



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
КОПЕНГАГЕН

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Пятьдесят первая сессия, Мадрид, 10–13 сентября 2001 г.

Пункт 7(а) предварительной повестки дня

EUR/RC51/7
+ EUR/RC51/Conf.Doc./4
19 июля 2001 г.
10103M
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ДОКЛАД О СОСТОЯНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕ

КРАТКИЙ ОБЗОР ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ

В резолюции EUR/RC49/R10 Региональному директору было предложено представить Региональному комитету на его пятьдесят первой сессии доклад о состоянии здравоохранения в Регионе.

В настоящем документе приведены предварительные данные по оценке работы по достижению здоровья для всех и на их основе подытоживаются наиболее важные тенденции, наблюдающиеся в Европейском регионе.

Региональному комитету предлагается высказать свои замечания по этим предварительным результатам ввиду предстоящей подготовки окончательного доклада о состоянии здравоохранения в Европе, в котором будет представлен более подробный анализ ситуации в Регионе.

К данному документу также прилагается проект соответствующей резолюции для ее рассмотрения Региональным комитетом.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение	1
Состояние здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ	2
Ожидаемая продолжительность жизни и смертность	2
Бремя болезней	2
Инфекционные болезни	2
Неинфекционные болезни	3
Психическое здоровье	4
Несчастные случаи	5
Различия в состоянии здоровья на уровне популяций	5
Здоровье детей	5
Здоровье подростков	6
Здоровье женщин	6
Старение и здоровье	6
Основные детерминанты здоровья	7
Социально-экономическое неравенство	7
Образ жизни	8
Питание	8
Физическая активность	8
Табак	8
Алкоголь	9
Наркотические средства	10
Окружающая среда	10
Качество атмосферного воздуха и здоровье	10
Безопасность пищевых продуктов и здоровье	10
Вода и здоровье	10
Ионизирующая радиация и здоровье	11
Системы здравоохранения	11
Политика в отношении систем здравоохранения	11
Организация и управление	11
Финансирование	12
Повышение качества	12
Фармацевтические средства	13
Права пациентов	13
Медицинское обслуживание	13
Тенденции в реформировании систем здравоохранения	14
Комплексная политика в области здравоохранения	15
Выводы	16

ВВЕДЕНИЕ

1. В состав Европейского региона ВОЗ входят как некоторые из самых богатейших стран мира, так и чрезвычайно бедные страны. Более того, число стран, входящих в категорию менее “благополучных”, стало сейчас больше, чем десять лет тому назад. В 1999 г. величина валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения в Регионе колебалась от 255 долл. США до свыше 41 000 долл. США. Чем ближе мы приближаемся к восточной границе Региона, тем мрачнее становится ситуация. В последнее десятилетие страны Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и новые независимые государства (ННГ) пережили период наибольшего ухудшения ситуации. В ряде стран бедность, обусловленная низкими уровнями доходов, которая раньше затрагивала только небольшую часть граждан, стала теперь уделом значительной доли общего населения. Даже в большинстве богатейших стран, распределение богатства далеко от справедливого, и в них продолжают существовать очаги бедности.

2. Помимо этого, в течение 1990-х годов Европейский регион пережил ряд серьезных чрезвычайных ситуаций, включая вооруженные конфликты в нескольких государствах-членах. Насильственный распад бывшей Югославии был самым вопиющим тому примером: в результате военных действий на ее территории в период с 1992 по 1996 гг. было убито свыше 200 000 человек, ранено сотни тысяч человек, а почти 4 миллиона человек были вынуждены покинуть родной кров. Обусловленная этим миграция населения – как трансграничная, так и внутренняя – привела к возникновению серьезных медико-санитарных проблем.

3. Настоящий документ представляет собой попытку подытожить наиболее важные тенденции в Регионе, используя для этой цели имеющиеся данные с полным учетом их ограничений в плане точности, полноты и сопоставимости. Гораздо больше деталей будет приведено в подготавливаемом сейчас Докладе о состоянии здравоохранения в Европе. В обоих документах используются традиционные группировки стран, т.е. Западная Европа – страны с развитой рыночной экономикой, как входящие, так и не входящие в Европейский союз (ЕС); ННГ – 15 новых независимых государств, образовавшихся после распада Советского Союза; СЦВЕ – 12 стран Центральной и Восточной Европы, в которых раньше была централизованная плановая экономика¹. В то же время признается тот факт, что во многих случаях эти группировки нельзя использовать для сопоставления ввиду существенных различий в положении конкретных стран. Вопрос о субрегиональных группировках потребует пересмотреть в ходе подготовки будущих докладов.

4. В докладе подчеркивается увеличивающийся разрыв в состоянии здоровья между странами Европейского региона, находящий свое отражение в широком диапазоне различий по целому ряду показателей здоровья. В нем также подчеркивается, что важную роль в формировании этого разрыва играют социально-экономические детерминанты здоровья. Даже в большей степени, чем когда-либо прежде, главная задача, стоящая сейчас перед каждым государством-членом и сообществом европейских стран, – обеспечить солидарность и многосекторальность в области охраны здоровья.

¹ Такая группировка стран используется главным образом для того, чтобы проводить достоверные сравнения исторически аналогичных тенденций (особенно это касается смертности среди 15 ННГ). По мере того как эти тенденции будут изменяться, может возникнуть потребность в пересмотре субрегиональных группировок.

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Ожидаемая продолжительность жизни и смертность

5. В последние десятилетия двадцатого столетия наблюдалось усиление восточнозападного градиента в показателях смертности, а также различий в ожидаемой продолжительности жизни между людьми, живущими в восточной и западной частях Европейского региона ВОЗ. Во всех западных странах наблюдалось постоянное повышение показателя ожидаемой продолжительности жизни. В странах ЕС средний его прирост составил около четырех лет в период с 1970 по 1995 гг. для таких возрастных групп, как новорожденные, 15-летние и 65-летние. Несмотря на то, что в 1970 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении была в среднем одинаковой в восточной и западной частях Региона, затем между СЦВЕ и странами ЕС сформировался разрыв, который достиг пяти лет в 1990 г. и шести около 1999 г. Соответствующий разрыв между странами ЕС и ННГ еще шире (соответственно шесть и десять лет). В ННГ наблюдались большие колебания в показателях ожидаемой продолжительности жизни, в частности выраженное его снижение в период с 1986 по 1994 гг. Последние значения этих показателей, хотя они все еще находятся ниже значений 1970 г., свидетельствуют об улучшении ситуации. Тенденции среди мужчин и женщин являются аналогичными – с традиционно более низкими показателями среди мужчин. Тем не менее, различия в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами и мужчинами являются гораздо более выраженными в ННГ (в среднем свыше 10 лет) и СЦВЕ (около 7,5 лет), чем в ЕС (около 6 лет). В соответствии с самыми последними докладами 25 стран в Регионе уже достигли уровня ожидаемой продолжительности жизни при рождении, превышающего 75 лет, в то время как в 12 странах он находится ниже 70 лет.

6. Данные, имеющиеся на субнациональном уровне, свидетельствуют о том, что региональные различия внутри стран более выражены в восточной части Региона. Так, например, различие между самыми высокими и самыми низкими показателями ожидаемой продолжительности жизни для округов в Швеции составляет около 2 лет, в то время как различия по этому показателю между областями Российской Федерации могут достигать 15 лет.

7. Анализ тенденций смертности в Европе в разбивке по половозрастным группам показывает, что наибольшие различия между средними значениями для ЕС и ННГ касаются смертности людей в возрасте от 25 до 34 лет. С увеличением возраста относительное различие постепенно уменьшается. Смертность в возрастной группе 15–64 года вносит 7,5 года (58%) в общий показатель (12,8 лет) различий между востоком и западом по такому показателю, как ожидаемая продолжительность жизни мужчин. Анализ изменений показателей смертности, имевших место в период снижения ожидаемой продолжительности жизни до 1994 г. и последующего их улучшения в 1995–1997 гг., показывает, что эти изменения главным образом были связаны с колебаниями показателей смертности, обусловленной внешними причинами и сердечно-сосудистыми болезнями среди людей среднего возраста.

Бремя болезней

Инфекционные болезни

8. В западноевропейских странах отмечалось устойчивое снижение или стабилизация показателей заболеваемости и смертности, обусловленной инфекционными болезнями. В восточной части Региона, однако, ситуация гораздо менее удовлетворительная. В 1990-х годах в СЦВЕ был зарегистрирован умеренный рост заболеваемости и смертности, в то время как в ННГ в ряде случаев имело место резкое повышение этих показателей. Согласно последним имеющимся данным, в конце последнего десятилетия ситуация начала улучшаться.

9. В период с 1990 г. в ННГ разразилась огромная эпидемия дифтерии. В других странах Европы также были зарегистрированы отдельные случаи заболевания дифтерией. На данный

момент эпидемия дифтерии поставлена под контроль, и частота этой болезни в большинстве стран вернулась к предэпидемическому уровню.

10. Эпидемическая малярия, почти полностью ликвидированная в Европе в 1980-х годах, снова стала угрожать некоторым странам Региона с 1990 г. В 1997 г. в Регионе было зарегистрировано 76 996 случаев малярии – главным образом в Азербайджане, Таджикистане и Турции, и в меньшей степени в Армении и Туркменистане. Кроме того, в других странах имели место отдельные случаи завозной малярии. В настоящее время малярия принимает эпидемические масштабы в Грузии и Узбекистане. Однако несмотря на это, с 1996 г. общий показатель заболеваемости малярией в Регионе снижается (32 724 случая в 2000 г.).

11. Кампания ВОЗ по ликвидации полиомиелита была успешно проведена, о чем свидетельствует тот факт, что за последние два года в Регионе не было зарегистрировано ни одного случая полиомиелита, обусловленного диким полиовирусом. В последнее время в Болгарии было выявлено два случая заболевания завозным полиомиелитом, что указывает на то, что в некоторых уязвимых и невакцинированных группах завозной полиовирус продолжает оставаться серьезной угрозой. Хорошая система эпиднадзора, поддерживаемая местными властями, позволила принять своевременные ответные действия.

12. Глобальная цель Расширенной программы ВОЗ по иммунизации – снижение на 95% смертности от кори – была достигнута.

13. Двумя важнейшими проблемами для Европейского региона являются туберкулез и ВИЧ/СПИД. В странах Западной Европы частота случаев СПИДа начала снижаться, что частично объясняется эффективностью антиретровирусной терапии, позволяющей отсрочить начало заболевания у ВИЧ-инфицированных. В последние несколько лет в ННГ был отмечен очень тревожный рост распространения ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем. В 1999 г. в Регионе было выявлено свыше 370 000 новых случаев туберкулеза – самый высший показатель, зарегистрированный за последние два десятилетия. Большинство этих случаев имели место в СЦВЕ и ННГ. Кроме того, в Регионе распространяются резистентные формы туберкулеза, лечение которых является более трудной задачей и связано с гораздо большими расходами (примерно в сто раз). Дальнейшую озабоченность вызывают также эпидемии туберкулеза в тюрьмах и ИТУ и ассоциация между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

Неинфекционные болезни

14. Неинфекционные болезни являются наибольшей проблемой во всех частях Региона. Сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические болезни легких – это основные причины заболеваемости и нездоровья. В 1990 г. потеря лет здоровой жизни (т.е. лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности – DALY) в результате неинфекционных болезней составила 73% от общей величины потери лет здоровой жизни в бывших социалистических странах и 82% – в странах с развитой рыночной экономикой. Предполагается, что к 2020 г. эти показатели могут увеличиться соответственно до 80% и 84%.

15. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной примерно половины всех случаев смерти в Европе, с диапазоном значения от 60% в некоторых СЦВЕ и ННГ до 35% в ряде стран ЕС. Смертность от ССЗ является причиной свыше половины различий в показателях ожидаемой продолжительности жизни между восточной и западной частями Региона. Средние показатели смертности от ССЗ на 100 000 населения в возрасте до 65 лет были аналогичными (около 100) в 1970 г., однако в настоящее время этот показатель равен примерно 50 – в Западной Европе, 106 – в СЦВЕ и 240 – в ННГ. Однако на значимость этих показателей при сопоставлении данных по странам или группам стран влияют различия в практике регистрации случаев смерти. Так, например, как это отмечалось в последнем докладе о состоянии здоровья населения в Европе

(1997 г.)², чрезмерно высокая смертность от ССЗ среди мужчин в некоторых странах Восточной Европы может частично объясняться последствиями алкогольной интоксикации.

16. Злокачественные новообразования являются причиной почти одной пятой всех случаев смерти, при этом диапазон значений варьируется от около 30% в некоторых западноевропейских странах до приблизительно 10% в ряде стран восточной части Региона. Средний показатель смертности от рака у людей в возрасте 0–64 года составляет 80 на 100 000 населения в ЕС, 106 в СЦВЕ и 101 в ННГ. В западной части Европы этот показатель снизился, и в настоящее время он примерно на 13% ниже уровня 1980 г. В большинстве СЦВЕ наблюдалось повышение этого показателя до 1990 г., после чего имело место его выравнивание, а начиная с 1995 г. даже его небольшое снижение. Аналогичная тенденция отмечается и в ННГ. Среди лиц в возрасте 65 лет и старше онкологическая смертность выше в западной части Региона.

17. По мере старения населения в области здравоохранения возрастают проблемы, связанные с другими хроническими болезнями, такими, как диабет, хронические респираторные болезни, нарушения скелетно-мышечного аппарата. Здесь следует отметить, что в Европе насчитывается 20–25 миллионов человек, страдающих от диабета. Данные по смертности указывают на стабилизацию или снижение этого вида заболеваемости в странах ЕС и СЦВЕ, но повышающиеся ее тенденции в ряде ННГ.

Психическое здоровье

18. Масштабы психических расстройств, как правило, недооцениваются. Нарушения психического здоровья, включающие в порядке возрастания такие проблемы, как стресс, депрессия, невроз, выраженный психоз, – это наиболее распространенные проблемы со здоровьем в любой популяции. Удельный вес населения с выраженными психическими расстройствами, зарегистрированными и сообщенными странами, колеблется от менее 1% до 6%, при этом в большинстве стран этот диапазон составляет 1–3%. Однако менее серьезные нарушения, которые часто остаются незарегистрированными, являются гораздо более распространенными.

19. Согласно оценкам о глобальном бремени болезней, на психические и неврологические расстройства приходится 11% общих лет здоровой жизни, утраченных в результате всех болезней и травм в 1999 г. На одну только депрессию приходится 4,1% от этой общей величины, в результате чего она становится четвертой по значимости причиной бремени болезней. Предполагается, что депрессия станет второй ведущей причиной потери лет здоровой жизни к 2020 г., уступая место только ишемической болезни сердца. Депрессия оказывает значительное воздействие на трудоспособность населения, а также приводит к повышению смертности. Несмотря на то, что показатели смертности от самоубийств и самоповреждений показали в среднем небольшое снижение в странах ЕС и СЦВЕ, уровень этого вида смертности в ННГ, после его резкого снижения в 1984–1986 гг. повышался с 1990 по 1995 гг.

20. Причины и последствия психических нарушений различаются в зависимости от преобладающих в конкретной стране социальных и экономических факторов. В странах Восточной Европы наблюдается ассоциация между проблемами психического здоровья и снижением ожидаемой продолжительности жизни, имевшим место в последнее десятилетие и связанным с экономическими и социальными преобразованиями, происходившими в этот же период времени. В частности, имеются данные, указывающие на наличие корреляции между неблагоприятными социально-экономическими условиями и распространенностью депрессий.

21. Подходы к охране психического здоровья сильно различаются в разных частях Европейского региона. В странах, расположенных на востоке, все еще функционируют очень

² “Здоровье населения в Европе – 1997 г.: отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996–1997 гг.)”. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 83).

крупные психиатрические больницы, в то время как в западных странах предпочтение отдается методам лечения на уровне общины. Однако с реализацией этого подхода также возникают проблемы, такие, например, как недостаточный доступ к врачам-специалистам и негативное отношение местного населения, которое не всегда готово принять в свое лоно лиц с психическими расстройствами.

Несчастные случаи

22. На несчастные случаи и другие причины травм и отравлений приходится примерно одна десятая всех случаев смерти (в среднем около 6% и 12% соответственно в западной и восточной частях Региона). Лидирующее положение в структуре смертности среди более молодых групп занимают внешние причины травм и отравлений, и поэтому на них приходится большая доля случаев преждевременной смерти. В среднем стандартизированный коэффициент смертности от внешних причин в 1999 г. был ниже 40 на 100 000 населения в ЕС (уменьшение на более чем 30% в сравнении с 1980 г.). В период с 1980 по 1992 гг. в СЦВЕ отмечался средний показатель этого вида смертности, равный примерно 80 на 100 000 населения, но затем он постепенно снизился до 65 на 100 000 населения к 1999 г. В ННГ в среднем наблюдалось значительное снижение этого показателя – со 140 до 92 на 100 000 населения в период с 1980 по 1987 гг., после чего имело место резкое его повышение до 188 в 1994 г. Затем этот показатель несколько улучшился, однако средние его значения все еще превышают уровень 1980 г.

Различия в состоянии здоровья на уровне популяций

Здоровье детей

23. Шансы того, что ребенок родится здоровым и доживет до первого дня рождения, не равны во всех частях Региона. В западноевропейских странах достигнуты очень низкие уровни младенческой смертности. Однако даже в них все еще наблюдаются значительные различия по этому показателю между социальными группами. В восточной части Региона показатели младенческой смертности постепенно снижаются в последние два десятилетия, однако они все еще остаются высокими по сравнению с соответствующими значениями в странах Западной Европы. Согласно последним сообщенным официальным данным, в шести странах Региона младенческая смертность все еще превышает 20 на 1000 живорожденных (однако согласно другим источникам, эти показатели являются более высокими не только в этих, но и в некоторых других странах), в то время как в 30 странах этот показатель регистрируется на уровне ниже 10 на 1000 живорожденных. Нежелательные беременности и беременности в подростковом возрасте – это один из наиболее важных факторов риска младенческой смертности как в восточной, так и в западной частях Европейского региона.

24. Имеются также большие различия и применительно к вероятности смерти до достижения пяти лет жизни: соответствующие показатели колеблются от менее 5 до свыше 50 на 1000 живорожденных, со средним значением равным 6 на 1000 в ЕС и 15 на 1000 в СЦВЕ и 26 на 1000 живорожденных в ННГ. Дети все еще продолжают умирать от болезней, которые могут быть предупреждены или излечены. Во многих странах одной из важнейших причин заболеваемости и смертности среди детей в возрасте до пяти лет являются диарейные заболевания и острые респираторные инфекции. Смертность в возрасте до пяти лет от несчастных случаев и других внешних причин резко снижается в большинстве стран Региона, однако в некоторых ННГ этот показатель все еще в несколько раз выше среднего для Европы.

25. Бедность и незащищенность – это важнейшие детерминанты здоровья детей. Наиболее существенными факторами в этой области являются социальные беспорядки и вооруженные конфликты, которые имели место в целом ряде стран Региона. Еще одним важным фактором в этом отношении является значительное неравенство в охвате и качестве перинатальных и постнатальных служб как между странами, так и в рамках одних и тех же стран.

Здоровье подростков

26. Ведущая причина смертности среди подростков – это несчастные случаи. Показатели смертности в результате внешних причин в возрастной группе 5–19 лет снизились в большинстве европейских стран. С другой стороны, в ННГ по-видимому наблюдается их выравнивание на уровне 28–29 на 100 000 населения.

27. Показатель беременности среди девушек в возрасте от 15 до 19 лет в большинстве европейских стран колеблется от 12 до 25 на 1000, однако в некоторых странах эти показатели гораздо выше. В ряде стран увеличились показатели беременности в возрастной группе 12–13 лет. Эти нежелательные беременности часто становятся причиной опасных аборт, связанных с серьезными последствиями для здоровья девочек-подростков.

28. Среди других приоритетных вопросов, относящихся к здоровью подростков, следует назвать применение незаконных наркотических средств, алкоголя и табака. В частности, следует отметить, что во многих странах среди подростков повысились уровни потребления алкоголя и курения, что свидетельствует об ограниченной эффективности нынешних стратегий, направленных на молодежь.

Здоровье женщин

29. Показатели материнской смертности характеризуются существенными различиями между странами. В странах Западной Европы достигнуты очень низкие их значения, выровнявшиеся в последнее десятилетие на уровне 5–6 на 100 000 живорожденных. В СЦВЕ и ННГ до 1990 г. средний показатель материнской смертности составлял около 40–50 на 100 000 живорожденных. За прошедший с того времени период этот показатель снизился в СЦВЕ до около 15 на 100 000 живорожденных, в то время как аналогичное снижение в ННГ было гораздо медленней, достигнув в настоящее время уровня 35 на 100 000 живорожденных.

30. Понятие “здоровье женщин” не ограничивается лишь состояниями, относящимися к женской репродуктивной функции, а охватывает все аспекты их физического и эмоционального состояния на протяжении всей жизни. В СЦВЕ и ННГ в последнее десятилетие, характеризующее переходом на рыночную экономику, были отмечены: утрата имевших ранее место улучшений здоровья женщин, рост различий в показателях заболеваемости и смертности внутри и между странами, снижение фертильной функции женщин. Еще в большей степени пострадало здоровье женщин в тех случаях, когда они оказывались в полосе военных действий или в ситуации беженцев.

31. Обусловленное половой принадлежностью насилие включает различные виды сексуального надругательства, включая бытовое насилие, изнасилование, сексуальное нападение, сексуальное насилие над детьми, торговля женщинами, проституция, сексуальные домогательства. В рамках Региона от 20% до 50% женщин когда-либо подвергались одной или нескольким формам жестокого обращения. Особенно уязвимыми в этом отношении являются женщины-мигранты и женщины-беженцы, которые требуют особого внимания.

Старение и здоровье

32. Из 20 стран мира с самой высокой долей пожилого населения 18 находятся в Европейском регионе ВОЗ. Удельный вес населения старше 65 лет в этих странах составляет от 13,2% до 17,9%.

33. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет продолжает постепенно увеличиваться в странах ЕС, где она достигла среднего значения свыше 18 лет (прирост около 2,5 лет по сравнению с 1980 г.). Это повышение было гораздо менее выраженным в СЦВЕ, в которых среднее значение составило в 1999 г. около 15 лет (прирост менее одного года в сравнении с 1980 г.). В ННГ ситуация ухудшается начиная с 1990 г., и в 1999 г. среднее значение этого показателя составило 14 лет (потеря, равная полугоду, по сравнению с 1980 г.). Данные,

имеющиеся по странам Западной Европы, показывают, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 65 лет не сопровождается увеличением периода жизни с сильными ограничениями жизнедеятельности. Ожидаемая продолжительность жизни женщин в возрасте 65 лет продолжает стабильно оставаться на уровне около трех-четырёх лет выше среднего для мужчин во всех частях Региона.

34. Почти во всех европейских странах на широкую категорию онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, взятых вместе, приходится около двух третей всех случаев смерти у людей в возрасте 65–74 года, и половины случаев смерти у людей старше 75 лет. Несчастные случаи также являются одной из важных причин инвалидизации и смерти в этой возрастной группе.

35. Проблема физического насилия по отношению к людям старшего возраста со стороны обслуживающего персонала (по месту жительства или в домах престарелых) получила большое признание во всех частях Европы, равно как и проблема различных видов злоупотреблений, эксплуатации и пренебрежительного обращения по отношению к этой возрастной группе. Научные исследования в этой области в настоящее время находятся на этапе выявления масштабов данной проблемы и идентификации факторов риска.

ОСНОВНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

36. В настоящее время уже традиционным подходом стало рассмотрение длинного перечня детерминантов здоровья, таких, как генетические и индивидуальные факторы, образ жизни, окружающая среда, а также наличие и эффективность служб здравоохранения. Огромные различия в состоянии здоровья, наблюдаемые как между странами, так и между различными группами населения внутри стран наглядно продемонстрировали тот факт, что все эти детерминанты связаны с социально-экономическими факторами, которые лежат в основе политического и социального развития.

Социально-экономическое неравенство

37. Бедность – независимо от того, определяется ли она по уровню доходов, социально-экономическому статусу, условиям жизни или образовательному уровню – это один из важнейших детерминантов нездоровья. Бедность приводит к повышению индивидуальных и экологических факторов риска, возрастающей угрозе недостаточного питания, уменьшению доступа к информации и знаниям, а также снижению возможностей в плане получения необходимой медицинской помощи. Создавая порочный круг, нездоровье, в свою очередь, приводит к бедности за счет снижения уровней производительности, доходов и качества жизни. Ряд стран все еще сообщают о том, что большая доля их населения живет на менее чем 2 долл. США в день. Относительная бедность также является серьезной проблемой в Регионе, в котором около 165 миллионов человек живут ниже черты бедности.

38. Влияние социально-экономического неравенства на здоровье населения не сводится только к вопросу бедности. Имеется значительный массив данных, свидетельствующих о том, что различия в уровне здоровья между странами и социальными группами внутри стран связаны не только с уровнем доходов, но так же и с неравенством в их распределении. Анализ различий в состоянии здоровья населения стран Европейского региона показывает, что различия по показателям смертности с учетом социального положения демонстрируют четкий градиент: коэффициент смертности обратно пропорционален тому месту, которое люди занимают в социальной иерархической пирамиде. Тревожной тенденцией является то, что большинство этих социально-экономических различий, ассоциируемых с уровнем смертности, по-видимому увеличиваются в восточной части Региона. В значительной степени изменения в уровнях

ожидаемой продолжительности жизни, наблюдаемые в СЦВЕ и ННГ, могут быть связаны с увеличением бедности и степени неравенства доходов.

39. Было показано, что бедность и низкий экономический статус ассоциируются с распространением таких болезней, как туберкулез и ВИЧ-инфекция/СПИД, с материнской и младенческой смертностью, с распространением эпидемии курения и с риском жизни в неблагоприятной для здоровья среде обитания. Таким образом, стратегии для решения проблемы бедности и социально-экономического неравенства имеют ключевое значение для улучшения здоровья населения и снижения неравенства в области здоровья.

Образ жизни

Питание

40. Бремя болезней, связанных с неадекватным питанием, часто недооценивается. Предварительные анализы показывают, что 4,5% всех потерь лет здоровой жизни (индекс DALY) обусловлены плохим питанием, а еще 3,7% – ожирением. Основными проблемами для здоровья, связанными с питанием, являются следующие: недостаточный уровень грудного вскармливания (с большими различиями, наблюдаемыми между странами), излишняя масса тела и ожирение (эта проблема быстро возрастает во всех возрастных группах), инсулиннезависимый диабет (в большинстве стран от этой болезни страдает около 4% населения), слишком высокий уровень потребления жиров и недостаточное потребление фруктов и овощей, дефицит йода и железа в рационе питания. Тем не менее, лежащие в основе этих проблем причины опять же сводятся к следующим: (i) относительная и абсолютная бедность, особенно среди безработных и пожилых, которые вынуждены питаться, исходя из возможностей своего низкого бюджета, (ii) неустойчивая система производства и распределения пищевых продуктов.

Физическая активность

41. Если в предыдущих рекомендациях подчеркивалась важность энергичных непрерывных упражнений, например, аэробики, для улучшения физического благополучия и выносливости, то накопленные в последнее время фактические данные показывают, что умеренно интенсивные и перемежающиеся физические упражнения в течение дня также способствуют улучшению здоровья. Согласно имеющимся оценкам, ликвидация такой проблемы, как гиподинамия в частности позволит сократить заболеваемость ишемической болезнью сердца на 15–39%, инсультом на 33%, гипертензией на 12%, диабетом на 12–35%, раком толстой кишки на 22–33%, раком молочной железы на 5–12%, и поможет снизить на 18% частоту случаев переломов, связанных с остеопорозом.

42. Лишь в немногих европейских странах на регулярной основе проводится оценка уровня физической активности среди населения. Исследование, охватившее 15 стран ЕС, показало, что с точки зрения здоровья в среднем 57% населения ведут недостаточно активный образ жизни. Конкретные показатели варьируются от 32% (Швеция) до 83% (Португалия).

Табак

43. Табакопотребление приводит к гибели 1,2 миллиона человек (14% от всех случаев смерти) каждый год. Наиболее выраженной эта проблема является в Восточной Европе. Если к 2020 г. не будут внедрены более жесткие меры по борьбе с табакопотреблением, табак может стать причиной ежегодной гибели свыше 2 миллионов человек.

44. В первой половине 1980-х годов около 40% взрослых мужчин в Европе относились к категории ежедневных курильщиков, а распространенность курения среди женщин и молодежи увеличивалась в большинстве стран. В конце 1999 г. доля ежедневно курящего населения в возрасте свыше 15 лет колебалась от 14% до 48%. Около одной трети мужчин в западной части Региона курили, а еще одна треть были бывшими курильщиками. В восточной части Региона

распространенность табакопотребления среди мужчин превышала 50% во многих странах. В большинстве стран распространенность курения среди женщин ниже, чем среди мужчин, по крайней мере на 15%. Распространенность табакокурения стабилизировалась в западной части Региона, но увеличилась в странах, расположенных в бассейне Средиземного моря.

45. Среди молодежи курение – это хорошо укоренившийся вид поведения, для которого, по-видимому, не характерна никакая-либо тенденция к снижению. Напротив, этот показатель увеличивается во многих странах. Исследование “Валеологическое поведение детей школьного возраста”, которое охватило 24 европейских страны, показывает, что результаты обследований, проведенных в 1993/1994 гг. и 1997/1998 гг., мало чем отличаются друг от друга. Между странами особенно выражены различия в гендерной перспективе: юноши старше 15 лет курят чаще, чем девушки, во всех СЦВЕ, в то время как в большинстве стран Западной Европы девушки, как правило, курят чаще, чем юноши.

46. Изменения в показателях смертности, обусловленной раком трахеи, бронхов и легких – это полезный индикатор тенденций распространенности курения и его последствий для здоровья. Стандартизированный коэффициент этого вида смертности у мужчин увеличивался во всех частях Европы примерно до 1990 г. Затем в большинстве стран Региона была отмечена его стабилизация или снижение. В период с 1994 по 1998 гг. средний ежегодный коэффициент этого вида смертности на 100 000 населения снизился с 83 до 73 в ННГ и с 73 до 69 в странах ЕС, в то время как в СЦВЕ он стабилизировался на уровне 88. Эта тенденция соответствует выявленным изменениям в распространенности курения. Среди женщин коэффициент этого вида смертности увеличился как в странах ЕС, так и в СЦВЕ.

Алкоголь

47. Каждый год свыше 55 000 молодых европейцев умирают в связи со злоупотреблением алкоголем, иными словами, каждая четвертая смерть у европейских мужчин в возрасте 15-29 лет связана с алкоголем. Потребление алкоголя – это причина примерно 9% всего бремени болезней в Регионе, т.к. оно повышает риск развития цирроза печени, болезней сердца, инсульта, злокачественных новообразований, психических нарушений и других патологий. Кроме того, от 40% до 60% всех случаев смерти в результате травм также объясняются употреблением алкоголя. Потребление алкоголя, особенно до состояния острого алкогольного опьянения, по-видимому, является причиной значительной доли различий в показателях смертности молодых взрослых, имеющих место между странами ЕС, с одной стороны, и СЦВЕ/ННГ – с другой. В Европейском регионе зарегистрирован самый высокий средний уровень потребления алкоголя в мире – 7,3 л чистого алкоголя на душу населения (по данным на 1998 г.). Если к этой цифре добавить ориентировочные уровни незарегистрированного потребления спиртного, то суммарное значение в ряде стран составит около 20 л алкоголя на душу населения.

48. Злоупотребление алкоголем повышает риск развития семейных, производственных и социальных проблем. Взаимозависимость между алкоголем и преступностью имеет сложный характер, однако можно утверждать, что алкоголь играет прямую или косвенную роль в различных видах насилия, преступного поведения, убийств и самоубийств. Потребление алкоголя наносит огромный ущерб обществу, который включает как связанные с этим издержки в системах социального обеспечения, здравоохранения и правопорядка, так и расходы, связанные с производственными потерями. Общие расходы для общества, связанные с потреблением алкоголя, составляют от 1% до 3% валового внутреннего продукта той или иной страны.

49. В целом, западноевропейским странам удалось добиться больших успехов в области внедрения более жесткой политики контроля за сбытом алкогольных напитков, снижения уровня их потребления и уменьшения связанного с алкоголем вреда, по сравнению со многими странами в Центральной и Восточной частях Региона. Одиннадцать стран в Западной Европе, четыре – в СЦВЕ и три – в ННГ приняли и проводят в жизнь более жесткие стратегии, направленные на ограничение потребления алкоголя.

Наркотические средства

50. Наркотическая ситуация в Европе продолжает ухудшаться. В странах Западной Европы среди молодежи широко распространено применение марихуаны, продолжает увеличиваться потребление амфетамин-подобных стимулянтов и кокаина и комбинаций различных наркотических средств, в то время как уровень применения опиатов (героин) стабилизируется. Чем дальше мы двигаемся на восток Региона, тем более тревожной становится ситуация. Особую озабоченность вызывает повышение инъекционного применения опиатов, наблюдаемое в ряде СЦВЕ, и рост этого вида практики в большинстве ННГ. Одновременно в ННГ наблюдается очень серьезная вспышка ВИЧ-инфекции. Совместное использование загрязненных игл и шприцев – это одна из важнейших причин быстрого распространения данной инфекции. Кроме того, среди лиц, потребляющих наркотики, высокой также является заболеваемость гепатитом – до 60% и даже более. Во многих общинах лица, употребляющие наркотики, также подвержены большому риску развития психиатрических проблем. Некоторые исследования показывают, что распространенность выраженных депрессивных состояний среди потребляющих наркотические средства может быть в три раза выше, чем среди общей популяции.

Окружающая среда

51. В последние 20 лет отмечается рост обеспокоенности относительно воздействия опасных факторов окружающей среды на здоровье человека. Механизмы этого вида воздействия являются сложными по своему характеру. Опыт показал, что негативное воздействие окружающей среды на здоровье человека может быть уменьшено только в контексте устойчивого развития и на основе совместной работы с соответствующими органами власти и заинтересованными структурами и организациями. Ниже приводится краткий обзор нынешней ситуации в Регионе по наиболее важным аспектам гигиены окружающей среды.

Качество атмосферного воздуха и здоровье

52. Недавно проведенные исследования показали, что уровни загрязнения атмосферного воздуха, часто наблюдаемые в Регионе, действительно оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье человека. Так, например, в странах ЕС ежегодно может иметь место от 100 000 до 300 000 случаев смерти, обусловленных взвешенными в воздухе твердыми частицами, в то время как табачный дым, присутствующий в среде обитания, может стать причиной от 5000 до 10 000 случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, 1000 случаев смерти от рака легких у некурящих и 500 000 случаев инфекций нижних дыхательных путей у детей.

Безопасность пищевых продуктов и здоровье

53. Во многих странах было зарегистрировано значительное увеличение числа случаев бактериального заражения продуктов питания. В странах ЕС и Норвегии с 1996 г. осуществляется мониторинг остаточных пестицидов во фруктах и овощах. В 1998 г. уровни остаточных пестицидов превысили рекомендуемые значения в 3,1% всех проб. Почти 100 человек умерли от инфекции, вызванной агентом губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота. (Свыше 180 000 случаев этой болезни у коров было зарегистрировано в Великобритании и 1674 – в других частях Европы.)

Вода и здоровье

54. По последним данным в 19 странах было зарегистрировано свыше 700 вспышек болезней, передаваемых через воду, при этом в ходе каждой из этих вспышек в среднем пострадало 220 человек. Однако зарегистрированные вспышки отражают различия не только по их частоте, но и по таким аспектам, как оперативность выявления вспышки, эффективность ее исследования и оперативность и полнота оповещения о ней. Восемь стран считают, что одной из важных проблем для них является загрязнение питьевой воды пестицидами, а несколько стран сообщают о высоких концентрациях нитратов в питьевой воде, что может оказать неблагоприятное воздействие на здоровье детей грудного и раннего возраста.

Ионизирующая радиация и здоровье

55. В некоторых популяциях экспозиция к естественной радиации может представлять существенную проблему для здоровья человека. Так, например, присутствие радона в жилых помещениях может привести к получению людьми ежегодных доз облучения, превышающих допустимый предел профессиональной экспозиции.

56. Согласно полученным сообщениям, небольшое число выбросов ионизирующей радиации было обусловлено авариями на атомных электростанциях и полигонах, предназначенных для испытания оружия и его удаления. Так, в Российской Федерации было отмечено повышение заболеваемости лейкемией в результате Кыштымской аварии, а облучение населения в результате Чернобыльской аварии в 1986 г. привело к развитию 1800 случаев рака щитовидной железы. Экспозиция к источникам ионизирующей радиации часто ассоциируется с негативными психосоциальными последствиями. Так, помимо повышения заболеваемости раком щитовидной железы существенное негативное воздействие на здоровье населения имели психосоциальные последствия Чернобыльской аварии.

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

57. Характер деятельности системы здравоохранения во многом зависит от того, как она построена, финансируется и регулируется, а также от того, каким объемом финансовых ресурсов она располагает. Страны Европейского региона используют различные подходы к построению своих систем здравоохранения и управлению ими. Значительные различия существуют, например, по таким параметрам, как метод финансирования (оказывающий существенное влияние на доступ к медицинской помощи, справедливость и сдерживание расходов), степень централизации, сбалансированность между профилактическими и лечебными подходами и между первичным, вторичным и третичным уровнями медицинской помощи, внимание, которое уделяется вопросам оценки и правам пациентов. Сотрудничество ВОЗ в этой области направлено на то, чтобы помочь государствам-членам понять, как они могут измерять деятельность своих систем здравоохранения, выявлять факторы, определяющие их эффективность, а также улучшать свою систему здравоохранения, с тем чтобы она позволяла лучше удовлетворять потребности населения.

Политика в отношении систем здравоохранения

Организация и управление

58. Вопросы организации и управления системой здравоохранения относятся к наиболее приоритетным во всех государствах-членах. Это объясняется тем, что на фоне сохранения ресурсов на прежнем уровне или даже их снижения повышается спрос на объем и качество медицинских услуг. В этой области опыт последних нескольких лет позволяет сделать два следующих наблюдения. Во-первых, ориентированные на развитие рынка стратегии в области здравоохранения, включающие такие меры, как приватизация, создание систем взимания платежей с пользователей или выплаты гонораров за оказываемые медицинские услуги, стимулирование конкуренции между поставщиками или покупателями медицинской помощи, а также продвинутые формы децентрализации, показали свои ограничения с точки зрения их воздействия на справедливость в области охраны здоровья и их способности добиться ожидаемого повышения эффективности. Во-вторых, сближение различных систем здравоохранения, которое предсказывали некоторые люди, пока что не произошло. Множество одинаковых проблем характерны для всех систем, ряд технических решений приобрели широкую популярность, однако по своим широким характеристикам системы здравоохранения Европейского региона по-видимому не развиваются в направлении какой-то единой модели. Напротив, в разных частях Региона продолжают испытываться различные пути и подходы, что способствует укреплению имеющейся базы информации об эффективности альтернативных подходов, которые могут быть

использованы государствами-членами с целью улучшения их собственной системы здравоохранения с учетом своих потребностей, ресурсов, опыта и социально-культурных реалий.

Финансирование

59. Концепция “справедливого финансирования” систем здравоохранения означает применение понятия справедливости применительно к распределению бремени финансирования среди всего населения. Она также включает концепцию защиты от финансового риска, что означает, что необходимость платить за медицинскую помощь не должна приводить к обнищанию семей.

60. Несколько исследований, посвященных вопросу справедливого финансирования систем здравоохранения в Западной Европе, показали, что важнейший источник финансирования – общий доход от налогообложения может быть наиболее справедливым подходом, за которым тесно следует социальная система медицинского страхования. Добровольная система медицинского страхования (обычно частная) и, конечно же, выплаты из личного бюджета представляются менее справедливыми. Однако все системы здравоохранения финансируются по крайней мере из двух этих источников, а последствия использования того или иного источника финансирования с точки зрения справедливости и равенства зависит от характера конкретных учреждений или организаций, регулирующих сочетание использования различных источников финансирования в той или иной стране.

61. Рассматриваемые с точки зрения справедливости характеристики различных методов финансирования, используемых в странах Западной Европы, не обязательно применимы к СЦВЕ и ННГ, в которых уровень сбора налогов гораздо ниже. Одним из результатов этого явления стало то, что выплаты из личного бюджета в этих странах значительно увеличились, что прежде всего ударило по бюджету домашних хозяйств с низким уровнем доходов. По-видимому в период с начала 1990-х годов во многих странах, переживающих период социально-экономических перемен, финансирование здравоохранения стало менее справедливым по своему характеру.

Повышение качества

62. Повышение качества предполагает как максимальное повышение стандартов медицинской помощи, так и снижение неравенства в области медицинского обслуживания. Наиболее важный подход заключается в содействии принятию основанных на фактических данных решениях на всех уровнях повседневной медицинской практики. Для того чтобы улучшить результаты оказываемой медицинской помощи с точки зрения здоровья населения, необходимо осуществлять систематическую оценку технологии здравоохранения, результаты которой должны внедряться на основе соответствующих подходов и стратегий. На клиническом уровне эффективные модели уже разработаны и реализуются в государствах-членах. Главная задача сейчас заключается в том, чтобы содействовать улучшению качества на системном уровне с помощью таких средств, как соответствующие стратегии, законодательство, система аккредитации и т.д. Важнейшими проблемами применительно к повышению качества являются трудности, связанные с объединением всех заинтересованных сторон в рамках общей стратегии, а также с необходимостью принятия стратегических решений в условиях, когда база фактических данных недостаточна и неадекватна. Большинство проводимых в Европе инициатив по повышению качества медицинской помощи все еще имеют вид разрозненных попыток, а не согласованных элементов единой системы. Другой традиционной проблемой является отсутствие интеграции между усилиями с целью повышения качества, с одной стороны, и оценки технологии здравоохранения, с другой. Будущее работы по повышению качества медицинской помощи зависит от того, насколько будут реализованы три важнейших принципа, сводящиеся к тому, что работа в этом направлении должна быть основана на знаниях, ориентирована на усовершенствование системы и нацелена на удовлетворение потребностей пациентов.

Фармацевтические средства

63. Слишком большое количество пациентов в Европе все еще не могут в полной степени пользоваться всеми возможностями существующих видов медикаментозной терапии из-за того, что работники здравоохранения и пользователи не имеют достаточных знаний и финансовых ресурсов. В восточной части Региона распространенными проблемами являются производство поддельных лекарственных средств и нелегальная продажа медикаментов, а также неэффективное осуществление законов и нормативов, принятых в области лекарственных средств. Эту малорадостную картину еще больше усугубляет проблема низкого качества фармацевтической продукции. В Регионе в целом расходы на лекарства на душу населения варьируются от менее 10 долл. США в ряде ННГ до свыше 350 долл. США в странах Западной Европы. В более бедных странах за лекарства, как правило, приходится платить самим пациентам, что означает, что больным с низким уровнем доходов и более серьезными медицинскими проблемами очень трудно получить адекватное лечение.

Права пациентов

64. С 1993 г. не менее 14 европейских стран приняли законы или хартии о правах пациентов. Европейская декларация ВОЗ по развитию прав пациентов была подготовлена в 1994 г., а европейская сеть по правам пациентов и участию граждан была создана в 1997 г. По-видимому, наиболее значительное препятствие на пути осуществления законодательства по правам пациентов – это дефицит соответствующих знаний среди медицинских работников.

Медицинское обслуживание

65. Задача систем медицинского обслуживания населения заключается в реализации политики в области здравоохранения в виде оказания населению практической медицинской помощи, включающей такие аспекты, как укрепление здоровья, предупреждение болезней, диагностика и лечение, предоставление вспомогательных услуг. Эти системы претерпевают существенные преобразования, что обусловлено такими факторами, как демографические изменения, повышающиеся требования со стороны более информированного населения, необходимость в обеспечении справедливости и доступности медицинского обслуживания, которую признает большинство правительств, новые биомедицинские и коммуникационные технологии, необходимость в контроле за расходами служб здравоохранения. Кроме того, в странах Восточной Европы перед системами здравоохранения стоят такие давние и все еще нерешенные проблемы, как избыточное число больничных коек и персонала, чрезмерно длинные сроки госпитализации, неэффективные инфраструктуры и оборудование, слабая мотивация и неадекватная подготовка медицинских работников.

66. На международном уровне испытывается недостаток полезных данных по амбулаторным медицинским службам. Стационарная помощь характеризуется поразительным сближением показателей госпитализации в рамках всей Европы к цифре, составляющей около 18 случаев на 100 человек в год. Десять лет тому назад различия по этим показателям были довольно существенными, однако за прошедший период в ННГ было отмечено быстрое их снижение, в то время как в ЕС и СЦВЕ они незначительно, но последовательно повышались. Параллельно с этим происходило снижение числа больничных коек во всех странах. Следует отметить, что в ННГ этот показатель снизился очень существенно, а в Центральноазиатских республиках это снижение носило даже еще более выраженный характер. Средняя продолжительность госпитализации уменьшилась во всех странах (например, в странах ЕС она снизилась с 14 дней в 1990 г. до 10 дней в 1997 г.).

67. Происходящие в ННГ изменения также включают сокращение числа ежегодно подготавливаемых новых медицинских работников, особенно фармацевтов и медсестер. Однако среднее число работающих в системе здравоохранения врачей в СЦВЕ – низкое по сравнению со средним показателем для ЕС, и поэтому снижающееся число выпускников медицинских ВУЗов в этих странах вызывает тревогу. Число стоматологов, работающих в системе здравоохранения во

многих странах Восточной Европы, как в СЦВЕ, так и в ННГ, составляет около половины соответствующего показателя в ЕС.

68. Системы медицинского обслуживания должны изменяться под влиянием реформ здравоохранения, проводящихся в каждой стране. Для этого процесса характерны следующие три основные цели: (i) уделение большего внимания первичной медико-санитарной помощи; (ii) предоставление эффективной медицинской помощи; и (iii) увеличение степени удовлетворенности пациентов. Проводимые в этой области обсуждения должны быть сфокусированы на нахождении оптимального соотношения между моральным императивом поддержания справедливости и солидарности в области охраны здоровья (рассматривая при этом здоровье и медицинское обслуживание как социальное право), с одной стороны, и необходимостью контроля и снижения расходов, с другой. Дилемма заключается в том, что хотя фактические данные и доказывают, что инвестирование в улучшение социальных детерминатов здоровья является подходом, более эффективным с точки зрения затрат, население и, следовательно, политики рассматривают совершенствование системы медицинского обслуживания как более важный приоритет.

Тенденции в реформировании систем здравоохранения

69. В “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.”³ указывается на четыре функции систем здравоохранения: оказание услуг; финансирование услуг; создание кадровых и физических ресурсов; управление ресурсами и полномочиями, переданными системе здравоохранения. Ввиду вышеуказанного в реформировании систем здравоохранения можно выделить следующие четыре ключевые тенденции.

70. Во-первых, страны предпринимают все усилия для нахождения лучшего **соотношения принципов устойчивости и солидарности в области финансирования**. В большинстве стран Западной Европы поддерживаются относительно высокие уровни солидарности в сборе и формировании пула финансовых ресурсов. СЦВЕ и ННГ также привержены принципу обеспечения солидарности в сфере финансирования, однако проблемы с экономической устойчивостью и внедрением новых механизмов страхования фактически привели к значительному снижению доступности медицинских услуг, в том числе с финансовой точки зрения.

71. Во-вторых, в Регионе наблюдается усиливающаяся тенденция к использованию практики **стратегических закупок** медицинских услуг как механизма, позволяющего распределять ресурсы среди поставщиков услуг с целью максимального увеличения их отдачи с точки зрения улучшения здоровья. В странах, в которых системы здравоохранения финансируются из национального бюджета, это означает разделение функций поставщиков и покупателей услуг в области здравоохранения. В странах, в которых система здравоохранения финансируется за счет социального и/или медицинского страхования страховщики переходят от практики пассивного возмещения расходов к практике активной закупки медицинских услуг и выбора их поставщиков на основе критериев эффективности с точки зрения затрат. Механизмы заключения контрактов и оплаты услуг с учетом их эффективности и действенности стали центральным элементом эффективной системы закупок медицинских услуг.

72. В-третьих, для того чтобы **повысить эффективность медицинского обслуживания**, страны приняли ряд стратегий, включающих децентрализацию системы управления поставщиками медицинских услуг; реструктуризацию стационарного сектора, предусматривающую, в частности, передачу большего количества функций вторичному и первичному звеньям здравоохранения; укрепление служб первичной медико-санитарной помощи на основе модели семейного врача; увеличение для пациентов возможностей выбора и участия в

³ “Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.

процессе оказания медицинской помощи; улучшение результатов оказываемой помощи посредством реализации новых инициатив в области оценки технологии и повышения качества.

73. В-четвертых, фактические данные, накопленные в европейских странах, показывают, что **эффективное управление со стороны правительства**, включая руководство в области разработки политики, надлежащее регулирование и эффективные действия по сбору и использованию информации, являются необходимым условием для успеха любых усилий, направленных на реформирование системы здравоохранения.

КОМПЛЕКСНАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

74. Свидетельства о необходимости переноса акцента с чисто медицинского обслуживания на охрану общественного здоровья, а также о необходимости принятия интегрированного подхода к здоровью и развитию поступают из самых различных отраслей и секторов.

75. В 1984 г. государства - члены Европейского региона ВОЗ приняли первую общую европейскую политику по достижению здоровья для всех. В частности, было достигнуто соглашение о том, что они приступят к разработке на национальном, региональном и местном уровнях межотраслевых стратегий по охране здоровья, основанных на принципах обеспечения справедливости в области здоровья и совместного участия в процессе принятия решений. Эта общеевропейская политика была пересмотрена в 1991 г., а затем еще один раз в 1998 г. Ответная реакция на эту политику была крайне разнородной. К 1990 г. в половине государств-членов, существовавших в тот период, были подготовлены документы по межотраслевой политике. Собственно говоря, лишь в небольшом числе стран были предприняты серьезные попытки для разработки стратегий, ориентированных на достижение конкретных результатов, в то время как в других странах этому подходу не было придано сколь-либо существенного значения. В большинстве случаев политика в области общественного здравоохранения разрабатывалась параллельно и практически независимо от стратегий организации служб медицинской помощи, которым уделялось наибольшее внимание. В начале 1990-х г. центральным пунктом повестки дня государств-членов стало реформирование служб здравоохранения, что главным образом было обусловлено ощущаемой необходимостью ограничить рост расходов на медицинское обслуживание. В частности, имеется очень мало информации о взаимосвязях между политикой в области здравоохранения и реформами служб оказания медицинской помощи и тому, какое влияние эти реформы оказывают на справедливость в области здоровья. Помимо трех или четырех примеров в странах Западной Европы в Регионе не проводилось каких-либо исследований, посвященных оценке хода реализации разработанных стратегий.

76. Ввиду ухудшения ситуации в области здравоохранения в СЦВЕ и ННГ, а также признания ВОЗ, ЕС и Всемирным банком того серьезного воздействия, которое бедность оказывает на здоровье населения, в середине 1990-х годов акцент вновь был поставлен на улучшение детерминантов здоровья. К 1998 г. были накоплены фактические данные, убедительно свидетельствующие о необходимости того, чтобы одним из важнейших элементов политики в области здравоохранения стал анализ причин несправедливости в области здоровья.

77. Повышение внимания к вопросам оценки воздействия на здоровье позволяет надеяться на то, что между отраслью здравоохранения и другими отраслями могут сформироваться новые отношения. Такие страны, как Нидерланды, Швеция и Великобритания же накопили ценный опыт в этой области. Этот подход по-видимому укрепит еще более в связи с тем, что ЕС в соответствии со статьей 152 Маастрихтского договора разрабатывает сейчас механизм для оценки того воздействия, которое принимаемые ею стратегии оказывают на здоровье населения.

78. Что касается ННГ, то пока что не ясно, оказала ли разработка национальной политики в области здравоохранения какое-либо влияние на переговоры с финансирующими организациями.

По мере того как в этих странах улучшаются умения и навыки выработки политики и эффективного управления, у них возрастут шансы самостоятельно определять свое будущее, несмотря на то, что некоторые мощные учреждения или доноры продолжают предлагать им свои собственные планы и программы.

Выводы

79. В Европейском регионе ВОЗ наблюдаются значительные различия в состоянии здоровья населения между западной и восточной его частями со значительным ухудшением ситуации в последней. В ряде СЦВЕ и ННГ снижающиеся показатели ожидаемой продолжительности жизни и рождаемости внесли свой вклад в формирование негативной динамики прироста населения. С учетом принятой в 1998 г. Всемирной декларации по здравоохранению и выраженной в ней приверженности государств-членов цели наивысшего достижимого уровня здоровья для всех, наблюдающиеся сейчас различия в области экономики и здравоохранения практически невозможно не рассматривать прежде всего с позиции обеспечения прав человека.

80. Для того чтобы улучшить детерминаты здоровья, необходимы более высокий уровень политической приверженности и более энергичные действия в этом направлении. Наиболее успешные стратегии поддержания и улучшения здоровья населения – это те, в которых вопросы развития и охраны здоровья решаются на основе интегрированного подхода. Общественная политика может существенно повлиять на такие факторы, как различия в уровнях доходов, возможности выбора в области здоровья, охрана окружающей среды и возможности получения образования и трудоустройства, улучшение которых может привести к улучшению здоровья и благополучия всего населения. Финансовые и правовые меры – это мощные механизмы, позволяющие эффективно бороться с причинами нездоровья. Однако для того чтобы эти механизмы срабатывали, они должны поддерживаться всеми соответствующими отраслями и учреждениями. Но самое главное заключается в том, чтобы население поддерживало их и доверяло им. В свою очередь, для этого необходимо мобилизовать все общество, провести оценку всех аспектов общественной политики с точки зрения ее воздействия на справедливость в области здоровья, а также стимулировать информированные обсуждения по этому вопросу, используя для этой цели эффективные средства коммуникации.