ориентированной на человека первичной помощи. Один из вариантов – постепенная трансформация практики оказания помощи и структуры соответствующих учреждений, а также внедрение новых квалификационных требований к работникам здравоохранения, основанных прежде всего на принципах коллективной работы и обмена информацией между коллегами. Некоторые страны изменили должностные обязанности и ввели новые квалификационные требования для медицинских сестер и других категорий медицинского персонала, касающиеся выполнения отдельных функций, которые до этого находились в ведении врачей первичной помощи. Так, например, в Нидерландах и Соединенном Королевстве введена должность практикующей медицинской сестры. Это профессиональные работники с университетским уровнем подготовки, которые выполняют обычные сестринские функции, но также решают и некоторые сугубо врачебные задачи, такие как назначение лекарств и самостоятельное проведение несложных видов лечения.

В Германии недавно была введен институт общинных медицинских сестер, которые наряду с выполнением функций, аналогичных практикующим медицинским сестрам, также предоставляют услуги ухода на дому для хронически больных, проживающих в сельской местности (52). Аналогичным образом, фонды первичной помощи в Соединенном Королевстве нанимают специальных сотрудников – кейс-менеджеров – для координации услуг, предоставляемых людям с хроническими состояниями или с комплексными социальными и медицинскими потребностями. Функции менеджера включают анализ регистров пациентов для оценки потребностей населения, разработку планов обслуживания и практическую организацию услуг, а также мониторинг качества оказания помощи. Помимо этого, в Англии расширена роль фармацевтов. Им дано право повторного назначения ранее выписанных лекарств, пересмотра назначений и предоставления услуг по отказу от курения (53).

В 2003 г. испанский регион Кастилья-и-Леон в Испании приступил к осуществлению программы по повышению эффективности оказания помощи людям, имеющим социальные медицинские потребности, в частности страдающим хроническими заболеваниями. Органы управления быстро поняли, что передача части функций от врачей к медицинским сестрам и новым категориям работников социальной помощи приводит к тому, что ВОПы приобретают новую роль. Врачам таким образом стало необходимо получать соответствующую подготовку, чтобы они могли выполнять функцию руководителей коллективов, уделять больше времени координации деятельности бригад медицинской и социальной поддержки и гораздо меньше заниматься непосредственно пациентами, уделяя внимание, в основном, тяжелобольным (54).

Ведение хронических болезней и интегрированная помощь

По мере появления новых квалификационных профилей медицинских работников и моделей гибкой практики потребовалось развитие мультидисциплинарного сотрудничества между уровнями помощи и за их пределами, при котором бригада первичной медико-санитарной помощи функционирует в качестве центра координации (рис.3.2).

Кроме того, организационные изменения отражают и учитывают эпидемиологические тенденции. Рост распространенности хронических болезней и множественной патологии заставляет ряд систем здравоохранения, уже имеющих прочные структуры первичной помощи, экспериментировать с моделями обслуживания, касающимися определенных состояний, таких как диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак. Это, в свою очередь, придает большую значимость и полномочия звену первичной помощи в качестве центра координации. Речь идет о таких странах, как Дания, Ирландия, Италия, Соединенное Королевство и Франция (11). Часто приводимый пример – программы ведения болезней, внедренные в Германии в 2002 г., для оказания помощи в связи с такими болезнями, как диабет 1 и 2 типа, астма, хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца и рак молочной железы. К 2008 г. свыше 4,7 млн. пациентов были охвачены этими программами, во многих из которых принимали участие врачи общей практики, до этого прошедшие специализированную подготовку по данным видам патологии (55). В 2000 г. Zwisler, Schou и Sørensen (56) опубликовали сообщение о начале клинического испытания в Дании, в котором пациентам с ишемической болезнью сердца была дана возможность получать интегрированную реабилитационную помощь в амбулаторных условиях. Были созданы мультидисциплинарные бригады специально подготовленных сотрудников: в состав основной бригады входили кардиолог, медицинская сестра, физиотерапевт, диетолог и секретарь, в состав так наз. периферической бригады входили социальный работник и психиатр. После оценки результатов испытания, проведенной в 2003 г., были сформулированы рекомендации для последующей фазы, включая дополнительное включение психолога и священника в состав периферической бригады (56).

Рисунок 3.2. Первичная помощь как координационный центр



Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо (38).

Другие страны экспериментировали с более всесторонними моделями интегрированной помощи или сетями поставщиков медицинских услуг, сосредоточив внимание на хронических состояниях в более широком плане. Пример, иллюстрирующий значительный эффект того, как воспринимается и развивается первичная помощь, – это концепция “трансмурального обслуживания” в Нидерландах, получившая развитие с начала 1990-х годов. Ее целью было улучшение качества оказания помощи пациентам, которые не могли вернуться к полностью самостоятельной жизни после выписки из стационара; при этом обращалось особое внимание на координацию звеньев стационарной и первичной помощи в условиях связи со структурами социальной поддержки (57).

Значение для будущего

До того, как первичная помощь, ориентированная на человека, сможет быть полностью возрождена в Европейском регионе, необходимо уделить внимание ряду важных вопросов. Во-первых, необходимо сформулировать более четкие представления о том, какие инвестиции необходимы для развития кадровых ресурсов для первичной помощи, включая соответствующую учебную подготовку. Изменение традиционных должностных функций, например расширение круга обязанностей медицинских сестер, потребует пересмотра схем оплаты труда или даже разработки альтернативных схем с использованием принципов бригадного расчета выплат.

Во-вторых, необходимо разработать стратегии по переходу к новым, мультидисциплинарным бригадам и сетям, в том числе с вовлечением социального сектора.

В-третьих, требуется проведение научной оценки для того, чтобы определить, какие методы работают, а какие нет. Так, например, недостаточно данных по оценке эффективности введения новых квалификационных требований к медработникам и реструктурирования условий обслуживания. Результаты пилотных исследований указывают на то, что расширение круга профессиональных функций медицинских сестер, по-видимому, повышает эффективность помощи при хронических состояниях. Аналогичным образом, несмотря на то, что некоторые исследования ограниченного масштаба по программам ведения болезней и интегрированной помощи позволяют предположить, что новый процесс обслуживания приносит пользу пациентам, оценки на популяционном уровне и исследования экономической эффективности все еще немногочисленные или не дали убедительных результатов (57). Страны, находящиеся в процессе перехода к системе с приоритетным положением первичной помощи, должны иметь возможность отслеживания, в какой мере отличительные черты помощи, ориентированной на человека, начинают преобладать в работе первичного звена. Механизмы такого мониторинга следует создавать еще до начала непосредственной работы, направленной на совершенствование процесса и повышение эффективности первичной помощи. Без этого невозможно будет оценить, в какой мере системные реформы на практике изменяют предоставление услуг. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало инструмент в помощь государствам-членам для проведения мониторинга и оценки их моделей организации первичной помощи (51).

Возрождение первичной помощи, ориентированной на человека, в Европейском регионе, несомненно, нуждается в более активном проведении тщательных научных исследований. Об этом наглядно свидетельствует тот факт, что авторы недавнего Кокрановского обзора смогли обнаружить лишь одно достоверное исследование, посвященное проблемам интеграции служб первичной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода, с точки зрения пользователя (38,58).

Обеспечение устойчивости показателей деятельности с помощью политики финансирования здравоохранения

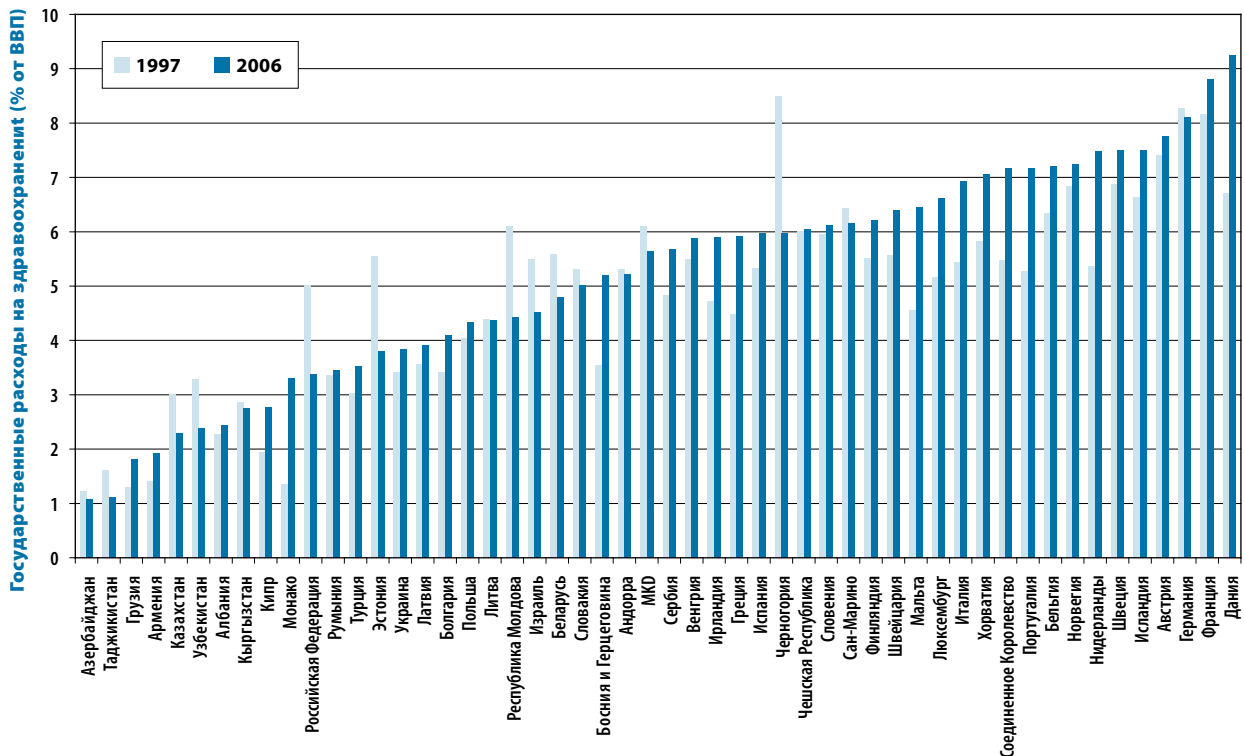
Реформы в области финансирования здравоохранения носят различный характер в разных странах Европейского региона в зависимости от особенностей институциональных механизмов, культурных, экономических и политических условий в этих странах (59). Большинство стран поддержали общие ценности, указанные в Люблянской хартии по реформированию здравоохранения (2); некоторые недавно проведенные реформы были направлены на обеспечение большей справедливости, уменьшение финансовых барьеров и обеспечение всеобщего охвата. В ходе реформ большое внимание уделялось также мерам, обеспечивающим достижение этих целей в условиях увеличения уровня затрат, используя самые разнообразные способы, включая усиление приоритетного значения вопросов здравоохранения при распределении общественных ресурсов, диверсификацию и сочетание различных источников, изменение потоков финансовых средств и механизмов их объединения, а также изучение возможностей использования методов закупок услуг в целях повышения эффективности. (В данном контексте “закупка” означает передачу объединенных ресурсов из какого-либо ведомства – например, частных или государственных страховых фондов, местных или общенациональных государственных ведомств или других государственных организаций – поставщикам.)

В предыдущем разделе уже рассматривался вопрос всеобщего охвата и распределения финансовой защиты. В данном разделе внимание уделяется более конкретно методам финансирования здравоохранения и реформам, используемым странами для обеспечения устойчивости деятельности по решению этих задач.

Направление государственных средств на нужды здравоохранения, несмотря на усиливающиеся финансовые ограничения

Большинство правительств в Регионе повысили уровень своих обязательств в отношении финансирования здравоохранения, несмотря на возрастающие финансовые трудности за последнее десятилетие, хотя ситуация колеблется в зависимости от страны. Уровень государственных расходов на нужды здравоохранения в процентах от ВВП возрос в большинстве стран (рис. 3.3). Принимая во внимание, что большинство европейских стран также ввели более жесткие финансовые ограничения в этот период (т.е. проявляя тенденцию к снижению общих государственных расходов в процентном отношении от ВВП), это отражает тот факт, что в большинстве стран были приняты решения повысить приоритетную значимость здравоохранения в рамках общих государственных расходов. Данные, представленные в обобщенном виде на рис. 3.4, подтверждают это. Таким образом, один из подходов, использованных странами для обеспечения устойчивости показателей деятельности, является просто повышением относительной приоритетной значимости вопросов здравоохранения в решениях, которые касаются распределения государственных ресурсов.

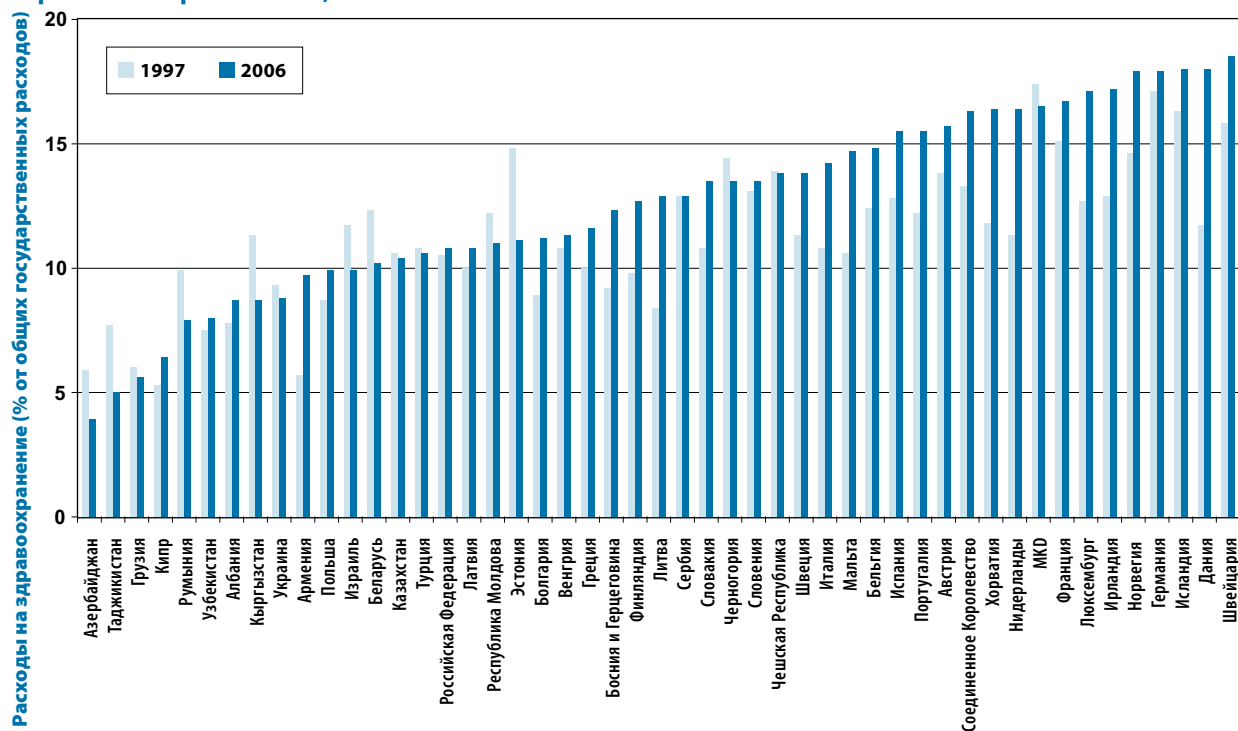
Рисунок 3.3. Государственные расходы на нужды здравоохранения в процентах от ВВП, Европейский регион ВОЗ, 1997 г. и 2006 г.



Примечание. МКД – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии. Данные по Туркменистану отсутствуют.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (9).

Рисунок 3.4. Доля общих государственных расходов, направляемая на нужды здравоохранения, Европейский регион ВОЗ, 1997 г. и 2006 г.



Примечание. MKD – сокращение Международной организации по стандартизации (ISO) для бывшей югославской Республики Македонии. Данные в отношении Андорры, Монако, Сан-Марино и Туркменистана отсутствуют.
Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (9).

В то же время эти цифры указывают на значительные различия между странами Региона. В частности, хотя 24 из 27 стран ЕС увеличили долю средств на нужды здравоохранения в составе общих государственных расходов за этот период, в 8 из 11 стран СНГ (данные по Туркменистану отсутствуют) наблюдалось их снижение. Ситуация в других странах носит смешанный характер. Таким образом, хотя общая картина указывает на твердую приверженность обеспечению устойчивого достижения целей системы здравоохранения путем повышения расходов, это касается в особенности стран ЕС. Ситуация во многих странах СНГ дает основание для беспокойства в отношении того, почему приоритетные направления деятельности отклоняются от нужд здравоохранения, особенно учитывая, что в большинстве этих стран на нужды здравоохранения уже выделялась лишь относительно небольшая доля государственного бюджета.

Помимо проблемы расходов, государства – члены Европейского региона ВОЗ, в целом согласились с тем, что они нуждаются в осуществлении контроля и изменении механизмов финансирования и объединения средств, чтобы обеспечить возможность сохранения или повышения их обязательств в отношении солидарности для различных социальных и возрастных групп, даже в условиях, когда они борются за сохранение или обеспечение финансового баланса и устойчивости в течение последующих десятилетий. Таким образом, исходя из опыта реформ в области финансирования здравоохранения за последние годы, можно извлечь ряд практических выводов. В частности, система финансирования здравоохранения в ряде стран стала фрагментированной, а методы приобретения услуг нередко не согласуются с целями в области обеспечения эффективности и качества; страны используют различные меры политики для решения этих проблем.

Диверсификация источников и новые комбинации механизмов сбора доходов и объединения средств

В ответ на трудности, вызванные ростом затрат в сочетании с ограничением возможностей повышения общих налоговых ставок и, в особенности, налогов на заработную плату, все большее число стран диверсифицируют свои источники государственного финансирования, обеспечивая при этом согласованность механизмов объединения средств или улучшая их. Лица, формирующие политику, в Германии, Нидерландах, Франции, Чешской Республике и Швейцарии сталкиваются со значительными трудностями в отношении расширения доходной базы за счет обеспечения более широкого круга источников налогообложения.

Многие страны восточной части Европейского региона сталкиваются с аналогичными трудностями при осуществлении недавнего перехода от общих налоговых поступлений и всеобщих прав для всего населения к целенаправленному налоговому финансированию (обычно за счет налога на заработную плату) и правам, основанным на размере взноса. Существует значительное различие в отношении мотивации и исторического опыта между странами СНГ, странами, образовавшимися на территории бывшей Югославии, и другими странами Центральной Европы и странами Балтии. В большинстве стран третьей группы были приняты механизмы социального медицинского страхования, которые ознаменовали собой, по крайней мере по форме, возврат к системам, имевшим место в докоммунистический период. Трудности, с которыми сталкиваются страховые фонды при сборе взносов, привели к переносу ответственности за сбор средств на центральные государственные налоговые органы в Венгрии, Румынии и Эстонии. За исключением Боснии и Герцеговины, страны, образовавшиеся на территории бывшей Югославии, перешли на использование централизованных средств индивидуального страхования в начале 1990-х годов. В то же время лишь пять стран СНГ ввели систему обязательного медицинского страхования в той или иной форме: Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова и Российская Федерация, хотя Грузия и Казахстан в последующем отказались от нее (60).

Проведенные недавно реформы в Германии явились ответом на проблему, с которой сталкиваются многие страны, использующие, в основном, налоги на заработную плату для финансирования обязательного медицинского страхования – способность поддерживать почти всеобщий охват и высокий уровень финансовой защиты в будущем без оказания отрицательного воздействия на рынок труда. До 2009 г. около 90% доходов фонда страхования от болезней в Германии поступало за счет взносов из заработной платы, которые значительно возросли за последние годы. При сохранении существующего уровня получаемых льгот и относительного соотношения доходов от заработной платы и общих доходов средние размеры взносов должны были бы возрасти до 22–25% к 2025 г. и 26–30% к 2030 г., чтобы обеспечить финансовое равновесие системы и сохранить существующий уровень льгот (61). В этой связи правительство Германии в 2009 г. приступило к сдерживанию темпов роста размеров взносов путем вливания в данную систему доходов общего характера (62). В Чешской Республике почти 30% населения к 2030 г. будут старше возраста выхода на пенсию по сравнению с 20% в 2003 году. Если не вносить никаких изменений, это потребует удвоения существующего размера взносов (13,5%) примерно к 2030 году (63). Такое возможное увеличение налогообложения, связанного с заработной платой, вызывает озабоченность в отношении того, как это повлияет на показатели безработицы и экономического роста.

В совершенно других экономических условиях правительство Республики Молдова провело реформу с введением обязательного медицинского страхования на основе нового

подходного налога в 2004 г. Была поставлена цель преобразовать фрагментированную структуру объединения средств, унаследованную от СССР, создать сильное закупочное ведомство для введения новых стимулов для данной системы и увеличить уровень государственного финансирования здравоохранения. Однако принимая во внимание реальную ситуацию, когда значительная доля трудовых ресурсов занята в неофициальном секторе экономики, было признано, что использование только подходного налога будет недостаточным для финансирования желаемого уровня льгот для населения. Таким образом, частью данной реформы стало направление общих бюджетных доходов в новый Фонд медицинского страхования для обеспечения охвата определенных групп населения, не вносящих взносы. Результатом этого явилась необычная комбинация источников финансирования для обязательного медицинского страхования: около двух третей денежных средств, управляемых Фондом, поступали за счет перевода общих доходов, и лишь около одной трети за счет налога на заработную плату (64).

Устранение последствий фрагментации в странах с большим числом конкурирующих страховщиков: гармоничное сочетание конкуренции на рынке страхования с соблюдением принципа солидарности

Некоторые страны Региона (такие как Бельгия, Германия, Израиль, Нидерланды, Российская Федерация, Словакия, Чешская Республика, Швейцария и, с недавних пор, Грузия) используют систему обязательного медицинского страхования, осуществляемого с участием конкурирующих страховщиков. Явным образом фрагментируя имеющиеся предоплаченные финансовые средства на цели медицинского страхования, такая конкуренция потенциально представляет угрозу для соблюдения принципа солидарности и объема защиты от рисков, которая может быть обеспечена при данном уровне финансирования. Почти все страны, которые используют эту схему, ввели меры, направленные на смягчение этих возможных последствий. В Чешской Республике, например, регулирование конкуренции между страховщиками ограничило их побудительные мотивы к отбору или дискриминации отдельных лиц, включаемых в число клиентов. Механизм уравнивания риска, первоначально введенный в 1994 г., был значительно усовершенствован после принятия закона 2003 г., который был реализован в течение последующих трех лет. Это привело к определенным успехам, создав фактически виртуальный национальный пул средств путем корректировки на риск всех предоплаченных средств вместо их частичной корректировки, проводившейся ранее. Важной целью этой реформы являлось повышение эффективности системы здравоохранения путем переноса основного направления деятельности страховщиков от конкуренции в отношении объединения средств (путем приложения усилий для привлечения людей с наивысшей вероятностью положительной разницы между доходами и расходами) к конкуренции в отношении совершенствования механизмов приобретения медицинских услуг. В то время как ранее страховщики получали прибыль при отборе богатых, молодых или здоровых клиентов, новый подход снизил потенциальные преимущества такого отбора. Поскольку реформированная система обеспечивает большее соответствие доходов каждого страховщика и структуры рисков держателей его страховых полюсов, страховщики имеют больше побудительных мотивов к конкуренции, основанной на улучшении управления издержками и общего уровня качества предоставляемых ими услуг. Хотя улучшения практических механизмов закупки услуг еще не было достигнуто, необходим достаточный уровень компенсации рисков для минимизации стратегических действий страховщиков в отношении объединения средств (60).

Неполные реформы в области финансирования здравоохранения могут привести к большей фрагментации потоков средств, направляемых в учреждения; это, в свою очередь,

может создавать конфликт между стимулами и противодействовать комплексному предоставлению услуг. В Российской Федерации введение обязательного медицинского страхования привело к созданию более крупных объединений рисков, которые увеличивают возможность усиления солидарности. В то же время распределение этих средств в рамках системы через конкурирующих страховщиков часто сопровождается прямым переводом государственных средств из местного бюджета учреждениям здравоохранения, а не заменяет его, что сохраняется во многих районах. Таким образом, реформа носит незавершенный характер, и сохраняется значительный уровень фрагментации (60).

Достижение основанных на солидарности целей системы здравоохранения в области распределения финансовых рисков, когда исходной точкой является система конкурирующих страховщиков, как, например, в Чешской Республике и Российской Федерации, требует принятия мер по расширению масштабов объединения рисков (что увеличивает возможность усиления солидарности в рамках системы здравоохранения) и предоставлению компенсации страховщикам за различный характер рисков их клиентов (чтобы сделать отбор риска невыгодным). Следует стремиться к тому, чтобы направить конкурентную энергию страховщиков к повышению административной эффективности и приобретению услуг здравоохранения, хотя необходима значительная работа для определения тех областей, где конкуренция приносит реальную выгоду.

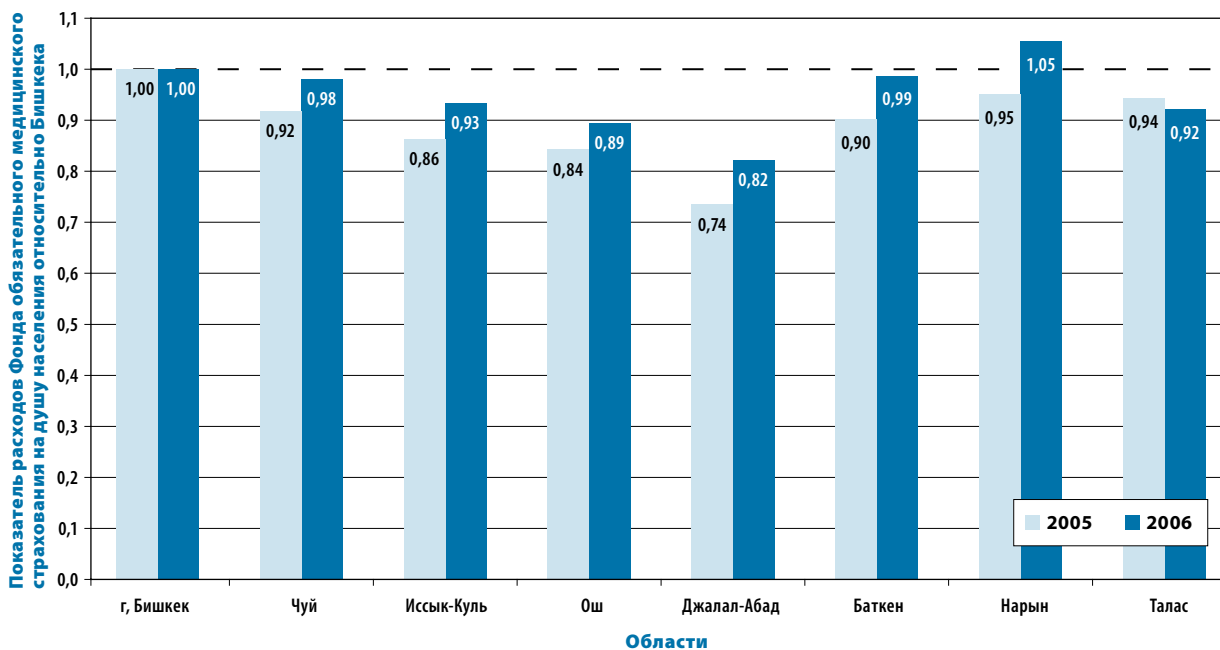
Усиление солидарности за счет централизованного финансирования

Хотя децентрализация может быть полезной для выполнения некоторых функций и задач систем здравоохранения, децентрализованная структура объединения и распределения средств ограничивает возможности перераспределения ресурсов. За последние годы Норвегия приняла меры к повторной централизации своей системы, распределяя ресурсы для четырех региональных органов здравоохранения вместо 19 областей. Некоторые аспекты этих реформ, связанные с перераспределением в Норвегии, столкнулись со значительными политическими проблемами и, в результате, реформы не были полностью реализованы, однако эффективность и производительность несколько улучшились (65).

Кыргызстан (начиная с 2001 г.) и Республика Молдова (в 2004 г.) заменили децентрализованную бюджетную схему, унаследованную от СССР, централизованной системой объединения средств. В Кыргызстане эта реформа осуществлялась постепенно в течение пяти лет, в то время как в Республике Молдова это было сделано за один год. В обоих случаях основным источником средств являлись общие бюджетные доходы, а реформы в отношении объединения средств либо обеспечивали сочетание их с доходами за счет налога на заработную плату либо использовали их в явной форме дополнительным образом в рамках нового национального фонда медицинского страхования. Централизация объединения средств сочеталась с переходом к распределению средств поставщикам на основе конечных результатов деятельности и подушевого финансирования, а также к большей управленческой автономии поставщиков. Реформы в каждой из стран привели к более равному распределению государственных средств на нужды здравоохранения между районами, снижению размеров наличных платежей за счет собственных средств и большей эффективности деятельности поставщиков, хотя на всех этих фронтах может быть достигнут более значительный прогресс (66).

В Кыргызстане после того, как районные фонды были постепенно консолидированы в областные фонды объединенных средств в течение 2001–2005 гг., процесс объединения средств был централизован до национального уровня в 2006 г. Это имело немедленные последствия, как показано на рис. 3.5, иллюстрирующем государственные расходы на

Рисунок 3.5. Относительный уровень подушевых расходов на предоставление государственного пакета услуг (Фонд обязательного медицинского страхования), по регионам, Кыргызстан, 2005 и 2006 гг.



Источник: Financial management reports on execution of the state guaranteed benefit package and 2007 Ministry of Health performance indicator report (67).

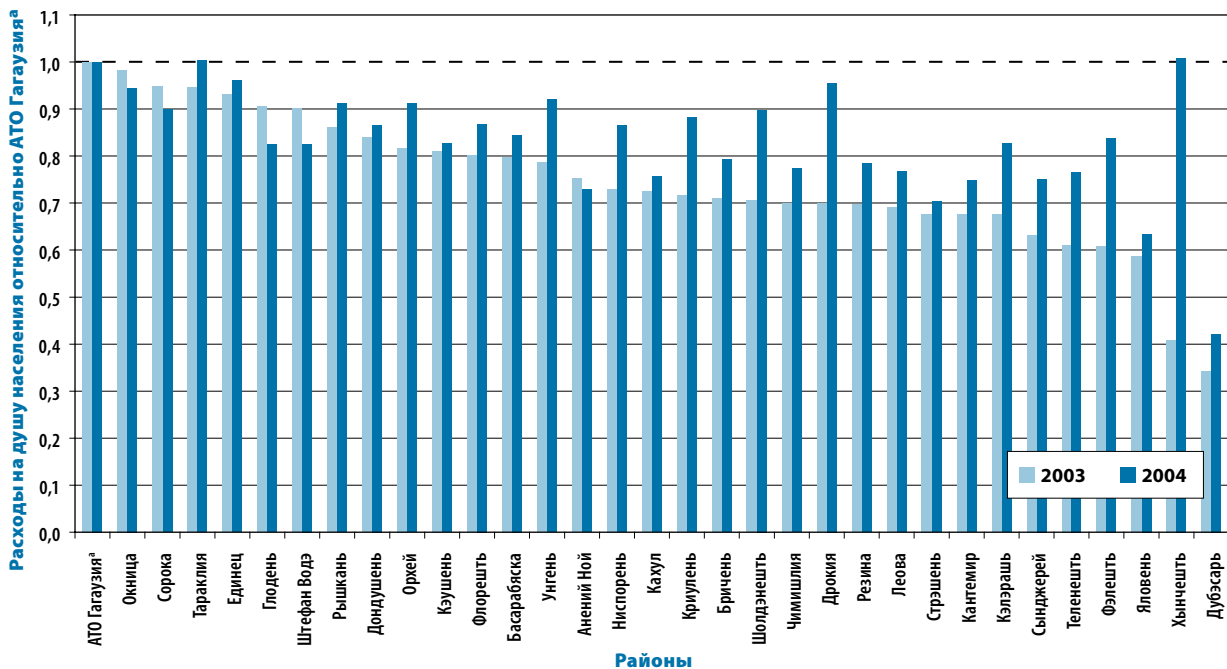
нужды здравоохранения на душу населения по областям в 2005 и 2006 гг. по сравнению с Бишкеком (столица). Разрыв в финансировании между Бишкеком и другими областями снизился во всех случаях за исключением одного. В Нарынской области, одной из беднейших и географически наиболее сложных ввиду того, что она расположена в горной местности, расходы на душу населения превысили уровень расходов в Бишкеке. Единый набор стандартов финансирования явился основой для распределения средств между районами, и они были скорректированы с помощью новых коэффициентов с учетом различий в географических и демографических характеристиках каждого района в попытке отразить различия в относительных потребностей и стоимости предоставления услуг.

Аналогичным образом в Республике Молдова централизация объединения средств с районного уровня в 2003 г. до национального уровня в 2004 г. сопровождалась сокращением неравенств в распределении государственных средств на нужды здравоохранения. На рис. 3.6 показано, что различия в уровне расходов между районами были значительно снижены в 2004 г. по сравнению с 2003 г. Данные за 2003 г. показывают расходы средств местного бюджета на душу населения по каждому району, а данные за 2004 г. показывают расходы Фонда обязательного медицинского страхования на душу населения по районам.

Стратегические закупки услуг здравоохранения: ресурсы, выделяемые поставщикам на основе показателей их деятельности или потребностей населения

За последнее десятилетие все большее внимание привлекает вопрос о том, как укрепить механизм закупки услуг здравоохранения для улучшения показателей деятельности. Многие страны начали вводить модель стратегических закупок в той или иной форме начиная с 1990-х годов. Стратегические закупки подразумевают использование методов, увязывающих

Рисунок 3.6. Подушевые расходы на нужды здравоохранения в районах Республики Молдова, 2003 и 2004 гг.



^a Автономное территориальное образование Гагаузия.
 Источник: Shiskin, Kacevicius, Ciocanu (64).

распределение ресурсов с информацией, например, об эффективности деятельности поставщиков или потребностях населения, которое они обслуживают. Напротив, пассивные закупки обычно принимают форму процесса бюджетирования на основе затрат или первоначальной стоимости, либо внебюджетного возмещения платы за услуги.

В рамках систем здравоохранения, основанных на вертикальной интегрированной модели, при которой финансирует и предоставляет услуги общенациональный или региональный орган власти, проводилось множество реформ, направленных на разделение функций закупок и предоставления услуг с тем, чтобы обеспечить закупщиков средством воздействия для повышения эффективности деятельности поставщиков. После реформы внутреннего рынка национальной системы здравоохранения в Соединенном Королевстве, – проведенной в 1991 г. и затем консолидированной в деятельности закупщиков, определяемых на региональном уровне, в виде доверительных фондов первичной помощи в 2000 г., – Италия, Португалия и некоторые районы в Испании и Швеции также ввели разделение функций закупщиков и поставщиков. Имеется множество механизмов, начиная с оценки потребностей в области здравоохранения и использования контрактов, которые могут включать контроль качества и системы оплаты, основанной на показателях деятельности. В этой связи используются методы корректировки риска для того, чтобы ресурсы, направляемые закупщикам, отвечали потребностям в области здравоохранения, что может обеспечить большую справедливость в отношении доступа и эффективности в распределении ресурсов.

В некоторых странах, где имеется исторический опыт разделения функций закупки и предоставления услуг, а страховые фонды заключают контракты с поставщиками, лица, формулирующие политику, стремились создать или расширить конкуренцию между фондами, управляющими доходами системы обязательного социального страхования

(включая страховщиков, работающих как на некоммерческой, так и на коммерческой основе), частично для того, чтобы создать стимулы для усиления закупочных механизмов в целях достижения эффективности и повышения качества. В числе других причин введения или расширения возможностей выбора страховщиков пациентами входит повышение оперативности реагирования на потребности потребителей и уменьшение колебаний в размере взносов. Как указывалось выше, данная стратегия сталкивается с трудностями, особенно в отношении широты возможностей отбора рисков, а также со множеством сдерживающих факторов, которые ограничивают конкуренцию между фондами. Многие меры, предпринимаемые в целях ограничения последствий отбора рисков, – такие, как определяемые на национальном уровне пакеты льгот, прејскуранты на услуги и размеры взносов – также ограничивают возможности страховщиков вводить новые методы закупок. Тем не менее, недавно были предприняты усилия к развитию конкуренции путем разрешения заключать контракты на избирательной основе для повышения эффективности и качества работы поставщиков. Один из положительных примеров развития в этой области имеется в Германии, где некоторые аспекты стратегических закупок были интегрированы в формулу корректировки рисков. В частности, данная формула дает финансовый стимул страховщикам включать лиц с инвалидностью в программы ведения болезней (68).

Платежи больницам

Все большее число стран экспериментируют с механизмами повышения эффективности и прозрачности деятельности стационарных служб. В большинстве систем здравоохранения европейских стран платежи больницам осуществляются из общих бюджетов, хотя все чаще вводятся платежи по числу случаев (часто называемых группами, связанными с определенным диагнозом) для определения конкретных бюджетов или в качестве формы оплаты. Хотя жесткие бюджеты потенциально способны сдерживать затраты, платежи по числу отдельных случаев обеспечивают стимулы к повышению как активности деятельности, так и прозрачности в рамках обычных непрозрачных систем бухгалтерского учета больниц. Конкретные цели введения платежей по числу случаев при оказании стационарной помощи различны в разных странах, при этом некоторые направлены на повышение уровня активности и снижение сроков ожидания, в то время как другие ориентированы на сдерживание расходов и повышение прозрачности финансирования. В то же время все они в целом направлены на создание стимулов для повышения эффективности деятельности поставщиков. Системы платежей больницам по числу случаев отличаются большим разнообразием форм. Например, более широкая комбинация “диагноз-лечение” в Нидерландах включает платежи как врачам и специалистам, так и больницам в одном пакете. Такой подход неизбежно несет с собой риск преждевременной выписки из больницы вместе с повышенной частотой повторной госпитализации, в связи с чем требуется тщательный контроль (69).

В целом, было показано, что такие платежи по числу случаев повышают уровень активности стационаров, позволяют получить информацию о стоимости стационарных услуг и структуре заболеваемости, а также побуждают к сдерживанию затрат по каждому конкретному диагнозу. Хотя стимулы, связанные с использованием платежей по числу случаев, обеспечивают такие преимущества, они также имеют недостаток в том, что могут потенциально препятствовать получению прибыли: они побуждают больницы к отбору менее дорогостоящих случаев заболеваний в пределах определенной категории (снятие сливок) и передавать более дорогостоящие случаи другим больницам, завышать в отчетах сложность случаев заболевания (присваивание повышенного шифра) и экономить на качестве (или, точнее, количестве) помощи, предоставляемой по каждому случаю (70).

Платежи врачам

Основными методами платежей поставщикам услуг в Европейском регионе являются заработная плата, подушевое финансирование или плата за услуги. В государственном секторе большинство врачей первичной и амбулаторной помощи получают вознаграждение в виде заработной платы или платежей из расчета на одного человека или комбинации того и другого. Во многих странах, таких как Англия, Венгрия, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Нидерланды, Польша, Румыния, Словакия, Хорватия и Эстония, основной формой платежей за первичную помощь является подушевое финансирование. Плата за услугу как форма платежа преобладает в Австрии, Бельгии, Германии (в рамках общего фиксированного бюджетного максимума), Люксембурге, Франции, и Швейцарии. Этот метод платежа также является нормой для первичной и амбулаторной помощи, предоставляемой на частной основе. Однако для врачей, работающих в стационарах, наиболее распространенным методом оплаты является заработная плата, за исключением Бельгии и Швейцарии. Системы оплаты за услугу стимулируют повышение активности, в то время как методы заработной платы и подушевой оплаты могут сдерживать затраты, однако создают стимулы к снижению активности и перекладыванию расходов за ведение больных на других поставщиков. В ряде исследований были получены данные о влиянии методов оплаты на поведение врачей (71,72), при этом страны больше экспериментируют с использованием смешанных форм оплаты, которые включают элементы различных методов для получения максимально положительных стимулов и ограничения отрицательных (69).

Некоторые страны, особенно в Центральной и Восточной Европе, перешли от выплаты заработной платы поставщикам услуг первичной помощи к платежам за услуги или за каждого пациента. Многие страны, например в Западной Европе, расширили использование целевых платежей в виде платы за услуги в дополнение к подушевому финансированию для усиления профилактической помощи и вознаграждения за хорошие показатели деятельности. Механизмы закупок могут быть способны компенсировать эффекты отрицательных стимулов путем тщательного увязывания финансовых средств с соблюдением показателей качества. Контракты с поставщиками в некоторых странах увязываются с показателями качества, которые могут включать соблюдение стандартов аккредитации, соблюдение процедур обеспечения качества или выполнение задач в отношении качества и конечных результатов. Аналогичным образом некоторые страны переходят к системам платежей на основе показателей деятельности для специалистов с выраженными финансовыми стимулами для материального поощрения определенных форм поведения и конечных результатов. Недавно проведенная реформа заключения контрактов и платежей для общепрактикующих врачей в Соединенном Королевстве обеспечивает вознаграждение врачам, достигавшим определенных результатов в отношении качества, однако она также связана с определенными проблемами, такими как платежи, основанные на показателях деятельности любых видов. Большинство общепрактикующих врачей уже достигли целевых результатов (73), в связи с чем бюджетные возможности были превышены, и это привело впоследствии к невозможности увеличения размеров платы в условиях инфляции и, как результат, к низкому моральному духу.

Хотя финансовые стимулы необходимы, они недостаточны для повышения качества предоставления услуг, и работа должна быть тесно скоординирована с инициативами в области предоставления услуг и руководства.

Заключение

Несмотря на значительные и возрастающие различия в условиях, в которых развиваются системы здравоохранения в Европейском регионе, всем странам необходимо решать проблемы, возникающие в результате фрагментации финансовых механизмов, и они должны стремиться к согласованию стимулов для поставщиков с целями политики финансирования здравоохранения. Эти потребности усиливаются в период экономического спада, когда бюджетные ограничения могут становиться очень жесткими, ограничивая таким образом возможности правительств сохранять наблюдавшуюся на протяжении прошедшего десятилетия тенденцию к увеличению государственных расходов на нужды здравоохранения. Одним из четких выводов, сделанных на основании опыта проведения реформ в странах за последние годы, является то, что уделение внимания целям политики, а не реализации конкретных механизмов, должно определять политику финансирования здравоохранения. Выбор политики на основе различий между широкими моделями финансирования здравоохранения, такими как модели Бисмарка и Бевериджа, нецелесообразен, так как он потерял свою значимость. Важное значение имеют детали: каковы источники финансовых средств, как они собираются, как объединяются, как происходит закупка услуг и как определяются права и обязанности населения. Целью политики финансирования должно являться поддержание хороших показателей деятельности системы здравоохранения, направляя систему к развитию в соответствии с основополагающими ценностями справедливости, солидарности и обеспечения участия при ответственном управлении ресурсами с точки зрения финансов (74).

Осуществление стратегического управления для обеспечения учета интересов здоровья во всех направлениях государственной политики

Как отмечалось в Части 2, общее состояние здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ за последние 15 лет улучшилось. Однако, наряду с этим улучшением ситуации, существует ряд проблем, вызывающих серьезную озабоченность, таких как высокая распространенность неинфекционных заболеваний в большинстве стран, неравенства между странами и внутри стран в отношении доступа к услугам здравоохранения и конечных результатов в отношении здоровья, несоответствие между состоянием здоровья, кадровыми ресурсами и потребностями населения в области здравоохранения, а также рост расходов на оказание медицинской помощи. В ряде стран эти проблемы сохраняются, несмотря на предпринимавшиеся на протяжении десятков лет усилия по реформированию системы здравоохранения. В последнее время глобальный экономический спад – который происходит в то время, когда правительства стран уже пытаются решить серьезные проблемы в области энергетики и охраны окружающей среды – угрожает усугубить существующее неравенство и несправедливость в отношении социальных аспектов и здоровья. Текущая ситуация вызывает значительные изменения в социальных нормах, образе жизни и формах поведения, связанных со здоровьем, и может иметь многочисленные и долгосрочные последствия для систем здравоохранения.

В этой связи на правительства стран оказывается все большее давление с тем, чтобы они предприняли какие-либо реальные действия и, в частности, повысили эффективность, действенность и устойчивость функционирования систем здравоохранения. В условиях,

когда средства массовой информации и общественное мнение выступают за усиление прозрачности и подотчетности, функция стратегического управления, осуществляемая министерствами здравоохранения и государственными ведомствами, привлекает все больше внимания (см. раздел ниже в отношении оценки деятельности систем здравоохранения с точки зрения подотчетности). В частности, министерствам здравоохранения настоятельно предлагается осуществлять свои разнообразные функции стратегического управления в целях реализации правительствами политики укрепления здоровья населения для улучшения показателей здоровья, что, в свою очередь, оказывает положительное влияние на экономику. В целом, определение относительной значимости факторов, влияющих на деятельность системы здравоохранения, а также наилучших возможностей осуществления стратегического управления представляется важной предпосылкой для улучшения конечных результатов в отношении здоровья.

Стратегическое управление и системы здравоохранения

Стратегическое управление системой здравоохранения является одной из четырех функций систем здравоохранения, указанных в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. (75), обеспечивающих концептуальную основу и понимание принципов руководства системой здравоохранения. Государство не осуществляет непосредственного руководства или управления данной системой, а направляет ее деятельность. Государство устанавливает цели и задачи, а также правила, в соответствии с которыми они должны быть достигнуты. Это включает формулирование стратегических направлений политики, обеспечение наличия надлежащих правил и соответствующих инструментов для ее реализации, а также получение необходимых информационно-аналитических данных по функционированию системы здравоохранения для обеспечения ее подотчетности и прозрачности (76). Таким образом, стратегическое управление может также объединять три другие функции в целях достижения желаемой структуры системы здравоохранения и общих показателей ее деятельности.

Стратегическое управление системами здравоохранения может иметь различную конфигурацию, в зависимости от экономических, политических и социальных условий страны и от ключевых ценностей, заложенных в национальные культуры. Так, например, национальный, культурный и исторический контекст могут оказывать влияние на роль частного сектора в предоставлении услуг здравоохранения и на степень децентрализации процессов в принятии решений на субнациональном уровне. Тем не менее, государства – члены Европейского региона определили некоторые конкретные роли для структуры, выполняющей функцию стратегического управления системой здравоохранения (77):

- определение перспективных целей и стратегических путей для их достижения;
- применение аналитической информации для определения таких целей и оценки достигнутых результатов;
- управление системой здравоохранения таким образом, чтобы ее деятельность базировалась на основных ценностях, этических принципах и способствовала достижению целей системы здравоохранения;
- мобилизация предусмотренных законом и нормативами властных полномочий для достижения целей системы здравоохранения;
- построение системы здравоохранения таким образом, чтобы она могла адаптироваться к изменяющимся потребностям; и
- оказание влияния на другие секторы, вне сектора здравоохранения, в целях поддержки мер укрепления здоровья.

Это показывает, что роль структуры, осуществляющей стратегическое управление системой здравоохранения, не ограничивается осуществлением надзора за сектором здравоохранения. Стратегическое управление включает обеспечение руководства и проведение информационно-пропагандистской деятельности для оказания влияния и координации деятельности с другими государственными секторами (финансы, торговля, транспорт, сельское хозяйство) на центральном и региональном уровнях или на местном уровне (в случае децентрализованных систем), а также с частным сектором и другими заинтересованными сторонами. Это необходимо для того, чтобы во всех направлениях политики должным образом принимались во внимание вопросы здоровья и чтобы уделялось внимание его социальным детерминантам (78). Это имеет важнейшее значение, так как даже в странах с высоким уровнем доходов существуют очень большие различия в отношении здоровья, которые тесно связаны со степенью социальной обездоленности отдельных групп населения. Для повышения уровня здоровья населения и улучшения распределения показателей здоровья требуется общая координация деятельности государственных органов на основе соблюдения принципов справедливости, участия и сотрудничества (79). Кроме того, другие секторы правительства и участвующие стороны нередко применяют меры, которые вызывают изменение факторов риска в отношении основных болезней и детерминантов здоровья. Более широкие социальные детерминанты здоровья – в особенности образование, занятость и окружающая среда – влияют на распределение факторов риска среди групп населения, вызывая, таким образом, неравенство в отношении здоровья (рис. 3.7). В целом стратегическое управление системой здравоохранения должно осуществляться с целью усиления политики укрепления здоровья населения, которая “характеризуется выраженной заботой о состоянии здоровья и справедливости во всех направлениях политики, а также подотчетностью по отношению к конечным результатам и мерам здравоохранения”, как указано в Рекомендациях по политике и укреплению здоровья населения, принятых в Аделаиде (81).

Рисунок 3.7. Стратегическое управление в отношении различных факторов, влияющих на здоровье



Структуры стратегического управления системами здравоохранения должны обеспечивать, чтобы другие секторы принимали во внимание вопросы охраны здоровья при формировании собственной политики и оказывать влияние путем координации деятельности с другими партнерами с помощью следующих мер:

- развитие сотрудничества и связей со всеми секторами правительства и с заинтересованными сторонами вне правительства в целях достижения целей системы здравоохранения;
- содействие инициативам, направленным на улучшение здоровья и воздействие на социальные детерминанты здоровья; и
- всемерное содействие учету интересов здоровья в политике всех секторов.

Таким образом, структуры стратегического управления могут выполнять различные функции для развития политики укрепления здоровья населения. Они могут:

- обеспечивать уделение должного внимания вопросам здравоохранения в деятельности всех секторов государственного управления;
- оказывать поддержку другим министерствам, например в развитии их потенциальных возможностей проводить оценку того, как их политика влияет на состояние здоровья;
- действовать в партнерстве с другими министерствами в разработке и осуществлении политики, влияющей на состояние здоровья, например в секторе пищевой промышленности или охраны окружающей среды; или
- указывать на отрицательные последствия тех или иных направлений политики путем оценки их воздействия на здоровья и, таким образом, при необходимости, выполнять функцию защитника интересов здоровья.

Примеры стратегического управления для развития политики укрепления здоровья населения на практике

В Швеции по инициативе сектора здравоохранения проводилось многоотраслевое исследование детерминантов здоровья при активном участии всех политических партий, общественности и других заинтересованных сторон в процессе выработки целей в области общественного здравоохранения. Это привело к принятию в 2003 г. политики в области общественного здравоохранения (82), одной из первых формализованных стратегий стран в области здравоохранения, основанной на детерминантах здоровья. Одиннадцать целей и поставленные на их основе конкретные и поддающиеся измерению задачи контролируются и оцениваются от имени руководящего комитета министров различных отраслей под председательством министра здравоохранения и по делам престарелых.

В Соединенном Королевстве в рамках национальной политики, непосредственно касающейся вопросов справедливости в отношении здоровья, межсекторальные действия являются одной из основных стратегий. Создание “зон действий в интересах здоровья” в 1999 г. было призвано способствовать проведению межсекторальных действий на местах с учетом социальных детерминантов здоровья. Предусмотрен также механизм контроля за обеспечением справедливости в отношении здоровья с тем, чтобы в местных планах в области здравоохранения и развития группам населения, наиболее нуждающимся в этом, уделялось приоритетное внимание.

В Словении Министерство здравоохранения приступило к внедрению оценки воздействия на здоровье на национальном уровне в качестве метода, используемого при разработке политики по пищевым продуктам и сельскому хозяйству в связи со вступлением в Европейский союз. Этот процесс привел к улучшению сотрудничества между секторами сельского хозяйства и здравоохранения, при этом аспекты обеспечения продовольственной безопасности стали важной частью национального плана действий по пищевым продуктам и питанию.

Наконец, в Норвегии принят поэтапный подход к снижению социальных неравенств в отношении здоровья, предусматривающий на первом этапе создание соответствующего подразделения при Директорате здравоохранения в целях расширения знаний и усиления работы по оценке последствий для здоровья. Правительство представило доклад в Стортинг (парламент), в котором была представлена стратегия снижения социальных неравенств в отношении здоровья на период десяти лет, включая рекомендации для правительства и органов государственного управления (83,84).

Многообещающими примерами координации, межсекторальных действий и информационно-разъяснительной деятельности в целях улучшения здоровья в соответствии с Декларацией Европейского союза по учету интересов здоровья в политике всех секторов, принятой в 2007 г. на уровне министров, являются проведенные в Словении и Финляндии оценки воздействия на здоровье стратегии, осуществляемой вне сектора здравоохранения. В этом документе министры 27 стран ЕС провозгласили свою приверженность “укреплению многосекторальных подходов и процессов на европейском, национальном, региональном и местном уровнях, что позволит оптимально учитывать аспекты общественного здравоохранения в политике всех секторов” (85).

Приведенные выше примеры указывают на два основных пути улучшения правительством механизмов стратегического управления данной системой: включение вопросов здравоохранения во все области политики (учет интересов здоровья в политике всех секторов) и мониторинг и оценка эффективности деятельности системы здравоохранения (см. ниже, в разделе, посвященном оценке эффективности деятельности системы здравоохранения с точки зрения подотчетности). Государства – страны Европейского региона ВОЗ в прямой форме одобрили эти оба подхода в Таллиннской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния (12).

Учет интересов здоровья в политике всех секторов: инструменты и актуальные задачи

Учет интересов здоровья в политике всех секторов является стратегией, направленной на усиление взаимодействия между политикой здравоохранения и политикой в других областях. Это является основным подходом к усилению функции стратегического управления в области здравоохранения в целях улучшения деятельности системы здравоохранения, получившим за последние годы широкую поддержку со стороны лиц, формулирующих политику. При этом рассматривается воздействие на здоровье политики всех секторов, как, например, сельского хозяйства, образования, охраны окружающей среды, государственного финансирования, жилищного обеспечения и транспорта (86). Основными элементами данной стратегии являются оценка воздействия на здоровье (см. ниже), межсекторальные механизмы и межсекторальные цели в области здравоохранения. Таким образом, центральной задачей стратегии учета интересов здоровья в политике всех секторов является улучшение состояния здоровья населения путем изучения детерминантов здоровья, на которые можно оказать воздействие в целях улучшения здоровья, но которые,

в основном, находятся вне сферы деятельности министерства здравоохранения (87). Таким образом, основной задачей в области стратегического управления является вступление в диалог и сотрудничество с другими министерствами и секторами.

Европейский регион, особенно страны ЕС, располагают хорошей юридической основой для учета интересов здоровья в политике всех секторов. Данная стратегия была включена в документ “Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ” (76); страны – члены ЕС одобрили заключение Европейского совета в отношении учета интересов здоровья в политике всех секторов в период председательства Финляндии в 2006 г. (88), и учет интересов здоровья в политике всех секторов является одним из принципов стратегии развития здравоохранения, принятой ЕС в 2007 г. (89). Наконец, страны – члены ЕС вместе с ВОЗ и Европейской комиссией приняли Декларацию Европейского союза на уровне министров о принятии во внимание интересов здоровья в политике всех секторов (85). Кроме того, Договор 1992 г. об учреждении Европейского союза, в сущности, наделил учреждения ЕС полномочиями активно поддерживать интересы здоровья в политике всех секторов (90). В Договоре, подписанном в Лиссабоне (91), предусматривается “защита здоровья людей” в качестве одного из элементов формирования и осуществления других направлений политики.

Для осуществления стратегии учета интересов здоровья в политике всех секторов использовалось несколько инструментов (88). Например, юридические полномочия на проведение оценки последствий политики для здоровья и юридическая ответственность за изучение и предоставление информации о тенденциях в отношении здоровья населения и политики, влияющей на него, являются важными инструментами для включения вопросов здравоохранения в другие области политики. Другими примерами являются:

- парламентский отчет о состоянии здоровья населения и политике здравоохранения на национальном и местном уровнях;
- разработка постоянных межсекторальных комитетов для подготовки, осуществления и дальнейшего контроля за выполнением стратегии учета интересов здоровья в политике всех секторов; или
- другие межсекторальные механизмы, которые включают официальные консультации в форме, например, запросов на получение официальных заявлений по предлагаемой политике и более неофициальные механизмы и контакты.

Оценка последствий для здоровья помогает информировать лиц, принимающих решения, о влиянии на здоровье планируемых решений и их альтернативных вариантов (92). Она используется не только для оценки последствий для здоровья, но также способствует тому, чтобы они были наглядно видны и серьезно принимались во внимание в процессах принятия решений. Масштабы оценки последствий для здоровья колеблются от небольших кабинетных исследований для изучения направлений возможных последствий для здоровья вариантов политики до исследований, целью которых является точная оценка масштабов этих последствий. Инвестиции в оценку последствий для здоровья должны быть пропорциональны значимости политических решений. Этот инструмент использовался в разных странах и на разных политических административных уровнях. Он может применяться по отношению к политике, программам и проектам и, помимо приведенных выше примеров, довольно часто использовался в Финляндии, Нидерландах и Соединенном Королевстве (93). Одной из первых стран, в которых были выданы юридические полномочия на проведение оценки последствий для здоровья, является Литва (94).

Влияние оценки воздействия на здоровье на решения может быть различным, но многие данные указывают на то, что оно может носить существенный характер (95). Кроме того, экономическая оценка, проведенная в Англии и Уэльсе, показала, что преимущества от проведения оценки последствий для здоровья превышают затраты (96). Однако остается задача продемонстрировать заинтересованным сторонам в других секторах преимущества проведения систематической оценки последствий для здоровья и найти стратегии реализации, пригодные для конкретных условий.

Существуют другие механизмы, способствующие учету интересов здоровья в политике всех секторов, хотя все они зависят от ситуации и не всегда подвергаются систематическому или сравнительному анализу. К ним относятся межсекторальные комитеты, межведомственные группы, группы экспертов здравоохранения, конференции по выработке консенсуса, официальные консультации по подготовке проекта законодательства и общественные референдумы (97). Министерство социального обеспечения и здравоохранения Финляндии использовало двусторонние диалоги по вопросам политики и отчеты о политике здравоохранения между министерствами для усиления межсекторального сотрудничества в отношении детерминантов здоровья (83).

Кроме того, для усиления стратегического управления могут быть использованы межсекторальные целевые показатели в области здравоохранения. Целевые показатели способны поддерживать диалог, обеспечивать информацию для распределения ресурсов, а также оказывать влияние на ведение руководства и характер действий организаций и отдельных лиц. Они представляют собой важный механизм определения уровней достижения для оценки эффективности деятельности. Задачи в области здравоохранения представляют собой общий механизм для стратегического управления и выработки политики здравоохранения в рамках всего Региона (98–102). Недавно проведенное всестороннее сопоставительное исследование показало, что до сих пор большинство стран используют задачи в области здравоохранения при выработке всесторонней политики здравоохранения (75).

В то же время задачи в области здравоохранения являются инструментом, требующим внимания, так как их определение и контроль за ними требуют высокого технического мастерства, политической воли и адекватной инфраструктуры. Такие задачи используются многими странами, такими как Англия, Германия и Венгрия. В целом опыт показывает, что задачи в области здравоохранения дают небольшой эффект, если они не являются частью адекватных механизмов подотчетности и не поддерживаются соответствующими информационно-аналитическими данными (103,104).

Заключение

Таким образом, за последние годы правительства стран заменили используемые ими инструменты для регулирования предоставления услуг и степень децентрализации или рецентрализации политических, управленческих и финансовых функций от центрального до регионального уровней (105) для достижения общих целей системы здравоохранения. Однако при осуществлении стратегии учета интересов здоровья в политике всех секторов имеется ряд сложных задач (87):

1. успех реализации ограничивается степенью, в которой политика здравоохранения или межсекторальные действия некоторых секторов сами по себе способны улучшить детерминанты здоровья;

2. важное значение для принятия решений имеет стоимость стратегии, и любые меры политики в области здравоохранения, которые отрицательно влияют на структуру затрат другой области государственной политики, будут сталкиваться с трудностями;
3. развитие программ здравоохранения и мер охраны здоровья на местном уровне будет иметь ограниченный эффект, если детерминанты других направлений политики устанавливаются на национальном, региональном и глобальном уровнях; и
4. последствия для здоровья конкретных изменений политики не всегда носят прямой и немедленный характер, и могут проявиться намного позднее.

Решение этих задач требует создания потенциала для межсекторальных действий и принятия решений на основе постоянно возрастающей базы фактических данных, а также надежной информации и сведений.

Одной из шести глобальных приоритетов ВОЗ в области стратегического управления (106) является оказание поддержки государствам-членам в создании объединений в рамках государственных министерств с участием частного сектора и населения для оказания воздействия на основные детерминанты здоровья и обеспечение того, чтобы потребностям наиболее уязвимых групп населения в здравоохранении уделялось должное внимание. Достижение этой цели требует не только эпизодических действий, но также создания надежных социальных учреждений, способных оказывать постоянное влияние на общество. Структуры, осуществляющие стратегическое управление системами здравоохранения, таким образом, должны соблюдать баланс между среднесрочными результатами, необходимыми для соблюдения темпов политической жизни, и долгосрочными действиями, необходимыми для укрепления здоровья с помощью политики общественного здравоохранения.

Оценка показателей деятельности системы здравоохранения как инструмент подотчетности

Улучшение функционирования систем здравоохранения в странах является одной из приоритетных задач во всем Европейском регионе, в особенности в условиях текущей экономической ситуации, когда получение максимальной отдачи от существующих ресурсов имеет важнейшее значение. В этой связи оценка деятельности системы здравоохранения является одним из подходов, значимость которого признана странами Европейского региона ВОЗ (107). Это было вновь подтверждено и поддержано Таллиннской хартией (12), в которой государства-члены приняли на себя обязательство обеспечивать прозрачность деятельности и нести ответственность за функционирование системы здравоохранения в целях получения результатов, поддающихся измерению.

Подотчетность для улучшения показателей здоровья населения и стратегического управления системой здравоохранения

Оценка деятельности системы здравоохранения включает количественную оценку и анализ того, насколько хорошо она соответствует достижению конечных целей, таких как улучшение состояния здоровья и финансовой защиты населения, а также оперативность реагирования и эффективность деятельности системы здравоохранения (76,107) и как показатели ее деятельности, касающиеся промежуточных задач, – таких

как доступ, охват, качество и безопасность услуг здравоохранения (106) – способствуют достижению этих целей.

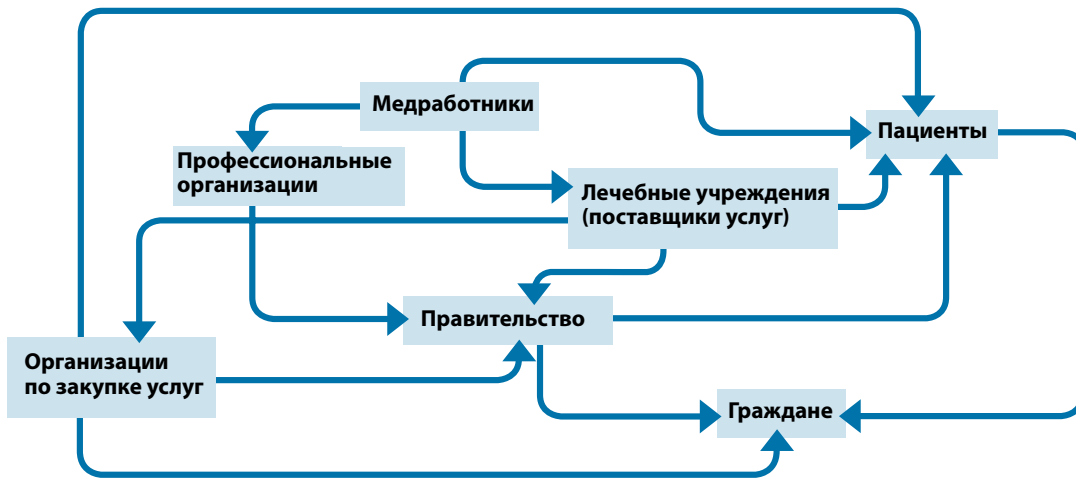
Полноценная методика оценки деятельности системы здравоохранения имеет следующие характеристики.

- Она носит регулярный, систематический и прозрачный характер. Механизмы отчетности определены заранее и охватывают весь процесс оценки. Она не ограничена во времени программой реформы или конечными сроками выполнения национального плана в области здравоохранения, хотя эта методика может пересматриваться через определенные промежутки времени, с тем чтобы лучше отражать новые приоритеты и пересматривать задачи с целью достижения их.
- Она должна быть всесторонней и сбалансированной по своему объему, охватывать всю систему здравоохранения и не ограничиваться отдельными программами, целями и уровнями оказания помощи. Деятельность системы в целом является чем-то большим, чем сумма показателей деятельности каждой из ее составляющих.
- Она носит аналитический характер и использует дополнительные источники информации для оценки показателей деятельности. Интерпретация показателей деятельности осуществляется на основе анализа политики, дополнительной информации (количественной оценки) и контрольных ориентиров: тенденции с течением времени, местные, региональные или международные сопоставления или сравнения со стандартами, целевыми показателями или контрольными точками.
- Для того чтобы соответствовать этим критериям, оценка деятельности системы здравоохранения должна носить прозрачный характер и обеспечивать подотчетность структуры, осуществляющей стратегическое управление системой здравоохранения. Эти два элемента взаимно усиливают друг друга, и в данном разделе основное внимание уделяется рассмотрению того, как страны могут использовать оценку деятельности системы здравоохранения для улучшения показателей деятельности и обеспечения подотчетности.

Подотчетность имеет два основных аспекта: представление отчета (подача информации) и последующая реакция в отношении подотчетной стороны – наложение санкций или вознаграждение (108). Оценка деятельности системы здравоохранения соответствует принципу подотчетности за показатели деятельности, лежащему в основе наук об управлении, целью которого является продемонстрировать и нести ответственность за результаты деятельности в соответствии с согласованными задачами (109) и, таким образом, отличается от подотчетности за соблюдение процедур и правил (также известно как иерархический контроль). Это обеспечивает подотчетность участвующих сторон как за показатели деятельности своих национальных, региональных и местных систем здравоохранения, так и за их действия, направленные на улучшение показателей деятельности. На рис. 3.8 приводится графическое изображение некоторых отношений подотчетности в системах здравоохранения.

Обеспечение подотчетности является не только ответом перед внешней аудиторией, но также конструктивным средством организационного развития, усиления практического руководства, самооценки и стратегического планирования (110). Говоря более конкретно, обеспечение согласованности между стратегией, руководством деятельностью и подотчетностью путем количественной оценки показателей деятельности, может приводить к улучшению деятельности и служить дополнительным преимуществом для систем здравоохранения (111–114).

Рисунок 3.8. Схема, иллюстрирующая основные взаимоотношения подотчетности в системе здравоохранения



Источник: Smith, Mossialos, Papanicolas (108).

Кроме того, открытая публикация отчетов повысила уровень подотчетности за деятельность системы здравоохранения перед населением путем документирования данных по деятельности национальных систем здравоохранения в сравнении с другими системами, нередко с оказанием соответствующего международного рейтинга (5). Такие оценки повысили уровень информированности и интересов деятельности систем здравоохранения на всех уровнях. Кроме того, обеспечивая единую платформу для того, чтобы привлечь внимание общественности и средств массовой информации к различиям между системами здравоохранения, международные сравнения стали важным средством информирования лиц, осуществляющих политику на национальном уровне, о недостатках и действиях, необходимых для их устранения. Такие сопоставления могут также побудить структуры, осуществляющие стратегическое управление системами здравоохранения, публично разъяснить причины имеющихся расхождений и возможно более низкую оценку их собственных систем в данной области. Хотя многие методологические проблемы, связанные с сопоставимыми данными и агрегированием показателей в сравнительных таблицах, сохраняются (108,115), реакция на публикацию таких докладов, как Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. (75) или Доклад ОЭСР Health at a glance 2007 (116), указывает на эффективность таких сравнений. Хотя сообщения средств массовой информации и потребителей до настоящего времени касаются преимущественно качества услуг здравоохранения, предоставляемых поставщиками, путем отсчета баллов, в настоящее время они вступают в более широкую сферу международных сравнений систем здравоохранения, например, с разработкой европейского индекса потребления в области здравоохранения (117).

Оценка деятельности системы здравоохранения может также способствовать улучшению деятельности более непосредственным образом. Стечение стратегической информации о показателях деятельности в процесс принятия решений помогает лицам, формирующим политику, в проведении оценки и корректировки стратегий, планов, политики и соответствующих задач на пути к достижению целей системы здравоохранения. Оценка деятельности системы здравоохранения, в сочетании с подотчетностью и стратегией, таким образом сопутствует стратегическому управлению,

обеспечивая: стратегическую ориентацию систем здравоохранения на улучшение показателей здоровья населения, информационную основу для принятия решений по вопросам политики путем составления соответствующих аналитических данных, связанных с проблемами здравоохранения и детерминантами здоровья, ориентации всех направлений государственной политики на улучшение здоровья и развитие политики укрепления здоровья населения во всех сферах деятельности правительства. Это соответствует основным обязанностям структур, осуществляющих стратегическое управление системами здравоохранения: обеспечение формирования стратегического направления политики, обеспечение надлежащего регулирования и соответствующих средств для его реализации и получение аналитической информации о деятельности системы здравоохранения, необходимой для обеспечения подотчетности и прозрачности (107).

Оценка деятельности систем здравоохранения в европейских странах

В большинстве стран Европейского региона ВОЗ элементы оценки деятельности системы здравоохранения включены в механизмы исчисления контроля. В то же время в очень немногих странах были разработаны системы, в рамках которых были формализованы и интегрированы все характеристики, способные существенно повысить эффективность деятельности.

В табл. 3.4 представлен обзор внедрения системы оценки деятельности системы здравоохранения в некоторых европейских странах. В соответствии с представленным выше подходом, в ней рассматриваются характеристики оценки деятельности систем здравоохранения и определяются сильные и слабые стороны ее реализации. Например, оценка “–” в колонке “Регулярная, систематическая и прозрачная” означает, что оценка не проводится на регулярной основе или что результаты не доводятся до сведения

Таблица 3.4. Обзор показателей деятельности системы здравоохранения в отдельных странах Европейского региона ВОЗ

| Страны | Оценка деятельности | | | Подотчетность и управление эффективностью деятельности | |
|----------------------------------|--|---|-----------------|--|---|
| | Регулярная, систематическая и прозрачная | Всесторонняя и сбалансированная по объему | Глубина анализа | Связь с подотчетностью | Связь с управлением деятельностью системы здравоохранения |
| Англия (Соединенное Королевство) | + | + | + | + | + |
| Армения | -/+ | - | + | - | - |
| Грузия | - | + | + | - | - |
| Кыргызстан | + | + | + | + | + |
| Нидерланды | + | + | + | + | + |
| Португалия | + | + | -/+ | + | - |
| Швеция | + | - | + | + | + |
| Эстония | + | + | + | + | - |

широкого круга участников системы здравоохранения и населения в целом в целях обеспечения их прозрачности. Напротив, оценка “+” в колонке “Связь с управлением деятельностью системы здравоохранения” означает, что информация о показателях деятельности четко связана со стратегией и что имеются процессы, обеспечивающие ее

систематическое использование на различных этапах процесса принятия решений для разработки политики, распределения ресурсов или принятия решений в отношении подотчетности. Оценка “-/+” означает, что ситуация остается неясной.

На основании этой таблицы ниже рассматриваются пять стран, в которых были реализованы конкретные атрибуты механизма оценки деятельности системы здравоохранения и их практическая реализация.

Нидерланды: регулярная, систематическая и прозрачная оценка деятельности системы здравоохранения

В Нидерландах министр здравоохранения, социального обеспечения и по делам спорта поручил Национальному институту общественного здравоохранения и охраны окружающей среды (RIVM) разработать и опубликовать отчеты об оценке деятельности системы медицинской помощи в Нидерландах в 2007 г. и в 2008 г. Данные отчеты публикуются ежегодно на веб-сайте RIVM (118).

Механизм оценки деятельности системы здравоохранения основывается на техническом качестве медицинской помощи с учетом широких аспектов здоровья и других детерминантов. Эффективность деятельности оценивается с помощью 110 показателей. Отдельные цели и показатели системы находятся в соответствии с политикой Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта.

Англия: всесторонняя оценка деятельности системы здравоохранения

С 1999 г. Англия разработала для национальной службы здравоохранения (НСЗ) три различных системы оценки деятельности. Система оценки деятельности НСЗ (119) основана на анализе следующих шести аспектов деятельности: улучшение здоровья, справедливый доступ, эффективное оказание соответствующей медицинской помощи, экономическая эффективность, удовлетворенность пациентов, конечные результаты для здоровья от деятельности НСЗ. В 2001–2005 гг. действовала рейтинговая система оценки деятельности, в рамках которой различные типы организаций оценивались по шкале от нуля (неудовлетворительно) до трех звезд (отлично) на основе результатов оценки с использованием системы сбалансированных целевых показателей по трем областям деятельности (которые различались в зависимости от типа организации). В случае недостижения целевых показателей организация могла получить нулевой балл, а в случае выполнения целевых показателей она могла получить высший балл. Начиная с 2006 г. оценка медицинских учреждений проводится ежегодно с использованием показателей по таким двум областям деятельности, как финансовое управление и качество оказываемой медицинской помощи.

Используется следующий механизм: оценка деятельности национальной системы здравоохранения, охватывающая качество и эффективность, поощрение проведения сопоставлений с аналогичными организациями национальной системы здравоохранения и поддержка национальной и местных механизмов обеспечения эффективности деятельности и подотчетности.

Кыргызстан: оценка деятельности системы здравоохранения на основе углубленного анализа факторов, влияющих на эффективность

В Кыргызстане Управление стратегического планирования и внедрение реформ Министерства здравоохранения проводит регулярную оценку основных показателей

деятельности системы здравоохранения. Помощь оказывает Республиканский центр развития систем здравоохранения и информационных технологий. Данный центр является самостоятельной государственной организацией, отвечающей за вопросы поддержки разработке и реализации политики с помощью сбора информации, проведения глубокого анализа деятельности и обучения.

Результаты мониторинга деятельности системы здравоохранения и влияние реформ публикуются регулярно начиная с 2004 г. (120). В отчете за 2008 г., где оценивалось влияние реализации программы реформирования системы здравоохранения, показано, что на срединном этапе выполнения программы основные показатели деятельности указывают на наличие значительного и устойчивого прогресса на пути к достижению целей обеспечения финансовой защиты, доступа, эффективности и прозрачности, а также смешанные результаты в отношении показателей здоровья и качества медицинской помощи (121).

Португалия: взаимосвязь между оценкой деятельности системы здравоохранения и структурами и процессами подотчетности

В Португалии национальный план развития здравоохранения на 2004–2010 гг. (122) предусматривает задачи улучшения деятельности системы здравоохранения и мониторинга хода работ по достижению задач, связанных с этим планом. Набор показателей деятельности имеется в сети интернет, регулярно проводится мониторинг и публикация данных (123).

Национальный план развития здравоохранения обладает многими характеристиками механизма оценки деятельности системы здравоохранения с точки зрения объема и механизмов регулярной отчетности. Для обеспечения реализации данного плана были созданы структуры (такие, как Управление Верховного Комиссара по вопросам здравоохранения) и процессы (координационные механизмы с участием межминистерского комитета) для прояснения ролей и обязанностей, координации реализации и обеспечения подотчетности во всех структурах правительства и системы здравоохранения для достижения целей системы здравоохранения.

Швеция: взаимосвязь оценки деятельности и руководство деятельностью системы здравоохранения

В Швеции Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению (124) осуществляет мониторинг и оценку деятельности служб здравоохранения, для того чтобы определить, соответствуют ли предоставляемые услуги целям, установленным национальным правительством. Если объем оценки связан со службами здравоохранения, взаимосвязь с национальными целями имеет важное значение с точки зрения систем здравоохранения.

Совместно с Шведской ассоциацией местных органов власти и Региона Совет опубликовал отчет по вопросам качества и эффективности медицинской помощи в 21 окружном совете и районе оказания медицинской помощи в Швеции (125), который служит двум целям. Первая заключается в информировании общественности и стимулировании обсуждения вопросов качества и эффективности медицинской помощи. Вторая цель заключается в использовании результатов в помощь местным и региональным усилиям по улучшению работы служб медицинской помощи с точки зрения качества клинической помощи, конечных результатов для здоровья, восприятия больных и эффективного использования ресурсов.

Международные тенденции, основные задачи и направления дальнейших действий

Как описано выше и показано в табл. 3.4, различные страны Европейского региона ВОЗ по-разному осуществляют оценку деятельности своих систем здравоохранения. Сбор данных и количественных показателей осуществляется и в той или иной степени становится достоянием общественности во всех странах, однако анализ очень часто носит фрагментарный характер и не связан с регулярными и систематическими процессами обеспечения подотчетности и управления деятельностью. Вместо создания дополнительных параллельных систем разработка полноценных механизмов оценки деятельности системы здравоохранения во многих странах будет означать объединение отдельных инициатив, дополнение их и осмысление уже имеющихся данных для оценки деятельности с точки зрения системы здравоохранения и получение информации в отношении стратегических приоритетов.

Таллиннская хартия (12) послужила импульсом к более полному осознанию важной роли оценки деятельности системы здравоохранения для успешного стратегического управления системой здравоохранения. Эта позиция получила дальнейшую поддержку в условиях экономического спада на первом совещании после принятия Таллиннской хартии в феврале 2009 г., когда государства – члены Европейского региона согласовали планы по дальнейшему развитию Таллиннской хартии (126). Более того, они продолжали оказывать поддержку и содействие на международном уровне для разработки единого механизма оценки деятельности систем здравоохранения, отбора минимального и целенаправленного набора показателей деятельности и разработки процессов обмена опытом между странами и проведения сопоставительного анализа (126). Ниже приводятся некоторые задачи и направления дальнейших действий в целях внедрения механизмов всесторонней оценки деятельности в Регионе.

Многие вопросы, касающиеся информационных систем и качества данных либо отбора показателей, используются для объяснения того, почему оценка деятельности систем здравоохранения все еще не получила достаточного развития. Отсутствие стандартизации в отношении методик и данных часто приводит к непоследовательности, что может помешать использованию информации о показателях деятельности для целей сравнения во времени, между различными организациями, различными учреждениями здравоохранения или регионами. Тем не менее, несмотря на наличие недостатков, за последние годы были достигнуты значительные успехи при содействии таких международных организаций, как ВОЗ, ОЭСР и Европейская комиссия. Все чаще достигается общее согласие в отношении стандартизации данных и уделения особого внимания ограниченному числу показателей деятельности системы здравоохранения (108,127). Успехи, достигнутые на международном уровне, могут способствовать достижению положительных результатов на национальном уровне, обеспечивая большее соответствие информационных систем международным требованиям, предъявляемым к отчетности, на основе международного передового опыта.

Фрагментация систем оценки и мониторинга деятельности часто создает серьезные трудности, отражающие отсутствие координации и взаимосвязи между различными уровнями правительства и системы здравоохранения, в особенности когда каждая из участвующих сторон осуществляет мониторинг процессов и конечных результатов в рамках конкретных программ. Задача состоит в согласовании оценки деятельности и подотчетности на основе стратегии, располагая показатели деятельности на макро-, мега-

и микроуровнях, призывая при этом различные уровни ответственности и адаптируя их к ним. Это делается в целях обеспечения большей ясности в отношении функций и зон ответственности участников системы здравоохранения для достижения показателей здоровья, что должно найти свое выражение в более ясных ожиданиях в отношении деятельности и лучших методов руководства деятельностью, способствующих ее улучшению. Обеспечение большей согласованности информационных систем, отбора показателей и структур и процессов подотчетности (как на национальном, так и на международном уровнях), по-видимому, принесло бы пользу большому числу стран Европейского региона.

Для создания платформ в целях проведения серьезных изменений в системах здравоохранения требуется эффективная коммуникация и широкое распространение информации. С этой точки зрения информация о показателях деятельности должна интерпретироваться так, чтобы она была ясной для понимания лицами, определяющими политику (128), и могла бы эффективно доводиться до сведения общественности. Кроме того, оценка деятельности системы здравоохранения должна быть составным элементом комплексных систем управления деятельностью, с помощью которых важные показатели могли быть систематически использованы в процессах принятия решений в разных государственных структурах. Эти процессы связаны с разработкой стратегии и политики, постановкой задач, оценкой деятельности, распределением ресурсов, а также повышением уровня подотчетности и показателей деятельности.

Между государствами - членами Региона существуют большие различия в отношении наличия и качества данных, структур и процессов подотчетности, участия граждан, прозрачности и уровнем развития методов оценки деятельности и постоянного улучшения качества. Чтобы отношения подотчетности функционировали должным образом, ни одна из систем информации о показателях деятельности не должна рассматриваться изолированно от более широкого контекста, в рамках которых осуществляется оценка (108). Создание атмосферы, способствующей проведению оценки, обеспечению прозрачности и постоянному улучшению деятельности на национальном уровне, имеют важнейшее значение для улучшения функционирования системы здравоохранения на основе данных научных исследований и информации о показателях деятельности. Возможности создания такой атмосферы расширяются по мере того, как используются данные, улучшаются системы информации, а лица, определяющие политику, располагают средствами для принятия решений на основе фактических данных, обеспечиваемых информацией о показателях деятельности.

Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает министерства здравоохранения и правительства в использовании более качественной информации о деятельности для проведения сложных реформ в условиях возрастающих финансовых трудностей и роста ожиданий. Приоритетными направлениями действий в будущем, как указывают государства-члены, будут являться:

- разработка единого механизма оценки деятельности систем здравоохранения;
- отбор основных и целенаправленных показателей деятельности на основе опыта других международных организаций для проведения как международных сравнений, так и глубокой оценки деятельности системы здравоохранения на национальном уровне; и
- разработка механизмов для обмена опытом между странами и проведение сопоставительного анализа (126).

Библиография

1. Saltman RB, Figueras J. Analysing the evidence on European health reforms. *Health Affairs*, 1998, 17:85–108.
2. *Люблянская хартия по реформированию здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5?language=Russian, по состоянию на 09 июля 2009 г.).
3. Dowling B, Glendinning C, eds. *The new primary care: modern, dependable, successful?* Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2003.
4. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
5. Saltman RB et al., eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060117_1, accessed 27 May 2009).
6. *Putting commissioning into practice*. London, Audit Commission, 2007.
7. McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002.
8. Castoro C et al. *Day surgery: making it happen*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (Policy Brief No. 12; http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 27 May 2009).
9. Европейская база данных “Здоровье для всех” [в режиме он-лайн]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
10. Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
11. Singh D. *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_ePB_9.pdf, accessed 27 May 2009).
12. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438r.pdf>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
13. Figueras J et al. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008, сс. 38–41.
14. World Health Survey [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>, accessed 27 May 2009).
15. Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003 (OECD Health Working Papers, No. 6).
16. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_rpb_6.pdf, по состоянию на 23 февраля 2009 г.).
17. Legido-Quigley H et al. *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080606_1, accessed 27 May 2009).

18. Merkur S et al. *Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/9_hsc08_rPB_12.pdf, по состоянию на 23 февраля 2010 г.).
19. McDauid D et al. *Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_rPB_2.pdf, по состоянию на 23 февраля 2010 г.).
20. Pelletier-Fleury N et al. Preventive service delivery: a new insight into French general practice. *Health Policy*, 2007, 83:268–276.
21. MacArthur I, Shevkun E. Restructuring public health services. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002.
22. Bobak M et al. Modernizing public health. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20040720_2, accessed 27 May 2009).
23. Kulzhanov M, Rechel B. *Казахстан: обзор систем здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90977r.pdf>, по состоянию на 25 февраля 2010 г.).
24. Ahmedov M et al. *Узбекистан: обзор систем здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90673r.pdf>, по состоянию на 25 февраля 2010 г.).
25. Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060112_1, accessed 27 May 2009).
26. Buchan J. *Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_rPB_10.pdf, по состоянию на 25 февраля 2010 г.).
27. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
28. Polluste K et al. Public health reforms in Estonia: impact on the health of the population. *British Medical Journal*, 2005, 331:210–213.
29. Sogoric S et al. Countries selecting public health priorities – A “bottom-up” approach (Croatian experience). *Collegium Antropologicum*, 2005, 29:111–119.
30. Gulis G et al. Transition and public health in the Slovak Republic. *British Medical Journal*, 2005, 331: 213–215.
31. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2, accessed 27 May 2009).
32. Mrazek M, Mossialos E. Регулирование цен на лекарственные средства в ЕС. В: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, eds. *Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83015r.pdf>, по состоянию на 23 февраля 2010 г.).

33. Velasco-Garrido M, Busse R. *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005 (Policy Brief No. 8; http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 27 May 2009).
34. Sorenson C et al. *Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rPB_5.pdf, по состоянию на 25 февраля 2010 г.).
35. Zentner A et al. Methods for the comparative evaluation of pharmaceuticals. *GMS Health Technology Assessment*, 2005, 1:Doc09.
36. Sorenson C et al. *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2, accessed 27 May 2009).
37. *Первичная медико-санитарная помощь: отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября, 1978 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978.
38. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/ru/index.html>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
39. Kelley E, Hurst J. *Health care quality indicators project. Conceptual framework paper*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working Papers, No. 23; <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, accessed 27 May 2009).
40. Starfield B et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 1976, 14:625–636.
41. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:134–143 (<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>, accessed 27 May 2009).
42. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary care in the drivers seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf, accessed 27 May 2009).
43. Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht, NIVEL, 2003 (<http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>, accessed 27 May 2009).
44. Boecken J. *Gesundheitsmonitor Deutschland 2006*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2006.
45. Atun R. *Evaluating reforms undertaken in PHC services in the framework of the Manas Program (1996–2005)*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2006.
46. Lee TH et al. The future of primary care. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:2085–2086.
47. Ibraimova C, Isaeva T, Smith B. *Report of a time utilization study of family group practice physicians in Kyrgyzstan*. Bishkek, USAID ZdravPlus Project, 2009.
48. Leppo K. The rise, stagnation and revitalization of PHC in Finland, 1970–2010. *International Conference Dedicated to the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan, 15–16 October 2008*.
49. Fujisawa R, Lafortune G. *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (OECD Health Working Papers, no. 41).

50. Boerma WGW et al. *Primary care quality management in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Slovenia/Publications/20080307_1, accessed 27 May 2009).
51. Kringos DS et al. *Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92219.pdf>, accessed 27 May 2009).
52. Busse R, Schlette S. *Focus on prevention, health and aging, new health profession*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments, 7/8).
53. Dubois CA, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
54. Casado D. *Integrating health and social care*. Gütersloh, Health Policy Monitor, 2003 (<http://www.hpm.org/survey/es/b2/4>, accessed 3 July 2009).
55. Van Lente EJ et al. Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf die Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland – eine Zwischenbilanz. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008, 62(3):10–18.
56. Zwisler A-DO, Schou L, Sørensen LV, eds. *Cardiac rehabilitation: rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital*. Copenhagen, Cardiac Rehabilitation Unit, Department of Cardiology, Bispebjerg Hospital, 2004 (http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk, accessed 27 May 2009).
57. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
58. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD003318.
59. Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21, accessed 27 May 2009).
60. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin, J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons for and from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Policies and Systems (in press).
61. Sauerland D. Financing health care in Germany. *6th European Conference on Health Economics, Budapest, Hungary, 6–9 July 2006*.
62. Cheng T-M, Reinhardt UE. Shepherding major health system reforms: a conversation with German Health Minister Ulla Schmidt. *Health Affairs*, 2008, 27:w204–w213.
63. Hroboň P. The Czech health system: its presence and future. *Hungarian Parliament Conference on Health Insurance Reform 2007–2009, Budapest, Hungary, 25–26 January 2007*.
64. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/financing/policy/20061103_1, accessed 27 May 2009).
65. Magnussen J. The recentralization of health care in Norway – Expectations and effects. *WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth, Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008*.
66. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics* (in press).

67. *Financial management reports on execution of the state guaranteed benefit package and 2007 Ministry of Health performance indicator report*. Bishkek, Ministry of Health, Kyrgyzstan, 2007.
68. Busse R. Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:174–177.
69. Figueras J et al. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008, сс. 44–59.
70. Busse R et al. Hospital case payment systems in Europe. Editorial. *Health Care Management Science*, 2006, 9:211–213.
71. Chaix-Couturier C et al. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:133–142.
72. Gosden T et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed system of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD002215.
73. White C. GP contract settlement under threat. *British Medical Journal*, 2006, 332:10.
74. Kutzin J. *Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91422r.pdf>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
75. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире (2000 г.) Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf, по состоянию на 25 февраля 2010 г.).
76. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, No. 7; <http://www.euro.who.int/Document/E87861R.pdf>, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
77. *Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (EUR/RC58/9 + EUR/RC58/Conf.Doc./4; http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_rdoc11.pdf, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
78. Figueras J et al. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008, сс. 1–2.
79. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
80. Davies P. Stewardship: what is it and how can we measure it? *Meeting on Health Economics in Developing and Transitional Countries: the Changing Role of the State, York, United Kingdom, 26 July 2001*.
81. *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1998*. Geneva, World Health Organization, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf, accessed 27 May 2009).
82. Public health objectives [web site]. Stockholm, Government of Sweden, 2009 (<http://www.regeringen.se/sb/d/2942>, accessed 27 May 2009).
83. Stahl R et al., eds. *Health in all policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

84. *National strategy to reduce social inequalities in health*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf, accessed 27 May 2009).
85. *European Union Ministerial Declaration on Health in All Policies*. Rome, Ministry of Health, 2007.
86. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 27 May 2009).
87. Wismar M et al. Introduction. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
88. Council of the European Union. *Council conclusions on health in all policies (HiAP) (EPSCO)*. Brussels, European Commission, 2006.
89. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (white paper COM(2007) 630 final; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf, accessed 27 May 2009).
90. *Treaty on European Union*. Brussels, European Commission, 1992 (http://europa.eu/abc/treaties/index_en.htm, accessed 27 May 2009).
91. *Treaty of Lisbon*. Brussels, European Commission, 2007 (http://europa.eu/abc/treaties/index_en.htm, accessed 27 May 2009).
92. Kemm J. What is HIA and why might it be useful? In: Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1, accessed 27 May 2009).
93. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
94. Strižka M et al. A local-level HIA in the transport sector: following legal requirements in Lithuania. In: Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1, accessed 27 May 2009).
95. Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1, accessed 27 May 2009).
96. O'Reilly J et al. *Cost benefit analysis of health impact assessment*. London, Department of Health, 2006.
97. Ritsatakis A, Järvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
98. van de Water HPA, van Herten LM. *Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European countries*. Leiden, TNO, 1998.
99. Welteke R et al. Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich. In: Geene R, Lubert E, eds. *Gesundheitsziele: Planung in der Gesundheitspolitik*. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2000.
100. Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services – any link? A conceptual and comparative study. Part 1. *Health Policy*, 2002, 59:209–221.
101. Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes – a conceptual and comparative study. Part 2. *Health Policy*, 2002, 59:223–241.

102. Claveranne J-P, Teil A. *Les modalités de definition des objectifs et stratégies de santé. Description et analyse de dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord. Tome I, analyses transversales.* Lyon, GRAPHOS-CNRS, 2003.
103. Wismar M et al. Health targets and (good) governance. *Euro Observer*, 2006, Volume 8, No. 1:1–8.
104. Wismar M et al. *Health targets in Europe: learning from experience.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20081105_1, accessed 27 May 2009).
105. Saltman RB et al., eds. *Decentralization in health care: strategies and outcomes.* Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2007.
106. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/index.html>, accessed 27 May 2009).
107. *Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни: основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (http://www.euro.who.int/document/hsm/healthsys_savelives_rus.pdf, по состоянию на 9 июля 2009 г.).
108. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. *Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы.* Копенгаген, Европейское региональное бюро от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rbd2.pdf, по состоянию на 25 февраля 2010 г.).
109. Brinkerhoff D. *Accountability and health systems: overview, framework, and strategies.* Bethesda, MD, Partners for Health Reform Plus Project, Abt Associates Inc., 2003 (Technical Report No. 018).
110. Panel on Accountability and Governance in the Voluntary Sector. *Building on strength: improving governance and accountability in Canada's voluntary sector: final report.* Ottawa, Voluntary Sector Roundtable, 1999.
111. Berwick DM, James B, Coyle MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 2003, 41(Suppl. 1):I30–I38.
112. Bevan G, Hood C. What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 2006, 84:517–538.
113. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 2006, 332:419–422.
114. Porter M, Teisberg E. *Redefining health care: creating value-based competition on results.* Cambridge, MA, Harvard Business School Press, 2006.
115. McKee M. *The world health report 2000. Advancing the debate.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/euro_mckee_background.pdf, accessed 27 May 2009).
116. *Health at a glance 2007.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (<http://www.oecd.org/health/healthataglance>, accessed 27 May 2009).
117. *The Euro health consumer index 2008.* Brussels, Health Consumer Powerhouse, 2008 (http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=54, accessed 27 May 2009).
118. *Dutch health care performance report 2008.* Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2007 (<http://www.rivm.nl/vtv/root/033.html>, accessed 27 May 2009).
119. *The NHS performance assessment framework.* London, Department of Health, 1999 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009190, accessed 27 May 2009).

120. Republic Center for Health System Development and Information Technologies [web site]. Bishkek, Kyrgyz Republic Center for Health System Development and Information Technologies, 2009 (<http://eng.chsd.med.kg/News/ViewNews.aspx?SectionID=28>, accessed 27 May 2009).
121. *Среднесрочный обзор Манас Таалими выявляет эффективное донорское сотрудничество, интеграцию программ и существенные достижения в секторе здравоохранения*. Бишкек, donors.kg, Выпуск новостей от 4 июля 2008 г. (<http://www.donors.kg/ru/news//322/>, по состоянию на 23 февраля 2010 г.).
122. *Portuguese National Health Plan 2004–2010*. Lisbon, Ministry of Health of Portugal, 2004 (<http://www.acs.min-saude.pt/en/national-health-plan>, accessed 27 May 2009).
123. *Portuguese National Health Plan: indicators and targets*. Lisbon, Ministry of Health of Portugal, 2004 (<http://www.acs.min-saude.pt/pns/en>, accessed 27 May 2009).
124. National Board of Health and Welfare [web site]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2009 (<http://www.socialstyrelsen.se/en>, accessed 27 May 2009).
125. *Quality and efficiency in Swedish health care: regional comparisons 2007*. Stockholm, Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2009 (<http://www.socialstyrelsen.se/en/showpub.htm?GUID={1482B3AF-ED64-4B31-983F-7788AC43D020}>, accessed 27 May 2009).
126. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1, accessed 27 May 2009).
127. *Strategy on European Community health indicators (ECHI)*. Brussels, European Commission, 2004 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm, accessed 27 May 2009).
128. Lavis J. Research, public policy-making, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26:37–45.

Часть 4. Приложение



Таблица 1. Население Европейского региона ВОЗ, 2007 г. (или последний год с наличием данных) и 2020 г. (прогноз)

| Государства-члены | Общая численность населения (млн. чел.) | | Средняя плотность населения на 1 кв. км (2007 г.) | Общий коэффициент фертильности | | Население в возрасте < 15 лет (% от общего) | | Население в возрасте ≥ 65 лет (% от общего) | |
|---|---|---------|---|--------------------------------|---------------|---|---------|---|---------|
| | 2007 г. | 2020 г. | | 2007 г. | 2020–2025 гг. | 2007 г. | 2020 г. | 2007 г. | 2020 г. |
| Австрия | 8,3 | 8,5 | 98,8 | 1,4 | 1,5 | 15,5 | 13,9 | 17,0 | 19,9 |
| Азербайджан | 8,6 | 9,8 | 98,0 | 2,3 | 2,0 | 23,5 | 24,1 | 7,0 | 7,5 |
| Албания | 3,2 | 3,3 | 109,5 | 1,3 | 1,8 | 26,9 | 20,9 | 8,2 | 12,0 |
| Андорра | 0,1 | – | 177,5 | 1,2 | – | – | – | – | – |
| Армения | 3,2 | 3,2 | 108,4 | 1,4 | 1,8 | 19,0 | 21,1 | 10,8 | 12,5 |
| Беларусь | 9,7 | 9,1 | 46,9 | 1,4 | 1,4 | 14,8 | 15,0 | 14,6 | 14,9 |
| Бельгия | 10,5 | 11,0 | 341,9 | 1,7 | 1,8 | 17,6 | 16,7 | 16,7 | 20,3 |
| Болгария | 7,7 | 7,0 | 69,1 | 1,4 | 1,6 | 14,0 | 14,6 | 17,1 | 20,5 |
| Босния и Герцеговина | 3,9 | 3,7 | 76,5 | 1,2 | 1,3 | 24,3 | 13,4 | 6,3 | 17,3 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 2,0 | 2,0 | 79,4 | 1,5 | 1,6 | 20,7 | 16,0 | 10,7 | 14,8 |
| Венгрия | 10,1 | 9,8 | 108,3 | 1,3 | 1,5 | 15,5 | 14,9 | 15,7 | 19,3 |
| Германия | 82,7 | 80,4 | 230,9 | 1,4 | 1,4 | 14,1 | 12,3 | 19,3 | 23,0 |
| Греция | 11,2 | 11,3 | 84,5 | 1,4 | 1,5 | 14,3 | 13,8 | 18,6 | 20,7 |
| Грузия | 4,4 | 4,0 | 63,1 | 1,5 | 1,7 | 20,4 | 17,5 | 14,2 | 16,1 |
| Дания | 5,5 | 5,6 | 125,0 | 1,9 | 1,8 | 18,8 | 16,6 | 14,9 | 20,1 |
| Израиль | 7,2 | 8,3 | 334,9 | 2,9 | 2,3 | 28,3 | 24,9 | 9,9 | 12,8 |
| Ирландия | 4,3 | 5,1 | 60,3 | 2,0 | 1,8 | 20,4 | 20,3 | 11,0 | 13,8 |
| Исландия | 0,3 | 0,4 | 3,0 | 2,1 | 1,9 | 21,0 | 19,4 | 11,5 | 14,6 |
| Испания | 43,6 | 48,6 | 85,7 | 1,4 | 1,7 | 14,5 | 15,6 | 16,8 | 18,7 |
| Италия | 59,4 | 60,4 | 195,6 | 1,4 | 1,5 | 14,1 | 13,4 | 19,8 | 23,0 |
| Казахстан | 15,5 | 16,7 | 5,6 | 2,5 | 2,0 | 24,0 | 25,4 | 7,8 | 8,2 |
| Кипр | 0,9 | 1,0 | 83,3 | 1,4 | 1,6 | 18,0 | 16,8 | 12,3 | 15,8 |
| Кыргызстан | 5,2 | 6,2 | 25,8 | 2,7 | 2,0 | 30,7 | 27,4 | 5,5 | 6,0 |
| Латвия | 2,3 | 2,1 | 35,4 | 1,4 | 1,6 | 13,9 | 16,1 | 17,2 | 18,3 |
| Литва | 3,4 | 3,1 | 52,1 | 1,4 | 1,5 | 15,6 | 14,9 | 15,7 | 17,9 |
| Люксембург | 0,5 | 0,5 | 181,7 | 1,6 | 1,8 | 18,7 | 16,7 | 14,3 | 15,2 |
| Мальта | 0,4 | 0,4 | 1270,2 | 1,4 | 1,4 | 16,5 | 13,7 | 13,8 | 20,1 |
| Монако | 0,04 | – | 16 842,1 | 1,8 | – | – | – | – | – |
| Нидерланды | 16,4 | 17,1 | 393,6 | 1,7 | 1,8 | 18,0 | 16,1 | 14,6 | 19,7 |
| Норвегия | 4,8 | 5,2 | 14,4 | 1,9 | 1,8 | 19,5 | 17,6 | 14,7 | 18,0 |
| Польша | 38,5 | 37,5 | 122,0 | 1,3 | 1,4 | 16,0 | 14,5 | 13,4 | 18,3 |
| Португалия | 10,6 | 10,8 | 115,1 | 1,3 | 1,5 | 15,7 | 13,9 | 16,9 | 20,6 |
| Республика Молдова | 3,6 | 3,4 | 105,9 | 1,3 | 1,6 | 17,9 | 18,2 | 10,3 | 13,9 |
| Российская Федерация | 141,9 | 135,4 | 8,3 | 1,3 | 1,6 | 14,8 | 16,7 | 14,0 | 15,4 |
| Румыния | 21,5 | 20,4 | 90,5 | 1,3 | 1,4 | 15,3 | 14,6 | 14,9 | 17,4 |
| Сан-Марино | 0,03 | – | 518,3 | 1,2 | – | 15,9 | – | 15,6 | – |
| Сербия | 7,4 | 9,8 | 83,9 | 1,4 | 1,7 | 15,5 | 17,0 | 17,2 | 16,6 |
| Словакия | 5,4 | 5,4 | 110,2 | 1,3 | 1,4 | 16,6 | 15,1 | 11,7 | 16,1 |
| Словения | 2,0 | 2,0 | 99,2 | 1,4 | 1,6 | 13,9 | 14,5 | 16,0 | 20,3 |
| Соединенное Королевство | 61,0 | 65,1 | 248,8 | 1,8 | 1,8 | 17,6 | 17,4 | 16,0 | 18,5 |
| Таджикистан | 6,7 | 8,4 | 46,1 | 3,5 | 2,5 | 35,9 | 32,8 | 4,4 | 3,9 |
| Туркменистан | 5,0 | 5,8 | 10,0 | 2,6 | 2,0 | 39,2 | 26,4 | 3,8 | 5,1 |
| Турция | 70,6 | 83,9 | 93,7 | 2,2 | 1,9 | 26,4 | 23,1 | 7,1 | 7,5 |
| Узбекистан | 26,9 | 31,2 | 59,2 | 2,6 | 2,0 | 33,0 | 25,8 | 4,5 | 5,4 |
| Украина | 45,5 | 42,9 | 77,2 | 1,3 | 1,6 | 14,3 | 16,0 | 16,3 | 16,9 |
| Финляндия | 5,3 | 5,5 | 15,6 | 1,8 | 1,8 | 17,0 | 16,6 | 16,5 | 22,3 |
| Франция | 60,9 | 64,9 | 111,3 | 1,9 | 1,8 | 18,4 | 17,4 | 16,4 | 20,9 |
| Хорватия | 4,6 | 4,3 | 78,5 | 1,4 | 1,6 | 15,7 | 14,6 | 17,0 | 20,4 |
| Черногория | 0,6 | 0,6 | 45,2 | – | 1,8 | 20,3 | 17,8 | 12,6 | 15,2 |
| Чешская Республика | 10,3 | 10,6 | 130,2 | 1,4 | 1,6 | 14,3 | 15,7 | 14,5 | 19,5 |
| Швейцария | 7,3 | 7,9 | 181,3 | 1,4 | 1,6 | 15,9 | 14,6 | 16,1 | 20,2 |
| Швеция | 9,1 | 9,7 | 20,2 | 1,9 | 1,8 | 17,1 | 17,3 | 17,3 | 21,0 |
| Эстония | 1,3 | 1,3 | 29,8 | 1,6 | 1,8 | 15,3 | 18,3 | 16,6 | 18,6 |

Источники: : Сведения за 2007 г. (или за последний год с наличием данных) взяты из Европейской базы данных "Здоровье для всех" (Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009, <http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.). Данные за 2020 г. представляют собой средние вариантные проекции, взятые из следующего источника: World population prospects: the 2008 revision population database. New York, United Nations, 2009 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Таблица 2. Основные социально-экономические показатели в странах Европейского региона ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных

| Государства-члены | Индекс развития человеческого потенциала | ВВП (долл. США на душу населения) | Реальный ВВП, в международных долларах (ППС) на душу населения | Общие государственные расходы (% ВВП) | Население в возрасте ≥ 25 лет (% от общего): | | | Экономически активное население (% от общего) | Уровень безработицы (%) |
|---|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------|-----------------------|---|-------------------------|
| | | | | | с начальным образованием | со средним образованием | с высшим образованием | | |
| Австрия | 0,948 | 38 924 | 33 700 | 49,7 | 49,3 | 94,0 | 6,1 | 48,6 | 6,8 |
| Азербайджан | 0,746 | 1 026 | 5 016 | 25,3 | 8,6 | 70,1 | 14 | 51,0 | 1,2 |
| Албания | 0,801 | 2 439 | 5 316 | 30,4 | – | – | – | 43,5 | 13,8 |
| Андорра | 0,921 | – | – | 19,2 | – | – | – | – | – |
| Армения | 0,775 | 1 017 | 4 945 | 21,8 | – | – | – | 43,0 | 6,7 |
| Беларусь | 0,804 | 2 330 | 7 918 | 47,9 | 32,5 | 45,8 | 12,5 | 49,3 | 1,0 |
| Бельгия | 0,946 | 37 522 | 32 119 | 51,8 | 60,6 | 28,7 | 5,2 | 43,1 | 11,5 |
| Болгария | 0,824 | 3 109 | 9 032 | 38,9 | 49,1 | 35,7 | 15 | 39,7 | 9,0 |
| Босния и Герцеговина | 0,803 | 2 183 | 7 032 | 37,0 | 27,2 | 65,5 | 7,3 | 52,9 | 31,1 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 0,801 | 2 637 | 7 200 | 35,0 | 56,2 | 30,6 | 6,7 | 42,8 | 34,9 |
| Венгрия | 0,874 | 11 212 | 17 887 | 49,8 | 59,2 | 30,7 | 10,1 | 41,8 | 7,4 |
| Германия | 0,935 | 35 241 | 29 461 | 46,9 | – | 18,0 | 4,3 | 50,0 | 10,3 |
| Греция | 0,926 | 23 991 | 23 381 | 37,5 | 62,6 | 28,7 | 8,7 | 47,2 | 8,8 |
| Грузия | 0,754 | 1 151 | 3 365 | 28,2 | – | – | – | 50,6 | 13,8 |
| Дания | 0,949 | 50 765 | 33 973 | 53,3 | – | 41,6 | 19,6 | 52,1 | 3,4 |
| Израиль | 0,932 | 17 194 | 25 864 | 46,3 | 24,9 | 40,0 | 35,1 | 39,6 | 7,3 |
| Ирландия | 0,959 | 51 567 | 38 505 | 33,8 | 41,75 | 46,3 | 13,1 | 51,1 | 4,5 |
| Исландия | 0,968 | 54 657 | 36 510 | 42,4 | – | – | – | 60,0 | 2,9 |
| Испания | 0,949 | 27 825 | 27 169 | 38,5 | 65,3 | 25,5 | 8,4 | 48,5 | 8,5 |
| Италия | 0,941 | 31 659 | 28 529 | 48,2 | 31,46 | 22,9 | 7,54 | 41,8 | 6,1 |
| Казахстан | 0,794 | 2 717 | 7 857 | 27,0 | 36,9 | 50,7 | 12,4 | 55,0 | 7,3 |
| Кипр | 0,903 | 18 668 | 22 699 | 44,0 | – | – | – | 50,1 | 4,5 |
| Кыргызстан | 0,696 | 433 | 1 927 | 28,5 | – | 51,3 | 12,5 | 45,0 | 8,1 |
| Латвия | 0,855 | 5 868 | 13 646 | 35,6 | 40,3 | 46,3 | 13,4 | 48,2 | 4,9 |
| Литва | 0,862 | 6 480 | 14 494 | 33,5 | 30,4 | 57,0 | 12,6 | 48,0 | 4,3 |
| Люксембург | 0,944 | 67 795 | 60 228 | 42,3 | 39,7 | 40,3 | 10,8 | 43,0 | 4,2 |
| Мальта | 0,878 | 13 256 | 19 189 | 44,9 | 47,6 | 40,1 | 4,47 | 43,1 | 6,5 |
| Монако | 0,925 | – | – | 21,3 | 21,8 | 41,1 | 23,58 | – | 2,5 |
| Нидерланды | 0,953 | 40 860 | 32 684 | 45,2 | 14,0 | 64,0 | 22 | 53,0 | 4,2 |
| Норвегия | 0,968 | 72 016 | 41 420 | 42,1 | 0,2 | 81,3 | 18,7 | 54,9 | 2,5 |
| Польша | 0,870 | 8 969 | 13 847 | 43,3 | 44,3 | 47,8 | 7,9 | 45,4 | 13,8 |
| Португалия | 0,897 | 18 335 | 20 410 | 47,6 | 77,6 | 14,8 | 7,7 | 53,1 | 8,0 |
| Республика Молдова | 0,708 | 615 | 2 100 | 37,0 | 29,8 | 58,9 | 11,3 | 52,4 | 1,9 |
| Российская Федерация | 0,802 | 4 042 | 10 845 | 31,9 | – | 49,0 | 14,1 | 51,7 | 7,2 |
| Румыния | 0,813 | 3 374 | 9 060 | 31,2 | 29,8 | 63,2 | 6,9 | 47,0 | 7,3 |
| Сан-Марино | 0,916 | – | – | 44,6 | 68,9 | 28,7 | 2,4 | 66,2 | 1,6 |
| Сербия | – | – | – | 38,0 | – | – | – | – | 18,1 |
| Словакия | 0,863 | 10 219 | 15 871 | 38,4 | 38,6 | 50,9 | 9,5 | 50,0 | 11,0 |
| Словения | 0,917 | 16 115 | 22 273 | 46,0 | 48,3 | 42,9 | 8,8 | 52,1 | 7,7 |
| Соединенное Королевство | 0,946 | 39 793 | 33 238 | 44,9 | 89,0 | – | 11 | 51,0 | 5,0 |
| Таджикистан | 0,673 | 322 | 1 356 | 22,7 | 22,8 | 65,5 | 11,7 | 33,7 | 2,7 |
| Туркменистан | 0,713 | 1 294 | 3 838 | 21,6 | – | – | – | 46,7 | – |
| Турция | 0,806 | 9 305 | 13 669 | 24,2 | 77,8 | 21,9 | 10,8 | 46,2 | 10,3 |
| Узбекистан | 0,702 | 456 | 2 063 | 32,1 | – | – | – | 44,6 | 0,4 |
| Украина | 0,788 | 1 366 | 6 848 | 43,6 | – | 40,5 | 6,5 | 47,7 | 6,8 |
| Финляндия | 0,952 | 39 643 | 32 153 | 50,5 | 45,06 | 37,86 | 17,07 | 50,5 | 6,9 |
| Франция | 0,952 | 35 445 | 30 386 | 53,6 | 51,7 | 36,9 | 11,4 | 44,2 | 9,8 |
| Хорватия | 0,850 | 7 724 | 13 042 | 43,4 | 53,8 | 39,5 | 6,4 | 43,8 | 11,1 |
| Черногория | – | – | – | 29,9 | – | – | – | – | 30,3 |
| Чешская Республика | 0,891 | 13 949 | 20 538 | 44,9 | 31,7 | 58,6 | 8,5 | 50,9 | 5,3 |
| Швейцария | 0,955 | 51 970 | 35 633 | 36,4 | 24,0 | 57,0 | 19 | 56,4 | 3,8 |
| Швеция | 0,956 | 43 267 | 32 525 | 55,3 | 32,4 | 43,0 | 23 | 51,9 | 5,4 |
| Эстония | 0,860 | 8 331 | 15 478 | 33,4 | 41,2 | 45,1 | 13,7 | 49,8 | 4,7 |

Таблица 3. Улучшение показателей здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ

| Государства-члены | Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет), 2007 г. ^a | | Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (число лет), 2007 г. | | Вероятность смерти до достижения возраста 5 лет (на 1000 живорожденных) | | Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных) | | Перинатальная смертность (на 1000 родившихся), 2007 г. ^a |
|---|--|---------|--|---------|---|-------------------------|---|---|---|
| | Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины | По национальным данным, 2007 г. ^a | По оценкам ВОЗ, 2004 г. | По национальным данным, 2007 г. ^a | По оценкам ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА/Всемирного банка, 2005 г. | |
| Австрия | 77,6 | 83,2 | 70 | 74 | 4,4 | 5,0 | 3,9 | 4 | 3,1 |
| Азербайджан | 71,3 | 76,3 | 59 | 60 | 14,5 | 89,5 | 34,9 | 82 | 8,9 |
| Албания | 73,7 | 78,9 | 64 | 64 | 12,4 | 18,5 | 15,1 | 92 | 11,5 |
| Андорра | – | – | 72 | 76 | – | 6,5 | 0,0 | – | 0,0 |
| Армения | 70,0 | 75,9 | 59 | 63 | 13,4 | 32,0 | 15,0 | 76 | 15,3 |
| Беларусь | 64,6 | 76,3 | 58 | 66 | 6,9 | 10,0 | 6,8 | 18 | 4,0 |
| Бельгия | 74,6 | 81,1 | 70 | 74 | 5,9 | 4,5 | 5,3 | 8 | 7,4 |
| Болгария | 69,1 | 76,3 | 63 | 69 | 14,5 | 15,0 | 10,0 | 11 | 11,0 |
| Босния и Герцеговина | 69,5 | 76,0 | 65 | 68 | 16,1 | 15,5 | 21,6 | 3 | – |
| Бывшая югославская Республика Македония | 71,1 | 76,1 | 65 | 66 | 13,0 | 14,0 | 0,0 | 10 | 15,3 |
| Венгрия | 68,8 | 77,2 | 62 | 69 | 7,5 | 8,0 | 8,2 | 6 | 4,9 |
| Германия | 77,2 | 82,4 | 71 | 75 | 4,6 | 5,0 | 6,1 | 4 | 5,6 |
| Греция | 77,2 | 82,0 | 71 | 74 | 4,3 | 5,0 | 1,8 | 3 | 5,3 |
| Грузия | 69,3 | 76,7 | 62 | 67 | 19,4 | 44,5 | 20,2 | 66 | 16,3 |
| Дания | 75,7 | 80,5 | 70 | 73 | 4,0 | 5,0 | 14,0 | 3 | 3,1 |
| Израиль | 78,2 | 82,1 | 72 | 74 | 5,5 | 6,0 | 7,3 | 4 | 4,8 |
| Ирландия | 77,5 | 82,2 | 71 | 74 | 4,3 | 6,0 | 1,4 | 1 | 5,1 |
| Исландия | 79,7 | 83,5 | 73 | 75 | 3,4 | 2,5 | 0,0 | 4 | 1,9 |
| Испания | 77,1 | 83,8 | 71 | 76 | 4,7 | 4,5 | 3,9 | 4 | 4,7 |
| Италия | 78,6 | 84,3 | 73 | 76 | 4,3 | 4,5 | 2,0 | 3 | 4,6 |
| Казахстан | 60,8 | 72,3 | 53 | 60 | 18,6 | 72,5 | 47,5 | 140 | 14,1 |
| Кипр | 78,8 | 82,6 | 69 | 71 | 4,0 | 5,0 | 11,5 | 10 | – |
| Кыргызстан | 63,5 | 71,7 | 55 | 59 | 35,5 | 67,5 | 60,9 | 150 | 21,8 |
| Латвия | 65,8 | 76,5 | 59 | 68 | 10,3 | 11,0 | 25,8 | 10 | 6,5 |
| Литва | 64,9 | 77,3 | 58 | 68 | 7,2 | 9,5 | 6,2 | 11 | 5,2 |
| Люксембург | 77,0 | 82,2 | 71 | 75 | 3,2 | 5,5 | 18,6 | 12 | 3,6 |
| Мальта | 77,7 | 82,3 | 71 | 74 | 6,7 | 6,0 | 0,0 | 8 | 4,1 |
| Монако | – | – | 71 | 76 | – | 4,0 | 0,0 | – | 12,2 |
| Нидерланды | 78,2 | 82,7 | 72 | 74 | 4,8 | 5,5 | 5,0 | 6 | 5,7 |
| Норвегия | 78,3 | 83,0 | 72 | 74 | 3,9 | 4,0 | 8,5 | 7 | 3,6 |
| Польша | 71,0 | 79,8 | 64 | 70 | 7,1 | 7,5 | 2,9 | 8 | 5,0 |
| Португалия | 74,9 | 81,6 | 69 | 73 | 5,2 | 5,5 | 8,2 | 11 | 4,2 |
| Республика Молдова | 65,2 | 72,7 | 58 | 63 | 14,0 | 28,0 | 18,4 | 22 | 10,3 |
| Российская Федерация | 60,5 | 73,3 | 55 | 65 | 13,0 | 16,0 | 23,8 | 28 | 9,0 |
| Румыния | 69,7 | 76,9 | 63 | 68 | 14,2 | 20,0 | 15,4 | 24 | 10,0 |
| Сан-Марино | 78,9 | 83,2 | 74 | 76 | 0,5 | 3,5 | 0,0 | – | 0,0 |
| Сербия | 70,9 | 76,5 | 64 | 66 | 8,1 | – | 12,7 | – | 6,9 |
| Словакия | 70,3 | 78,2 | 64 | 70 | 8,6 | 8,5 | 5,6 | 6 | 5,3 |
| Словения | 74,8 | 82,1 | 69 | 74 | 3,8 | 4,5 | 15,1 | 6 | 3,9 |
| Соединенное Королевство | 77,7 | 81,9 | 71 | 73 | 5,8 | 5,5 | 7,3 | 8 | 8,2 |
| Таджикистан | 71,2 | 76,3 | 58 | 57 | 16,6 | 117,5 | 43,4 | 170 | 15,1 |
| Туркменистан | 62,5 | 69,8 | 53 | 57 | 53,2 | 102,5 | 15,6 | 130 | 9,5 |
| Турция | 71,1 | 75,6 | 64 | 67 | 26,6 | 32,0 | 21,2 | 44 | 8,1 |
| Узбекистан | 68,2 | 73,0 | 58 | 60 | 20,8 | 68,5 | 25,0 | 24 | 7,5 |
| Украина | 62,3 | 73,8 | 55 | 64 | 12,3 | 18,0 | 15,2 | 18 | 9,0 |
| Финляндия | 76,1 | 83,2 | 70 | 75 | 3,5 | 4,0 | 1,7 | 7 | 3,3 |
| Франция | 77,5 | 84,6 | 71 | 76 | 4,4 | 4,5 | 7,4 | 8 | 6,9 |
| Хорватия | 72,6 | 79,4 | 66 | 70 | 6,1 | 7,5 | 9,7 | 7 | 4,9 |
| Черногория | 71,4 | 76,9 | 65 | 66 | 11,0 | – | – | – | 6,8 |
| Чешская Республика | 73,8 | 80,3 | 68 | 72 | 4,0 | 4,5 | 2,6 | 4 | 3,6 |
| Швейцария | 79,4 | 84,4 | 73 | 76 | 5,1 | 5,0 | 8,2 | 5 | 7,6 |
| Швеция | 78,9 | 83,2 | 72 | 75 | 3,5 | 3,5 | 4,7 | 3 | 4,3 |
| Эстония | 67,3 | 78,2 | 61 | 71 | 7,3 | 8,0 | 0,0 | 25 | 4,3 |

^a Данные за 2007 г. или за последний год, по которому имеются сведения.

Таблица 4. Факторы, влияющие на здоровье – окружающая среда, образ жизни и поведение – в странах Европейского региона ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных

| Государства-члены | Население (% от общего): | | Смертность от производственных несчастных случаев (на 100 000) | Регулярно (ежедневно) курящие среди населения в возрасте ≥ 15 лет (% от общего) | Потребление алкоголя (в литрах чистого спирта на душу населения) | Дорожно-транспортные несчастные случаи, связанные с употреблением алкоголя (на 100 000) | Число погибших и пострадавших при дорожно-транспортных несчастных случаях (на 100 000) | Число впервые поступивших в центры по лечению от наркотической зависимости (на 100 000) |
|---|--|--|--|---|--|---|--|---|
| | проживающее в домах, подключенных к централизованной системе водоснабжения | с обеспечением гигиенического удаления сточных вод | | | | | | |
| Австрия | 100 | 100 | 2,4 | 23,2 | 10,5 | 34,7 | 655,9 | 30,6 |
| Азербайджан | 47 | 55 | 1,5 | 17,7 | 3,1 | 1,0 | 43,1 | 6,2 |
| Албания | 68 | 89 | – | 39,0 | 1,7 | 0,5 | 35,5 | – |
| Андорра | – | 100 | 1,5 | 36,0 | – | 7,5 | 205,3 | – |
| Армения | 85 | 84 | 0,5 | 27,0 | 1,1 | 2,3 | 54,5 | 3,0 |
| Беларусь | 61 | – | 2,2 | 27,5 | 4,8 | 7,7 | 93,7 | 13,1 |
| Бельгия | 100 | 100 | 1,0 | 22,0 | 8,9 | 41,0 | 616,5 | – |
| Болгария | 99 | 100 | 1,7 | 32,7 | 5,0 | 5,4 | 143,3 | – |
| Босния и Герцеговина | 82 | 93 | 0,6 | 37,6 | 8,3 | – | 176,9 | – |
| Бывшая югославская Республика Македония | – | – | 0,2 | 36,0 | 1,9 | 10,0 | 212,3 | 3,5 |
| Венгрия | 91 | 56 | 1,2 | 30,4 | 11,6 | 28,8 | 347,1 | 40,3 |
| Германия | 100 | 93 | 1,1 | 33,9 | 10,7 | 29,4 | 531,9 | – |
| Греция | 84 | 96 | 1,0 | 37,6 | 7,7 | 13,1 | 197,5 | 17,3 |
| Грузия | 58 | 83 | 1,5 | 27,8 | 1,3 | 2,8 | 107,7 | 6,3 |
| Дания | 100 | 100 | 0,9 | 24,0 | 9,8 | 20,1 | 146,5 | 24,7 |
| Израиль | 100 | 100 | 1,1 | 23,2 | 1,7 | 4,8 | 542,2 | 25,2 |
| Ирландия | 97 | 96 | 1,5 | 24,0 | 10,6 | – | 203,8 | 57,1 |
| Исландия | 100 | 100 | 2,0 | 19,5 | 5,5 | 7,9 | 348,8 | 76,6 |
| Испания | 99 | 97 | 1,6 | 26,4 | 10,0 | 10,6 | 316,3 | 51,5 |
| Италия | 99 | 100 | 1,4 | 22,4 | 7,6 | 5,1 | 553,9 | 59,3 |
| Казахстан | 61 | 72 | 2,2 | 23,1 | 2,2 | 8,2 | 146,1 | 206,9 |
| Кипр | 100 | 100 | 1,8 | 23,9 | 9,0 | 2,4 | 316,4 | – |
| Кыргызстан | 48 | 60 | 0,4 | 20,0 | 2,4 | 6,1 | 96,0 | 8,2 |
| Латвия | – | – | 2,6 | 30,4 | 8,4 | 32,3 | 262,6 | 14,7 |
| Литва | – | – | 2,9 | 26,5 | 8,6 | 28,8 | 270,8 | 9,4 |
| Люксембург | 100 | 100 | 2,1 | 25,0 | 14,6 | 31,3 | 248,8 | – |
| Мальта | 100 | 100 | 1,7 | 23,4 | 5,4 | 0,3 | 297,6 | 96,6 |
| Монако | 100 | 100 | 10,7 | – | – | 53,3 | 833,3 | – |
| Нидерланды | 98 | 100 | 0,4 | 29,1 | 7,8 | 12,8 | 209,5 | 30,1 |
| Норвегия | 100 | 100 | 0,8 | 22,0 | 4,8 | – | 247,4 | – |
| Польша | 95 | 80 | 1,3 | 29,0 | 6,7 | 15,1 | 174,6 | – |
| Португалия | 82 | 100 | 2,9 | 20,9 | 9,4 | 21,5 | 506,0 | 44,8 |
| Республика Молдова | 41 | 68 | 1,5 | 27,1 | 10,2 | 7,8 | 100,8 | 10,3 |
| Российская Федерация | 81 | 87 | 2,0 | 35,8 | 8,9 | 21,6 | 198,8 | 11,9 |
| Румыния | 49 | 51 | 1,9 | 21,4 | 7,4 | 1,4 | 39,4 | – |
| Сан-Марино | 100 | 100 | – | 22,7 | – | – | – | – |
| Сербия | – | – | – | 26,2 | – | – | – | – |
| Словакия | 83 | 100 | 1,6 | 28,0 | 9,5 | 20,9 | 205,8 | 16,4 |
| Словения | 98 | 98 | 2,1 | 18,9 | 8,8 | 88,3 | 728,2 | 13,7 |
| Соединенное Королевство | 100 | 96 | 0,3 | 25,0 | 9,3 | 18,8 | 449,9 | 16,8 |
| Таджикистан | 40 | 53 | 0,4 | – | 0,3 | 0,3 | 36,4 | 8,6 |
| Туркменистан | 52 | 62 | 3,5 | 14,0 | 0,7 | 1,8 | 46,9 | 64,6 |
| Турция | 93 | 88 | 2,3 | 27,4 | 1,2 | 26,8 | 273,9 | 2,2 |
| Узбекистан | 53 | 57 | – | 12,5 | 1,0 | – | 57,6 | 10,7 |
| Украина | 78 | 99 | 2,1 | 36,0 | 5,2 | 6,3 | 128,2 | 26,2 |
| Финляндия | 97 | 100 | 0,9 | 20,6 | 8,2 | 19,3 | 178,5 | – |
| Франция | 99 | 96 | 1,0 | 25,4 | 10,0 | – | 185,9 | 51,3 |
| Хорватия | 94 | 93 | 1,7 | 27,4 | 10,3 | 88,0 | 503,6 | 39,0 |
| Черногория | – | – | 0,2 | – | – | – | – | – |
| Чешская Республика | 87 | 75 | 1,8 | 25,4 | 13,7 | 27,3 | 327,3 | 37,4 |
| Швейцария | 100 | 100 | 0,6 | 22,0 | 9,4 | 34,4 | 365,1 | – |
| Швеция | 100 | 100 | 0,8 | 15,9 | 5,6 | 11,7 | 300,9 | – |
| Эстония | 87 | 82 | 1,6 | 29,9 | 13,4 | 42,2 | 237,5 | 89,7 |

Таблица 5. Финансирование системы здравоохранения, иммунизация и реализация стратегии “Остановить ТБ” в Европейском регионе ВОЗ

| Государства-члены | Общие расходы на здравоохранение, по оценкам ВОЗ, 2005 г. | | Общие государственные расходы на здравоохранение, 2005 г. | | Доля иммунизированных детей (%), 2007 г. ^a | | Люди, получающие пособия и льготы – социальные или по инвалидности (на 100 000), 2007 г. ^a | Ведение ТБ в соответствии с DOTS (%) | |
|---|---|---|---|-------------------------------------|---|-------------|---|---|--|
| | Как % от ВВП | На душу населения, в международных долларах (ППС) | % от общих расходов на здравоохранение | % от общих государственных расходов | АКДС-3 | Против кори | | Выявленные случаи, 2006 г. ^a | Успешно пролеченные случаи, 2005 г. ^a |
| Австрия | 10,2 | 3485 | 75,7 | 15,6 | 85 | 77 | | 46 | 75 |
| Азербайджан | 3,9 | 193 | 24,8 | 3,8 | 95 | 97 | 3 392 | 50 | 59 |
| Албания | 6,5 | 353 | 40,3 | 8,6 | 98 | 97 | – | 37 | 77 |
| Андорра | 6,3 | 2697 | 70,5 | 23,1 | 96 | 94 | 1 596 | 125 | 80 |
| Армения | 5,4 | 270 | 32,9 | 8,2 | 88 | 92 | 4 920 | 59 | 72 |
| Беларусь | 6,6 | 515 | 75,8 | 10,5 | 95 | 99 | 5 263 | 40 | 73 |
| Бельгия | 9,6 | 3071 | 71,4 | 13,2 | 99 | 92 | 2 561 | 55 | 66 |
| Болгария | 7,7 | 734 | 60,6 | 12,1 | 95 | 96 | – | 94 | 86 |
| Босния и Герцеговина | 8,8 | 779 | 58,7 | 14 | 91 | 96 | 0 | 62 | 97 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 7,8 | 569 | 70,4 | 15,8 | 95 | 96 | 15 882 | 66 | 84 |
| Венгрия | 7,8 | 1329 | 70,8 | 11,1 | 100 | 100 | 7 023 | 49 | 45 |
| Германия | 10,7 | 3250 | 76,9 | 17,5 | 90 | 95 | 8 363 | 54 | 71 |
| Греция | 10,1 | 2949 | 42,8 | 11,5 | 88 | 88 | 1 238 | 0 | – |
| Грузия | 8,6 | 318 | 19,5 | 5,9 | 98 | 97 | 945 | 109 | 73 |
| Дания | 9,4 | 3169 | 83,6 | 14,8 | 75 | 89 | 3 518 | 62 | 83 |
| Израиль | 7,8 | 2143 | 66,5 | 11,2 | 96 | 97 | 3 593 | 31 | 78 |
| Ирландия | 8,2 | 3125 | 79,5 | 19,2 | 92 | 87 | 295 | 0 | – |
| Исландия | 9,4 | 3354 | 82,5 | 18,3 | 97 | 95 | 4 347 | 71 | 100 |
| Испания | 8,2 | 2242 | 71,4 | 15,3 | 96 | 97 | – | 0 | – |
| Италия | 8,9 | 2494 | 76,6 | 14,1 | 96 | 87 | 2 681 | 71 | 74 |
| Казахстан | 3,9 | 306 | 64,2 | 9,3 | 93 | 100 | 2 635 | 69 | 71 |
| Кипр | 6,1 | 1550 | 43,2 | 6 | 97 | 87 | – | 42 | 63 |
| Кыргызстан | 6,0 | 113 | 39,5 | 8,4 | 94 | 99 | 2 149 | 63 | 85 |
| Латвия | 6,4 | 860 | 60,5 | 10,8 | 98 | 97 | 6 466 | 85 | 74 |
| Литва | 5,9 | 862 | 67,3 | 11,9 | 95 | 97 | 6 223 | 109 | 70 |
| Люксембург | 7,7 | 5521 | 90,7 | 16,5 | 99 | 96 | – | 4 | – |
| Мальта | 8,4 | 1733 | 77,4 | 14,6 | 74 | 79 | 2 751 | 36 | 100 |
| Монако | 4,6 | 5447 | 74,9 | 16,3 | 99 | 99 | – | – | – |
| Нидерланды | 9,2 | 3187 | 64,9 | 13,2 | 96 | 96 | 5 829 | 36 | 84 |
| Норвегия | 9,1 | 4331 | 83,5 | 18 | 93 | 92 | 6 205 | 39 | 91 |
| Польша | 6,2 | 844 | 69,3 | 9,9 | 99 | 98 | 8 114 | 67 | 77 |
| Португалия | 10,2 | 2034 | 72,3 | 15,5 | 97 | 95 | 3 443 | 88 | 89 |
| Республика Молдова | 7,5 | 170 | 55,5 | 11,3 | 97 | 96 | 3 646 | 69 | 62 |
| Российская Федерация | 5,2 | 561 | 62 | 10,1 | 98 | 99 | 3 978 | 44 | 58 |
| Румыния | 5,5 | 507 | 70,3 | 12,4 | 97 | 97 | 94 | 79 | 82 |
| Сан-Марино | 7,3 | 3191 | 85,7 | 14 | 92 | 92 | – | 0 | 0 |
| Сербия | 8,0 | 395 | 71,9 | 15,1 | 94 | 95 | – | – | – |
| Словакия | 7,1 | 1130 | 74,4 | 13,8 | 99 | 99 | 3 644 | 43 | 92 |
| Словения | 8,5 | 1959 | 72,4 | 13,4 | 97 | 96 | – | 71 | 84 |
| Соединенное Королевство | 8,2 | 2598 | 87,1 | 16 | 92 | 86 | – | 0 | – |
| Таджикистан | 5,0 | 67 | 22,8 | 5 | 86 | 85 | 2032 | 33 | 86 |
| Туркменистан | 4,8 | 308 | 66,7 | 14,9 | 98 | 99 | – | 58 | 81 |
| Турция | 5,7 | 618 | 71,4 | 13,9 | 96 | 96 | 447 | 80 | 91 |
| Узбекистан | 5,0 | 171 | 47,7 | 7,4 | 97 | 100 | 921 | 48 | 81 |
| Украина | 7,0 | 488 | 52,8 | 8,4 | 98 | 98 | 5 318 | 65 | – |
| Финляндия | 7,5 | 2299 | 77,8 | 11,6 | 99 | 98 | 5 353 | 0 | – |
| Франция | 11,2 | 3406 | 79,9 | 16,6 | 96 | 93 | 458 | 0 | – |
| Хорватия | 7,4 | 1001 | 81,3 | 13,9 | 96 | 96 | 8 642 | 0 | – |
| Черногория | 8 | 106 | 75,5 | 20,3 | 92 | 90 | 1 682 | – | – |
| Чешская Республика | 7,1 | 1447 | 88,6 | 14,1 | 98 | 97 | 5 593 | 57 | 72 |
| Швейцария | 11,4 | 4088 | 59,3 | 18,6 | 95 | 86 | 3425 | 0 | – |
| Швеция | 9,2 | 3012 | 81,7 | 13,6 | 99 | 96 | 6031 | 58 | 64 |
| Эстония | 5,0 | 846 | 76,9 | 11,5 | 95 | 96 | 8 390 | 66 | 72 |

Примечание. Расчет значений показателей проведен силами ВОЗ в целях обеспечения сравнимости данных; приведенные цифры не обязательно совпадают с официальной статистикой государств-членов, при расчете которой могли быть использованы иные методы точного анализа.

^a Или за последний год, по которому имеются сведения.

Таблица 6. Кадровые ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных

| Государства-члены | Численность на 100 000 | | | | | Число выпускников медицинских учебных заведений, на 100 000 | | | |
|---|------------------------|-------|-----------|-------------|------------|---|-----------|-------------|------------|
| | Врачи | ВОП | Медсестры | Стоматологи | Фармацевты | Врачи | Медсестры | Стоматологи | Фармацевты |
| Австрия | 374,9 | 153,0 | 634,9 | 54,0 | 59,5 | 9,4 | 34,4 | 1,2 | 2,4 |
| Азербайджан | 377,4 | 17,6 | 725,4 | 29,4 | 18,8 | 14,3 | 8,8 | 1,8 | 4,1 |
| Албания | 115,0 | 50,9 | 404,3 | 32,9 | 39,2 | 6,2 | 9,2 | 2,3 | 1,2 |
| Андорра | 303,0 | 47,5 | 326,1 | 57,2 | 88,8 | 2,4 | 18,3 | 1,2 | 1,2 |
| Армения | 343,7 | 58,1 | 413,0 | 36,1 | 5,1 | 8,9 | 34,7 | 2,2 | 1,0 |
| Беларусь | 484,1 | 40,2 | 1197,6 | 49,3 | 30,9 | 13,2 | 20,7 | 2,2 | 1,7 |
| Бельгия | 422,8 | 177,3 | 1341,3 | 83,5 | 116,0 | 8,4 | 55,3 | 1,1 | 3,7 |
| Болгария | 364,4 | 65,0 | 421,0 | 84,0 | 12,5 | 14,6 | 15,9 | 2,0 | 1,2 |
| Босния и Герцеговина | 141,8 | 20,4 | 437,2 | 16,1 | 7,9 | 2,9 | 66,3 | 2,6 | 2,1 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 254,2 | 96,2 | 369,8 | 57,6 | 44,5 | 8,4 | 9,3 | 5,7 | 5,1 |
| Венгрия | 278,0 | 64,9 | 903,9 | 42,2 | 54,5 | 10,0 | 36,6 | 1,9 | 2,4 |
| Германия | 348,4 | 99,0 | 781,2 | 76,3 | 59,9 | 8,5 | – | 1,9 | 2,1 |
| Греция | 534,6 | 125,5 | 326,8 | 127,2 | 69,2 | 13,3 | 7,4 | 2,7 | 1,3 |
| Грузия | 454,6 | 23,3 | 363,4 | 27,8 | 5,7 | 37,9 | 37,7 | 1,7 | 2,8 |
| Дания | 319,8 | 77,5 | 961,3 | 79,2 | 69,1 | 21,7 | 41,2 | 4,2 | 2,3 |
| Израиль | 352,6 | 70,5 | 579,0 | 108,8 | 74,0 | 4,3 | 22,4 | 0,9 | 2,5 |
| Ирландия | 302,9 | 71,7 | 1549,8 | 58,5 | 96,9 | 16,7 | 41,6 | 1,5 | 3,3 |
| Исландия | 368,0 | 77,9 | 943,3 | 94,0 | 102,5 | 13,1 | 39,1 | 1,3 | 3,9 |
| Испания | 375,7 | 76,8 | 743,7 | 56,2 | 92,0 | 8,7 | 20,2 | 2,5 | 5,2 |
| Италия | 365,4 | 91,6 | 700,7 | 62,8 | 74,7 | 11,5 | 17,7 | 2,7 | 4,1 |
| Казахстан | 370,6 | 24,2 | 692,3 | 36,9 | 81,7 | 28,4 | 45,1 | 1,4 | 3,4 |
| Кипр | 252,9 | – | 436,0 | 92,8 | 20,8 | 0,0 | – | – | – |
| Кыргызстан | 238,0 | 35,4 | 543,2 | 19,6 | 1,7 | 17,3 | 64,4 | 2,2 | 0,9 |
| Латвия | 304,9 | 54,9 | 548,0 | 68,2 | – | 4,9 | 24,3 | 1,5 | 4,0 |
| Литва | 406,7 | 77,5 | 734,8 | 71,0 | 81,3 | 7,8 | 30,1 | 3,4 | 2,9 |
| Люксембург | 290,0 | 92,5 | 1023,1 | 78,5 | 85,0 | – | 12,8 | 0,0 | – |
| Мальта | 331,7 | 82,7 | 583,5 | 42,8 | 154,0 | 14,7 | 7,8 | 2,0 | 8,3 |
| Монако | 664,3 | 32,1 | 1621,4 | 121,4 | 217,9 | – | 85,7 | 0,0 | – |
| Нидерланды | 393,2 | 52,9 | 1505,0 | 49,5 | 17,5 | 12,3 | 36,1 | 1,7 | 0,8 |
| Норвегия | 380,4 | 74,9 | 1546,8 | 86,1 | 67,9 | 10,4 | 77,5 | 2,2 | 1,9 |
| Польша | 203,2 | – | 468,8 | 32,0 | 58,9 | 6,1 | 39,1 | 2,1 | 2,2 |
| Португалия | 342,6 | 56,1 | 481,4 | 58,3 | 97,8 | 7,0 | 23,9 | 3,1 | 4,9 |
| Республика Молдова | 312,2 | 56,7 | 754,9 | 43,8 | 83,7 | 9,0 | 11,6 | 2,1 | 0,4 |
| Российская Федерация | 431,0 | 27,3 | 806,2 | 32,0 | 8,1 | 10,7 | 27,2 | 1,8 | 1,9 |
| Румыния | 192,1 | 68,7 | 397,4 | 20,2 | 4,2 | 11,9 | 15,9 | 3,7 | 2,8 |
| Сан-Марино | 251,7 | – | 507,7 | 36,4 | 52,1 | – | – | 0,0 | – |
| Сербия | 271,1 | 68,9 | 557,4 | 33,3 | 25,9 | 15,9 | – | 5,2 | 5,0 |
| Словакия | 313,3 | 43,3 | 631,6 | 45,3 | 49,0 | 9,9 | 85,6 | 0,9 | 3,1 |
| Словения | 237,3 | 48,8 | 764,8 | 59,9 | 47,0 | 6,4 | 21,5 | 2,1 | 6,1 |
| Соединенное Королевство | 212,6 | 67,3 | 498,6 | 43,9 | 58,6 | 6,4 | 48,8 | 1,3 | 1,3 |
| Таджикистан | 201,3 | 20,8 | 446,6 | 15,2 | 10,3 | 8,0 | 20,5 | 0,7 | 0,6 |
| Туркменистан | 243,8 | 63,6 | 431,4 | 14,1 | 19,5 | 5,6 | 6,2 | 0,2 | 0,3 |
| Турция | 151,0 | 47,4 | 200,9 | 24,8 | 34,7 | 6,9 | 8,6 | 1,4 | 1,4 |
| Узбекистан | 266,6 | 20,1 | 1012,0 | 17,7 | 3,4 | 12,9 | 160,3 | 1,0 | 12,3 |
| Украина | 308,4 | 32,0 | 783,4 | 41,1 | 47,8 | 14,6 | 23,9 | 3,7 | 5,7 |
| Финляндия | 331,0 | 95,0 | 855,3 | 85,3 | 155,1 | 7,0 | 49,8 | 1,0 | 7,0 |
| Франция | 341,6 | 166,6 | 793,2 | 68,0 | 115,7 | 6,0 | 35,5 | 1,3 | 3,9 |
| Хорватия | 259,0 | 65,0 | 523,6 | 71,7 | 57,2 | 9,6 | – | 3,5 | 3,2 |
| Черногория | 196,9 | 32,1 | 507,8 | 39,6 | 16,8 | – | – | – | – |
| Чешская Республика | 356,6 | 71,4 | 842,7 | 67,3 | 56,0 | 7,7 | 47,2 | 1,3 | 2,6 |
| Швейцария | 385,0 | 52,4 | 832,8 | 51,4 | 57,0 | 7,9 | 49,9 | 1,6 | 1,6 |
| Швеция | 357,9 | 60,4 | 1083,4 | 83,1 | 72,7 | 10,0 | 49,8 | 2,3 | 5,1 |
| Эстония | 328,5 | 63,5 | 655,2 | 87,5 | 64,7 | 7,9 | 44,1 | 2,9 | 4,7 |

Таблица 7. Предоставление услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, 2007 г. или последний год с наличием данных

| Государства-члены | Больницы, на 100 000 | Амбулаторные лечебно- профилактические учреждения, на 100 000 | Число стационарных коек, на 100 000 | | | | Частные больничные койки как % от общего числа коек | Число госпитализаций, на 100 | |
|---|-------------------------|---|--|---|--|--|---|---------------------------------|---|
| | | | Все больницы | Больницы кратко- срочного пребывания | Психиатрические больницы и отделения | Дома- интернаты для инвалидов и престарелых | | Все стационары | Больницы кратко- срочного пребывания |
| Австрия | 3,3 | – | 776,3 | 638,9 | 62,9 | – | 27,7 | 27,9 | 26,6 |
| Азербайджан | 8,7 | 41,2 | 793,3 | 725,9 | 48,3 | 18,8 | 0,7 | 6,2 | 6,0 |
| Албания | 1,5 | 73,8 | 291,5 | 255,6 | 23,1 | 7,8 | – | 8,7 | – |
| Андорра | 2,4 | 113,2 | 261,6 | 194,7 | 14,6 | 170,4 | 25,6 | – | 9,3 |
| Армения | 4,2 | 32,8 | 406,8 | 349,7 | 45,4 | 31,3 | – | 8,9 | 8,5 |
| Беларусь | 7,2 | 69,0 | 1122,9 | – | 69,9 | 178,6 | 0,1 | 28,5 | – |
| Бельгия | 2,0 | – | 525,1 | 470,2 | 148,8 | 1199,7 | 62,3 | 16,4 | 16,2 |
| Болгария | 4,4 | 21,9 | 636,4 | 755,4 | 58,2 | – | 6,4 | 22,8 | 14,8 |
| Босния и Герцеговина | 1,0 | 30,3 | 303,6 | 327,5 | 37,2 | – | – | 8,2 | 7,2 |
| Бывшая югославская Республика Македония | 2,7 | 81,4 | 462,7 | 326,4 | 58,5 | 29,4 | 1,0 | 9,4 | 9,2 |
| Венгрия | 1,8 | 4,1 | 712,6 | 413,4 | 30,4 | 85,5 | 3,0 | 20,9 | 18,5 |
| Германия | 4,1 | – | 829,1 | 572,9 | 108,4 | 917,8 | 27,1 | 22,6 | 19,8 |
| Греция | 2,8 | 15,3 | 481,7 | 394,4 | 87,3 | 30,7 | 28,1 | 18,4 | 14,5 |
| Грузия | 6,0 | 14,4 | 331,9 | 291,5 | 28,1 | 6,8 | – | 6,5 | 6,3 |
| Дания | 1,1 | – | 349,5 | 310,7 | 60,4 | 230,6 | 2,0 | 15,2 | 17,8 |
| Израиль | 5,3 | – | 583,2 | 203,1 | 48,1 | 321,6 | 32,9 | 18,2 | 17,2 |
| Ирландия | 4,1 | – | 533,9 | 274,2 | 85,1 | 511,3 | – | 14,2 | 14,0 |
| Исландия | 6,8 | 40,6 | 750,8 | 368,2 | 117,9 | 812,7 | 8,9 | 17,2 | 16,5 |
| Испания | 1,7 | – | 337,0 | 271,0 | 46,6 | 32,7 | 34,3 | 11,9 | 11,7 |
| Италия | 2,2 | 30,8 | 393,9 | 336,3 | 13,0 | 332,8 | 23,4 | 14,6 | 14,0 |
| Казахстан | 6,8 | 52,8 | 772,1 | 527,7 | 62,8 | 129,2 | 6,0 | 17,4 | 16,4 |
| Кипр | 12,3 | – | 371,5 | 350,8 | 26,7 | – | 50,1 | 7,9 | 7,8 |
| Кыргызстан | 2,8 | 15,2 | 506,0 | 387,4 | 43,3 | 54,0 | 1,6 | 15,1 | 14,5 |
| Латвия | 4,1 | 116,8 | 757,1 | 523,3 | 137,0 | – | 6,3 | 23,4 | 20,4 |
| Литва | 4,9 | 28,8 | 814,0 | 509,3 | 102,3 | 437,3 | 0,3 | 23,8 | 21,2 |
| Люксембург | 8,4 | – | 633,4 | 508,9 | 63,3 | 951,4 | – | 19,4 | 18,4 |
| Мальта | 2,2 | – | 780,3 | 269,4 | 169,4 | 537,8 | 5,1 | – | 10,8 |
| Монако | 7,1 | 0,0 | 1957,1 | 1553,6 | 210,7 | 1217,9 | – | 53,9 | – |
| Нидерланды | 1,2 | – | 480,8 | 340,2 | 137,1 | 1040,5 | – | 10,6 | 10,5 |
| Норвегия | 1,5 | – | 391,2 | 284,2 | 57,0 | 865,1 | 1,3 | 18,8 | 16,9 |
| Польша | 2,1 | 26,3 | 516,2 | 410,8 | 64,8 | – | 4,7 | 17,8 | – |
| Португалия | 1,9 | 21,9 | 345,4 | 298,5 | 61,8 | – | 24,0 | 11,4 | 11,2 |
| Республика Молдова | 2,3 | 19,7 | 612,0 | 493,2 | 54,9 | 79,7 | 0,7 | 17,2 | 16,3 |
| Российская Федерация | 4,5 | 9,0 | 965,9 | 931,3 | 112,3 | 15,2 | – | 23,7 | 22,9 |
| Румыния | 1,9 | 54,5 | 654,3 | 505,2 | 77,3 | – | 0,6 | 24,3 | – |
| Сан-Марино | – | – | 716,0 | – | – | – | – | – | – |
| Сербия | 1,4 | 2,3 | 540,3 | – | – | – | – | 14,2 | 9,4 |
| Словакия | 2,7 | 163,3 | 678,8 | 601,6 | 82,4 | – | 5,1 | 18,9 | 18,4 |
| Словения | 1,4 | 3,2 | 466,2 | 376,7 | 67,8 | – | 1,1 | 17,9 | 17,2 |
| Соединенное Королевство | 2,7 | – | 389,7 | 241,6 | 82,9 | 429,3 | 4,3 | 15,3 | 21,4 |
| Таджикистан | 6,8 | 49,8 | 612,0 | 546,9 | 24,7 | 14,6 | 0,2 | 11,2 | 11,1 |
| Туркменистан | 2,3 | 35,7 | 406,5 | 303,9 | 32,9 | 8,1 | 0,2 | 13,9 | 12,8 |
| Турция | 1,9 | 22,8 | 263,8 | 253,5 | 9,6 | 26,5 | 9,3 | 12,4 | 12,2 |
| Узбекистан | 3,3 | 20,7 | 483,2 | 399,8 | 28,9 | 34,8 | 3,3 | 16,3 | 15,6 |
| Украина | 5,6 | 14,6 | 873,0 | 711,9 | 93,9 | 100,7 | – | 21,9 | 20,8 |
| Финляндия | 6,5 | 4,3 | 682,5 | 233,6 | 84,1 | – | 3,6 | 24,6 | 18,9 |
| Франция | 4,7 | – | 716,8 | 361,8 | 92,6 | 110,7 | 35,2 | 18,8 | 16,3 |
| Хорватия | 1,7 | 70,7 | 534,6 | 352,4 | 93,9 | – | 0,4 | 16,5 | 14,6 |
| Черногория | 1,8 | 31,3 | 397,8 | 308,4 | 49,7 | – | – | 10,9 | 9,9 |
| Чешская Республика | 3,3 | 233,9 | 810,5 | 595,5 | 107,0 | 70,0 | 28,7 | 21,5 | 20,2 |
| Швейцария | 4,5 | – | 553,9 | 364,8 | 105,8 | 1167,1 | – | 17,0 | 16,4 |
| Швеция | 0,9 | 11,2 | 522,0 | 282,3 | 48,8 | 27,0 | 19,0 | 15,6 | 15,2 |
| Эстония | 4,3 | 62,2 | 557,0 | 380,2 | 56,2 | 549,9 | 9,8 | 18,9 | 16,8 |

Определения показателей, приведенных в таблицах

Вводное примечание

Большинство определений – те же, что использованы в Европейской базе данных “Здоровье для всех” (ЕБД-ЗВ), которая послужила основным источником статистических данных, приведенных в таблицах. По мере необходимости, приводятся ссылки на другие источники определений. Термины перечислены в той последовательности, в которой они использованы в каждой таблице.

Таблица 1

Среднегодовая общая численность населения

Оценка численности зарегистрированного проживающего населения (*de jure*) по состоянию на 1 июля данного календарного года. Обычно этот показатель рассчитывается как среднее значение показателей по состоянию на конец данного и предшествующего года. В большинстве стран источником этих данных является центральное статистическое бюро. Эти значения используются в качестве знаменателя при расчете большинства других показателей. Несмотря на то, что было бы предпочтительно опираться на численность реально проживающего населения (*de facto*), на практике, как правило, используют данные о численности населения *de jure*, поскольку их проще получить, особенно если нужны данные в разбивке по возрастным группам. Однако в некоторых странах, в частности там, где происходили вооруженные конфликты в 1990-х годах, официальные данные о численности населения могут слишком сильно отличаться от числа фактически проживающих в стране людей. В таких случаях необходимо предпринимать особые усилия для оценки реальной численности населения и использовать эти цифры в качестве знаменателя.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Средняя плотность населения на 1 кв. км

Отношение среднегодовой численности населения к площади территории страны.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Общий коэффициент фертильности

Среднее число детей, приходящихся на одну женщину, которые были бы рождены, если бы все женщины доживали до конца своего детородного периода и рожали бы детей в соответствии с конкретным набором возрастных показателей фертильности. Расчет производится путем суммирования показателей фертильности по всем возрастным группам и умножения полученной суммы на величину интервала (число лет), использованного для разбивки населения на возрастные группы. Данные обычно поступают из статистических бюро стран. В качестве источников данных для БД-ЗДВ используются доклады Всемирного банка, Программы развития ООН (ПРООН) и статистические ежегодники стран.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Население в возрасте < 15 лет (% от общего)

Оценка численности зарегистрированного проживающего населения (*de jure*) в возрасте 0–14 лет по состоянию на 1 июля данного календарного года. Обычно рассчитывается как среднее значение показателей по состоянию на конец данного и предшествующего года. В большинстве стран источником этих данных является центральное статистическое бюро.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Население в возрасте ≥ 65 лет (% от общего)

Оценка численности зарегистрированного проживающего населения (*de jure*) в возрасте 65 лет и старше, на 1 июля данного календарного года. Обычно рассчитывается как среднее значение показателей по состоянию на конец данного и предшествующего года. В большинстве стран источником этих данных является центральное статистическое бюро.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Таблица 2

Индекс развития человеческого потенциала

Интегрированный показатель, определяющий усредненный уровень достигнутого прогресса по трём основным аспектам развития человеческого потенциала: здоровью и долголетию, знаниям и достойному жизненному уровню. Источником данных для БД-ЗДВ служат доклады ПРООН. С подробным описанием методики расчета индекса можно ознакомиться в последнем докладе ПРООН о развитии человеческого потенциала.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.) и ПРООН.

ВВП [валовой внутренний продукт], в долл. США на душу населения

Совокупная стоимость товаров и услуг, предложенных конечному потребителю и созданных национальной экономикой как резидентами, так и нерезидентами независимо от принадлежности к отечественным или иностранным активам. Европейское региональное бюро ВОЗ использует в качестве общего источника сведений доклады Всемирного банка; по странам – членам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) основным источником является база данных ОЭСР по вопросам здравоохранения.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Реальный ВВП, в международных долларах (ППС) на душу населения

Значение ВВП, выраженное величиной паритета покупательной способности (ППС), более точно учитывает относительную покупательную силу национальной валюты по сравнению с долларом США, чем при использовании официального обменного курса. Коэффициенты ППС периодически пересчитываются, с учетом стоимости стандартного набора потребительских товаров и услуг. Европейское региональное бюро ВОЗ использует в качестве общих источников данные ОЭСР и ПРООН.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Общие государственные расходы как % от ВВП

Общие государственные расходы соответствуют суммарным выплатам, производимым органами государственного управления на всех уровнях (центральное/федеральное правительство, провинциальные/региональные/областные/районные и муниципальные/местные органы), учреждениями социального страхования и внебюджетными фондами, включая оплату капитальных расходов.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadб?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Население с начальным образованием (% от общего)

Доля населения в возрасте 25 лет и старше с уровнем образования не выше начального, неполного начального или с отсутствием какого-либо формального образования. Основной источник информации – Институт статистики Организации ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО). Некоторые страны предоставили сведения непосредственно в Европейское региональное бюро ВОЗ.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadб?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Население со средним образованием (% от общего)

Доля населения в возрасте 25 лет и старше с уровнем образования не выше среднего (неполного или полного). Основной источник информации – Институт статистики ЮНЕСКО. Некоторые страны предоставили сведения непосредственно в Европейское региональное бюро ВОЗ.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadб?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Население с высшим образованием (% от общего)

Доля населения в возрасте 25 лет и старше, получившего высшее образование. Основной источник информации – Институт статистики ЮНЕСКО. Некоторые страны предоставили сведения непосредственно в Европейское региональное бюро ВОЗ.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadб?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Экономически активное население (% от общего)

Население, занятое в экономике, как процент от всего населения. Источник данных для БД-ЗДВ – ежегодник статистики труда, выпускаемый Международной организацией труда (МОТ).

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadб?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Уровень безработицы (%)

Отношение численности безработных к общей численности трудовых ресурсов. Используется определение МОТ, согласно которому в категорию безработных входят все лица старше определенного возраста, которые в течение рассматриваемого периода не имели работы и при этом были готовы приступить к работе или занимались ее поиском.

Европейское региональное бюро ВОЗ использует в качестве общего источника данных ежегодник статистики труда МОТ.

Источники: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.); *Yearbook of labour statistics 2008* [Ежегодник статистики труда] (Geneva, International Labour Organization, 2008).

Таблица 3

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)

Среднее число лет, которое, по прогнозам, может прожить только что родившийся ребенок, если параметры смертности населения останутся неизменными. Европейское региональное бюро рассчитывает значения данного показателя с использованием метода Wiesler для всех стран, представляющих в ВОЗ детальные данные о смертности. Данные о смертности даются в разбивке по следующим возрастным группам: 0, 1–4, 5–9, 10–14 и т.д., 80–84, 85+ лет. К сожалению, некоторые страны не в состоянии обеспечить полную регистрацию всех случаев смерти и рождения. В результате, значения ожидаемой продолжительности жизни, рассчитанные на основании неполных данных смертности, оказываются завышенными, и поэтому к сопоставлению этих показателей между странами следует проводить с осторожностью. В отдельных случаях недоучет смертей может достигать 20 %. Наиболее заметные уровни недоучтенной смертности отмечаются в тех странах, где в 1990-е годы происходили вооруженные конфликты. В одной из таких стран (Грузия) данная проблема осложнена отсутствием достаточно точных сведений о численности населения, т.е. той величины, которая должна стоять в знаменателе.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (число лет)

Общее число лет, эквивалентное периоду в течение жизни, который только что родившийся ребенок, по прогнозам, может прожить в состоянии полного здоровья, рассчитываемое на основе текущих показателей смертности и распространенности различных состояний среди населения. Величина ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении вытекает из значений общей ожидаемой продолжительности жизни, но с учетом времени, прожитого в состоянии неудовлетворительного здоровья. Источник данных – проект публикации *Мировая статистика здравоохранения, 2009 год* по состоянию на январь 2009 г.

Источник: *Мировая статистика здравоохранения, 2009 год*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (http://www.who.int/entity/whosis/whostat/RU_WHS09_Full.pdf, по состоянию на 2 июля 2009 г.).

Вероятность смерти до достижения возраста 5 лет (на 1000 живорожденных), по национальным данным

Число случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорожденных. Цифры берутся из соответствующих клеток таблиц дожития и фактически представляют собой побочный результат расчета ожидаемой продолжительности жизни, т.е. $(1-L_5, \text{вероятность дожития до 5 лет}) \times 1000$. К сожалению, некоторые страны не в состоянии обеспечить полную регистрацию всех случаев смерти и рождения. В результате, значения показателей смертности до достижения возраста 5 лет, рассчитанные на основании неполных данных смертности, оказываются заниженными, и поэтому к сопоставлению этих показателей между странами следует проводить с осторожностью. Масштабы неполноты регистрации

особенно значительны в странах Центральной Азии и Кавказа, а также в некоторых странах бывшей Югославии и в Албании.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Вероятность смерти до достижения возраста 5 лет (на 1000 живорожденных), по оценкам ВОЗ

Эти оценки разрабатываются штаб-квартирой ВОЗ с применением специальной методики и публикуются в ежегодных докладах о состоянии здравоохранения в мире. В тех случаях, когда данные регистрации естественного движения населения отсутствовали или были неполными, использовались сведения из других источников, включая опросные исследования. Эти оценочные данные были также частично гармонизированы с оценками на основе опросов, используемыми Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и другими организациями. Оценки ВОЗ могут существенно отличаться от официальных данных некоторых стран, в которых регистрация смертей и рождений является неполной.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных), по национальным данным

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. (Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр, МКБ-10; коды: 000–099). Для расчета коэффициента материнской смертности используют два источника информации:

- регулярно поступающие в ВОЗ (в большинстве случаев – из центральных статистических бюро) данные о смертности от различных причин; и
- данные, направляемые стационарными медицинскими учреждениями в министерства здравоохранения.

Сведения о числе случаев материнской смертности, поступающие из обоих источников, в принципе должны быть одинаковыми, что и наблюдается в большинстве западноевропейских стран. Однако в некоторых государствах, главным образом в восточной части Европейского региона ВОЗ, возникают различия, что связано с национальными особенностями в практике оформления свидетельств и кодирования причин смерти. В таких случаях, вероятно, следует полагаться на данные, поступающие из стационарных учреждений. Начиная с версии БД-ЗДВ от января 2001 г. расчет коэффициента материнской смертности производится с использованием данных из обоих источников (в случае предоставления соответствующих данных), а при их расхождении в БД-ЗДВ включают более высокое из двух значений. Вместе с тем, по мнениям экспертов, даже в странах с надежной системой учета и регистрации естественного движения населения реальный уровень материнской смертности примерно на 50% превышает официальные цифры. В связи с этим, ВОЗ, ЮНИСЕФ и Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) разработали уточненные оценки за отдельные годы.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных), по оценкам ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА/Всемирного банка

ВОЗ и ЮНИСЕФ, с участием ЮНФПА и Всемирного банка, разработали подход, цель которого – составление оценок материнской смертности в странах с отсутствием отчетных данных, а также исправление имеющихся данных с учетом неполной отчетности и неверной классификации. Эти оценки могут значительно отличаться от данных национальной статистики, представляемых странами в ВОЗ. Они приведены в публикации ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка, посвященной проблемам материнской смертности.

Источник: Материнская смертность в 2005 г. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9789241596213/ru/index.html, по состоянию на 2 июля 2009 г.).

Перинатальная смертность (на 1000 родившихся)

Число случаев внутриутробной смерти плода с массой тела ≥ 1000 г и случаев смерти ребенка в раннем неонатальном периоде, на 1000 родившихся (живорожденные и мертворожденные). Если данных о массе тела не имеется, то взамен их используют другие сведения, представляемые странами в соответствии с национальными критериями.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Таблица 4

Население, проживающее в домах, подключенных к централизованной системе водоснабжения (% от общего)

Расчет процента основан на данных из различных источников. Используемые определения понятий и расчетные методы могут в значительной мере различаться между странами и по временным периодам. Более подробно – см. БД-ЗДВ.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Население, обеспеченное системами гигиенического удаления сточных вод (% от общего)

Процент населения, проживающего в домах, подключенных к централизованной системе канализации, с септик-танком или обеспеченного иными средствами удаления сточных вод с соблюдением санитарно-гигиенических требований. Для расчета используются данные из различных источников. Используемые определения понятий и расчетные методы могут в значительной мере различаться между странами и по временным периодам. Более подробно – см. БД-ЗДВ.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Смертность от производственных несчастных случаев (на 100 000)

Число смертей (на 100 000 населения), обусловленных несчастными случаями, связанными с трудовой деятельностью, то есть произошедшими на рабочем месте или в процессе выполнения работы и которые могут приводить к смерти, увечью или заболеванию. Источник данных – ежегодник статистики труда МОТ. Включаются все виды производства

товаров и услуг, однако несчастные случаи по дороге на работу и обратно не учитываются. Национальные определения и практика регистрации очевидно значительно варьируют.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Регулярно (ежедневно) курящие среди населения в возрасте ≥ 15 лет (% от общего)

Процент людей в возрасте 15 лет и старше, которые регулярно (ежедневно) курят, определяется путем заполнения стандартной анкеты в ходе интервьюирования репрезентативной выборки из данного населения. Многие страны проводят интервьюирование населения по вопросам здоровья на регулярной основе. Данные, включаемые в БД-ЗДВ, поступают в Европейское региональное бюро из многочисленных источников. В тех случаях, когда имеются сведения только отдельно для мужчин и для женщин, общий показатель рассчитывают как среднее значение между двумя параметрами. Более подробная информация об источниках данных приведена на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/tobacco>).

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Потребление алкоголя (в литрах чистого спирта на душу населения)

Расчетный объем чистого этанола, потребляемого в виде крепких спиртных напитков, вина, пива и других алкогольных напитков, в масштабах страны на душу населения в течение календарного года. Расчет производится на основе официальной статистики местного производства такой продукции, ее продаж, импорта и экспорта; по мере возможности, учитываются также имеющиеся запасы спиртных напитков и их домашнее приготовление. Расчетное содержание чистого спирта в пиве – 4,5%, в винах – 14%. Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляет расчет оценок на основе данных, поступающих главным образом из трех следующих источников:

- публикации по мировым тенденциям потребления алкоголя, ранее издаваемые агентством *Produktschap voor Gedistilleerde Dranken* (Схидам, Нидерланды);
- Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО); и
- национальные организации – партнеры ВОЗ.

Дополнительная информация содержится в специализированной базе данных по алкоголю Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/alcohol/>) и в Глобальной информационной системе по вопросам алкоголя и здоровья (<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>), функционирующей в штаб-квартире ВОЗ.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Дорожно-транспортные несчастные случаи, связанные с употреблением алкоголя (на 100 000)

Число дорожно-транспортных несчастных случаев (на 100 000 населения), вовлекших одного или более человек, находящихся под воздействием алкоголя. Учитываются несчастные случаи с наличием пострадавших, дорожно-транспортные происшествия, повлекшие лишь материальный ущерб, не включаются. Используется определение понятия “дорожно-транспортный несчастный случай”, принятое Комитетом по

внутреннему транспорту Европейской экономической комиссии (ЕЭК) ООН. Начиная с 2002 г. в качестве источника данных используется статистика ЕЭК ООН по дорожно-транспортным несчастным случаям в Европе.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число погибших и пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (на 100 000)

Число людей, которые погибли или получили травму при дорожно-транспортных несчастных случаях (на 100 000). См. также предыдущее определение. Начиная с 2002 г. в качестве источника данных используется статистика ЕЭК ООН по дорожно-транспортным несчастным случаям в Европе.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число впервые поступивших в центры по лечению от наркотической зависимости (на 100 000)

Число лиц, на 100 000 населения, впервые поступивших в течение календарного года для лечения каких-либо состояний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Таблица 5

Общие расходы на здравоохранение как % от ВВП, по оценкам ВОЗ

Сумма общих государственных и частных расходов на здравоохранение. Везде где это было возможно, оценки ВОЗ базировались на классификации национальных счетов здравоохранения (более подробно – см. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г., <http://www.who.int/whr/2006/en>). В качестве источников использованы сведения, предоставленные странами, а также расчетные оценки международных организаций, таких как Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк, ООН и ОЭСР. Ввиду этого, приведенные данные могут расходиться с официальной статистикой стран.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Общие расходы на здравоохранение на душу населения, в международных долларах (ППС), по оценкам ВОЗ

Сумма общих государственных и частных расходов на здравоохранение, выраженная в международных долларах (долл. США с учетом ППС). Везде, где это было возможно, оценки ВОЗ базировались на классификации национальных счетов здравоохранения (более подробно – см. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г., <http://www.who.int/whr/2006/en>). В качестве источников использованы сведения, предоставленные странами, а также расчетные оценки международных организаций, таких как МВФ, Всемирный банк, ООН и ОЭСР. Ввиду этого, приведенные данные могут расходиться с официальной статистикой стран.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Общие государственные расходы на здравоохранение, как % от общих расходов на здравоохранение

Общие государственные расходы на здравоохранение представляют собой сумму всех выплат, направленных на поддержание, восстановление или укрепление здоровья, произведенных в денежном выражении или в натуральной форме государственными структурами – такими как министерство здравоохранения, другие министерства, полугосударственные организации, органы социального страхования (без двойного учета государственных перечислений в фонды социального страхования и внебюджетные фонды). Включают перечисления для выплат семьям в целях компенсации расходов на медицинскую помощь и внебюджетные средства для финансирования услуг здравоохранения и производства (закупки) изделий медицинского назначения. Доходная база вышеперечисленных структур может включать различные источники, в том числе внешние фонды. Общие расходы на здравоохранение отражают всю совокупность фондов, мобилизованных системой; это сумма общих государственных и частных расходов на здравоохранение.

Везде где это было возможно, оценки ВОЗ базировались на классификации национальных счетов здравоохранения (более подробно – см. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г., <http://www.who.int/whr/2006/en>). В качестве источников использованы сведения, предоставленные странами, а также расчетные оценки международных организаций, таких как МВФ, Всемирный банк, ООН и ОЭСР. Ввиду этого, приведенные данные могут расходиться с официальной статистикой стран.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Общие государственные расходы на здравоохранение, как % от общих государственных расходов

Общие государственные расходы соответствуют суммарным выплатам, производимым органами государственного управления на всех уровнях (центральное/федеральное правительство, провинциальные/региональные/областные/районные и муниципальные/местные органы), учреждениями социального страхования и внебюджетными фондами, включая оплату капитальных расходов. Сведения об объеме общих государственных расходов поступают от центрального банка/министерства финансов страны в МВФ либо от Департамента статистики ООН. Общие государственные расходы на здравоохранение представляют собой сумму всех выплат, направленных на поддержание, восстановление или укрепление здоровья, произведенных в денежном выражении или в натуральной форме государственными структурами – такими как министерство здравоохранения, другие министерства, полугосударственные организации, органы социального страхования (без двойного учета государственных перечислений в фонды социального страхования и внебюджетные фонды). Включают перечисления для выплат семьям в целях компенсации расходов на медицинскую помощь и внебюджетные средства для финансирования услуг здравоохранения и производства (закупки) изделий медицинского назначения. Доходная база вышеперечисленных структур может включать различные источники, в том числе внешние фонды.

Везде где это было возможно, оценки ВОЗ базировались на классификации национальных счетов здравоохранения (более подробно – см. Доклад о состоянии здравоохранения

в мире, 2006 г., <http://www.who.int/whr/2006/en>). В качестве источников использованы сведения, предоставленные странами, а также расчетные оценки международных организаций, таких как МВФ, Всемирный банк, ООН и ОЭСР. Ввиду этого, приведенные данные могут расходиться с официальной статистикой стран.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Доля детей, иммунизированных АКДС-3 (%)

Процент детей, достигших годовалого возраста в течение данного календарного года, которые были полностью вакцинированы против дифтерии: три дозы АКДС (коклюш – дифтерия – столбняк) или АДС (дифтерия – столбняк). Данные можно получить в Европейском региональном бюро ВОЗ, куда они поступают ежегодно.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Доля детей, иммунизированных против кори (%)

Процент детей, которые к моменту достижения ими двухлетнего возраста были полностью вакцинированы против кори (однократная доза). Данные можно получить в Европейском региональном бюро ВОЗ, куда они поступают ежегодно.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Люди, получающие пособия и льготы – социальные или по инвалидности (на 100 000)

Дополнительных разъяснений не требуется.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Ведение ТБ в соответствии с DOTS, выявленные случаи (%)

Выявление случая туберкулеза (ТБ) означает, что пациенту поставлен диагноз ТБ и соответствующие сведения зарегистрированы в национальной системе эпиднадзора и затем сообщены в ВОЗ. Показатель выявления случаев в рамках стратегии DOTS по борьбе ТБ рассчитывается как процентное отношение числа случаев, зарегистрированных на территориях, охваченных программой DOTS, к оценочному общему числу случаев по всей стране.

В основе формирования оценок ВОЗ в отношении заболеваемости, распространенности и смертности от ТБ лежит консультативный аналитический процесс; эти оценки ежегодно пересматриваются с учетом новой информации, получаемой путем эпиднадзора и благодаря специальным исследованиям, таким как эпидемиологические опросы населения, посвященные изучению распространенности инфекции и заболеваний. Детальное описание методов расчета – см. сайт штаб-квартиры ВОЗ (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/methods/en/index.html).

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Ведение ТБ в соответствии с DOTS, успешность лечения (%)

Показателем успешности лечения в программах DOTS служит процент вновь выявленных пациентов с положительным мазком мокроты, которые были полностью излечены (отрицательный результат исследования мазка мокроты) плюс процент пациентов, прошедших полный курс лечения, но без бактериологического подтверждения излечения.

В основе формирования оценок ВОЗ в отношении заболеваемости, распространенности и смертности от ТБ лежит консультативный аналитический процесс; эти оценки ежегодно пересматриваются с учетом новой информации, получаемой путем эпиднадзора и благодаря специальным исследованиям, таким как эпидемиологические опросы населения, посвященные изучению распространенности инфекции и заболеваний. Детальное описание методов расчета – см. сайт штаб-квартиры ВОЗ (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/methods/en/index.html).

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Таблица 6

Врачи, на 100 000

Численность врачей, на 100 000 населения.

Приведенное ниже определение было гармонизировано в 2006 г. со Статистическим бюро Европейского сообщества (ЕВРОСТАТ) и ОЭСР. Врачи, по определению, приведенному в Международной стандартной классификации занятий (МСКЗ)-88 (код 2221), выполняют следующие функции: осуществление профилактических и лечебных вмешательств; совершенствование или разработка концепций, теорий и практических методик; проведение научных исследований в области медицины и здравоохранения. Практикующие врачи непосредственно оказывают помощь пациентам. Их функции включают: медицинское обследование пациента и постановка диагноза; назначение лекарственных средств и осуществление лечебных вмешательств по поводу выявленных болезней, патологических отклонений и травм; консультирование по вопросам профилактики и применение профилактических вмешательств. Число врачей по состоянию на конец календарного года включает следующие категории медиков:

- лица, завершившие полный курс обучения в высшем медицинском учебном заведении (с соответствующим дипломом) и получившие лицензию на врачебную практику;
- врачи-интерны и врачи-стажеры (ординаторы), имеющие соответствующий диплом и оказывающие помощь пациентам под руководством более опытных врачей в рамках последиplomной практики (интернатуры, ординатуры) в лечебном учреждении;
- врачи, работающие по найму и частнопрактикующие, предоставляющие услуги пациентам вне зависимости от места оказания помощи; и
- иностранные врачи, обладающие лицензией и занимающиеся активной медицинской практикой в стране.

В эту группу не входят: студенты, еще не завершившие курс обучения; стоматологи (в том числе стоматологи-хирурги); врачи, работающие в сфере администрации, научных исследований и занимающие другие должности, не связанные с прямыми контактами с пациентами; врачи, находящиеся на пенсии и безработные; врачи, работающие за пределами страны.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Врачи общей практики, на 100 000

Численность врачей общей практики (ВОП), на 100 000 населения.

Число ВОП (включая врачей – помощников ВОП) определяют как число врачей (предпочтительно физических лиц), работающих в амбулаторных учреждениях по таким специальностям, как общая практика, семейная медицина, внутренние болезни и общая терапия. Практика ВОП не ограничена определенными категориями болезней, эти врачи оказывают непрерывную и всестороннюю медицинскую помощь пациентам или направляют их в другие звенья системы здравоохранения для обеспечения такой помощи. В большинстве стран Восточной Европы понятию “врач общей практики” приблизительно соответствует понятие “участковый врач-терапевт”.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Медицинские сестры, на 100 000

Численность медицинских сестер, на 100 000 населения.

Медицинская сестра – лицо, завершившее полный курс обучения по программе базовой подготовки сестринского персонала и получившее соответствующую квалификацию и право на работу в своей стране в качестве медицинской сестры во всех типах учреждений, предоставляющих услуги по укреплению здоровья и профилактике болезней, уходу за больными и их реабилитации. Базовое сестринское образование предполагает обучение по официально признанной учебной программе (как правило, в течение не менее двух лет, включая университетский уровень подготовки), обеспечивающей широкую и прочную основу для сестринской практики и для послебазового обучения, в ходе которого приобретаются специальные навыки.

В некоторых странах возникают трудности при выделении статистики по акушеркам из общей численности сестринского персонала. Поэтому, хотя и рекомендуется включать акушерок в более обширную категорию сестринского персонала, по мере возможности статистические данные по акушеркам следует также представлять отдельно. Предлагается также включать в состав широкой категории сестринского персонала также фельдшеров (помощников врачей – категорию медицинского персонала, которая существует в некоторых странах Восточной Европы).

Число медицинских сестер по состоянию на конец календарного года включает только активно работающих медицинских сестер – в больницах, учреждениях первичной медико-санитарной помощи, домах-интернатах по уходу за инвалидами и престарелыми и т.п. В число медицинских сестер входят: дипломированные медсестры; медсестры первичного и вторичного уровня; фельдшеры; акушерки; медсестры-специалисты. В эту группу не входят: помощники медицинских сестер и другие работники, не прошедшие формального обучения сестринскому делу.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Стоматологи, на 100 000

Численность стоматологов, на 100 000 населения.

Приведенное ниже определение было согласовано в 2006 г. с ЕВРОСТАТ и ОЭСР. Стоматологи (dentists), по определению, приведенному в МККЗ-88 (код 2222), выполняют следующие функции: оказание стоматологической помощи на основе медицинских знаний;

совершенствование или разработка концепций, теорий и практических методик; проведение научных исследований. Стоматологическая помощь – это всесторонняя медицинская помощь, касающаяся здоровья зубов и полости рта, включая профилактику, диагностику, исправление дефектов и лечение болезней. Практикующие стоматологи непосредственно оказывают помощь пациентам. Их функции включают: постановку диагноза, консультирование пациента и проведение необходимых стоматологических процедур, а также осуществление хирургических, терапевтических и других видов лечебных вмешательств, показанных при конкретных типах болезней и дефектов зубов и полости рта. Число стоматологов по состоянию на конец календарного года включает следующие категории работников:

- лица, завершившие полный курс обучения в области стоматологии в высшем учебном заведении (с соответствующим дипломом) и получившие лицензию на право практики;
- стоматологи-интерны, имеющие соответствующий диплом и оказывающие помощь пациентам под руководством более опытных стоматологов в рамках последипломной практики (интернатуры) в лечебном учреждении;
- стоматологи, работающие по найму и частнопрактикующие, предоставляющие услуги пациентам вне зависимости от места оказания помощи; и
- иностранные стоматологи, обладающие лицензией и занимающиеся активной практикой в стране.

В эту группу не входят: студенты, еще не завершившие курс обучения; стоматологи, работающие в сфере администрации, научных исследований и занимающие другие должности, не связанные с прямыми контактами с пациентами; стоматологи, находящиеся на пенсии и безработные; стоматологи, работающие за пределами страны.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Фармацевты, на 100 000

Численность фармацевтов, на 100 000 населения.

Приведенное ниже определение было гармонизировано в 2006 г. с ЕВРОСТАТ и ОЭСР. Фармацевты (pharmacists), по определению, приведенному в МСКЗ-88 (код 2224), на основе применения положений научной фармации изготавливают и выдают (или продают) населению лекарственные препараты. Практикующие фармацевты (провизоры) изготавливают, выдают (или продают) населению лекарственные препараты и оказывают консультативную помощь. Их функции включают:

- самостоятельное приготовление или руководство процессом приготовления лекарственных препаратов в соответствии с рецептом врача (стоматолога) или установленной прописью;
- проверку рецептов для исключения возможного превышения рекомендуемой дозировки, обеспечения понятности инструкций для самих пациентов или других лиц, обеспечивающих применение препарата, а также оказание консультативной помощи по вопросам возможной лекарственной несовместимости; и
- выдачу лекарственных препаратов в больницах или их продажу в аптеках.

Число фармацевтов по состоянию на конец календарного года включает следующие категории работников: лица, завершившие полный курс обучения в области фармации в высшем учебном заведении (с соответствующим дипломом) и получившие лицензию на фармацевтическую практику; фармацевты, работающие по найму и частно практикующие, вне зависимости от места предоставления услуг; иностранные фармацевты, обладающие

лицензией и занимающиеся активной практикой в стране. В эту группу не входят: студенты, еще не завершившие курс обучения; фармацевты, работающие в сфере администрации, научных исследований и занимающие другие должности, не связанные с прямыми контактами с пациентами (клиентами); фармацевты, находящиеся на пенсии и безработные; фармацевты, работающие за пределами страны.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Выпускники-врачи, на 100 000

Число студентов, на 100 000 населения, закончивших в течение данного года полный курс обучения и получивших дипломы медицинских факультетов университетов или аналогичных высших медицинских учебных заведений. В это число входят только лица, получившие право на профессиональную деятельность в качестве врача. Стоматологи, фармацевты и выпускники факультетов общественного здравоохранения (санитарно-гигиенических) не учитываются.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Выпускники-медицинские сестры, на 100 000

См. предыдущие определения.

Выпускники-стоматологи, на 100 000

См. предыдущие определения.

Выпускники-фармацевты, на 100 000

См. предыдущие определения.

Таблица 7

Больницы, на 100 000

Число больниц, на 100 000 населения. Больница – это стационарное лечебное учреждение, предназначенное для круглосуточного оказания врачебной и сестринской помощи, диагностики, лечения и реабилитации больных, обычно как терапевтического, так и хирургического профиля, укомплектованное кадрами профессионально подготовленных медицинских работников, среди которых должен быть хотя бы один врач. Больница может оказывать амбулаторную помощь, хотя это не является обязательным требованием. Различают больницы многопрофильные, специализированные, краткосрочного или длительного пребывания. В эту категорию не входят бальнеологические лечебницы, курорты, санатории, дома-интернаты для лиц с ограниченными физическими или психическими возможностями, дома престарелых (т.е. учреждения, выполняющие главным образом функции опеки и ухода), центры дневного пребывания и дневные стационары.

Различные толкования понятия “дом-интернат” являются источником значительных расхождений между странами относительно содержания данных, касающихся больниц. По мере возможности рекомендуется проводить четкую грань между учреждениями, в основном обеспечивающими сестринский уход (“больницы сестринского ухода”) и учреждениями, занимающимися главным образом функциями опеки (“дома-интернаты для инвалидов/престарелых”). В первом случае учреждение подлежит учету как больница, тогда как во втором оно к этой категории не относится.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Амбулаторные лечебно-профилактические учреждения, на 100 000

Число нестационарных лечебно-профилактических учреждений, на 100 000 населения, включая все лечебно-профилактические учреждения, оказывающие амбулаторную помощь – такие как амбулаторные отделения больниц, поликлиники, амбулатории, медицинские центры, пункты медицинской помощи и т.п., имеющие в своем штате как минимум одного медицинского работника (врача или медицинскую сестру). Учреждения, предоставляющие только стоматологическую помощь, в эту категорию включать не следует.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число коек во всех больницах, на 100 000

Общее число больничных коек, на 100 000 населения. Приведенное ниже определение было согласовано в 2006 г. с ЕВРОСТАТ и ОЭСР. Показатель относится ко всем больничным койкам, которые поддерживаются в функционирующем состоянии, обеспечены соответствующими кадрами и готовы к немедленному использованию для оказания помощи госпитализированным пациентам. Это включает: койки в больницах всех типов, в том числе в больницах общего профиля (НР.1.1 по классификации Системы счетов здравоохранения, SHA), в психиатрических и наркологических больницах (НР.1.2) и других специализированных больницах (НР.1.3); учитываются как занятые, так и свободные койки. Это понятие не включает: операционные столы, реанимационные каталки, носилки для скорой помощи, койки в дневных стационарах, кровати для здоровых младенцев, койки, находящиеся в отделениях, которые были по той или иной причине закрыты, дополнительно развернутые и временные койки, а также койки в домах-интернатах и домах совместного проживания с предоставлением ухода (НР.2).

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число коек в больницах краткосрочного пребывания, на 100 000

Число коек в больницах краткосрочного пребывания, на 100 000 населения. Приведенное ниже определение было согласовано в 2006 г. с ЕВРОСТАТ и ОЭСР. Койки для оказания краткосрочной лечебной помощи (НС.1 по классификации SHA, исключая психиатрическую помощь) в больницах (НР.1) предназначены главным образом для следующих видов клинических вмешательств (одного или нескольких): родовспоможение, лечение соматического заболевания или оказание радикального лечебного вмешательства при травме, проведение хирургической операции, облегчение симптоматики соматического заболевания или травмы (исключая паллиативную помощь), снижение тяжести состояния при соматическом заболевании или травме, профилактика обострения и/или осложнений соматического заболевания или травмы, которые могут угрожать жизни или приводить к функциональным нарушениям, проведение диагностических и лечебных процедур. В это число не включают койки, предназначенные для других видов помощи (например, психиатрической, реабилитационной, долгосрочной или паллиативной), в

психиатрических и наркологических больницах (НР.1.2), для реабилитации (НС.2) и оказания паллиативной помощи.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число коек в психиатрических больницах и отделениях, на 100 000

Число психиатрических больничных коек, на 100 000 населения. Приведенное ниже определение было согласовано в 2006 г. с ЕВРОСТАТ и ОЭСР. Психиатрические койки в больницах (НР.1) – это больничные койки, предназначенные для пациентов с нарушениями психического здоровья (часть НС.1 по классификации ШНА). Эта группа включает: все койки в психиатрических и наркологических больницах (НР.1.2), а также койки в психиатрических отделениях больниц общего профиля (НР.1.1) и специализированных больниц (помимо психиатрических и наркологических) (НР.1.3). В это число не включают койки, предназначенные для лечения соматической патологии (часть НС.1), для долгосрочного сестринского ухода в условиях больницы (НС.3), для реабилитации (НС.2) и оказания паллиативной помощи.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Койки в домах-интернатах для инвалидов и престарелых, на 100 000

Число коек, на 100 000 населения, в домах-интернатах для лиц с ограничениями физических или психических возможностей, постоянно нуждающихся в посторонней помощи в повседневной жизни, а также в домах престарелых – то есть в учреждениях, выполняющих главным образом функции опеки. Во многих странах дома инвалидов и дома престарелых относятся к разным типам учреждений, однако предоставляемые ими услуги во многом носят сходный характер.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Частные больничные койки, как % от общего числа коек

Процент больничных коек, не принадлежащих центральным или местным органам государственного управления или учреждениям социального страхования, включающих частные койки как для некоммерческого, так и для коммерческого использования.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число поступивших в стационары, на 100 чел. населения

Число поступивших в стационары, на 100 чел. населения. Поступление пациента в стационар (госпитализация) означает его помещение в стационарное лечебное учреждение, как правило, на период не менее 24 часов. В случае смерти или перевода в другое медицинское учреждение фактический срок пребывания может быть менее 24 часов. Такие случаи регистрируются как однодневная госпитализация. Под выбытием пациента из стационара подразумевается завершение периода стационарного лечения в связи с выпиской домой, переводом в другое стационарное учреждение или в случае смерти. В число поступивших/выбывших из стационара не включают: перевод в другое отделение того же стационара;

оказание помощи в режиме дневного стационара; отпуск на выходные дни (когда пациента отпускают на время, оставляя за ним занимаемую им больничную койку), случаи лечения пациента на дому силами медперсонала больницы. Также не учитывают новорожденных.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Число поступивших в больницы краткосрочного пребывания, на 100 чел. населения

Критерии расчета те же, что и для предыдущего показателя, за исключением того, что учитываются только больницы краткосрочного пребывания.

Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” (БД-ЗДВ) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian>, по состоянию на 27 мая 2009 г.).

Инвестирование в здоровье населения и в системы здравоохранения приобретает особую важность в критические периоды, например связанные с серьезным экономическим кризисом и пандемическим гриппом (H1N1) – 2009. Для эффективного решения проблем здравоохранения правительствам и лицам, формирующим политику, нужна своевременная, точная, сопоставимая и удобная для пользования информация.

Какую тенденцию имели показатели здоровья населения в последние четыре года? Какие факторы влияют на здоровье и какими будут будущие проблемы и задачи в области здравоохранения? Какой вклад могут внести системы здравоохранения в улучшение здоровья жителей Европейского региона ВОЗ? В данном докладе рассматриваются все эти вопросы, которые, в частности, отражают широкомасштабные реформы, предпринятые странами в целях совершенствования четырех основных функций систем здравоохранения: предоставление медицинских услуг, формирование ресурсов, финансирование и стратегическое управление.

Доклад содержит ключевую информацию по вопросам общественного здравоохранения, которая может помочь странам определить наиболее рациональные механизмы инвестирования в здоровье. Важнейшая цель доклада – способствовать успешному осуществлению необходимых реформ систем здравоохранения, а также помочь странам улучшить деятельность этих систем в целях оказания населению эффективной, ориентированной на пациента и высококачественной медицинской помощи. В приложении к докладу приводятся некоторые из данных, использованных в проведенном анализе.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Австрия | Мальта |
| Азербайджан | Монако |
| Албания | Нидерланды |
| Андорра | Норвегия |
| Армения | Польша |
| Беларусь | Португалия |
| Бельгия | Республика Молдова |
| Болгария | Российская |
| Босния и Герцеговина | Федерация |
| Бывшая югославская Республика | Румыния |
| Македония | Сан-Марино |
| Венгрия | Сербия |
| Германия | Словакия |
| Греция | Словения |
| Грузия | Соединенное Королевство |
| Дания | Таджикистан |
| Израиль | Туркменистан |
| Ирландия | Турция |
| Исландия | Узбекистан |
| Испания | Украина |
| Италия | Финляндия |
| Казахстан | Франция |
| Кипр | Хорватия |
| Кыргызстан | Черногория |
| Латвия | Чешская Республика |
| Люксембург | Швейцария |
| | Швеция |
| | Эстония |

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17
Факс: +45 39 17 18 18
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

