

ДОКЛАД
О СОСТОЯНИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ЕВРОПЕ
2002 г.

ДОКЛАД О СОСТОЯНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕ 2002



ЕВРОПА



ЕВРОПА

Всемирная организация здравоохранения как одно из специализированных учреждений системы Организации Объединенных Наций была создана в 1948 г. и выступает в качестве руководящего и координирующего органа в международной работе по здравоохранению и охране здоровья населения. Одна из уставных функций ВОЗ заключается в предоставлении надежной и объективной информации, а также рекомендаций по охране здоровья людей – функции, которую она выполняет в том числе через свою программу издательской деятельности. Посредством своих публикаций Организация стремится оказывать поддержку в развитии национальных стратегий здравоохранения и в решении наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одной из шести региональных организаций (бюро) во всем мире, каждая из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран. Европейский регион с населением 870 млн. человек простирается от Гренландии на севере и Средиземного моря на юге до тихоокеанского побережья Российской Федерации. Поэтому в программе Европейского региона ВОЗ акцент ставится как на проблемах, характерных для индустриального и постиндустриального общества, так и на проблемах стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, где идут процессы демократических преобразований.

Стремясь к достижению как можно большей доступности авторитетной информации и методических рекомендаций по вопросам охраны здоровья, ВОЗ обеспечивает широкое распространение своих публикаций в международном масштабе и способствует адаптации и переводу последних на другие языки. Содействуя укреплению и защите здоровья, а также профилактике болезней и борьбе с ними, печатная продукция ВОЗ вносит свой вклад в выполнение Организацией ее основной задачи – достижения всеми народами максимально возможного уровня здоровья.

ДОКЛАД
О СОСТОЯНИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ЕВРОПЕ
2002 г.

Европейское
региональное бюро ВОЗ
Копенгаген



ЕВРОПА

Региональные
публикации ВОЗ,
Европейская серия, № 97

ISBN 92 890 4365 2
ISSN 0258-4972

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку либо перевод своих публикаций частично или полностью. Заявки и запросы следует направлять в Отдел публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Отдел с удовольствием предоставит последнюю информацию о любых изменениях в тексте, планах выпуска новых изданий, а также об уже имеющихся перепечатанных материалах и переводах.

© Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются, с сохранением за ней всех прав, положения Протокола 2 Всемирной конвенции по охране авторских прав.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, об их органе власти или их государственных границах. Названия стран или территорий, используемые в настоящей публикации, соответствуют названиям, известным в период подготовки издания данной книги на языке оригинала.

Упоминание конкретных компаний или продукция отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их или отдает им предпочтение перед другими компаниями или изготовителями, не упомянутыми в тексте. За исключением ошибок и пропусков, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

вапечатано в Дании

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	V
Предисловие	1
Введение	2
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ – СИТУАЦИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ	7
Общая ситуация	8
Ожидаемая продолжительность жизни и смертность	11
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни	15
Бремя нездоровья	18
<i>Инфекционные болезни</i>	19
<i>Неинфекционные болезни</i>	29
<i>Психическое здоровье</i>	42
<i>Несчастные случаи и травмы</i>	44
<i>Библиография</i>	45
Ситуация с охраной здоровья по отдельным группам населения	49
<i>Здоровье детей</i>	49
<i>Здоровье подростков</i>	52
<i>Здоровье женщин</i>	56
<i>Старение и здоровье</i>	60
<i>Библиография</i>	63
ЧАСТЬ ВТОРАЯ – ОСНОВНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ	65
Социально-экономические детерминанты	66
<i>Здоровье и развитие</i>	68
<i>Бедность</i>	70
<i>Психосоциальные факторы</i>	71
<i>Занятость населения</i>	72
<i>Образование</i>	73
<i>Гендерные факторы</i>	73
<i>Библиография</i>	74

Образ жизни	75
<i>Питание</i>	75
<i>Физическая активность</i>	79
<i>Табак</i>	81
<i>Алкоголь</i>	85
<i>Незаконные наркотические средства</i>	87
<i>Библиография</i>	91
Физическая окружающая среда	93
<i>Качество атмосферного воздуха</i>	93
<i>Безопасность пищевых продуктов</i>	94
<i>Вода</i>	97
<i>Жилье</i>	98
<i>Производственная деятельность</i>	99
<i>Транспорт</i>	101
<i>Ионизирующее излучение</i>	102
<i>Глобальные изменения окружающей среды</i>	102
<i>Библиография</i>	104
ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ – ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИХ РЕФОРМИРОВАНИЕ	107
Финансирование	110
Предоставление услуг	114
<i>Первичная медико-санитарная помощь</i>	115
<i>Больницы</i>	116
<i>Качество</i>	119
Генерирование ресурсов	121
<i>Фармацевтические препараты</i>	123
Функция руководства	126
Библиография	130
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	135
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Методы оценки результативности систем здравоохранения	138
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Статистические таблицы	148

Выражение благодарности

Данный доклад был в значительной степени написан, согласован и отредактирован Anatoliy Nosikov и Jean-Paul Jardel под общим руководством со стороны Anca Dumitrescu, Roberto Bertollini и Наты Менабде. Кроме отдельно указанных случаев, авторами материалов – их имена и фамилии приводятся ниже в алфавитном порядке – являются сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ, внесшие тем самым основной вклад в подготовку доклада. Дополнительная помощь и замечания по различным проектным предложениям были получены со стороны сотрудников отдела фактических данных и информации для политики штаб-квартиры ВОЗ в Женеве.

Roger Aertgeerts
Richard Alderslade
Keith Baverstock
Xavier Bonnefoy
Assia Brandrup-Lukanow
Luca Brusati
Kees de Joncheere
Antonio Duran
Михаил Ежов
Lars Fallberg
Ainna Fawcett-Henesy
Bent Fenger
Josep Figueras
Emil Gabrielyan (Агентство по лекарственным средствам и медицинским технологиям, Армения)
Brian Gaffney (Агентство по укреплению здоровья Северной Ирландии, Соединенное Королевство)
Bernardus Ganter
Milagros Garcia-Barbero
Cees Goos
W. Philip T. James (Международная целевая группа по проблемам ожирения, Соединенное Королевство)
Marco Jermini
Isuf Kalo
Cecile Knai
Rüdiger Krech
Michal Krzyzanowski
Joe Kutzin
Ulrich Laukamm-Josten
Philip Lazarov
Peter Makara
Viviana Mangiaterra
Сэр Michael Marmot (Лондонский университет, Соединенное Королевство)
José M. Martín-Moreno (Университет Валенсии и Испанское агентство по оценке технологий здравоохранения, Испания)

Bettina Menne
Haik Nikogosian
Pekka Oja (Институт УКК, Финляндия)
Mikael Østergren
Elaine Price
Remigijus Prokhorskas
Vivian Rasmussen
Francesca Racioppi
Nina Rehn
Neville Rigby (Международная целевая группа по проблемам ожирения, Соединенное Королевство)
Anna Ritsatakis
David Rivett
Aileen Robertson
Wolfgang Rutz
Aushra Shatchkute
Sylvie Stachenko
Muthu Subramanian (Оценка здоровья и здравоохранения, Принстон, США)
Thorkild I.A. Sørensen (Институт профилактической медицины, Дания)
Cristina Tirado
Agis Tsouros
Claude Vilain
Steven Wassilak
Manfred Wildner (Баварский научно-исследовательский центр общественного здравоохранения, Университет им. Людвига-Максимилиана, Германия)
Isabel Yordi
Risards Zaleskis
Erio Ziglio
Lorenzo Zucchi

Оформление/дизайн: Tuuli Sauren
Фото: Van Parys Media


Предисловие

Новую стратегию работы со странами Европейского регионального бюро ВОЗ можно кратко охарактеризовать как “приведение услуг в соответствие с новыми потребностями”. Региональное бюро неуклонно стремится к улучшению адекватности и качества услуг, оказываемых государствам-членам и их населению. Цель в данном случае заключается в поддержке усилий стран по развитию политики здравоохранения, систем здравоохранения и программ охраны здоровья населения, а также в придании этим процессам устойчивого характера. Я твердо убежден в том, что одной из важнейших услуг, которую может предложить наше Бюро, является предоставление высококачественной, современной информации с последующим ее анализом под углом зрения формулирования политики.

Правительства стран и лица, формулирующие политику, все глубже начинают осознавать, что доступность информации позволяет совершенствовать практику выработки стратегически важных решений. Кроме того, лица, формулирующие политику в разных государствах-членах, все чаще понимают, что перед ними стоят общие проблемы, и что они могут извлечь полезные уроки из международного опыта, который позволяет пролить дополнительный свет на конкретную ситуацию в их странах. При этом задача особой сложности, стоящая перед Региональным бюро, состоит в том, чтобы, опираясь на накопленные данные и приобретенный опыт, можно было способствовать обмену этим опытом и в конечном итоге добиться реальной сопоставимости получаемых данных и показателей на уровне разных стран.

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе отвечает уставному требованию, суть которого сводится к предоставлению государствам-членам важнейшей информации по вопросам общественного здравоохранения. В докладе представлено масштабное и одновременно краткое описание состояния здравоохранения и детерминантов здоровья в Регионе и обозначены направления деятельности в области общественного здравоохранения для государств-членов и специалистов по здравоохранению европейских стран. Особый акцент на страницах доклада ставится на конкретные фактические данные, которые могут оказаться полезными для лиц, принимающих решения в сфере общественного здравоохранения. Роль этого документа в том, чтобы в сжатом виде обобщить и предложить вниманию государств-членов тот объем информации, который был сформирован, накоплен и “апробирован” в процессе взаимодействия Регионального бюро с государствами-членами по ключевой тематике и вопросам общественного здравоохранения в Европе в контексте системы ценностей и принципов ВОЗ как “единой Организации”.

Мерилом успеха этой публикации будет ее высокая оценка и практическое использование государствами-членами в их работе по совершенствованию своей политики и систем здравоохранения.



Marc Danzon

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Введение

На каком отрезке пути по достижению здоровья для всех находится Европейский регион ВОЗ? В представленном докладе предпринята попытка провести обзор и оценить не только ситуацию в Европе, но и ход работы по выполнению стоящей перед Организацией задачи оздоровления населения и противодействия ухудшению здоровья посредством:

- сокращения чрезмерной смертности, заболеваемости и инвалидности, особенно среди бедной и социально дезадаптированной части населения;
- содействия формированию здорового образа жизни и сокращения факторов риска здоровью человека, обусловленных влиянием окружающей среды, а также экономических, социальных и поведенческих причин;
- развития таких систем здравоохранения, которые на равноправной основе позволяют улучшить параметры состояния здоровья, своевременно реагировать на правомерные запросы населения и обеспечить справедливое распределение финансовых средств; и
- выработки жизнеспособной политики и создания благоприятной институциональной среды для сектора здравоохранения, а также поощрения такой ситуации, при которой вопросам охраны здоровья в рамках социальной и экономической политики, политики по защите окружающей среды и в области развития отводится достойное место.

В свете вышесказанного в первом разделе доклада приводится сравнительная оценка ситуации и тенденций в области здравоохранения с точки зрения таких показателей, как ожидаемая продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни и бремя нарушений здоровья, а также проводится анализ распределения уровней здоровья как внутри, так и между отдельными группами населения. Во втором разделе делается экскурс в историю развития концепции основных детерминантов здоровья с упором на социально-экономические факторы. Третий раздел посвящен системам медицинского обслуживания, от качества функционирования которых во многом зависит успешное выполнение задач по укреплению здоровья населения, обеспечению равноправного доступа и соблюдению принципов солидарности в области финансирования. Обращая пристальное внимание на анализ основных функций систем здравоохранения, данный раздел раскрывает потенциальные возможности и тенденции при реформировании систем здравоохранения и проведении в жизнь определенной политики.

Наряду с кратким обзором и сравнительной оценкой важнейших тенденций в области состояния здравоохранения, детерминантов здоровья и факторов риска, а также качества работы систем здравоохранения в разных странах Региона, в настоящем докладе предпринята попытка взять за основу предложенную ВОЗ новую схему по измерению параметров здоровья контингентов населения и подготовке соответствующих отчетных данных, включая оценку результативности систем здравоохранения (ОРСЗ) в том виде, как она изложена в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* Используется как количественная, так и качественная информация, поступившая из разных источников, с характерными для нее ограничениями с точки зрения точности, полноты и сопоставимости, включая приводимые в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* расчетные данные по ожидаемой продолжительности здоровой жизни и бремени

болезней, отчетные данные государств-членов, публикации международных организаций, научные издания и сведения, собранные по линии технических программ ВОЗ. Несмотря на то что этот вопрос еще детально не изучен, страны сгруппированы в зависимости от их географического положения или на основании традиционно сложившегося (но во все меньшей и меньшей степени) деления по принципу принадлежности к таким образованиям, как Европейский союз (ЕС), страны Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и новые независимые государства бывшего СССР (ННГ)¹ (рис. 1).

Хотя в целом уровни здоровья в Европейском регионе одни из самых высоких в мире, в докладе указывается на значительное неравенство как внутри стран, так и между ними. Наиболее заметна постоянно расширяющаяся брешь в ожидаемой продолжительности жизни и в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между странами Западной и Восточной Европы на фоне особенно резкого уменьшения этих показателей в ННГ, в основном по причине преждевременной смертности среди взрослой части мужского населения.

Заметное неравенство в состоянии здоровья обусловлено существенным повышением уровней заболеваемости в странах Восточной Европы такими болезнями, как ВИЧ/СПИД и туберкулез, что главным образом связано с ухудшением социально-экономической ситуации и непрекращающимися случаями заболевания малярией в отдельных территориях на юго-востоке Региона. Вместе с тем, на сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет и другие неинфекционные болезни приходится основное бремя нарушений здоровья и наблюдаемая разница в ожидаемой продолжительности жизни населения Европы в ее западной и восточной частях.



Рисунок 1. Государства - члены Европейского региона ВОЗ с разбивкой на традиционно сложившиеся субрегиональные группы стран: ЕС (желтый), СЦВЕ (красный) и ННГ (светло-голубой)

¹ В состав ННГ входят 15 стран, ставшие независимыми после распада СССР, в том числе три страны Балтии (Латвия, Литва и Эстония). К СЦВЕ относится группа из 12 стран Центральной и Восточной Европы в прошлом с централизованно планируемой экономикой, которые не входили в состав СССР. В тех случаях, когда делается ссылка на группу западноевропейских стран, имеются в виду 15 государств - членов ЕС, а также другие страны с развитой рыночной экономикой, не входящие в ЕС.

В большинстве случаев эти болезни ассоциируются с наиболее распространенными факторами риска, связанными с образом жизни и социально-экономическими условиями. Как видно на конкретных примерах некоторых западноевропейских стран, можно добиться впечатляющих успехов в деле профилактики этих заболеваний и сокращения преждевременной смертности. Кроме того, требуется предпринять особые усилия для сокращения растущего бремени психических расстройств, а также частоты новых случаев и последствий травм, особенно в детском возрасте.

Анализ распределения показателей здоровья среди конкретных групп населения в очередной раз свидетельствует о том, что, несмотря на усредненное общее изменение ситуации к лучшему, по-прежнему сохраняется заметное неравенство в отношении следующих показателей: младенческая и детская смертность; стереотипы поведения подростков, граничащие с риском; состояние здоровья женщин в целом и конкретные факторы риска, связанные с репродуктивной функцией; состояние здоровья мужского населения среднего возраста (в связи с которым наблюдается значительное неравенство внутри стран и ощутимые различия между восточными и западными странами); и потенциальные возможности для здорового старения.

В докладе подчеркивается взаимосвязь между социально-экономическими факторами и здоровьем. Бедность, в частности, считается единственным наиболее значимым детерминантом ухудшения здоровья, тогда как инвестиции в охрану здоровья, по глубокому убеждению Комиссии по макроэкономике и здравоохранению, необходимо расценивать в качестве конкретного вклада в развитие экономики и сокращение масштабов бедности. В докладе приводится обзор фактических данных по детерминантам здоровья, связанным с образом жизни, и с упором на преимущества здорового питания и физических упражнений, а также говорится о тревожных тенденциях в отношении таких наносящих ущерб здоровью форм поведения, как табакокурение, алкоголизм и употребление наркотиков, особенно среди более молодых возрастных групп. В этом документе в сжатом виде проводится анализ ситуации и тенденций, связанных с длительным неблагоприятным воздействием на здоровье наиболее распространенных вредных факторов окружающей среды, для предупреждения которых необходимо обеспечить межсекторальные усилия и международное сотрудничество в контексте устойчивого развития.

В настоящее время в Европейском регионе системы и службы здравоохранения проходят этап серьезных преобразований. Во-первых, страны стремятся к большей сбалансированности устойчивости и солидарности в области финансирования. Большинству западноевропейских стран удается сохранять относительно высокие уровни солидарности. В то же время, несмотря на приверженность СЦВЕ и ННГ принципам солидарности в финансовой сфере, возникающие во многих случаях проблемы с экономической устойчивостью новых механизмов страхования обуславливают значительное сокращение доступности и приемлемости медицинского обслуживания. Во-вторых, наблюдается все более отчетливая тенденция в сторону стратегических закупок в практике распределения ресурсов между поставщиками услуг в целях максимального улучшения здоровья, включая разделение функций между поставщиком и потребителем, переход от пассивного возмещения затрат к более активному приобретению услуг и выбор поставщиков услуг с учетом экономической эффективности последних. Контрактные отношения и система оплаты по результатам

качества работы постепенно занимают центральное место в успешно осуществляемых сделках по закупке услуг. В-третьих, страны с большей готовностью приобщаются к пересмотренным или новым стратегиям повышения эффективности организации медицинского обслуживания. В-четвертых, успешное решение управленческих задач является важнейшим условием достижения успеха при реформировании систем здравоохранения. Правительство главным образом выступает именно в этой роли, опираясь на руководящий состав специалистов по политике здравоохранения, соответствующий регулирующий механизм и результативную информацию, однако в ходе управления могут также приниматься решения о вовлечении других органов, например таких, как профессиональные ассоциации.

Хочется надеяться, что, невзирая на известные ограничения, итоговые данные, приведенные на страницах этого доклада, окажутся весьма полезными для государств-членов при оценке хода работы по достижению здоровья для всех и будут способствовать дальнейшему укреплению их собственного потенциала при обработке информации по вопросам здравоохранения и смежным дисциплинам, т.е. послужат реальным инструментом по совершенствованию процесса формулирования политики здравоохранения и управления программной деятельностью.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

Ситуация в области здравоохранения в Европейском регионе

Общая ситуация

Ожидаемая
продолжительность
жизни и смертность

Ожидаемая
продолжительность
здоровой жизни

Бремя нездоровья

Ситуация с охраной
здоровья по отдельным
группам населения

Общая ситуация

В состав Европейского региона ВОЗ входит несколько самых богатых стран мира, в то время как остальные относятся к числу исключительно бедных. И что еще хуже, на современном этапе большее число стран, чем десять лет назад, относится к категории менее “обеспеченных”. В 2000 г. (или по состоянию на последний год, по которому имеются данные) валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения колебался в диапазоне от 255 долл. США до свыше 42 тыс. долл. США. Наиболее заметное ухудшение ситуации за последнее десятилетие имело место в СЦВЕ и ННГ. В некоторых странах незначительная доля населения, оказавшаяся за чертой бедности (3,3% в 1987–1988 гг.), увеличилась почти до 50%. В тех странах, по которым имеются данные (Приложение 2, табл. 1), в настоящее время за чертой бедности, т.е. когда уровень дохода составляет 4 долл. США в день, оказалось 168 млн. человек, что в среднем соответствует примерно 46% от общей численности населения (рис. 2). Даже в наиболее зажиточных странах распределение национального богатства далеко от принципа равноправия, к тому же там по-прежнему существуют очаги бедности. В Западной Европе около 37 млн. человек, или примерно 10% от общей численности населения, живут за чертой бедности, и их доходы составляют менее 50% от среднего уровня. В принципе, в наши дни многие и все более многочисленные контингенты населения в европейских сообществах относятся к группе риска по бедственному положению, в котором они могут оказаться на каком-то этапе своего жизненного пути.

По данным Доклада о развитии человеческого потенциала, 2001 г., показатель неравномерного распределения доходов в странах Западной Европы по Гини индексу² варьируется от низких уровней в Австрии и Дании (23–25) до относительно высоких уровней в Португалии и Соединенном Королевстве (35–36) (Приложение 2, табл. 1 и рис. 3). В 90-х годах проблема неравенства доходов обострилась в большинстве западноевропейских стран, о чем можно судить по имеющимся данным. До перехода на рыночную экономику СЦВЕ и ННГ были гораздо ближе друг к другу в плане

Рисунок 2. Население, живущее за чертой бедности (доля населения с уровнем дохода менее 4 долл. США в день)



² Определение приводится в Приложении 2.

неравномерного распределения доходов. Как известно, перемены, связанные с переходным периодом, были весьма умеренными в СЦВЕ, но очень значительными в ННГ и наиболее драматичными в Российской Федерации.

В целом за последнее время в Европе наблюдалась неоднородная экономическая конъюнктура, однако в 90-е годы многие люди оказались в крайне тяжелом положении. Для большинства западноевропейских стран эти годы отмечены затяжным экономическим спадом, особенно в первой половине десятилетия. Число безработных увеличилось примерно с 8% в 1990 г. до порядка 12% в 1994 г., снизившись до 10% в 1999 г. В абсолютных цифрах этот процент соответствовал 16 млн. безработных в западной части Региона. Особую тревогу вызывало растущее число лиц, не трудоустроенных в течение длительного периода времени. В первой половине 90-х годов в СЦВЕ и ННГ на протяжении пяти лет кряду происходил спад экономической активности. С 1989 г. объемы производства начали падать, и к концу 1992 г. агрегированные показатели сокращения производства составили более 30%, по всей вероятности дойдя к 1993 г. до уровня примерно 40%. В дальнейшем в некоторых странах из этой группы наметился возврат к положительным темпам прироста ВВП. Несмотря на это, начавшийся в 1990 г. общий спад производства был преодолен лишь немногими странами, а в целом ряде ННГ по-прежнему наблюдаются значительно более низкие уровни производства по сравнению с ситуацией в 1990 г. Резко расширились масштабы безработицы, увеличившись практически с нулевого уровня до свыше 14% и 10% в СЦВЕ и ННГ соответственно. Реальная сумма ВВП несколько возросла в большинстве СЦВЕ, однако, если учитывать относительно низкий исходный рубеж по состоянию на 1990 г., она значительно уменьшилась в ННГ.



Рисунок 3. Неравномерное распределение доходов (Гини индекс)

Кроме того, крупные катастрофы и чрезвычайные ситуации (природные, антропогенные или смешанного типа) часто требовали оказания пострадавшим странам экстренной и широкомасштабной международной помощи. В частности, в 90-е годы в Регионе возник целый ряд тяжелых чрезвычайных ситуаций, повлекших за собой вооруженные конфликты в нескольких государствах-членах. Наиболее вопиющим примером такого развития событий является активный процесс распада бывшей Югославии, где, согласно имеющимся данным, в период с 1992 по 1996 г. война унесла более 200 тыс. жизней при сотнях тысячах раненых и примерно 4 млн. людей, которые были вынуждены покинуть свои дома. Вследствие миграции населения (как в другие страны, так и внутри страны) возникли серьезные опасения в отношении здоровья.

Поэтому неудивительно, что в 1990-е годы произошел резкий разрыв между странами Европейского региона с точки зрения состояния здоровья населения. Этот разрыв находит свое отражение в заметном разбросе показателей здоровья. Если ситуация с ожидаемой продолжительностью жизни в западноевропейских странах и СЦВЕ в целом улучшилась, то в большинстве ННГ она изменилась к худшему. Картина неравенства в охране здоровья также изменилась в масштабе всего Региона. Судя по структуре распределения государств-членов по таким показателям, как реальная сумма ВВП, ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность, стало очевидно, что отстоявшие ранее не так далеко друг от друга СЦВЕ и ННГ стали более разнородными. Некоторые СЦВЕ вошли в относительно узкий круг западноевропейских государств или приблизились к нему, тогда как отдельные ННГ остались далеко позади.

В этом докладе предпринята попытка провести точную, насколько это возможно, оценку состояния здравоохранения в Европе. С этой целью использованы взятые из Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. расчетные данные за 2000 г. по ожидаемой продолжительности жизни, ожидаемой продолжительности здоровой жизни и ожидаемой продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность, а также сведения о смертности и заболеваемости, представленные государствами-членами и внесенные в базу данных Европейского регионального бюро ВОЗ наряду с соответствующими данными, поступившими из других источников.

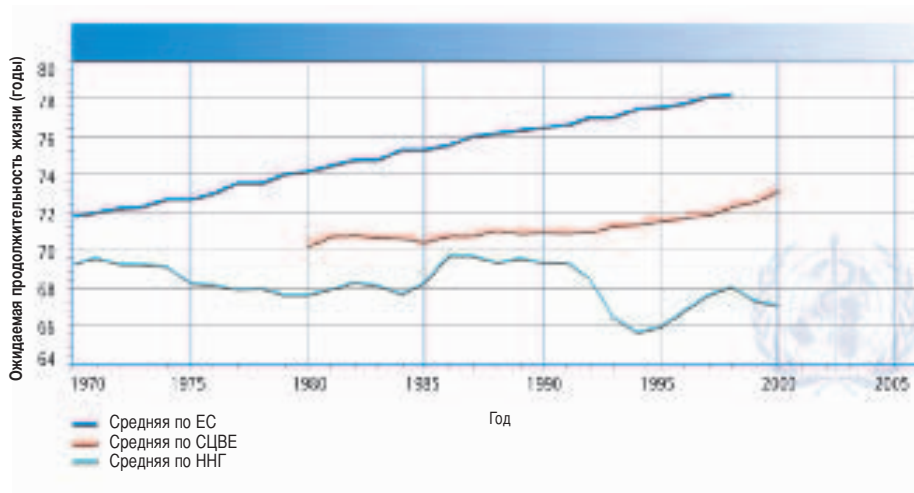


Рисунок 4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1970–2000 гг.

Ожидаемая продолжительность жизни и смертность

Последние десятилетия 20-го столетия характеризовались растущим перепадом в показателях смертности между Востоком и Западом и увеличивающимся разрывом в ожидаемой продолжительности жизни между населением, проживающим в восточной и западной частях Европейского региона (рис. 4). Во всех западноевропейских странах наблюдалось неуклонное повышение ожидаемой продолжительности жизни. В период с 1970 по 1998 г. в государствах - членах ЕС средний прирост дожития составил 6,4 года при рождении, 4,9 года – в 15-летнем возрасте и 3,4 года – в возрасте 65 лет. Несмотря на то что в 1970 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении была в среднем сопоставимой в пределах восточной части Региона, между СЦВЕ и странами ЕС наматился разрыв, который в 1990 г. и 1998 г. составил 5,5 и 5,9 года соответственно. Разрыв между странами ЕС и ННГ еще больше (7,2 и 10,2 года соответственно) (рис. 5). В ННГ наблюдались значительные колебания в ожидаемой продолжительности жизни, и особенно резкий спад произошел в период с 1986 по 1994 г. К тому же последние статистические данные говорят о том, что после незначительного улучшения ситуации во второй половине 90-х годов она снова ухудшилась. Отмечаемые тенденции среди мужского и женского населения мало чем отличаются друг от друга, но мужчины, как обычно, оказываются в более неблагоприятном положении. Как бы то ни было, разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин значительно заметнее в ННГ (в среднем 11,1 года) и СЦВЕ (около 7,6 года), чем в ЕС (примерно 6,3 года). Согласно самым последним сообщениям, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 27 странах Региона составляет более 75 лет, тогда как в 11 странах она по-прежнему не доходит до 70 лет.

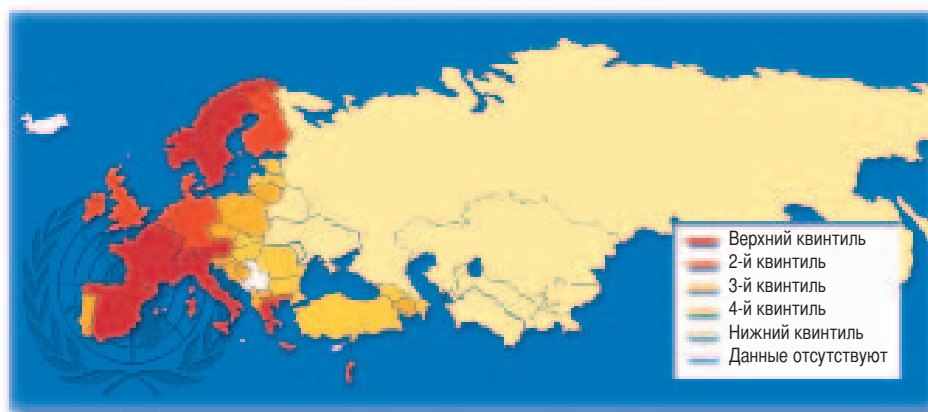


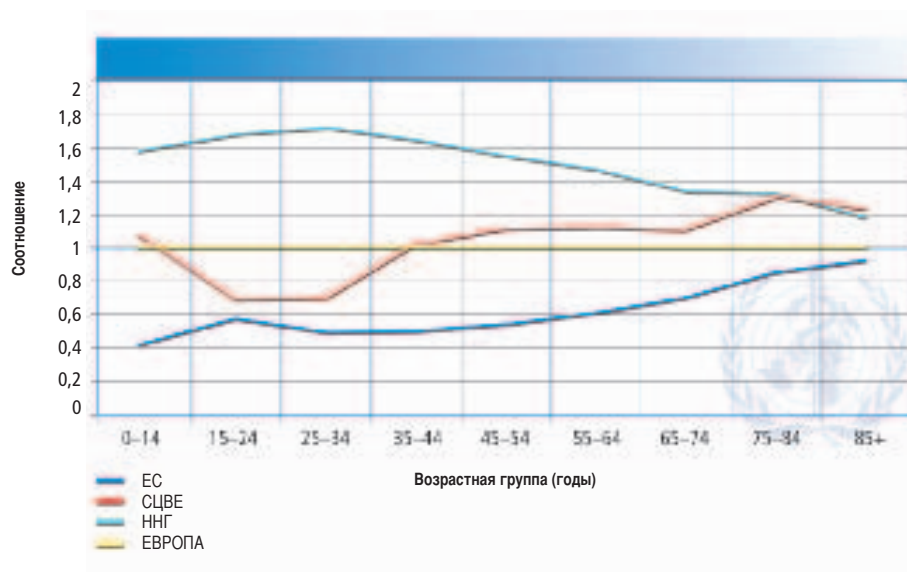
Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

По некоторым странам Балканского полуострова, Закавказья и Центральной Азии статистика ожидаемой продолжительности жизни, видимо, является завышенной. Расчет этих показателей проводился на основании данных смертности и демографических данных, направленных в ВОЗ государствами-членами, однако статистика смертности в этих странах страдает недоучетом данных. Степень занижения сведений можно проверить путем сравнения этих цифр с расчетными данными ожидаемой продолжительности жизни с использованием предложенной ВОЗ системы моделирования статистического ряда таблиц вероятности дожития, на основании которых при отсутствии исчерпывающей статистики можно получить расчетную ожидаемую продолжительность жизни (см. Приложение 2, табл. 2).

Данные, имеющиеся на субнациональном уровне, подтверждают наличие более ощутимых различий между странами в восточной части Региона. К примеру, разница между самым высоким и самым низким показателями ожидаемой продолжительности жизни в губерниях Швеции соответствует примерно 2 годам, тогда как между областями в Российской Федерации эта разница составляет не менее 15 лет.

Анализ структуры смертности в Европе с распределением по возрасту, полу и причинам смерти подтверждает наличие наиболее заметных различий между Востоком и Западом среди населения среднего возраста (рис. 6), особенно в связи со смертностью среди мужчин от сердечно-сосудистых болезней и внешних причин смерти (несчастные случаи, убийства и самоубийства). С возрастом относительная разница в смертности между восточной и западной частями Региона постепенно сужается. На смертность в возрастной группе 15–64 года приходится 8,0 лет (61%) из разницы между Востоком и Западом в 13,25 года по ожидаемой продолжительности жизни мужчин.

Рисунок 6. Соотношение скорректированных по возрасту коэффициентов смертности и соответствующих усредненных общеевропейских показателей по ЕС, СЦВЕ и ННГ



Резкие изменения в показателях смертности в Российской Федерации и в других странах, расположенных на европейской части территории бывшего СССР, оказались в центре внимания многих исследователей и политических деятелей. В условиях мирного времени прецедентов в изменениях такого масштаба просто не существует, причем в этих странах данные процессы совпали с радикальными социально-экономическими преобразованиями. Углубленные исследования смертности показали, что структура потребления алкоголя в этих странах играет значительную роль. Анализ динамики смертности в зависимости от причины и возраста, которая совпадает с периодом сокращения ожидаемой продолжительности жизни вплоть до 1994 г. и последующего улучшения ситуации в 1995–1997 гг., указывает на то, что эти перемены произошли в основном на фоне изменений во внешних причинах смерти и неожиданной частоты возникновения сердечно-сосудистых болезней среди взрослых среднего возраста³. Кроме того, в 90-е годы ожидаемая продолжительность жизни в некоторых СЦВЕ также претерпела существенные изменения; определить общую закономерность довольно трудно, однако в целом в большинстве этих стран наметилась тенденция к увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Смертность от ведущих причин смерти свидетельствует об аналогичных колебаниях в широких пределах показателей ожидаемой продолжительности жизни и общей смертности между европейскими странами (рис. 7). В среднем на сердечно-сосудистые болезни приходится примерно половина от общей смертности. Однако соотношение смертности от сердечно-сосудистых болезней и коэффициентов общей смертности, стандартизованных по возрасту, колеблется в диапазоне от примерно 35% в западной части Региона до приблизительно 60% в некоторых восточноевропейских странах. Вклад онкологических заболеваний в общую смертность в Европе доходит до 20% при колебаниях этого показателя от примерно 30% в отдельных западных странах до ориентировочно 10% в восточной части Региона. Несчастные случаи и другие внешние причины травматизма и случаи отравления составляют порядка 9% от общей смертности (в среднем около 6% и 12% в западной и восточной частях Региона соответственно). Среди групп населения более молодого возраста особо важная роль принадлежит внешним причинам смерти. Среди лиц моложе 65 лет на внешние причины приходится примерно 20% от общей смертности против 31% и 23% по сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям соответственно.

Показатели смертности от сердечно-сосудистых болезней и рака отражают аспекты состояния здоровья, которые в большей степени находятся в зависимости от таких детерминантов, как образ жизни и социально-экономическая ситуация, а не от качества работы служб здравоохранения. И наоборот, так называемые показатели “предотвращаемой смертности” оказываются более приемлемыми при оценке результативности этих служб. В это число входят причины смерти, которые в значительной степени можно предотвратить путем проведения своевременных и действенных профилактических мероприятий, хотя встречаемость некоторых состояний, в частности диабета и туберкулеза, ассоциируется с основными детерминантами

³ SHKOLNIKOV, V. ET AL. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 357: 917–921 (2001).

здоровья, особенно с бедностью. Тенденции и распределение этих показателей в целом между европейскими странами соответствуют точно такой же закономерности по принципу “Восток – Запад”. В среднем смертность от аппендицита и рака шейки матки примерно в 2–3 раза выше в центральной и восточной частях Региона, чем в западных странах (рис. 8).

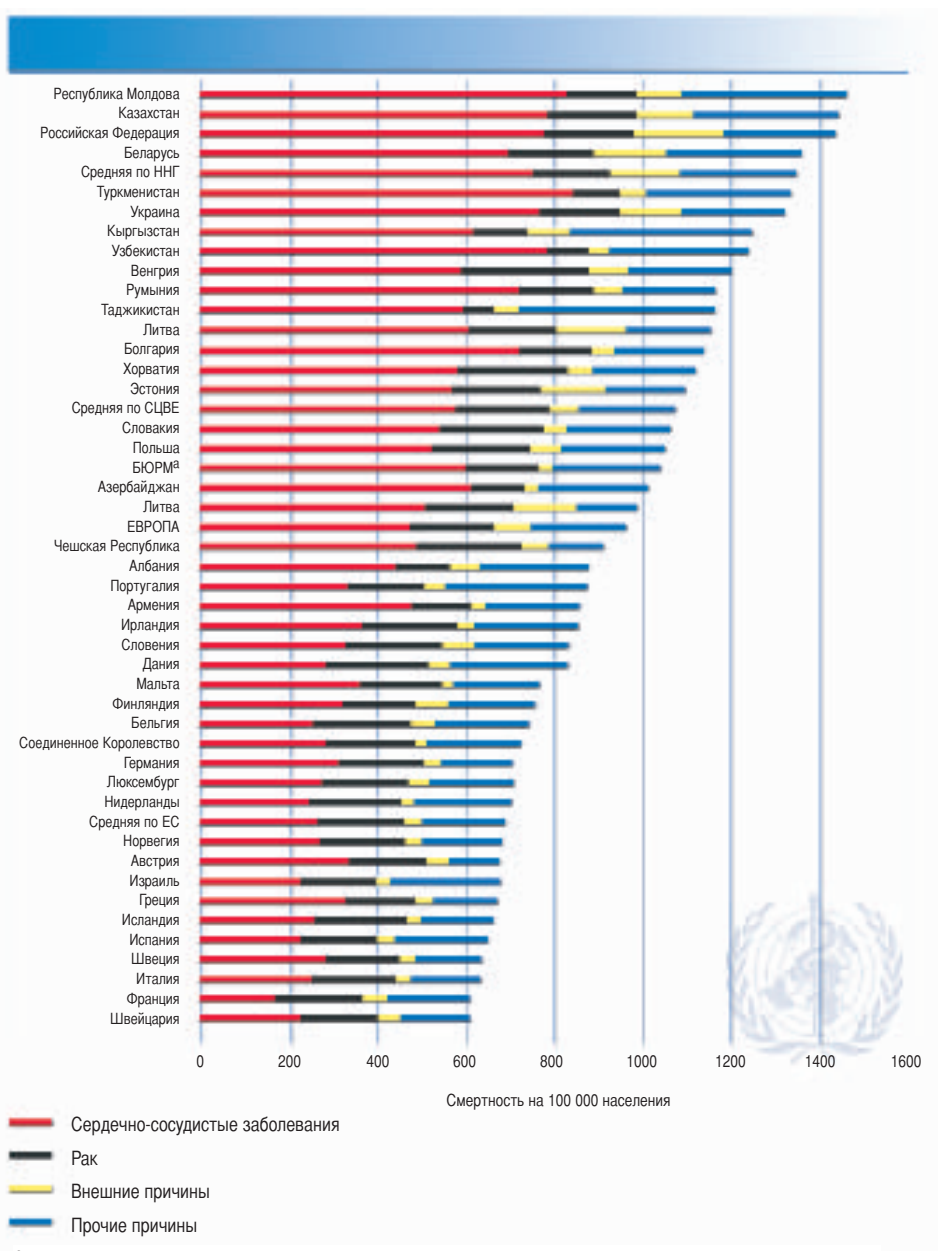


Рисунок 7. Смертность от ведущих причин смерти в Европейском регионе ВОЗ

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

ВОЗ стала использовать такой показатель, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)⁴, в качестве сводного показателя уровня здоровья, отражающего полный диапазон состояний здоровья населения, а не только смертности. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*, где приводится описание процедуры анализа качества работы систем здравоохранения, показатель ОПЗЖ использовался для оценки достижения цели, связанной с повышением средних уровней здоровья населения. Следует подчеркнуть, что несмотря на применение в прошлом целого ряда аналогичных комбинированных параметров здоровья, большим достижением является всеобщее внедрение ОПЗЖ в практику (расчет данного показателя проводится на центральном уровне по стандартной методологии на основании внутренне состоятельных оценок уровней здоровья). Имеется в виду, что показатель ОПЗЖ должен сохранять свою чувствительность не только с течением времени, но и по отношению к специфике общей ситуации со здравоохранением в разных странах. Вместе с тем, если расчет ОПЗЖ производится на основании данных самооценки состояния здоровья, то при подготовке отчетных медико-санитарных данных не всегда можно провести соответствующие сравнительные оценки по странам ввиду различий в подходах и методах проведения обследований, особенностей формирования ожиданий и норм в связи со здоровьем, а также культурологических различий. Задача проведения на международном уровне реального сравнительного анализа результатов измерения показателей, связанных со здоровьем и его самооценкой по итогам проведения демографических обследований, может оказаться трудновыполнимой даже тогда, когда такие параметры, как надежность и достоверность данных, вполне соответствуют приемлемым уровням по каждому отдельно взятому контингенту населения. В частности, во время самостоятельного

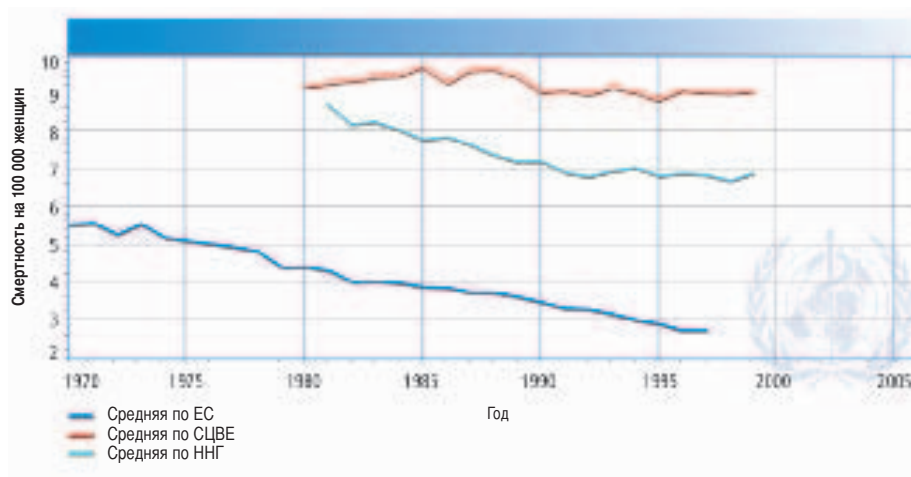


Рисунок 8. Смертность от рака шейки матки, 1970–1999 гг.

⁴ Показатель ОПЗЖ (ранее DALE – ожидаемая продолжительность жизни, скорректированная на инвалидность) дополняет ожидаемую продолжительность жизни (комбинированный параметр смертности, т.е. летального исхода) за счет проведения оценок нелетальных исходов при корректировке степени тяжести последних. В более доступной для понимания форме – это отрезок жизни в полном здравии, т.е. без снижения трудоспособности. (См. также Приложение 1 и Приложение 2, табл. 2).

заполнения анкет разные группы населения могут вкладывать свой смысл в возможные варианты ответа (при распределении, к примеру, таких степеней, как “легкая”, “средняя” или “тяжелая”).

В целях совершенствования методологической и эмпирической основы для измерения параметров состояния здоровья населения ВОЗ согласовала с государствами-членами соответствующую стратегию сбора данных. В этом случае применяется стандартизованная методика наряду с новыми статистическими методами для корректировки результатов самооценки параметров здоровья в соответствии с имеющимися шкалами сравнения. Показатели ОПЗЖ за 2000 г. по всем странам получены на основании набора неоднородных данных обследований, проводившихся в отдельных странах (причем для каждого из таких наборов характерна своя степень неопределенности, обусловленная систематическими погрешностями, в том числе при формировании выборок), а также результатов анализа распространенности снижения трудоспособности, полученных в рамках проекта “Глобальное бремя болезни”⁵, в основу которого был положен широкий диапазон данных эпидемиологических и демографических исследований, отличающихся различной степенью неопределенности. Благодаря новым методам, которые использовались ВОЗ при проведении исследования по итогам жилищного обзора во многих странах⁶, удастся повысить степень межстрановой сопоставимости данных самооценки состояния здоровья и значительно продвинуться вперед в деле использования этих данных на практике. Опираясь на приобретенный таким образом опыт, ВОЗ в настоящее время занимается разработкой усовершенствованных методик измерения параметров здоровья, которые найдут свое применение в процессе запланированного на 2002 г. обследования состояния здоровья в мире.

В глобальном масштабе в 2000 г. показатель ОПЗЖ при рождении варьировался в пределах от 39 лет среди мужского и женского населения африканских стран до почти 66 лет среди женского населения в странах Западной Европы. Региональный показатель

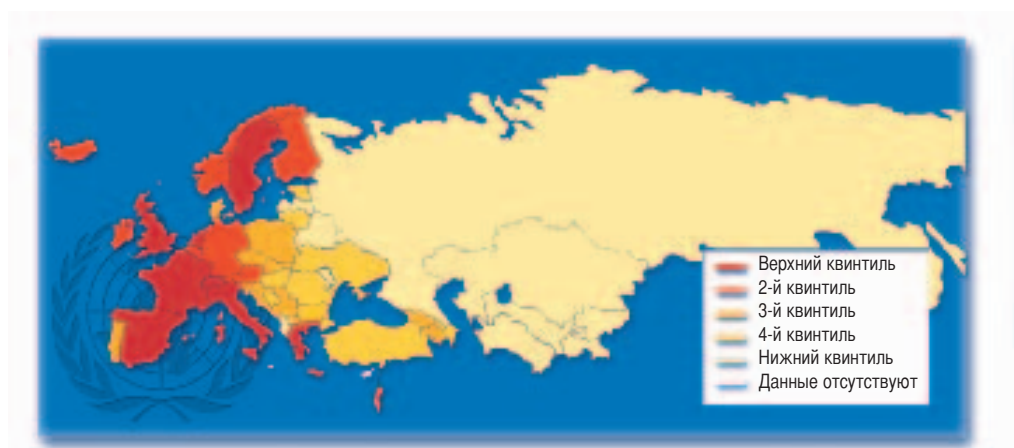


Рисунок 9. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)

⁵ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

⁶ ÜSTÜN, T.B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper 37).

ОПЗЖ среди женщин в возрасте 60 лет в 2000 г. колебался от 8,3 года в Африке до примерно 16 лет в Европе, Северной Америке и в Регионе ВОЗ Западной части Тихого океана. В 2000 г. в Европейском регионе ВОЗ (рис. 9) комбинированный показатель ОПЗЖ при рождении среди мужского и женского населения соответствовал 62,9 года, т.е. был на 9,0 лет меньше, чем общая продолжительность жизни при рождении. Среди женщин показатель ОПЗЖ при рождении на 5,9 года превышает соответствующий показатель среди мужчин; в итоге сравнения получается, что общая ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди женщин почти на 8,2 года больше, чем среди мужчин. Показатель ОПЗЖ при рождении изменяется в диапазоне от 50,3 года среди мужского населения России до 72,2 года среди женского населения в западноевропейских странах с низкими уровнями смертности.

Большинство промышленно развитых стран Западной Европы, где показатель ОПЗЖ при рождении составляет около 70 лет (68 лет среди мужчин и 72 года среди женщин), относятся к группе возглавляемых Японией стран, чей ориентировочный средний показатель ОПЗЖ при рождении соответствовал 76,3 года в 2000 г. среди женского населения. Однако в связи с ранжированием стран возникает целый ряд факторов неопределенности, в частности для развитых стран типичным является 95-процентный интервал неопределенности, достигающий примерно 3-х лет.

В Российской Федерации показатель ОПЗЖ среди женщин соответствует 60,6, т.е. на 5 лет меньше, чем в среднем по Европе, а среди мужчин – всего лишь 50,3 года, т.е. на 9,6 года меньше, чем в среднем по Европе. Это один из самых больших разрывов в мире по гендерному признаку, что является отражением резкого увеличения смертности среди взрослых мужчин в начале 1990-х годов. В период с 1987 по 1994 г. риск наступления преждевременной смерти среди мужского населения России возрос на 70%. Между 1994 г. и 1998 г. наблюдалось улучшение ожидаемой продолжительности жизни мужчин, но за последние три года этот показатель вновь значительно ухудшился. Аналогичные показатели типичны для других стран бывшего СССР.

Помимо того что меньшая ожидаемая продолжительность жизни, как правило, ассоциируется с более низким показателем ОПЗЖ, колебания последнего в широких пределах предопределяются тем или иным конкретным уровнем ожидаемой продолжительности жизни. Например, для стран с ожидаемой продолжительностью жизни на уровне 70 лет показатель ОПЗЖ варьируется в диапазоне от 57 до 61,5 года, т.е. такое варьирование выходит за рамки обыденного. Если показатели ОПЗЖ по мужскому и женскому населению рассматривать в отрыве друг от друга, то применительно к общей ожидаемой продолжительности жизни в пределах 70 лет амплитуда колебания увеличивается до 57–65 лет. В какой-то мере эти различия служат отражением особенностей, обусловленных влиянием политики укрепления здоровья и проведения профилактических мероприятий, а также уровнями качества работы систем здравоохранения в целом.

Бремя нездоровья

Общие уровни здоровья в Европейском регионе относятся к числу самых высоких в мире. В 2000 г. из-за имевших место в течение этого же года смертей или новых случаев заболеваний или травматизма по расчетным данным было утрачено 153,1 млн. DALYs (число лет жизни, утраченных в результате инвалидности)⁷. Эта цифра соответствует 10,4% от глобального суммарного показателя (1472 млн. DALYs), что намного меньше, чем доля населения Региона по отношению к численности населения всего мира (14,4%). Тем не менее, с точки зрения масштабы бремени болезни внутри Региона существуют довольно ощутимые различия.

В 2000 г. по Региону в целом ишемическая болезнь сердца занимала ведущее место в структуре бремени болезни (преждевременная смертность плюс нелетальные исходы вследствие новых случаев заболевания) и на ее долю приходилось 15,5 млн. DALYs, или 10,1% от общего бремени болезни и травматизма. Сохранялись примерно одинаковые пропорции в отношении как мужчин (11,0%), так и женщин (9,0%). На втором месте среди ведущих причин (исходя из комбинированного показателя для мужчин и женщин) были сердечно-сосудистые болезни (10,4 млн., или 6,8% от регионального показателя DALYs), причем этот показатель гораздо выше среди женщин (8,3%), чем среди мужчин (5,6%). Десять основных причин, обуславливающих бремя болезни среди мужчин и женщин, взятых вместе, показаны в табл. 1. Помимо основных сосудистых заболеваний нарушения, возникающие в результате употребления алкоголя и на фоне депрессивных состояний (хотя последние и не ассоциируются с ведущими причинами смертности), относятся соответственно к третьей и четвертой причинам утраченных лет жизни в результате инвалидности среди мужчин, за которыми следуют самоубийства, дорожно-транспортные несчастные случаи, рак легкого и хронические заболевания легких. Другие состояния, на долю которых приходится более 2% показателя DALYs среди мужчин, включают инфекции нижних дыхательных путей, отравления, потерю слуха, цирроз печени и болезнь Альцгеймера, а также другие проявления слабоумия. Среди женщин депрессивные состояния и болезнь Альцгеймера являются второй и четвертой причинами соответственно. К другим причинам, величина вклада которых в показатель DALYs среди женщин измеряется более чем 2%, относятся остеоартрит, рак молочной железы, потеря слуха, инфекции нижних дыхательных путей и сахарный диабет.

Несмотря на то что в субрегиональных группах европейских стран списочный состав ведущих причин бремени болезни характеризуется однородностью, величина их последствий неодинакова. К примеру, в 2000 г. среди мужчин на долю ишемической болезни сердца в Восточной Европе приходилось 13% от утраченных в результате

⁷ Показатель DALY выражает число лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти, а также годы, прожитые с инвалидностью определенной тяжести и продолжительности. Таким образом, одна единица DALY равняется одному утраченному году здоровой жизни. Использование показателя DALYs в качестве параметра измерения бремени болезни позволяет расценивать такие важные причины инвалидизации, как психические нарушения, потерю слуха и остеоартрит, в качестве не менее важных причин бремени болезни несмотря на то, что уровень смертности от этих состояний, как правило, низок.

Причина	DALYs (тыс.)	%
Сердечно-сосудистые болезни	33 381	21,8
Нейропсихиатрические расстройства	31 080	20,3
Травмы	22 707	14,8
Злокачественные новообразования	17 642	11,5
Болезни органов пищеварения	7 087	4,6
Инфекционные и паразитарные заболевания	6 823	4,4
Болезни органов дыхания	6 416	4,2
Болезни костно-мышечной системы	5 304	3,5
Расстройства органов чувств	4 150	2,7
Респираторные инфекции	3 891	2,5
Все прочие причины	14 631	9,5
Всего DALYs	153 111	100,0

Таблица 1. Десять ведущих причин бремени болезни в Европейском регионе ВОЗ в DALYs, ориентировочные данные за 2000 г.

Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.

инвалидности лет жизни против 9,1% в Западной и Северной Европе. Вклад дорожно-транспортных несчастных случаев, жертвами которых стали мужчины в 2000 г., обусловил большее число утраченных DALYs в Восточной Европе (1,3 млн.), чем в Западной и Северной Европе (1,08 млн.), хотя численность мужского населения была больше лишь примерно наполовину. И наконец, в некоторых странах Европейского региона такие состояния, как инфекции нижних дыхательных путей, осложнения в перинатальном периоде и диарейные болезни, по-прежнему входят в список десяти ведущих причин бремени болезни, что со всей очевидностью указывает на необходимость более энергичных мер борьбы с инфекционной заболеваемостью, которая в этих странах остается приоритетным направлением деятельности для сектора здравоохранения.

Инфекционные болезни

Для Европейского региона характерны по меньшей мере две четко выраженных особенности в эпидемиологической ситуации с инфекционными болезнями. За последние несколько десятилетий в западноевропейских странах наблюдалось постепенное снижение или стабилизация уровней заболеваемости и смертности от инфекционных болезней. В 1990-е годы в определенные периоды времени в странах, расположенных в восточной части Региона, происходил резкий подъем заболеваемости инфекционными болезнями, хотя за последние четыре года в этом плане наметился определенный прогресс. Если провести более углубленный анализ ситуации во многих СЦВЕ и ННГ, то по первому ряду стран можно отметить умеренные показатели заболеваемости по сравнению с регистрируемыми в ННГ высокими и растущими уровнями заболеваемости и смертности от отдельных инфекционных болезней. Такое различие в структуре распределения бремени инфекционной заболеваемости связано с социально-экономическими факторами, размером государственных ассигнований на здравоохранение и инфраструктурой системы здравоохранения.

Вспышка туляремии в Косово

Крупная вспышка туляремии произошла в Косово вскоре после завершения войны, продолжавшейся в течение 1999–2000 гг. К середине 1999 г. вследствие более 10 лет политической нестабильности и боевых действий на этой территории были налицо такие проблемы, как многочисленные группы вынужденных переселенцев, выход из строя санитарно-технических сооружений, ухудшение социально-экономического положения и условий окружающей среды.

Когда люди стали возвращаться в родные места, их взору открывалась следующая картина: уничтоженные или полуразрушенные дома, оставшиеся без присмотра запасы продуктов, разрушенные и загрязненные колодцы, необранный урожай и невозделанная почва на многих полях. Эти обстоятельства в сочетании с обнищанием населения обусловили возникновение эпизоотического процесса распространения туляремии среди грызунов, которая впоследствии стала поражать возвратившееся сельское население.

В целях выявления источников и путей передачи инфекции и факторов риска, связанных с ведением домашнего хозяйства, были предприняты эпидемиологические расследования и исследования объектов окружающей среды. Путем проведения лабораторных исследований уточнялся статус заболевших и группы контроля. В 21 из 29 муниципальных образований в общей сложности было выявлено 327 серологически подтвержденных случаев туляремии глотки и цервикального лимфаденита. Из результатов параллельного анализа статуса 46 домашних хозяйств, где были заболевшие, и 76 домашних хозяйств из группы контроля стало ясно, что инфекция передавалась через загрязненные продукты питания или воду, а источником инфекции были грызуны, расплодившиеся в огромном количестве к моменту возвращения людей в свои дома.

Эта вспышка наглядно демонстрирует те факторы риска, которые возникают в результате циркуляции на большой территории природно-очаговой болезни, когда с ней контактирует население, проживающее в непригодных для жилья помещениях с нарушением правил гигиены, приготовления пищи и санитарии, т.е. в таких условиях, которые возникают после окончания войны или природной катастрофы или в тех случаях, когда материальное положение семьи оказывается под угрозой.

Источник: REINTJES, R. ET AL. Tularemia outbreak investigation in Kosovo: case control and environmental studies. *Emerging infectious diseases*, 8: 69–73 (2002).

Зависимость между бедностью, с одной стороны, и вопросами гигиены и питания, иммунологическим статусом и восприимчивостью к болезням, с другой, широко освещается в специальной литературе. Бедность ведет к ухудшению здоровья, которое разрушается под воздействием таких факторов, как экологический риск, недостаточность питания и необеспеченность пищевыми продуктами, ограничение доступности знаний, информации и медицинского обслуживания. Бедность, предопределяемая размером дохода, условиями жизни или уровнем образования, является единственным, самым весомым детерминантом нездоровья, связанного с инфекционными заболеваниями. Жизнь в нищете ассоциируется с высокими уровнями инфекционной заболеваемости, особенно туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Даже при наличии эффективных вакцин и лекарственных средств по-прежнему есть отдельные территории с низкими уровнями охвата и неполным использованием потенциала служб здравоохранения. С этим напрямую связано развитие устойчивости к противомикробным препаратам, которая становится все более серьезной проблемой в борьбе с малярией и туберкулезом, а также с бактериальными инфекциями в целом. Возникновение и распространение лекарственной резистентности к противомикробным препаратам все чаще становится на пути успешной профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Чтобы противостоять этой угрозе, в поддержку этих инициатив ВОЗ ставит перед собой цель провести разъяснительную

работу с правительствами стран о необходимости принятия неотложных мер и подготовки специальных технических и практических рекомендаций.

Активизация торговли и естественного движения населения привели к созданию благоприятных условий для распространения инфекционных заболеваний как внутри, так и за пределами государственных границ. Такая тенденция вызывает все большую озабоченность у лиц, формулирующих политику, поскольку она может негативным образом повлиять на реальные возможности стран по обузданию этой угрозы. Поэтому представляется необходимым создать и обеспечить устойчивое функционирование механизма, который позволит систематически, своевременно и эффективно отслеживать частоту возникновения инфекционных заболеваний. Национальные системы эпиднадзора должны обеспечивать своевременный сбор, анализ и распространение соответствующих данных о структуре и тенденциях инфекционной заболеваемости для принятия адекватных контрмер. Жизненно важными представляются системы раннего предупреждения, действующие в рамках национальной сети учреждений по эпиднадзору и позволяющие избегать принятия необоснованных мер вмешательства и введения ограничений на поездки и торговые обмены.

В Европейском регионе остаются неизменными приоритетные направления деятельности в области борьбы с инфекционными заболеваниями. Сюда относится профилактика ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними, противотуберкулезные и противомаларийные кампании, полное искоренение полиомиелита, ликвидация кори и дальнейшее совершенствование эпиднадзора и контроля за другими инфекционными болезнями. Укрепление сетей национальных учреждений по эпиднадзору и потенциала лабораторий является неотъемлемым условием для оказания поддержки смежным направлениям программной деятельности, включая усиление систем раннего предупреждения о случаях заболевания бактериальным менингитом и болезнями, передаваемыми через пищевые продукты и через воду, гепатитом С, холерой, гриппом и вновь возникающими эпидемическими болезнями.

События последнего времени наглядно показали, что международное сообщество обязано обратить свое внимание на проблему возможного преднамеренного распространения биологических агентов и считать ее одним из приоритетов в области здравоохранения. ВОЗ уже согласовала свои действия по важнейшим направлениям развития деятельности в таких областях, как укрепление систем эпиднадзора и раннего предупреждения о воздействии на здоровье биологических агентов, существующих в природе или распространяемых преднамеренно. В резолюции WHA54.14, принятой на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, со всей очевидностью подчеркивается, что укрепление систем эпидемиологического надзора и лабораторного контроля и активизация мер борьбы с болезнями на национальном уровне служат лучшей защитой от распространения в международном масштабе инфекционных заболеваний.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая ВИЧ/СПИД

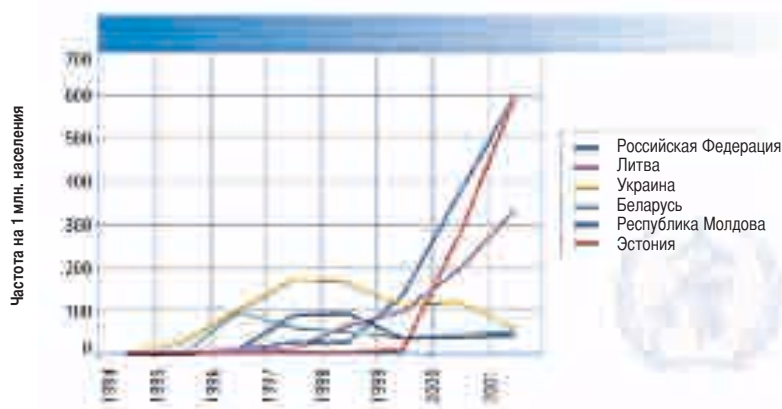
На современном этапе в Европейском регионе ВОЗ проживает ориентировочно 1,56 млн. человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом. Только в СЦВЕ и республиках Центральной Азии насчитывается примерно 1 млн. таких случаев (по сравнению с 420 тыс. всего лишь два года назад). Таким образом, в настоящее время в этом регионе наблюдаются

самые высокие в мире темпы распространения ВИЧ-инфекции (рис. 10). Например, начиная с 1995 г. суммарное число лиц, заболевших ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации, ежегодно удваивалось. Несмотря на такие стремительно расширяющиеся масштабы эпидемии, последняя все еще находится на начальном этапе: 75% новых случаев ВИЧ приходится на потребителей инъекционных наркотиков, 77% заболевших – мужчины и 84% – люди моложе 30 лет. Такая структура одновременного распространения ВИЧ-инфекции и возникновения заболеваний ИППП в масштабе эпидемии (рис. 11) создает предпосылки для массовых вспышек ВИЧ-инфекции, распространяемой половым путем. Через несколько лет это может привести к крупномасштабной и всеобщей эпидемии ВИЧ/СПИДа. В связи с этим крайне необходимо существенным образом активизировать ответные действия, ныне предпринимаемые на национальном и международном уровнях.

Принимаемые государствами-членами ответные политические решения оказались в какой-то мере неадекватными. Нередко проблема ВИЧ/СПИДа трактуется как сугубо медицинская, в связи с чем ее не относят к числу возможных направлений целенаправленной деятельности и объектов внимания со стороны многих секторов одновременно. Сотрудничество между службами здравоохранения зачастую осуществляется бессистемно. На уровне правительств многих стран отсутствует межведомственная координация и взаимодействие. Вот почему многие профилактические мероприятия проводятся в отрыве друг от друга и не обеспечивают должного уровня охвата населения, а получаемая на основании извлеченных уроков информация не находит широкого распространения. Трудности особого свойства возникают в связи с необходимостью включения расходов на лечение противоретровирусными препаратами в сметы расходов на программы в области медицинского обслуживания и социальной помощи.

Проводимая в настоящее время в жизнь стратегия Регионального бюро по профилактике и лечению ИППП/ВИЧ/СПИДа учитывает специфику ситуации, которая была охарактеризована выше. Основной акцент в рамках программы по ИППП/ВИЧ/СПИДу, являющейся соисполнителем Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в Регионе, а на страновом уровне – через тематические группы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, ставится на

Рисунок 10. Частота ВИЧ-инфекции, 1994–2001 гг., наиболее пораженные страны



следующие принципиальные подходы: (а) укрепление систем здравоохранения посредством развития соответствующей политики, стратегий и планов по организации служб профилактического и клинического направления; (б) расширение базы доказательных данных по проведению профилактических и лечебных мероприятий; (в) совершенствование работы по мониторингу и оценке усилий стран по борьбе с возникающими эпидемиями; и (г) координация предпринимаемых на международном уровне мер и мобилизация ресурсов по борьбе с эпидемиями ИППП с упором на потенциал региональной целевой группы по ИППП.

ВОЗ рекомендует государствам-членам обращать особое внимание на следующие направления работы, которые ставят нас в более выгодное положение по сравнению с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций: (а) обеспечение интеграции служб профилактики и лечения ИППП в процессе реформирования сектора здравоохранения со службами охраны репродуктивного здоровья, первичной медико-санитарной помощи, ВИЧ/СПИДа, медицинского обслуживания заключенных и другими службами; (б) совершенствование системы эпидемиологического надзора за ИППП/ВИЧ/СПИДом и наблюдение за поведенческими факторами риска, способствующими передаче ВИЧ-инфекции; (в) улучшение медицинского обслуживания заболевших ИППП/ВИЧ, включая добровольное консультирование и тестирование и профилактику “вертикальной” передачи инфекции от матери к ребенку; (г) активизация работы по информированию, санитарному просвещению и медицинскому обслуживанию таких социально уязвимых групп, как молодежь, поставителей интимных услуг, мужчин-гомосексуалистов, заключенных и потребителей инъекционных наркотиков; и (д) профилактика передачи ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях.

Туберкулез

В 1993 г. ВОЗ предприняла беспрецедентный шаг – объявила туберкулез глобальной проблемой, требующей самого пристального внимания. К сожалению, на современном этапе эта болезнь во многих частях мира не находится под контролем, и примерно одна треть населения Земли является инфицированной. Хотя это заболевание относится к числу излечиваемых, ежегодно регистрируется примерно 8 млн. новых случаев и 2 млн. смертей от туберкулеза.

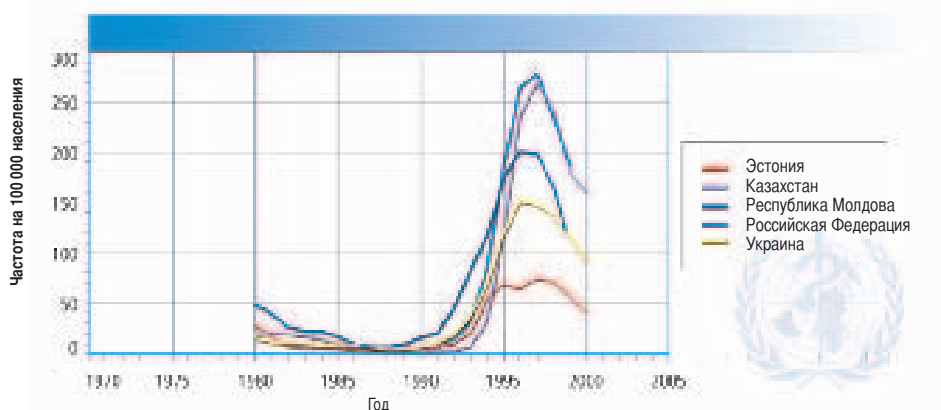


Рисунок 11. Заболеваемость сифилисом, 1980–2000 гг.

Туберкулез также представляет серьезную проблему и для Европейского региона ВОЗ, где было выявлено примерно 370 000 новых случаев в 2000 г. против 231 600 случаев в 1991 г. Основная доля случаев приходится на СЦВЕ и ННГ, в которых заболеваемость туберкулезом растет угрожающими темпами (рис. 12). Более того, в Регионе наблюдается распространение форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, которые еще труднее поддаются лечению и обходятся почти в 100 раз дороже, причем самые высокие в мире уровни регистрируются в Латвии, Российской Федерации и Эстонии, где в период с 1996 по 1999 г. среди новых случаев было выявлено соответственно 9%, 6–9% и 14% случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Во многих ННГ ситуация по туберкулезу в тюрьмах не контролируется, в частности, в одной из сибирских тюрем распространенность туберкулеза среди заключенных составляет 7%. Множественная лекарственная устойчивость – широко распространенное явление в тюрьмах. Параллельно развивающаяся эпидемия туберкулеза и ВИЧ пока не приобрела внушительных масштабов в Регионе, но стремительное распространение ВИЧ-инфекции в ННГ может ускорить наступление сопутствующей эпидемии. За последние несколько лет возросло число случаев сочетанных заболеваний – от нескольких десятков до 2106 в Украине, а в 2000 г. в Российской Федерации было выявлено 1658 новых случаев с таким диагнозом.

В 1995 г. в сотрудничестве с международными партнерами ВОЗ инициировала проведение в Европейском регионе пилотных проектов по DOTS⁸. Стратегия DOTS строится на доказавшем свою эффективность механизме, сочетающем в себе (а) долгосрочные обязательства правительств стран, в том числе решение вопросов финансирования, по проведению всеобъемлющих, рассчитанных на перспективу противотуберкулезных мероприятий и (б) высокоэффективные с точки зрения затрат методы выявления случаев и внедрение стандартизированной и контролируемой схемы химиотерапии, исходы которой подлежат регулярной проверке и отчетности. Результаты исследований, проведенных Всемирным банком, говорят о том, что стратегия DOTS относится к числу наиболее

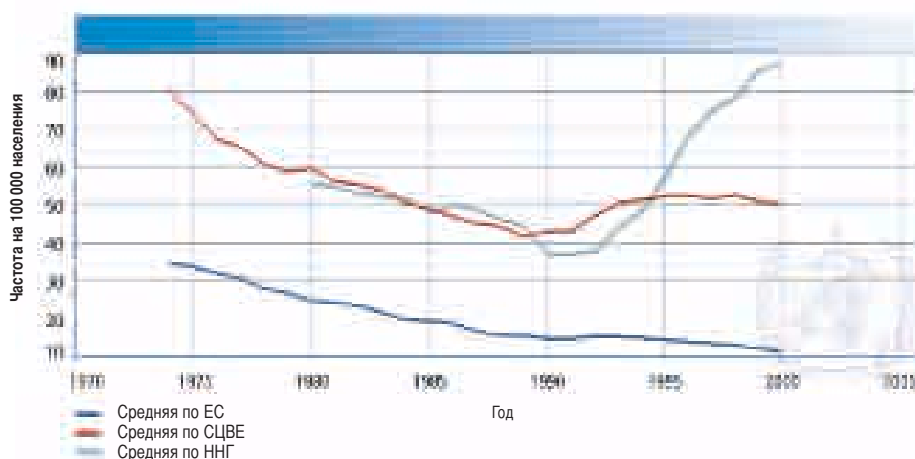


Рисунок 12. Заболеваемость туберкулезом, 1974–2000 гг.

⁸ DOTS – лечение под непосредственным наблюдением, коротким курсом.

экономически эффективных мер вмешательства из всех известных в области здравоохранения и доступных для реализации в странах с низкими и средними уровнями доходов. В 1997 г. проведенная в Армении экономическая оценка подтвердила, что стратегия DOTS является более экономически эффективной, чем существовавшая ранее стратегия проведения противотуберкулезной работы. В итоге аналогичной оценки, предпринятой в Ивановской области в Российской Федерации, выяснилось, что затраты на полное излечение одного больного туберкулезом по стратегии DOTS составляют 1626 долл. США по сравнению со стоимостью лечения в размере 6293 долл. США согласно ранее действующей стратегии.

Стратегия DOTS находит свое применение во все большем числе стран Региона. В настоящее время из 27 СЦВЕ и ННГ лишь 2 страны не используют эту стратегию, 3 государства находятся на подготовительном этапе, в 5 странах по DOTS проводятся пилотные проекты, в 6 странах обеспечен охват от 10% до 90% населения с использованием соответствующих слагаемых данной стратегии, а в 11 государствах стратегия DOTS внедрена в масштабе всей страны (рис. 13). Пилотные проекты по DOTS-Plus, в рамках которых обеспечивается лечение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, проводятся в Латвии, Российской Федерации и Эстонии. Вместе с тем, в среднем лишь 17% населения Европейского региона пользуются услугами, в основе которых лежит стратегия DOTS. Несмотря на то что в СЦВЕ и ННГ уровни охвата населения по-прежнему низкие, большинство стран приступили к внедрению данной стратегии, тогда как в основной массе западноевропейских стран стратегия DOTS все еще не принята. Должное проведение в жизнь стратегии DOTS, как и прежде, является вопросом первостепенной важности, так как это единственная реально выполнимая и ответственная политика адекватного противодействия угрозе туберкулеза в современной социально-экономической ситуации.

Расширение масштабов внедрения стратегии DOTS с охватом других стран и территорий Региона имеет непреходящее значение. Кризисная ситуация, связанная с

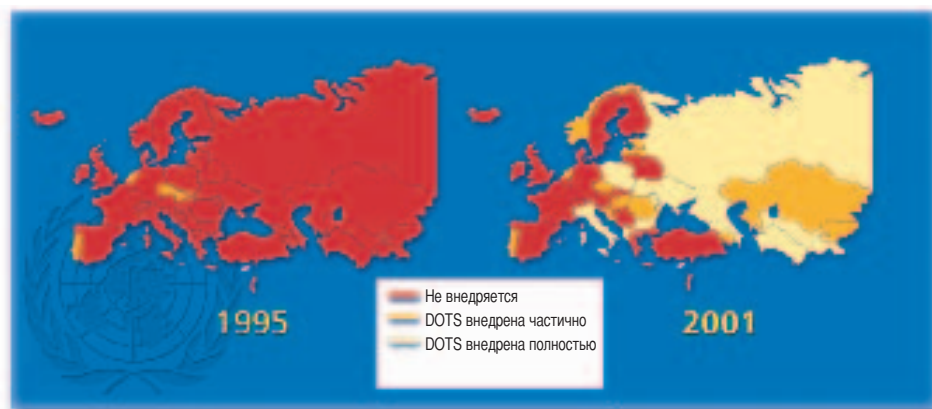


Рисунок 13. Положение с внедрением в Европейском регионе стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулезом, 1995 г. и 2001 г.

распространением лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в “горячих точках”, должна расцениваться как чрезвычайная для проведения необходимых действий на международном уровне. Как и в предшествующий период, основные проблемы организации эффективного контроля заключаются в реформировании сектора здравоохранения, профилактике заболеваний и борьбе с ними в тюрьмах, а также в обеспечении защиты медперсонала от инфекции. Однако, правительства большинства СЦВЕ и ННГ не располагают достаточными финансовыми средствами, чтобы реализовать стратегию DOTS без внешней помощи. Следовательно, для обуздания эпидемии туберкулеза поддержка со стороны международного сообщества и доноров является жизненно важной.

Малярия

В начале 1990-х годов в Европейском регионе ВОЗ ситуация с малярией ввиду политической и экономической нестабильности, массовой миграции населения и осуществления крупномасштабных проектов в целях развития стала заметно ухудшаться (рис. 14). В 1990 г. было зарегистрировано в общей сложности 8884 случая “аутохтонной” (передающейся в месте возникновения) малярии. Пик заболеваемости приходится на 1995 г., когда число заболевших составило 90 712 случаев; к 2000 г. данная статистика снизилась до 31 923 случаев. Если в Азербайджане, Таджикистане и Турции возникали массовые эпидемии, то в Армении и Туркменистане были зафиксированы лишь небольшие вспышки. В настоящее время заболеваемость малярией приобретает все большие масштабы в Грузии и Узбекистане. Кроме того, единичные случаи аутохтонной малярии были зафиксированы в Беларуси, Болгарии, Греции, Италии, Казахстане, Кыргызстане и Республике Молдова.

Несмотря на недавний значительный спад заболеваемости малярией в Регионе, наблюдаемая в настоящее время ситуация осложняется повторным появлением и распространением *Plasmodium falciparum* в Таджикистане, где в 2000 г. было зарегистрировано 813 случаев. Высокий уровень заболеваемости малярией сохраняется в Турции, причем это заболевание носит эндемичный характер на территориях с населением свыше 15 млн. человек.

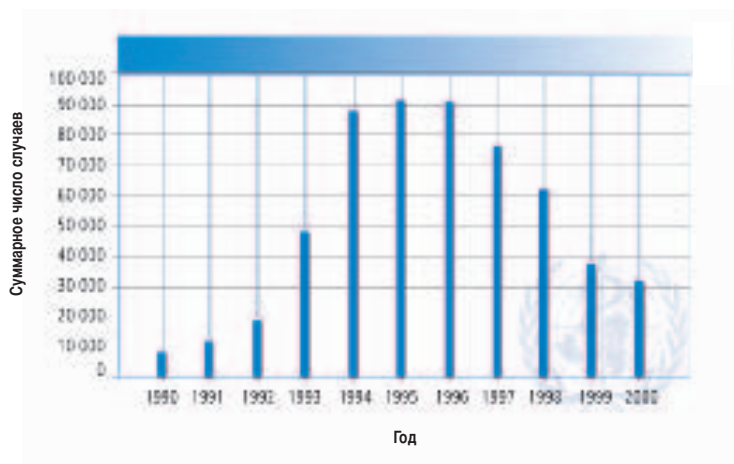


Рисунок 14.
Заболеваемость малярией
(зарегистрированные
случаи, передающиеся в
месте возникновения) в
Европейском регионе,
1990–2000 гг.

В ответ на эту ситуацию в 1999 г. была разработана и внедрена в практику региональная стратегия, получившая название “Обратим малярию вспять” (RBM). Ее целью является прекращение к 2010 г. циркуляции возбудителя малярии, особенно ее тропической формы – *falciparum*. В рамках региональной программы RBM предпринимаются усилия по решению связанных с малярией вопросов путем проведения разъяснительной работы на региональном и страновом уровнях, стимулирования институционального развития, содействия мобилизации ресурсов под программу RBM, укрепления кадрового потенциала по лечению данного заболевания, создания задела в целях принятия своевременных ответных мер на случай чрезвычайных ситуаций, усиления механизмов эпиднадзора и проведения оперативных научных изысканий на местах, обеспечения социальной мобилизации и активизации межсекторального сотрудничества.

Заболевания, предупреждаемые посредством вакцинопрофилактики

Эпидемию дифтерии, охватившую целый ряд стран в начале 1990-х годов, удалось взять под контроль благодаря энергичным усилиям, которые были предприняты в 1994–1998 гг. пораженными эпидемией государствами-членами в сотрудничестве с международными партнерами (рис. 15). Число зарегистрированных в 1999 г. случаев составило 1603, что явилось итогом постепенного сокращения заболеваемости, пик которой пришелся на 1995 г., когда было зарегистрировано более 50 тыс. случаев.

Снижение стоимости вакцины против гепатита В позволило сделать реальной всеобщую иммунизацию детей грудного возраста в Регионе и предопределило успешное решение проблемы с переносчиками возбудителей этой болезни. Распространенность поверхностного антигена гепатита В является незначительной в большинстве стран Западной и Северной Европы (<1%), варьируется в диапазоне от промежуточной (1–5%) до высокой (>5%) в большинстве территорий СЦВЕ и ННГ, но достигает высокого уровня в отдельных республиках Центральной Азии и Закавказья. В 2000 г. плановая иммунизация против гепатита В проводилась 28 странами; в 1999 г. региональный уровень охвата повысился до 24% (по отчетным данным из 26 стран) с 4% (по отчетным данным из 4 стран) в 1990 г.

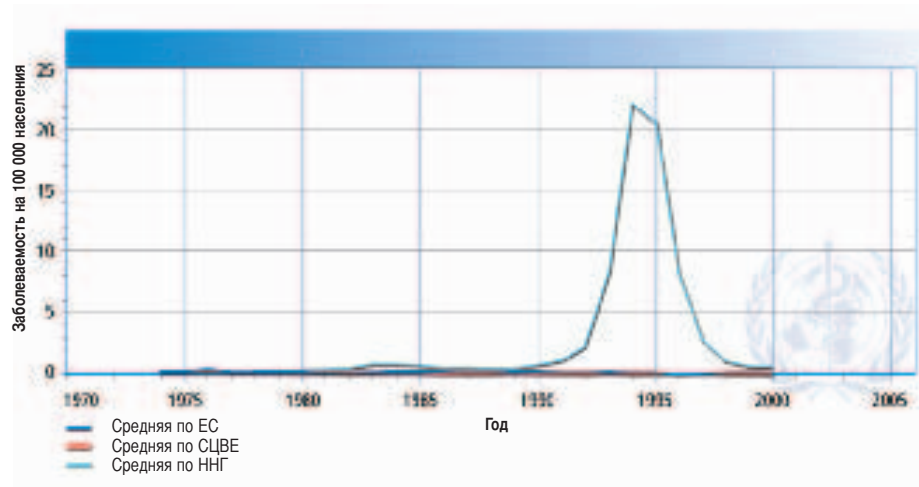


Рисунок 15. Заболеваемость дифтерией, 1974–2000 гг.

В результате проведения скоординированных межрегиональных массовых прививочных кампаний в рамках операции МЕКАКАР с ноября 1998 г. не было зарегистрировано ни одного эндемичного случая полиомиелита, вызванного штаммами дикого полиовируса. Три случая заболевания в Болгарии в марте–мае 2001 г. имели место среди небольшого контингента населения высокого риска из числа этнических меньшинств, и все они были вызваны штаммом дикого полиовируса, завезенного из северной Индии; выявление заболевших в сжатые сроки позволило предпринять экстренные меры по борьбе с инфекцией посредством кампаний по вакцинопрофилактике.

В 1999 г., несмотря на снижение уровня заболеваемости, число зарегистрированных случаев кори превысило 17 900 (рис. 16). Однако во многих странах эпиднадзор за корью проводится в ограниченном масштабе, и лишь немногие страны обеспечивают в повседневной практике лабораторное подтверждение диагноза. На этапе подготовки государств-членов к предстоящей ликвидации кори данное обстоятельство осложняет проблему оценки текущего бремени этой болезни в Регионе. Перед ВОЗ в Европейском регионе стоят такие задачи, как совершенствование служб вакцинопрофилактики и получение новых вакцинных антигенов. Поэтому Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации⁹, объединяющий в своих рядах многочисленный круг партнеров, оказывает поддержку системам по иммунизации, предоставляет более широкие возможности для совершенствования практики использования вакцин и усиления национальных программ иммунизации в 11 странах Региона, которые отвечают установленным критериям. В дальнейшем пристальное внимание будет уделяться расширенному внедрению в практику вакцин, используемых недостаточно активно, укреплению холодной цепи и систем материально-технического обеспечения, а также стимулированию безопасной практики иммунизации.

Вспышка полиомиелита в Болгарии со всей очевидностью указывает на необходимость обеспечения высококачественного эпиднадзора и сохранения высоких уровней охвата иммунизацией каждой подгруппы населения во всех государствах-членах вплоть до

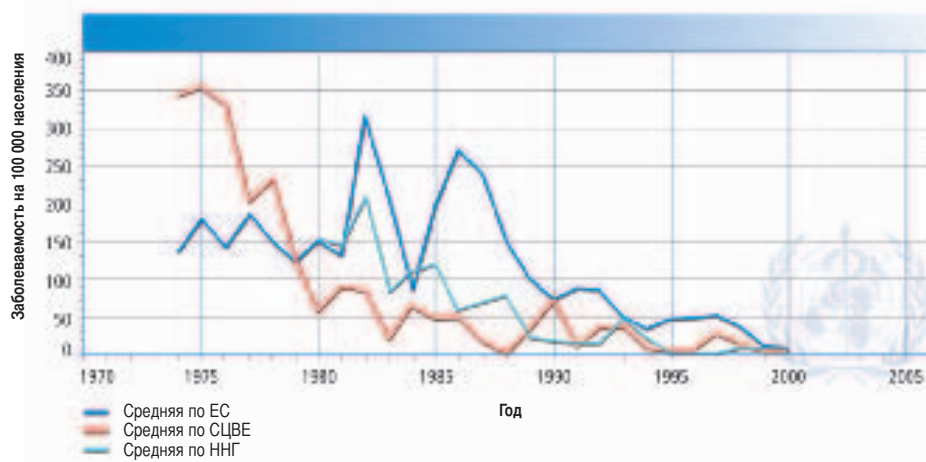


Рисунок 16. Заболеваемость корью, 1974–2000 гг.

⁹ <http://www.vaccinealliance.org>, взято с вебсайта 21 мая 2002 г.

окончательной ликвидации этого заболевания и сертификации достигнутого статуса в глобальном масштабе. Государственные органы многих стран полны решимости непосредственно перейти к усилению систем эпиднадзора за корью, чтобы в конечном итоге добиться ее искоренения. В целях ликвидации кори в Регионе необходимо выйти на и сохранять поистине высокий уровень охвата населения плановыми профилактическими прививками по введению первой дозы коревой вакцины, чтобы в дальнейшем можно было вводить вторую дозу, а также обеспечить дальнейшее укрепление эпиднадзора, включая лабораторное подтверждение диагноза. Планируемые в связи с ликвидацией кори мероприятия будут включать методы ускоренного контроля краснухи и синдрома врожденной краснухи.

Связанная с управляемыми инфекциями основная задача состоит не только в мобилизации ресурсов для реализации намеченных стратегий в государствах-членах, переживающих период экономических преобразований, но и в проявлении политической воли некоторыми западноевропейскими странами, чтобы обеспечить осуществление таких стратегий. Государства-члены уже добились ощутимых результатов в деле создания автономно и стабильно работающих национальных служб иммунизации, программы которых, как известно, отличаются высокой экономической эффективностью. По данным за 1999 г., региональный уровень охвата иммунизацией составил 94% по АКДС3 и 90% по коревой вакцине.

Неинфекционные болезни

Неинфекционные болезни (НИБ) включают в себя целую группу хронических заболеваний, имеющих большое значение с точки зрения здравоохранения и существенно влияющих на показатели заболеваемости, снижения трудоспособности и преждевременной смертности в Европейском регионе ВОЗ. В 2000 г. вклад этих болезней в суммарное бремя заболеваемости, выраженной в показателях DALYs, составил примерно 75%. При этом на долю сердечно-сосудистых болезней приходилось около 21,8%, злокачественных новообразований – 11,5%, астмы и хронических обструктивных заболеваний легких – 4,2%, ревматоидного артрита и остеоартрита – 3,5%, сахарного диабета – 1,6%. Ожидается, что к 2020 г. в структуре бремени заболеваемости НИБ будут составлять еще более высокий процент, причем их доля по расчетным данным может превышать 80%. Расширение масштабов эпидемии НИБ также в значительной мере влияет на увеличение разрыва как между, так и внутри стран Европейского региона и всего мира по таким показателям, как ожидаемая продолжительность жизни, смертность и качество жизни.

Вместе с тем, как и прежде, информация о нынешнем и растущем бремени НИБ в основном базируется на данных смертности, не способных адекватным образом отражать исходы лечения этих состояний с позиции ущерба от болезни и инвалидности, который тяжелым бременем ложится на плечи людей и усугубляет положение систем здравоохранения и целых сообществ. При проведении демографических обследований можно рассчитывать на получение незначительного объема сопоставимых данных. Поэтому источниками информации могут служить выборочные исследования на субнациональном уровне, например, в рамках проекта ВОЗ МОНИКА (Мониторинг сердечно-сосудистых заболеваний), отслеживающего частоту возникновения процессов,

которые проявляются вследствие этих заболеваний. Государства-члены предпринимают серьезные усилия с тем, чтобы расширить возможности для сбора данных и укрепить доказательную базу, на основе которой формируется их политика здравоохранения. ВОЗ будет оказывать поддержку этим усилиям, в частности при проведении в 2002 г. обследования состояния здоровья населения в мире.

Такие наиболее широко распространенные НИБ, как сердечно-сосудистые болезни, рак, хроническая обструктивная болезнь легких и диабет, характеризуются общими предотвращаемыми факторами риска, которые связаны с образом жизни, в том числе с табакопотреблением, нездоровым режимом питания, ожирением и гиподинамией. Кроме того, было установлено, что психосоциальный стресс играет важную роль в развитии хронических состояний, особенно сердечно-сосудистых болезней¹⁰. Наряду с этим есть неопровержимые доказательства того, что социально-экономические условия сказываются на развитии НИБ¹¹. Это явление можно проследить на примере частоты возникновения болезней в разных социальных группах, причем не только внутри стран, но также и между странами¹². Среди бедных и социально уязвимых слоев населения можно наблюдать непропорционально высокий рост заболеваемости НИБ.

Сбор данных, связанных с факторами риска, осуществляется несколькими странами, однако ощущается необходимость в совершенствовании их сопоставимости на межстрановом уровне. В международном масштабе также есть конкретные примеры сбора данных по факторам риска. Посредством программы СИНДИ¹³ было организовано сотрудничество между некоторыми странами в целях разработки стандартизованных методик сбора данных и изучения факторов риска. Благодаря таким инициативам, как обследование в рамках программы СИНДИ "Health Monitor"¹⁴, которое основывается на методологии обследования FINBALT, или совместный проект ВОЗ/ЕС EUROHIS по отработке общих методов и подходов к организации опросов в целях уточнения состояния здоровья населения, также удалось принять стандарты и протоколы по сбору данных о факторах риска и связанных со здоровьем стереотипах поведения. Не все страны Европейского региона ВОЗ занимаются систематическим сбором сопоставимых данных об уровнях таких физиологических факторах риска, как повышенное кровяное давление и высокие уровни холестерина в сыворотке крови. Поступали предложения по гармонизации данных посредством международной программы слежения за факторами риска (проект EURALIM¹⁵).

¹⁰ HEMINGWAY, H. & MARMOT, M. Evidence-based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, **318**: 1460–1467 (1999).

¹¹ MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, **321**: 1124–1128 (2000).

¹² WORLD BANK. *World development report 1993*. New York, Oxford University Press, 1993.

¹³ СИНДИ – это программа международного сотрудничества, целью которой является разработка для участвующих стран отдельной структуры или методики в отношении мероприятий, ориентированных на профилактику или контроль общих для НИБ факторов риска. Опыт, приобретенный в итоге реализации нескольких национальных демонстрационных проектов, в частности проекта по Северной Карелии в Финляндии, говорит о том, что такая работа может послужить мощным инструментом формулирования национальной политики.

¹⁴ <http://www.euro.who.int/Document/Chr/Cinheamonquest.pdf>, взято с вебсайта 29 мая 2002 г.

¹⁵ <http://www.epidemiology.ch/euraim>, взято с вебсайта 21 мая 2002 г.

В наше время уже накоплен большой объем знаний и опыта по осуществлению возможных подходов к организации борьбы с НИБ. В значительной мере эти болезни можно предотвратить, предпринимая меры противодействия главным, наиболее распространенным среди населения факторам риска и их социально-экономическим детерминантам. На примере нескольких исследований видно, что вслед за изменением факторов риска сразу же меняются и показатели смертности, как это было продемонстрировано в Финляндии в случае со смертностью от ишемической болезни сердца¹⁶. Следовательно, меры по профилактике этих болезней должны быть нацелены на комплексную борьбу с этими факторами риска. Результаты борьбы с НИБ будут также зависеть от стадии развития и доступности системы медицинского обслуживания. И все же следует со всей определенностью подчеркнуть, что характер распределения факторов риска, равно как и качества и доступности медобслуживания, находится в прямой зависимости от действующих на уровне популяции социально-экономических факторов.

По мнению ВОЗ, вопросы профилактики НИБ и борьбы с ними должны занимать важное место среди проблем здравоохранения, поиском всесторонних решений которых предстоит заниматься в 21-ом столетии. В документе “ЗДОРОВЬЕ21”¹⁷ изложены базовые принципы по минимизации бремени НИБ, в соответствии с которыми особое внимание необходимо уделять детерминантам этой группы заболеваний, одновременно воздействуя на факторы риска и связанные со здоровьем привычки поведения. В соответствии с положениями резолюции WHA51.18, принятой на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, перед ВОЗ была поставлена задача разработать всеобъемлющую стратегию по снижению бремени НИБ и обеспечить руководство по ходу ее реализации. Многие страны Региона занимаются разработкой или уже разработали курс действий по достижению целей, вытекающих из глобальной стратегии ВОЗ, чтобы оперативно определять границы распространения возникающих эпидемий, ограничивать негативное воздействие наиболее распространенных факторов риска и добиваться усиления системы здравоохранения путем проведения эпиднадзора, укрепления здоровья, профилактики заболеваний и принятия эффективных мер вмешательства.

В 2001 г. по инициативе ВОЗ было предпринято обследование¹⁸ в целях оценки национального потенциала по профилактике НИБ и борьбе с ними, которым обладает политика, программы и инфраструктуры здравоохранения во всех шести регионах ВОЗ. Ниже приведены основные результаты по Европейскому региону:

- Политика в отношении НИБ существует в 59% стран, а конкретные планы, касающиеся сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и рака, приняты соответственно в 50%, 54% и 62% государств-членов.

¹⁶ VARTAINEN, A. ET AL. *British medical journal*, **309**: 23–27 (1994).

¹⁷ ЗДОРОВЬЕ-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6).

¹⁸ *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/MNC/01.2).

- По поступившим данным, в примерно 63% стран имеется отдельное структурное подразделение, отвечающее за профилактику НИБ, однако в отдельную строку бюджета ассигнования на НИБ выделены менее чем в 46% стран.
- Национальные справочные центры по диабету и онкологическим заболеваниям функционируют соответственно в 66% и 71% стран.
- Усиление конкретных мер в отношении НИБ будет означать, что страны станут уделять более пристальное внимание НИБ и заниматься укреплением своего потенциала по разработке политики.
- Наличие эффективно работающих систем эпиднадзора и надежных данных по ведущим факторам риска являются основными предпосылками для планирования, определения приоритетов и оценки программ в области НИБ. Распространенность курения и диабета, если руководствоваться данными 88% и 80% стран соответственно, упоминается чаще всего в связи с показателями НИБ. Примерно в 70% стран обеспечивался сбор данных о состоянии режимов питания и гипертензии, а также по антропометрическим измерениям и физической активности. Только 44% стран Региона обеспечивают сбор данных о распространенности факторов риска, ежегодно отражаемых в системе отчетности о состоянии здравоохранения.
- Как и прежде, во многих странах немаловажной проблемой остается адекватное обучение медицинских работников в области профилактики и ведения НИБ.
- Принятие комплексных мер по профилактике НИБ и борьбе с ними является важнейшим условием для успешного проведения в жизнь многих инициатив в отношении НИБ. Осуществление подхода в рамках партнерства представляется жизненно важным при решении вопросов, касающихся широкого спектра факторов риска по НИБ. Результаты проведенного обследования говорят о том, что во многих странах Региона в деле профилактики НИБ и борьбы с ними принимают участие неправительственные организации (НПО). К основным мероприятиям можно отнести следующее: обучение (94%), профилактика (98%), информированность населения (89%) и ведение больных (86%). В решении вопросов, связанных с разработкой политики в области НИБ, участвует меньшее число НПО (62%).

Сердечно-сосудистые болезни

Класс сердечно-сосудистых болезней (ССБ) включает в себя гипертензию, ишемическую болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярную болезнь (инсульт), периферическую сосудистую болезнь, сердечную недостаточность, ревматическую болезнь сердца, врожденный порок сердца и кардиомиопатию. По оценкам за 2000 г., приведенным в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире*, эти состояния занимают первое место среди причин, обуславливающих бремя болезни в показателях DALYs по Европейскому региону ВОЗ в целом. Перечисленные болезни следуют за нейropsychиатрическими расстройствами лишь в тех странах, которым удалось выйти на низкий уровень детской смертности и крайне низкий уровень смертности взрослой части населения, т.е. это страны Западной Европы и некоторые государства-кандидаты для вступления в ЕС с развитой рыночной экономикой.

За последнее время в странах ЕС смертность от ССБ (по всем возрастным группам) неуклонно снижалась и сейчас по сравнению с уровнем 1970 г. уменьшилась вдвое, составив 240–260 на 100 тыс. населения (рис. 17). При этом средний показатель по ННГ почти в три раза превышает названный уровень и соответствует 750 на 100 тыс. населения. Среди групп населения более молодого возраста на долю смертей от ССБ приходится свыше 50% разрыва по ожидаемой продолжительности жизни между Востоком и Западом. В 1970 г. в странах Западной и Восточной Европы средние коэффициенты смертности от ССБ на 100 тыс. населения моложе 65 лет были аналогичными (ориентировочно 100), однако в настоящее время эти коэффициенты составляют около 50 в Западной Европе, 120 – в СЦВЕ и 230 – в ННГ. Преждевременная смертность по двум ведущим причинам смерти в этой группе заболеваний имеет ту же тенденцию. В возрастной группе 25–64 года в странах ЕС смертность от ишемической болезни сердца постоянно снижается, в СЦВЕ был период относительной стабильности, и в начале 1990-х годов стала проявляться тенденция к снижению, а в ННГ отмечалось повсеместное повышение этой статистики, пик которой пришелся примерно на 1994 г., на фоне повторного роста этого показателя за последнее время. Коэффициенты смертности от ССБ у мужчин выше, чем у женщин: от ишемической болезни сердца примерно в три раза, от цереброваскулярной болезни менее чем в два раза. Однако, если сравнивать ситуацию в странах или группах стран, то на достоверность этих статистических данных влияет методика официальной регистрации причин смерти. Например, как сказано в предыдущем отчете о здоровье населения в Европе¹⁹, определенная часть избыточной смертности мужчин от ССБ в некоторых восточноевропейских странах, по-видимому, обусловлена алкогольным отравлением.

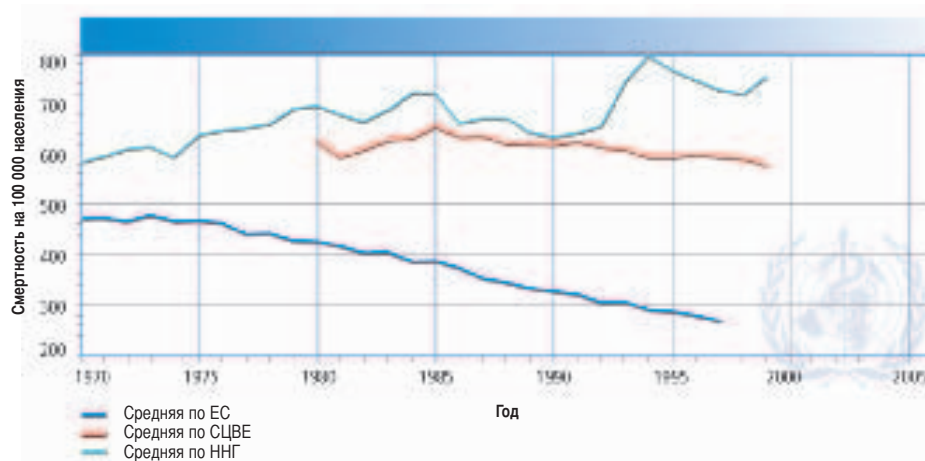


Рисунок 17. Смертность от сердечно-сосудистых болезней, 1970–1999 гг.

¹⁹ 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).

В рамках проекта ВОЗ МОНИКА²⁰ с середины 1980-х по середину 1990-х годов проводилось наблюдение за частотой ИБС, факторами риска и лечением коронарных больных среди отобранных контингентов населения в 37 странах с целью получить точную картину уровней и тенденций, связанных с ССБ. Тенденции изменения частоты ИБС напоминали те, которые были выявлены в процессе рутинного учета данных смертности, хотя во многих странах последнему была присуща недооценка частоты смертей от ИБС. Таким образом, благодаря этому проекту удается проконтролировать правильность использования рутинных данных смертности для мониторинга долгосрочных тенденций динамики смертности от ИБС. Наиболее значительное снижение частоты ИБС среди мужчин произошло в трех популяциях на севере Европы: в Северной Карелии и Куопио в Финляндии, а также в Северной Швеции. За исключением Каталонии (Испания), мужское население, среди которого наблюдалось заметное повышение соответствующих показателей, в основном проживает в Центральной и Восточной Европе. Что касается женского населения, то существенное повышение показателей также преимущественно отмечалось в Центральной и Восточной Европе, однако общие закономерности подъемов и спадов согласовывались между собой в меньшей степени. При снижении коэффициентов смертности на увеличение периода дожития приходилась одна треть, а на снижение частоты ИБС – две трети в среднем от суммарного изменения этих коэффициентов, что указывало на важность не только профилактики болезней сердца, но и повышения качества помощи при острых состояниях.

Полученные результаты указывают на то, что в большинстве центров, участвующих в проекте МОНИКА, частота ИБС снижается, и есть все основания рассчитывать на дальнейшее улучшение ситуации и заимствование этого опыта другими странами. В целом, убедительные доказательства позитивных перемен были документально оформлены в нескольких западноевропейских странах. Это, по меньшей мере отчасти, произошло благодаря совершенствованию первичной и вторичной профилактики, а также улучшению неинвазивных и хирургических методов лечения больных. Вопросы профилактики ССБ и борьбы с ними, по мнению ВОЗ, являются приоритетными, что говорит о приверженности Организации курсу на ускорение темпов развития благоприятных тенденций.

Рак

Согласно поступившим в Региональное бюро официальным отчетным данным, на онкологические заболевания приходится около одной пятой всех смертей в диапазоне от примерно 30% в отдельных западноевропейских странах до приблизительно 10% в некоторых странах в восточной части Региона (рис. 18). Кроме того, эти заболевания являются причиной значительной доли утраченных лет жизни и числа лет, прожитых с инвалидностью. Средний коэффициент смертности от рака среди лиц в возрасте 0–64 лет в ЕС составляет 79, в СЦВЕ – 104 и в ННГ – 99 на 100 тыс. населения. В отличие от ситуации с более молодыми контингентами населения, среди населения в возрасте 65 лет и старше эти коэффициенты составляют 1065, 1024 и 785 соответственно, т.е. в СЦВЕ, и особенно в ННГ, отмечаются более низкие, чем в ЕС, показатели. В масштабе всего Европейского региона коэффициенты смертности от рака снижаются. В западной части

²⁰ <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-27.html>, взято с вебсайта 7 мая 2002 г.

Региона этот показатель в настоящее время примерно на 14% ниже, чем в 1980 г. В большинстве СЦВЕ вплоть до 1990 г. происходил рост такой статистики, который сменился периодом стабилизации, и уже с 1995 г. наметилась некоторая тенденция к снижению. В ННГ динамика снижения носит более выраженный характер и отражает такую же картину, что и в ЕС.

Из всех разновидностей онкологических заболеваний рак легкого занимает самое заметное место среди причин, обуславливающих бремя болезни. Среди мужского населения стран ЕС частота рака легкого постепенно повышалась до середины 1980-х годов и в дальнейшем, после 1985 г., стала снижаться. В СЦВЕ после 1985 г. смертность продолжала повышаться среди мужского населения старше 65 лет, но среди контингентов населения более молодого возраста эта тенденция развивалась в противоположном направлении. В ННГ соответствующие показатели снижались во всех возрастных группах. Однако между странами Запада и Востока существует временной лаг продолжительностью не менее 5–15 лет (в зависимости от конкретной страны и контингента лиц, родившихся в одном и том же году), прежде чем положительные изменения станут отражать изменения в показателях распространенности и степени воздействия табачного дыма в прошлом.

В общей сложности эпидемический характер смертности среди мужчин скорее всего уже прошел свой пик и имеет тенденцию к снижению. В случае с женщинами сложившиеся тенденции несколько иные, и общая картина весьма настораживает. В ЕС и СЦВЕ эти тенденции все еще повышаются во всех возрастных группах, что, возможно, будет способствовать ускорению дальнейшего развития смертности в эпидемических масштабах. В ННГ регистрируемые показатели смертности имеют тенденцию к снижению, но их интерпретация связана с дополнительными трудностями. Снижение уровня смертности от онкологических заболеваний в ННГ можно объяснить целым рядом изменений, внесенных в порядок сбора данных, наличием других конкурирующих причин смерти, эффектами формирования когорт и эффектами от улучшения медицинского обслуживания. В частности, есть все основания считать, что данные о

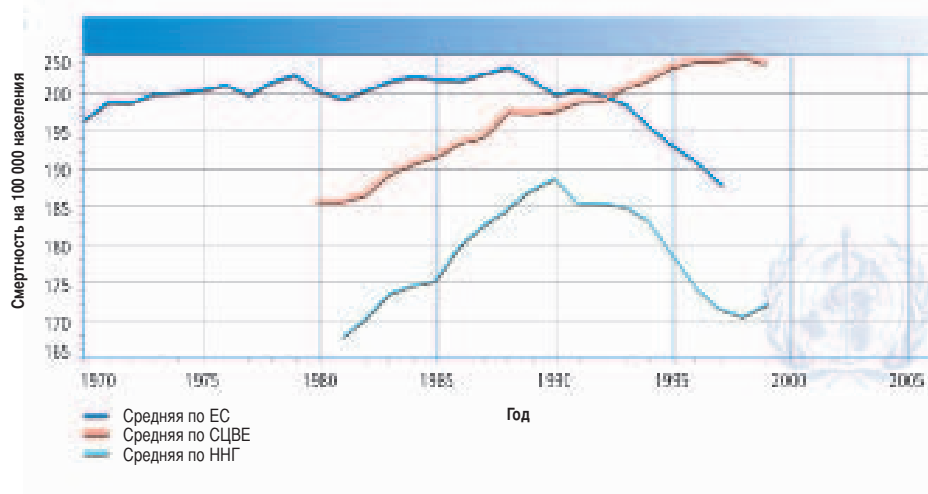


Рисунок 18. Смертность от злокачественных новообразований, 1970–1999 гг.

регистрации смерти пожилых от рака явно занижены, особенно в сельских районах, а также учитывать последствия значительных изменений в начале 1990-х годов в методике кодирования таких причин²¹.

Представленные выше общие характеристики онкологической заболеваемости (рис. 19) и смертности можно с пользой для дела дополнить высококачественными данными, полученными в итоге проведения одномоментных исследований заболеваемости и смертности, воспользовавшись онкологическими регистрами по населению в целом, количество которых в Европе постоянно растет²². Европейская сеть онкологических регистров насчитывает 166 охваченных ею регистров в 40 странах Европы. В 1995 г. с ее помощью были получены общенациональные расчетные данные по онкологической заболеваемости и смертности в 38 странах, по которым Организация Объединенных Наций представила оценки численности и состава населения и демографические прогнозы. Данные национальной статистики по заболеваемости и смертности пополняются региональными сведениями с использованием метода, благодаря которому учитываются тщательно выверенные данные заболеваемости и смертности из онкологических регистров, что позволяет, руководствуясь единой методологией, получить ориентировочные данные по онкологической заболеваемости и смертности для распространения среди всех стран.

В этих 38 странах в 1995 г. на долю пяти видов рака (легкого, толстой и прямой кишки, молочной железы, желудка и простаты) приходилось большее число заболевших и смертей, чем на все остальные, взятые вместе, виды онкологических заболеваний (табл. 2). Более 50% бремени болезни с распределением по полу обусловлено всего лишь четырьмя видами рака. К четырем наиболее распространенным первичным локализациям у мужчин относились легкое, толстая и прямая кишка, желудок и



Рисунок 19. Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения

²¹ SHKOLNIKOV, V.M. ET AL. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks and cohort effects. *International journal of epidemiology*, **28**: 19–29 (1999).

²² BRAY, F. ET AL. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *European journal of cancer*, **38**: 99–166 (2002).

простата. Рак мочевого пузыря занимал пятое место (7% случаев). У женщин основными локализациями злокачественных новообразований являлись молочная железа, толстая и прямая кишка, желудок и легкое. Рак шейки матки и рак матки поделили между собой пятое место (по 6% на каждую локализацию). Общая заболеваемость²³ среди мужчин была самой высокой в Западной Европе, за которой следовали СЦВЕ, где особенно высокие показатели были зарегистрированы в Венгрии и Чешской Республике. Самые высокие показатели среди женщин наблюдались в Северной Европе, в частности в Дании, а также в Исландии.

Локализация	Сводные данные, мужчины и женщины		Мужчины		Женщины	
	Новые случаи	Летальные исходы	Новые случаи	Летальные исходы	Новые случаи	Летальные исходы
Легкое	14	20	22	29	6	9
Толстая и прямая кишка	13	12	12	10	14	14
Молочная железа	12	8	–	–	26	17
Желудок	8	9	9	10	7	9
Простата	6	5	11	8	–	–
Все локализации	53	54	54	57	53	49

Таблица 2. Пять наиболее распространенных видов рака в Европе в процентах от всех видов злокачественных новообразований, 1995 г.

Число смертей отражает как заболеваемость, так и коэффициент выживаемости. Рак легкого намного опережает других “убийц”. Из-за неудовлетворительного прогноза абсолютное число смертей практически совпадало с абсолютной встречаемостью этой формы заболевания. Второе место занимали летальные исходы от рака толстой и прямой кишки за которым следовал рак желудка, однако ввиду еще худшего коэффициента выживаемости этот вид рака опережал рак молочной железы. Наиболее распространенной причиной смерти от рака среди мужчин был рак легкого, а среди женщин – рак молочной железы.

Вытекающие из вышеизложенного общие закономерности, несмотря на некоторые сохраняющиеся сомнения, связанные с качеством и наличием данных по отдельным территориям Региона, не противоречат информации об уровнях экспозиции в прошлом и предпринятых ранее вмешательствах. Тем не менее, за этим общим впечатлением не должно скрываться все разнообразие тенденций и частоты возникновения онкологических заболеваний с учетом их вида, возраста и пола пациентов и географического положения. Перечисленные сложные процессы в очередной раз указывают на необходимость проведения мер борьбы против рака, которые на основании достаточно убедительных эпидемиологических данных и регулярного эпиднадзора самым тщательным образом учитывают специфику ситуации целевой группы населения.

²³ Не связанные с меланомой злокачественные новообразования кожи не включены в оценочные данные по всем видам рака.

Если мыслить глобально, то можно предположить, что посредством одного лишь применения на практике накопленных знаний удастся предотвратить возникновение одной четвертой всех видов рака. Можно добиться излечения одной трети заболевших, прибегнув к современной технологии, и в течение ближайших 25 лет можно с уверенностью прогнозировать двукратное повышение этого показателя. Однако соответствующие специальные знания и опыт должны быть доступны для широкого круга специалистов. Тем, кого невозможно будет излечить, должно быть гарантировано эффективное паллиативное купирование симптомов, особенно болевого синдрома, как неотъемлемое право человека. Непременными условиями выполнения этой задачи должны быть результативные стратегии, политическая воля, искусство убеждения и нормальные отношения со СМИ, а также международное, профессиональное и промышленное сотрудничество.

Стратегия ВОЗ заключается в совершенствовании борьбы против рака через дальнейшее развитие национальных программ противораковых мероприятий, которые строятся с учетом эпидемиологии рака, уровней образования, имеющихся ресурсов и экономического положения системы здравоохранения каждой страны. Важнейшим элементом данной инициативы является так называемая “лестница онкологических приоритетов”, с помощью которой при разработке эффективных национальных противораковых программ можно уточнить принятые на международном уровне первоочередные задачи²⁴.

Ожирение

Ожирение является не только предотвращаемым хроническим заболеванием, но и фактором риска развития других болезней. Основные связанные с ожирением последствия для здоровья включают в себя гипертензию, диабет, сердечно-сосудистую болезнь, болезнь желчного пузыря, психосоциальные проблемы и некоторые виды рака²⁵. Нарастание степени риска напрямую зависит от индекса массы тела (ИМТ)²⁶, причем среди более молодых возрастных групп повышение факторов риска является относительным и обратимость значительного сброса лишних килограммов, судя по имеющимся убедительным данным, вполне реальна. Масштабы ожирения и избыточной массы тела сопоставимы с панъевропейской эпидемией, которая представляет собой проблему особой сложности с точки зрения профилактики хронических НИБ.

Во многих странах более половины взрослого населения страдает избыточной массой тела, причем 20–30% взрослых можно отнести к категории лиц с клинической формой ожирения. Накопленные данные указывают на варьирование в широких пределах степени ожирения в Европе. В Германии, Соединенном Королевстве и Финляндии один из пяти взрослых имеет лишний вес, тогда как в СЦВЕ и ННГ наблюдаются еще более высокие уровни распространенности ожирения. Фактические данные, в сущности, говорят о возрастающих тенденциях, хотя темпы роста могут быть различными (табл. 3).

²⁴ <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-72.html>, взято с вебсайта 8 мая 2002 г.

²⁵ К связанным с ожирением злокачественным новообразованиям относятся такие их локализации, как тонкий кишечник, желчный пузырь, гортань, почечная паренхима, мочевого пузыря, шейки матки, эндометрий, яичник, головной мозг и соединительная ткань. Связь между ожирением и риском возникновения рака молочной железы, простаты и поджелудочной железы может напрямую зависеть от возраста. Тучные мужчины в большей степени, чем те, кто не страдает ожирением, подвержены летальному исходу от рака толстой и прямой кишки и простаты. Тучные женщины в большей степени, чем те, кто не страдает ожирением, подвержены летальному исходу от рака желчного пузыря, молочной железы, матки, шейки матки и яичника.

²⁶ Масса тела в килограммах, поделенная на рост (в метрах) в квадрате.

Резко обострилась проблема ожирения в детском возрасте, и во многих странах к такой категории можно отнести каждого пятого ребенка. За последнее десятилетие в Англии и Шотландии статистика избыточной массы тела и ожирения среди юношей и девушек существенно возросла на фоне почти двукратного увеличения этих показателей за 10-летний период, предшествующий 1994 г. Заметное расширение масштабов этой проблемы стало проявляться в Нидерландах начиная с 1980 г., тогда как, по данным исследований в Германии, Польше, Франции и Югославии, в настоящее время от избыточной массы тела или ожирения страдает примерно каждый пятый ребенок.

Территории, участвующие в проекте МОНИКА	1980-е годы		1990-е годы	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Бельгия (Гент)	11,3	15,5	13,2	15,9
Бельгия (Шарлеруа)	19,6	25,7	18,9	23,9
Германия (Аугсбург, городские районы)	17,6	15,5	17,3	20,8
Германия (Аугсбург, сельские районы)	19,9	22,2	23,5	23,0
Германия (Бремен)	13,9	18,0	15,6	18,7
Германия (Восточная Германия)	14,5	18,6	16,1	20,4
Дания (Глоструп)	11,1	10,4	13,2	12,1
Исландия	11,6	13,7	17,0	18,4
Италия (Брянца)	10,9	15,2	13,5	17,8
Италия (Фриули)	15,6	18,7	17,1	18,8
Литва (Каунас)	22,0	44,9	19,8	32,0
Польша (Варшава)	17,5	25,6	22,2	28,5
Польша (Тарнобжегское воеводство)	12,8	31,9	14,9	36,3
Российская Федерация (Москва)	13,6	32,1	8,3	22,2
Российская Федерация (Новосибирск)	13,6	45,5	16,7	34,8
Соединенное Королевство (Белфаст)	11,2	14,2	13,6	16,2
Соединенное Королевство (Глазго)	10,9	15,5	12,7	22,8
Финляндия (губерния Куопио)	17,8	19,2	23,7	25,9
Финляндия (Северная Карелия)	17,3	23,7	22,7	23,5
Финляндия (Турку/Лоймаа)	18,7	16,6	22,4	19,2
Франция (Лилль)	14,0	17,7	17,2	21,8
Франция (Страсбург)	22,0	22,9	21,6	18,6
Франция (Тулуза)	9,2	10,5	12,6	10,1
Чешская Республика	21,8	32,5	23,4	30,2
Швейцария (кантон Во/Фрибур)	13,4	13,2	16,1	10,1
Швейцария (Тичино)	19,7	15,0	13,3	16,3
Швеция (Гётеборг)	7,8	9,0	13,0	10,4
Швеция (Северная Швеция)	11,4	14,2	14,3	13,8
Югославия (Нови-Сад)	17,5	29,4	20,3	31,8

Таблица 3. Доля лиц с ожирением в возрасте 35–64 лет в Европе, которые проживают в территориях, участвующих в проекте МОНИКА, и по которым имеются данные обследований по состоянию на начало–середину 1980-х годов и на начало–середину 1990-х годов

Проблема ожирения может обойтись некоторым странам до 7% от общей суммы бюджетных ассигнований на здравоохранение. В Англии прямые издержки оцениваются в пределах 500 млн. фунтов стерлингов, а косвенные – в 2 млрд. фунтов стерлингов²⁷. В Германии, согласно последним оценкам, такие издержки в ценах за 1995 г. могут быть еще выше, составляя 20 млрд. немецких марок. Во Франции, где уровень ожирения ниже, прямые издержки в ценах за 1992 г. находятся в пределах 4,2–8,7 млрд. франков, или 1,5% от общих расходов на здравоохранение.

Все еще предстоит разработать всеобъемлющие стратегии, чтобы на уровне популяции решить проблемы избыточной массы тела и ожирения у взрослых и детей. Правительствам стран следует сформулировать более четкие подходы к аспектам питания и физической активности, которые требуют согласованных межсекторальных целенаправленных действий на всех уровнях. Слишком часто лица, формулирующие политику, полагают, что единственным путем оказания помощи является персонифицированное санитарное просвещение; такой подход явно не срабатывает, о чем говорят огромное стремление похудеть и заинтересованность в продуктах для похудения, а также в других методах снижения веса и одновременный рост показателей избыточной массы тела и ожирения. В Европе должна быть разработана более масштабная и последовательная политика противодействия тенденциям, приводящим к ожирению, жертвами которого в настоящее время становятся многочисленные контингенты населения.

Сахарный диабет

В большинстве стран число лиц с сахарным диабетом резко возрастает. В Европейском регионе от этого заболевания страдает примерно 22,5 млрд. взрослых. У приблизительно 5–15% всех диабетиков диагностируется диабет типа 1, который в основном развивается у детей и подростков и вынуждает их прибегать к инъекциям инсулина по несколько раз в день до конца жизни. Остальные болеют диабетом типа 2, который, как правило, проявляется в среднем возрасте. Однако нет никаких сомнений в том, что диабет, особенно типа 2, диагностируется все чаще и на более ранних этапах жизни человека. Диабет из “болезни пожилых людей” превратился в заболевание, поражающее человека в первой половине жизни. Неизбежно связанный с этим высокий уровень сахара в крови обычно сопровождается повышением кровяного давления и нарушениями уровней холестерина в крови.

Во многих странах диабет по-прежнему является важной причиной избыточной перинатальной смертности; наиболее распространенной, как и раньше, причиной слепоты у лиц трудоспособного возраста; одной из наиболее распространенных причин почечной недостаточности; и самой распространенной причиной ампутации нижней конечности. В общей сложности, по сравнению с остальным населением, страдающие диабетом в 3–4 раза чаще подвержены риску преждевременной смерти от сердечно-сосудистой болезни. Издержки системы здравоохранения, связанные с этим заболеванием, невероятно большие – по данным исследования, недавно проведенного в Швеции, затраты на диабет составляют около 8% от общей суммы бюджетных ассигнований на здравоохранение, причем основная доля расходов идет на лечение осложнений. Общая смертность от диабета показана на рис. 20.

²⁷ В этой публикации 1 млрд. = 1000 млн.

Состоявшиеся исследования показали, что развитие диабета типа 2 можно предотвратить или отсрочить, если лица из группы риска пересмотрят свое отношение к вопросам питания и занятию физическими упражнениями. На примере крупномасштабного исследования по проблеме сформировавшегося диабета типа 2²⁸ было продемонстрировано, что лечение диабета и сопутствующих ему симптомов может оказаться успешным, а развитие осложнений, связанных с большими расходами, можно остановить или отсрочить. Ряд других исследований наглядно подтвердил, что целевые программы могут оказать важное позитивное воздействие на ситуацию с диабетом и его осложнениями и что профилактические мероприятия являются экономически эффективными.

Такое развитие событий служит своеобразным вызовом системам здравоохранения государств-членов с тем, чтобы последние приступили к созданию программ повышения уровня информированности населения, политиков и специалистов здравоохранения по данной проблеме. Ощущается необходимость в усилении программ формирования здорового образа жизни и в пересмотре программ по проблеме диабета, чтобы противодействовать все усиливающейся тенденции в сторону переядания и гиподинамии. Одной из наиболее широко известных является Программа действий по проведению в жизнь положений Сент-Винсентской декларации, которая представляет собой итог совместных усилий Европейского регионального бюро ВОЗ, Европейского филиала Международной федерации специалистов по диабету и Европейской ассоциации по изучению диабета²⁹.

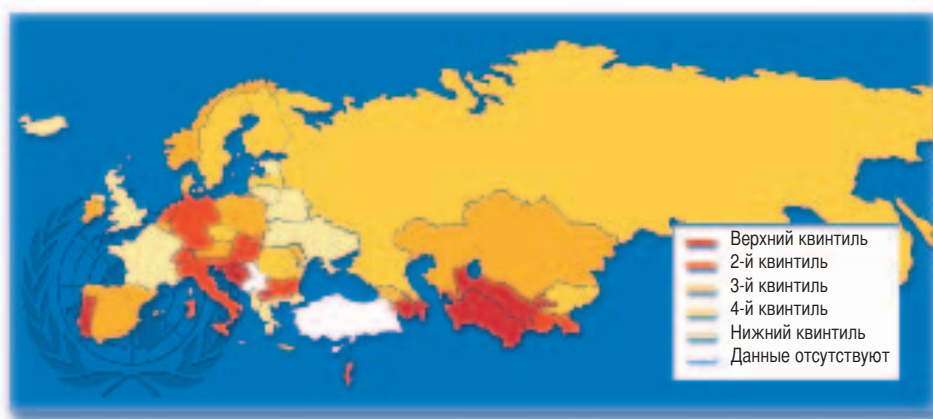


Рисунок 20. Число смертей от диабета на 100 тыс. населения

²⁸ UK Prospective Diabetes Study (<http://www.dtu.ox.ac.uk/index.html?maindoc=ukpds>, взято с вебсайта 29 мая 2002 г.).

²⁹ <http://qct.who.dk/diabetes/dm.htm>, взято с вебсайта 8 мая 2002 г.

Психическое здоровье

Значение проблем охраны психического здоровья неизменно возрастает. В соответствии с оценками, приведенными в публикации “Глобальное бремя болезни”^{30,31}, психические и неврологические расстройства занимают лидирующие места среди причин болезней и инвалидности. На нейропсихиатрические нарушения приходится 11,5% глобального бремени болезни. Из 10 ведущих причин снижения трудоспособности 5 связаны с психическими расстройствами, а именно с униполярной основной депрессией, алкогольной зависимостью, биполярной депрессией, шизофренией, обсессивно-компульсивным расстройством. Только лишь на депрессию, которая занимает четвертое место среди ведущих причин бремени болезни, приходится 4,1% всех случаев. Ожидается, что к 2020 г. депрессивные состояния окажутся на втором месте по числу лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs), уступив первенство лишь ишемической болезни сердца. В глобальном масштабе нарушения психического здоровья вносят большой вклад в бремя болезни, чем рак, а в некоторых европейских странах смертность от самоубийств в настоящее время опережает соответствующий показатель от дорожно-транспортных несчастных случаев. Это бремя становится еще более ощутимым, если принимать во внимание связь с другими состояниями, например, связь депрессии с сердечно-сосудистыми болезнями.

Масштабность проблемы психических нарушений и расстройств, начиная от обычного стресса через депрессивные и невротические состояния и заканчивая психозом в тяжелой форме, как правило, недооценивается. В Европейском регионе процент населения с серьезными психическими расстройствами, если судить по учетным и отчетным данным, колеблется в пределах от менее 1% до 6%, причем в большинстве стран диапазон таких расстройств составляет 1–3%. Распространенность некоторых состояний, например тревожности, меняется в зависимости от той или иной страны, очевидно, ввиду культурологических особенностей стран, тогда как показатели по другим состояниям, например шизофрении, мало чем отличаются друг от друга в разных странах и составляют примерно 1–2%. Однако менее серьезные расстройства, которые зачастую не регистрируются, являются значительно более распространенными. Подавляющее большинство слабовыраженных психических расстройств лечатся на местном уровне или на уровне первичного звена и лишь небольшой их процент проходит лечение в специализированных учреждениях психиатрического профиля. Результаты проведенных исследований говорят о том, что в Европе до 30% консультаций с общепрактикующими врачами посвящены проблемам охраны психического здоровья.

Депрессия имеет серьезные последствия с точки зрения развития инвалидизирующих состояний, а также приводит к повышению уровней смертности. В европейских странах

³⁰ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

³¹ Под психическими расстройствами имеется в виду некий комплекс симптомов или форм поведения, который отражает нарушение функций головного мозга и в большинстве случаев ассоциируется с расстройством и нарушением субъективных функций.

коэффициент смертности, связанной с самоубийством и членовредительством, колеблется в пределах от 11 до 36 на 100 тыс. населения. Если в среднем в странах ЕС и СЦВЕ наблюдается постепенное снижение смертности, то в ННГ период ее резкого сокращения в 1984–1986 гг. сменился тенденцией к повышению в 1990-х годах. До 60% населения, страдающего депрессивными состояниями, выздоравливает благодаря правильно подобранной комбинации антидепрессантов и психотерапии. Особенно эффективной, видимо, является когнитивная психотерапия. Результаты исследований, проведенных в странах Северной Европы, показали, что частота самоубийств снижается на 20–30% после того, как общепрактикующие врачи проходят курс обучения по распознаванию и лечению депрессии.

Причины и последствия психических расстройств меняются в зависимости от разных социальных и экономических факторов. В странах Восточной Европы проблемы охраны психического здоровья ассоциировались со снижением в течение последнего десятилетия ожидаемой продолжительности жизни и были связаны с экономическими и социальными преобразованиями, происходившими в этот же период времени. В частности, имеются некоторые фактические данные, подтверждающие взаимосвязь между социально-экономическими трудностями и распространенностью депрессии.

В Европейском регионе состояние психического здоровья характеризуется тремя основными факторами. Во-первых, уровни экономических, психосоциальных и экологических детерминантов здоровья оказывают серьезное влияние на благополучие населения и организацию психиатрической помощи. Во-вторых, непрекращающаяся стигматизация психических расстройств обрекает многих пациентов на пребывание в учреждениях закрытого типа, что может определенным образом повлиять на своевременность мер вмешательства, проявление гуманного подхода при оказании помощи и реинтеграцию психически больных в общество. В-третьих, такие связанные со стрессом и ощущением беспомощности состояния, как депрессия, самоубийства, алкоголизм и агрессивное и граничащее с риском поведение, по-прежнему серьезно влияют на заболеваемость и преждевременную смертность, особенно в восточной части Региона. Кроме того, в данном случае немаловажную роль играют гендерные факторы, что можно проследить на примере сокращения ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин, тогда как женщины, похоже, лучше справляются со стрессом и приспосабливаются к социальным изменениям. В других же странах стереотипы, обусловленные гендерной идентичностью, могут проявляться среди таких групп населения высокого риска, как подростки, одинокие и женщины, ощущающие на себе психологическое давление.

В разных странах Европы стандарты оказания помощи при психических расстройствах сильно отличаются друг от друга. На охрану психического здоровья многие европейские страны затрачивают менее 3% от своих бюджетов на здравоохранение, хотя последствия нарушений психического здоровья могут обходиться от одной трети до половины затрат на медицинское обслуживание. В восточноевропейских странах до сих пор функционируют весьма крупные стационары, где пролечивается до 50% всех больных, тогда как в странах западной части Региона такое лечение обычно проводится по месту жительства. Правда, в связи с этим подходом возникают определенные проблемы, как

например, отсутствие прямого доступа к медицинским специалистам и нежелание местного населения жить рядом с человеком, страдающим психическими расстройствами.

Важность, придаваемая ВОЗ вопросам охраны психического здоровья, была продемонстрирована при проведении ряда мероприятий в 2001 г. Всемирный день здоровья проходил под лозунгом “Откажитесь от изоляции – окажите помощь”. На сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения обсуждались все аспекты психического здоровья. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. представлен всесторонний обзор проблем охраны психического здоровья и факторов, непосредственно влияющих на их возникновение, и дается описание политики, целью которой являются не только вопросы профилактики, но и лечения психически больных и организации ухода за ними, а также изложены аспекты укрепления и защиты психического здоровья. В частности, клеймо позора, ассоциируемое с психическим здоровьем, является одним из основных препятствий на пути ранней профилактики и лечения, а также при реинтеграции психически уязвимых лиц в общество.

Несчастные случаи и травмы

Преднамеренные и непреднамеренные травмы представляют собой большую проблему, которая остается относительно игнорируемой многими странами. Проблемы насилия и членовредительства вызывают серьезную озабоченность со стороны сектора здравоохранения ввиду все более ощутимого их влияния на глобальное бремя болезней.

На несчастные случаи, другие причины травм и отравления приходится примерно одна десятая часть от общей статистики смертности (в среднем около 6% и 12% в западной и восточных частях Европейского региона соответственно). Среди причин смерти лидируют внешние причины в отношении групп населения более молодого возраста, в связи с чем именно на них приходится значительная доля преждевременных смертей. В среднем в странах ЕС стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в 1999 г. был менее 40 на 100 тыс. населения (снижение более чем на 30% по сравнению с уровнем в 1980 г.). С 1980 по 1992 г. в СЦВЕ средний коэффициент смертности составлял примерно 80 на 100 тыс. населения, хотя впоследствии произошло его постепенное снижение в 1999 г. до 65 на 100 тыс. населения. В ННГ по усредненным данным наблюдалось заметное снижение этого показателя со 140 до 92 на 100 тыс. населения в период между 1980 и 1987 г., после чего в 1994 г. произошел его резкий подъем до 188 (рис. 21). С тех пор ситуация улучшилась, однако средние статистические данные по-прежнему превышают уровень, достигнутый в 1980 г.

Около 30–40% летальных исходов среди детей в возрасте 1–14 лет происходят по причине дорожно-транспортного травматизма, по другим внешним причинам, включая отравления, утопление, пожары и падения, а также по причине насилия. Соответствующие коэффициенты меняются в зависимости от той или иной страны при следующем распределении средних значений: страны ЕС – 33%, СЦВЕ – 40% и ННГ – 33%. Травмы не только приводят к смерти, но и являются существенной составляющей бремени детской инвалидности и страданий.

Нескольким западноевропейским странам удалось добиться снижения уровня смертности от травм среди детей в возрасте 0–14 лет. Довольно удачный конкретный пример из жизни молодежи в Соединенном Королевстве³² подчеркивает важность таких мероприятий, как программы обеспечения безопасности городских кварталов, меры по сохранению спокойствия на дорогах, введение ограничений на вождение автомобиля детьми, совершенствование устройства бытовых электроприборов и проведение по месту жительства мероприятий по профилактике типичных для данной местности травм и причин их возникновения.

Библиография

Эпидемия СПИДа. Информационный бюллетень – декабрь 2000 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (UNAIDS/00.44E; WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9).

ALPERT, J.S. Coronary heart disease: where have we been and where are we going? *Lancet*, **353**: 1540–1541 (1999).

BERGSTROM, A. ET AL. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International journal of cancer*, **91**: 421–430 (2001).

CHINN, S. & RONA, R.J. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974–94. *British medical journal*, **322**: 24–26 (2001).

Руководство программы СИНДИ по питанию. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (документ EUR/00/5018028).

COLE, T.J. ET AL. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British medical journal*, **320**: 1240–1243 (2000).

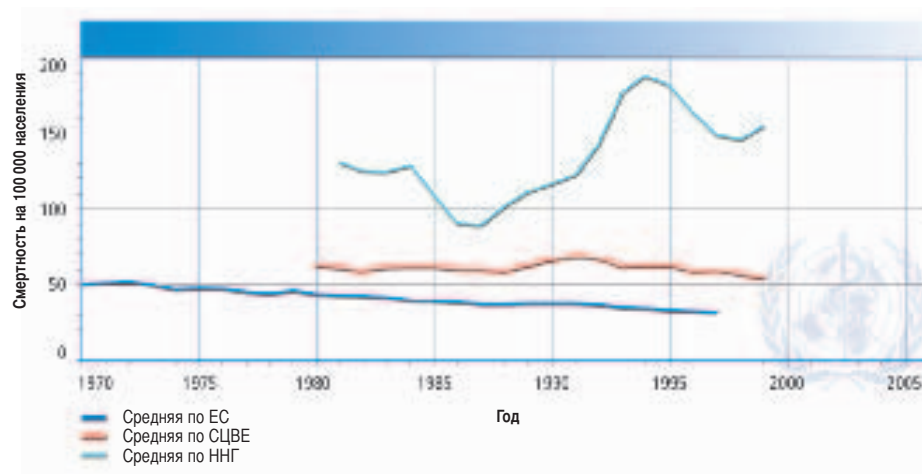


Рисунок 21. Смертность от внешних причин, 1970–1999 гг.

³² CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, UNITED KINGDOM. Unintentional injuries in young people. *Effective health care bulletin*, **2**: 1–16 (1996).

- DE GUERRA MACEDO, C. & MELGAARD, B. The legacies of polio eradication. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**: 283–284 (2000).
- Determinants of the burden of disease in the European Union*. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997 (F-serien No. 24).
- DETOURNAY, B. ET AL. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**: 151–155 (2000).
- Diabetes atlas 2000*. Brussels, International Diabetes Federation, 2000.
- DYE, C. ET AL. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *Journal of the American Medical Association*, **282**: 677–686 (1999).
- EHTISHAM, S. ET AL. Type 2 diabetes mellitus in UK children – an emerging problem. *Diabetic medicine*, **17**: 867–871 (2000).
- ESPINAL, M. & RAVIGLIONE, M., ED. *Coordination of DOTS-plus pilot projects for the management of MDR-TB: proceedings of a meeting*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/CDS/CPC/TB/99.262).
- ESPINAL, M. ET AL. *Anti-Tuberculosis drug resistance in the world. Report No. 2. Prevalence and trends*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDC/TB/2000.278).
- EUCAN: cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1999 (CD-ROM).
- European Regional Consultation on the Introduction of Second-Generation HIV Surveillance Guidelines*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/01/5026722).
- FAGOT-CAMPAGNA, A. Emergence of type 2 diabetes mellitus in children: epidemiological evidence. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism*, **13**(Suppl 6): 1395–1402 (2000).
- FREDRIKS, A.M. ET AL. Body index measurements in 1996–97 compared with 1980. *Archives of disease in childhood*, **82**: 107–112 (2000).
- GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization (ГАВИ: Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации)* (<http://www.vaccinealliance.com>, взято с вебсайта 8 мая 2002 г.).
- Global tuberculosis control: WHO report*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/TB/2000.275).
- 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).
- HEITMANN, B. L. Ten-year trends in overweight and obesity among Danish men and women aged 30–60 years. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**: 1347–1352 (2000).

HESEKER, H. & SCHMID, A. Epidemiology of obesity. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique*, **57**: 478–481 (2000).

HIV/AIDS surveillance in Europe – Report No. 63. Paris, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<http://www.unaids.org>, взято с вебсайта 30 июня 2001 г.).

КУДЕЛЬКИНА Н. А. и МОЛОКОВ А.Л. Выявление и распространенность факторов риска по развитию хронических неинфекционных заболеваний в организованной группе населения в Западной Сибири. *Терапевтический архив*, **73**(1): 8–12 (2001 г.).

LAHTI-KOSTI, M. ET AL. Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**: 1669–1676 (2000).

LISSNER, L. ET AL. Social Mapping of the Obesity Epidemic in Sweden. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, **24**: 801–805 (2000).

Major cardiovascular study shows substantial regional differences. Geneva, World Health Organization, 1999 (Press release WHO/27).

MARTIN-DU PAN, R. C. & HERAIEF, E. Ten questions on the causes and consequences of obesity: stress hormones. *Revue médicale de la Suisse romande*, **121**(1): 51–55 (2001).

METHERS, C. ET AL. *Report on the burden of disease and injury study in Australia*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1999.

MIGLIORI, G. B. ET AL. Cost-effectiveness analysis of tuberculosis control policies in Ivanovo Oblast, Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, **76**: 475–483 (1998).

MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D., ED. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

NATIONAL PUBLIC HEALTH INSTITUTE, FINLAND. *Health behaviour and health among Finnish adult population, spring 2001*. Helsinki, Julkaisija Utgivare, 2001.

New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Interagency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, Geneva, 11–13 October 2000. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/RHR/01.28).

Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NUT/NCD/98.1).

POSTON, W.S. & FOREYT, J.P. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, **146**(29): 201–209 (1999).

Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (документ EUR/ICP/LVNG 02 06 01).

Progress with roll back malaria in the WHO European Region – regional and country updates. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/00/5024939).

Roll Back Malaria – a global partnership (Глобальное партнерство “Обратить малярию вспять”) (<http://www.rbm.who.int>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

Stop TB Initiative (Инициатива “Остановить ТБ”) (<http://www.stoptb.org>, взято с вебсайта 19 мая 2002 г.).

Strategy to control tuberculosis in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/00/5017620).

Strategy to roll back malaria in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/CMD5 08 03 02).

Tackling obesity in England. Report by the Comptroller and Auditor General. London, National Audit Office Publications, 2001.

TANSELLA, M. ET AL. *Common mental disorders in primary care: essays in honour of Professor Sir David Goldberg.* London & New York, Routledge, 1999.

The global burden of disease (<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>, взято с вебсайта 13 августа 2001).

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

THORNICROFT, G. J. & SZMUKLER, G. *Textbook of community psychiatry.* Oxford, Oxford University Press, 2001.

Vaccines, immunization and biologicals: 2000–2001 strategy. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/V&B/00.02).

VARTIAINEN, E. ET AL. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British medical journal*, **309**(6946): 23–27 (1994).

WORLD BANK. *World development report 1993: investing in health.* Oxford, Oxford University Press, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ). *Vaccines, immunization and biologicals: measles (Вакцины, иммунизация и биологические препараты: корь)* (<http://www.who.int/vaccines/intermediate/measles.htm>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

Ситуация с охраной здоровья по отдельным группам населения

Здоровье детей

В разных странах Региона шансы родить здорового ребенка и обеспечить его или ее выживание в течение первого года жизни неодинаковы. В целом западноевропейским странам удалось добиться действительно низких уровней младенческой смертности, хотя между отдельными социальными группами внутри стран по-прежнему сохраняется заметное неравенство. В восточной части Региона за последние два десятилетия показатели младенческой смертности постепенно снижались, но, по сравнению с соответствующей статистикой в странах Западной Европы, они все еще высоки. Согласно поступившим за последнее время данным, в 6 странах Региона, как и в предшествующем периоде, показатели младенческой смертности превышают 20 на 1000 живорожденных (хотя, по данным из других источников, эти уровни еще выше и охватывают большее число стран), при этом в 30 странах регистрируемые показатели ниже 10 на 1000. Главными причинами младенческой смерти являются перинатальные состояния, среди которых нежеланная и подростковая беременность относится к числу наиболее опасных факторов риска как в Восточной, так и в Западной Европе.

К тому же наблюдается явное неравенство в отношении вероятности наступления смерти раньше 5-летнего возраста (рис. 22). Эта статистика колеблется в диапазоне от менее 5 до более 50 смертей на 1000 живорожденных при следующем распределении средних показателей: 6 на 1000 в странах ЕС, 15 на 1000 в СЦВЕ и 26 на 1000 в ННГ. Дети продолжают умирать от болезней, которые можно предотвратить или вылечить. Во многих странах на долю диарейных болезней и острых респираторных инфекций приходится высокий процент заболеваемости и смертности среди детей моложе пяти лет. В большинстве стран происходит снижение смертности среди детей, не достигших 5-летнего возраста, из-за несчастных случаев и по другим внешним причинам, однако в некоторых ННГ все еще регистрируются такие уровни, которые в несколько раз превышают уровни в среднем по Европе.



Рисунок 22. Вероятность наступления смерти раньше 5-летнего возраста

Здоровое начало жизни имеет важнейшее значение. Многие составляющие здоровья детей напрямую зависят от состояния здоровья матери, развития организма в дородовом и перинатальном периодах, а также от качества социального окружения и физической среды в первые годы жизни. В частности, бедность и неопределенность могут сыграть роль пускового механизма в цепочке социальных последствий, оказывающих разрушающее воздействие на здоровье в течение всей жизни человека. Наиболее показательными в этом плане являются общественные беспорядки и вооруженные конфликты, которые имели место в нескольких странах Региона. Еще одним важным фактором является ощутимое неравенство в отношении качества и доступности перинатальной и постнатальной помощи как внутри стран, так и между ними (рис. 23).

Глобальная инициатива ВОЗ по обеспечению безопасной беременности³³ относится к одному из рекомендуемых и рассчитанных на перспективу подходов, который может сыграть положительную роль при рождении здорового ребенка и содействовать тому, чтобы адекватное дородовое наблюдение и перинатальное обслуживание было доступно для матерей и детей грудного возраста. Европейская инициатива, в частности, содействует грудному вскармливанию, уходу за новорожденными и использованию соответствующей технологии родовспоможения путем проведения, согласно принципам целостного подхода, экономически эффективных мер вмешательства. Данная инициатива делает упор на то, что беременность и роды представляют собой естественные физиологические процессы, и специалистам здравоохранения и сообществам следует рассматривать последние именно под этим углом зрения. Кроме того, Инициатива больниц, доброжелательных к ребенку, способствует установлению непрерывного контакта между матерью и ребенком на раннем этапе, т.е. сразу после его рождения, что гарантирует качество ухода за новорожденным и создает оптимальный режим для его вскармливания.

Стратегия ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста имеет целью снижение уровней заболеваемости и смертности посредством предоставления основной помощи при наиболее распространенных детских заболеваниях, проведения профилактических мероприятий (например, иммунизации и



Рисунок 23. Перинатальная смертность на 1000 живорожденных

³³ <http://www.who.int/reproductive-health/mps/index.html>, взято с вебсайта 8 мая 2002 г.

организации более полноценного питания детей грудного и раннего возраста, включая грудное вскармливание), а также совершенствования работы семейных врачебных амбулаторий и служб здравоохранения на местах. Такой подход ориентирован на страны Региона с высокими уровнями младенческой и детской смертности, обусловленной в значительной мере инфекционной заболеваемостью. Кроме того, эта стратегия создает благоприятные условия для непрерывного здорового развития детей.

“Вертикальная” передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку является серьезнейшей причиной инфицирования детей раннего возраста. В странах Восточной Европы с ростом частоты ВИЧ-инфекции у молодых женщин от ВИЧ-инфицированных матерей стало рождаться большее число детей. К примеру, в Украине по состоянию на конец 1999 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось по меньшей мере 1300 детей. В целях предупреждения “вертикальной” передачи ВИЧ от матери к ребенку существуют эффективные и доступные средства, однако располагают ими еще не все страны Региона. Проблемой “вертикальной” передачи инфекции от матери к ребенку следует заниматься в рамках более комплексных мер противодействия ВИЧ/СПИДу, в частности обеспечивая доступность медицинского обслуживания и оказывая поддержку ВИЧ-инфицированным матерям и членам их семей. Ввиду необходимости удовлетворения этих потребностей была создана региональная межучрежденческая целевая группа по проблеме “вертикальной” передачи инфекции от матери к ребенку.

В рамках Первого плана действий в отношении пищевых продуктов и политики в области питания, принятого для Европейского региона ВОЗ, в настоящее время особое внимание уделяется стимулированию здорового питания детей грудного и раннего возраста, в том числе поддержке исключительно грудного вскармливания на протяжении первых шести месяцев жизни ребенка. Для стран Региона было разработано руководство по кормлению детей грудного и раннего возраста, в котором особая роль отведена научному обоснованию разработки национальных рекомендаций по вопросам питания и кормления. Проводя эти методические рекомендации в жизнь, системы здравоохранения будут оказывать содействие обеспечению здорового питания детей раннего возраста.

Проблемы жестокого обращения с детьми и халатного отношения к их воспитанию относятся к разряду важнейших с точки зрения соблюдения прав человека и охраны здоровья населения. В своей резолюции WHA50.19 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения обращается к государствам-членам с призывом принять меры по устранению насилия против женщин и детей, включая торговлю детьми и сексуальное насилие над ними. Случаи жестокого обращения и невыполнения обязанностей по отношению к детям влияют не только на их физическое и психосоциальное благополучие, но и на уровень их развития, обрекая оказаться отверженными обществом и быть менее адаптированными к преодолению жизненных невзгод. Этот круг вопросов рассматривался самым тщательным образом на Первом совещании по стратегиям защиты ребенка³⁴, которое было организовано Региональным бюро в 1998 г. в целях анализа последствий жестокого обращения с детьми и уточнения потребностей в их защите с позиции сектора здравоохранения. Выводы и рекомендации Совещания были положены в основу методического руководства по данной проблеме для лиц, формулирующих политику, и работников здравоохранения Региона.

³⁴ Первое совещание по стратегиям защиты детей: отчет о совещании ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/FMLY 01 03 01).

Дети в большей степени, чем взрослые, восприимчивы к воздействию опасных для здоровья факторов окружающей среды, в связи с чем они нуждаются в особой защите. На состоявшейся в 1999 г. Третьей конференции на уровне министров по окружающей среде и здоровью были предложены конкретные меры, нацеленные на решение проблем здравоохранения, связанных с травматизмом, табачным дымом в окружающей среде, астмой и возникающими угрозами. Государствам-членам следует заниматься этой работой в партнерстве с международными организациями, НПО и другими соответствующими сторонами. Более того, был предложен международный механизм, который позволит разработать принципиальные подходы в здравоохранении к проблемам, вызывающим в данный момент особую тревогу, обеспечить координацию и стимулирование конкретных действий, содействовать обмену информацией между государствами-членами и развивать активный диалог по пропаганде мер в защиту прав ребенка.

Здоровье подростков

Несчастные случаи являются ведущей причиной смерти среди подростковой части населения. Показатели смертности из-за внешних причин в возрастной группе 5–19 лет снизились в большинстве европейских стран, однако в ННГ эта статистика, похоже, стабилизировалась на уровне примерно 28–29 на 100 тыс. населения. Частота подростковой беременности в большинстве западноевропейских стран находится в диапазоне от 13 до 25 на 1000 девушек в возрасте 15–19 лет при пиковых подъемах этого показателя примерно до 50 в Соединенном Королевстве. Некоторые СЦВЕ, например, Словения и Хорватия, также находятся в этом диапазоне, однако в других СЦВЕ и ННГ эти показатели оказались в 2–4 раза выше, а в Украине достигли более 100 (рис. 24). В отдельных странах наблюдался рост подростковой беременности даже среди 12- и 13-летних девушек. Нежеланная и незапланированная беременность может привести к опасным абортam, имеющим серьезные последствия для здоровья девушек-подростков. В своей деятельности ВОЗ руководствуется Программой действий, принятой в 1994 г. Международной конференцией ООН по вопросам народонаселения и развития (ICPD), а также рекомендациями, одобренными ICPD³⁵+ 5 в 1999³⁶ г.

Участники Стокгольмского консультативного совещания обратились к правительствам стран с предложением инвестировать средства в охрану здоровья детей и подростков и добиваться более полного охвата детей и подростков из бедных семей, которые нуждаются в поддержке, а также создавать условия для молодежи, чтобы она выступала проводниками таких перемен. Мировые лидеры были едины во мнении относительно важности доведения обращений Консультативного совещания до сведения других международных форумов, в частности, Специальной сессии Организации Объединенных Наций по проблеме детей, проходившей в Нью-Йорке в мае 2002 г. Инвестирование в охрану здоровья детей и подростков – это путь к сокращению масштабов бедности и к принятию мер по поводу других состояний, которые угрожают экономическому развитию и миру.

³⁵ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York, United Nations, 1995.

³⁶ <http://www.un.org/popin/icpd5.htm#ICPD+5%20Information>, взято с вебсайта 29 мая 2002 г.

По целому ряду причин молодежь относится к группе повышенного риска по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП). Следует развивать действующую сеть медицинских учреждений и предприятий социальной инфраструктуры, чтобы оказывать молодым людям услуги по консультированию, предоставлять им необходимую информацию и практическую помощь по охране репродуктивного здоровья, проводить лечение по поводу ИППП, заниматься профилактикой ВИЧ/СПИДа и пропагандировать методы контрацепции. ВОЗ в сотрудничестве с другими учреждениями системы Организации Объединенных Наций, в том числе с такими, как ЮНЭЙДС, ЮНЕСКО, ЮНФПА и ЮНИСЕФ, оказывает поддержку странам в создании соответствующей сети учреждений по обслуживанию подростков, в снабжении доступными противозачаточными средствами, а также в разработке школьных учебных программ и других информационных стратегий по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. В связи с эпидемией ИППП и ростом частоты ВИЧ-инфекции в восточных частях Региона усилия межучрежденческой целевой группы, деятельность которой координируется ВОЗ, направлены на стимулирование стратегий в отношении безопасных форм сексуального поведения, включая более широкое использование презервативов.

Рост распространенности депрессивных состояний среди молодежи, особенно в сообществах переходного периода, является актуальной проблемой. Следует обеспечить распространение уже действующих успешных программ борьбы с психическими

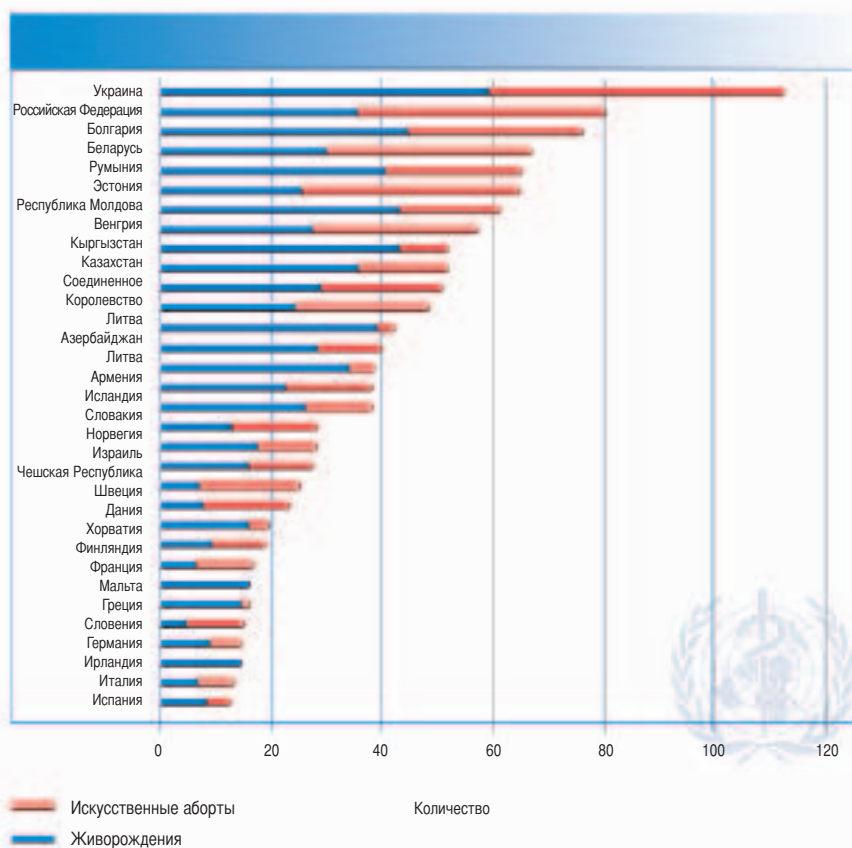


Рисунок 24. Число живорожденных и искусственных абортов на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет (самые последние имеющиеся данные)

заболеваниями с особым упором на вопросы выявления, лечения и мониторинга депрессивных состояний в детстве и подростковом возрасте.

Есть доказательства того, что в более молодом возрасте подростки склонны экспериментировать с алкогольными напитками и все чаще прибегать к таким формам рискованного поведения, как кутежи/пьянство и употребление смеси алкогольных напитков с наркотиками. Каждая четвертая смерть среди подростков связана с алкоголем, а в целом по Региону ежегодно в результате употребления алкоголя умирает примерно 55 000. подростков. Ликеро-водочная промышленность через рекламу пытается проникнуть на рынок товаров и услуг для подростков, выпуская специально предназначенную для них продукцию и финансируя мероприятия, представляющие особый интерес для молодежи.

Инвестирование на цели охраны здоровья детей и подростков способствует экономическому развитию

В духе призыва к приверженности идее спасения детских жизней ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) организовали проведение 12–13 марта 2002 г. в Стокгольме Глобального консультативного совещания по охране здоровья и развитию детей и подростков. Специалисты и политические лидеры обсудили стратегии, позволяющие обеспечить охват самых бедных и самых молодых.

- Как заявила Генеральный директор ВОЗ, ежегодные капиталовложения в размере 66 млрд. долл. США вплоть до 2007 г. позволят каждый год спасать 8 млн. жизней, причем преимущественно детских.
- Исполнительный директор Фонда Организации Объединенных Наций по деятельности в области народонаселения отметил, что хотя подростки и нуждаются в поддержке со стороны взрослых при принятии важных решений в своей жизни, а также в безопасной обстановке, позволяющей им стать здоровыми взрослыми и творческими личностями, “для многих современных подростков понятие подросткового периода как наиболее подходящего для саморазвития в безопасных и благоприятных для здоровья условиях не может выходить за тот предел, за границами которого они уже не смогут себя реализовать”.
- По признанию Исполнительного директора Детского фонда Организации Объединенных Наций, достижения последнего десятилетия в области укрепления здоровья детей позволили спасти миллионы жизней и предотвратить инвалидность. К таким достижениям можно отнести оральную регидратационную терапию, иммунизацию детского населения, эффективное лечение пневмонии, малярии и других смертельных детских болезней, йодирование соли и пищевые добавки с витамином А, а также прогресс в стимулировании грудного вскармливания и дальнейшее совершенствование практики кормления детей грудного возраста.
- Представитель Всемирного банка обратил особое внимание на факты неравноправия: “Дети и подростки из бедных семей, лишенные возможности расти в достатке и добром здравии, что доступно для детей из благополучных семей, с самого начала оказываются в невыгодном положении. Несмотря на то что мы располагаем необходимыми суммарными знаниями о том, как эффективно и с использованием доступных средств оградить детей от нарушений здоровья и вылечить больных, бедность и неадекватное медобслуживание усугубляют незащищенность детей ввиду болезней и возможной смерти”.

За последнее десятилетие в Европе увеличились масштабы курения среди подростков. Крупные транснациональные компании, руководствуясь стратегиями маркетинга, которые нередко связывают курение с обеспеченным образом жизни, занимают доминирующее положение в табачной промышленности. К 2003 г. планируется подготовить окончательный вариант Рамочной конвенции по борьбе против табака во исполнение решений Европейской конференции ВОЗ на уровне министров “За Европу без табака”, которая проводилась в феврале 2002 г. в Варшаве.

Одним из наиболее пагубных последствий расширения масштабов употребления незаконных наркотических средств является резкое распространение ВИЧ-инфекции среди подростков. Самое резкое повышение уровня распространенности ВИЧ наблюдается в ННГ, что объясняется циркуляцией вируса среди потребителей инъекционных наркотиков. В западноевропейских странах благодаря так называемым стратегиям снижения вреда удалось уменьшить частоту передачи ВИЧ-инфекции среди наркоманов.

В Европейском регионе обостряется проблема избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков. Основные негативные последствия ожирения у детей выражаются в том, что оно сохраняется по мере взросления и связано с повышенным риском развития заболеваний в более зрелые годы. Еще одним серьезным последствием ожирения является низкая самооценка и недовольство собственной внешностью. Самой лучшей профилактикой избыточной массы тела и ожирения является снижение уровня потребления жиров, алкогольных напитков и высококалорийных продуктов питания, а также повышение физической активности.

Несмотря на то что в общей сложности уже немало делается для того, чтобы разработать Образовательные стандарты, в Европейском регионе наблюдается тревожная тенденция, когда молодые люди бросают учебу, не завершив своего начального или базового образования. Накоплены достаточные доказательства того, что прекращение обучения в школе на ранних этапах ассоциируется с такими рисками для здоровья, как беременность в молодые годы, нездоровое поведение и социальная изоляция. Назрела необходимость в проведении целенаправленных научных исследований по данной проблеме, в том числе по ее первопричинам, в разработке новаторских программ заочного обучения, в организации программ помощи неимущим и нуждающимся и в формировании комплекта образовательных методологий, в частности связанных с обучением среди сверстников.

В то же время особый упор делается на школу как на общественный институт, открывающий дополнительные возможности для укрепления и сохранения здоровья посредством реализации концепции “школы, содействующей укреплению здоровья”. Школы обеспечивают приобретение учащимися образовательных навыков, причем не только через изучение учебной программы в аудитории, но и посредством всей создаваемой в школе атмосферы как физической, так и психосоциальной. Фактические данные, указывающие на тесную взаимосвязь между высоким уровнем здоровья и хорошим образованием, лежат в основе инициативы школы, содействующей укреплению здоровья. В соответствии с программами обучения в школах, содействующих

укреплению здоровья, при выборе всех проводимых в школе мероприятий следует обращать внимание на их оздоровительный потенциал. Успешно работающие школы, содействующие укреплению здоровья, могут оказать влияние на формирование у детей и подростков определенного отношения к своему здоровью и связанных с ним системы ценностей и стереотипов поведения. От программ, принятых в школах, которые содействуют укреплению здоровья, также зависят методика преподавания в аудитории, характер взаимоотношений школ с родителями и местной общиной, социальный климат в школе, приобщение учащихся к процессу принятия решений и принципы руководства школами.

Школы, обеспечивающие развитие навыков наряду с использованием интерактивных методов для стимулирования учебного процесса, добиваются успеха в создании способствующей укреплению здоровья обстановки в целях приобретения новых знаний. Реализация в школах идеи интеграции навыков, умений, знаний и компетентности по вопросам здоровья представляет собой сложный процесс. Региональное бюро сотрудничает с Советом Европы и Европейской комиссией по работе с Европейской сетью школ, содействующих укреплению здоровья. Такое сотрудничество представляет собой межсекторальную инициативу не только по укреплению здоровья детей и подростков в период их обучения в школе с использованием воспринимаемых на международном уровне концепций и подходов, но и по оказанию поддержки государствам-членам в создании кадрового потенциала, разработке стандартов, подготовке методических рекомендаций и в проведении разъяснительной работы по развитию движения за укрепление здоровья в школах.

Здоровье женщин

Приоритетные задачи в области охраны здоровья женщин в разных странах Европы имеют свои особенности, и диапазон связанных с этим проблем включает такие аспекты, как охрана репродуктивного здоровья женщин на уровне первичного звена в странах восточной части Региона и распространенность сердечно-сосудистых болезней среди женского населения в странах Западной Европы. Определенные успехи были достигнуты в научных исследованиях в области охраны репродуктивного здоровья и здоровья в перинатальном периоде и организации скрининга на рак молочной железы и рак шейки матки, однако углубленный анализ роли гендерных факторов в связи с деятельностью сектора здравоохранения никогда не проводился. Социально-экономические преобразования в восточной части Региона привели к тому, что достигнутые ранее успехи в деле охраны здоровья женщин сохранить не удалось. Во многих странах вследствие войн и конфликтных ситуаций над женским здоровьем нависла еще большая угроза (рис. 25). В странах Восточной Европы более четырех миллионов женщин из групп мигрантов, беженцев и этнических меньшинств нуждаются в особой заботе.

Структура распределения некоторых инфекционных заболеваний среди женского населения отличается неравномерностью. Известны случаи “вертикальной” передачи таких инфекций, как гепатит, ВИЧ, краснуха или токсоплазмоз, от женщины к еще не родившемуся ребенку. Сам процесс деторождения связан с повышенным риском инфицирования как матери, так и ребенка. Беременность может оказать негативное

влияние на состояние иммунной системы женщин, обуславливая более высокую восприимчивость последних к другим инфекционным болезням, например к малярии. Для беременных женщин должны быть разработаны особые рекомендации по профилактике малярии. Во многих странах проводится вакцинопрофилактика девушек против краснухи до достижения ими возраста полового созревания. ВОЗ и партнерские учреждения занимаются разработкой стратегии по профилактике “вертикальной” передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Несмотря на то что подверженность женщин ИППП зависит, в том числе, от характера проявления сексуальности со стороны мужчины, а практика безопасного секса обеспечивает предохранение женщин и мужчин от инфекции в равной степени, в большинстве СЦВЕ и ННГ защитные средства для самих женщин в виде барьерных методов контрацепции не всегда являются доступными. Интеграция смежных служб и служб охраны репродуктивного здоровья является важнейшим шагом на пути решения проблемы защиты от инфекции женщин, мужчин и детей.

Сердечно-сосудистые болезни стали главной причиной преждевременной смертности среди женского населения в масштабе Региона (рис. 26). От некоторые хронических заболеваний прежде всего страдают женщины, например, от ревматоидного артрита и других аутоиммунных болезней. В целях достижения большего долголетия женщин необходимы такие стратегии, которые обеспечат не только продление активного периода жизни, но и создадут условия для оказания долгосрочной помощи лицам со сниженной функциональной способностью и хроническими заболеваниями, поскольку для того, чтобы внедрить стратегии здравоохранения по профилактике тяжелых форм инвалидности, было сделано относительно немного. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы серьезно влияют на показатели смертности среди женщин и на бремя болезни в целом. Систематически проводимые программы скрининга на рак молочной железы могут обеспечить раннее выявление и лечение и таким образом снизить предотвращаемую смертность (рис. 27). В принципе, по сравнению с ситуацией в Западной Европе, в СЦВЕ и ННГ рак шейки матки обуславливает более высокие показатели смертности. Именно программы массовых обследований населения позволили снизить уровни смертности от рака шейки матки. В частности, этиологическая связь с вирусом папилломы человека, передаваемым половым путем, означает, что в странах с эпидемиями ИППП, скорее всего, произойдет рост заболеваемости раком шейки матки.

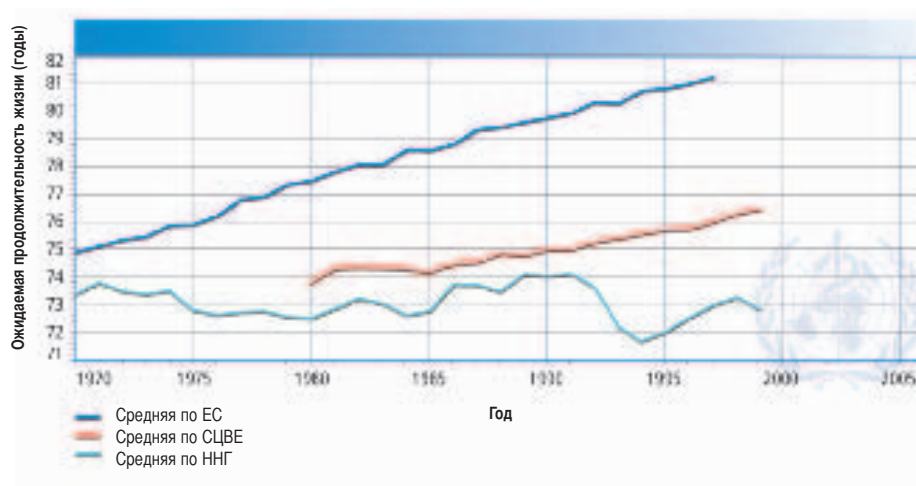
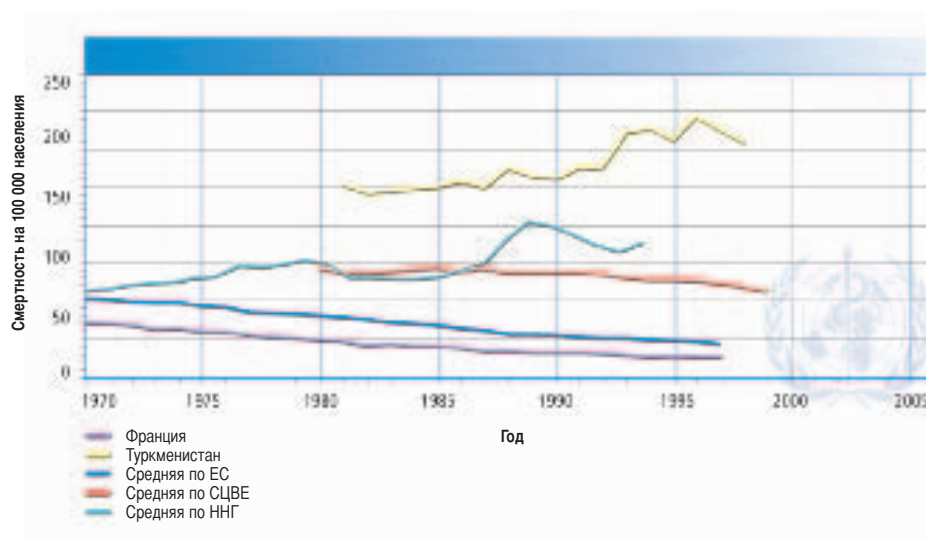


Рисунок 25. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины, 1970–1999 гг.

Акты насилия по гендерному признаку представляют собой проблему здравоохранения особого рода. В целом по Региону не менее 20–50% женщин стали жертвами одной или более форм насилия. Женщины и дети подвергаются наибольшему риску скорее со стороны более близких к ним мужчин (мужей, отцов, партнеров и т.д.), чем посторонних. В значительной мере статистика такой формы насилия является неполной, хотя его последствия для здоровья и развития весьма ощутимы. К особо уязвимой группе относятся женщины-мигранты и беженки. Во всех европейских странах проблемы насилия в семье все чаще становятся объектом внимания в рамках нового или пересматриваемого законодательства.

Характер потребностей в охране здоровья женщины меняется на протяжении всей ее жизни. В связи с этим, как сказано в различных международных рекомендациях, следует руководствоваться подходом с позиции жизненного цикла. Такие рекомендации уже оказали серьезное влияние, и многие европейские страны разработали не только национальные, но и территориальные или муниципальные базы данных по женскому здоровью. ВОЗ предлагает следующие рекомендации: (а) создание гарантий для реализации законодательства и правовых документов, регламентирующих права человека; (б) содействие принципам равноправия в отношении положения женщин во всей Европе и в каждой европейской стране в отдельности; (в) решение проблем, связанных с дискриминацией женщин; (г) борьба с бедностью среди женщин и создание таких условий, при которых политика экономического возрождения не умаляет значимости социальных служб и служб охраны здоровья; и (д) организация системы надлежащего медицинского обслуживания, обеспечивающая необходимый доступ для безработных женщин в рамках действующих систем медицинского страхования. В связи с этим процессом по решению Регионального бюро был учрежден Европейский комитет экспертов по вопросам контроля, наблюдения, разработки рекомендаций и руководства, причем для выполнения поставленных задач планируется проведение совместной работы с ЮНЭЙДС, ЮНФПА, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, МОТ, ЕС и Советом Европы.

Рисунок 26. Смертность от сердечно-сосудистых болезней, женщины 0–64 лет, 1970–1999 гг.



Охрана репродуктивного и сексуального здоровья

В СЦВЕ и ННГ на заболевания репродуктивной системы приходится примерно 6% от общего бремени болезни. Сюда не входит та доля бремени болезни, которая обусловлена злокачественными новообразованиями, ВИЧ-инфекцией и ИППП или бременем снижения трудоспособности ввиду долгосрочных осложнений в период беременности и деторождения, или хирургическими вмешательствами при отсутствии доступа к соответствующей рекомендуемой технологии и основным лекарственным средствам. Если учитывать и эти состояния, то бремя такой заболеваемости будет приближаться к 8–10%.

Посредством проведения целенаправленных мер вмешательства, основывающихся на последних доказательных данных и финансируемых из госбюджета, страны Западной Европы и ряд СЦВЕ за последние 20 лет добились впечатляющих успехов в сокращении материнской смертности, обеспечив снижение этого уровня в пределах от 5 до 10 смертей на 100 тыс. живорожденных (рис. 28). Вплоть до 1990 г. в СЦВЕ и ННГ средние коэффициенты материнской смертности составляли примерно 40–50 на 100 тыс. В дальнейшем в СЦВЕ эта статистика сократилась до примерно 15 на 100 тыс.; темпы снижения были гораздо ниже в ННГ, где регистрируемый в настоящее время средний коэффициент соответствует 35 на 100 тыс. живорожденных. В отдельных, самых бедных странах Региона, как и прежде, общенациональные средние уровни составляют более 40 материнских смертей на 100 тыс. живорожденных. Такие усредненные показатели нередко объясняются крайне высокими коэффициентами в определенных территориях, где уровень охвата медицинским обслуживанием недостаточный или доступ к нему отсутствует, как например, в отдаленных сельских или горных районах. В таких территориях послеродовые кровотечения, инфекции и затянувшиеся роды по-прежнему часто являются причинами материнской смерти. В некоторых странах на осложнения при выполнении аборта приходится одна четвертая часть материнских смертей, а в целом по СЦВЕ и ННГ, согласно усредненным данным, такие осложнения оказываются единственной самой серьезной причиной материнской смерти.

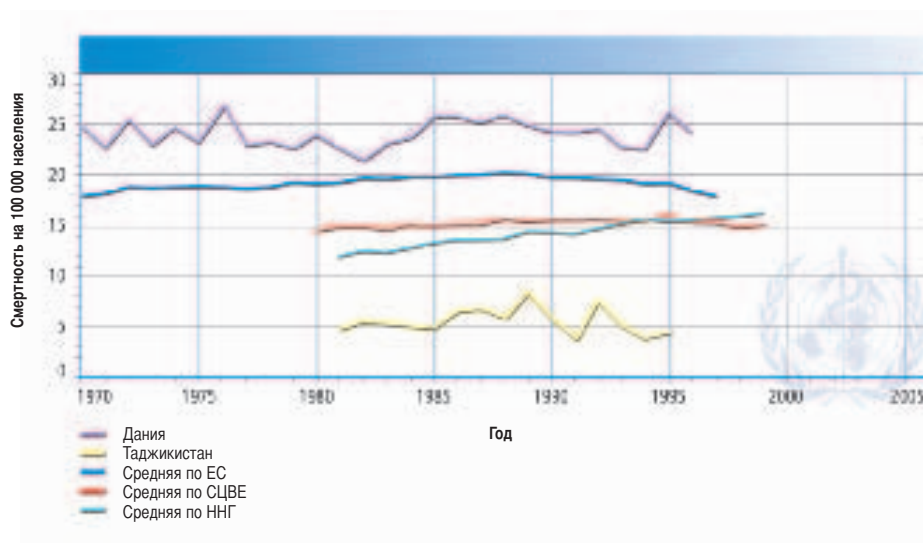


Рисунок 27. Смертность от рака молочной железы, женщины 0–64 лет, 1979–1999 гг.

Проблемы, которыми предстоит заниматься в будущем, лежат в плоскости определения экономически эффективных мер вмешательства по снижению материнской заболеваемости и смертности и частоты инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию. К ним можно отнести соответствующее дородовое наблюдение, благоприятные условия для обеспечения которого существуют на уровне первичного звена, где работают общепрактикующие врачи и вспомогательный медицинский персонал. Кроме того, при реформировании систем здравоохранения необходимо гарантировать удовлетворение элементарных потребностей в охране репродуктивного здоровья.

ВОЗ проводит свою работу в рамках глобальной Инициативы по обеспечению безопасной беременности, куда входит разработка методик, основанных на доказательных данных контролируемых исследований во многих странах. Эти наработки позволят усилить информационную базу Регионального бюро для оказания помощи странам в улучшении ситуации с охраной материнства в течение очередного двухлетнего периода.

Старение и здоровье

В Европейском регионе ВОЗ происходит старение населения. Люди живут дольше, а детей рождается меньше. Из 20 стран мира, где самый высокий процент пожилых, 18 находятся в Европейском регионе. В этих странах от 13% до 18% населения – люди старше 65 лет. На примере ожидаемой продолжительности жизни в 65-летнем возрасте (рис. 29) наблюдается ее постепенное увеличение в странах ЕС, где этот показатель составляет в среднем более 18 лет (начиная с 1980 г. отмечается прирост на уровне примерно 2,5 лет). Темпы роста были значительно ниже в СЦВЕ, где усредненная продолжительность жизни по данным за 1999 г. составила примерно 15 лет (начиная с 1980 г. отмечается прирост в пределах менее одного года). В ННГ с 1990 г. такая ситуация ухудшилась при ожидаемой продолжительности жизни по данным за 1999 г. в среднем в течение 14 лет (начиная с 1980 г. отмечается сокращение в полгода). Разница в

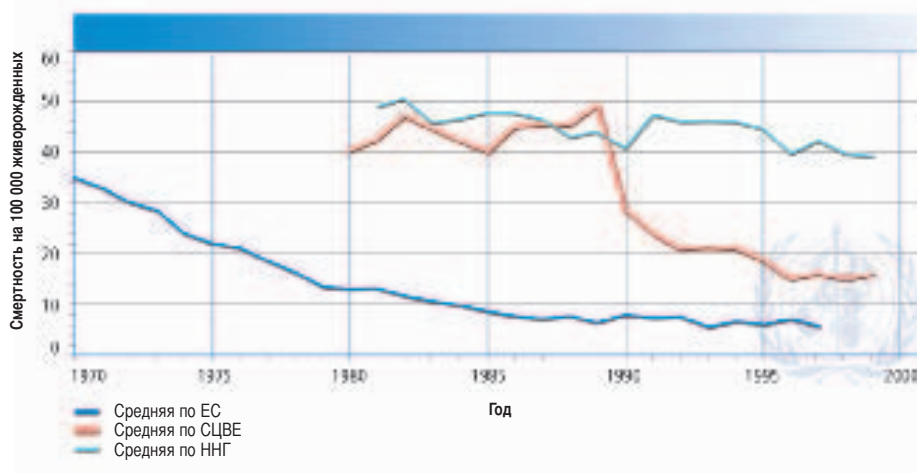


Рисунок 28. Материнская смертность, 1970–1999 гг.

средней ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 65 лет между ЕС и ННГ по-прежнему доходит до 4 лет (рис. 30). Более выгодное положение женщин в отношении ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 65 лет является неизменным, оставаясь на уровне примерно 4 лет для ЕС, 3,3 года для СЦВЕ и 3,6 года для ННГ. Важно отметить, что имеющиеся по некоторым странам Западной Европы данные говорят о том, что прирост ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 65 лет не сопровождается увеличением периода дожития с тяжелой формой инвалидности.

Почти в каждой европейской стране на злокачественные новообразования и сердечно-сосудистые болезни, взятые вместе, приходится примерно три четвертых всех смертей среди лиц в возрасте 65 лет и старше. По оценочным данным, в ЕС причиной 64 тыс. смертей в год среди пожилых являются травмы, из которых две трети занимают падения. Для престарелых водителей, по сравнению с водителями средних лет, характерны более высокие уровни несчастных случаев на единицу пути, и их доля чрезвычайно высока в несчастных случаях с летальным исходом. Актам физического насилия над престарелыми со стороны ухаживающих за ними лиц – будь то в домашней обстановке или в учреждении, – равно как и проблемам сексуального и психологического насилия и уклонения от выполнения обязанностей в отношении пожилых, уделяется более пристальное внимание во всей Европе. Проводимые в настоящее время научные исследования нацелены на уточнение масштабов распространенности данной проблемы и выявление факторов риска.

Физическая активность является показательным прогнозирующим фактором успешного старения. Результаты систематических обзоров свидетельствуют о том, что физическая активность потенциально эффективна для снижения частоты падений (даже в преклонном возрасте), восстановления жизненных сил и сохранения навыков уверенной ходьбы и удержания равновесия, снижения давления крови и укрепления психического здоровья.

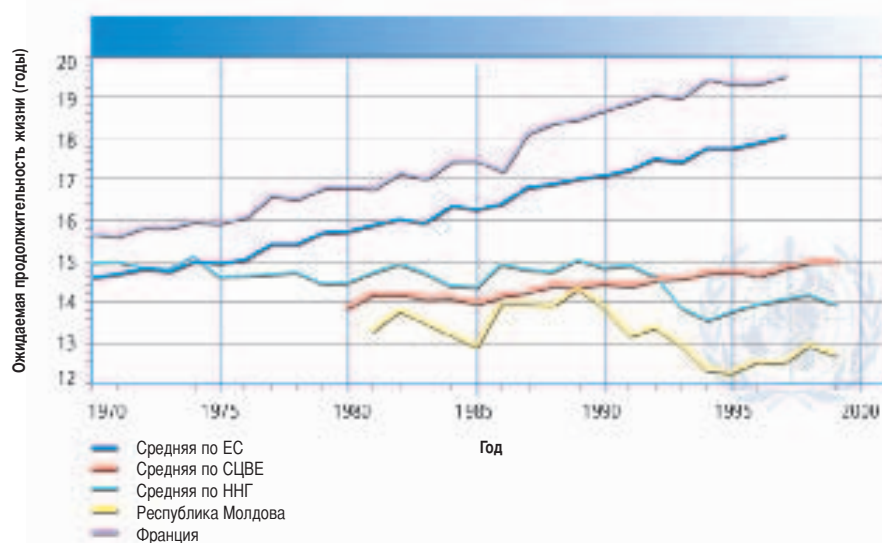


Рисунок 29. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет, 1970–1999 гг.

В некоторых странах Европейского региона были документально оформлены доказательные данные по возрастному нормированию мероприятий по оказанию медицинской помощи. Среди клиницистов нередко бытует мнение, что отдельные виды лечения не предназначены для лиц старше определенного возраста. Можно ожидать, что возрастное нормирование будет приобретать все большее значение под воздействием трудностей, которые испытывают системы здравоохранения в связи с увеличением доли престарелой части населения.

Существенная доля вклада престарелых в экономическое развитие остается незамеченной. Пожилые люди вносят весомый вклад, безвозмездно выполняя работы при ведении сельского хозяйства, обеспечении ухода за другими на неформальной основе и оказании иных услуг. Экономика многих европейских стран зависит от этих видов деятельности, но при оценке валового национального продукта учитывает лишь немногие из них, нередко предпочитая не замечать или недооценивать ту роль, которая принадлежит гражданам старшего возраста. В настоящее время потребители в возрасте 50 лет и старше являются владельцами примерно 80% материальных ценностей в Германии, Италии, Соединенном Королевстве и Франции, и такая же ситуация наблюдается во многих других странах Европы. Вместе с тем, большое число престарелых в Европе живет в бедности.

Многочисленные исследования наглядно продемонстрировали важность социальных и экономических факторов как основных детерминантов здоровья населения. Это в равной степени относится и к пожилым, и к группам населения любого другого возраста. Поэтому мероприятия в области здравоохранения должны в основном проводиться в следующих четырех ключевых направлениях: (а) сокращение бремени избыточной инвалидизации; (б) уменьшение факторов риска, связанных с причинами развития основных заболеваний в преклонном возрасте, и стимулирование здорового образа жизни; (в) развитие систем медико-санитарной помощи, которые ставят во главу угла задачи укрепления здоровья, профилактики заболеваний и оказания экономически эффективной, равноправной и достойной долгосрочной помощи; и (г) сотрудничество с другими секторами с целью придать положительную динамику детерминантам сохранения здоровья и активности в пожилом возрасте и обеспечения качества жизни людей старшего возраста.

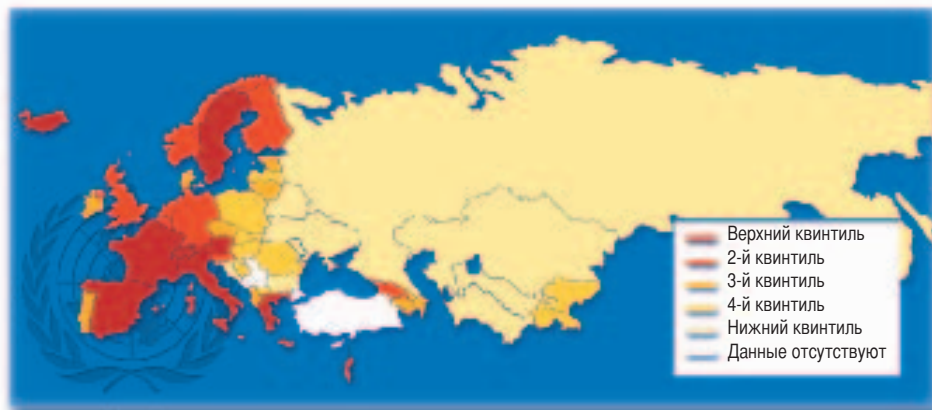


Рисунок 30. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет (годы)

Программа Регионального бюро по сохранению здоровья в старости развивается в следующих шести направлениях: (а) ведение учета потребностей государств-членов через деятельность комитета национальных сотрудников и экспертов; (б) отбор наиболее удачных моделей и проведение демонстрационных проектов; (в) выявление соответствующих несложных технологических приемов и стимулирование их использования, финансирования и дальнейшего развития; (г) содействие более полной реализации ценных качеств и потенциала пожилых для ведения здорового образа жизни на примере жизненного опыта известных личностей, достойного подражания, с приобщением к этому других видных представителей европейской общественности; (д) адаптация методик для измерения параметров качества жизни; и (е) создание целевых групп по поиску решений новых сложных задач и этических проблем в таких связанных с сохранением здоровья в старости областях, как фармакология, генетика и биотехнология.

Библиография

Action for women's health. Making changes through organizations. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.

Здоровье детей и окружающая среда. Третья конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, Лондон, 16–18 июня 1999 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/EHCO 02 02 05/16).

CURRIE, C. ET AL. *Health and health behaviour among young people : international report.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05(A); Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).

DEHNE, K. & SNOW, R. *Integrating STI management into family planning services: what are the benefits?* Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/RHR/99.10).

European strategies to combat violence against women. Report of the First Technical Meeting, Copenhagen, Denmark, 11–13 December 1997. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document EUR/ICP/FMLY 05 03 02).

KOLIP, P. & SCHMIDT, B. *Gender and health in adolescence.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05B).

Обеспечение безопасной беременности. Доклад Секретариата. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (документ EB107/26).

Measles: mortality reduction and regional elimination: strategic plan 2001–2005. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/V&B/01.13).

MILLER, A.B. ET AL. *Report on Consensus Conference on Cervical Cancer Screening and Management. Meeting of the International Network on Control of Gynaecological Cancers (INCGC), Tunis, January 28–31, 1999.* Geneva, International Network on Control of Gynaecological Cancers, 1999.

POLLICINO, C.A. & SALTMAN, D.C. The relationship between physician cost and functional status in the elderly. *International journal for quality in health care*, **12**: 425–431 (2000).

RASMUSSEN, V.B. ET AL. *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/IVST 06 03 05).

Report of the Fourth World Conference on Women (Beijing, 4–15 September 1995). New York, United Nations, 1995.

SETTERTOVULTE, W. ET AL. *Употребление алкоголя молодыми людьми в странах Европы*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (документ EUR/ICP/IVST 06 03 05(C); Серия “Политика охраны здоровья детей и подростков”, № 3).

Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/01/5019540).

Первое совещание по стратегиям защиты детей: отчет о совещании ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/FMLY 01 03 01).

The second decade: improving adolescent health and development. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/FRH/ADH/98.18).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health issues of minority women living in Europe. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, 11–12 November 1999*. Gothenburg, Göteborg Länstryckeri, 2000.

Women and mental health, with emphasis on special groups. Commission on Status of Women, Forty-third Session, 1–12 March 1999. New York, United Nations Economic and Social Council, 1999 (document E/CN.6/1999/L.8/Rev.1).



ЧАСТЬ ВТОРАЯ

Основные детерминанты здоровья

Социально-
экономические
детерминанты

Образ жизни

Физическая
окружающая среда

Сейчас уже стало традицией анализировать пространственный перечень детерминантов здоровья, куда входят такие составляющие, как генетические и персональные факторы, образ жизни, окружающая среда, а также наличие и эффективность служб здравоохранения. Большие различия в состоянии здоровья, наблюдаемые между странами и отдельными контингентами населения внутри стран, выдвинули на передний план тот факт, что все эти детерминанты связаны с социальными и экономическими факторами, которые являются стержневыми в политическом и общественном развитии.

Социально-экономические детерминанты

Ощутимые различия в состоянии здоровья между странами Европейского региона сфокусировались в пределах четко очерченного круга факторов (помимо служб здравоохранения, генетики и образа жизни индивидуума), которые влияют на здоровье на уровне популяции. Гораздо более убедительные, чем прежде, фактические данные говорят о том, что такие различия в значительной мере являются следствием проявления социальных, экономических, экологических и институциональных детерминантов. Менее очевидной представляется истинная роль, выраженная количественно и отводимая каждому вышеназванному фактору в отдельности.

В условиях достаточно развитого общества всеобщая доступность эффективных служб здравоохранения приемлемого качества является обязательным требованием. Тем не менее, если по причине неспособности индивидуально ориентированных служб здравоохранения выполнить эту задачу ситуация с излишними страданиями и заболеваемостью будет отчасти ухудшаться, то нет достаточно убедительных доказательств, что такая неспособность в значительной мере предопределяет резкий дисбаланс в состоянии здоровья населения в масштабах Европейского региона. Более того, допуская реальное воздействие факторов, связанных с генетической предрасположенностью и образом жизни, на индивидуальную восприимчивость к болезни, роль последних в колебаниях уровня здоровья населения в целом представляется гораздо менее очевидной. Образ жизни человека и факторы риска лишь частично предопределяют всевозможные колебания частоты возникновения болезни. Кроме того, причины, лежащие в основе колебаний заболеваемости на уровне индивидуума, могут отличаться от тех, которые предопределяют соответствующие колебания на уровне популяции. Количественный анализ бремени болезни, обусловленного разными факторами риска³⁷, говорит о том, что во всем мире самой значимой единственной причиной оказывается недостаточность питания, на долю которой приходится около 12% смертей. Вклад всех остальных известных факторов риска составляет примерно 40% от глобального бремени смертей. Следовательно, если руководствоваться только этими известными основными факторами риска, то обоснование приблизительно половины глобального бремени смертей не представляется возможным (рис. 31).

³⁷ MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D., ED. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard School of Public Health, 1996.

Помимо факторов риска представляется вполне уместным проанализировать условия существования риска, которые могут быть напрямую связаны с социальными, экономическими и экологическими детерминантами здоровья. Одним из типичных условий проявления риска для здоровья населения в Европе является бедность. На основании постоянно пополняемой базы данных напрашивается вывод о том, что структура заболеваемости зависит от характера организации общественного устройства, а также от принципов инвестирования в развитие людских ресурсов. Доказательные данные, поступившее за последнее время из целого ряда источников, указывают на то, что наряду с общим повышением экономического благосостояния необходимо уделять внимание относительному распределению материальных ценностей. Истинная забота о здоровье, как правило, становится реальной в социально сплоченных, построенных на принципах эгалитаризма обществах с незначительным бременем относительного ухудшения положения индивидуума или социальной группы³⁸. Во всяком случае, в достаточно развитых сообществах вопросы охраны здоровья главным образом зависят от относительного, а не от абсолютного дохода^{39,40}.

Следовательно, политика здравоохранения должна быть нацелена на сокращение суммарного бремени неблагоприятных условий. В своем стремлении сократить масштабы неравенства в отношении здоровья и создать более благоприятные условия для охраны здоровья населения политика здравоохранения не может находиться в отрыве

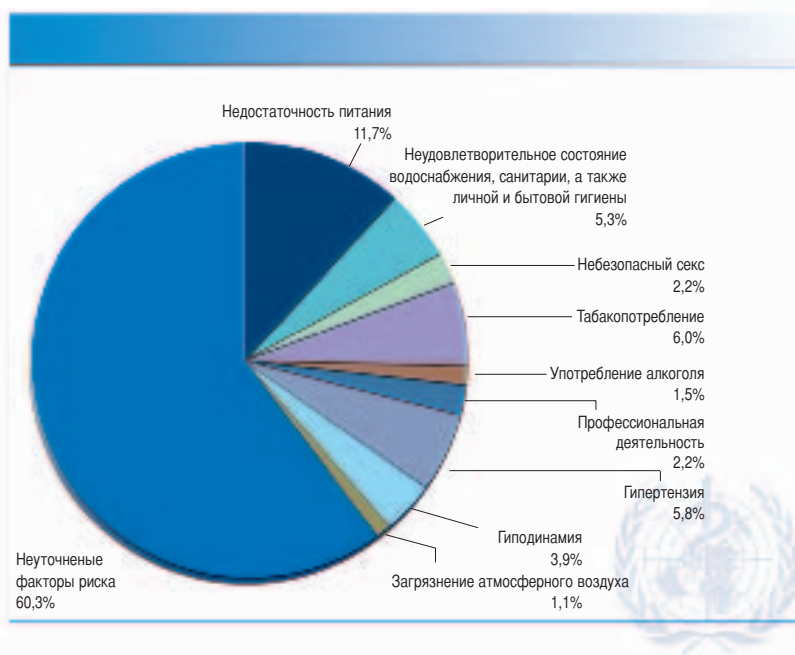


Рисунок 31. Процентное распределение суммарного числа смертей (в мире), обусловленных отдельными факторами риска

³⁸ WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. London, Routledge, 1996.

³⁹ KAWACHI, I. ET AL., ED. *Income inequality and health. Vol. 1. The society and population health*. New York, New Press, 1999.

⁴⁰ WILKINSON, R.G. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British medical journal*, **314**: 591–595 (1997).

от других курсов действий, предпринимаемых в целях развития. Следовательно, связь между политикой здравоохранения и политикой других секторов, например, в отношении занятости населения, поддержания размера доходов на определенном уровне и социального обеспечения, жилья и образования, играет жизненно важную роль во всех государствах - членах Европейского региона. В целях сокращения социально-экономического неравенства необходимо обеспечить уменьшение не только доли отстающей части населения, но и расстояния, на которое простирается такое отставание. Фактические данные подтверждают, что за счет создания более равных возможностей для получения дохода и повышения связанного с этим уровня культурного развития общества можно добиться улучшения психосоциального благополучия населения^{41,42}. Путем совершенствования функционирования общества и сокращения неравенства доходов можно обеспечить повышение эффективности многочисленных инициатив в области здравоохранения и социальной политики. Если не заниматься решением проблемы социального неравенства, темпы продвижения вперед будут более низкими, а качество жизни – хуже.

Здоровье и развитие

Взаимосвязь между здоровьем и развитием носит основополагающий характер, и главной задачей развития должно быть укрепление здоровья населения. В бедных странах прослеживается прямая зависимость между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни. Ближе к краю диапазона колебания ВВП кривая такого соотношения довольно крутая. Если же речь идет о сообществах с более высоким уровнем развития, как например, о таких, которые существуют в странах Европейского региона, где главными причинами смерти и заболеваемости являются неинфекционные болезни, то современные убедительные доказательные данные говорят о том, что бремя этих болезней также связано с социальными условиями, и есть все основания считать, что эта взаимосвязь носит комплексный характер^{43,44}. Несмотря на то что более высокий уровень здоровья, выраженный в ожидаемой продолжительности жизни, как правило, соотносится с размером дохода на душу населения, существует немало исключений из этой корреляции. Есть как бедные страны с относительно хорошим состоянием здоровья населения, так и богатые страны с относительно неудовлетворительным состоянием здоровья своих граждан. Неоднозначность данной ситуации становится еще сложнее, если в дискуссии на эту тему принять во внимание наблюдаемые различия в уровнях дохода, поскольку в обеспеченных странах есть бедные слои населения, состояние здоровья которых намного хуже состояния здоровья групп населения значительно более бедных стран. Подводя итог, можно сказать, что более высокий уровень дохода представляет собой положительный фактор для здоровья, но ввиду влияния других действующих факторов есть немало примеров того, что более состоятельные люди живут меньше, чем менее состоятельные. Не так давно эти

41 BRUNNER, E. & MARMOT, M. Social organisation, stress and health. In: Marmot, M. et al., ed. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.

42 McEWEN, B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, **338**: 171–179 (1998).

43 CORNIA, G.A. & PANICCIA, R. *The mortality crisis of transitional economies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

44 LUNDBERG, O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social science and medicine*, **36**: 1047–1052 (1993).

действующие факторы удалось вычлени⁴⁵. Судя по всему, несмотря на наличие достаточно положительной корреляции между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни, такая взаимосвязь в основном проявляется посредством воздействия ВВП на (а) уровень доходов бедной части населения и (б) государственные расходы, в частности на здравоохранение. Поэтому многое зависит от того, каким образом распределяется и используется экономическое благосостояние.

На основании проведенного анализа вырисовывается определение двух типов процесса снижения смертности. Реализация процессов, “обусловленных функцией роста”, происходит за счет более высоких темпов экономического развития при активном включении компонента занятости населения, причем результаты успешного экономического процветания используются для расширения соответствующей социальной инфраструктуры, в том числе образования, социального обеспечения и здравоохранения. Реализация процессов, “обусловленных вспомогательной функцией”, происходит через социальные программы поддержки образования, здравоохранения и других общественных институтов. Поэтому для развития таких “ресурсно-зависимых”, малозатратных, трудоемких видов деятельности, как образование и здравоохранение, необходимы соответствующие ресурсы. Необходимость уделять приоритетное внимание таким ресурсам является неотъемлемым условием для развития.

В недавно опубликованном докладе Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здравоохранению⁴⁶ особо подчеркивается ведущая роль инвестиций в здравоохранение, которые вносят конкретный вклад в экономическое развитие и сокращение масштабов бедности. Макроэкономические фактические данные свидетельствуют о том, что страны с крайне слабыми позициями в области здравоохранения и образования сталкиваются с гораздо большими трудностями в стремлении выйти на уровень устойчивого развития по сравнению с теми странами, где ситуация в здравоохранении и образовании более благополучная. Состояние здравоохранения, по-видимому, во многом объясняет существование различий в темпах экономического роста, даже после регулирования стандартных макроэкономических переменных. Комиссия предлагает руководствоваться всеобъемлющим глобальным подходом при постановке конкретных целей и определенных сроков их достижения. Расширение охвата бедных медицинским обслуживанием требует выделения большей суммы финансовых средств на проведение конкретных мероприятий по линии сектора здравоохранения и на адекватно структурированную систему организации медобслуживания. В докладе Комиссии предлагается вкладывать средства в те направления работы, которые доказали свою результативность, и итоги проведения которых можно измерить с точки зрения бремени болезни и качества функционирования систем здравоохранения. В связи с этим в целях экономического развития предлагается Оперативная повестка дня по инвестициям в здравоохранение, согласно которой странам с низким и средним уровнями дохода рекомендуется не только запланировать постепенное наращивание усилий по проведению важнейших вмешательств в сфере здравоохранения и увеличение бюджетных ассигнований на здравоохранение, но и убедить международную общественность, чтобы она, координируя свои действия, подключалась к этой работе.

⁴⁵ WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. London, Routledge, 1996.

⁴⁶ COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.

В середине 1990-х годов Региональное бюро учредило отдельную программу по инвестициям в здравоохранение. Кульминацией серии совещаний по данному вопросу было принятие в 2000 г. декларации об определенных обязанностях и конкретных действиях в отношении инвестиций в здравоохранение, которые нацелены на объединение усилий правительств стран и НПО, промышленности и торговли, гражданского общества и средств массовой информации с последующей выработкой плана действий. В Венеции был создан Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здравоохранение и развитие, перед которым была поставлена задача сотрудничества с государствами-членами в области наращивания потенциала стран, с тем чтобы запустить процесс инвестирования в здравоохранение.

Бедность

Бедность и болезни образуют порочный круг, причем бедность является не только основным детерминантом неудовлетворительного состояния здоровья, но и его потенциальным следствием. Независимо от первопричины – связана ли она с размером дохода, социально-экономическим положением, условиями жизни или уровнем образования – бедность служит единственным важнейшим детерминантом нездоровья. Нищенское существование ассоциируется с более короткой ожидаемой продолжительностью жизни, высокой младенческой смертностью, неудовлетворительным состоянием репродуктивного здоровья, повышенным риском заразиться инфекционными болезнями (прежде всего туберкулезом и ВИЧ-инфекцией), повышенными показателями табакокурения, алкоголизма и наркомании, более высокими уровнями распространенности неинфекционных болезней, депрессивных состояний, самоубийств, антиобщественного поведения и актов насилия, а также связано с более выраженным длительным воздействием опасных факторов окружающей среды. В докладе, представленном на рассмотрение состоявшейся в 2001 г. сессии Европейского регионального комитета ВОЗ⁴⁷, приведены фактические данные, подтверждающие наличие вышеперечисленных взаимосвязей.

В определенной степени все европейские сообщества ощущают последствия бедности, выраженной либо в абсолютных цифрах, либо в относительных показателях (см. Приложение 2, табл. 1). Даже в благополучных странах увеличиваются масштабы неравенства в отношении здоровья на фоне углубляющихся социально-экономических различий и в пределах социального градиента, встречающегося во всех социально-экономических группах, на уровне общества в целом и в течение всей жизни. В 1998 г. по расчетным данным примерно 2% населения Европейского региона (около 24 млн. человек) жили в абсолютной бедности⁴⁸. Относительная бедность⁴⁹ в той или иной степени ощутима в большинстве европейских стран. В отдельных странах восточной части Региона ее жертвами может стать до 50% населения, но даже в некоторых странах Западной Европы соответствующая статистика превышает 10%.

⁴⁷ *Poverty and health: evidence and action in WHO's European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/RC51/8).

⁴⁸ Согласно определению, предложенному Всемирным банком, “абсолютная бедность это такой уровень бедности, который не позволяет людям рассчитывать на минимальную потребительскую корзину стоимостью 2.15 долл. США в день”.

⁴⁹ Согласно определению, предложенному Всемирным банком, “относительная бедность присутствует тогда, когда экономические возможности людей не позволяют им вести минимально приемлемый образ жизни в обществе, членами которого они являются, например, когда размер их дохода составляет менее 60% от среднего”.

Безработица как одна из причин бедности и нездоровья является серьезной проблемой во всех европейских странах. В СЦВЕ в 1990-е годы данная проблема приобрела угрожающие масштабы и по-прежнему остается актуальной для большинства западноевропейских стран. Влияние безработицы и бедности на молодежь имеет особое значение ввиду непосредственной связи этих явлений с состоянием здоровья и такими социальными проблемами, как насилие, самоубийство и злоупотребление психоактивными веществами.

Непростой является проблема бедности в европейских городах, где проживает две трети населения. Растет не только численность городской бедноты, но и внутри городов все отчетливее проявляется обособленность общественных групп. Бедная часть городского населения в большей степени подвержена болезням по причине жилищных условий, отсутствия должной санитарии, неудовлетворительного питания и профессиональных вредностей. Эти люди могут сталкиваться с трудностями в плане доступности или надлежащего использования медицинского обслуживания, так как испытывают дефицит необходимых средств и знаний и нередко оказываются социально дезадаптированными. Во многих городах обострилась ситуация с бездомными, причем особое беспокойство вызывают последствия, связанные с общей смертностью, распространенностью хронических респираторных заболеваний, алкоголизма и наркомании.

К особой группе риска по неудовлетворительному состоянию здоровья относятся этнические меньшинства, мигранты и беженцы. Удовлетворению их потребностей зачастую уделяется слишком мало внимания, к тому же далеко не всегда удается обеспечить их охват через обычные каналы медицинского обслуживания и социального обеспечения. Данная проблема обостряется во многих странах.

Как гласит современная корпоративная стратегия ВОЗ, одной из центральных задач Организации в целом является ее конкретный вклад в сокращение масштабов бедности путем укрепления здоровья, что позволит решать вопросы охраны здоровья в контексте гуманитарного развития. ВОЗ играет ведущую роль в “Массовом движении против болезней бедности”, преследуя при этом цель устойчивого экономического развития посредством обеспечения большего доступа для самых бедных людей на Земле к медицинскому обслуживанию и товарам для здоровья.

Психосоциальные факторы

Психосоциальный стресс все чаще признается в качестве одного из ключевых факторов, способствующих развитию целого ряда состояний, в том числе болезней сердца и гипертензии, алкогольного психоза, невроза, убийств, самоубийств, несчастных случаев, язвенной болезни и цирроза печени. Перечисленные заболевания имеют тенденцию к росту в странах, переживающих на фоне отсутствия адекватной социальной политики период бурных социальных и экономических преобразований. Например, по данным одного исследования⁵⁰, беспрецедентная смертность, которая наблюдалась на переходном

⁵⁰ ZIGLIO, E. ET AL., ED. *Investment for health. A discussion of the role of the economic and social determinants.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 1) (in press).

этапе во многих странах в 1990-е годы, оказалась следствием наложения бремени адаптации к новым условиям на замедленный, длительный процесс снижения уровня здоровья. Дополнительным толчком к ухудшению здоровья послужило массовое развитие психосоциальных стрессовых состояний, в основном обусловленных не только неожиданным подъемом безработицы, текучестью кадров и нестабильностью трудоустройства, но и расшатыванием основ института семьи, ростом масштабов обнищания, миграцией населения и активизацией процессов социального расслоения. В странах, переживающих резкий подъем показателей смертности, по линии государственной политики было сделано мало, чтобы нивелировать негативное воздействие нарастающего социального стресса на здоровье.

Нет никаких сомнений в том, что в ближайшее десятилетие в Европейском регионе социальные и экономические детерминанты здоровья будут, как и прежде, играть значительную роль в развитии здравоохранения. Такие детерминанты окажут дальнейшее влияние на тенденции изменения состояния здоровья, причем воздействие непрекращающегося разрыва в распределении дохода во многих странах будет сказываться на вероятном увеличении психосоциального стресса как в Западной, так и в Восточной Европе. Кроме того, необходимо тщательно отслеживать положительные и отрицательные последствия социальной и экономической политики для общественного капитала, социальной инфраструктуры и социального сплочения, поскольку имеются убедительные доказательства того, что такие проявления могут оказывать защитное или разрушающее действие на здоровье населения.

Занятость населения

Среди трудоустроенного населения прослеживается явная взаимосвязь между прочностью занимаемого служебного положения, с одной стороны, и смертностью и заболеваемостью (включая показатели продолжительности отсутствия на работе по болезни), с другой. Данная взаимосвязь сохраняется даже после корректировки по таким факторам, как уровень образования или отношение к владению жильем на правах собственника. Это скорее всего объясняется более широкими возможностями в плане контроля ситуации, преодоления трудностей и получения поддержки, т.е. всем тем, чем можно воспользоваться, занимая более прочное служебное положение.

Как безработица, так и неуверенность в сохранении за собой рабочего места оказывают разрушающее воздействие на здоровье, повышая риск психологических и физических нарушений и самоубийства. Среди более молодых групп населения нестабильность трудоустройства ассоциируются с неудовлетворительным состоянием здоровья, независимо от какой бы то ни было связи между принадлежностью к определенной социальной прослойке и безработицей. Устойчивый, затянувшийся процесс подъема безработицы в большинстве стран Западной Европы и ее резкий взлет в ННГ являются причиной серьезного беспокойства по поводу соблюдения принципа равноправия в отношении здоровья.

Механизмы, посредством которых эти тенденции влияют на здоровье и благополучие, достаточно сложны, и в них не так легко разобраться. Тем не менее, не стоит подвергать сомнению тот факт, что они связаны с различными проявлениями риска и вредных

факторов для здоровья, а также с высокой встречаемостью психосоциальных нарушений и психических заболеваний.

Образование

Образование служит важным детерминантом здоровья. Уровни образования обуславливают формирование градиента в показателях смертности и заболеваемости по аналогии с градиентами, возникающими под воздействием размера дохода. К примеру, в Российской Федерации в переходный период расширился диапазон колебаний показателей смертности в зависимости от уровня образования. Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между мужским и женским населением с самыми высокими и самыми низкими параметрами образования в возрасте 20–69 лет увеличился с 1,63 и 1,44 года в 1988–1989 гг. до 1,89 и 1,75 года в 1993–1994 гг. соответственно⁵¹.

Материальное положение и культурный потенциал семьи оказывают заметное влияние на уровень образования ребенка. Поэтому в области образовательной подготовки в зависимости от принадлежности к определенной социальной прослойке прослеживается устойчивый градиент, что, в свою очередь, представляет собой надежный прогнозирующий фактор выбора будущей профессии и получения определенного дохода. Дети с более высокими уровнями образования или профессиональной подготовки имеют гораздо больше шансов в отношении здоровья, а также рода профессиональной деятельности и размера дохода.

Гендерные факторы

Гендерная принадлежность считается одним из детерминантов здоровья, и неравенство, обусловленное гендерными факторами, оказывает определенное влияние на риск возникновения проблем со здоровьем. В европейских странах наблюдаются заметные различия в отношении места и роли женщины в обществе. Например, в Швеции доля женщин, работающих в органах государственной власти, составляет примерно 50%, в трех других странах доходит до 40–45% и в большинстве остальных стран соответствует менее 20%. По численности женщины перепредставлены среди бедной части населения Европы, а средний доход женщин составляет всего лишь 60–70% от дохода мужчин.

Гендерные роли могут предопределять различия в структуре заболеваемости женщин и мужчин, особенности в стереотипах поведения при обращении за медицинской помощью и разную реакцию со стороны поставщиков помощи и научных работников. Что касается здоровья, то существуют явные гендерные различия, основу которых почти наверняка составляют биологические характеристики, и к тому же присутствуют социально-экономические факторы, оказывающие влияние на степень проявления гендерных различий. Женщины живут дольше, чем мужчины, но двойная нагрузка, которую они несут, выполняя работу по дому и на рабочем месте, самым негативным образом отражается на заболеваемости, и у них с большей вероятностью, чем у мужчин, возникают состояния депрессии и тревожности. С одной стороны, мужчины в большей

⁵¹ SHKOLNIKOV, V.M. ET AL. Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994. *Social science and medicine*, 47: 357–369 (1998).

степени подвержены, к примеру, несчастным случаям, и в последние годы в СЦВЕ и ННГ именно здоровье мужчин трудоспособного возраста ухудшилось более всего. Ориентация на гендерные факторы при проведении научно-исследовательских программ и инициатив представляет собой одно из основных стратегических направлений, позволяющих более целенаправленно и эффективно строить работу по укреплению и охране здоровья с учетом гендерной принадлежности.

Библиография

ACHESON, D. *Independent inquiry into inequalities in health*. London, Stationery Office, 1999.

HEMINGWAY, H. & MARMOT, M. Evidence-based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, **318**: 1460–1467 (1999).

MARMOT, M. & БОВАК, М. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, **321**: 1124–1128 (2000).

MARMOT, M.G. & WILKINSON, R.G. *Social determinants of health*. Oxford & New York, Oxford University Press, 1999.

SEN, A. Health in development. *Bulletin of the World Health Organization*, **77**: 619–623 (1999).

United Nations Economic Commission for Europe (Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций) (<http://www.unepce.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *Социальные условия и здоровье: убедительные факты*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (документ EUR/ICP/CHVD 03 09 01).

WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. London, Routledge, 1996.

Образ жизни

Питание

Бремя болезни, обусловленное факторами питания, является более значительным, чем принято считать. Предварительные данные анализа, проведенного в Швеции Институтом общественного здравоохранения, говорят о том, что из-за неудовлетворительного питания происходит потеря до 4,5% DALYs, не считая дополнительных 3,7% и 1,4% лет жизни, утраченных из-за ожирения и гиподинамии. Таким образом, суммарный процент DALYs, связанных с неудовлетворительным питанием и гиподинамией, составляет 9,7% по сравнению с 9%, утраченными из-за курения. На сердечно-сосудистые болезни и злокачественные новообразования вместе с диабетом приходится около 30% от общего числа лет жизни, ежегодно утрачиваемых в результате инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. В соответствии с международным консенсусом насыщенные жирные кислоты приводят к повышению уровня холестерина у населения. Это обстоятельство является определяющим в развитии эпидемии ишемической болезни сердца – ведущей причины смерти в Европейском регионе ВОЗ.

Грудное молоко является самым оптимальным питанием для младенцев, поскольку в нем содержатся все питательные и иммунологические вещества, необходимые примерно в течение первых шести месяцев жизни, по истечении которых должно начинаться введение прикорма. Низкие уровни распространенности исключительно грудного вскармливания и неудовлетворительная практика отнятия ребенка от груди могут обусловить нарушения нормального развития. Исключительно грудное вскармливание способствует снижению риска развития железодефицитных состояний, которые являются причиной ослабления концентрации внимания, снижения работоспособности человека и его познавательной способности, а также поведенческих отклонений от нормы у детей грудного возраста. Различия в практике грудного вскармливания колеблются в широких пределах в разных европейских странах. К примеру, в Соединенном Королевстве всего лишь около 25% младенцев к моменту достижения ими трехмесячного возраста находятся на грудном вскармливании по сравнению с соответствующим показателем на уровне более 90%, наблюдаемым в Узбекистане. Кроме того, частота исключительно грудного вскармливания меняется в зависимости от страны, а именно: в Швеции примерно 35% грудных детей шестимесячного возраста находятся на исключительно грудном вскармливании по сравнению всего лишь с 1% в Азербайджане. Во многих европейских странах с первых нескольких недель после рождения детям грудного возраста начинают давать разнообразное питье и прикорм. Неудовлетворительная практика вскармливания обуславливает повышенную распространенность задержки в росте или развитии⁵² и гипотрофии⁵³, особенно в некоторых СЦВЕ и ННГ.

⁵² Задержка в росте или развитии определяется как соотношение роста к возрасту, которое на два среднеквадратических отклонения меньше стандарта сравнения (Национальный центр медико-санитарной статистики).

⁵³ Гипотрофия определяется как соотношение массы тела к росту, которое на два среднеквадратических отклонения меньше стандарта сравнения (Национальный центр медико-санитарной статистики).

Расширяются масштабы проблем, связанных с избыточной массой тела и ожирением как у детей, так и у взрослых, что преимущественно объясняется гиподинамией и избыточной калорийностью питания. Ожирение сопровождается серьезными сопутствующими заболеваниями, в том числе такими, как инсулиннезависимый сахарный диабет и сердечно-сосудистые болезни. Риск развития диабета повышается в 100 раз на фоне ожирения, и 80% распространенности диабета может быть связано с ожирением и избыточной массой тела. Ожирение характеризуется серьезными осложнениями, оно трудно поддается лечению и требует значительных затрат, а также снижает ожидаемую продолжительность жизни на 8–10 лет. Следовательно, профилактика ожирения представляется наилучшей стратегией. Инсулиннезависимый диабет является самым главным последствием ожирения для здоровья, в связи с чем он также переходит в разряд одного из наиболее распространенных заболеваний в Европе, где его жертвами в большинстве стран становится примерно 4% населения.

По имеющимся оценкам, в Европейском регионе йоддефицитные состояния⁵⁴ могут наблюдаться примерно у 130 млн. человек⁵⁵. Под йоддефицитными состояниями подразумеваются все негативные последствия йодной недостаточности, которые можно предотвратить за счет адекватного поступления йода в организм человека. К таким состояниям относится гипотиреоз, эндемический зоб и нарушение умственного развития. Несмотря на то что йоддефицитные состояния считаются маловероятными в целом ряде европейских стран, результаты обследований последних лет в области распространенности эндемического зоба в Европе подтверждают, что многие люди по-прежнему страдают от дефицита йода средней тяжести. Проблему йодной недостаточности как важнейшей причины предотвращаемого слабоумия можно легко решить путем всеобщего йодирования соли. В Европейском регионе дефицит йода имеет прямое отношение к проблеме недостаточности питания по еще одному важнейшему нутриенту. Высокий уровень распространенности железодефицитной анемии у младенцев и детей был зарегистрирован в республиках бывшей Югославии, республиках Центральной Азии и в отдельных частях Западной Европы.

Потребление фруктов и овощей уменьшает риск развития хронических болезней. Тем не менее, в большинстве стран Региона потребление рекомендуемых ВОЗ 400 г на человека не обеспечивается (табл. 4). В какой-то мере это положение объясняется тем, что в настоящее время многие страны прошли всего лишь половину пути в реализации крупных социально-экономических и политических преобразований. Отчасти из-за разрыва традиционных торговых и финансовых связей с бывшим Советским Союзом многим ННГ и СЦВЕ не удастся полностью реализовать свой промышленный и сельскохозяйственный потенциал. Сложившаяся ситуация продолжает оказывать пагубное воздействие на обеспеченность пищевыми продуктами и состояние питания пострадавших контингентов населения. Как сказано выше, прослеживается прямая связь между потреблением насыщенных жиров и уровнем холестерина и в более широком смысле – повышенным риском развития хронических болезней. В большинстве европейских стран уровень потребления жиров слишком высок. В соответствии с

⁵⁴ *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/NHD/01.1).

⁵⁵ Глобальная база данных ВОЗ по Йод (оценка по состоянию на 1998 г. на основании демографических данных за 1997 г.).

рекомендацией ВОЗ в суточном рационе питания жиры должны занимать менее 30% от общей калорийности (табл. 4).

На состоявшейся в сентябре 2000 г. сессии Европейского регионального комитета ВОЗ был утвержден первый План действий в отношении политики в области пищевых продуктов и питания на 2000–2005 гг. Следуя взятым на себя обязательствам, ВОЗ обеспечила проведение нескольких сравнительных исследований по анализу политики в области питания в государствах - членах Европейского региона. Самым последним из этой серии исследований был анализ ситуации на основании отчетных материалов, представленных государствами-членами к моменту проведения в ноябре 1999 г. на Мальте первого консультативного совещания по принятому Плану действий. Данные в табл. 5 взяты из названных аналитических материалов и представляют собой исходный уровень, с которым страны будут сравнивать свои достижения во время работы конференции на уровне министров по политике в области питания, запланированной на 2005 г.

В целях стимулирования и содействия процессу развития и осуществления всеобъемлющей политики в области продовольствия и питания Региональное бюро ставит перед собой следующие задачи: (а) сопоставление накопленного объема знаний и научных доказательств в поддержку развития и осуществления политики в области пищевых продуктов и питания; (б) стимулирование научных исследований в тех областях, в которых ощущается нехватка доказательных данных о влиянии питания на здоровье; (в) разработка принципиально новых подходов к распространению научных знаний и информации о зависимости состояния здоровья от питания; (г) сотрудничество со странами по реализации теоретических разработок на практике при взаимодействии с национальными сотрудничающими учреждениями и предоставление по мере необходимости информации, накопленного опыта и специальных знаний; (д) разработка экономически эффективных показателей в целях эпиднадзора и обеспечение отчетности по проведению политики в области пищевых продуктов и питания; (е) регулярный выпуск пересмотренного перечня свежей информации, документов и учебных материалов по политике в области питания; и (ж) содействие эпиднадзору и обмену информацией по вопросам питания с использованием современных коммуникационных средств и обеспечение устойчивого функционирования механизма оперативного обновления имеющейся информации.

Таблица 4. Средний уровень потребления овощей и фруктов и жиров в субрегиональных группах стран на основании общенациональных данных, представленных в ВОЗ⁵⁶

Группа стран	Овощи (г/человека в день)	Фрукты (г/человека в день)	Жиры (в % от ежедневного потребления)
Италия и Португалия	243	196	30
Венгрия, Словакия и Чешская Республика	239	180	35
Бывшая Югославская Республика Македония, Словения и Хорватия	241	155	37
Австрия, Бельгия и Франция	177	167	38
Страны Балтии	198	176	41
Страны Северной Европы	104	168	36
Азербайджан, Республика Молдова и Украина	157	97	24
Казахстан, Кыргызстан и Узбекистан	159	40	28

Таблица 5. Тенденции изменения политики в области питания в европейских странах за 1994/1995 и 1998/1999 гг. на основании общенациональных данных, представленных в ВОЗ⁵⁷

Показатели и критерии	Количество стран	
	1994/1995 гг.	1998/1999 гг.
Официальный документ по политике в области питания, принятый регламентирующим органом	24	28
Административная структура, отвечающая за реализацию политики в области питания	21	18
Наличие совета по вопросам питания или другого консультативного органа в целях подготовки научно обоснованных рекомендаций для лиц, формулирующих политику	25	27
Регулярное межсекторальное сотрудничество, проводимое по инициативе правительства	25	26
Регулярные консультации по вопросам питания между Министерством здравоохранения и Министерством сельского хозяйства	н/п	27
Национальные рекомендуемые контрольные значения по нутриентам (нормы физиологической потребности)	29	36
Репрезентативная по численности населения оценка состояния питания за последние 10 лет	24	24
Рекомендации по вопросам питания при наличии или отсутствии полезных советов относительно выбора продуктов питания	23	33

⁵⁶ *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/02/5035226).

⁵⁷ *Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/02/5035226).

Физическая активность

Физически пассивные люди среднего и старшего возраста подвергаются значительно большему риску развития целого ряда неинфекционных болезней по сравнению с лицами, ведущими умеренный и чрезвычайно активный образ жизни. По имеющимся ориентировочным данным, успешная борьба с гиподинамией позволит сократить частоту ишемической болезни сердца на 15–39%, инсульта – на 33%, гипертензии – на 12%, диабета – на 12–35%, рака толстой кишки – на 22–33%, рака молочной железы – на 5–12% и переломов на фоне остеопороза – на 18%. Согласно проведенной в Финляндии оценке зависимости объема стационарной помощи от уровня физической активности, оказалось, что число дней пребывания в больнице наиболее физически активных мужчин и женщин по сравнению с наименее физически активным населением было меньше на 36% и 23% соответственно.

Свежие научно обоснованные данные о благотворном влиянии на здоровье физической активности также позволили по-новому осмыслить параметры соотношения активности и здоровья через призму “доза–ответ”. Если согласно ранее принятым рекомендациям особый акцент ставился на активные продолжительные занятия аэробикой, то более свежие доказательства указывают на то, что положительные эффекты на здоровье также накапливаются в процессе ежедневных регулярных упражнений, характеризующихся умеренной интенсивностью. Такая новая концепция физической активности, способствующей укреплению здоровья (ФАУЗ), подразумевает многие ее виды, непосредственно связанные с образом жизни, причем не только в свободное от работы время, но и на работе, в быту и во время поездок на транспорте.

Несколько европейских стран занимаются проведением оценки по принципу *ad hoc* уровней физической активности населения, но лишь немногие страны отдают предпочтение регулярному мониторингу. Национальный институт общественного здравоохранения Финляндии проводит эту работу с 1978 г. Уровень физической активности во время досуга (30-минутные занятия как минимум дважды в неделю при незначительном потоотделении) постепенно повысился за 20 лет с около 40% до 60% среди и мужчин, и женщин при очевидной стабилизации данного показателя среди последних в 1990-е годы. Однако за этот же период постепенно снижалась частота поездок на работу на велосипеде или пешком, что обуславливало более интенсивные занятия физкультурой при одновременном снижении физической активности.

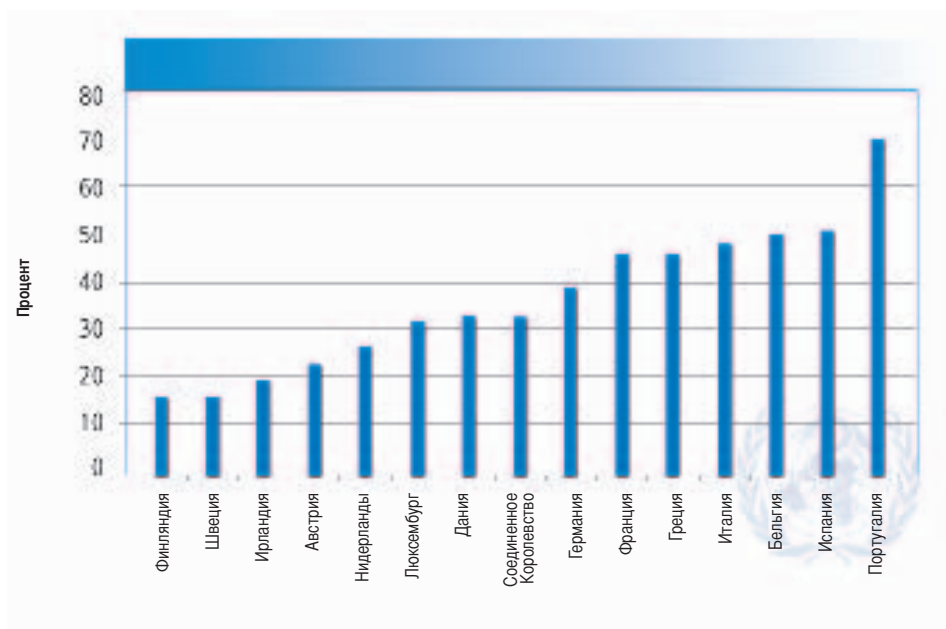
В рамках проведенного в 1999 г. обследования с участием всех стран ЕС для уточнения отношения потребителей к физической активности, массе тела и здоровью⁵⁸ во всех 15 государствах - членах ЕС была использована стандартная методология. Несмотря на то что данные количественного измерения последствий для здоровья не предназначались для оценки ФАУЗ, полученные результаты говорят о сопоставимых моделях активности во всех охваченных странах. При использовании в качестве точки разделения занятий физической активностью в свободное от работы время в течение не менее 3,5 часов

⁵⁸ <http://www.iefs.org/pdf1.pdf>, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

выяснилось, что в среднем 41 % населения проявлял недостаточную полезную для здоровья активность, хотя доля такого населения варьировалась в широких пределах – от 14 (в Финляндии) до 70 (в Португалии) (рис. 32). Согласно сводным общеевропейским данным, оказалось, что по сравнению с мужчинами женщины были менее физически активны и затрачивали на это меньше времени. Процент пожилых, которые были физически активны свыше 3,5 часов, уменьшался с возрастом, к тому же большую активность проявляли лица с более высокими уровнями образования по сравнению с лицами, уровни образования которых были ниже.

Созданная в 1996 г. Европейская сеть по стимулированию физической активности, способствующей укреплению здоровья⁵⁹, является одной из семи оздоровительных сетей, действующих в странах ЕС. Ее главная цель состоит в содействии разработке национальной политики и стратегии в области ФАУЗ. Помимо 15 государств - членов ЕС в этой сети участвуют такие страны, как Израиль, Исландия, Норвегия, Словения, Швейцария и Эстония. По линии сети были выпущены методические рекомендации по пропаганде принципов ФАУЗ (1996 г.), по стимулированию физической активности, способствующей укреплению здоровья (2000 г.) и по популяризации таких методов передвижения, как ходьба пешком и езда на велосипеде (2000 г.). Были разработаны и проводятся в жизнь крупные общенациональные инициативы, стратегии или программы по пропаганде ФАУЗ во многих европейских странах, включая Бельгию, Данию, Испанию, Нидерланды, Норвегию, Словению, Соединенное Королевство, Финляндию, Швейцарию и Швецию.

Рисунок 32. Доля населения в странах ЕС с недостаточным с точки зрения здоровья уровнем физической активности (менее 3,5 часов в неделю), 1997 г.



⁵⁹ http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/health/proj00_09_en.html, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

Табак

В Европе примерно 215 млн. человек являются курильщиками, из которых 130 млн. – мужчины (рис. 33). Ежегодное число смертей, связанных с потреблением табачных изделий, составляет порядка 1,2 млн. (14% от всех смертей). Из этого числа смертей 700 тыс. приходится на СЦВЕ и ННГ. По поступившим из 25 стран данным, охватывающим 60% населения Региона, средняя распространенность курения среди мужского населения соответствует примерно 34% в западноевропейских и 47% в восточноевропейских странах. Среди женщин такая распространенность распределяется следующим образом: примерно 25% – в странах Западной и 20% – в странах Восточной Европы. В 11 странах распространенность курения среди мужчин выше 50% и в 5 странах – ниже 30%. В 5 странах распространенность курения среди женщин выше 30% и в 3 странах – ниже 10%.

Курение – сформировавшийся тип поведения среди молодежи, и, судя по имеющимся данным, никаких признаков сокращения масштабов курения не наблюдается. В целом по Европе распространенность курения среди молодых людей в возрасте 15–18 лет ориентировочно составляет около 30% при незначительной тенденции к повышению, причем за последние годы понижающих тенденций ни в одной из стран не прослеживается. Особенно обращают на себя внимание различия между странами, обусловленные гендерной принадлежностью. В большинстве стран в восточной части Региона в случае 15-летних более высокие уровни регистрируются среди юношей, чем среди девушек, хотя этот разрыв постоянно сужается. В Западной Европе соответствующие уровни выше (за редким исключением) среди девушек, чем среди юношей.

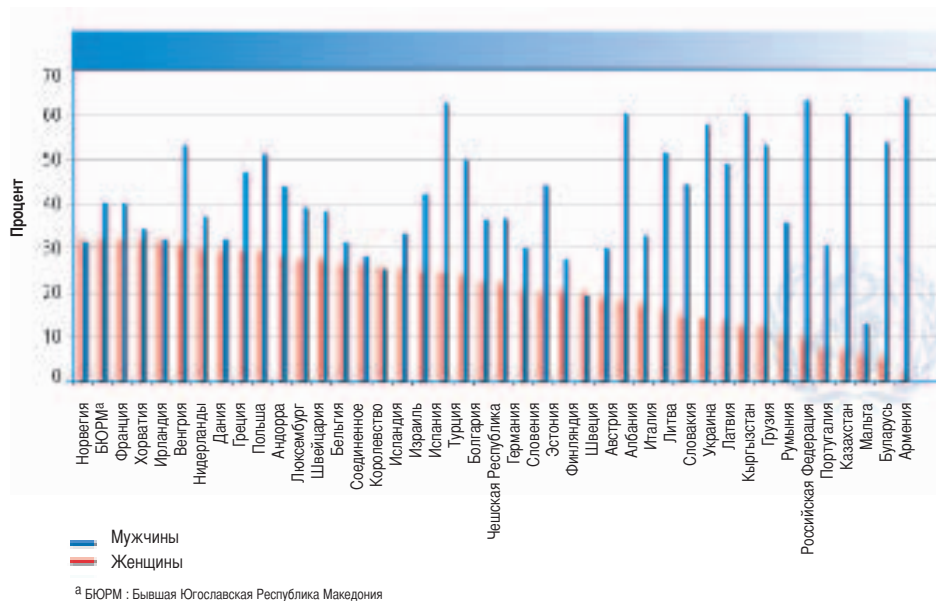


Рисунок 33. Доля ежедневно курящих среди лиц в возрасте 15 лет и старше

При наличии данных можно отметить статистически значимую разницу в распространенности курения среди различных социально-экономических групп населения. К примеру, в Соединенном Королевстве лишь 10% женщин и 12% мужчин из групп населения с наиболее высоким социально-экономическим статусом являются курильщиками, тогда как в группе с самым низким социально-экономическим статусом соответствующая статистика более чем в три раза выше. Совершенно обратная зависимость также прослеживается между уровнем занятости населения и курением. В любой стране, по которой имеются необходимые данные, безработные в большей мере, чем трудоустроенная часть населения, склонны прибегать к курению. Во Франции распространенность курения среди безработных мужчин составляет 52% по сравнению с 38% среди тех, кто имеет работу.

Изменения в показателях смертности от рака трахеи, бронха и легкого (рис. 34 и 35) могут служить маркером ретроспективных тенденций изменения распространенности курения. Начиная с 1985 г. в западной части Европы показатель смертности среди мужчин постепенно снижался, а в СЦВЕ в период после 1995 г. – стабилизировался. Наблюдаемые тенденции могут служить поводом считать, что ситуация среди мужской части населения стабилизируется. Несмотря на то что смертность от рака легкого гораздо ниже среди женщин, чем среди мужчин (в масштабе всего Региона стандартизованный коэффициент смертности среди женщин в 1998 г. составлял 13 на 100 тыс., а среди мужчин – 73 на 100 тыс.), тенденции в ЕС и СЦВЕ не являются благоприятными. Временной разрыв между нынешним характером поведения, связанного с курением, и проявлением патологического процесса указывает на необходимость принятия серьезных мер по сдерживанию эпидемии курения среди женщин⁶⁰.

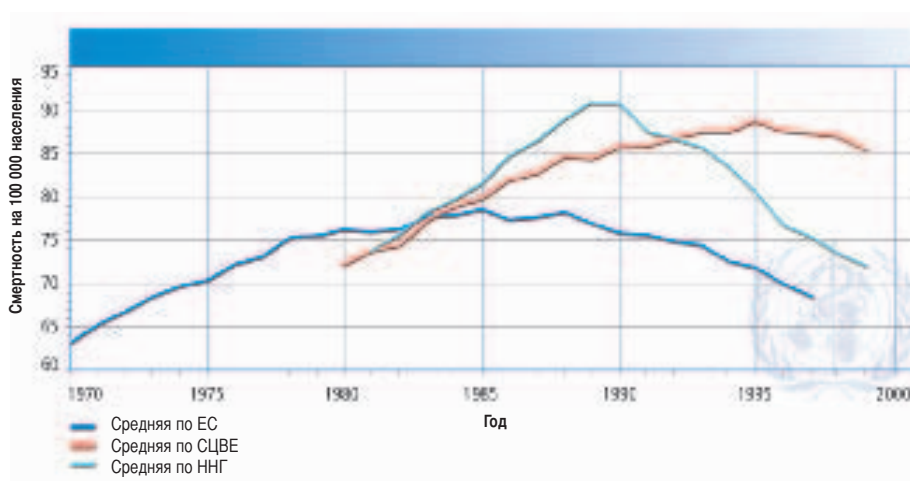


Рисунок 34. Смертность от рака легкого, мужчины, 1970–1999 гг.

⁶⁰ Явное снижение СКС в ННГ может происходить под влиянием многих факторов, в том числе ввиду изменений за последнее десятилетие в демографической структуре, механизмах представления отчетных данных и распространенности патологических состояний.

Социально-экономические различия в уровнях смертности от рака легкого отмечались во всех европейских странах, по которым были собраны соответствующие данные; курение представляется существенным фактором, обуславливающим разницу между работниками умственного и физического труда с точки зрения степени риска наступления преждевременной смерти.

Начиная с середины 1990-х годов примерно три четверти государств - членов Европейского региона укрепили свою политику налогообложения табачной продукции; две трети стран активизировали меры борьбы с контрабандой; одна треть стран ввела возрастные ограничения на продажу табачных изделий; и, как минимум, восемь стран полностью запретили или строго ограничили прямую рекламу и значительно совершенствовали правила курения в общественных местах.

К концу 2001 г. в примерно 80% государств-членов введены запреты или ограничения на курение в общественных местах и на рабочем месте (хотя и при значительной разнице в степени реализации принятых решений) и обеспечен безрецептурный отпуск в аптеках наиболее распространенных изделий никотинозамещающей терапии (хотя доступность таких изделий по цене, как правило, ограничена). Три четверти государств-членов учредили межсекторальные координационные комитеты. Однако у менее половины государств-членов есть национальные планы действий и введены частичные ограничения или запреты как на прямую, так и на косвенную рекламу табачных изделий; только одна треть стран обеспечила проведение рассчитанных на перспективу кампаний по распространению информации среди населения с учетом гендерных факторов; почти в одной четверти стран предусмотрено резервирование поступлений от налогообложения табака для целевого финансирования и ограничена доступность табачных изделий для

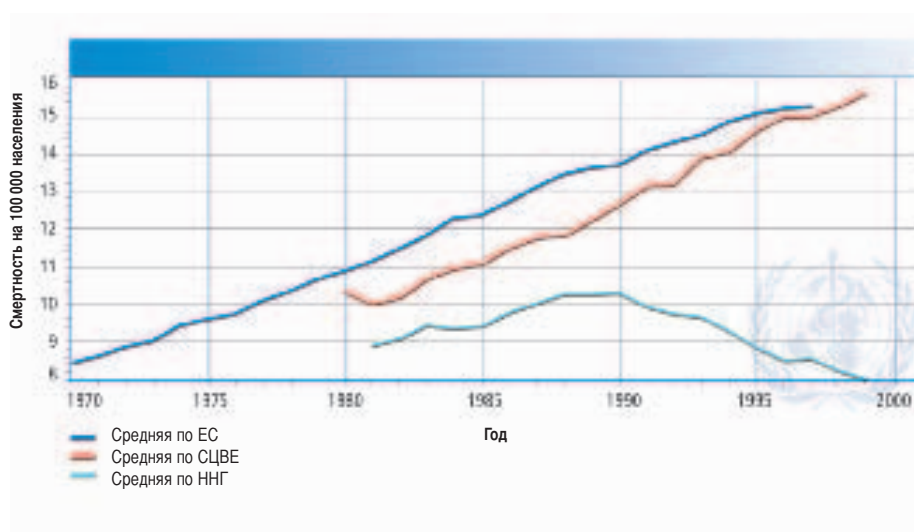


Рисунок 35. Смертность от рака легкого, женщины, 1970–1999 гг.

лиц моложе 18 лет (также устранены все основные обезличенные формы реализации продукции); и почти нет стран, где возмещались бы затраты на лечение по поводу табачной зависимости, издавались бы всеобъемлющие национальные доклады по борьбе против табака или были бы внедрены предупреждающие надписи о вреде курения, для нанесения которых отводилось бы более 20% площади на каждой внешней стороне упаковки из-под табачной продукции.

Несмотря на то что в большинстве стран проводится политика налогообложения табачных изделий, в целом она напрямую не отражает озабоченность сектора здравоохранения, в связи с чем повышение реальных цен на табачную продукцию (там, где это имеет место) не является настолько последовательным, насколько это должно быть. Принятие новых законов и регламентирующих положений не всегда приводило к получению ощутимых результатов, и ряд стран, главным образом в восточной части Региона, все еще находится на этапе подготовки законодательных актов. Более того, отсутствие стратегии и всеобъемлющего подхода по-прежнему являются отличительной чертой национальной политики борьбы против табака и проводимых в этой связи мероприятий по меньшей мере в одной трети государств-членов. В другой группе стран недостаточно слаженные координационные механизмы и неадекватное финансирование и мониторинг снижают эффективность мер на государственном уровне. И наконец, отсутствие должной поддержки со стороны общественности и информации для населения, как и прежде, серьезно ограничивают эффективность многих национальных и местных программ.

Положительные сдвиги по отслеживанию ситуации, связанной с табакокурением, не отвечают многим сложным задачам, возникающим на современном этапе. С расширением масштабов контрабандных сделок, незаконной и приграничной торговли и появлением новым форм табакопотребления (цигарки-самокрутки, бездымные табачные изделия и т.п.) статистические данные об использовании табака все чаще оказываются неполными. Более того, недостаточно высокий уровень качества и методологии многих обследований затрудняет процесс осознания и мониторинга динамики табакопотребления, особенно в связи с оценкой тенденций отказа от курения и отслеживанием характера распространенности курения среди таких подгрупп населения, как молодежь и лица, дезадаптированные в социально-экономическом плане.

Центральные задачи на международном уровне по-прежнему состоят в проведении стандартизованного эпиднадзора, реализации мер борьбы с контрабандой, регламентировании приграничной рекламы и координации контрмер в отношении табачной промышленности. Несмотря на недавно введенные запреты и ограничения на рекламную деятельность, табачная промышленность продолжает пользоваться методами недобросовестного маркетинга, содействуя проведению “молодежных образовательных программ борьбы против курения” и организации косвенной рекламы, в основном ориентированной на молодежь. Табачная промышленность неоднократно предпринимала попытки повлиять на политику стран и ЕС, и в отдельных случаях не без успеха, чтобы отсрочить, ослабить или даже свести на нет законодательные акты, находящиеся в стадии разработки или уже принятые.

Рамочная конвенция по борьбе против табака⁶¹ является еще одной вехой в эффективной международной деятельности, связанной с поиском решения многих сложных задач, о которых говорилось выше. Подавляющее большинство государств - членов Европейского региона задействованы в переговорном процессе, и недавно принятая Варшавская декларация “За Европу без табака”⁶² подтверждает, что Региону действительно может принадлежать ведущая роль в выработке окончательного варианта и принятия международного законодательства в целях борьбы с таким бедствием, как табак.

Алкоголь

Каждый год свыше 55 тыс. молодых европейцев умирают вследствие злоупотребления алкоголем: в Европе одна из четырех смертей среди мужчин в возрасте 15–29 лет связана с употреблением спиртных напитков. Кроме того, от 40% до 60% всех летальных исходов в результате травм обусловлено алкогольным опьянением. Потребление алкоголя, и в частности острая алкогольная интоксикация, по-видимому, объясняет возникновение существенных различий в показателях смертности среди молодых взрослых в западной и восточной частях Региона, а также между мужчинами и женщинами. Связанные с употреблением спиртного расходы на социально-культурные нужды, медицинское обслуживание, страхование, законоприменение и содержание пенитенциарных учреждений, а также потери ввиду уменьшения производства выливаются в общую сумму социальных издержек в пределах 1–3% от ВВП.

По имеющимся оценкам, в масштабе Региона на потребление спиртных напитков приходится примерно 9% от суммарного бремени болезни, что обуславливает наряду с другими факторами риска развитие таких заболеваний, как цирроз печени, повышенное давление крови, болезнь сердца, инсульт, панкреатит и злокачественные новообразования ротоглотки, гортани, пищевода, желудка, печени и прямой кишки. Алкоголь приводит к серьезным нарушениям многих проявлений психомоторной и когнитивной функций. Ослабление контроля над эмоциональным состоянием может послужить толчком к насильственным действиям в отношении собственной персоны или окружающих. Более того, потребление алкоголя повышает риск возникновения таких семейных, производственных или социальных проблем, как неспособность выполнять свои служебные обязанности, абсентизм, безработица, несчастные случаи, проблемы долгов и жилья. Связь между алкоголем и преступностью носит комплексный характер, однако наличие алкогольного опьянения подразумевается прямо или косвенно в различных правонарушениях, включая нападение, уголовно наказуемое поведение, непреднамеренное телесное повреждение, насилие, убийство и самоубийство.

В более 90% стран Региона ежегодное потребление на душу населения превышает два литра чистого алкоголя (уровень, рассчитанный на основании фактических данных и ассоциируемый с минимальным средним коэффициентом смертности). В Европейском регионе самый высокий уровень потребления алкоголя в мире, однако за средним

⁶¹ <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?pid=40>, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

⁶² <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?tld=140>, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

зарегистрированным в 1998 г. потреблением на уровне 7,3 литра чистого алкоголя на человека скрываются существенные различия между странами, нижний и верхний пределы колебания которых соответствуют 0,9 литрам и 13,3 литрам на человека. Если же суммировать недоучтенное потребление спиртного, то в отношении отдельных стран ситуация резко меняется, свидетельствуя о возрастании потребления в некоторых из них примерно до 20 литров на человека.

По данным Проекта, посвященного обследованию школьников в европейских странах на предмет употребления алкоголя и наркотических средств, отмечается явное увеличение доли учащихся, употребляющие спиртные напитки в центральной и восточной частях Европы, особенно в Литве, Польше, Словакии и Словении. Вместе с тем, употребление учащимися алкогольных напитков является наиболее распространенным в Дании, Ирландии, на Мальте, Соединенном Королевстве и Чешской Республике. Из четырех ведущих стран по частоте интоксикации в Дании и Ирландии в 1995 г. произошел дальнейший рост этих показателей, тогда как в Соединенном Королевстве и Финляндии последние в основном остались такими же.

На региональном уровне происходит формирование некоторых тенденций. Для стран Северной Европы характерны стабильные уровни потребления алкоголя, за исключением Швеции, где этот уровень снижается. Отмечается рост потребления в Латвии и Литве, тогда как в Эстонии наблюдается небольшое сокращение. Из 15 государств - членов ЕС Ирландия единственная страна, где потребление существенно растет, хотя такое увеличение, но в меньшей степени проявляется в Греции, Люксембурге и Португалии. Среди остальных стран ЕС уровень потребления алкоголя снижается в шести и остается неизменным в пяти странах. В СЦВЕ потребление растет в Бывшей Югославской Республике Македонии, Румынии и Чешской Республике. И наконец, в ННГ уровень потребления повышается в Республике Беларусь и Российской Федерации.

В Европейском регионе, несмотря на слабость занимаемой позиции по некоторым вопросам, предпринимаются дальнейшие усилия по развитию связанной с алкоголем политики. В настоящее время многие страны уже привели национальные планы действий в отношении алкоголя в соответствие с целевыми показателями и основными направлениями деятельности. Изменение акцентов в политике за последние несколько лет говорит о постепенном сближении принципиальной позиции по некоторым аспектам политики в отношении алкоголя. Целенаправленный политический курс на снижение статистики пьянства за рулем наглядно демонстрирует эффективность политики на страновом уровне, в соответствии с которой многие страны приняли решение о снижении допустимого уровня содержания алкоголя в крови, ужесточив практику законоприменения. Кроме того, во многих странах в целях создания более благоприятных условий для общественной безопасности и безопасности на рабочем месте были приняты дополнительные регламентирующие положения, которые гарантируют сохранение окружающей человека среды, свободной от алкоголя. Меры по контролю за рекламой алкогольных напитков вызвали неоднозначную реакцию: одни страны ввели ряд ограничений, а многие другие пошли на ослабление последних. В

целом в западноевропейских странах произошел сдвиг в сторону ужесточения политики в области контроля за алкоголем, снизились уровни потребления на душу населения и в большей степени, чем во многих странах в центральной или восточной части Региона, уменьшился причиняемый алкоголем размер ущерба.

Как и прежде, не удается преодолеть недостатки, связанные с эффективностью проводимой политики. Важнейшим фактором, от которого зависит эффективность политики, является практика правоприменения свода законов, регламентирующих положений или законодательства. Внешнее давление со стороны промышленности, выпускающей спиртные напитки, и заинтересованных кругов в свободном маркетинге продукции и незаконной торговле препятствуют дальнейшему продвижению вперед. Еще одним барьером служит отсутствие коллективной готовности признать остроту проблем, связанных с алкоголем, и тот огромный ущерб, который он наносит обществу.

Если иметь подходящий набор руководящих принципов, то можно ограничить размер ущерба, причиняемого алкоголем, не прибегая к политике, ориентированной на полное воздержание от употребления алкоголя. Согласно научно обоснованным данным, успешным в смягчении остроты этих проблем, по всей вероятности, окажется такой политический курс, который предусматривает использование механизмов налогообложения и контроль за физической доступностью, поддерживает контрмеры по борьбе с пьянством за рулем и обеспечивает выделение достаточных средств на лечение, особенно на уровне первичного звена. Стратегии в области обучения или ограничения на рекламу могут дополнить этот набор принципов, тем более что есть все основания надеяться на долгосрочную эффективность. Всеобъемлющие программы действий на уровне общины также могут оказать потенциальное влияние. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя, одобренный дважды за последние десять лет сессией Европейского регионального комитета ВОЗ, а также печатные материалы, выпущенные Региональным бюро в поддержку двух конференций по алкоголю на уровне министров, представляют собой прочную основу для развития политики и программной деятельности.

Незаконные наркотические средства

Согласно данным, приведенным в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, 0,4% от общего бремени болезни приходится на незаконные наркотические средства (героин и кокаин). Наркотическая зависимость является не только хроническим заболеванием, но и социальной проблемой^{63,64}. Профилактика такой зависимости должна рассматриваться в более широком контексте, который предусматривает предупреждение и снижение остроты проблемы наркотиков на уровне популяции⁶⁵. Цель проводимого лечения состоит в снижении заболеваемости и смертности вследствие использования психотропных веществ. Лечение по поводу наркотической зависимости является

⁶³ LESHNER, A.I. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278 (5335): 45–47 (1997).

⁶⁴ MCLELLAN, A.T. ET AL. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689–1695 (2000).

⁶⁵ <http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter4/index.htm>, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

экономически эффективным с позиции снижения уровня потребления наркотиков (40–60%) и смягчения вытекающих из этого последствий для здоровья и социальных последствий, в частности ВИЧ-инфекции и преступной деятельности.

Последние данные по ЕС и СЦВЕ о распространенности употребления незаконных наркотиков на протяжении жизни среди населения в возрасте 15–64 лет представлены в табл. 6. В странах ЕС проблема употребления незаконных наркотических средств главным образом ассоциируется с молодыми взрослыми, основную долю которых составляет мужское население городов. В структуре потребления за последние 12 месяцев каннабис занимает 1–9%, а уровень потребления других веществ редко превышает 1%. Всего лишь в четырех странах (Германия, Испания, Соединенное Королевство и Швеция) были проведены сравнительные общенациональные обследования; другие страны предприняли ряд обследований иного плана, что осложняет задачу проведения оценки сложившихся тенденций. В 1995–1999 гг., за исключением Ирландии и Соединенного Королевства, распространенность злоупотребления наркотиками на протяжении жизни увеличилась во всех странах ЕС, включая злоупотребление каннабисом, амфетаминами, ЛСД и другими галлюциногенами, а также кокаином (основной формой/“крэком”). Соответствующие ориентировочные данные по большинству СЦВЕ увеличились почти в три раза. Оценочных данных по ННГ о злоупотреблении наркотиками на протяжении жизни на уровне популяции пока нет, однако есть все основания полагать, что масштабы употребления каннабиса и стимулирующих средств значительно расширились. Согласно данным по Российской Федерации и Украине, в этих странах существенно повысился уровень употребления “Экстази”. Среди лиц моложе 18 лет каннабис по-прежнему является наиболее широко распространенным незаконным наркотическим средством. Пожизненный опыт употребления наркотиков, преимущественно каннабиса, среди школьников практически удвоился в странах, участвовавших в проекте ESPAD⁶⁶. Отмечается заметное, но менее выраженное повышение частоты употребления “Экстази”, амфетаминов и ЛСД.

Таблица 6. Диапазон оценок распространенности употребления незаконных наркотиков на протяжении жизни в государствах - членах ЕС и СЦВЕ по состоянию на конец 1990-х годов

Вещество	ЕС (страновые данные)	СЦВЕ (данные на уровне города)
Каннабис	10–25%	10–30%
Амфетамины	1–4%	1–8%
Экстази	0.5–4%	1–5%
Кокаин	0.5–3%	1–4%
Героин	<1%	

⁶⁶ В 1999 г. в 30 странах был реализован Проект, посвященный обследованию школьников в европейских странах на предмет употребления алкоголя и наркотических средств (ESPAD).

Распространенность проблемного использования лекарственных средств⁶⁷ в ЕС среди лиц в возрасте 15–64 лет колеблется в пределах от 0,2% до 0,8%. В Финляндии и Швеции к пользователям амфетаминами относится большинство проблемных наркоманов (в Финляндии по предварительным оценкам за 1997 г. на уровне 70–80%). В других странах в группу проблемных наркоманов в основном входят пользователи преимущественно опиатами, хотя нередко и некоторыми другими наркотиками. В СЦВЕ ввиду высоких рыночных цен на кокаин его употребление ограничено. В ННГ проблема широкого распространения эфедрина, изготовленного в домашних условиях, продолжает вызывать беспокойство, а импортный героин почти полностью вытеснил опиаты местного производства. Употребление наркотиков распространялось из крупных городов во все территории, а также среди этнических меньшинств и заключенных. Данные по Центральной Азии о проблемном использовании наркотиков ограничены, но есть все основания полагать, что его масштабы значительно расширились. Наиболее тревожная тенденция связана со стремительным ростом числа потребителей инъекционных наркотиков, что способствовало распространению ВИЧ-инфекции. Примерно 70–75% наркоманов, проходящих лечение в СЦВЕ, вводят наркотики внутривенно, и их доля варьируется в диапазоне от 26% в Будапеште до 96% в Гданьске. В Российской Федерации этот диапазон колеблется от 83% в Новосибирске до 93% в Санкт-Петербурге.

В странах ЕС частота передачи ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков ориентировочно колеблется от 1% в Соединенном Королевстве до 32% в Испании. Свежие данные указывают на то, что общая картина остается неизменной, однако в последнее время появились признаки роста этого показателя в Австрии, Ирландии, Люксембурге, Нидерландах, Португалии и Финляндии, тогда как в Испании отмечается явная тенденция к снижению. Частота передачи инфекции гепатита С у потребителей инъекционных наркотиков варьируется от 40% до 90%. Проведенные исследования подтверждают, что можно добиться снижения интенсивности передачи инфекции путем проведения профилактических мер⁶⁸. По СЦВЕ и ННГ имеется очень мало надежных данных о циркуляции ВИЧ-инфекции, а также гепатита В и С, однако распространенность рискованных форм поведения среди потребителей инъекционных наркотиков, как например, совместное пользование общими иглами, говорит о вполне реальной угрозе эпидемии.

Летальные исходы, вызванные сильнодействующими наркотическими средствами (“передозировками”), представляют собой важный, но потенциально вводящий в заблуждение индикатор по поводу ситуации с наркотиками. Нынешние уровни таких исходов, особенно среди молодежи, вызывают серьезную тревогу. В странах ЕС число зарегистрированных случаев вплоть до 1999 г. было стабильным, оставаясь на уровне 7000–8000 в год, а в некоторых странах фактически снизилось. Однако еще не так давно в Греции, Ирландии и Португалии отмечалась заметная тенденция к росту, по всей вероятности, являясь отражением недавнего расширения масштабов употребления

⁶⁷ Под проблемным использованием наркотиков подразумевается введение таких средств в инъекциях или длительное или регулярное употребление опиатов (включая такие отпускаемые по рецепту опиаты, как метадон), кокаина или амфетаминов. Под действие этого определения не подпадают пользователи “Экстази” и каннабиса, а также те лица, которые никогда не употребляли или употребляли нерегулярно опиаты, кокаин или амфетамины.

⁶⁸ <http://annualreport.emcdda.org>, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

героина в этих странах. В большинстве случаев опиаты продолжают быть причиной летальных исходов, вызванных сильнодействующими наркотиками, хотя весьма распространено наличие и других веществ, в том числе алкоголя, бензодиазепинов или кокаина, которые можно расценивать как фактор риска по передозировке. В ряде случаев с летальным исходом, вызванным употреблением наркотиков, был обнаружен метадон, что говорит не только о его появлении на черном рынке, но и о проблемах с порядком прописывания лекарственных средств. Общая смертность среди наркоманов также является важным индикатором, поскольку среди употребляющих опиаты общие коэффициенты смертности в 20 раз превышают соответствующие показатели среди населения в целом той же возрастной группы из-за передозировки наркотиков и вследствие несчастных случаев, самоубийств, заболевания СПИДом и другими инфекционными болезнями. По данным исследования, проведенного на базе девяти центров в странах ЕС, тенденции к повышению наблюдались вплоть до середины 1990-х годов, после чего последовало их снижение. Число летальных исходов, вызванных употреблением наркотиков, возросло в СЦВЕ и ННГ в основном не только по причине передозировки героина, но и ввиду распространяемого на улицах низкачественного героина, а также его комбинированного введения с отдельными крайне токсичными веществами, например, со стрихнином.

В целом злоупотребление наркотиками в Европе превратилось в набелевшую проблему здравоохранения. Восточная Европа стремительными темпами догоняет западные страны, и налицо все признаки того, что на территории всего Региона общая ситуация ухудшается. Несмотря на очевидную необходимость в контроле над незаконными наркотическими средствами последствия таких усилий неоднозначны. В 1990-е годы расширились масштабы реализации незаконных наркотиков на черном рынке и цены на большинство незаконных субстанций почти повсеместно упали. Как известно, в некоторых странах существует параллельный рынок фармацевтических препаратов, подпитка которого осуществляется посредством прописывания неоправданно завышенного количества лекарственных средств, продажи препаратов в аптеках из-под прилавка или путем переадресования легальных поставок.

Распространение информации, обучение, лечение и реабилитация представляют собой ключевые направления национальной политики, ориентированной на уменьшение спроса на наркотики в Регионе. Кроме того, большинство стран стремятся минимизировать для здоровья населения негативные последствия длительного злоупотребления лекарственными средствами путем прописывания замещающих препаратов лицам с наркотической зависимостью, содействия “безопасному” приему наркотических средств и создания кабинетов для введения инъекций с наркотиками в целях снижения риска, связанного с неоднократным использованием загрязненного инъекционного оборудования. Всеобъемлющая национальная политика в отношении наркотиков нацелена на минимизацию последствий проблемного употребления наркотических средств, в том числе таких последствий, как ВИЧ-инфекция, гепатит В и С и летальные исходы от передозировки. Учитывая принятую Организацией Объединенных Наций Декларацию о руководящих принципах снижения спроса на наркотики⁶⁹, особое внимание необходимо уделять более активному проведению в жизнь программ профилактики наркомании среди населения, разработке такой модели лечения

⁶⁹ <http://www.un.org/ga/20special/demand.htm>, взято с вебсайта 15 мая 2002 г.

наркотической зависимости в системе здравоохранения, которая обеспечивает расширение возможностей для пролечивания нуждающихся в этом лиц, а также программ снижения вреда, минимизации риска и проведения реабилитации.

Библиография

BALADY, G.J. *ASCM's guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia & London, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

BOUCHARD, C. ET AL. *Physical activity, fitness and health: 2nd International Consensus Symposium papers and consensus statement*. Champaign, IL, Human Kinetics, 1994.

Сравнительный анализ осуществления Инночентийской декларации в европейских государствах - членах ВОЗ. Контроль за ходом достижения целей Инночентийской декларации в отношении защиты, содействия и поддержки грудного вскармливания. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/LVNG 01 01 02).

CORRAO, M.A. *Tobacco control country profiles*. Atlanta, American Cancer Society, 2000.

Декларация "Молодежь и алкоголь": Европейская конференция ВОЗ на уровне министров "Молодежь и алкоголь", Стокгольм, 19–21 февраля 2001 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (документ EUR/01/5026952).

Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (документ EUR/LVNG 01 05 01).

Европейская хартия по алкоголю. В публикации: Anderson, P., ed. Алкоголь: чем меньше, тем лучше. Отчет о Европейской конференции ВОЗ "Здоровье, общество и алкоголь", Париж, 12–14 декабря 1995 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 70), с. 24–25.

EUROPEAN COMMISSION. *Promotion of health-enhancing physical activity. Development of a European strategy, network and action program*. Tampere, UKK Institute, 1996.

European Network for Smoking Prevention (Европейская сеть по профилактике курения) (<http://www.ensp.org>, взято с вебсайта 26 июля 2001 г.).

FAOSTAT Database (База данных FAOSTAT) (http://apps.fao.org/lim500/agri_db.pl, взято с вебсайта 13 августа 2001 г.).

FLEISCHER MICHAELSEN, K. ET AL. *Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 87).

FOSTER, C. *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. Oxford, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, 2000.

HAAPANEN-NIEMI, N. The impact of smoking, alcohol consumption, and physical activity on use of hospital services. *American journal of public health*, **89**: 691–698 (1999).

- HARKIN, A.M. ET AL. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- International Narcotics Control Board (Международный совет по контролю над наркотиками)* (<http://www.incb.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- JHA, P. & CHALOUPIKA, F.J. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- JHA, P. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999.
- KESANIEMI, Y.K. ET AL. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and science in sports and exercise*, **33**(6, Suppl): S351–S358 (2001).
- OJA, P. & VUORI, I. *Promotion of transport walking and cycling in Europe: strategy directions*. Tampere, UKK Institute, 2001.
- OJA, P. Descriptive epidemiology of health-related physical activity and fitness. *Research quarterly for exercise and sport*, **66**: 303–312 (1995).
- PATE, R.R. ET AL. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, **273**: 402–407 (1995).
- PETERSEN, S. ET AL. *Health and lifestyles in four counties : Results from the third Oxford Health Lifestyle Survey*. Oxford, University of Oxford Health Services Research Unit, 1998.
- Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
- POMPIDOU GROUP. (ГРУППА ПОМПИДУ). *Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Группа по сотрудничеству в борьбе с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков)*. (<http://www.pompidou.coe.int>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- PRAVHAT, J. & CHALOUPIKA, F.J. *Tobacco control in developing countries*. New York, Oxford University Press, 2000.
- ROBERTSON, A. ET AL. Nutrition and immunisation survey of Bosnian women and children during 1993. *International journal of epidemiology*, **24**: 1163–1170 (1993).
- SAMET, J.M. & YOON, S.Y., ED. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/NMH/TFI/01.1).
- Situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/02/5035226).
- The assessment of drug problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/LVNG 02 06 01 A).
- Первый план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000–2005 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (документ EUR/01/5026013).

Третий план действий “За Европу без табака на период 1997–2000 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997 г. (документ EUR/ICP/LVNG 01 04 01).

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (Управление Организации Объединенных Наций по контролю над наркотиками и предупреждению преступности) (<http://www.undcr.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

VAZ DE ALMEIDA, M.D. ET AL. Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public health nutrition*, **2**: 105–113 (1999).

WHO Tobacco Free Initiative (Инициатива ВОЗ по освобождению от табачной зависимости) (<http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?pid=39>, взято с вебсайта 26 июля 2001 г.).

WILLIAMS, C., ED. *Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union*. Brussels, European Heart Network, 1999.

Физическая окружающая среда

В течение последних 20 лет предмет все большего беспокойства со стороны населения европейских стран является воздействие на здоровье человека опасных факторов окружающей среды. Механизмы, обуславливающие влияние условий окружающей среды на здоровье населения, носят комплексный характер. Практический опыт показал, что последствия такого влияния можно смягчить лишь в контексте устойчивого развития, взаимодействуя с соответствующими органами власти и заинтересованными сторонами.

Качество атмосферного воздуха

Несмотря на то что в Европе данные об уровнях экспозиции по респираторным взвешенным в воздухе частицам по-прежнему ограничены, в Северной Европе, судя по всему, уровни VC_{10}^{70} низки, причем даже в городских районах средние зимние концентрации не превышают 20–30 мкг/м³. В Западной Европе эти концентрации, видимо, выше и соответствуют 40–50 мкг/м³. В некоторых территориях Центральной и Восточной Европы концентрации взвешенных частиц немного выше, чем те уровни, которые регистрируются в таких городах, как Амстердам и Берлин. Концентрацию многих загрязнителей воздуха удалось значительно снизить на большей части территории Европы. Исследования последних лет, тем не менее, говорят о том, что краткосрочные изменения в составе взвешенных частиц ассоциируются с негативными последствиями для здоровья даже при низких уровнях экспозиции (менее 100 мкг/м³). Отмечаемые эффекты проявляются в довольно широком диапазоне, который включает в себя незначительные изменения функции дыхания, повышение уровня заболеваемости респираторными и сердечно-сосудистыми болезнями и рост показателей смертности. По данным некоторых исследований, длительное неблагоприятное воздействие взвешенных частиц ассоциируется со снижением ожидаемой продолжительности жизни вплоть до 1–2 лет. Недавно проведенные исследования показали, что распространенность симптомов бронхита у детей и снижения параметров функции легких у детей и взрослых

⁷⁰ Взвешенные частицы, 50% объема которых имеют аэродинамический диаметр 10 мкм и менее.

связано с длительной экспозицией по взвешенным частицам. Общее бремя нездоровья ввиду воздействия взвешенных частиц ($ВЧ_{10}$) может вполне превышать 100 тыс. лет жизни, утрачиваемых ежегодно. Высокие концентрации озона в тропосфере, образующиеся в летние месяцы, обуславливают повышение частоты проявления симптомов со стороны дыхания – около 1000 поступлений пациентов в больницы скорой помощи и более 2000 преждевременных смертей в год можно объяснить последствиями такого загрязнения в 15 странах ЕС.

Из состава загрязнителей воздушной среды внутри помещений наиболее серьезное воздействие на здоровье оказывает табачный дым. По некоторым оценкам, в одних только 15 странах ЕС на его долю ежегодно приходится около 20 тыс. смертей от сердечно-сосудистых болезней и 1000 смертей от рака легкого среди некурящих (преимущественно женщин). Примерно 500 тыс. ежегодных случаев инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей у детей можно отнести за счет воздействия табачного дыма. ВОЗ предложила стратегии по проведению в жизнь всеобъемлющих курсов действий в отношении качества атмосферного воздуха внутри помещений, однако эти стратегии все еще не рассмотрены государствами-членами. Правительства стран предпринимают всевозможные меры по снижению уровней загрязнения атмосферного воздуха или по меньшей мере по предупреждению их повышения, и многие государства руководствуются Критериями ВОЗ по качеству атмосферного воздуха, которые служат юридическим основанием для обязательного соблюдения нормативов качества атмосферного воздуха. Конвенция ООН/ЕЭК по трансграничному переносу загрязнителей воздуха на большие расстояния⁷¹ и соответствующие директивы ЕС являются основными международными юридическими документами, обеспечивающими ограничение выбросов газообразных отходов и контроль качества воздушной среды на значительной части территории Европейского региона ВОЗ. Необходимо проделать дополнительную работу с тем, чтобы с большей точностью оценить бремя воздействия загрязнителей на здоровье и разработать эффективные меры по снижению уровня загрязнения в ННГ.

Безопасность пищевых продуктов

Проблема болезней, передаваемых через пищевые продукты и обусловленных воздействием опасных микробиологических факторов, вызывает всевозрастающую озабоченность со стороны органов здравоохранения. В последние 20 лет в Европе в рамках Программы ВОЗ по эпиднадзору за болезнями, передаваемыми через пищевые продукты, обеспечивался сбор официальных данных, поступающих от государств - членов Европейского региона ВОЗ. Большинство стран, где предусмотрены системы отчетности по болезням, передаваемым через пищевые продукты, документально зафиксировали за указанный период значительный рост частоты возникновения новых случаев заболеваний, вызванных содержащимися в продуктах питания микроорганизмами, в том числе *Salmonella* (рис. 36) и *Campylobacter*. В пищевой цепочке появились такие новые опасные факторы, как энтерогеморрагический штамм *Escherichia coli*, *Salmonella typhimurium*

⁷¹ <http://www.unece.org/env/lrtap>, взято с вебсайта 16 мая 2002 г.

DT-104 с множественной лекарственной устойчивостью и губкообразная энцефалопатия крупного рогатого скота (BSE). Вариант болезни Крейтцфельда–Якоба, послужившей причиной летального исхода 105 случаев этого заболевания в Европе, имеет самое прямое отношение к последствиям воздействия BSE, но для надежного прогноза частоты возникновения этой болезни в будущем объем имеющейся в настоящее время информации недостаточен.

Согласно поступающим в ВОЗ отчетным данным, в Европе причиной 77% вспышек заболеваний, передаваемых через пищевые продукты, является *Salmonella*, причем возбудителем одной трети заболеваний оказывается *S. enteritidis*. К другим возбудителям, зачастую выделяемым при расследовании вспышек, относятся *Staphylococcus aureus*, *Trichinella*, *Shigella*, *Clostridium perfringens*, токсичные грибы, *Campylobacter* и вирусы. Почти 40% всех расследованных вспышек было связано с потреблением яиц, прошедших недостаточную тепловую обработку, или таких пищевых продуктов, в состав которых входят сырые яйца, как майонез, мороженое или мучные кондитерские изделия с кремовой начинкой. Частное жилище – единственное место, где происходит большинство вспышек (более 40%), хотя многие вспышки были связаны с работой пищеблока ресторанов, кафе и предприятий общественного питания (22%). Полученные результаты диктуют необходимость более активного внедрения системы “Оценки потенциального вреда методом контроля критических точек производства” (НАССР) в секторе ресторанного/общественного питания, а также разработки программ обучения потребителей по вопросам безопасности пищевых продуктов.

Химические вещества являются немаловажным источником развития болезней, передаваемых через пищевые продукты, хотя связанные с ними эффекты иногда довольно сложно отнести за счет приема той или иной пищи. Химические пищевые загрязнители включают в себя такие природные токсичные агенты, как микотоксины, а также вещества, загрязняющие окружающую среду, например, диоксины, ртуть, свинец и радионуклиды. Широкое использование технологических пищевых добавок, пестицидов и ветеринарных препаратов требует принятия строгих мер по обеспечению

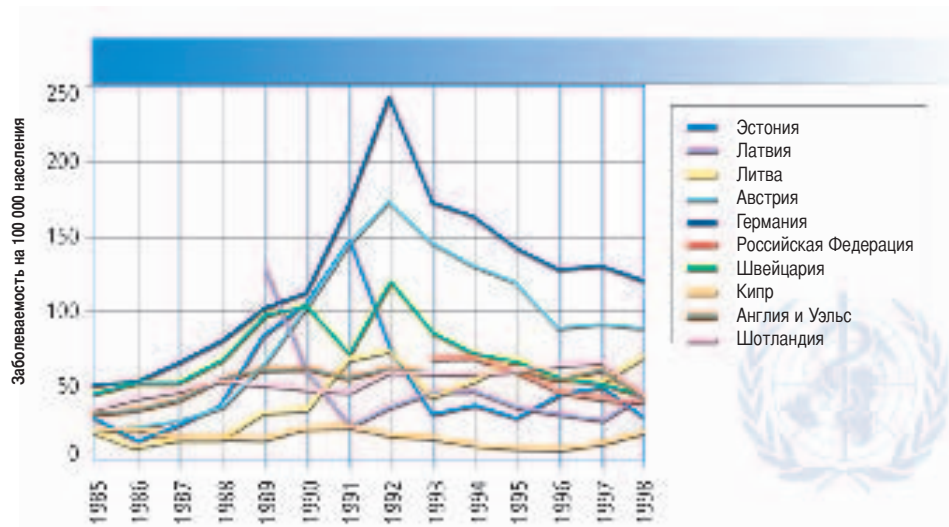


Рисунок 36.
Заболеемость сальмонеллезом в отдельных европейских странах, 1985–1998 гг.

безопасности пищевых продуктов. Информация о химическом загрязнении продуктов питания в Европе довольно разнообразна и, как правило, не регистрируется в рамках программ мониторинга. В СЦВЕ контаминация пищевых продуктов главным образом происходит вследствие загрязнения атмосферного воздуха, почвы и воды в процессе промышленного производства – будь то в результате работы горнодобывающей промышленности и плавильных печей, энергетического сектора, агропромышленного комплекса или как следствие рассеивания отходов производства. Загрязнение продуктов питания обычно происходит не на всей площади страны, а в пределах таких экологически неблагоприятных территорий. В качестве одного из конкретных примеров можно привести прилегающую к Аральскому морю территорию, которая в течение 30 лет подвергалась интенсивному загрязнению вследствие забора морской воды для орошения наряду с применением инсектицидов, пестицидов, гербицидов и дефолиантов.

Эпиднадзор за болезнями, передаваемыми через пищевые продукты, и мониторинг загрязнения продуктов питания служат важнейшими инструментами для оценки риска. По этой причине ВОЗ направляет свои усилия на разработку адекватных методов получения необходимых данных для проведения количественной микробиологической и химической оценки риска. Новая глобальная инициатива ВОЗ по безопасности пищевых продуктов способствует усилению не только систем, в основе которых лежат результаты лабораторных и эпидемиологических исследований, но и связей последних с программами мониторинга загрязнения продуктов питания. Подобные оценки могут стать основой для формирования международных нормативов и методических рекомендаций, а также для разработки национальных санитарных правил производства пищевых продуктов или других инициатив. В 1991 г. в Европейском регионе ВОЗ для решения вопросов, касающихся конкретных приоритетов и потребностей Региона по проблеме контаминации пищевых продуктов, была учреждена программа “Глобальная система мониторинга окружающей среды/мониторинга загрязнения пищевых продуктов (GEMS/Food)”.

Такие новые технологии, как генная инженерия, облучение пищевых продуктов и технология упаковки в измененной газовой среде, способствуют совершенствованию производства продуктов питания и повышению их безопасности. Вместе с тем потенциальные опасности, связанные с внедрением этих технологий, подлежат объективной и строгой оценке задолго до того, как такие технологии найдут широкое применение на практике. ВОЗ поощряет целостный подход к производству и безопасному потреблению продуктов питания, полученных в соответствии с новыми технологиями производства, включая генную инженерию. Этот подход опирается на отдельную структуру по проведению оценок с учетом соображений безопасности, преимуществ для здоровья, экологических и социально-экономических последствий. В июне 1999 г. Совместная комиссия ФАО/ВОЗ по Codex Alimentarius приняла решение о разработке нормативов, руководств или рекомендаций по продуктам питания, получаемым с помощью биотехнологии.

Первый план действий в отношении политики в области пищевых продуктов и питания на 2000–2005 гг. создает основу для укрепления здоровья населения через продукты питания. Всеобъемлющая политика в области пищевых продуктов и питания состоит из трех стратегий, затрагивающих вопросы питания, безопасности пищевых продуктов и устойчивого снабжения продовольствием. Названные три стратегии тесно связаны

между собой, поскольку снабжение продовольствием влияет как на безопасность, так и на состав продуктов питания. В целях разработки всесторонней межсекторальной политики и согласованных действий необходимо тесное сотрудничество между всеми, на кого возложена ответственность за вопросы питания, безопасности пищевых продуктов и обеспеченности продуктами питания.

Вода

Патогенные микроорганизмы в Регионе по-прежнему представляют самую серьезную опасность для питьевой воды и воды, используемой в рекреационных целях, а желудочно-кишечные заболевания продолжают оставаться в некоторых странах важной причиной детской заболеваемости и смерти. Вирусы (ротавирус, калицивирус и вирус гепатита А) являются возбудителями 70–80% заразной диареи в развитых странах мира. На долю различных болезнетворных бактерий приходится еще 10–20% заболевших, тогда как такие паразитарные микроорганизмы, как *Giardia* spp., служат причиной заболеваний в менее 10% случаев. Специфика стоящих перед Регионом сложных задач варьируется в широких пределах. Важные для западной части проблемы главным образом связаны с такими новыми и неожиданно возникающими болезнями, как легионеллез и последствия для здоровья цианобактерий. В южной части недостаток воды представляет собой особую проблему, что выдвигает на передний план необходимость в интегрированных мероприятиях по рациональному использованию водных ресурсов. В восточной части, наряду с дефицитом воды в некоторых субрегионах, сохраняют свою актуальность проблемы доступности систем снабжения безопасной с санитарной точки зрения водой в достаточном количестве, а также санитарии, включая аспекты распределения и рационального использования.

Как и прежде, важным вопросом является контроль в масштабе всей Европы за болезнями, передаваемыми через воду. В течение 1986–1996 гг., т.е. за самый последний период, по которому собраны систематические данные, в 19 европейских странах было зарегистрировано 710 вспышек заболеваний, передаваемых через воду. Кроме того, по мнению 8 стран, химическое загрязнение питьевой воды представляет собой ключевую проблему.

В целях получения более четкой картины бремени болезни, связанного с водопользованием, требуется уделить более пристальное внимание сбору данных по всему Региону. В настоящее время в Европейском регионе отсутствует систематическая отчетность о связанных с водой болезнях, а собранные на национальном уровне данные могут оказаться несопоставимыми. Необходимо безотлагательно разработать систематический, однородный механизм эпиднадзора, и в связи с этим в Бонне (Германия) уже началась работа под руководством Сотрудничающего центра ВОЗ по управлению водохозяйственной деятельностью, способствующей укреплению здоровья, и по распространению информации о риске.

В свете вышеизложенного ВОЗ и в дальнейшем будет активно участвовать в разработке таких нормативных документов, как: руководство по доказательному эпиднадзору и системам раннего предупреждения о заболеваниях, передаваемых через воду; руководство по качеству питьевой воды и воды, используемой в рекреационных целях,

особенно в связи с впервые выявляемыми и ранее неизвестными болезнями; и руководство по повторному использованию воды в территориях с дефицитом водных ресурсов. В ходе этой работы также будут затронуты медико-санитарные аспекты интенсивного рационального использования природных ресурсов (грунтовых вод). Положения Протокола по проблемам воды и здоровья⁷², проводимые в жизнь государствами - членами Европейского региона, будут способствовать сокращению бремени заболеваний, передаваемых через воду. Протокол, подписанный 36 странами, должен вступить в силу в конце 2003 г., т.е. к этому времени он должен быть ратифицирован, как минимум, 16 странами.

Жилье

Жилищная среда относится к одному из важнейших условий, формирующих здоровье человека. Качество жилья прямо или косвенно оказывает влияние на состояние здоровья жильцов. В СЦВЕ и ННГ примерно 50–60% жилого фонда составляют блочные дома панельной конструкции, возведенные в период с 1960-х по 1980-е годы в целях решения проблемы жилья для населения бурно развивавшихся городов. По имеющимся оценкам, до 50% населения этих стран проживает в зданиях из сборных элементов такого типа и конструкция примерно 60% вновь построенных домов в крупных жилых массивах соответствует жестко заданному строительному модулю.

Неудовлетворительные жилищные условия в этих домах, обусловленные устаревшими методами строительства и отсутствием своевременного ремонта, представляют для многих стран не только серьезные проблемы, но и риск здоровью, оценка которого никогда не проводилась. Необходимость в модернизации жилого фонда в этих странах была признана уже давно, однако приватизация жилищного сектора, проходившая параллельно с этапом преобразований, только ухудшила данную ситуацию. Большая доля приватизированного жилья при отсутствии должного взаимодействия и общего руководства, а также обострение проблемы бедности – все эти факторы оказались серьезным препятствием в соблюдении элементарных требований, предъявляемых к эксплуатационному содержанию зданий. В СЦВЕ и странах Балтии наблюдаются самые высокие темпы приватизации жилья в Европе (в среднем 70% по сравнению с 61% в ЕС), самое высокое повышение стоимости жилищного строительства по сравнению с совокупным семейным доходом и снижение темпов строительства на 70% после 1990 г.

В настоящее время в целях улучшения здоровья практически не проводится какого-либо курса на “индексацию” инвестиций в жилищное строительство, к тому же ощущаются серьезные пробелы в знаниях в области жилья и здоровья: (а) всего лишь в нескольких странах проводятся регулярные исследования или действует система эпиднадзора; (б) научные исследования не нацелены на интегрированные подходы, предусматривающие комплексное решение вопросов жилья и охраны здоровья; (в) основная трудность при проведении таких научных исследований связана с отсутствием приемлемых методик оценки риска; и (г) при принятии решений относительно жилья доминирующее положение скорее занимали не вопросы охраны здоровья, а “экономические” и “технические” аспекты.

⁷² http://www.unece.org/env/water/text/wh_protocol/text12toc.htm, взято с вебсайта 16 мая 2002 г.

Региональное бюро проводит работу над проектом по вопросам жилья и здоровья в условиях проживания в СЦВЕ в блочных домах из сборных панельных конструкций, чтобы определить основные проблемы с точки зрения здоровья и подготовить рекомендации по учету аспектов охраны здоровья при разработке планов реконструкции этих зданий.

Производственная деятельность

Степень влияния производственной деятельности на здоровье оценить довольно трудно. В государствах-членах приняты разные системы медицины труда и разные перечни профессиональных заболеваний. Заболеваемость профессиональными болезнями колеблется в широких пределах (например, в странах ЕС от 0,02 до 1,7 случая в год на 1000 работающих). Эти показатели в большей мере зависят от практики законодательного регулирования и правоприменения, эффективности систем выявления и регистрации болезней и выплаты пособий, чем отражают истинную частоту новых случаев профессиональных заболеваний. Явный недоучет профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве обуславливает недооценку их реального влияния на здоровье и социально-экономическое развитие. В целом, в отличие от регистрации профессиональных заболеваний, действующая система обеспечивает более полный учет производственных травм и показатель последних значительно выше (в странах ЕС – от 13 до 73 случаев в год на 1000 работающих). Если принять численность работающего населения Европейского региона ВОЗ за 400 млн. человек, а частоту несчастных случаев на производстве и связанную с этим смертность как соответствующую официально зарегистрированным уровням в странах ЕС, то общее ежегодное число производственных травм в Европе будет находиться в пределах 5,2–29,2 млн. в год, являясь при этом причиной смерти от 6400 до 55 600 человек в год.

Многие люди полагают, что их здоровье и благополучие во многом зависят от характера профессиональной деятельности. По данным обследования условий труда в ЕС в 2000 г., 60% (по сравнению с 57% в 1995 г.) лиц, работающих по найму или имеющих самостоятельную занятость и включенных в репрезентативные выборки, считали, что работа отрицательно сказалась на состоянии их здоровья. Чаще всего работающее население связывает свою профессиональную деятельность с такими симптомами, как боли в спине (33%), стресс (28%), общая усталость (23%), мышечные боли в области шейного отдела и плечевого пояса (23%) или боли в области верхних и нижних конечностей (17%), а также головная боль (13%). Около 9% работающих утверждали, что за прошедшие 12 месяцев их отсутствие на работе объяснялось ухудшением здоровья ввиду профессиональной деятельности. В 2000 г. почти каждый из десяти работающих в странах ЕС заявил, что был объектом запугивания на работе, причем эти данные сильно отличаются в зависимости от страны. Между странами наблюдаются большие колебания в процентном отношении (от 1% до 5%) среди работающих по найму лиц, которые оказывались объектом физического насилия на работе.

Профилактика ухудшения здоровья вследствие профессиональной деятельности связана не только с юридическими и моральными обязательствами, но и служит важным фактором, способствующим социально-экономическому развитию. Согласно информации Европейского агентства по безопасности и гигиене труда, издержки

заболеваемости ввиду профессиональной деятельности колеблются в диапазоне от 2,6% до 3,8% от ВВП. В зависимости от конкретной страны принято учитывать различные составляющие таких издержек, а именно: пособия в связи с отпуском по болезни и инвалидности (в Нидерландах в 1995 г. – 4,8 млрд. евро), затраты на медицинское обслуживание (в Нидерландах в 1995 г. – 0,6 млрд. евро), падение производства по причине нетрудоспособности (в Германии в 1995 г. – 45 млрд. евро) и выплата компенсации жертвам и членам их семей (в Соединенном Королевстве – 6,3 млрд. евро). В 1996 г. из государственной казны Италии на выплату пособий в связи с несчастными случаями и профессиональными заболеваниями была истрачена сумма в размере 28 млрд. евро. В настоящее время ввиду особенностей в методах производства расчетов невозможно получить сравнительные оценки по разным странам.

Во многих государствах-членах болезни, обусловленные производственной деятельностью и пребыванием на рабочем месте, но не входящие в категорию профессиональных заболеваний, все чаще принято приравнивать к серьезным проблемам общественного здравоохранения. Кроме того, болезни, связанные с характером выполняемой работы, составляют целый ряд непрофессиональных заболеваний, этиология которых ассоциируется с производственными условиями, в частности по таким состояниям, как нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, психические расстройства, сердечно-сосудистые и респираторные болезни и рак. Значительная доля сердечно-сосудистых болезней непосредственно связана с условиями труда. Начиная с 1997 г. в Европе наметилась вполне определенная тенденция к более широкому толкованию понятия профессиональной гигиены, т.е. произошел переход от “собственно профилактики профессиональных заболеваний и несчастных случаев” к “комплексной защите и укреплению здоровья на производстве”. Всесторонняя оценка воздействия производственных условий на здоровье предполагает учет влияния детерминантов здоровья, которые связаны с профессиональной деятельностью, состоянием окружающей среды, образом жизни и социальными условиями. К проведению в жизнь такого многогранного подхода к защите и укреплению здоровья по месту работы, ориентированного на сохранение должного уровня здоровья и работоспособности, подключается все большее число служб профессиональной гигиены, предприятий и муниципальных образований, прежде всего в государствах - членах ЕС и в странах-кандидатах для вступления в ЕС.

Конвенция МОТ № 161 и Рамочная директива ЕЕС/89/391 стимулировали дальнейшее развитие служб профессиональной гигиены в Европе, однако половина работающего населения в странах ЕС все еще лишена доступа к службам профессиональной гигиены, а о доступности таких служб во многих странах Региона ничего не известно. Во всех странах ощущается необходимость в обучении и подготовке компетентных специалистов по организации адекватной многоплановой деятельности служб профессиональной гигиены. Фактические данные, представленные 13 странами, говорят о том, что службы профессиональной гигиены и безопасности условий труда создают наиболее благоприятные условия для повышения трудоспособности работающего населения путем содействия перепрофилированию рабочих мест, обеспечения благоприятных и безопасных для здоровья условий производственной среды, обучения и подготовки кадров, проведения оценки производственных требований и функциональной способности, постановки медицинского диагноза, реабилитации и скрининга состояния здоровья.

Транспорт

Политика в отношении транспорта оказывает существенное влияние на здоровье и благополучие, причем как положительное, так и отрицательное. Если к категории выгод для здоровья можно отнести более широкие возможности не только для физической активности (например, путем создания безопасных зон для ходьбы пешком и езды на велосипеде), но и для трудоустройства, получения образования, медицинского обслуживания и проведения досуга, то в категорию ущерба для здоровья входит малоподвижный образ жизни, более высокая статистика несчастных случаев, более интенсивное загрязнение атмосферного воздуха и зашумленность, а также разобщенность населенных пунктов. В наибольшей степени от этого, как правило, страдают такие уязвимые группы населения, как лица, которые находятся в неблагоприятном экономическом положении, престарелые и дети.

Положительное и отрицательное влияние на здоровье факторов, связанных с транспортом

За счет быстрой ходьбы или езды на велосипеде в течение 30 минут на протяжении почти всей недели можно вдвое сократить риск развития болезни сердца, диабета и ожирения и на одну треть уменьшить риск развития гипертензии.

По данным недавно проведенного исследования, причиной примерно 21 тыс. смертей в год в Австрии, Франции и Швейцарии может являться загрязнение воздушной среды от транспорта, т.е. эта статистика почти в два раза больше, чем число погибших в результате дорожно-транспортных несчастных случаев в названных странах.

Около 65% (450 млн.) населения Европейского региона находится под воздействием такого уровня шумового загрязнения, который приводит к серьезным психологическим эффектам, нарушениям речи и сна. Более того, шум может оказывать негативное влияние на умственную деятельность, требующую напряжения внимания и памяти, а также на способность решать сложные аналитические задачи. Поступающие доказательные данные подтверждают наличие зависимости между высокими уровнями шума и развитием гипертензии и ишемической болезни сердца.

Как и прежде, в Европейском регионе дорожно-транспортные несчастные случаи служат причиной примерно 120 тыс. смертей и 2,5 млн. увечий в год. Одна треть статистики смертности и тяжелых форм травматизма приходится на лиц моложе 25 лет.

Представляется актуальным обеспечить дальнейшее развитие и внедрение методологий (таких, как оценка воздействия на здоровье и анализ внешних издержек) и институциональных механизмов по решению вопросов, касающихся транспорта. Необходимо реализовать интегрированный, многосекторальный подход с участием всех соответствующих органов, учреждений и заинтересованных сторон, а также уделять более пристальное внимание аспектам сохранения здоровья при принятии решений в отношении транспорта и землепользования. Для достижения этой цели в Хартии по

транспорту, окружающей среде и охране здоровья⁷³, принятой в 1999 г. на Третьей конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, приведены основные направления плана действий и задачи в области здоровья. В 2002 г. государства - члены Европейского региона в порядке ликвидации образовавшихся пробелов в сфере политики должны принять решение относительно целесообразности заключения региональной рамочной конвенции по транспорту, окружающей среде и охране здоровья.

Ионизирующее излучение

Воздействие естественного радиационного фона может оказаться значительным с точки зрения нагрузки на здоровье некоторых контингентов населения. Например, концентрация радона в жилых помещениях может подниматься до таких ежегодных уровней, которые превышают пределы экспозиции в производственных условиях, допустимые Международной комиссией по радиоактивной защите (МКРЗ). Незначительная доля населения в таких странах, как Соединенное Королевство, Финляндия и Швеция, оказывается под воздействием доз облучения, значительно превышающих средние концентрации.

Было зарегистрировано несколько случаев утечки ионизирующей радиации в результате аварий на атомных электростанциях или при испытании и уничтожении оружия. Рост заболеваний лейкемией был связан с Кыштымской аварией в Российской Федерации, а 1800 случаев рака щитовидной железы – с аварией на Чернобыльской АЭС в 1986 г. Длительное неблагоприятное воздействие источников ионизирующего излучения нередко ассоциируется с психосоциальными последствиями. Помимо вызванного радиацией рака щитовидной железы авария на Чернобыльской АЭС имела серьезные последствия для здоровья в плане психосоциальных эффектов.

В целом, государства-члены руководствуются рекомендациями МКРЗ и принимают меры по доведению степени экспозиции до международно-согласованных уровней, если таковые приняты. Тем не менее, в настоящее время по некоторым разновидностям экспозиции не существует таких согласованных уровней. Глобальная стратегия ВОЗ заключается в выяснении ситуации, касающейся защиты населения от излучения, причиной которого являются данные источники радиации. В дальнейшем большое значение будет придаваться не только предупреждению аварий как одной из приоритетных задач, но и готовности к действиям в аварийных ситуациях.

Глобальные изменения окружающей среды

Под изменением климата подразумеваются статистически значимые колебания либо в среднем состоянии климата, либо в его изменчивости, продолжающейся в течение длительного периода времени (обычно на протяжении десятилетий или дольше)⁷⁴. В 20-м столетии на большей части территории Европы произошло повышение температуры приземного слоя воздуха примерно на 0,8 °C. В полусухих зонах Азии с 1894 г.

⁷³ http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/trt/MainActs/20020321_1, взято с вебсайта 16 мая 2002 г.

⁷⁴ Intergovernmental Panel on Climate Change (<http://www.ipcc.ch>), взято с вебсайта 29 мая 2002 г.)

было зарегистрировано повышение температуры приблизительно на 1,3 °С. Влияние изменения климата на здоровье населения может колебаться в определенных пределах – от снижения смертности в зимнее время от сердечно-сосудистых болезней до повышения степени риска затопления прибрежных областей и разлива рек (к 2020 г. ориентировочная численность населения Европы, которая подвержена риску затопления в прибрежных областях, составит около 35 тыс. человек). Необходимо проведение дальнейших научных исследований для оценки потенциального ущерба, обусловленного инфекционными заболеваниями, засухой, проблемой вынужденных переселенцев, более интенсивным загрязнением среды и последствиями для сельского хозяйства. Принимая в июне 1999 г. Лондонскую декларацию⁷⁵, государства-члены взяли на себя долгосрочные обязательства по реализации мер в отношении смягчения последствий изменения климата для здоровья человека.

Выбросы в атмосферу двуокиси углерода сопровождаются эмиссией других загрязнителей воздуха, которые вызывают всевозможные нарушения здоровья, включая астму, респираторные инфекции, пониженную функцию легких и преждевременную смертность. Рамочная конвенция Организации Объединенных Наций об изменении климата и Киотский протокол являются юридически обязательными документами, которые были разработаны в целях сокращения объема газообразных отходов при сжигании ископаемых видов топлива, что связано с потенциальными краткосрочными выгодами для здоровья человека. Принято считать, что последствия загрязнения атмосферного воздуха можно минимизировать путем принятия мер по сокращению объема газообразных выбросов от работы транспорта, энергетических, промышленных и сельскохозяйственных объектов, однако по-прежнему актуальной остается необходимость разработки комплексной оценки воздействия таких мер на здоровье.

Стратосферный озоновый слой защищает поверхность Земли от разрушающего воздействия ультрафиолетового излучения. Озон образуется в верхних слоях атмосферы под действием коротковолновой области спектра солнечного света, который во взаимодействии с химическими реакциями вновь разлагает молекулы озона, тем самым создавая динамическое равновесие между процессами образования и разрушения последнего. Выбросы инертных соединений, содержащих хлор и бром, влияют на это равновесие. По расчетным данным, уменьшение концентрации стратосферного озона на 10% обусловит 300 тыс. случаев не связанных с меланомой злокачественных новообразований кожи и 4500 случаев меланомы ежегодно во всем мире. Среднегодовые колебания заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, не связанными с меланомой, в зависимости от типа опухоли варьируются от 1% до 6%. Частота возникновения новых случаев плоскоклеточного и базально-клеточного рака на каждый 1% снижения концентрации стратосферного озона предположительно возрастет на $2,0 \pm 0,5\%$. За последние два десятилетия стало очевидно, что экспозиция по спектральной области В ультрафиолетового излучения (UVB) может проявляться в нарушениях специфического и неспецифического иммунитета. Результаты ряда исследований показали, что UVB-индуцированная иммуномодуляция играет по меньшей мере частичную роль в процессе фотоканцерогенеза. В Монреальском протоколе⁷⁶ и поправке

⁷⁵ <http://www.ifeh.org/london-declaration.html>, взято с вебсайта 16 мая 2002 г.

⁷⁶ <http://www-esd.worldbank.org/mp>, взято с вебсайта 16 мая 2002 г.

к нему ставится цель постепенного снятия с производства веществ, вызывающих разрушение озонового слоя. На современном этапе продолжающееся взаимодействие между изменением климата и химическими процессами в стратосфере может отсрочить восстановление озонового слоя примерно на 20 лет. Государства - члены Европейского региона принимают участие в работе по пропаганде ответных действий поведенческого и институционального характера, а также в области формулирования политики.

Изменение климата и пересмотр практики землепользования играют важную роль в республиках Центральной Азии, подверженных засухам и опустыниванию, что негативно сказывается на выпуске пищевых продуктов. С точки зрения урожайности основных сельскохозяйственных культур, изменение климата может повлиять на данный процесс, воздействуя на динамическую устойчивость между (отрицательными в широком смысле слова) последствиями изменений, связанных с температурой и количеством осадков, и (положительными в широком смысле слова) последствиями, связанными с более высокими концентрациями двуокиси углерода. В Конвенции Организации Объединенных Наций по борьбе с опустыниванием⁷⁷ предлагаются меры политического характера, нацеленные на сокращение масштабов опустынивания путем реализации региональных планов действий.

Библиография

Air quality guidelines for Europe, 2nd ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).

BARTRAM, J. ET AL., ED. *Water and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (WHO Regional Publications, European Series, No. 93).

Хартия по транспорту, окружающей среде и охране здоровья: Третья конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, Лондон, 16–18 июня 1999 г Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/ENCO 02 05/9 Rev.4).

DORA, C.A. Different route to health: implications of transport policies. *British medical journal*, **318**: 1686–1689 (1999).

EUROPEAN COMMISSION (ЕВРОПЕЙСКАЯ КОМИССИЯ). *Developing a sustainable transport system (Развитие устойчивой транспортной системы)* (<http://europa.eu.int/comm/environment/trans>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

EUROPEAN COMMISSION (ЕВРОПЕЙСКАЯ КОМИССИЯ). *Environment (Окружающая среда)* (<http://www.europa.eu.int/comm/environment>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

EUROPEAN COMMISSION (ЕВРОПЕЙСКАЯ КОМИССИЯ). *The European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD (Группа по совместному проекту европейских и присоединившихся стран по изучению болезни Крейтцфельда–Якоба) (EUROCID)* (<http://www.eurocjd.ed.ac.uk>, взято с вебсайта 29 октября 2001 г.).

⁷⁷ <http://www.unccd.int/convention/menu.php>, взято с вебсайта 16 мая 2002 г.

European Environment Agency (Европейское агентство по окружающей среде)
(<http://www.eea.eu.int>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

External costs of transport (accident, environmental and congestion costs) in western Europe.
Zurich, INFRAS and Karlsruhe, IWW, 2000.

Final report. World Water Council's Second World Water Forum and Ministerial Conference – from vision to action. The Hague, World Water Council, 2000.

Global Environment Facility (Глобальный фонд окружающей среды)
(<http://www.gefweb.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

KRAMER, M.H. ET AL. Waterborne diseases in Europe 1986–96. *Journal of the American Water Works Association*, 93: 48–53 (2001).

KUNZLI, N. ET AL. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, 356: 795–801 (2000).

Обзор состояния окружающей среды и здоровья в странах Европы в 1990-х годах: Третья конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, Лондон, 16–18 июня 1999 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/ENCO 02 02 05/6).

Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke: report on a WHO Working Group. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/00/5020495).

REVENGA, C. *Watersheds of the world: ecological value and vulnerability.* Washington, DC, World Resources Institute, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ). *Bovine spongiform encephalopathy (Губкообразная энцефалопатия крупного рогатого скота) (BSE) – Fact Sheet No. 113* (Информационный листок № 113) (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact113.html>, взято с вебсайта 29 октября 2001 г.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ). *Variant Creutzfeldt-Jakob disease (Вариант болезни Крейтцфельдта-Якоба) (VCJD) – Fact Sheet No. 180* (Информационный листок № 180) (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact180.html>, взято с вебсайта 29 октября 2001 г.).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ). *Water and sanitation (Вода и санитария)* (http://www.who.int/water_sanitation_health, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

Политика в отношении систем здравоохранения и их реформирование

Финансирование

Предоставление услуг

Генерирование
ресурсов

Функция руководства

Если руководствоваться подходом, предложенным в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*, то системы здравоохранения определяются как “совокупность любых организаций, институтов и ресурсов, предназначенных для действий в интересах здоровья. Действия в интересах здоровья – это любой вид помощи: будь то индивидуальная помощь или услуги в сфере общественного здравоохранения, либо услуги, оказываемые на основе межсекторальных инициатив, главная задача которых заключается в улучшении здоровья”. Европейские страны не без смятения оказались очевидцами такой ситуации, когда вопреки первоначальным ожиданиям повышение затрат на медицинское обслуживание послужило толчком к формированию весьма сложных связей между ростом показателей здоровья, в частности на примере средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, и удовлетворением потребностей граждан. Несмотря на то что страны по-своему решают вопросы, касающиеся организации систем здравоохранения и управления ими, совершенствование деятельности систем здравоохранения является высокоприоритетной задачей для всех государств - членов Европейского региона.

Основные принципы оценки результативности систем здравоохранения (ОРСЗ), разработанные ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами за последние годы, были использованы в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* в целях анализа и обобщения качества функционирования систем здравоохранения во всех государствах - членах ВОЗ. Соответствующая методология кратко изложена в Приложении 1. Публикация *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* положила начало бурной дискуссии. Если предложенные в докладе подход и основные принципы нашли широкое признание в качестве важного и смелого шага вперед, то в процессе его подготовки и интерпретации выводов возникло немало сомнений. Ввиду важности обсуждаемой тематики и заинтересованности со стороны государств-членов был организован процесс консультаций в порядке рассмотрения вопросов о методах и источниках данных. В связи с этим была проведена серия региональных консультативных совещаний и научных семинаров по отдельным методологическим аспектам. К моменту издания названного доклада эта работа все еще продолжалась.

В соответствии с основными принципами ОРСЗ были обозначены три социально значимые цели, достижению которых способствует система здравоохранения, а именно: (а) улучшение состояния здоровья населения (по уровню и распределению), (б) улучшение отзывчивости (по уровню и распределению) с учетом законных ожиданий населения, и (в) обеспечение справедливого финансового вклада в охрану здоровья. Были разработаны индикаторы измерения результатов достижения целей, стоящих перед странами, а также общий показатель эффективности, чтобы продемонстрировать реально достигнутое в сравнении с тем, что можно было бы достигнуть при условии соответствия вложений следующим принципам:

- Применительно к уровню здоровья, достигнутому среди конкретного контингента населения, согласно имеющейся структуре используется сводный показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ). Распределение здоровья представляет собой оценку справедливости конечных результатов в состоянии здоровья отдельной группы населения.

- Уровень и распределение отзывчивости направлены на то, чтобы отслеживать реальный опыт населения в процессе взаимодействия с системой здравоохранения на основе принципов уважительного отношения к человеку и ориентации на нужды клиента, а также с учетом результатов проведения анкетирования основных “поставщиков” информации.
- Уровень справедливости финансовых взносов определяется с учетом общей суммы вложений в здоровье членов семьи в процентах от общих затрат последней.

Расчет индекса достижения общих целей производился на основании взвешенной суммы балльных оценок по странам по пяти отдельным показателям. Кроме того, результативность или эффективность системы здравоохранения в обеспечении такого уровня достижений измерялась путем сопоставления фактически достигнутого с вероятно возможными достижениями при условии выделения соответствующих ресурсов, чтобы выйти на нынешний уровень здоровья.

Несмотря на относительное единообразие принципов и практики охраны здоровья населения и организации отдельных клинических служб в странах Европейского региона ВОЗ, достижения стран в сфере здравоохранения далеко не одинаковы. Одна из главных причин заключается в том, что системы здравоохранения функционируют по-разному. Поэтому наряду с входными параметрами анализ функций системы здравоохранения имеет важнейшее значение для понимания особенностей организационной специфики, наличия необходимых средств, аспектов доступности, системы стимулирования работы специалистов, принципов использования служб и т.п. Системы здравоохранения главным образом выполняют поставленные перед ними задачи в комплексе, однако в последнее время особый акцент сделан на выборочные функции, поскольку отдельные страны стремятся разграничить одни функции от других. В рамках ОРСЗ принято выделять четыре основные функции системы здравоохранения:

- создание гарантий для выделения необходимых финансовых средств (*финансирование*, включая деятельность по сбору взносов, созданию пула ресурсов и закупке услуг);
- обязательное оказание услуг (*предоставление* персональных и не персональных медицинских услуг);
- “создание” исходных вложений (*генерирование ресурсов*, включая людские ресурсы, учрежденческую базу и другое); и
- обеспечение управления системой здравоохранения (*руководство* или функция надзора).

В нижеприведенных разделах дается анализ основных тенденций в Европейском регионе со ссылкой на эти четыре функции.

Финансирование

Принцип “справедливого финансирования” систем здравоохранения включает концепцию равноправия при распределении бремени финансирования среди населения, а также ориентирован на то, чтобы необходимость оплаты медицинского обслуживания не вела к обнищанию семей. В целом размер взноса на финансирование системы здравоохранения должен определяться в зависимости от уровня платежеспособности, и соответствующие отчисления должны быть сделаны задолго до того, как возникает потребность в медобслуживании. Дополнительные задачи в области политики финансирования здравоохранения заключаются в стимулировании равноправия в отношении доступности помощи и ее эффективности при использовании отраслевых ресурсов.

Принято выделять четыре основных источника финансирования здравоохранения, включая поступления от общего налогообложения; взносы в систему обязательного медицинского страхования; взносы в систему добровольного (как правило, частного) медицинского страхования; и непосредственные расчеты пациентов наличными с поставщиками медицинских услуг. Исследования по проблеме равноправия в области финансирования систем здравоохранения в странах Западной Европы наглядно показали, что такие основные источники финансирования, как общее налогообложение или система обязательного медицинского страхования, создают прочную основу для равноправия. Чем четче работает механизм перераспределения финансовых средств между материально обеспеченными слоями общества и социально не защищенными группами населения, тем больше равноправия. Формы страхования, опирающиеся на принцип эквивалентности страхового возмещения (когда сумма начисляемой премии находится в прямой зависимости от объема предоставляемых выгод) или на систему оплаты наличными (чтобы не пользоваться листом ожидания или оплачивать услуги, которые не входят в общепринятый перечень услуг, предлагаемых системами здравоохранения), способствуют углублению распределительного неравноправия, поскольку такие формы вынуждают социально не защищенные слои и группы населения с ограниченными финансовыми возможностями нести непропорционально тяжелое бремя. Однако финансирование всех систем здравоохранения обеспечивается как минимум за счет соотношения этих двух форм страхования, а конкретное решение вопроса о равноправии зависит от позиции учреждений, определяющих такое соотношение. Все европейские страны стремятся к достижению высокой степени солидарности в области финансирования здравоохранения, в рамках которого обеспечивается всеобщая доступность медицинского обслуживания независимо от финансовых возможностей человека.

Полученные таким образом данные являются итогом функционирования справедливых систем налогообложения и высоких уровней взимания налогов в Западной Европе, где в большинстве стран сохраняется относительно высокая степень солидарности применительно к сбору финансовых средств и созданию общих фондов. Например, в Швейцарии (1996 г.) и Франции (2000 г.) принято законодательство, предусматривающее универсальное страхование, и практически такая же ситуация наблюдается в большинстве других западноевропейских стран. Финансовые средства поступают из государственных или предписанных в законодательном порядке частных источников финансирования, причем значительную долю этих средств составляют суммы, формируемые в результате предоплаты и создания пула ресурсов по всему диапазону

размера доходов и уровней риска. В области финансирования и всеобщей доступности СЦВЕ и ННГ также следуют принципу солидарности. В некоторых из этих стран, тем не менее, трудности с финансовой устойчивостью, обусловленные спадом экономической активности в 1990-е годы и ограниченными техническими возможностями по сбору необходимых средств и внедрению новых механизмов страхования, привели *de facto* к заметному сокращению приемлемости и доступности медицинского обслуживания. Такие события, как войны и гражданские конфликты, например, в Югославии и Закавказье, также серьезно сказались на общей сумме бюджетных поступлений. В результате в целом ряде стран пользование системой медобслуживания стало возможным только за счет личных средств, вносимых официально или неофициально. В отдельных странах система оплаты наличными превратилась в доминирующий источник поступления средств, составляя 50–80% от общей суммы взносов на охрану здоровья. В этой группе стран минимальный уровень финансирования через систему предварительных платежей и большие суммы средств, получаемые через оплату наличными, служат объяснением низких балльных оценок по показателю справедливости финансового взноса. В сущности, с начала 1990-х годов в большинстве стран, переживающих переходный период в своем развитии, система финансирования здравоохранения стала менее справедливой. Вместе с тем следует подчеркнуть, что перед странами, пребывающими в такой макроэкономической среде, встают значительно более сложные задачи в плане выбора возможных вариантов курсов действий.

Изменить структуру финансирования систем здравоохранения непросто. К примеру, в Турции в последние годы была разработана заслуживающая внимания “Система персонального медицинского страхования”, которая повышает уровень охвата страхованием тех, кто не входит в число официально трудоустроенных, и предусматривает выплату государственных дотаций в зависимости от размера предполагаемого дохода потребителя медицинских услуг, однако от этого плана пришлось отказаться из-за необходимости соблюдения сложных административных процедур. Макроэкономические обстоятельства оказывают влияние на реальные возможности той или иной страны по изысканию необходимых средств на здравоохранение. Большинство стран с экономикой переходного периода испытывают очень большие трудности со сбором налоговых поступлений для покрытия расходов на здравоохранение. Широко распространена практика оплаты услуг в обход установленных формальностей, и в этом контексте весьма острой представляется проблема (вос)становления официально действующих механизмов оплаты счетов. В некоторых СЦВЕ и ННГ процесс внедрения в практику системы страхования сдерживается ограниченными техническими возможностями по сбору и распределению средств. В одних случаях медицинское страхование было введено преждевременно и столкнулось с финансовыми трудностями, связанными не только со структурно обусловленным дефицитом средств, поступающих из больничных касс, но и с ростом затрат на рабочую силу и перекосами в постановке приоритетов. Не было четкого представления о том, что вряд ли можно будет обеспечить приток свежих финансовых поступлений на здравоохранение через систему медицинского страхования и одновременно избежать непростой динамики взаимоотношений, которые могут негативно отразиться на организации медицинского обслуживания. В других же случаях дефицит средств по линии социального страхования означает, что на практике страховые фонды обязаны покрывать расходы на оказание первостепенных услуг, не имея для этого необходимых резервов, чтобы оплатить дополнительный набор услуг с целью добиться повышения их доли на страховом рынке.

В целом, для самых бедных стран Региона важные слагаемые финансовой политики сводятся к необходимости (а) обеспечить координацию всех источников финансирования на общей политической основе; (б) при создании пула финансовых средств и распределении ответственности за предоставление медицинского обслуживания минимизировать элементы дублирования вследствие вертикальной организации систем здравоохранения, которые связаны с конкретным звеном в структуре органов административной власти; и (в) решить вопросы, касающиеся доступности медобслуживания и финансовой защищенности бедных слоев населения путем проведения четкой политики, подкрепленной определенными материальными стимулами. В 2001 г. Министерство здравоохранения Кыргызстана обеспечило внедрение в двух территориях целого комплекса реформ. В частности, предусматривается сведение всех бюджетных средств на областном уровне в страховой фонд и “закупка” услуг по оказанию стационарной помощи в соответствии с характеристиками каждого случая. На условиях соучастия в оплате услуг за каждого больного выставляется фиксированная сумма, причем размер соучастия в расходах зависит от условий страхования пациента или от его/ее льготной категории. Лица, подпадающие под действие льгот, вносят минимальную сумму по схеме соучастия в оплате услуг, что в свою очередь обуславливает выплату в отношении этой категории населения максимальной суммы из средств страхового фонда. Была проведена разъяснительная кампания в целях информирования граждан об их ответственности (т.е. сколько они обязаны платить) и об их правах (т.е. они должны внести только единовременную оплату, а всякие попытки неофициальных расчетов должны пресекаться и доводиться до сведения страхового фонда). В настоящее время Министерство разрабатывает пересмотренный вариант системы начисления заработной платы, чтобы повысить должностные оклады отчасти за счет средств, поступающих благодаря системе соучастия в оплате услуг.

Для более обеспеченных в материальном отношении стран Западной Европы необходимость в преобразованиях не является столь актуальной. Тем не менее, в той или иной мере все страны занимаются реформированием своих систем. Многие из этих реформ, особенно тогда, когда системы здравоохранения финансируются за счет взносов в фонды обязательного медицинского страхования, ориентированы на привнесение элементов конкуренции в процесс формирования денежных средств, что не причиняет какого-либо вреда уже достигнутым уровням равноправия. Способом конкуренции служит конкретный выбор потребителем медицинских услуг фонда страхования. Однако полученные от стран фактические данные, где этот механизм уже действует (в Германии, Израиле и Нидерландах), говорят о том, что непросто сохранить баланс между равноправием и конкуренцией. Выполнение задачи корректировки сумм, полученных конкурирующими фондами, чтобы сопоставить их поступления с ожидаемыми затратами на медицинское обслуживание застрахованных лиц (корректировка риска), сопряжено с техническими сложностями, а существующие формулы для производства таких расчетов далеки от совершенства. У конкурирующих страховщиков все же есть стимул выбора предпочтительных вариантов риска, что приводит к неравноправию между различными объединениями страховых компаний. Несмотря на то что можно компенсировать и эти недостатки с помощью других методов, введение элементов рынка в систему финансирования здравоохранения связано с риском.

Чтобы добиться максимальных выгод для здоровья и наивысшей результативности систем здравоохранения, в целом ряде европейских стран наблюдается тенденция к оформлению стратегических закупок в качестве одного из методов распределения ресурсов между поставщиками медицинских услуг. В таких странах с национальной системой здравоохранения, как Италия и Соединенное Королевство, данная тенденция предполагает разграничение функций между поставщиком и потребителем медицинских услуг. В некоторых европейских странах с системой обязательного медицинского страхования, включая Германию и Нидерланды, страховщики стараются отойти от принципов возмещения расходов на медицинское обслуживание и отдают предпочтение упреждающей практике закупки услуг и выбора поставщиков по критериям экономической эффективности. Механизмы заключения страховых контрактов и системы оплаты в зависимости от качества работы превратились в средство воздействия потребителей на характер поведения поставщиков. К примеру, в отдельных СЦВЕ, допустим, в Болгарии, Венгрии и Эстонии, порядок заключения страховых контрактов предусмотрен в наборе документов, регламентирующих национальную политику здравоохранения, и служит средством для достижения целей в области политики охраны здоровья, способствуя тем самым повышению результативности систем здравоохранения. Что же касается оплаты услуг поставщиков, то многие страны переходят к смешанным системам платежей, основанным на перспективных и ретроспективных формах оплаты в зависимости от качества работы.

Какая бы ни была конкретная стратегия реформирования, важно, чтобы страны предусматривали четкие механизмы, обеспечивающие доступность медицинского обслуживания для бедной части населения и защиту всех граждан от обнищания. Более того, следует принимать во внимание социально-экономические различия в состоянии здоровья уязвимых групп населения. Одним из способов учета такой ситуации является освобождение лиц из конкретных групп населения (на основании характера заболевания или социально-экономических характеристик) от обязанностей соучастия в расходах. Другой способ заключается в субсидировании участия неработающего населения или людей свободных профессий в системах обязательного медицинского страхования. В Швейцарии правительство дотирует участие в добровольном медицинском страховании лиц с низким уровнем дохода. Реальные возможности по эффективной реализации таких целенаправленных мер зависят от административного потенциала правительства.

Поскольку финансирование большинства систем здравоохранения обеспечивается из целого ряда источников, оценка той или иной системы по такому принципу представляется проблематичной. Странам следует выяснить возможность принятия решений по размещению финансовых средств отдельно от решений по источникам финансирования. Источник поступления финансовых средств не должен обуславливать организационную структуру отрасли, механизмы размещения ресурсов или детали процедуры предоставления права на получение пособий. Эти концепции особенно важны для менее обеспеченных стран Региона, которые в условиях дефицита ресурсов вынуждены прибегать к различным вариантам согласования многих источников финансирования. При рассмотрении вопросов о внесении изменений в системы финансирования здравоохранения лицам, формулирующим политику, следует обращать внимание не только на теоретические преимущества новых подходов, но и на эмпирические доказательства действенности различных путей реформирования финансовой системы.

К основным выпущенным ВОЗ публикациям можно отнести периодические обзоры по вопросам современной политики финансирования здравоохранения, в частности, на примере деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Такие обзоры, как например, вышедшая в 1997 г. книга *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*⁷⁸, были особенно полезными для лиц, формулирующих политику во всех странах Региона. ВОЗ может способствовать информированному обмену опытом между странами Региона, с тем чтобы акцентировать внимание стран скорее на цели, а не на средства политики здравоохранения и создавать такие условия, при которых уроки, извлеченные одной страной, не будут напрямую заимствованы другой без должного анализа контекста проведения реформ. Самая главная задача заключается в оказании помощи странам, в которых система государственного финансирования в той или иной степени потерпела неудачу. Перед странами с маловероятными перспективами восстановить в ближайшее время госбюджетное финансирование стоит задача особой сложности – создать страховые пулы по принципу “снизу–вверх”, чтобы разделять бремя всякого и каждого риска через программы предоплаты на коммунальном уровне с тем расчетом, что последние смогут в конечном итоге объединиться в соответствующую национальную программу. В тех СЦВЕ и ННГ, где сокращение объемов госбюджетного финансирования было значительным, но не дошло до крайности, как например, в Закавказье, актуальным представляется сведение воедино сумм из различных государственных и частных источников финансирования. К примеру, если в странах внедрены программы обязательного медицинского страхования, исключительно важно, чтобы они не превратились в отдельные, параллельно функционирующие системы здравоохранения, а координировали бы свою деятельность с программами, финансируемыми по линии Министерства здравоохранения.

Предоставление услуг

Европейские страны одобрили ряд стратегий с целью повысить экономическую эффективность предоставления медицинского обслуживания. К таким стратегиям можно отнести следующее: разработка базовой серии комплексов по оказанию помощи; децентрализация процесса управления поставщиками медицинских услуг; внедрение рыночных механизмов; реорганизация служб стационарной помощи при возрастающей роли взаимозаменяемости различных уровней помощи; укрепление служб первичной медико-санитарной помощи; расширение возможностей для пациентов в плане выбора медобслуживания и личного участия в этом процессе; и повышение результативности лечения посредством оценки технологий и инициатив по улучшению качества. Проводятся в жизнь немало институциональных и функциональных преобразований, нацеленных на улучшение качества и отзывчивости при организации медицинского обслуживания, в том числе в области составления клинических руководств и протоколов и систем проведения коллегиальных обзоров, а также разработки показателей результативности и качества работы и других информационных материалов. К конкретным примерам такой деятельности можно отнести внедрение в практику показателей результативности в Италии и Соединенном Королевстве; пропаганду идеи кружков качества в нескольких европейских странах; разработку и внедрение

⁷⁸ САЛТМАН, Р.Б. И ФИГЕЙРАС, ДЖ. *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*. Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.

клинических руководств в Соединенном Королевстве; и включение задач и показателей качества в сфере охраны здоровья в страховые контракты в ряде территорий Испании.

Несмотря на то что благодаря децентрализации действительно удастся повысить отзывчивость системы, первая иногда усложняет выполнение задачи по устранению дисбаланса между отдельными территориями и создает дополнительные трудности на пути интеграции служб разной ведомственной и территориальной принадлежности. В отдельных случаях процессы децентрализации мешали поддержанию равновесия между равноправием и эффективностью. В Беларуси, к примеру, результаты реализации национальной политики были значительно ослаблены вследствие передачи полномочий на уровень местных исполкомов с правом назначения и освобождения от занимаемой должности высшего руководства из числа поставщиков медицинских услуг на местах. И, что еще хуже, – чувствуется явная нехватка управленческих навыков, и такими навыками нередко обладают специалисты из наиболее обеспеченных территорий.

Первичная медико-санитарная помощь

Специалисты, формулирующие политику в странах Европы, во многом единодушны относительно того, что, в принципе, первичная медико-санитарная помощь должна занимать центральное место в рамках системы медицинского обслуживания с высоким уровнем организации и ориентацией на высокое качество работы. Обеспечивается реализация целого ряда стратегий в области реформирования для повышения результативности первичной медико-санитарной помощи. В отдельных случаях, как результат реформирования организационных структур, на уровень первичной медико-санитарной помощи делегируются расширенные полномочия и контрольные функции над другими звеньями оказания помощи. В ходе этих реформ, как правило, имеет место передача новых рычагов управления в распоряжение специалистов первичного звена (общепрактикующих врачей и медсестер) и/или учреждений (таких, как медико-санитарные центры или советы по оказанию помощи на уровне первичного звена), посредством которых они могут осуществлять руководство процессом ведения больных либо в условиях стационара, либо в домах престарелых, либо при лечении на дому, что позволяет обеспечить более полную интеграцию разных секторов, участвующих в предоставлении медицинского обслуживания. В 1990-е годы были внедрены более активные рычаги управления, позволившие первичному звену в той или иной мере приобрести прямые полномочия не только над объемом, но и над стоимостью и качеством стационарной помощи, а также над некоторыми другими службами первичной медико-санитарной помощи, включая, к примеру, дома престарелых и службы патронажного ухода.

Среди названных нововведений также были всевозможные инициативы в области закупки услуг и заключения контрактных соглашений (в нескольких странах Северной Европы), которые способствовали расширению полномочий районных органов и учреждений первичного звена в отношении больниц. Наиболее ярким примером таких новых рычагов управления явилось внедрение в практику в 1991 г. в Соединенном Королевстве программ, в соответствии с которыми общепрактикующие врачи были наделены полномочиями держателей фондов при одновременном делегировании части закупочных функций на уровень первичного звена. В 1999 г. на смену этой программе пришли объединения и трастовые организации по первичной медико-санитарной

помощи, возложившие на себя ответственность за функцию закупки услуг. К другим экспериментам, предусматривающим создание независимых закупочных организаций и в рамках которых специалисты первичного звена были наделены теми или иными полномочиями, можно отнести проекты, возникшие в 1990-е годы в Германии, Италии и Швеции. В Финляндии назначаемые по решению городских властей советы по первичной медико-санитарной и социальной помощи приобрели полномочия по более жесткому контролю за расходованием средств, выделяемых на стационарную помощь. Кроме того, происходят и такие организационные реформы, которые расширяют диапазон услуг и/или функций первичного звена. В ходе этих реформ на специалистов первичного звена возлагаются дополнительные функциональные обязанности, в том числе по оказанию новых или расширенных форм обслуживания или услуг, которые ранее обеспечивались учреждениями другого уровня.

Многие реформы также нацелены на обеспечение взаимодействия между первичным звеном, стационарной и другими формами помощи, чтобы не только сделать лечение в больницах более доступным, но и направлять пациентов в учреждения более соответствующего уровня. Жесткие границы между различными уровнями медико-санитарной помощи, а также между медицинским и социальным обслуживанием становятся более размытыми, что требует постановки общей цели и пересмотра системы организации обслуживания. Наиболее передовая практика включает в себя стратегии по совершенствованию координации помощи, пересмотру организационных рамок и диапазона услуг, а также по поиску обходных или заместительных вариантов вместо больничной или стационарной помощи. По мере изменения функций и услуг, оказываемых больницами, для проведения успешной политики нередко используются различные комбинации этих стратегий.

Особо следует отметить роль достижений в области телекоммуникаций и компьютерных технологий при оказании клинической помощи. Меры вмешательства и инструментарий (электронное ведение историй болезни, мониторинг состояния пациентов на дому, лазерная хирургия и хирургическая робототехника и т.д.), которые казались невообразимыми всего лишь поколение назад, стали использоваться в повседневной практике и вполне могут видоизменить структуру систем здравоохранения. В настоящее время телематика находит свое применение в качестве средства для расширения доступности, сокращения затрат и улучшения качества. В Норвегии и Финляндии была принята национальная политика в области телемедицины и выделяются крупные инвестиции на развитие инфраструктуры и специальную подготовку медицинских работников. Другие страны занимаются внедрением телемедицины в более скромном масштабе в качестве методики для проведения консультаций по клиническим вопросам и подготовки кадров (например, в Грузии и Кыргызстане завершена работа по подготовке технико-экономического обоснования в связи с внедрением элементов телемедицины).

Больницы

При реформировании систем здравоохранения, наряду с активизацией интеграционных процессов внутри системы здравоохранения и принятием стратегий по улучшению качества работы, все более пристальное внимание принято уделять роли больниц, реорганизации стационарной помощи и децентрализации структур управления больницами. Динамика объема оказания и интенсивности использования стационарной

помощи претерпевает заметные изменения в разных странах Европы (рис. 37 и 38). Меньшее число больничных коек используется с большей интенсивностью при более коротких средних сроках пребывания в стационаре, что отражает изменения в структуре заболеваемости и подходах к амбулаторному ведению больных. В настоящее время на долю вмешательств в условиях дневного стационара приходится 5–15% от общей нагрузки на больницы и такие изменения имеют тенденцию к росту. Наличие высокой технологии и схем лечения новыми фармацевтическими препаратами позволяют в настоящее время заниматься лечением больных без госпитализации последних, что может привести к снижению потребности в больничных койках, но также и к увеличению общей суммы затрат. Целый ряд нередко более дорогостоящих вмешательств теперь можно осуществить за более короткое время стационаров,

Несмотря на то что сокращение коечного фонда является всеобщей целью политики стран Региона, более простой задачей оказалось закрытие коек, а не целых больниц. Однако одно лишь закрытие больничных коек не дает экономии значительных средств, поскольку заметная доля расходов на больницы связана с содержанием зданий и персонала и с другими фиксированными затратами. Закрытие и слияние больниц

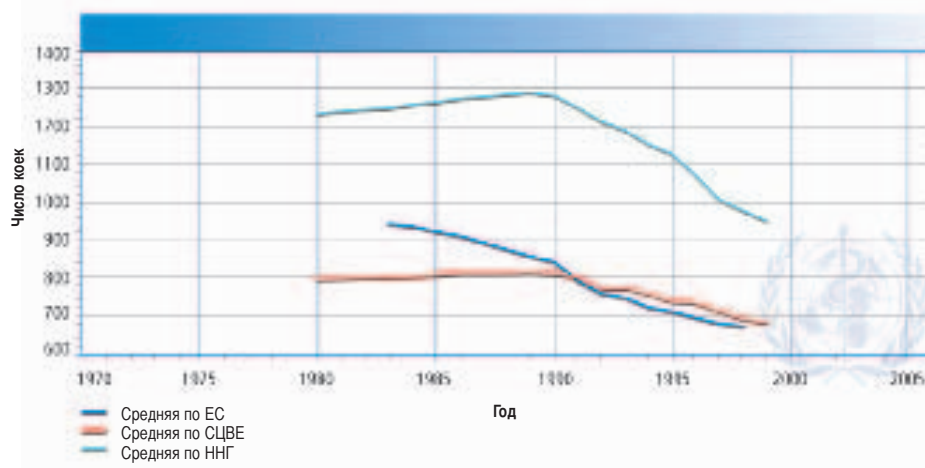


Рисунок 37. Число больничных коек на 100 тыс. населения, 1980–1999 гг.

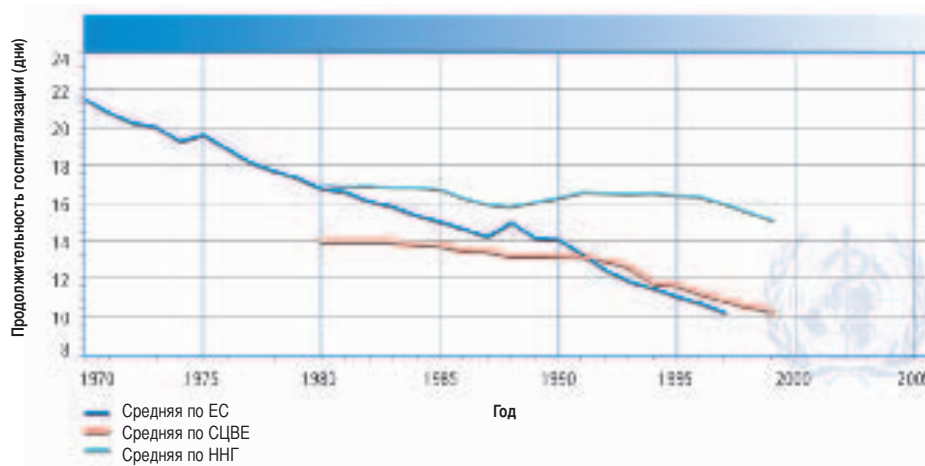


Рисунок 38. Средняя продолжительность пребывания в стационаре, все типы стационаров, 1970–1999 гг.

проходило более успешно в тех случаях, когда несколько стационаров было подчинено одной управленческой структуре, как например, в Ирландии и Соединенном Королевстве. При пересмотре организационной структуры больниц обычно возникает необходимость в увеличении объема амбулаторной помощи и строительстве новых помещений, так как в ходе реформирования стационарной помощи нередко приходится иметь дело с большим количеством крупных, но устаревших зданий. Страны, которые тщательно проанализировали состояние сети стационарных учреждений, например, Испания, Норвегия, Соединенное Королевство и Франция, отчасти уже выполнили эту задачу путем мобилизации инвестиций.

Во многих странах внедрение механизма разделения функций между потребителями и поставщиками медицинских услуг послужило толчком к преобразованиям, нацеленным на децентрализацию стационарной помощи. В странах с национальной службой здравоохранения такие реформы привели к созданию самоуправляющихся больниц или благотворительных трастовых организаций. Во многих из таких стран проходит дискуссия о характере автономных больниц, в ходе которых затрагиваются следующие аспекты: юридический статус, право принятия самостоятельных решений, функционирование в условиях рынка, форма собственности и подотчетность. Кроме того, за последнее время увеличилась доля частного сектора в оказании стационарной помощи, который на равноправной основе конкурирует с государственными больницами. Децентрализация стационарной помощи также имеет место в СЦВЕ и ННГ, однако эти процессы менее интенсивны в странах Западной Европы с системой обязательного медицинского страхования, в условиях которой сложилось традиционное разделение функций, когда значительный объем стационарной помощи обеспечивается частным (в основном некоммерческим) сектором.

Целый ряд стратегий в области реформирования ориентирован на улучшение качества работы сети стационарных учреждений. К первым можно отнести стимулы по оптимизации клинической практики, пересмотр механизмов оплаты и изменения в организационном окружении. Имеются достаточно убедительные данные о том, что показатели результативности клинической практики в больницах многих стран не соответствуют оптимальному уровню. Стратегии, предназначенные для решения этой проблемы, предусматривают обеспечение качества клинической практики и клинический аудит, оценку результативности медицинского обслуживания по ряду клинических показателей и внедрение новой концепции руководства клинической службой, в соответствии с которой ответственность за качество в равной степени возлагается на управленческий и клинический персонал. Суть другого основного подхода к повышению уровня качества медобслуживания заключается в использовании материальных стимулов за счет новых методов оплаты за услуги больниц; например, как отмечено выше, некоторые восточноевропейские страны постепенно отходят от принципов целевого финансирования (как например, от исторически сложившихся построчных бюджетных ассигнований) к системам оплаты, которые в большей мере ориентированы на качество работы. На современном этапе во многих западноевропейских странах осуществляется комбинированный подход, предполагающий корректировку состава пролечиваемых больных и использование принципов глобального бюджетирования. Третье основное направление на повышение качества медицинского обслуживания сформировалось как результат научного анализа взаимосвязи между организационной культурой и качеством помощи.

Качество

Под повышением уровня качества подразумевается не только определенная степень мастерства и сокращение неравноправия в укреплении здоровья, но и решение вопросов организации медико-санитарной помощи. За последнее время диапазон параметров качества заметно расширился и ориентирован не только на получение наиболее оптимального исхода, но и на создание условий для равноправия, безопасности, результативности, эффективности, адекватности, наличия, доступности и приемлемости помощи, а также на предоставление права выбора пользователю услуг. Странам следует определить для себя и выбрать соответствующий набор параметров, лежащих в основе планирования программ по качеству и отвечающих национальным приоритетам и специфике социального, экономического и культурологического контекста. Важнейшим подходом в данном случае является введение в повседневную практику принципов осмысления всей деятельности в рамках системы здравоохранения, основанных на доказательных данных.

Развитие концепции качества применительно к системам здравоохранения представляет собой поэтапный и длительный процесс, требующий основательного пересмотра сформировавшихся стереотипов качества и подходов к реформированию систем здравоохранения. Самой сложной основной задачей является сведение воедино в форме общей стратегии на национальном и местном уровнях интересов ключевых заинтересованных сторон (медицинских работников, органов и учреждений здравоохранения, пользователей услуг и плательщиков) с учетом того, что каждая из этих групп имеет собственное представление о качестве и преследует связанные с ним ожидания. Другие непростые задачи касаются трудностей получения объективных результатов измерения параметров качества и проведения его мониторинга, выработки достоверной информации и принятия надлежащих политических решений, несмотря на имеющиеся на сегодняшний день неадекватные, неполные или противоречивые фактические данные.

В ряде государств - членов Европейского региона была разработана политика и стратегия в области качества систем здравоохранения, а также были установлены связи по линии оценки технологии здравоохранения и доказательной медицины. Наряду с другими удачными конкретными примерами можно сослаться на принятые в этой области политику и стратегии в таких странах, как Германия, Соединенное Королевство и Франция. Одно из прошлогодних событий в европейских странах было связано с внедрением в практику систем здравоохранения модели, предложенной Европейским фондом управления качеством (EFQM)⁷⁹, и стандартов качества, разработанных Международной организацией по стандартизации (ISO)⁸⁰. Европейская комиссия также одобрила решение об использовании модели EFQM при проведении европейской политики в отношении качества. Другие важные события имели прямое отношение к аккредитации учреждений здравоохранения. Помимо модели, разработанной в США Совместной комиссией по аккредитации лечебно-профилактических учреждений

⁷⁹ http://www.efqm.org/new_website, взято с вебсайта 17 мая 2002 г.

⁸⁰ <http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openpage>, взято с вебсайта 17 мая 2002 г.

(ЖСАНО)⁸¹, отдельные страны создали собственный набор методик по аккредитации, как например, модель Королевского фонда⁸² в Соединенном Королевстве. За последнее время благодаря усилиям Группы ALPHA (Повестка дня по лидерству в программах аккредитации лечебно-профилактических учреждений)⁸³, действующей под эгидой Международного общества по качеству медобслуживания (ISQua), модели аккредитации были объединены. Определенный прогресс в этом направлении также наметился в СЦВЕ, где была предпринята серия инициатив в порядке институционализации качества.

Оценка технологии здравоохранения (НТА), которая (в широком смысле слова) сводится к анализу технологии здравоохранения в поддержку усилий по формулированию политики, стала распространяться в Европе в начале 1970-х годов. К 1992 г. во всех странах Западной Европы были разработаны национальные, а в отдельных случаях и региональные государственные программы в области НТА, причем некоторые восточноевропейские страны также стали проявлять активность в этом направлении. Такие начинания послужили стимулом для активизации международного сотрудничества в Европе, благодаря чему в 1993 г. была образована Международная сеть учреждений по оценке технологии здравоохранения (ИНАНТА), основная цель которой заключается в содействии обмену информацией и в координации усилий различных учреждений по НТА. В 2002 г. в составе ИНАНТА было почти 40 коллективных членов, представляющих главным образом Европейский регион. Европейское сотрудничество по оценке технологии здравоохранения (ЕСНТА) возникло ввиду необходимости координации соответствующих мероприятий в Европе, и к 2002 г. в нем принимали участие национальные учреждения от всех государств - членов ЕС, а также от других европейских стран, включая Норвегию и Швейцарию. Предпринятые усилия позволили уточнить необходимость в совершенствовании коммуникационных связей и взаимного обмена информацией/сотрудничества в различных областях (методологии, подготовке кадров, научных исследованиях, страховании, обосновании принимаемых решений и т.п.). В настоящее время усилия ЕСНТА нацелены на поиск финансовых средств, чтобы обеспечить деятельность по координации на непрерывной основе.

После создания в Региональном бюро программы по оценке качества помощи и технологии здравоохранения основная деятельность программы была нацелена на измерение и сопоставление клинических результатов. К настоящему времени в рамках программы разработан широкий спектр методик, позволяющих учитывать все компоненты систем здравоохранения. Помимо организации медицинского обслуживания обеспечивается охват таких слагаемых, как деятельность организаций сферы обслуживания, финансовые вопросы, техническая результативность, клиническая практика, подготовка специалистов по клиническим вопросам, обеспечение удовлетворенности пациентов, безопасность и охрана здоровья и информационные системы. В данный момент Региональное бюро работает над концептуальной основой разработки политики в отношении качества, используя для этого передовую практику и модельные разработки стран, и занимается сбором доказательных данных о современных научных изысканиях в области развития концепции качества. Укрепляются связи с

81 <http://www.jcaho.org>, взято с вебсайта 17 мая 2002 г.

82 http://194.66.253.160/eKingsFund/html/health_advocacy_prog.html, взято с вебсайта 17 мая 2002 г.

83 <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha/ALPHAProcess.pdf>, взято с вебсайта 17 мая 2002 г.

другими предпринимаемыми в Регионе инициативами по линии качества, в том числе с такими организациями, как Европейское сотрудничество по аккредитации, Европейская организация по качеству и Европейское общество по качеству медобслуживания, а также с международными организациями, включая ISQua и Международное общество по оценке технологии в области здравоохранения.

Если рассматривать вопросы организации медицинского обслуживания с более общих позиций, то Региональное бюро стремится выявить наиболее передовую практику и создать методики по оценке влияния управленческой и организационной структуры на состояние здоровья населения и стоимость медобслуживания. Содействие распространению информации и разработка методик и формализованных руководств по доказательному управлению является ключевыми направлениями деятельности этой программы, поскольку многие используемые странами стратегии основаны скорее на традиционных взглядах, чем на доказательствах. Региональное бюро обеспечивает проведение нескольких проектов с упором на основные сложные задачи и проблемы, причем по каждому из проектов создается база данных, доступная через систему Интернет.

Генерирование ресурсов

В целях создания условий для функционирования служб здравоохранения необходимо свести воедино значительный объем соответствующих ресурсов, включая в основном людские ресурсы, капитал в форме материальных активов и расходные материалы. Решения об инвестициях и меры по обеспечению должного соотношения этих ресурсов имеют жизненно важное значение для результативности работы системы здравоохранения. Между странами Европейского региона наблюдаются существенные различия в уровнях обеспеченности такими ресурсами, что говорит об отсутствии полной ясности относительно того, каким должно быть более экономически эффективное сочетание ресурсов, выделяемых на системы здравоохранения (а это в свою очередь проявляется в заметных колебаниях параметров медицинской практики как между странами, так и внутри стран). Частные расходы на здравоохранение в процентах к ВВП показаны на рис. 39.

Государства - члены Европейского региона отличаются друг от друга по числу и профилю больничных коек, численности кадровых ресурсов и используемой технологии (рис. 40). Например, в западноевропейских странах число врачей колеблется в диапазоне от 5,5 на 1000 населения в Италии до 1,5 на 1000 в Соединенном Королевстве, что составляет почти четырехкратную разницу. По аналогии с этим число больничных коек варьируется в пределах от примерно 10 на 1000 населения в Германии и Франции до 4 на 1000 населения в Испании, Португалии и Соединенном Королевстве. Эти различия еще больше углубляются, если учитывать ситуацию в восточноевропейских странах. К примеру, в ННГ средняя обеспеченность больничными койками соответствует 14 на 1000 населения. Вместе с тем такой более мощный коечный фонд необязательно отражает наличие более разветвленной инфраструктуры стационаров, поскольку во многих случаях большее число больничных коек не обеспечено другими условиями и средствами обслуживания, в частности, не хватает диагностической аппаратуры и лекарственных средств или даже могут возникать перебои в работе системы отопления и

в снабжении продуктами питания. Данный высокий показатель обеспеченности койками объясняется ранее распространенной во многих СЦВЕ и ННГ практикой выделения финансовых средств в зависимости от коечного фонда и численности персонала. Однако, как сказано выше, многие страны уже завершили реформу или все еще находятся на этапе преобразования своих систем оплаты, с тем чтобы покончить с таким порочным механизмом материального стимулирования.

Некоторые страны, преимущественно СЦВЕ и ННГ, также сталкиваются с конкретными проблемами, связанными не только с избыточным числом больничных коек и персонала, но и с неэффективной инфраструктурой, устаревшим оборудованием и невозможностью обновить (обеспечить закупки или отремонтировать) материальную базу ввиду отсутствия инвестиционной политики. За последние 25 лет не проводилось реконструкции большинства зданий и оборудования. Эта ситуация, равно как и крайняя несбалансированность выделяемых ресурсов и дефицит лекарственных средств и аппаратуры, не только подрывает основы качественного медицинского обслуживания, но и влечет за собой низкий моральный дух медработников и отсутствие среди них должной мотивации.

Рисунок 39. Частные расходы на здравоохранение в % от ВВП



Рисунок 40. Число врачей на 100 тыс. населения



В целом в Европейском регионе наблюдается тенденция к конвергенции в уровне и структуре ресурсов, предназначенных для системы здравоохранения. Как подчеркивалось выше, происходит процесс реорганизации больниц в целях закрытия коек и повышения эффективности использования существующей инфраструктуры (во многих странах количество поступлений в стационары практически удвоилось, а сроки пребывания уменьшились наполовину) наряду с повышением роли дневных стационаров. Среди других подходов к совершенствованию набора ресурсов, выделяемых на системы здравоохранения многих европейских стран, можно назвать повсеместное внедрение *pitagoras clausus* в медицинские учебные заведения и пересмотр перечня практических навыков, которыми должны обладать кадровые ресурсы, с особым упором на повышение роли первичного звена, сестринского дела и профессиональных работников здравоохранения.

Важнейшим условием дальнейшего совершенствования систем здравоохранения представляются такие новые формы работы, которые более гармонично вписываются в реалии наступающего “информационного общества”. В менее жесткой производственной среде формируется новая организационная культура, способная по достоинству оценить значимость информации и осознать ее положительную роль в стремлении всех звеньев организации добиться улучшения результативности и качества. Гибкость и усовершенствованный механизм управления человеческим капиталом являются ключевыми слагаемыми стратегий повышения эффективности набора персонала и сохранения рабочей силы. Поэтому пересмотр принципов подготовки специалистов с учетом вышеперечисленных новых веяний жизненно важен для многих стран. Реформа системы медицинского образования поставлена во главу угла в странах ЕС, которые постепенно переходят на универсальную базовую учебную программу по профилирующим дисциплинам. Такая реформа уже началась во многих СЦВЕ и получила свежий импульс в Кыргызстане и Таджикистане. Региональное бюро в экспериментальном порядке проводит апробацию показателей качества на базе пяти медицинских учреждений в странах Региона.

Еще один способ обеспечить надлежащее соотношение набора ресурсов здравоохранения заключается в создании национальных учреждений по НТА, которые в отдельных случаях могут быть наделены нормативными и контролирующими функциями по внедрению новых технологий. На данном этапе в Западной Европе встречается удивительное сочетание страновых и даже региональных учреждений по НТА.

Фармацевтические препараты

Политика европейских стран в области фармацевтических препаратов нацелена на обеспечение доступности безопасных и эффективных препаратов гарантированного качества по приемлемой для общества и пациента стоимости, а также на стимулирование рационального использования лекарственных средств. Вместе с тем очень многие пациенты в странах Европейского региона по-прежнему лишены возможности воспользоваться преимуществами современной фармакотерапии. Такая ситуация, по-видимому, возникает тогда, когда пациенты (или система здравоохранения) не могут позволить себе приобрести конкретный препарат или когда прописывают ошибочное или ненужное лекарство или предлагают слишком дорогостоящий курс лечения, что

негативно влияет на исход лечения и ведет к поглощению ресурсов, которыми можно было распорядиться более рационально.

Расходы на лекарственные средства в Европейском регионе колеблются в широком диапазоне, составляя от менее 10 долл. США на душу населения в нескольких ННГ до более 350 долл. США в некоторых западноевропейских странах (табл. 7). В большинстве ННГ и в меньшей степени в СЦВЕ деньги на приобретение лекарств поступают из частных источников финансирования, тогда как в странах Западной Европы эти средства главным образом поступают из государственных источников финансирования. Расходы на приобретение лекарственных средств в менее обеспеченных странах Европы составляют одну из основных статей расхода в семейном бюджете. На стоимость лекарств приходится внушительная доля общих расходов на медицинское обслуживание в ННГ и многих СЦВЕ (нередко более 30%, а в отдельных странах – не менее 50–60% по сравнению с 10–20% в странах Западной Европы). Таким образом, доступность основных лекарственных средств представляет собой серьезную проблему здравоохранения, которая наиболее ощутимо отражается на положении бедных. Данная проблема усугубляется неудовлетворительным качеством препаратов и выпуском фальсифицированной продукции, а также неадекватной практикой прописывания и использования лекарственных средств.

Глобализация экономики, международные торговые соглашения и вопросы, касающиеся интеллектуальной собственности (TRIPS)⁸⁴, оказывают свое влияние на доступность лекарственных средств в СЦВЕ и ННГ, в частности препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа. Для обеспечения доступности лекарственного лечения больных необходимо воспользоваться гарантиями, предусмотренными в тексте Договора о торговых аспектах прав на интеллектуальную собственность (TRIPS) (“параллельная” торговля, обязательное лицензирование), наряду с заключением соглашений с фармацевтическими компаниями по отпуску продукции по сниженным ценам и практикой установления цен для разных категорий потребителей.

В западноевропейских странах, а также в государствах-кандидатах для вступления в ЕС наблюдаются высокие темпы роста затрат на лекарственные средства, составляющие от 5% до 20% в год, причем схемы лечения новыми препаратами не всегда оказываются легкодоступными для пациентов. Темпы увеличения расходов на лекарства опережают темпы роста затрат на медицинское обслуживание и уровень инфляции. Причины такого роста включают в себя повышение цен и уровня потребления, обусловленного старением населения, внедрением новых дорогостоящих препаратов, а также лекарств нового поколения, назначаемых по поводу таких состояний, которые ранее не поддавались медикаментозному лечению. Однако зачастую неясно, приводят ли новые препараты к более благоприятным исходам лечения и к повышению качества жизни. Многие европейские страны внедряют в практику формализованные руководства и процедуры по оценке экономической эффективности лекарственных средств и областей их использования, с тем чтобы принимать рациональные решения по возмещению затрат и разумно распоряжаться имеющимися средствами.

⁸⁴ http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm, взято с вебсайта 19 мая 2002 г.

Сума затрат на человека (долл. США)	Западная Европа	СЦВЕ	ННГ	Население (млн. человек)
> 300	Австрия, Бельгия, Германия, Исландия, Франция, Швейцария			164
200–300	Дания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Швеция			163
100–200	Греция, Ирландия, Испания	Венгрия, Словения, Чешская Республика		76
20–100		Болгария, Бывшая Югославская Республика Македония, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Хорватия, Эстония	Российская Федерация	280
10–20		Румыния	Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Украина	109
< 10		Албания	Азербайджан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан	54

Источники: JACOBZONE, S. *Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000; Health for all database, WHO Regional Office for Europe.

Факт присоединения к ЕС имеет важные последствия для политики СЦВЕ в области фармацевтических препаратов. Полным ходом идет процесс согласования нормативного законодательства и систем контроля, и в этой сфере между ЕС и СЦВЕ продолжается активное сотрудничество. Возникает все большая обеспокоенность как по поводу лекарственного обеспечения и финансирования выпуска препаратов, так и в связи с будущим фармацевтической промышленности в СЦВЕ. Многие СЦВЕ уже затрачивают на лекарства свыше 2% своего ВВП. Меняются сложившиеся стереотипы прописывания лекарств, при этом все чаще явное предпочтение отдается препаратам импортного производства (отпускаемым по западноевропейским ценам) без увеличения бюджета на лекарственные средства. В целях противодействия таким тенденциям, наряду с обеспечением доступности надлежащего лекарственного лечения пациентов в СЦВЕ, необходимо самым активным образом проводить в жизнь политику в отношении препаратов-генериков.

Таблица 7.
Ориентировочные
затраты на лекарства в
субрегиональных группах
стран, 2000 г. или
последний год, по которому
имеются данные

Большинство стран, переживающих переходный период в своем развитии, проводят подготовительные мероприятия по повышению качества отечественных фармацевтических препаратов, чтобы последние отвечали международным стандартам и таким образом был обеспечен более приемлемый уровень их качества и безопасности. Тем не менее, отсутствие или неадекватность регламентирующих мер иногда имеют пагубные последствия для мелких производителей, тогда как крупные компании делают ставку на выпуск более прибыльных препаратов. Это может привести к сокращению доли дешевых фармацевтических препаратов, поскольку в качестве альтернативы нередко предлагается более дорогостоящее импортное лекарственное средство. Требуется адекватная политика и методическое руководство, чтобы обеспечить успешную трансформацию местной промышленности и стимулировать производство многочисленных препаратов-генериков по низкой стоимости.

Функция руководства

Введение рыночных стимулов в разные подотрасли системы здравоохранения в странах Европы сопровождалось увеличением объема контрольных функций как с точки зрения новых подходов к процессу управления, так и в плане доступного набора регулирующих инструментов. В европейских странах назрела необходимость в усилении роли государственного регулирования с внедрением новых рыночных механизмов и перераспределением соотношения между государственными и рыночными структурами в системах здравоохранения. В соответствии с этим лица, формулирующие политику, стремились направить эти рыночные стимулы на достижение социальных целей. Например, в области фармацевтических препаратов оживление предпринимательской деятельности сопровождалось активизацией усилий по регулированию в целях сдерживания роста затрат. Однако в отдельных частях Региона мероприятий в области регулирующей деятельности было явно недостаточно. К примеру, в Российской Федерации и некоторых странах ЦВЕ предпринимательская активность резко возросла на фоне отсутствия должного регулирования. Это обусловило появление проблем с эффективностью и равноправием, к тому же возникает вполне реальное беспокойство по поводу необузданной свободы предпринимательства. Тем не менее, следует отметить, что такая ситуация сложилась скорее из-за слабости институционального потенциала, а не вследствие определенных организационных характеристик системы здравоохранения.

Фактические данные говорят о том, что в настоящее время необходимо пересмотреть, а во многих случаях усилить роль государства в его распорядительных функциях и в руководстве политикой здравоохранения. Несмотря на то что в процессе руководства могут также участвовать и другие стороны, как например, профессиональные ассоциации, министерству здравоохранения принадлежит основная роль при формулировании и проведении политики здравоохранения. Кроме того, функция руководства подразумевает доскональное знание ситуации в сочетании с дальновидностью в области политики здравоохранения и реальным влиянием на процессы регулирования. Наличие политического и технического потенциала в таких областях деятельности, как управление преобразованиями, сбор и использование соответствующей информации, регулирование частного сектора и умение договариваться с основными участвующими сторонами, имело важнейшее значение для проведения многих успешных или неудачных реформ сектора здравоохранения в странах Региона. Надлежащая информационно-аналитическая система позволяет оперировать

накопленными данными с учетом требований избирательности относительно готовой информации, предназначенной для лиц, формулирующих политику, и пользователей системой здравоохранения.

В 1984 г. государства - члены Европейского региона ВОЗ приняли первую общую для Европы политику достижения здоровья для всех (первый пересмотр состоялся в 1991 г., очередной – в 1998 г.). Была достигнута договоренность о том, что страны разработают на национальном, региональном и местном уровнях межсекторальную политику здравоохранения, основанную на принципах равноправия в вопросах охраны здоровья и участия в выработке решений. К 1990 г. в половине из тогдашнего состава государств-членов были разработаны соответствующие политические документы, однако в отдельных случаях их содержание было недостаточно четким и они никогда не были реализованы на практике; зачастую в них предусматривались нереальные задачи и фактически не принимались во внимание бюджетные ограничения.

Приобретенный странами опыт свидетельствует о том, что вопросы политики здравоохранения стали рассматриваться в рамках политической повестки дня в самых разных ситуациях, в разное время и в разных политических и экономических условиях. Государства-члены проявляют повышенный интерес к детерминантам здоровья. Нидерланды и Финляндия самым серьезным образом подошли к разработке политики, ориентированной на конечный результат, а в Соединенном Королевстве аспекты неравенства в отношении здоровья стали ключевыми в текущей повестке дня. На современном этапе во многих странах Региона принята истинная политика здравоохранения, предусматривающая средне- и долгосрочные цели и приоритеты. В отдельных случаях такая политика была ратифицирована парламентом страны, что придало этому документу более прочный статус легитимности и политической преемственности. Даже страны с более низким уровнем экономического развития, в частности Кыргызстан, реализовали новаторские инициативы по интеграции вопросов здоровья и развития, продемонстрировав полезность такого подхода в разных экономических и социальных условиях.

Начиная с середины 1990-х годов детерминантам здоровья (в том числе системам здравоохранения) стали уделять более пристальное внимание, что явилось результатом активизации научных исследований, связанных с масштабами и причинами неравноправия в вопросах охраны здоровья, ухудшением состояния здоровья населения СЦВЕ и признанием влияния бедности на здоровье такими организациями, как ВОЗ, ЕС и Всемирный банк. Стратегии борьбы с бедностью занимают центральное место в программе здравоохранения Грузии. В Литве Парламентский комитет по здравоохранению и Национальный совет по здравоохранению принимали непосредственное участие в организации ежегодных национальных конференций по политике здравоохранения, активным образом содействуя становлению коллегиальных принципов принятия решений и способствуя выдвиганию доказательного процесса принятия решений на важное место в повестке дня. Оценка воздействия на здоровье также создает условия для объединения усилий сектора здравоохранения с усилиями других секторов, и таким странам, как Нидерланды и Швеция, уже удалось приобрести ценный опыт в этом плане. (В Соединенном Королевстве оценка воздействия на здоровье рассматривается скорее как консультативный процесс, а не как инструмент использования доказательной базы при принятии решений).

Настоятельная необходимость в децентрализации и появление новых групп, отстаивающих интересы граждан, позволили расширить возможности для участия в принятии решений, включая использование такой современной технологии, как Интернет. Благодаря этому удалось укрепить информационно-экспертную базу данных по разработке политики здравоохранения, в частности по проблеме неравноправия. Есть удачные конкретные примеры, на основании которых можно утверждать, что поступающие отчетные данные о состоянии здоровья населения оказывают свое влияние на процесс принятия решений. Наблюдается рост активности со стороны граждан, особенно пациентов, выступающих с инициативами по поводу участия в решениях, касающихся их собственного здоровья и вопросов здравоохранения в целом, начиная от выбора конкретной политики здравоохранения и заканчивая оценкой получаемых результатов. С 1993 г. не менее 14 европейских стран приняли хартии по правам пациентов или законы о правах пациентов. В 1994 г. в Европейском регионе ВОЗ была принята Декларация о развитии прав пациентов в Европе⁸⁵. В некоторых странах пробелы в знаниях медицинских работников по-прежнему являются серьезным препятствием на пути реализации законодательства в этой области.

Укрепление систем здравоохранения в государствах-членах представляет собой одну из глобальных приоритетных задач, поставленных перед ВОЗ на период нынешнего и очередного двухлетия, о чем конкретно сказано в новой стратегии деятельности Регионального бюро в странах⁸⁶. Региональное бюро стремится помочь государствам-членам в осознании того, каким образом они могут количественно измерять результаты своей деятельности, вычленив факторы, лежащие в основе качества работы, и совершенствовать свою систему таким образом, чтобы последняя обеспечила более полное удовлетворение потребностей населения страны. Работа Европейской обсерватории по системам здравоохранения служит доказательством усилий Бюро, направленных на получение информации и фактических данных о связях между политикой здравоохранения и реформированием системы здравоохранения, а также о путях воздействия таких преобразований на принцип равноправия в вопросах охраны здоровья. В поддержку деятельности стран по развитию или совершенствованию своих систем здравоохранения с использованием тщательно апробированного набора инструментов и методов были учреждены такие органы, как Консультативная группа и Комитет экспертов по развитию систем здравоохранения.

⁸⁵ Декларация о развитии прав пациентов в Европе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1994 г. (документ EUR/ICP/HLE 121).

⁸⁶ Стратегия деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ в странах в будущем – «Адаптация служб Бюро с целью удовлетворения новых потребностей». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (документ EUR/RC50/10).

Новая политика здравоохранения Швеции

В 1997 г. был учрежден Национальный комитет по здравоохранению, деятельность которого опиралась на широкую парламентскую платформу. Его важнейшая цель заключалась в подготовке предложений по национальной стратегии и конкретным задачам в области охраны здоровья, которыми должны были руководствоваться правительственные структуры, региональные и местные государственные органы и неправительственные организации.

В конце 2000 г. был опубликован доклад, отражающий позицию движения «зеленых» и предлагающий 18 национальных целей в области здравоохранения. Эти цели были сформулированы с учетом детерминантов здоровья и базовой инфраструктуры для проведения профилактической работы. Внесенный правительством законопроект планируется представить на рассмотрение Парламента в 2002 г. Суть поставленной перед членами Комитета основной задачи состояла в том, чтобы наметить такие цели с точки зрения детерминантов здоровья.

В соответствии с новым политическим курсом главной целью в рамках комплексной политики правительства Швеции будет улучшение здоровья населения. Все государственные органы и учреждения любого уровня будут руководствоваться целями, диапазон которых охватывает всевозможные области деятельности, включая экономическую политику, социальное обеспечение, рынок труда, сельское хозяйство, транспорт и окружающую среду. Главная задача будет заключаться в том, чтобы, оказывая влияние на все соответствующие аспекты политики и практической деятельности, обеспечить более равные возможности по охране здоровья населения независимо от гендерной принадлежности и социального статуса.

Данная политика предусматривает 10 следующих основных направлений деятельности.

1. *Совершенствование социального обеспечения и борьба с бедностью* в целях приумножения общественного капитала. Чрезвычайно важной задачей представляется ликвидация больших разрывов в уровнях дохода.
2. *Политическая власть и влияние, а также участие в политической жизни*. Демократические права должны быть гарантированы для всех слоев общества, включая социально уязвимые группы населения и иммигрантов. У всех граждан должны быть возможности для участия в процессе принятия политических решений.
3. *Создание безопасных и благоприятных условий для детей и молодежи*. Одним из путей для достижения этого является улучшение экономического и социального положения семей с детьми. Особую поддержку следует оказывать неполным и социально уязвимым семьям.
4. *Благоприятные для здоровья рабочие места и повышение уровня профессиональной гигиены*. За последние пять лет резко возросла статистика отсутствия на работе по причинам, связанным с производственной деятельностью.
5. *Здоровая окружающая среда и снабжение безопасной продукцией*. Важное значение имеет качество окружающей среды как внутри помещений, так и снаружи, включая чистый атмосферный воздух.
6. *Способствующее укреплению здоровья медицинское обслуживание*. Улучшение состояния здоровья населения должно представлять собой вполне определенную цель в деятельности служб здравоохранения.
7. *Повышение уровня физической активности*.
8. *Навыки здорового питания и безопасность пищевых продуктов*.
9. *Сокращение масштабов табакокурения, вредного для здоровья употребления алкоголя и негативных последствий азартных игр*. Необходимо продолжать борьбу с наркотиками в целях создания общества, свободного от наркотиков. Следует активизировать меры по борьбе с приемом допинговых препаратов в спорте.
10. *Снижение распространенности инфекционных заболеваний и пропаганда безопасных форм сексуального поведения*. Данный раздел мероприятий в области здравоохранения сфокусирован на ВИЧ/СПИД и другие инфекции, передаваемые половым путем.

Библиография

- Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (<http://www.anaes.fr>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- ALTENSTETTER, C. ET AL. *Health policy reform, national variations and globalization*. Basingstoke, Macmillan, 1997 (Advances in Political Science).
- BLANE, D. ET AL. *Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century*. London, Routledge, 1996.
- CHINITZ, D. Balancing competition and solidarity in health care financing. In: Saltman, R.B. et al., ed. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- CHINITZ, D. ET AL. *Governments and health systems: implications of differing involvements*. Chichester, Wiley, 1998.
- DANZON, M. & POITRINAL, P. La santé malade de l'économisme. *Le monde diplomatique*, 3: 11 (1996).
- DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. *International journal for quality in health care*, 8: 401–407 (1996).
- European Committee for Standardization (Европейский комитет по стандартизации) (<http://www.cenorm.be>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (ЕВРОПЕЙСКИЙ ФОНД ПО УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ). *EFQM excellence model (Образцовая модель EFQM)* (<http://www.efqm.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Европейский центр мониторинга ситуации с наркотиками и наркотической зависимостью) (EMCDDA) (<http://www.emcdda.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- Европейская обсерватория по системам здравоохранения (<http://www.observatory.dk>, взято с вебсайта 26 июля 2001 г.).
- European Organization for Quality (Европейская организация по качеству) (<http://www.eoq.org/start.html>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- European Society for Quality in Health Care (Европейское общество по качеству медобслуживания) (<http://www.esqh.net>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- FEDERATION FOR INTERNATIONAL COOPERATION OF HEALTH SERVICES AND SYSTEMS RESEARCH CENTERS (FICOSSER). *Proceedings of FICOSSER research, health sector reform in central and eastern Europe: current trends and priority research*. Warsaw, National Centre for Health Systems Management, 1999.
- GARCIA-BARBERO, M. *Evaluating hospital effectiveness and efficiency*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/ICP/DLVR 03 05 03).

GRIFFITH, B. Competition and containment in health care. *International journal of health services*, **30**: 257–284 (2000).

НАМ, С. *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997.

ЗДОРОВЬЕ21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6).

HUNTER, D. & BERMAN, P. Public health management – time for a new start? *European journal of public health*, **7**: 345–349 (1997).

International Organization for Standardization (Международная организация по стандартизации) (<http://www.iso.ch>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

International Society for Quality in Health Care (Международное общество по качеству медобслуживания) (ISQUA) (<http://www.isqua.org.au>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE (МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ПО КАЧЕСТВУ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ) (ISQUA). *ALPHA – bringing the world of healthcare accreditation together (ALPHA – объединение всемирных усилий по аккредитации лечебно-профилактических учреждений)* (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>, взято с вебсайта 20 мая 2002 г.).

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Совместная комиссия по аккредитации лечебно-профилактических учреждений) (<http://www.jcaho.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

KALO, I. Development of quality of health systems in Europe. *Eurohealth*, **6**(5): 20–22 (2000).

King's Fund (Королевский фонд) (<http://www.kingsfund.org.uk>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

KUTZIN, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, **56**: 171–204 (2001).

KUTZIN, J. ET AL. *How health insurance affects the delivery of health care in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 1992.

LEATHERMAN, S. ET AL. International collaboration: harnessing differences to meet common needs in improving quality of care. *Quality in health care*, **9**: 143–144 (2000).

LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE (ЛОНДОНСКАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ И ПОЛИТОЛОГИИ). *Health and social care (Медобслуживание и социальная помощь)* (http://www.lse.ac.uk/Depts/lse_health, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

LUBITZ, J. & RILEY, G. Trends in Medicare payments in the last year of life. *New England journal of medicine*, **328**: 1092–1096 (1993).

- MACKENBACH, N.P. The contribution of medical care to mortality decline: Mckeown revisited. *Journal of clinical epidemiology*, **49**: 1207–1213 (1996).
- МККЕЕ, М. & HEALY, J., ED. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- МККЕЕ, М. ET AL., ED. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press 2002.
- MOSSIALOS, E. ET AL., ED. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- National Institute for Clinical Excellence (Национальный институт передовой клинической практики)* (<http://www.nice.org.uk>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).
- NEUBERGER, J. The educated patient: new challenges for the medical profession. *Journal of internal medicine*, **247**: 6–10 (2000).
- NORMAND, C. Ten popular health economic fallacies. *Journal of public health medicine*, **20**: 129–132 (1998).
- SALTMAN, R.B. & FERROUSSIER-DAVIS, O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**: 732–739 (2000).
- САЛТМАН, Р.Б. И ФИГЕЙРАС, ДЖ. *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*. Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000 г.
- SALTMAN, R.B. EJPB policy forum: risk adjustment strategies in three social health insurance countries. *European journal of public health*, **11**: 121 (2001).
- SALTMAN, R.B. ET AL. A methodological note on combining health and social care expenditures into a single statistic for policy-making purposes. *European journal of public health*, **11**: 93–96 (2001).
- SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- SAVAS, S.B. *MACH: a methodology for analysing contracting in health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/00/5017691).
- SCHWARTZ, F.W. ET AL. *Fixing health budgets : experience from Europe and North America*. Chichester, Wiley, 1996.
- SHAW, C.D. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *International journal for quality in health care*, **12**: 169–175 (2000).

SMITH, P. *Reforming markets in health care: an economic perspective*. Buckingham, Open University Press, 2000.

Standing Committee of the Hospitals of the European Union (Постоянный комитет по стационарным учреждениям Европейского союза) (HOPE) (<http://www.hope.be>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996 г. (документ EUR/ICP/CARE 9401/CN01).

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001. Making new technologies work for human development*. New York, Oxford University Press, 2001.

VAN DOORSLAER, E. ET AL., ED. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.

VIENONEN, M. ET AL. Towards evidence-based health care reform. *Bulletin of the World Health Organization*, **77**: 44–47 (1999).

WAGSTAFF, A. ET AL. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health economics*, **18**: 263–290 (1999).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ). *The STI Task Force (Целевая группа STI)* (<http://healthdatabases.org/who1>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

WOODWARD, C.A. *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care: a process of change*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/EIP/OSD/00.1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ). *Safe Injection Global Network (Глобальная сеть по безопасности инъекций)* (<http://www.injectionsafety.org>, взято с вебсайта 30 июля 2001 г.).

Заключение

В Европейском регионе ВОЗ возник определенный “водораздел” между здравоохранением стран Востока и Запада на фоне заметного ухудшения ситуации с охраной здоровья в восточной части Региона. В некоторых СЦВЕ и ННГ сокращение ожидаемой продолжительности жизни и показателей рождаемости способствовало отрицательному приросту населения. Даже в наиболее благополучных странах между разными слоями общества по-прежнему сохраняется недопустимое неравенство в состоянии здоровья. Основная доля собранных доказательных данных говорит о значительной роли важнейших экономических, социальных, экологических и институциональных детерминантов здоровья в появлении и расширении такого разрыва. Не до конца ясной представляется истинная количественная роль и характер взаимодействия между перечисленными всевозможными факторами, а также то, какие звенья цепи причинной связи событий можно разорвать, предпринимая меры вмешательства со стороны сектора здравоохранения. В контексте принятой в 1998 г. Всемирной декларации по здравоохранению⁸⁷ и ее приверженности идее достижения максимально высокого уровня здоровья для всех трудно найти любое другое направление деятельности, где бы различия в экономике и состоянии здоровья населения не проявлялись столь отчетливо, как в области прав человека.

Генетические и другие персональные факторы оказывают непосредственное влияние на индивидуальную восприимчивость к болезни. Однако нет достаточных доказательств того, что эти факторы оказывают существенное влияние на различия, наблюдаемые в ситуации со здоровьем на популяционном уровне. Определенная доля колебаний в частоте возникновения болезни лишь отчасти обусловлена индивидуальным образом жизни и факторами риска. Имеются вполне убедительные фактические данные о том, что экономические и социальные условия играют заметную роль на популяционном уровне. Научные исследования, целью которых являлось установление зависимости между структурой заболеваемости и социальной организацией, наглядно показали, что различия в уровне здоровья главным образом являются проявлением экономических и социальных детерминантов. Доказательные данные из многих источников подтверждают, что наряду с производством совокупных материальных ценностей необходимо уделять внимание вопросам относительного распределения материальных благ. Наиболее успешно проблемы охраны здоровья решаются в более социально сплоченных сообществах с менее ощутимым бременем относительного ухудшения положения граждан. Во всяком случае, в развитых сообществах возможности в плане здоровья в большей степени связаны с относительным размером дохода, чем с абсолютным.

Роль психосоциального стресса все чаще находит признание в качестве одного из факторов, способствующих развитию целого ряда состояний, в том числе гипертензии, алкогольного психоза, невроза, убийств, самоубийств, несчастных случаев с летальным исходом, язвенной болезни и цирроза печени. Интересно отметить, что перечисленные заболевания имеют тенденцию к росту в странах, переживающих на фоне отсутствия адекватной социальной политики период бурных социальных и экономических

⁸⁷ <http://www.who.int/archives/hfa/ear7.pdf>, взято с вебсайта 17 мая 2002 г.

преобразований. Если не будут предприняты соответствующие меры, то увеличивающийся разрыв в распределении дохода во многих странах скорее всего будет способствовать нарастанию психосоциального стресса как в Западной, так и в Восточной Европе.

В сообществах с высоким уровнем развития всеобщая доступность эффективных индивидуальных медицинских услуг является важнейшим требованием. Ситуация с излишними страданиями будет ухудшаться из-за неспособности индивидуально ориентированных служб здравоохранения обеспечить выполнение этого требования. Несмотря на то что для выяснения взаимосвязей между здоровьем и медицинским обслуживанием требуются дальнейшие научные исследования, развитие систем здравоохранения еще не исчерпало своего потенциала по укреплению здоровья и Европейский регион не может не учитывать это обстоятельство. С ростом многообразия форм построения систем здравоохранения и утверждением принципов плюрализма в условиях современных сообществ перед государствами-членами стоит задача особой важности – укрепить собственный потенциал для выработки эффективных решений сложных проблем, т.е. получить реальные возможности в целях мониторинга соответствующих тенденций, выявления вариантов осуществления преобразований, оценки имеющихся фактических данных, постановки приоритетов, составления планов действий и обеспечения их реализации, измерения получаемых результатов и принятия, если потребуется, корректирующих мер. Кроме того, у Европейского регионального бюро ВОЗ есть фронт работы по оказанию дальнейшей поддержки странам в области развития систем здравоохранения. Сюда можно отнести систематические обзоры практического опыта стран и рекомендации по возможным подходам к формулированию, реализации, мониторингу и оценке политики здравоохранения; обмен информацией, целями и приоритетами; развитие демократического диалога и комплексного подхода к принятию решений; выработку стандартов; и оказание поддержки и закрепление навыков по ведению переговоров с участием конкретных групп.

Задача укрепления здоровья требует учета сбалансированности и важнейших взаимосвязей между здоровьем и политическими, социальными, экономическими и институциональными условиями, а также всестороннего осмысления процесса устойчивого развития и осуществления целостного подхода к политике охраны здоровья. Точно так же, как ситуация со здоровьем зависит от множества социальных детерминантов, политика охраны здоровья должна обеспечивать распределение ответственности и подотчетности за улучшение здоровья между всеми секторами и участниками на уровне общества в целом. Необходимо гарантировать повышенный уровень долгосрочных обязательств и принятие более энергичных мер, чтобы оказывать влияние на детерминанты здоровья. Наиболее успешными курсами действий по укреплению здоровья являются такие, которые всесторонне учитывают всевозможные аспекты экономического роста, гуманитарного развития и здравоохранения. Различия в уровнях дохода, выбор связанных со здоровьем вариантов, защита окружающей среды и наличие возможностей для образования и трудоустройства – все эти переменные находятся в прямой зависимости от государственной политики, и пересмотр последней позволит добиться повышения уровня здоровья и благосостояния всего населения. Финансовые и юридические меры представляют собой мощные регулирующие инструменты прямого действия на причины, лежащие в основе нездоровья. Если удастся

с должной эффективностью реализовать на практике такие регулирующие механизмы, то все заинтересованные сектора и учреждения в обществе обязаны их отстаивать, опираясь в первую очередь на общественную поддержку и доверие. Эта задача может быть выполнена путем мобилизации усилий всего общества и организации информированной дискуссии за счет проведения действенной информационной работы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методы оценки результативности систем здравоохранения

В течение последних нескольких лет в целях активизации развития национальных систем здравоохранения ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами разработала основные принципы оценки результативности систем здравоохранения (ОРСЗ). В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* (WHR2000) подробно изложены упомянутые основные принципы, дано описание показателей, которые могут использоваться для измерения качества работы, и представлены итоги анализа результативности систем здравоохранения в государствах-членах. Поставленная цель заключалась в том, чтобы создать основу для сбора необходимого объема фактических данных, отражающих связь между организационной структурой и результатами деятельности систем здравоохранения, и предоставить в распоряжение правительств стран информацию по развитию политики здравоохранения.

В этом приложении представлено описание трех вышеназванных компонентов и охарактеризованы связанные с ними основные методологические вопросы.

А. Структура ОРСЗ

Основные принципы касаются таких аспектов, как диапазон охвата инфраструктуры, цели, функции и результативность систем здравоохранения.

i) Диапазон охвата инфраструктуры

Относящиеся к системе здравоохранения все ресурсы, организации и участвующие стороны, которые занимаются проведением мероприятий в области охраны здоровья или оказывают им поддержку. Конкретное действие в отношении здоровья – это такое действие, главное предназначение которого сводится к укреплению, защите или улучшению здоровья.

ii) Цели

К трем непосредственным целям, достижение которых обеспечивается системой здравоохранения, следует отнести (а) хорошее здоровье; (б) отзывчивость системы здравоохранения на ожидания населения по отношению к не связанным со здоровьем аспектам; и (в) справедливость финансовых взносов в охрану здоровья. Приведенные в материалах WHR2000 параметры измерений были получены с учетом достижений стран в связи с этими целями.

iii) Функции

Четыре основные функции включают в себя (а) финансирование (в том числе сбор взносов, создание пула ресурсов и закупка услуг); (б) предоставление индивидуального и неиндивидуального медицинского обслуживания; (в) генерирование ресурсов (включая людские ресурсы, учреждения и т.д.); и (г) функцию руководства или надзора за деятельностью системы здравоохранения.

iv) Результативность

Расчет индекса достижения общих целей производился на основании взвешенной суммы балльных оценок по странам по пяти отдельным показателям (см. ниже). Кроме того, измерялась эффективность обеспечения такого уровня достижений (именуемая индексом результативности). С помощью этого индекса определялся фактически достигнутый уровень по отношению к “потенциальному” (максимально возможному) достижению при условии использования имеющихся ресурсов, выделяемых как на системы здравоохранения, так и на системы, не связанные со здравоохранением, для достижения определенного уровня здоровья.

Б. Показатели

Были разработаны пять показателей в целях измерения уровня достижения целей, стоящих перед системами здравоохранения.

(i) Уровень здоровья

Вплоть до конца прошлого тысячелетия основу отчетности о состоянии здоровья главным образом составляла статистика заболеваемости и смертности, а также частота возникновения и распространенность инфекционных заболеваний. С переносом акцента эпидемиологического надзора с инфекционных на неинфекционные болезни для всех государств-членов особую актуальность приобрело измерение показателей не связанных с угрозой для жизни последствий заболеваемости, в частности обусловленной хроническими болезнями и травматизмом.

В итоге более чем 15-летней работы ВОЗ ввела такое понятие, как “ожидаемая продолжительность здоровой жизни” наряду с характеризующим ее показателем – ожидаемой продолжительностью жизни, скорректированной на инвалидность (DALE), – мерилем уровня здоровья, достигнутого среди конкретного контингента населения. Недавно этот показатель был переименован в ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ). Он основывается на ожидаемой продолжительности жизни при рождении, но скорректирован по *времени, которое приходится на неудовлетворительное состояние здоровья*. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении представляет собой сводный индекс смертности. Данные о смертности с распределением по возрасту можно собрать на основании журналов учета статистики естественного движения населения, обследований состояния здоровья и выборочных систем записи актов гражданского состояния.

Конкретный отрезок времени, который приходится на неудовлетворительное состояние здоровья, определяется по результатам проведения одномоментных исследований с использованием Международной классификации функциональных состояний, снижения трудоспособности и здоровья (ICF, ранее известной под названием Международной классификации нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности, 2-й пересмотр – МКНСТ и СН-2).

(ii) Распределение уровней здоровья

В целях получения оценки справедливости распределения результатов охраны здоровья населения ВОЗ предлагает странам определять количественные показатели распределения среди групп населения ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Однако, поскольку такие данные по различным контингентам населения имеются пока лишь в ограниченном объеме, сведения о выживании детей, которые были получены на индивидуальном уровне по многим странам, были использованы в WHR2000 для измерения неравенства в отношении выживания детей.

(iii) Степень отзывчивости системы и (iv) распределение элементов отзывчивости

Всякая система здравоохранения должна ставить перед собой задачу по наиболее полному удовлетворению, в духе принципов справедливости, законных потребностей обслуживаемой части населения, напрямую не связанных с охраной здоровья. Показатель отзывчивости системы здравоохранения служит отражением уважительного отношения к человеку и ориентации на клиента. В материалах WHR2000 под уважительным отношением к человеку подразумеваются такие категории, как автономность, достоинство и конфиденциальность, тогда как ориентация на клиента означает быстрое обслуживание, качество элементарных удобств, доступность систем социальной поддержки в процессе лечения и свобода выбора тех, к кому можно обратиться за помощью.

Отзывчивость системы должна быть ориентирована не на ожидания людей от системы здравоохранения, а на то, чтобы уловить их истинные эмоциональные переживания в процессе взаимодействия с системой. При работе над WHR2000 использовались результаты обследований, представленные основными “поставщиками” информации для оценки как уровня, так и распределения отзывчивости.

(v) Принцип справедливости в отношении финансовых взносов

Доля дохода после уплаты налогов, которую каждое домашнее хозяйство тратит на оплату услуг системы здравоохранения, говорит о степени, с которой генерирование ресурсов отражает уровень платежеспособности населения. Эта доля измерялась в виде суммы финансовых взносов отдельного домашнего хозяйства в целях охраны здоровья (оплата услуг наличными, взимание налогов, отчисления на социальное обеспечение и т.п.), поделенной на общую сумму расходов (как эквивалент дохода) за минусом прожиточного минимума (в WHR2000 выраженного в виде суммы затрат на питание).

Соответствующие данные были собраны на основании результатов обследований уровня доходов и расходов, документации по налогам, программ социального и медицинского страхования, а также национальных счетов здравоохранения при наличии таковых. Кроме того, на основании национальных счетов здравоохранения проводится

систематическая оценка ресурсов, выделяемых на системы здравоохранения по линии государственного и частного секторов.

В. Измерение результативности систем здравоохранения

Результативность или эффективность любой системы здравоохранения можно определить путем анализа соотношения получаемых результатов и используемых для этого ресурсов. В ходе анализа необходимо принимать во внимание вложения как связанные, так и не связанные со здравоохранением, чтобы получить определенный эффект в плане здоровья, например, обеспечить достижения в сфере образования. Расчетные данные, включенные в WHR2000, были получены на основании эконометрических методов, которые в течение многих лет широко использовались в других отраслях экономики.

После выхода в свет WHR2000 стали доступными многие дополнительные источники данных, а также были предложены всевозможные модификации методологических инструментов.

Г. Методологические вопросы

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)

Для того чтобы рассчитать ОПЗЖ, стандартным путем определяется ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Далее следует провести оценку периода времени, когда у новорожденного ребенка будут предположительно наблюдаться такие состояния здоровья, которые не соответствуют состоянию полноценного здоровья. И наконец, необходимо разработать метод оценки этого периода времени в сравнении с периодом полноценного здоровья.

В непрерывном режиме ведутся работы по совершенствованию методов оценки периодов времени в жизни человека, которые характеризуются полноценным здоровьем и состояниями, не отвечающими критериям полноценного здоровья. Например, в ходе опроса домашних хозяйств можно собрать информацию о распространенности различных состояний здоровья с распределением по возрасту и полу, и на данном этапе ВОЗ проводит обзорное обследование⁸⁸ с участием многих стран для тестирования возможных методик. Населению предлагается отнести себя к одному из 6 основных параметров здоровья, которые были определены в итоге широкомасштабного обзора современных методик измерения состояния здоровья населения. Эти 6 параметров здоровья отобраны из первоначального варианта списка 20 параметров по критерию наиболее полного соответствия тому, что входит в понятие здоровья. Вопросы по всем 20 параметрам принято задавать при личной встрече с респондентами в ходе проведения опросов домашних хозяйств в 15 странах, причем в эти вопросы привнесено одно

⁸⁸ ÜSTÜN, T.B. ET AL. *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper 37).

новшество – использованы тесты на результативность в целях калибровки данных самооценки состояния здоровья по таким выборочным параметрам, как познавательная способность, подвижность и острота зрения. Что же касается тех параметров, в отношении которых тесты на результативность неприменимы, то в целях калибровки использовались краткие сюжетные зарисовки.

В WHR2000 использовались ранее опубликованные ориентировочные данные о “снижении трудоспособности”. За последний год по линии ВОЗ была проведена большая работа по совершенствованию методологических и эмпирических подходов, лежащих в основе оценки функциональных состояний здоровья. В целях успешного решения методологических проблем ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами настояла на использовании двухуровневой стратегии сбора данных, предусматривающей организацию массовых опросов домашних хозяйств, которые входят в состав репрезентативных выборок из генеральной совокупности в нескольких странах, в сочетании с более обстоятельными опросами респондентов с высоким уровнем образования, проживающими в тех же населенных пунктах.

“Межстрановая” сопоставимость

Ключевым методологическим вопросом, возникающим при описании функциональных состояний здоровья (и отзывчивости системы), является то, как люди обычно отвечают на вопросы, требующие таких безусловных ответов, как “крайне неудовлетворительно”, “неудовлетворительно”, “удовлетворительно”, “хорошо” и “очень хорошо”. Разные группы населения относят себя к той или иной категории, руководствуясь разными принципами в отношении измеряемой и лежащей в основе переменной. К примеру, по данным отдельных обследований, в своих оценках лица с более высоким уровнем образования или дохода отмечают более низкие уровни состояния здоровья, чем лица с относительно более низким уровнем образования или дохода, несмотря на наличие более объективных показателей состояния здоровья, предполагающих обратное. В некоторых странах пожилые люди оценивают состояние своего здоровья так же высоко, как и лица более молодого возраста, несмотря на объективные данные, подтверждающие обратное.

Эту проблему можно рассматривать в разрезе картографирования при колебании соответствующих значений от лежащей в основе скрытой переменной, которая отражает уровень здоровья, до лежащих на поверхности безусловных результатов самооценки состояния здоровья, которые могут отличаться в зависимости от принадлежности к той или иной социально-демографической группе. В настоящее время ВОЗ занимается разработкой нескольких статистических методов корректировки произвольных различий в регистрируемых данных самооценки состояния здоровья, наблюдаемых при сопоставлении разных подгрупп населения. Первый из таких методов базируется на пробит-модели с иерархической структурой (НОПИТ), которая используется в связи с проведением вышеупомянутых тестов и кратких сюжетных зарисовок.

Результаты анализа репрезентативных подвыборок населения могут использоваться для оценки и введения поправок на произвольные различия в регистрируемых данных самооценки состояния здоровья. К тестам такого рода можно отнести таблицу Снеллена для определения остроты зрения и руководство по тестированию постуральной локомоции (PLM) для оценки подвижности. Вторая корректирующая методика основана

на использовании кратких сюжетных зарисовок, которые оказались особенно полезными в тех случаях, когда проведение обследований (тестов) затруднено, связано с большими расходами или, иными словами, непрактично.

В кратких сюжетных зарисовках дается гипотетическое описание индивидуального восприятия разных уровней, соответствующих конкретному параметру в состоянии здоровья. Респондентам предлагается классифицировать способности гипотетических персонажей заботиться о себе и отнести их к одной из предлагаемых категорий. Затем их просят оценить собственные способности в плане заботы о себе в соответствии с тем же перечнем категорий. Разные группы людей, как правило, по-своему классифицируют действия гипотетических персонажей сюжетных зарисовок, подспудно руководствуясь отличающимися друг от друга точками разделения по той или иной категории. В дальнейшем с помощью модели НОРПТ реакция респондентов на краткие сюжетные зарисовки используется для корректировки их ответов на вопросы о своем здоровье. Прогнозируемые значения откорректированных результатов измерений состояния здоровья, полученных на основании сюжетных зарисовок и данных самооценки при ответе на основной вопрос по параметру здоровья, можно применить на втором этапе в процессе корректировки систематической ошибки, характерной для данных самооценки состояния здоровья при ответах на вспомогательные вопросы с использованием композиционной модели НОРПТ⁸⁹.

Неравенство в области охраны здоровья

Поставленная цель заключается в оценке неравенства в ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ). В материалах WHR2000 приведены оценочные данные в отношении неравенства по выживанию детей на основании данных, полученных в результате проведения демографических обследований и обследований состояния здоровья в развивающихся странах, а также статистики естественного движения населения в развитых странах с распределением на небольшие территориальные единицы (районы, муниципалитеты и т.п.). По странам, по которым данных не было, соответствующие оценки получены на основании регрессионной модели. Пока всего лишь десять стран дали свое согласие представить информацию, объединяющую полицейские данные регистрации смерти с данными переписи населения или результатами обследования состояния здоровья населения. По этим странам можно будет провести оценку неравенства по показателю ОПЗЖ на основании полицейских учетных данных и затем сопоставить полученную оценку с той, которую удастся провести, используя данные по небольшим территориальным единицам в пределах страны. Такое сопоставление позволит откорректировать оценки, полученные по небольшим территориям в странах, где полицейские учетные данные отсутствуют. При верификации данного метода мы рассчитываем на сотрудничество со многими другими странами, чтобы получить либо сводные данные, либо данные о ситуации в небольших территориях; что касается других стран, то для оценки неравенства по показателю ОПЗЖ придется воспользоваться статистической моделью.

⁸⁹ Краткие сюжетные зарисовки также используются при контроле межстрановых различий в точках разделения при проведении обследований, связанных с отзывчивостью системы, о которых сказано ниже.

Уровень отзывчивости системы и распределение ее элементов

Поводом для критических высказываний в отношении приведенных в WHR2000 методов послужило то, что оценка отзывчивости системы основывалась на анализе ответов немногочисленных групп лиц из небольшого числа стран. Проводимое в настоящее время аналогичное обзорное обследование с участием многих стран в какой-то мере ориентировано на поиск путей получения достоверной и надежной информации по такому параметру, как отзывчивость. До настоящего времени репрезентативные обследования домашних хозяйств, в которых предусмотрено проведение или личного интервью, или почтового опроса, организованы в 68 странах (в некоторых из них параллельно практикуются оба метода). Кроме того, проводятся опросы среди основных “поставщиков” информации, благодаря чему можно будет строго проанализировать связь между ответами респондентов, участвующих в обследованиях разного типа. По сравнению с репрезентативными обследованиями домашних хозяйств, являющимися “золотым стандартом”, опросы основных “поставщиков” информации представляются более удобными, требуют меньше времени и не связаны с большими расходами. Программа проведения текущих обследований продемонстрирует, будут ли результаты обследований основных “поставщиков” информации соответствовать “золотому стандарту” и позволит ли такой малозатратный и более удобный метод обеспечить получение достоверных ответов.

Основные опасения по поводу методик проведения опросов в целях изучения опыта взаимодействия населения с системой здравоохранения связаны с тем, что у людей, представляющих разные культурные традиции или социально-экономические условия, могут быть разные ожидания. Это также вопрос межстрановой сопоставимости, о чем говорилось выше, и его суть, в частности, может быть сведена к тому, что различия в ответах могут отражать лишь особенности их ожиданий, а не колебания в индивидуальных оценках отзывчивости системы. Чтобы справиться с этой ситуацией, в проводимые ВОЗ обследования был привнесён такой важный и новаторский элемент, как краткие сюжетные зарисовки, в которых показана реакция гипотетического персонажа на ситуации, где обыгрываются аспекты отзывчивости. Допустим, воспроизводится ситуация посещения неким пациентом больницы, где нет свободных коек, или его случайно подслушали во время личной беседы с врачом. Респондентам предлагается отнести реакцию гипотетического персонажа на сложившуюся ситуацию к определенной категории с точки зрения степени отзывчивости системы. Затем, чтобы скорректировать различия в ожиданиях респондентов, полученная оценка используется для соотнесения с оценкой, которую они дают собственным суждениям. На данном этапе происходит анализ результатов обследований, состоявшихся вплоть до настоящего времени, чтобы убедиться, насколько точно краткие сюжетные зарисовки позволяют улавливать и корректировать различия в ожиданиях.

Справедливость финансовых взносов в охрану здоровья (СФВ)

В центре дискуссии вокруг показателя СФВ было три вопроса. Во-первых, некоторые комментаторы оспаривали идею о том, что людей действительно волнует принцип справедливости финансовых взносов в охрану здоровья. Во-вторых, в WHR2000

сведения о расходах домашних хозяйств приведены лишь по 23 государствам-членам, в связи с чем по остальным странам пришлось привести данные, полученные на основании прогнозов. В-третьих, были высказаны сомнения относительно того, что этот индекс полностью отражает озабоченность людей по поводу принципа прогрессивности в определении размера таких взносов.

Были предприняты активные меры по сотрудничеству с государствами-членами в целях уточнения характера обследований доходов и расходов населения, которые будут использоваться для оценки СФВ. В настоящее время данные обследований последних лет имеются по 70 странам, причем обследования в отдельных странах приходятся на разные годы, что в общей сложности позволяет иметь 96 наборов данных. Поиск данных по другим странам продолжается.

Существует два подхода к изучению вопроса о прогрессивности в размере взносов. В материалах WHR2000 финансовый взнос домашних хозяйств (ВДХ) определяется как частное от деления общих расходов на здоровье на фактическую сумму затрат, не относящихся к прожиточному минимуму. В эту сумму входят общие расходы домашнего хозяйства за минусом затрат на питание, которые считаются важнейшей статьёй расхода в пределах суммы прожиточного минимума бедных домашних хозяйств. Благодаря этому в индексе СФВ удается отразить принцип прогрессивности, поскольку более состоятельные домашние хозяйства тратят меньшую долю от общей суммы своих расходов на питание, чем это делают менее состоятельные домашние хозяйства. Однако и в этом есть все основания для критики ввиду того, что компонент расходов на питание не равнозначен прожиточному минимуму (это действительно так в случае состоятельных домашних хозяйств, приобретающих набор продуктов питания, многие наименования из которого не входят в прожиточный минимум), поэтому приводимый в знаменателе ВДХ в действительности не выражает суммы затрат, не относящихся к прожиточному минимуму. Следовательно, сумма ВДХ в размере, просчитанном для WHR2000, завывшала процент не относящихся к прожиточному минимуму доходов, который более состоятельные домашние хозяйства вносили в охрану здоровья.

В свою очередь, проводится анализ и других приводимых в знаменателе величин. В основе их всех лежит определение суммы прожиточного минимума в таких пределах, которые позволяют домашнему хозяйству преодолевать уровень бедности (1 долл. США в день в международных долларах по ценам 1985 г.). Эта сумма расходов была откорректирована по состоянию на год проведения обследования. В целях сравнения данных, собранных в ходе обследований, для конвертирования итоговой оценки в международных долларах в национальные денежные единицы принято использовать не всеохватывающий паритет покупательной силы (ППС), а ППС лишь в отношении продуктов питания. Определенная таким путем величина в знаменателе дает более прогрессивное значение СФВ, чем это сделано в WHR2000. Более того, в настоящее время предпринимаются усилия по апробации разных функциональных форм уравнения, с помощью которого рассчитывается индекс справедливости финансовых взносов, хотя все эти формы отличаются высоким коэффициентом корреляции.

Общая характеристика достижений

В материалах WHR2000 индекс суммарной оценки достижений был получен в виде взвешенной суммы балльных оценок по пяти отдельным показателям. На основании ответов, поступивших в результате обследования через систему Интернет от более 1000 респондентов (в основном медицинских работников), весовые оценки распределились следующим образом: уровень здоровья – 25%, неравенство в вопросах охраны здоровья – 25%, отзывчивость системы – 12,5%, неравенство в отношении отзывчивости – 12,5% и справедливость финансового взноса – 25%.

Вопрос о том, происходит ли варьирование этих весовых оценок в зависимости от конкретных условий на местах, является объектом изучения в рамках многочисленных национальных репрезентативных обследований. Предварительные аналитические данные говорят о том, что между странами наблюдаются определенные колебания по весовым оценкам, которые были присвоены поставленным целям, однако отмеченный до сих пор разброс не оказывает существенного влияния на характеристику достижений, связанных с деятельностью системы здравоохранения в странах (рис. 1).

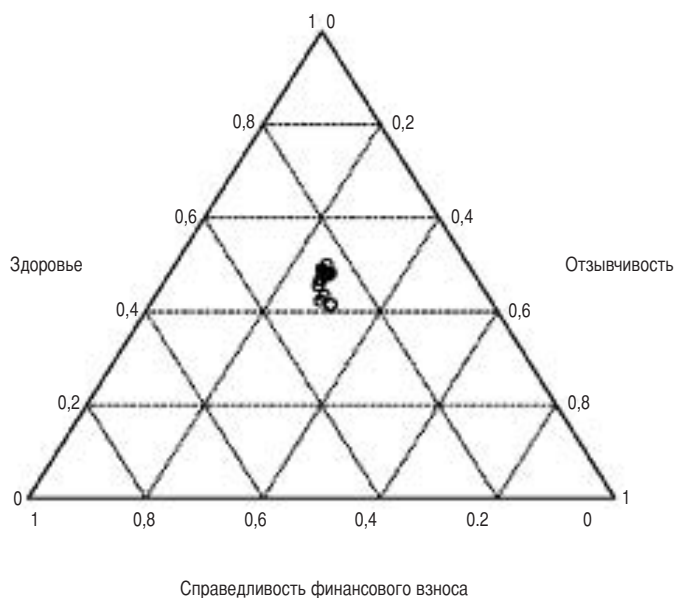


Рисунок 1. Разброс весовых оценок по отдельным целям: предварительные результаты обследования в 14 странах

Эффективность

Недавно состоялось техническое консультативное совещание по эконометрическим методам измерения эффективности систем здравоохранения. Участники совещания поддержали идею общей ориентации на использование пограничных производственных функций⁹⁰ оценки эффективности и активно выступили в поддержку необходимости разграничения вложений в производственный процесс от детерминантов достигнутых уровней эффективности. Вместе с тем, эксперты озвучили немало новаторских предложений относительно того, каким образом можно будет учитывать оценки производительности и детерминанты эффективности в рамках того же процесса проведения оценки, используя все еще находящиеся в стадии разработки методики.

⁹⁰ В процессе пограничного производственного анализа статистическим путем рассчитывается максимально возможный результирующий эффект, который можно обеспечить при определенных затратах, на основании анализа диапазона получаемых результатов деятельности систем здравоохранения при сопоставимых объемах вложений. Как только такая максимальная величина установлена, эффективность определяется в зависимости от интервала, отстоящего от этого максимума: чем ближе она к этой границе, тем выше эффективность системы здравоохранения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Статистические
таблицы

Таблица 1. Основные социально-экономические показатели и показатели здоровья для всех по государствам - членам Европейского региона ВОЗ, 2001 г. или последний год, по которому имеются данные

Государство-член	1. Примерная средне- годовая численность населения	2. ВВП на душу населения (ППС в долл. США)	3. Неравно- мерное распреде- ление доходов (Гини индекс)	4. Доля безработных (%)
Австрия	8075000	26072	23,1	6,70
Азербайджан	8097000	2850	36,0	1,30
Албания	3145000	3189		18,40
Андорра	64000			
Армения	3788000	2215	44,4	11,70
Беларусь	10148000	6876	21,7	2,10
Бельгия	10263000	26250	25,0	11,60
Болгария	7866000	5071	26,4	16,00
Босния и Герцеговина	4067000			11,90
Бывшая Югославская Респ. Македония	2044000	4651		32,20
Венгрия	9917000	12213	24,4	7,00
Германия	82008000	24951	30,0	9,70
Греция	10624000	16058	32,7	11,10
Грузия	5238000	2431	37,1	10,80
Дания	5332000	28354	24,7	5,40
Израиль	6173000	18440	35,5	8,80
Ирландия	3841000	28276	35,9	4,30
Исландия	281000	27658		2,30
Испания	39920000	19263	32,5	15,90
Италия	57503000	24540	27,3	10,60
Казахстан	16095000	4951	35,4	3,90
Кыргызстан	4986000	2573	40,5	3,00
Латвия	2406000	6264	32,4	7,80
Литва	3689000	6656	32,4	11,50
Люксембург	443000	45406	26,9	2,60
Мальта	392000	15189		5,00
Монако	30000			2,50
Нидерланды	15929000	27463	32,6	3,20
Норвегия	4488000	29508	25,8	3,40
Польша	38577000	9305	31,6	13,00
Португалия	10034000	17573	35,6	4,00
Республика Молдова	4285000	2037	40,6	2,10
Российская Федерация	144664000	7473	48,7	13,40
Румыния	22388000	6041	28,2	10,50
Сан-Марино	26000			4,10
Словакия	5404000	10591	19,5	18,80
Словения	1986000	15977	28,4	7,60
Соединенное Королевство	59541000	24135	36,1	6,00
Таджикистан	6135000	1031		2,70
Туркменистан	4835000	3347	40,8	
Турция	67632000	6815	41,5	6,60
Узбекистан	25257000	2251	33,3	0,40
Украина	49111000	3458	29,0	11,90
Финляндия	5178000	24841	25,6	9,80
Франция	59453000	23827	32,7	11,20
Хорватия	4655000	7387	29,0	17,00
Чешская Республика	10260000	14012	25,4	9,00
Швейцария	7170000	27407	33,1	2,70
Швеция	8833000	24402	25,0	4,70
Эстония	1377000	8355	37,6	13,70
Югославия	10538000			26,10

Источники данных. Графы 1–2, 4–5, 9: База данных по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ, январь 2002 г.; графы 3, 6–7: Доклад ПРООН о развитии человеческого потенциала, 2001 г.; графа 8: ЮНЕСКО.

5. Общие расходы на здравоохра- нение (в % от ВВП)	6. Черта бедности (50% от среднего уровня доходов) (1987–1997 гг.)	7. Черта бедности (доля населения <4 долл. США/день) (1993–1995 гг.)	8. Ожидаемая продолжи- тельность обучения в школе (годы)	9. Вероятность наступления смерти в возрасте до 5 лет
8,20	10,6		14,5	5,73
0,90				24,41
2,84				20,77
4,20				19,22
4,40		22,0		14,71
8,80	5,2		16,8	7,40
4,73		15,0	12,2	15,94
3,50				16,08
4,50			11,4	13,65
6,80		4,0	12,9	10,78
10,50	7,5		15,8	5,54
8,70			13,7	7,85
5,10			11,0	13,77
8,20	7,2		14,8	5,73
8,30	13,5			7,93
6,10	11,1		13,9	7,00
8,70			15,2	4,59
7,00	10,1			5,95
7,90	14,2			6,10
1,90		65,0		25,15
2,10		88,0		33,29
4,80		22,0	12,1	12,37
6,20		30,0		11,25
6,10	3,9			3,83
8,81			13,4	8,03
8,10	8,1		15,9	6,35
9,30	6,9		15,6	5,30
6,20		20,0	13,0	9,35
7,70			14,5	7,29
3,00		66,0		22,43
2,90		50,0		19,16
2,60		59,0	11,6	22,20
6,50		0,7		10,12
7,70		0,7		5,63
6,90	13,4		16,6	6,86
1,20				23,08
3,50		61,0		53,18
4,76			9,5	
3,00		63,0		35,66
4,20		63,0		15,49
6,80	5,2		16,0	4,52
9,40	8,0		15,5	5,53
9,04				8,40
7,30		0,8	12,8	5,19
10,40	9,3		14,1	6,04
7,90	6,6		15,2	4,29
6,10		37,0	12,6	12,32
7,58				

Государство-член	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)		
	1. Всего	2. Мужчины	3. Женщины
Австрия	70,3	68,1	72,5
Азербайджан	55,4	53,3	57,5
Албания	59,4	56,5	62,3
Армения	59,0	56,9	61,1
Беларусь	60,1	55,4	64,8
Бельгия	69,4	67,7	71,0
Болгария	63,4	61,0	65,8
Босния и Герцеговина	63,7	62,1	65,3
Бывшая Югославская Республика Македония	64,9	63,9	65,9
Венгрия	59,9	55,3	64,5
Германия	69,4	67,4	71,5
Греция	71,0	69,7	72,3
Грузия	58,2	56,1	60,2
Дания	69,5	68,9	70,1
Израиль	69,9	69,3	70,6
Ирландия	69,3	67,8	70,9
Исландия	71,2	69,8	72,6
Испания	70,6	68,7	72,5
Италия	71,2	69,5	72,8
Казахстан	54,3	50,5	58,1
Кыргызстан	52,6	49,6	55,6
Латвия	57,7	51,4	63,9
Литва	58,4	53,6	63,2
Люксембург	69,8	67,6	72,0
Мальта	70,4	68,7	72,1
Монако	71,7	69,4	73,9
Нидерланды	69,7	68,2	71,2
Норвегия	70,5	68,8	72,3
Польша	61,8	59,3	64,3
Португалия	66,3	63,9	68,6
Республика Молдова	58,4	55,4	61,5
Российская Федерация	55,5	50,3	60,6
Румыния	61,7	59,5	64,0
Сан-Марино	72,0	69,7	74,3
Словакия	62,4	59,6	65,2
Словения	66,9	64,5	69,3
Соединенное Королевство	69,9	68,3	71,4
Таджикистан	50,8	49,6	52,0
Туркменистан	52,1	51,2	53,0
Турция	58,7	56,8	60,5
Узбекистан	54,3	52,7	55,8
Украина	56,8	52,3	61,3
Финляндия	68,8	66,1	71,5
Франция	70,7	68,5	72,9
Хорватия	64,0	60,8	67,1
Чешская Республика	65,6	62,9	68,3
Швейцария	72,1	70,4	73,7
Швеция	71,4	70,1	72,7
Эстония	60,8	56,2	65,4
Югославия	64,3	63,3	65,4

Таблица 2. Сводные показатели достижения здоровья для всех по государствам - членам Европейского региона ВОЗ, 2000 г. или последний год, по которому имеются данные

Источники данных. Графы 1–5: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.; графы 6–8: База данных по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.

Источники данных. Колонки 1–5: Доклад о здравоохранении в мире, 2001 г.; колонки 6–8: База данных "Здоровье для всех", Европейское региональное бюро.

ОПЖ (годы) по данным моделирования ^а		Ожидаемая продолжительность жизни (годы) по традиционному методу расчета ^б		
4. Мужчины	5. Женщины	6. Всего	7. Мужчины	8. Женщины
74,9	81,4	78,7	75,6	81,5
61,7	68,9	71,6	68,7	74,4
64,3	72,9	74,8	72,0	78,0
64,4	71,2	75,7	73,5	78,1
62,0	74,0	69,0	63,4	74,8
74,6	80,9	77,0	73,6	80,5
67,4	74,9	71,7	68,5	75,1
68,7	74,7	72,7	69,5	76,0
70,2	74,8	73,4	71,2	75,7
66,3	75,2	71,5	67,2	75,8
74,3	80,6	78,1	74,9	81,0
75,4	80,8	78,3	75,8	80,8
65,7	71,8	74,7	71,9	77,4
74,2	78,5	76,7	74,2	79,2
76,6	80,6	78,3	76,1	80,4
74,1	79,7	76,3	73,5	79,2
77,1	81,8	79,0	76,4	81,6
75,4	82,3	78,7	75,2	82,3
76,0	82,4	79,1	75,8	82,2
58,0	68,4	65,7	60,2	71,6
60,0	68,8	67,8	63,8	72,0
64,2	75,5	70,6	65,0	76,2
66,9	77,2	72,9	67,6	78,0
73,9	80,8	78,6	75,0	81,9
75,4	80,7	78,2	76,0	80,3
76,8	84,4			
75,4	81,0	78,1	75,4	80,6
75,7	81,4	78,5	75,6	81,5
69,2	77,7	74,0	69,8	78,1
71,7	79,3	75,5	71,9	79,1
63,1	70,5	67,8	64,0	71,4
59,4	72,0	65,4	59,2	72,4
66,2	73,5	71,2	67,8	74,8
76,1	83,8			
69,2	77,5	73,4	69,3	77,6
71,9	79,4	75,8	71,8	79,5
74,8	79,9	77,6	75,1	80,0
60,4	64,7	71,8	69,8	73,8
60,0	64,9	66,1	62,5	69,8
66,8	72,5	69,5	67,0	72,1
62,1	68,0	68,7	66,1	71,2
62,6	73,3	67,9	62,3	73,6
73,7	80,9	77,6	73,8	81,3
75,2	83,1	78,9	75,0	82,7
69,8	77,7	73,0	69,1	76,7
71,5	78,2	75,2	71,8	78,6
76,7	82,5	79,5	76,4	82,3
77,3	82,0	79,6	77,0	82,2
65,4	76,5	71,0	65,5	76,4
69,8	74,7			

^а Наилучшая возможная оценка ВОЗ таблицы вероятности дожития по каждой стране с использованием спец. разработанной системы образцовых таблицы вероятности дожития.

^б Подсчитано на основе официальных данных о (народо)населении и смертности (метод Вислера).

Государство-член	Численность медработников на 100 000 населения		
	1. Врачи	2. Стоматологи	3. Фармацевты
Австрия	308,27	47,77	55,88
Азербайджан	360,72	27,76	29,50
Албания	133,22	8,69	2,70
Андорра	254,90	65,24	97,11
Армения	298,66	26,22	3,37
Беларусь	457,94	44,83	31,96
Бельгия	413,70	68,27	144,78
Болгария	336,91	82,96	12,48
Босния и Герцеговина	142,23	19,21	10,07
Бывшая Югославская Республика Македония	219,85	55,72	15,35
Венгрия	361,42	57,83	48,93
Германия	358,40	76,77	58,27
Греция	434,07	114,36	69,15
Грузия	473,10	37,06	10,24
Дания	283,52	85,63	50,14
Израиль	376,65	113,78	62,23
Ирландия	249,25	53,16	77,07
Исландия	336,20	100,71	83,87
Испания	328,80	40,98	78,73
Италия	567,20	57,36	104,88
Казахстан	329,23	26,59	18,70
Кыргызстан	282,33	26,82	2,80
Латвия	320,35	53,86	
Литва	379,75	66,19	59,40
Люксембург	248,80	64,31	68,48
Мальта	262,66	40,27	182,97
Монако	664,29	121,43	217,86
Нидерланды	322,18	47,60	18,75
Норвегия	469,61	114,94	33,39
Польша	226,43	34,30	52,33
Португалия	317,94	37,73	78,06
Республика Молдова	317,98	37,35	67,50
Российская Федерация	419,27	32,01	7,08
Румыния	188,87	22,21	7,08
Сан-Марино	251,70	36,36	52,10
Словакия	323,16	47,81	41,57
Словения	215,25	60,42	34,96
Соединенное Королевство	163,93	39,83	58,21
Таджикистан	209,62	17,03	10,99
Туркменистан	300,34	21,62	33,47
Турция	127,44	21,88	34,30
Узбекистан	297,72	20,73	2,73
Украина	300,44	39,57	46,74
Финляндия	307,28	92,62	147,99
Франция	328,37	68,62	102,18
Хорватия	238,26	67,88	48,89
Чешская Республика	336,86	64,81	49,25
Швейцария	336,31	48,80	63,38
Швеция	310,87	152,12	67,41
Эстония	322,36	74,13	59,37
Югославия	213,17	38,46	18,71

Таблица 3. Показатели систем здравоохранения по всем государствам - членам Европейского региона ВОЗ, 2000 г. или последний год, по которому имеются данные

Источник данных. База данных по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.

4. Мед- сестры	Расходы на здравоохранение		Предотвращаемая смертность (смертей на 100 000 населения)			10. Перинатальная смертность на 1000 живорожденных
	5. Всего на душу населения	6. Государ-ственные расходы в % от общих расходов	7. Туберкулез	8. Диабет	9. Аппендицит	
583,12	2014,00	72,10	0,72	11,42	0,11	3,87
745,86	45,60		17,85	22,31	0,14	12,42
367,64	79,18	100,00	1,10	4,76	0,02	11,50
314,08						1,32
420,71	85,68		4,71	39,85	0,24	16,33
1225,80	295,67	94,10	8,77	7,05	0,19	6,14
1075,11	2181,00	71,30	0,86	11,22	0,12	6,96
461,95	214,41	100,00	3,44	19,07	0,06	12,16
448,93		100,00	8,72	22,70	0,45	
515,36	260,46	93,90	4,98	30,15	0,15	15,82
286,20	830,48	73,50	3,42	18,06	0,26	10,04
930,43	2476,00	75,30	0,54	16,26	0,14	6,07
256,51	1397,05	52,50	0,57	4,45	0,03	8,77
470,68	104,53	8,20	6,44	16,20	0,07	24,03
937,37	2325,03	81,90	0,66	16,28	0,43	6,09
590,36	1530,52	71,00	1,53	44,57	0,12	8,35
1701,63	1508,00	77,10	1,43	10,70	0,20	10,59
869,18	2287,00	84,80	0,34	7,96	0,00	3,70
372,20	1194,00	76,40	1,13	15,97	0,12	5,57
296,15	1905,00	72,30	0,70	18,85	0,09	6,44
567,84	103,97	95,70	30,81	13,16	0,32	15,99
721,45	54,03	96,80	28,79	14,49	0,18	12,88
518,11	325,73	75,10	11,78	7,99	0,55	9,26
758,12	412,67	71,30	9,96	6,01	0,23	8,27
756,44	2543,00	92,90	0,68	9,01	0,23	6,78
1099,81	1262,21	53,50	1,04	23,05	0,59	4,60
1621,43						12,15
1320,98	2224,50	73,20	0,60	16,29	0,15	7,89
1996,19	2612,00	75,80	0,82	10,29	0,12	4,34
526,73	535,00	75,10	2,96	13,43	0,24	10,84
378,67	1203,00	66,90	3,17	25,51	0,16	5,46
768,81	59,07	11,30	18,01	11,69	0,23	15,23
794,60	209,24		20,06	7,37	0,42	11,97
401,94	146,85	100,00	9,56	7,47	0,19	12,10
507,70						0,00
747,68	709,60	90,30	1,03	13,96	0,25	6,57
693,12	1230,23	86,00	1,25	16,93	0,49	4,89
497,20	1569,00	83,30	0,62	7,77	0,18	8,23
460,80	12,49		13,22	15,82	0,28	21,27
586,90	48,57		27,80	19,99	0,46	17,11
240,26	316,00	71,93				
1011,49	65,28		19,45	20,26	0,20	10,31
781,03	107,20	92,00	22,31	6,22	0,19	9,56
2178,73	1547,00	75,70	1,52	8,00	0,13	3,65
672,45	2125,00	78,10	1,42	10,12	0,16	6,99
505,71	357,98	100,00	3,68	18,56	0,11	9,37
919,81	1022,88	91,40	1,06	11,20	0,19	4,01
778,94	2794,00	73,40	0,43	15,29	0,13	6,23
831,10	1732,00	83,80	0,62	10,53	0,15	4,67
632,52	543,08	77,10	9,80	7,64	0,25	6,64
448,53						13,59

Определения показателей, включенных в таблицы

ВВП на душу населения (ППС в долл. США)

Размер валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения, выраженный в величине паритета покупательной силы (ППС) и скорректированный не в зависимости от официального обменного курса, а от относительной покупательной силы внутри страны национальной валюты по сравнению с долларом США. Соответствующие коэффициенты (ППС) определяются периодически с учетом стоимости стандартного набора товаров. Отражает совокупную стоимость товаров и услуг, предложенных конечному потребителю и созданных национальной экономикой независимо от принадлежности к отечественным или иностранным активам.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Вероятность наступления смерти в возрасте до 5 лет

Число смертей в возрасте до 5 лет на 1000 живорожденных.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Общие расходы на здравоохранение (в % от ВВП)

В эту категорию входят следующие расходы: медицинские расходы семей; обеспечиваемые государством медицинские услуги (предоставляемые в школах, тюрьмах и т.д.); инвестиции в клиники, лаборатории и т.д.; административные расходы; научные исследования и опытно-конструкторские разработки; производственная медицина; расходы благотворительных организаций и обществ взаимопомощи.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)

См. Приложение 1.

Ожидаемая продолжительность обучения в школе (годы)

Суммарное число лет обучения в школе, в течение которых ребенок определенного возраста может проучиться в будущем, если исходить из предположения о том, что вероятность его или ее поступления в школу в каком-либо конкретном возрасте равняется нынешней доле учащихся в данной возрастной группе.

Источник: UNESCO Institute for Statistics (<http://www.uis.unesco.org/en/stats/stats0.htm>, взято с вебсайта 29 мая 2002 г.).

Показатель неравномерного распределения доходов (Гини индекс)

Позволяет измерять степень отклонения реального распределения дохода (или уровня потребления) от идеально равного распределения между индивидуумами или домашними хозяйствами в отдельно взятой стране. Величина 0 соответствует идеальному равенству, а величина 100 – полному неравенству.

Источник: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, pp. 252–253.

Показатель перинатальной смертности на 1000 живорожденных

Число случаев смерти плодов с массой тела (≥ 1000 г) и число умерших в раннем неонатальном периоде (в течение семи дней) на 1000 родов (живорожденные + мертворожденные).

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Предотвращаемая смертность (смертей на 100 тыс. населения):**туберкулез, диабет, аппендицит**

Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) в связи с причинами смерти, условно отнесенными к категории “предотвращаемых” (болезни, в отношении которых имеются достаточно глубокие медицинские познания, чтобы предотвратить практически все летальные исходы среди более жизнеспособных возрастных групп населения), т.е. представляет собой ту величину, какой бы мог соответствовать общий коэффициент, если бы структура распределения населения по возрасту была приведена к составу населения Европы, принятому за стандартный.

Источник: HOLLAND, W.W. *European Community atlas of “avoidable death”*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1991.

Процент (доля) безработных (в %)

Доля официально зарегистрированных безработных в среднем за год от общей численности рабочей силы. В категорию “безработные” входят все лица старше определенного возраста, которые в течение рассматриваемого периода: “не имели работы”, “были готовы приступить к работе” или “занимались поиском работы”.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Расходы на здравоохранение: государственные расходы в % от общей суммы расходов на здравоохранение

К этой категории относятся текущие и капитальные затраты из государственных (центрального и местных) бюджетных источников, внешние заимствования и гранты (включая добровольные пожертвования по линии международных учреждений и неправительственных организаций), а также взносы в фонд социального (или обязательного) медицинского страхования. С учетом частных расходов на здравоохранение получают общую сумму расходов на здравоохранение.

Источник: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, pp. 252–253.

Расходы на здравоохранение: общие на душу населения

Сумма государственных и частных расходов (выраженная в ППС в долл. США), поделенная на численность населения. Расходы на здравоохранение включают стоимость медицинского обслуживания (лечебно-профилактические услуги) и мероприятий, связанных с планированием семьи, организацией лечебного питания и оказанием скорой и неотложной помощи, но не включают в себя расходы на водоснабжение и санитарно-профилактические мероприятия.

Источник: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report, 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, p. 253.

Среднегодовая численность населения

Оценка численности проживающего в стране населения (de jure) по состоянию на 1 июля данного календарного года; обычно этот показатель рассчитывается как среднее значение показателей по состоянию на конец года.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Черта бедности (50% от среднего уровня дохода)

Доля населения, проживающего ниже официально установленной черты бедности: 50% от среднего уровня дохода, 50% от среднего уровня дохода домашнего хозяйства после уплаты налогов.

Источник: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, p. 253.

Черта бедности (доля населения с уровнем дохода < 4 долл. США/день)

Доля населения, живущего ниже официально установленной черты бедности: 4 долл. США в день в ценах на международном рынке, скорректированных по паритету покупательной силы.

Источник: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 2001*. Oxford, Oxford University Press, 2001, p. 253.

Численность медицинского персонала на 100 тыс. населения: врачей, стоматологов, фармацевтов, медсестер

Квалифицированный персонал, имеющий юридическое право заниматься деятельностью, связанной с укреплением здоровья, профилактикой заболеваний, уходом за больными и их реабилитацией.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Правительства стран и лица, формулирующие политику, все глубже начинают осознавать, что доступность информации позволяет совершенствовать практику выработки стратегически важных решений. Кроме того, лица, формулирующие политику в разных государствах-членах, все чаще понимают, что перед ними стоят общие проблемы, и что они могут извлечь полезные уроки из международного опыта, который позволяет пролить дополнительный свет на конкретную ситуацию в их странах. При этом задача особой сложности, стоящая перед Региональным бюро, состоит в том, чтобы, опираясь на накопленные данные и приобретенный опыт, можно было способствовать обмену этим опытом и в конечном итоге добиться реальной сопоставимости получаемых данных и показателей на уровне разных стран.

Доклад о состоянии здравоохранения в Европе отвечает уставному требованию, суть которого сводится к предоставлению государствам-членам важнейшей информации по вопросам общественного здравоохранения. В докладе представлено масштабное и одновременно краткое описание состояния здравоохранения и детерминантов здоровья в Регионе и обозначены направления деятельности в области общественного здравоохранения для государств-членов и специалистов по здравоохранению европейских стран. Особый акцент на страницах доклада ставится на конкретные фактические данные, которые могут оказаться полезными для лиц, принимающих решения в сфере общественного здравоохранения. Роль этого документа в том, чтобы в сжатом виде обобщить и предложить вниманию государств-членов тот объем информации, который был сформирован, накоплен и “апробирован” в процессе взаимодействия Регионального бюро с государствами-членами по ключевой тематике и вопросам общественного здравоохранения в Европе в контексте системы ценностей и принципов ВОЗ как “единой Организации”.

Мерилом успеха этой публикации будет ее высокая оценка и практическое использование государствами-членами в их работе по совершенствованию своей политики и систем здравоохранения.



ISBN 92 890 4365 2
42 шв. фр.

ЕВРОПА

Региональные публикации ВОЗ,
Европейская серия, № 97

