



ЕВРОПА

**Охрана здоровья в условиях экономического кризиса:
задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ**

Осло, Норвегия, 1–2 апреля 2009 г.

**25 апреля 2009 г.
91029**

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Отчет о совещании

Ключевые слова

ECONOMICS
HEALTH STATUS
SOCIOECONOMIC FACTORS
DELIVERY OF HEALTH CARE – trends
EUROPE

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

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

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Резюме.....	1
Введение.....	3
Цели и задачи совещания	3
Последствия экономического кризиса для систем здравоохранения и здоровья населения в государствах-членах Европейского региона ВОЗ.....	5
Важнейшие последствия для общества и систем здравоохранения.....	5
Экономический кризис и социальные детерминанты здоровья	9
Укрепление здоровья и систем здравоохранения в условиях кризиса.....	11
Цели развития тысячелетия	11
Финансовые и кадровые аспекты кризиса; влияние на миграцию работников здравоохранения	11
Защита общественного здоровья путем укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.....	13
Стратегии преодоления медико-санитарных последствий кризиса	15
Рекомендации	17
Приложение 1. Программа	20
Приложение 2. Список участников	24

Резюме

1 и 2 апреля 2009 г. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) совместно с Министерством здравоохранения и социального обеспечения Норвегии и Норвежским директором здравоохранения провели в г. Осло совещание с целью рассмотрения вопроса об охране здоровья в условиях экономического кризиса и, в частности, о последствиях нынешнего кризиса для стран, входящих в Европейский регион ВОЗ. Этому предшествовало консультативное совещание высокого уровня по проблемам финансового кризиса и глобального здравоохранения, состоявшееся 19 января 2009 г. в Женеве в связи с проведением 124-й сессии Исполнительного комитета ВОЗ. Дискуссии по этим проблемам будут продолжены в мае 2009 г. на Шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и в сентябре 2009 г. на пятьдесят девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.

Всего в работе совещания приняли участие 168 человек, которые представляли 39 из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ, в том числе министры, заместители или помощники министров и главные медицинские специалисты.

Первый день совещания был посвящен обсуждению воздействия экономического спада на системы здравоохранения, здоровье населения и социальные детерминанты здоровья в государствах-членах Европейского региона ВОЗ. Во второй день участники рассматривали прогресс в достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, в контексте текущего кризиса, его финансовых и кадровых аспектов и влияния на миграцию медицинских работников, а также пути охраны здоровья населения посредством укрепления систем здравоохранения.

В заключение участники совещания кратко обрисовали стратегии по преодолению медико-санитарных последствий нынешнего кризиса. Был сформулирован целый ряд важнейших рекомендаций.

1. Распределять материальные блага на основе принципов солидарности и справедливости.

Во всех странах Европы органы здравоохранения обеспокоены тем, что при нынешней экономической системе материальные блага не распределяются исходя из принципов солидарности и справедливости, и это препятствует улучшению здоровья населения. Руководители здравоохранения призывают осуществить такие изменения экономической системы, которые способствовали бы улучшению здоровья.

2. Увеличивать объемы официальной помощи на цели развития (ОПР) с тем, чтобы защитить наиболее уязвимых

Наиболее бедные страны являются и наиболее уязвимыми в плане ухудшения здоровья населения в условиях кризиса. Нынешний кризис требует увеличения, а не сокращения объемов ОПР.

3. Инвестировать в здоровье, чтобы повышать благосостояние; защищать бюджеты здравоохранения

Инвестиции в здоровье – это вклад в развитие человеческого потенциала, социальное благополучие и экономическое благосостояние людей. Улучшение здоровья

позволяет улучшить социальное обеспечение. Инвестиции в здравоохранение ведут к экономическому благосостоянию. Необходимо защищать бюджеты здравоохранения, сохранять страховое покрытие лечения и кадры специалистов в течение всего времени экономического спада. Включать инвестиции, связанные с охраной здоровья и окружающей среды, в планы экономического восстановления.

4. "Каждый министр – это министр здравоохранения"

Способствовать практической реализации принципа "интересы здоровья во всех стратегиях". Учитывать влияние всех политических реформ на здоровье и распределение материальных благ.

5. Сохранить услуги общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, дающие реальный эффект при наименьших затратах

Если будут сокращены расходы на здравоохранение, необходимо:

- сохранить расходы на программы общественного здравоохранения;
- сохранить расходы на первичную медико-санитарную помощь;
- сократить расходы на услуги, наименее эффективные с точки зрения затрат. Как правило, такие услуги входят в число наиболее высокотехнологичных, наиболее дорогостоящих услуг, предоставляемых в стационарах. Отложить осуществление планов капитальных вложений, предусматривающих установку дорогостоящего оборудования, и способствовать более широкому применению непатентованных лекарственных препаратов.

6. Добиваться проведения в жизнь принципа "больше денег на нужды здравоохранения и больше здоровья за потраченные деньги"

Добиваться того, чтобы на нужды здравоохранения выделялось больше денег и чтобы на выделенные деньги обеспечивалось улучшение состояния здоровья. Улучшать качество посредством прозрачного мониторинга и оценки показателей деятельности. Укреплять медицину на доказательной основе и повышать безопасность медико-санитарных услуг.

7. Укреплять базу всеобщего доступа к программам социальной защиты

Использовать кризис как возможность принятия более согласованных мер по укреплению базы всеобщего доступа к программам социальной защиты.

8. Обеспечивать всеобщий доступ к услугам здравоохранения

Использовать кризис как возможность обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Обеспечить систему социальных гарантий для наиболее уязвимых социальных групп.

9. Способствовать применению всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов

Стремиться к обеспечению справедливости в финансировании услуг здравоохранения посредством применения всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов.

10. Рассмотреть вопрос о введении или повышении налогов на табачные изделия, алкоголь, сахар и соль

Рассмотреть возможность укрепления здоровья населения путем проведения реформ общественного здравоохранения, в ходе которых были бы осуществлены меры

структурного характера. Например, повысить налоги на табачные изделия, алкоголь и продукты с высоким содержанием сахара или соли. Это могло бы помочь обеспечить финансирование систем социальной защиты и одновременно положительно воздействовать на здоровье населения.

11. Усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и обеспечивать соблюдение этических принципов при найме на работу

Мы должны признать, что даже при нынешнем кризисе сегодня не хватает кадров медицинских специалистов и что в будущем потребности в медицинских кадрах будут расти. Необходимо усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и местных работников здравоохранения сообразно с условиями на местах. Использовать кризис как возможность привлечения новых медицинских работников. Продолжать поддержку разработки этических норм и правил найма на работу в разных секторах и разных странах.

12. Поощрять активное участие общественности в разработке мер по смягчению последствий экономического кризиса для здравоохранения

Органы здравоохранения призывают к более активным консультациям с общественностью и к более активному ее участию в выработке, реализации и мониторинге исполнения решений, касающихся кризиса. Участие общественности может быть непосредственным (публичные дебаты, консультации с общественностью) или опосредованным, через представительные организации, объединения и профсоюзы.

На ссылке http://www.euro.who.int/healthsystems/econcrisis/20090316_1 можно получить доступ к трансляции совещания по Интернету на английском и русском языках, а также к дополнительной информации и справочно-аналитическому документу.

Введение

1 и 2 апреля 2009 г. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) совместно с Министерством здравоохранения и социального обеспечения Норвегии и Норвежским директором здравоохранения провели в г. Осло совещание с целью рассмотрения вопроса об охране здоровья в условиях экономического кризиса и, в частности, о последствиях нынешнего кризиса для стран, входящих в Европейский регион ВОЗ.

Цели и задачи совещания

Нынешний экономический кризис будет иметь самые разнообразные проявления и долгосрочные последствия: скорое восстановление экономического роста представляется маловероятным, а проблема задолженности может еще долго сдерживать оздоровление государственных финансов. На фоне замедления экономического развития и быстрого роста безработицы условия жизни миллионов людей и семей в Европейском регионе ВОЗ, равно как и база денежных поступлений программ здравоохранения и социальной защиты оказываются под серьезной угрозой ухудшения или уже ухудшились. Для преодоления кризиса потребуется предпринять своевременные, строго целенаправленные, полностью согласованные усилия. Как было указано на Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения "Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние" (Таллинн, Эстония, июнь 2008 г.), ответные меры по преодолению кризиса должны включать инвестирование в здравоохранение.

С учетом вышеизложенного, цели совещания состояли в следующем:

- проанализировать ситуацию в Европейском регионе ВОЗ, обозначив наиболее серьезные факторы риска для здоровья и систем здравоохранения и основные возможности для принятия мер;
- обсудить варианты стратегий по преодолению негативных последствий экономического кризиса для систем здравоохранения и здоровья населения в государствах – членах Региона с низким, средним и высоким уровнем доходов;
- определить меры, касающиеся здоровья населения и систем здравоохранения, которые могли бы быть приняты в краткосрочном и среднесрочном плане для противодействия экономическому спаду и, в более долгосрочной перспективе, для содействия в решении некоторых структурных проблем, с которыми сталкиваются европейские страны.

Со словами приветствия к участникам совещания обратился министр здравоохранения и социального обеспечения Норвегии г-н Vjarne Nåkon Hanssen, который указал, что в настоящий период времени, и без того уже отмеченный естественным движением населения и изменениями в бремени болезней, все страны также испытывают влияние нынешнего экономического кризиса, хотя и в разной степени. Вложение средств в здоровье – это вложение в благосостояние, и нынешний кризис открывает уникальную возможность переосмыслить приоритеты в области здравоохранения и реорганизовать системы здравоохранения. Первичное звено медико-санитарной помощи – один из ключевых элементов любой системы здравоохранения – нуждается в восстановлении с тем, чтобы обеспечить всеобщий доступ к приемлемым по стоимости услугам здравоохранения. Министр выразил надежду на то, что в ходе совещания будут определены пути и средства достижения максимально высокого уровня здоровья для всех.

В своем вступительном слове директор Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Marc Danzon подчеркнул, что некоторые страны, видимо, уже сегодня сталкиваются с последствиями экономического кризиса для здоровья людей в виде роста нарушений психического здоровья (стресс, тревога и депрессия) и физической симптоматики (сердечные заболевания, расстройства пищеварительной системы) при том, что официальная статистика затрудняется в выявлении этих последствий. Он предложил участникам совещания сосредоточить внимание на выработке практических рекомендаций в пяти направлениях:

- принятие незамедлительных ответных мер по преодолению чрезвычайной ситуации с тем, чтобы системы здравоохранения могли продолжать работать с прежней эффективностью;
- принятие мер более долгосрочного характера, в которых учитываются физические тенденции и тенденции в обществе (проблемы окружающей среды и старение населения) и обращается внимание на такие области, как подготовка кадров и усиление роли специалистов здравоохранения;
- более ясное понимание сильных и слабых сторон управления системами здравоохранения как один из путей обеспечения положительного вклада систем здравоохранения во время кризиса и после его окончания;
- важнейшие элементы первичной медико-санитарной помощи, всеобщий доступ к системам здравоохранения и прогресс в достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия;

- международная солидарность.

Выступившая перед участниками совещания по телевизионному каналу связи Генеральный директор ВОЗ д-р Margaret Chan признала резко возросшую степень взаимозависимости между странами и согласилась с тем, что экономический кризис не щадит и Европейские государства-члены. Разрабатываемые ныне пакеты мер по спасению финансовой системы – это "оружие массового отчаяния", однако у системы здравоохранения уже накоплен богатый опыт принятия ответных мер в чрезвычайных ситуациях и реализации стратегий снижения риска. В Европейском регионе ВОЗ существует давняя традиция солидарности и повышенного внимания к социальной сплоченности. Такой подход, ориентированный на поддержку малообеспеченных, в сочетании с теми мощными инструментами, которые заложены в Таллиннской хартии и содержатся в докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья, по словам д-ра Chan, дает ей все основания для уверенности в том, что совещание будет плодотворным.

Последствия экономического кризиса для систем здравоохранения и здоровья населения в государствах-членах Европейского региона ВОЗ

Важнейшие последствия для общества и систем здравоохранения

Выступая с речью, которая послужила введением в первое заседание, министр иностранных дел Норвегии г-н Jonas Gahr Støre подчеркнул, что для сектора здравоохранения одна из самых больших трудностей заключается в том, чтобы "в своем мышлении выбраться из узких рамок чистого здравоохранения", как сделала в свое время бывшая Генеральным секретарем ВОЗ д-р Gro Harlem Brundtland, когда своим главным приоритетом избрала борьбу с бедностью. В 2006 г. министр Jonas Gahr Støre вместе с бывшим министром иностранных дел Франции д-ром Philippe Douste-Blazy и другими коллегами выступил с глобальной инициативой в сфере здравоохранения и внешней политики, которая была направлена на рассмотрение ключевых элементов внешней политики и стратегии развития через призму здравоохранения как фактора, определяющего все остальное. Помимо таких многоплановых подходов, охватывающих многие секторы, экономический кризис требует внедрения инноваций в механизмы финансирования, как, например, налог солидарности на авиабилеты для того, чтобы оплачивать фармацевтические препараты, о чем позднее говорил д-р Douste-Blazy, выступая в качестве исполнительного директора ЮНИТЭЙД - международного центра по закупкам лекарственных препаратов. Аналогичным образом, Норвегия активно участвует в деятельности Специальной рабочей группы высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения, которую возглавляют премьер-министр Соединенного Королевства Gordon Brown и президент Всемирного банка Robert Zoellick.

Один из трех основных докладчиков в первой части первого заседания профессор Alan Maynard (университет Йорка, Соединенное Королевство) отметил, что экономический кризис повышает значимость двух вопросов, занимающих центральное место в процессе принятия решений – концепции цены альтернативных решений или упущенных возможностей (лечение одного больного или вложение средств в одну программу лишает возможности пролечить других больных или выделить средства на другие цели) и необходимости сосредоточивать внимание на ценности и определять выгоды выбранного лечения или вложения средств. Общеизвестно, что определенная часть лечебной практики в том виде, в каком она ведется сегодня, не имеет доказанной

клинической пользы и эффективности в сопоставлении с затратами на ее ведение. В течение многих десятилетий в клинической практике наблюдаются большие различия, которые, тем не менее, игнорируются руководителями и директивными органами. Некоторые виды медико-санитарной помощи небезопасны: коэффициент ошибок в процессе оказания стационарной помощи достигает 10%, а оценок исходов лечения с точки зрения отсрочки наступления смерти или улучшения физического или психического функционирования недостаточно. Неудовлетворительно проводится также оценка формирования политики. В период надвигающегося экономического спада едва ли сократится неравенство в доходах и благосостоянии. Экономические проблемы приведут к тому, что нормирование станет еще более явным, и еще раз подчеркнут необходимость установить приоритеты в инвестиционной политике.

Профессор Guillem López-Casasnovas (университет им. Помпеу Фабра, Каталония, Испания) подробно охарактеризовал некоторые экономические и социальные последствия кризиса. Прогнозируется, что в целом экономика в зоне, избравшей в качестве своей валюты евро (€), сократится в 2009 г. на 2,5%, а уровень безработицы поднимется до 9,1% (в некоторых странах он будет намного выше). В ответ на финансовый кризис правительства обязались выделить 2,5% валового внутреннего продукта (ВВП) зоны евро на вливания капиталов и другие меры поддержки, увеличивающие задолженность, и 1,5% ВВП зоны евро на налогово-бюджетное стимулирование. В результате ожидается, что дефицит государственных бюджетов возрастет с 1,7% ВВП в 2008 г. до 4,0% в 2009 г. и до 4,4% в 2010 г. Однако реакция экономики на различные налогово-бюджетные стимулы будет зависеть, скорее всего, от целого ряда институциональных факторов (неэластичность рынка, существование гарантий социального обеспечения) и от ее размеров и открытости.

На уровне физических лиц кризис повлияет на многие социальные детерминанты здоровья, такие как доходы, занятость, образование, питание, корпоративное поведение (например, маркетинг и ценообразование) и налогообложение. Влияние кризиса зависит от размеров семейного имущества, основных моделей поддержки семьи и социального обеспечения, роли иммиграции и т.д. Больше, чем когда-либо ранее, необходимо проявлять избирательность в выборе стратегий, разрабатываемых специально для конкретных групп риска, добиваясь при этом правильного соотношения между государственными расходами, расходами общества и частным финансированием и одновременно соблюдая принцип справедливости в распределении общественных благ между поколениями (элементом, который должен учитываться при выработке новых государственных стратегий, должны быть различия в объемах получаемых благ, а не их средняя величина). В целом регрессивность в создании ресурсов за счет повышения размеров косвенных налогов должна компенсироваться более избирательными и прогрессивными стратегиями в отношении государственных расходов. Тем не менее, убедительных фактических данных о взаимосвязях, наблюдавшихся в прошлом, по-прежнему недостаточно: необходим дополнительный анализ эпидемиологических и макроэкономических аспектов социальных факторов с использованием метода "различия в различиях".

С другой стороны, имеются убедительные доказательства связей между здоровьем и экономическим ростом в менее развитых странах: бедность влияет на здоровье, а состояние здоровья влияет на бедность. В контексте этой зависимости правительства этих стран должны отойти от системы оплаты наличными непосредственно пользователями услуг и перейти к избирательным, финансируемым за счет государства программам

медико-санитарной помощи и организованным системам медицинского страхования. Развитым странам, возможно, понадобится изменить соотношение между расходами общества на медицинскую помощь (регулируемыми государством взносами граждан и местных сообществ), государственными бюджетами, формируемыми за счет общего налогообложения, и чисто частными добровольными платежами. Во всех случаях правительствам нужно будет принимать меры против ощущения тревоги и социальной изоляции, возникающего у людей вследствие потери работы, а также против бедности, разрушения человеческого капитала в результате безработицы и нездоровых изменений в рационе питания и поведении людей.

Министр здравоохранения Сербии профессор Tomica Miloslavjević – третий основной докладчик на первом заседании – описала трудности, с которыми сталкивается сербская система здравоохранения при выполнении функции стратегического лидера в условиях нынешнего финансово-экономического кризиса. Страна становится все более уязвимой, и тот значительный прогресс, который наблюдался в 2003-2007 гг., в настоящее время прекратился: прогнозные показатели роста ВВП пересматриваются в сторону снижения, хозяйственная активность падает, а безработица растет. Это ведет к уменьшению взносов в систему социального медицинского страхования и сокращению бюджетов учреждений здравоохранения.

Ответные меры, предпринимаемые системой здравоохранения, строятся на нескольких принципах:

- сохранять солидарность, обеспечивать справедливое перераспределение финансового бремени здравоохранения;
- защищать наиболее уязвимые группы населения;
- добиваться более рациональной организации работы системы здравоохранения, опираясь на уже достигнутые результаты ее реформирования;
- защищать и продолжать инвестиции в здравоохранение.

Таким образом, были, в частности, внесены коррективы в ставки совместных платежей, и был принят закон об отмене задолженностей государственных и частных компаний по взносам на медицинское страхование. Программы профилактики и общественного здравоохранения защищены с помощью внешних источников ресурсов – например, Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Всемирного банка и Европейского Союза. Будет укрепляться фискальная дисциплина в частных медицинских службах и будут введены добровольные платежи за дополнительные медицинские услуги в государственных клиниках. Как стратегические лидеры здравоохранения своих стран министры должны добиваться того, чтобы основные обязательства, которые они согласились соблюдать, приняв Таллинскую хартию, выполнялись также и в трудных условиях финансово-экономического кризиса.

Члены группы экспертов, образованной для ведения дискуссии (см. Приложение 1), с одобрением отозвались о принятом Сербией подходе. В целом важно повышать качество медико-санитарной помощи, гарантировать безопасность пациентов и принимать меры в отношении факторов, связанных с образом жизни, таких как табакокурение и потребление алкоголя. Выгодности затрат и более оптимальной организации деятельности системы здравоохранения можно добиться, сосредоточив усилия на первичном звене медико-санитарной помощи и, при необходимости, сократив услуги, оказываемые в стационарах. Крайне важно вести работу со специалистами здравоохранения и улучшать их подготовку,

особенно в области управления. В некоторых странах фонды медицинского страхования накопили резервы, которые позволят системе здравоохранения сохранить нынешние уровни доступа к услугам и, таким образом, будут служить настоящей подстраховкой, несмотря на сокращения государственных расходов. В других странах принята политика, в соответствии с которой в период кризиса запрещается увеличивать размеры совместных платежей, приходящиеся на долю пациентов, врачей обязывают прописывать самые дешевые из имеющихся лекарственных препаратов или увеличивается первоначальный период времени перед выплатой пособия по нетрудоспособности в связи с болезнью. Там, где реформы уже начались, необходимо сохранить темпы изменений и привлекать ученых (и ВОЗ) к содействию обмену опытом и мониторингу влияния реформ на показатели деятельности системы здравоохранения.

Страны в восточной части Европейского региона ВОЗ однажды уже пережили экономические потрясения после распада Советского Союза в начале 90-х годов, однако их уровни ВВП на душу населения все еще намного ниже, чем в западной части Региона. Соответственно, меньше государственные ассигнования на систему здравоохранения и выше доля расходов на медицинскую помощь, которая покрывается за счет граждан, и положение усугубляется еще больше экономическим кризисом и сопровождающимися его неблагоприятными тенденциями обменных курсов валют, из-за которых лекарственные препараты стали дороже и менее доступны. В странах, которые уже затронуты экономическим кризисом больше других, правительства были вынуждены сосредоточить усилия на удовлетворении социальных потребностей и оказании психологической поддержки наиболее пострадавшим от кризиса – детям и безработным – и на сохранении рабочих мест и оказываемых услуг посредством пропорционального сокращения заработной платы и возвращения к использованию непатентованных лекарственных препаратов.

Некоторые члены группы экспертов выразили свое восприятие экономического кризиса как "только и целиком негативное": единственная практически осуществимая реакция стран заключается в еще большей экономии на том, что уже было урезано. Если даже в благоприятных условиях не было осуществлено перемен, то уж в нынешней ситуации кризиса осуществить их не удастся и подавно. По мнению же других, кризис можно превратить в возможность и стимул к осуществлению перемен. Своеобразным общим знаменателем для этого является солидарность как внутри стран (основанная на сплошном охвате и ориентации усилий на группы риска), так и между государствами-членами в разных частях Региона. Для этого нужно уметь видеть более отдаленные перспективы и принимать подлинно новаторские меры, которые дают дополнительный эффект, обеспечивают безопасность пациентов и уменьшают непостоянство качества медицинской помощи. С этой целью очень важно оценивать реформы с точки зрения конкретных, заранее определенных параметров, проводить прозрачную оценку показателей деятельности как медицинского персонала, так и всей системы здравоохранения в целом, и внимательно анализировать воздействие предпринимаемых мер на состояние здоровья отдельных граждан и всего населения. Важная роль в отслеживании происходящих изменений и событий и информировании стран с тем, чтобы они на основании имеющихся фактических данных наилучшего качества могли принимать адекватные меры, принадлежит ВОЗ.

Экономический кризис и социальные детерминанты здоровья

Профессор Университетского колледжа Лондона (Соединенное Королевство) сэра Michael Marmot напомнил о выводах, сделанных Комиссией по социальным детерминантам здоровья, председателем которой он в свое время являлся: в здравоохранении во всем мире наблюдается вопиющее неравенство, и во всех странах и внутри более мелких единиц на территории Региона, включая города, существуют социально обусловленные различия в состоянии здоровья. Уже наблюдается рост уровней безработицы и ненормативной занятости, которые в результате экономического кризиса, скорее всего, будут расти и дальше. По заключению Международного валютного фонда, "пагубный контур обратной связи между реальным и финансовым секторами делает свое дело" (*World Economic Outlook*, январь 2009 г.), а по прогнозам Международной организации труда (МОТ), глобальный уровень безработицы поднимется с 5,7% в 2007 г. до 6,1-7,1% в 2009 г. (рост на 50 миллионов человек) и еще 200 миллионов могут быть отнесены к категории "работающих бедных" (зарабатывающих менее 1,25 долларов США в день) (*Trends Econometric Models*, декабрь 2008 г.). Также прогнозируется рост в глобальных масштабах "уязвимой" занятости (которая определяется как работа без гарантий оплаты труда, социальной защиты, защиты от физических и психосоциальных опасных факторов и т.д.), что отчасти будет следствием решений, принимаемых в более богатых странах. С безработицей также явно коррелируют уровни образования и принадлежность к определенному социальному классу.

Установлено, что распространенность нарушений психического здоровья и смертность в целом отражают ненадежность трудоустройства (постоянные/временные контракты), а среди детей психические расстройства чаще встречаются в тех семьях, где работы не имеет ни один из родителей, а также в неполных семьях. Таким образом, политика в области занятости – это также политика здравоохранения, и странам следует осуществлять стратегические меры, рекомендованные МОТ в ноябре 2008 г., такие как обеспечение более широкого охвата пособиями по безработице, переквалификация безработных трудящихся и вложение государственных средств в развитие инфраструктуры местных сообществ, строительство жилья и создание "зеленых рабочих мест".

В более широком плане в рамках глобальной повестки дня в области развития развивающимся странам в ближайшие два-три года потребуются, согласно оценкам Центра глобального развития, 1 триллион долларов США для того, чтобы оплатить расходы по спасению банковской системы и созданию налогово-бюджетных стимулов и сохранить минимальный уровень социальных гарантий. Развитые страны разделяют ответственность за изыскание этих ресурсов. Для сравнения: проведение реконструкции труб в глобальных масштабах потребует в общей сумме менее 100 миллиардов долларов США, а финансовые средства могут быть собраны на основе долевого участия от международных учреждений и доноров, центральных и местных органов власти и самих домашних хозяйств. Для того, чтобы "преодолеть разрыв через одно поколение" (о необходимости чего говорится в названии доклада Комиссии), необходимо принять меры в первую очередь к тому, чтобы обеспечить справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях и поставить социальную справедливость в центр всей государственной политики. Подобно тому, как было с публикацией доклада Бевериджа о социальном страховании и связанных с ним услугах в 1942 г. в Соединенном Королевстве и с заключением Бреттон-Вудских соглашений о регулировании международной кредитно-денежной системы в 1944 г., нынешний экономический кризис – это именно то время,

когда нужно создавать такой мир, в котором социальная справедливость воспринимается всерьез.

В ходе состоявшейся затем дискуссии члены группы экспертов оценили возможные последствия экономического кризиса для социальных детерминант здоровья в своих странах. Большинство экспертов предвидят сокращение заработной платы и занятости, что будет сопровождаться соответствующим снижением покупательной способности людей и их способности осуществлять совместные платежи за медицинскую помощь. Социальные стрессы, вероятно, будут приводить к росту заболеваемости, обусловленной болезнями сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, а также к злоупотреблению наркотиками и к психическим заболеваниям. Экономический кризис может разбудить тенденции ксенофобии. Иммигранты являются особо уязвимой группой населения, причем не только с точки зрения психического здоровья, но и с точки зрения сердечно-сосудистых и инфекционных заболеваний. Для них как для новых обедневших людей меры компенсации включают сохранение базового пакета услуг, оплачиваемых медицинским страхованием, и сплошное страховое покрытие действенных медицинских вмешательств.

На уровне отдельных стран многие системы здравоохранения сталкиваются с серьезными трудностями в оплате импортных лекарственных препаратов и оборудования, поэтому кризис может дать толчок к развитию собственного производства в этих секторах и к более широкому использованию непатентованных лекарственных препаратов. Независимо от того, как происходит распоряжение оперативными бюджетами или как организуются процедуры торгов – в централизованном или децентрализованном порядке – может возникнуть необходимость усилить обучение навыкам управления и ужесточить контроль над расходованием бюджетных средств, капиталовложениями и деятельностью фондов медицинского страхования. Необходимо приложить все усилия к тому, чтобы повысить практическую отдачу на вложенные средства и производительность систем здравоохранения. Экономический кризис наиболее тяжело сказывается на малоимущих людях и странах, поэтому важно осуществить целенаправленные комплексы мер по оздоровлению экономики, чтобы избежать расширения разрыва в состоянии здоровья и благосостоянии между богатыми и бедными. В условиях глобализации экономики богатые страны должны быть заинтересованы в проявлении солидарности и в оказании поддержки более бедным странам в духе взаимопомощи и усиления согласованности действий и сотрудничества.

Опыт прежних экономических кризисов свидетельствует об огромной важности поддержания солидарности и социального обеспечения на высоком уровне, продолжения государственных расходов на социальные нужды и сохранения базовых медицинских услуг, а также расширения масштабов мероприятий по профилактике болезней и укреплению здоровья населения. Еще большую ценность приобретает межотраслевое сотрудничество; должны прилагаться усилия к тому, чтобы интересы здоровья были включены во все стратегии и направления политики. Одной из неотложных мер является ориентирование программ укрепления психического здоровья на помощь в преодолении нарастающих проблем, обусловленных безработицей, и оказание в рамках этих программ услуг, специально рассчитанных на удовлетворение потребностей особо уязвимых групп населения; в связи с этим для обеспечения кадров с хорошей профессиональной подготовкой и высокой степенью мотивации может потребоваться переобучение. Возможно, потребуется увеличить ставки налогов на табачные изделия, алкоголь и

нездоровые пищевые продукты, чтобы добиться пользы с точки зрения общественного здравоохранения.

Укрепление здоровья и систем здравоохранения в условиях кризиса

Цели развития тысячелетия

В своем кратком послании, записанном на видеопленку, премьер-министр Норвегии г-н Jens Stoltenberg подчеркнул, что в условиях глобального экономического кризиса страны должны по-прежнему отдавать приоритет ассигнованиям на здравоохранение, которые должны рассматриваться как инвестиции в будущее благосостояние и социальное благополучие, а не просто как одна из статей расходов. Аналогично тому, как развитые страны стремятся защитить свои расходы на здравоохранение у себя, они должны добиваться того же и в развивающихся странах. Самые слабые не должны страдать больше всех от экономического кризиса. По словам г-на Jens Stoltenberg, его страна сохраняет приверженность достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. С момента принятия этой Декларации суммарные объемы помощи на цели развития в сфере здравоохранения в глобальных масштабах возросли более чем в два раза, но все равно каждые три секунды в мире умирает один ребенок, и экономический кризис угрожает свести на нет значительную часть того прогресса, который уже достигнут, поэтому нужно прилагать еще больше усилий. Решение проблемы – будь то в Африке или в Европе – в том, чтобы предоставлять самым уязвимым группам населения услуги здравоохранения и социальной защиты высокого качества, исходя из принципов солидарности, справедливости и широкого участия заинтересованных сторон. Правительства должны обеспечивать улучшение здоровья для всех, невзирая на кризис.

Финансовые и кадровые аспекты кризиса; влияние на миграцию работников здравоохранения

В качестве примера подхода к решению проблемы, связанной с таким аспектом экономического кризиса, как обеспечение финансовых ресурсов, д-р Philippe Douste-Blazy, специальный советник Генерального секретаря ООН по инновационному финансированию в целях развития, привел деятельность ЮНИТЭЙД, международной организации по закупке лекарственных препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза в развивающихся странах. Вследствие недавнего сокращения объемов официальной помощи и инвестиций для целей развития, а также снижения цен на сырье, ожидается, что дефицит финансирования, требуемого для достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, к 2015 году составит 30 миллиардов долларов США в год. Половина этой суммы может быть собрана с помощью механизмов инновационного финансирования, действующих на принципах дополнительности, предсказуемости и устойчивости.

Проблема финансирования решается за счет налогов, которыми облагаются различные виды деятельности, распространенные во всем мире (например, налог ЮНИТЭЙД на авиабилеты), добровольных взносов солидарности и других механизмов, гарантами которых выступают такие публичные организации, как Международный фонд финансирования иммунизации (МФФИ) и Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), а также за счет фондов этичных и ответственных инвестиций. Менее чем за два года было собрано более 600 миллионов долларов, главным образом за

счет налогов на авиабилеты, и полученные средства были направлены на педиатрическую антиретровирусную (АРВ) терапию, АРВ-терапию препаратами резервного ряда и профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. В настоящее время трое из четырех детей, проходящих лечение ВИЧ в более чем 80 странах, получают лечение, которое оплачивается из средств ЮНИТЭЙД, и было достигнуто существенное снижение цен на препараты, необходимые для АРВ-терапии. В сентябре 2009 года начнется осуществление программы по сбору добровольных взносов солидарности в форме индивидуальных пожертвований при покупке авиабилетов (через три основные глобальные системы продаж). Помимо этого, проблема организации и рационализации, связанная с доступом к лекарственным препаратам, решается с помощью "инициативы патентного пула", в соответствии с которой лекарства, созданные на деньги налогоплательщиков в развитых странах, для развивающихся стран предоставляются на беспатентной основе.

Г-жа Mary Robinson, президент Инициативы "Реализация прав: этическая глобализация" и сопредседатель Консультативного совета по глобальной политике в отношении миграции работников здравоохранения, отметила, что существующая ныне ситуация противоречит статье 28 Всеобщей декларации прав человека ("Каждый человек имеет право на социальный и международный порядок, при котором права и свободы, изложенные в настоящей Декларации, могут быть полностью осуществлены"). Прогрессу на пути к достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, угрожает экономический кризис, поэтому пакет стимулов для богатых стран, который обсуждался в тот же день в Лондоне участниками встречи Большой двадцатки (группы 20 системно важных промышленно развитых и развивающихся стран), должен сопровождаться стимулом для развивающихся стран к достижению целей развития тысячелетия, особенно целей в области здравоохранения.

На данный момент какие-либо статистические данные, которые демонстрировали бы влияние экономического кризиса на миграцию кадров здравоохранения, отсутствуют, но кризис может спровоцировать изменения в структуре миграции и мобильности. Консультативный совет по глобальной политике подходит к критическому этапу в своей деятельности и на своем очередном заседании должен будет рассмотреть последствия нынешнего кризиса на фоне заявления президента США Барака Обамы о том, что "представление, будто нам придется импортировать медсестер, абсолютно бессмысленно ... дело в том, что мы просто не выделяем ресурсов на их обучение, и именно эту проблему мы должны решить". В его заявлении признается важный принцип, согласно которому в эти трудные времена особенно необходимо стремиться к самообеспеченности в вопросах кадровых ресурсов, необходимых для оказания медико-санитарной помощи, и это будет способствовать положительному эффекту в глобальном масштабе.

Г-жа Mary Robinson приветствовала этический подход к укреплению систем здравоохранения, который совершенно очевидно присутствует в Таллиннской хартии, и обратила внимание на то, что экономический кризис требует создания сильных систем социальной защиты. Обеспечение всеобщего доступа к функционирующей системе здравоохранения и в первую очередь к первичной медико-санитарной помощи должно входить в пакет мер стимулирования, за который выступают участники встречи Большой двадцатки. Глобальные меры в сфере здравоохранения должны быть ориентированы на первичную медико-санитарную помощь, профилактику заболеваний и укрепление здоровья. Как было отмечено на консультативном совещании высокого уровня по проблемам финансового кризиса и глобального здравоохранения, организованном ВОЗ в Женеве в январе, "лидеры здравоохранения должны быть готовы выступить –

недвусмысленно и с убедительными фактическими данными в руках – и доказать необходимость поддержки здравоохранения во время кризиса". Экономический кризис требует новых стратегий, направленных на сокращение дублирования работы, усиление синергизма и, что наиболее важно, быстрое расширение деятельности по подготовке кадров здравоохранения на местном уровне, прежде всего специалистов здравоохранения для работы в местных сообществах.

Был показан видеоролик о работе ВОЗ по созданию норм и правил найма иностранных работников здравоохранения.

Члены группы экспертов, участвовавшие в дискуссии в рамках данного заседания, поддержали призыв к солидарности перед лицом экономического кризиса и высказали мнение, что в период кризиса иностранная помощь для целей развития в области здравоохранения сокращаться не должна и что страны должны по-прежнему выполнять обязательства, принятые в Парижской декларации по эффективности помощи. Необходимо принять меры для обеспечения большей последовательности и согласованности подходов различных государственных ведомств и министерств, возможно, путем создания межведомственных групп.

Они также отметили, что в одних государствах-членах Европейского региона ВОЗ нехватка кадров здравоохранения имеет структурный характер, тогда как в других экономический кризис создает целый ряд рисков в виде недостаточных финансовых стимулов, стремления кадров к трудоустройству предпочтительно в городах, а не в сельской местности, и миграции из государственного сектора в частный, в другие секторы экономики или в другие страны. Нехватка кадров, особенно медсестер, может влиять на возможность доступа людей к медико-санитарной помощи. К возможным мерам, позволяющим сохранить кадры здравоохранения, относятся разработка среднесрочных стратегий по укреплению и переподготовке кадров, обеспечение жильем в сельской местности, принятие официальных стимулирующих систем оплаты труда, а также внедрение программ временного трудоустройства в других странах на условиях обязательного возвращения в страну происхождения. Работники здравоохранения среднего звена, такие как медсестры, могут с успехом использоваться для предоставления многих видов медико-санитарной помощи. Члены группы экспертов согласились с тем, что наем на работу иностранных медицинских кадров является вопросом этики. Они рассказали о шагах, предпринимаемых в целях создания международных учебных центров, а также приветствовали деятельность Глобального альянса по кадрам здравоохранения и его Специальной рабочей группы по миграции.

Защита общественного здоровья путем укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

Был показан короткий видеофильм о службах первичной медико-санитарной помощи в городе Архангельске (Российская Федерация).

Профессор Martin McKee, директор по научно-исследовательской работе Европейского центра по проблемам здравоохранения в странах с переходной экономикой при Лондонском институте гигиены и тропической медицины, назвал ряд последствий экономического кризиса для систем здравоохранения. К ним относятся снижение поступлений в виде платы за оказываемую медицинскую помощь, обесценивание валюты, снижение заработной платы и рост безработицы, снижение процентных ставок и

экономическая неопределенность. В свою очередь сокращения расходов на здравоохранение затрагивает и другие секторы: сокращение программ строительства затрагивает строительную индустрию; закрытие медицинских учреждений влечет за собой увеличение расстояний, которые необходимо преодолевать (что имеет последствия для окружающей среды и занятости); также могут возрасти издержки на выплату пособий по безработице. К последствиям экономического кризиса лично для граждан могут относиться потеря сбережений и домов, а также увеличение числа распадов семей. К прямым последствиям для здоровья относится рост распространенности диабета и гипертонической болезни, смертности среди взрослых мужчин в краткосрочном периоде и смертности населения от заболеваний сердца. Рецессия оказывает на детерминанты здоровья как положительное, так и отрицательное воздействие: с одной стороны, это снижение потребления энергии, повышение уровня физической активности и устойчивое снижение массы тела среди населения, а с другой – рост потребления высококалорийной нездоровой пищи.

Одним из компонентов ответных мер сектора здравоохранения должно быть укрепление системы социальных гарантий путем обеспечения защиты от разорительных расходов, принятия мер против регрессивных неофициальных платежей и обеспечения доступности лекарственных препаратов. Необходимо также усилить мониторинг и анализ, для чего нужно включать вопросы о здоровье и здравоохранении в обследования рабочей силы и бюджетов домашних хозяйств, создавать когорты для отслеживания изменений в состоянии здоровья и экономической ситуации с течением времени (причем особый упор должен делаться на уязвимые группы населения) и укреплять аналитический потенциал. Эффективность расходов сектора здравоохранения может быть повышена за счет использования методических рекомендаций и руководств, основанных на фактических данных, правильного подбора профессионального состава персонала и использования лекарственных препаратов-дженериков. Механизмы обеспечения качества медико-санитарной помощи в целом должны повысить положительное воздействие государственных расходов на здоровье, но еще большего можно достигнуть, если принимать меры к искоренению причин плохого здоровья. Экономический кризис дает сектору здравоохранения возможность выступить в роли одного из лидеров в меняющемся обществе.

Члены группы экспертов подтвердили, что к непосредственным последствиям кризиса можно отнести увеличение числа самоубийств, рост злоупотребления алкоголем и частоты случаев психических расстройств. Страны, в которых существует и государственное, и частное здравоохранение, отмечают выраженный рост пользования услугами первого, что ведет к увеличению времени ожидания и появлению трудностей, связанных с вместимостью больниц и рациональным использованием койко-мест.

В качестве ответных мер некоторые государства-члены повышают государственные расходы на системы здравоохранения в соответствии с ранее принятыми планами, несмотря на то, что это приведет к бюджетному дефициту. Создавшаяся ситуация используется для повышения налогов на алкоголь и табачные изделия, а также для введения новых форм налога на некоторые пищевые продукты и напитки (чтобы способствовать более здоровому образу жизни), рекламу и оборот лекарственных препаратов (но не на сами препараты), а также на чрезмерно большие бонусы и пенсионные выплаты. Одновременно осуществляются структурные реформы и меры по контролю издержек в целях более рациональной организации предоставления первичной медико-санитарной помощи, иногда под давлением со стороны пациентов. Кризисом

также можно воспользоваться для принятия непопулярных мер, таких как рационализация и сокращение больничного сектора, и для введения новых видов услуг, таких как укрепление здоровья, скрининг в целях выявления раковых заболеваний и медико-санитарная помощь на дому. Кроме того, сложившиеся ныне обстоятельства дают толчок к предоставлению пациентам более широкого выбора (основанного на сравнении показателей деятельности) и к отмене монопольного положения аптек при одновременном усилении регулирования и контроля секторов как здравоохранения, так и социальной защиты населения с целью обеспечения эффективного использования ресурсов и поддержания безопасности пациентов.

В центральной и восточной частях Региона системы здравоохранения испытывают трудности вследствие того, что сократились или прекратились вклады со стороны внешних партнеров, а также потому, что за последние месяцы резко выросли цены на лекарства. Однако последствия экономического кризиса были смягчены благодаря реформам, проведенным в течение последних нескольких лет, таким как создание разумной и рациональной системы страхования (как государственного, так и частного, с предоставлением государственных субсидий лицам, живущим за чертой бедности).

Во всех государствах-членах существует необходимость повышения осведомленности органов государственной власти о макроэкономическом значении системы здравоохранения, поскольку она зачастую является крупнейшим отдельно взятым работодателем. Было высказано мнение о том, что ВОЗ следует начать по этому вопросу консультации на уровне стран с Международным валютным фондом, деловым сообществом и министерствами финансов. В дополнение к этому и в духе солидарности и защиты прав человека Региональное бюро могло бы рассмотреть возможность разработки общеевропейской программы здравоохранения для цыган и других маргинализированных групп населения.

Стратегии по преодолению последствий кризиса для здравоохранения

Г-жа Rigmor Aasrud, заместитель министра здравоохранения и социального обеспечения Норвегии, вновь повторила мысль о том, что, хотя системы здравоохранения в разных странах Европейского региона ВОЗ во многом различаются, правительства всех государств-членов сталкиваются с двойной трудностью, которая заключается в ограниченных финансовых ресурсах и повышении спроса на услуги здравоохранения в результате старения населения и изменений в бремени болезней. В настоящее время Норвегия готовит реформу своей системы здравоохранения, имеющую целью обеспечить выделение большего объема ресурсов на ранней стадии на профилактику и первичную медико-санитарную помощь так, чтобы максимизировать положительный эффект принимаемых мер для здоровья. В Норвегии также будет проведен более тщательный анализ того, как организованы службы здравоохранения, и будут приняты меры к тому, чтобы необходимое лечение проводилось на требуемом уровне и чтобы была налажена реальная координация между первичным, вторичным и третичным уровнями помощи.

Хорошее здоровье – это, пожалуй, наиболее важное условие благосостояния и продуктивности общества, поэтому непрерывные и устойчивые инвестиции в здравоохранение имеют огромную важность. Будут предприняты меры к тому, чтобы не допустить сокращения бюджетных ассигнований на здравоохранение, образование и социальное обеспечение и продолжать выделение сектору здравоохранения достаточных ресурсов и более разумно расходовать бюджет здравоохранения. Как было подчеркнуто в

Таллиннской хартии, "здоровье – это благосостояние", но благосостояние также порождает здоровье, и поэтому общество должно быть организовано таким образом, чтобы было обеспечено наилучшее состояние здоровья людей.

Представители партнерских организаций, выступившие в ходе последующей дискуссии с участием группы экспертов, особо отметили важность экономических аспектов, и поэтому Чешская Республика, в настоящее время председательствующая в Европейском Союзе (ЕС), выбрала темой министерской конференции, которая состоится в мае 2009 года, финансовую устойчивость систем здравоохранения. Борьба с бедностью является одним из наиболее важных компонентов повестки дня ЕС в области развития, и ЕС сохраняет твердую решимость достичь целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Для того, чтобы расширить доступ к услугам здравоохранения, он осуществляет поддержку механизмов финансирования и мер по решению проблемы нехватки работников здравоохранения.

По заявлению Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), кризис не представляет серьезной угрозы для общественного здравоохранения как такового, хотя его последствия для здоровья все же наблюдаются. С другой стороны, кризис представляет опасность для финансирования систем здравоохранения, поэтому страны будут вынуждены внести коррективы в расходование государственных средств и контролировать долгосрочные расходы. Стратегии реагирования, такие как сокращение заработной платы, корректировка цен на лекарственные препараты и принятие мер по защите бедных, представляются более эффективными, нежели упреждающие стратегии, которые скорее улучшают качество медико-санитарной помощи, а не сокращают расходы.

В структуре Европейской Комиссии Генеральный директорат по занятости, социальным вопросам и равным возможностям трудоустройства сосредоточил внимание на социальных детерминантах здоровья и принимает активное участие в разработке комплекса мер по восстановлению экономики ЕС. В мае 2009 года состоится встреча на высшем уровне по вопросам занятости, и в настоящее время проводится работа по анализу социальных последствий долгосрочных проблем, таких как старение населения, изменение климата и глобализация. В свою очередь, Генеральный директорат по здравоохранению и защите потребителей предпринимает меры по противодействию неравенству в отношении состояния здоровья, защищая уязвимые группы, а также принял в июне 2008 года Европейский пакт по психическому здоровью и благополучию. Принимая меры в отношении социальных и поведенческих детерминантов здоровья, он проводит научные исследования и разработки, создает базу фактических данных и способствует укреплению сотрудничества, чтобы меры, предпринимаемые в одном государстве-члене, не оказывали негативных воздействий на другое.

Посредничество в проведении исследований и применение их результатов и фактических данных является также основной задачей Европейской обсерватории по системам и стратегиям здравоохранения. Обсерватория продолжит мониторинг (и попытки прогнозирования) воздействия кризиса на уязвимые группы. Значительную часть подготовительной работы, проделанной перед Таллиннской конференцией, можно непосредственно применить и в нынешних условиях: были собраны фактические данные о связи между здоровьем и благосостоянием, а также о наиболее экономически целесообразных областях размещения или перераспределения ресурсов. Парадоксально, но с точки зрения последствий для здоровья это может вызвать необходимость перевода ресурсов от министерства здравоохранения в другие секторы и выдвижение профилактики

заболеваний в качестве приоритетного направления. Обсерватория также продолжит работу со странами в рамках диалога по вопросам политики для обмена опытом наиболее эффективного применения фактических данных во время экономического кризиса.

Всемирный банк также одобряет ответные меры социального сектора, в которых во главу угла ставятся профилактика заболеваний, пропаганда здорового образа жизни (по таким направлениям, как табак, питание, алкоголь и безопасность дорожного движения), защита уязвимых групп, целевое направление государственных расходов и увязывание систем социальных гарантий с показателями здравоохранения. Следует продолжать проводимые ныне реформы в целях обеспечения большей отдачи от государственных расходов.

Ассоциация управления здравоохранением делает упор на политическое лидерство и инвестиции в управленческий потенциал. Европейская ассоциация общественного здравоохранения одобряет то большое значение, которое придается сестринской помощи и первичной медико-санитарной помощи. Она видит в кризисе возможность продолжить внедрение гендерного взгляда на проблемы здоровья и принять подход, объединяющий всех заинтересованных партнеров, в том числе негосударственные организации.

В заключение участники согласились с тем, что в комплексах мер по восстановлению экономики должно быть недвусмысленно предусмотрено выделение средств на меры в области здравоохранения. Системы здравоохранения являются не просто важной частью системы социальной защиты – они, как это подчеркивалось в Таллиннской хартии, также являются полноценным действующим субъектом в экономике в более широком смысле. В этом контексте ВОЗ должна выполнять функцию сильного руководства, приводя повестки дня различных заинтересованных партнеров к общему вектору сотрудничества.

Был показан короткий видеофильм, иллюстрирующий систему "сигналов и направлений" для предупреждения бездомности в Амстердаме (Нидерланды).

Рекомендации

Генеральный директор Норвежского директората здравоохранения и главный медицинский специалист Норвегии д-р Vjørn-Inge Larsen представил основные рекомендации совещания:

1. Распределять материальные блага на основе принципов солидарности и справедливости.

Во всех странах Европы органы здравоохранения обеспокоены тем, что при нынешней экономической системе материальные блага не распределяются исходя из принципов солидарности и справедливости, и это препятствует улучшению здоровья населения. Руководители здравоохранения призывают осуществить такие изменения экономической системы, которые способствовали бы улучшению здоровья.

2. Увеличивать объемы официальной помощи на цели развития (ОПР) с тем, чтобы защитить наиболее уязвимых

Наиболее бедные страны являются и наиболее уязвимыми в плане ухудшения здоровья населения в условиях кризиса. Нынешний кризис требует увеличения, а не сокращения объемов ОПР.

3. Инвестировать в здоровье, чтобы повышать благосостояние; защищать бюджеты здравоохранения

Инвестиции в здоровье – это вклад в развитие человеческого потенциала, социальное благополучие и экономическое благосостояние людей. Улучшение здоровья позволяет улучшить социальное обеспечение. Инвестиции в здравоохранение ведут к материальному благосостоянию. Необходимо защищать бюджеты здравоохранения, сохранять страховое покрытие лечения и кадры специалистов в течение всего времени экономического спада. Включать инвестиции, связанные с охраной здоровья и окружающей среды, в планы экономического восстановления.

4. "Каждый министр – это министр здравоохранения"

Способствовать практической реализации принципа "интересы здоровья во всех стратегиях". Учитывать влияние всех политических реформ на здоровье и распределение материальных благ.

5. Сохранить услуги общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, дающие реальный эффект при наименьших затратах

Если будут сокращены расходы на здравоохранение, необходимо:

- сохранить расходы на программы общественного здравоохранения;
- сохранить расходы на первичную медико-санитарную помощь;
- сократить расходы на услуги, наименее эффективные с точки зрения затрат. Как правило, такие услуги входят в число наиболее высокотехнологичных, наиболее дорогостоящих услуг, предоставляемых в стационарах. Отложить осуществление планов капитальных вложений, предусматривающих установку дорогостоящего оборудования, и способствовать более широкому применению непатентованных лекарственных препаратов.

6. Добиваться проведения в жизнь принципа "больше денег на нужды здравоохранения и больше здоровья за потраченные деньги"

Добиваться того, чтобы на нужды здравоохранения выделялось больше денег и чтобы на выделенные деньги обеспечивалось улучшение состояния здоровья. Улучшать качество посредством прозрачного мониторинга и оценки показателей деятельности. Укреплять медицину на доказательной основе и повышать безопасность медико-санитарных услуг.

7. Укреплять базу всеобщего доступа к программам социальной защиты

Использовать кризис как возможность принятия более согласованных мер по укреплению базы всеобщего доступа к программам социальной защиты.

8. Обеспечивать всеобщий доступ к услугам здравоохранения

Использовать кризис как возможность обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Обеспечить систему социальных гарантий для наиболее уязвимых социальных групп.

9. Способствовать применению всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов

Стремиться к обеспечению справедливости в финансировании услуг здравоохранения посредством применения всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов.

10. Рассмотреть вопрос о введении или повышении налогов на табачные изделия, алкоголь, сахар и соль

Рассмотреть возможность укрепления здоровья населения путем проведения реформ общественного здравоохранения, в ходе которых были бы осуществлены меры структурного характера. Например, повысить налоги на табачные изделия, алкоголь и продукты с высоким содержанием сахара или соли. Это могло бы помочь обеспечить финансирование систем социальной защиты и одновременно положительно воздействовать на здоровье населения.

11. Усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и обеспечивать соблюдение этических принципов при найме на работу

Мы должны признать, что даже при нынешнем кризисе сегодня не хватает кадров медицинских специалистов и что в будущем потребности в медицинских кадрах будут расти. Необходимо усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и местных работников здравоохранения сообразно с условиями на местах. Использовать кризис как возможность привлечения новых медицинских работников. Продолжать поддержку разработки этических норм и правил найма на работу в разных секторах и разных странах.

12. Поощрять активное участие общественности в разработке мер по смягчению последствий экономического кризиса для здравоохранения

Органы здравоохранения призывают к более активным консультациям с общественностью и к более активному ее участию в выработке, реализации и мониторинге исполнения решений, касающихся кризиса. Участие общественности может быть непосредственным (публичные дебаты, консультации с общественностью) или опосредованным, через представительные организации, объединения и профсоюзы.

Приложение 1

Программа

Среда, 1 апреля 2009 года

Приветствия и официальное открытие

Цели и задачи совещания

Г-н Vjarne N akon Hanssen, министр здравоохранения и социального обеспечения, Норвегия
Д-р Marc Danzon, директор Европейского регионального бюро ВОЗ
Послание Генерального директора ВОЗ д-ра Margaret Chan

Заседание 1: Последствия экономического спада для систем здравоохранения и здоровья населения в государствах – членах Европейского региона ВОЗ

Текущий финансовый и экономический кризис: важнейшие последствия для общества и систем здравоохранения

Председатель: Д-р Marc Danzon, директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Вступительная речь: г-н Jonas Gahr St ore, министр иностранных дел Норвегии

Основные докладчики:

Профессор Alan Maynard, университет Йорка, Соединенное Королевство
Профессор Guillem L opez-Casasnovas, университет им. Помпеу Фабра, Каталония, Испания
Профессор Tomica Milosavljevic, министр здравоохранения Сербии

Группа экспертов

Профессор Ара Баблоян, председатель Постоянного комитета по здравоохранению Национального собрания Армении
Д-р Johan De Cock, генеральный администратор Института медицинского страхования, Бельгия
Г-н Jesper Fisker, генеральный директор, Министерство здравоохранения, и главный медицинский специалист, Дания
Д-р Maris Jesse, директор Национального института развития здравоохранения, Эстония
Д-р José Martínez Olmos, генеральный секретарь по здравоохранению, Испания

Кризис и социальные детерминанты здоровья

Председатель: Д-р Vj orn-Inge Larsen, генеральный директор, Норвежский директорат здравоохранения

Основной докладчик:

Профессор сэр Michael Marmot, директор Международного института проблем общества и здоровья, профессор – научный сотрудник Центра по медицинским

исследованиям (MRC), кафедра эпидемиологии и общественного здравоохранения, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Группа экспертов:

Д-р Anila Godo, министр здравоохранения, Албания

Д-р Amela Lolic, заместитель министра, сектор медико-санитарной помощи, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Босния и Герцеговина

Г-жа Paula Risikko, министр здравоохранения и социальных услуг, Финляндия

Д-р Giancarlo Ruscitti, региональный секретарь по здравоохранению и социальному обеспечению, область Венето, Италия

Д-р Marc Sprenger, генеральный директор Национального института общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), Нидерланды

Д-р Василий Жарко, министр здравоохранения, Беларусь

Четверг, 2 апреля 2009 года

Заседание 2: Укрепление здоровья и систем здравоохранения в условиях кризиса

Цели развития Тысячелетия в свете текущего экономического кризиса

Послание г-на Jens Stoltenberg, премьер-министра Норвегии

Финансовые и кадровые аспекты кризиса; влияние на миграцию работников здравоохранения

Председатель: профессор Elias Mossialos, директор Лондонской школы экономики и политических наук, Соединенное Королевство

Основные докладчики:

Д-р Philippe Douste-Blazy, председатель исполнительного комитета ЮНИТЭЙД

Г-жа Mary Robinson, президент Инициативы "Реализация прав: этическая глобализация", сопредседатель Консультативного комитета по глобальной политике в отношении работников здравоохранения

Группа экспертов

Д-р Mircea Buga, заместитель министра здравоохранения, Республика Молдова

Д-р Жаксылык А. Доскалиев, министр здравоохранения, Казахстан

Г-н Виталий Флек, заместитель директора Отдела развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития, Российская Федерация

Д-р Адхам Икрамов, первый заместитель министра здравоохранения, Узбекистан

Профессор Maria do Céu Machado, Верховный комиссар по здоровью Министерства здравоохранения, Португалия

Г-н Liviu Manaila, государственный секретарь Министерства здравоохранения, Румыния

Г-н С.Б. Рахмонов, заместитель министра здравоохранения, Таджикистан

Защита общественного здоровья путем укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе

Председатель: Д-р Bjørn-Inge Larsen, генеральный директор, Норвежский директорат здравоохранения

Основной докладчик:

Профессор Martin McKee, директор по научно-исследовательской работе, Европейский центр по проблемам здравоохранения переходных сообществ, Лондонский институт гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Группа экспертов

Г-н Lars-Erik Holm, генеральный директор Национального совета по здравоохранению и социальному обеспечению, Швеция

Д-р Mihaly Kokeny, председатель Комитета по здравоохранению венгерского Парламента, Венгрия

Д-р Rinalds Mucins, государственный подсекретарь по планированию политики Министерства здравоохранения, Латвия

Г-н Christos Patsalides, министр здравоохранения, Кипр

Профессор Nikoloz Pruidze, заместитель министра труда, здравоохранения и социальных вопросов, Грузия

Г-н Jean-Philippe Vinquant, заместитель директора отдела финансирования медико-санитарной помощи Министерства здравоохранения и спорта, Франция

Заседание 3: Стратегии преодоления медико-санитарных последствий кризиса

Председатель: Д-р Nata Menabde, заместитель регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ

Основной докладчик:

Г-жа Rigmor Aasrud, заместитель министра здравоохранения и социального обеспечения, Норвегия

Группа экспертов:

Г-жа Jeni Bremner, директор Европейской ассоциации управления здравоохранением

Г-н Wojciech Dziworski, старший аналитик по вопросам экономики и политики Генерального директората Европейской Комиссии по здравоохранению и защите потребителей

Д-р Josep Figueras, директор Европейской обсерватории по системам и стратегиям здравоохранения

Г-н Ivo Hartmann, генеральный директор управления экономики и международных вопросов Министерства здравоохранения, Чешская Республика (страна, председательствующая в ЕС)

Д-р Rekha Menon, старший экономист постоянной миссии Всемирного банка в Кишиневе, Республика Молдова

Г-н Fritz von Nordheim, сотрудник по вопросам политики отдела социальной защиты и социальных служб Генерального директората Европейской комиссии по занятости, социальным вопросам и равным возможностям

Г-н Mark Pearson, руководитель отдела здравоохранения Организации экономического сотрудничества и развития
Г-н Paul De Raeve, генеральный секретарь Европейской федерации ассоциаций медицинских сестер

Рекомендации совещания. Заключительные замечания и закрытие совещания

Д-р Bjørn-Inge Larsen, генеральный директор, Норвежский директорат здравоохранения
Д-р Marc Danzon, директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Приложение 2

Список участников

Государства-члены

Albania

Dr Anila Godo
Minister of Health

Ms Certa Picari
Secretary-General, Ministry of Health

Mr Rudi Hado
Ambassador, Embassy of Albania, Stockholm, Sweden

Armenia

Professor Ara Babloyan
Chair, Standing Committee on Health, National Assembly

Mr Arman Melkonyan
Advisor to the Minister, Ministry of Health

Dr Ara Ter Grigoryan
Director, State Health Agency, Ministry of Health

Austria

Dr Helmut Friza
Health attaché, Permanent Mission of Austria to the United Nations Office in Geneva

Belarus

Dr Vasilii Ivanovich Zharko
Minister of Health

Mr Edouard N. Glazkov
Director, Foreign Relations Department, Ministry of Health

Belgium

Dr Johan De Cock
General Administrator, Health Insurance Institute

Ms Leen Meulenbergs
Head of Service, International Relations, Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment

Bosnia and Herzegovina

Mr Sredoje Novic
Minister of Civil Affairs

Dr Safet Omerovic
Minister of Health

Dr Ranko Srbic
Minister of Health and Social Welfare of the Republika Srpska

Dr Goran Cerkez
Assistant Minister, Department for International Cooperation, Federal Ministry of Health

Dr Amela Lolic
Assistant Minister, Health Care Sector, Ministry of Health and Social Welfare

Croatia

Dr Mario Bagat
National Health Insurance Institute

Dr Velibor Drakulic
Head, Hospital Health Care Department, Ministry of Health and Social Welfare

Cyprus

Dr Christos Patsalides
Minister of Health

Mr George Campanellas
Head of Minister's Office, Ministry of Health

Dr Dimitris Efthymiou
Advisor, Ministry of Health

Czech Republic

Mr Ivo Hartmann
General Director, Economic and International Affairs, Ministry of Health

Dr Lucie Bryndova
Adviser to the Minister, Cabinet of the Minister, Ministry of Health

Mr Lukas Matysek
Secretary, Section for Economy and International Affairs, Ministry of Health

Denmark

Mr Jesper Fisker
Director-General and Chief Medical Officer, National Board of Health

Ms Marianne Kristensen
Senior Adviser, National Board of Health

Estonia

Dr Liis Rooväli
Head, Department of Health Information and Analysis, Ministry of Social Affairs

Ms Kristel Sarapuu
Adviser to the Minister of Social Affairs

Finland

Ms Paula Risikko
Minister of Health and Social Services

Ms Outi Kuivasniemi
Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health

France

Mr Bernard Bedas
Adviser for Social Affairs, Embassy of France, Stockholm, Sweden

Mme Géraldine Bonnin
Head of mission, Delegation for European and International Affairs, Ministry of Health and Sports

Mme Agnès Leclerc
Delegation for European and International Affairs, Ministry of Health and Sports

Georgia

Professor Nikoloz Pruidze
Deputy Minister, Ministry of Labour, Health and Social Affairs

Professor Paata Imnadze
Director-General, National Centre for Disease Control and Public Health (NCDC), Ministry of Labour, Health and Social Affairs

Germany

Mrs Chariklia Tzimas
Advisor, Multilateral Cooperation in the Field of Health, Federal Ministry of Health

Hungary

Ms Noémi Kondorosi
Councillor, Department of European and International Affairs, Ministry of Health

Iceland

Mrs Berglind Ásgeirsdóttir
Permanent Secretary, Ministry for Health

Dr Matthias Halldorsson
Medical Director of Health, Directorate of Health

Israel

Professor Avi Israeli
Director-General, Ministry of Health

Kazakhstan

Dr Zhaksylyk A. Doskaliyev
Minister of Health

Ms Salidat Kairbekova
Head, Department of Social Economic Monitoring, President Administration

Kyrgyzstan

Ms Zarina Nazarova
Head, Economy and Financial Policy Department, Ministry of Health

Latvia

Mr Rinalds Mucins
Deputy State Secretary, Ministry of Health

Lithuania

Dr Nora Ribokiene
Vice Minister, Ministry of Health

Ms Jūrate Sabaliene
Head of Unit, Territory Sickness Fund

Dr Algis Sasnauskas
Director, State Patients Fund

Malta

Dr John M. Cachia
Director, Institutional Health, Department of Health

Monaco

Mr Robert Fillon
Ambassador, Permanent Mission of Monaco to the United Nations Office in Geneva

Netherlands

Dr Marc Sprenger
Director-General, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Ms Regine Aalders
Coordinator, Global Health, Ministry of Health, Welfare and Sport

Mr Fred Lafeber
Head of Global Affairs Unit, Department of International Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport

Norway

Mr Bjarne Håkon Hanssen
Minister of Health and Care Services

Mrs Rigmor Aasrud
State Secretary, Ministry of Health and Care Services

Dr Bjørn-Inge Larsen
Director-General for Health, Chief Medical Officer, Norwegian Directorate of Health

Mr Ole T. Andersen
Director, Division for International Cooperation and Preparedness, Ministry of Health and Care Services

Mr Jon Bakkerud
Senior Advisor, Norwegian Directorate of Health

Ms Anne Bergh
International Director, Norwegian Institute of Public Health

Mr Per Gunnar Dahl
Senior Adviser, Nordic Council of Ministers, Copenhagen

Ms Maria-Pia de Palo
Senior Adviser, Nordic Council of Ministers

Dr Maiken Engelstad
Assistant Director-General, Ministry of Foreign Affairs

Mr Jon Espelid
Higher Executive Officer, Norwegian Directorate of Health

Dr Eva Finstad
Senior Adviser, Section for Global Initiatives and Gender, Ministry of Foreign Affairs

Ms Janicke Fischer
Senior Adviser, Norwegian Directorate of Health

Mr Frode Forland
Director, Department of Primary Health Services, Norwegian Directorate of Health

Mr Bjarne Garden
Senior Adviser, NORAD

Mr Lars Grønseth
Senior Adviser, NORAD

Professor Bjorn Guldvog
Deputy Director-General, Health and Social Services, Deputy Chief Medical Officer, Norwegian Directorate of Health

Dr Andreas Disen
Director-General, Department of Primary Health and Care Services, Ministry of Health and Care Services

Dr Lars Hanssen
Director-General, Norwegian Board of Health

Mr Hans Knut Hauge
Director-General, Ministry of Health and Care Services

Mr Odd-Arild Haugen
Special Adviser, Norwegian Directorate of Health

Ms Elizabeth Hoff
Chief of Operations, UNITAID

Mr Knut Inge-Klepp
Director, Department of Public Health and Welfare, Norwegian Directorate of Health

Mr Jacob Jorem
Norwegian Directorate of Health

Ms Anne Kari Lande Hasle
Secretary-General, Ministry of Health and Care Services

Mr Sverre Lie
Special Adviser, Norwegian Directorate of Health

Dr Thor Erik Lindgren
Senior Adviser, Permanent Mission of Norway to the United Nations Office in Geneva

Dr Sigrun Mogedal
Senior Executive Adviser, Director-General's Office, NORAD

Ms Øydis Monsen
Higher Executive Officer, Norwegian Directorate of Health

Mr Magne Nylenna
Acting Director, Norwegian Knowledge Centre for Health

Mr Ingvar T. Olsen
Senior Adviser, NORAD

Ms Carmen Pereira
Senior Adviser, Norwegian Directorate of Health

Mr John-Arne Røttingen
Acting Director-General, Norwegian Knowledge Centre for Health Services

Mr Arne-Petter Sanne
Acting Head, Secretariat for International Cooperation, Norwegian Directorate of Health

Dr Anne-Grethe Skjellanger
Senior Advisor, Norwegian Directorate of Health

Mr Olav Slåttebrekk
Director, Department of Health Economics and Financing, Norwegian Directorate of Health

Mr Geir Stene-Larsen
Director, National People's Health Institute

Ms Tale Teisberg
Director-General, Ministry of Health and Care Services

Mr Knut I. Tønseth
Senior Adviser, Department of Communication and Documentation, Norwegian Directorate of Health

Ms Tone Torgersen
Senior Advisor, Norwegian Directorate of Health

Mr Einar Torkilseng
Advisor, Norwegian Directorate of Health

Dr Steiner Westin
Department of Public Health and General Practice, University of Science and Technology

Ms Tone Wroldsen
Senior Adviser, Ministry of Health and Care Services

Portugal

Professor Maria do Céu Machado
High Commissioner for Health, Ministry of Health

Dr Francisco George
Director-General for Health, Ministry of Health

Dr Manuel Teixeira
Chairman of the Board, Central Administration of Health System, Ministry of Health

Republic of Moldova

Dr Mircea Buga
Deputy Minister, Ministry of Health

Mrs Marina Semeniuc
Head, Health and Social Protection Finances, Ministry of Finance

Romania

Mr Liviu Manaila
Secretary of State, Ministry of Health

Dr Paul Radu
Counsellor to the Secretary of State, Ministry of Health

Russian Federation

Ms Valentina Shirokova
Director, Department of Child Health and Obstetric Aid Services

Mr Vitaliy O Flek
Advisor to the Deputy Minister, Health and Social Development, Ministry of Health and Social Development

Dr Evgeniy Slastnykh
Chief, Foreign Relations, Department for International Cooperation and Public Relations,
Ministry of Health and Social Development

Serbia

Professor Dr Tomica Milosavljevic
Minister of Health

Dr Ivana Mistic
Assistant Minister, Sector for Health Care Organization and Health Inspection, Ministry of Health

Mr Vladislav Mladenovic
Ambassador, Embassy of Serbia, Oslo, Norway

Slovakia

Mrs Martina Veresová
Director, Department of Public Finances, Finance Section, Ministry of Health

Spain

Dr José Martínez Olmos
Secretary-General for Health, Ministry of Health and Consumer Affairs

Sweden

Mr Lars-Erik Holm
Director-General, National Board of Health and Welfare

Mr Fredrik Lennartsson
Deputy Director-General, Head of the European Union and International Affairs Department,
Ministry of Health and Social Affairs

Switzerland

Mr Jean-Daniel Biéler
Deputy Head, Division of International Affairs, Swiss Federal Office of Public Health

Tajikistan

Mr Sohibnazar Rahmonov
Deputy Minister of Health

Mr Saidali Khafizov
Head, Economics and Budget Planning Department, Ministry of Health

Turkey

Mr Memet Atasever
Head of Department, Department of Strategy Development, Ministry of Health

Ukraine

Mr Igor Yakovenko
Deputy Minister of Health

Ms Iryna Fedenko
Head, Department of International Relations and European Integration, Ministry of Health

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr Nick Banatvala
Head of Global Affairs, Department of Health

Uzbekistan

Dr Adham Ilhakhmov Ikramov
First Deputy Minister of Health

Dr Bakhtiyor Khashimov
Head, Directorate of Finance and Economy, Ministry of Health

**Европейские члены Исполнительного комитета
Члены постоянного комитета Европейского регионального комитета**

Professor Ion Ababii
Rector, State Medical University, Republic of Moldova

Professor Sabahattin Aydin
Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Turkey

Dr Boris Ivanovich Dimitrov
Adviser to the Minister, Ministry of Health, Kyrgyzstan

Dr Mihaly Kokeny
President, Health Committee, Hungarian Parliament

Dr Vladimir Lazarevik
Assistant Professor, Institute of Social Medicine, Medical Faculty Skopje, The former Yugoslav Republic of Macedonia

Основные докладчики, председатели

Mr Philippe Douste-Blazy
Chair, Executive Board of UNITAID, World Health Organization, Switzerland

Professor Guillem Lopez Casasnovas
Professor of Public Finance, Universitat Pompeu Fabra, Catalonia, Spain

Professor Martin McKee
Professor of European Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

Professor Sir Michael Marmot
Head, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, United Kingdom

Professor Alan Maynard
Professor of Health Economics, Department of Health Sciences, University of York, United Kingdom

Professor Elias Mossialos
Director, LSE Health, London School of Economics and Political Science, United Kingdom

Mrs Mary Robinson
President, Realizing Rights: The Ethical Globalization, United States of America

Организации-партнеры

Mr Paul Belcher
EU Government Affairs Adviser, Royal College of Physicians, United Kingdom

Mr Martin Bratt
Operations Manager, The Millennium Foundation for Innovative Finance for Health

Ms Jeni Bremner
Director, European Health Management Association

Mr Wojciech Dziworski
Senior Economic and Policy Analyst, Directorate-General for Health and Consumers, European Commission

Ms Rekha Menon
Senior Economist, ECSHD, World Bank Resident Mission, Republic of Moldova

Mr Fritz von Nordheim
Policy Officer, Social Protection and Social Services, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, European Commission

Mr Mark Pearson
Head, Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development

Mr Paul De Raeve
Secretary-General, European Federation of Nurses Associations

Mr Matthias Schuppe
Secretary-General, International Health Forum

Ms Laurence Thurion
UNITAID, World Health Organization

Временные советники/эксперты

Mrs Enkelejda Malaj
Director of Cabinet, Cabinet of Minister of Health

Mr Siegfried Walch
Head of Department, Management Centre, Innsbruck, Austria

Mr Bojidar Nanев
Council President, Bulgarian Medical Association, Bulgaria

Dr Maris Jesse
Director, National Institute for Health Development, Estonia

Dr Hannes Danilov
Director, Estonian Health Insurance Fund

Professor Vappu Taipale
National Institute for Health and Welfare, Finland

Professor Gudjon Magnusson
Professor of Public Health, School of Health and Education, University of Reykjavik, Iceland

Dr Giancarlo Ruscitti
Regional Secretary for Health and Social Affairs, Veneto Region, Italy

Dr Giovanni Fattore
Institute of Public Administration and Health Care, Bocconi University, Milan, Italy

Mrs Leonor Bacelar-Nicolau
Researcher/Assistant Professor, Institute of Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Lisbon, Portugal

Dr Mark Tsechkovski
Adviser, Central Research Institute for Health Care Organization and Informatization, Russian Federation

Professor Valeria Lekhan
Head, Chair Social Medicine and Health Management, Dnipropetrovsk Medical Academy, Ukraine

Dr Marc Suhrcke
Professor of Public Health Economics, Health Economics Group, School of Medicine, Health Policy and Practice, University of East Anglia, United Kingdom

Mr Jean-Phillippe Viquant
Deputy Director, Health Care Financing, Ministry of Health and Sports

Штаб-квартира

Dr Andrew Cassels
Director, Health Policy, Development and Services

Dr David Evans
Director, Health Systems Financing

Dr Haik Nikogosian
Head of Secretariat, Framework Convention on Tobacco Control

Европейское региональное бюро

Dr Marc Danzon
Regional Director

Dr Nata Menabde
Deputy Regional Director

Dr Nedret Emiroglu
Director a.i., Division of Health Programmes

Dr Enis Baris
Director, Division of Country Health Systems

Dr Josep Figueras
Director, European Observatory on Health Systems and Policies

Mr Joseph Kutzin
Regional Adviser, Health Systems Financing

Dr Antonio Duran
Adviser

Dr Tamás Evetovits
Senior Health Financing Specialist

Mr Charles Robson
Head, Translation and Editorial (*Докладчик*)

Ms Faith Kilford
Conference Communications Officer

Ms Janna Riisager
Administrative Officer

Ms Kaja Kaasik-Aaslav
Assistant

Ms Elena Nivaro
Assistant to the Director

Переводчики

Rosamund Durnford-Slater
Heide Olsen
Eva Bonnard-Sjøgren
Gabrielle Rusch
Stein Larsen