

10

ВОПРОСОВ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ В СТРАНАХ НОВЫХ СОСЕДЯХ ЕС



ЕВРОПА



Географические карты: *The world factbook*. Washington, DC, Central Intelligence Agency, 2005 г. (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook>, по состоянию на 14 октября 2005 г.).

Дизайн: Tuuli Sauren, INSPIRIT International Advertising, Брюссель, Бельгия



ЕВРОПА

10

вопросов о
здравоохранении
в странах - новых
соседах ЕС

Автор: Albena Arnaudova

WHO LIBRARY CATALOGUING IN PUBLICATION DATA

10 health questions about the new EU neighbours/

by Albena Arnaudova

1.Vital statistics 2.Delivery of health care 3.Health status indicators 4.Public health administration 5.Financing, health 6.Comparative study 7.Albania 8.Belarus 9.Bosnia and Herzegovina 10.Bulgaria 11.Croatia 12.Republic of Moldova 3.Romania 14.Russian Federation 15.Serbia and Montenegro 16.The former Yugoslav Republic of Macedonia 17.Turkey 18.Ukraine 19.World Health Organization I. Arnaudova, Albena

ISBN 92 890 4381 4

(NLM Classification: WA 900)

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро следует направлять по следующим адресам:

- **Электронная почта** publicationrequests@euro.who.int (относительно экземпляров публикаций)
permissions@euro.who.int (относительно разрешения на их перепечатку)
pubrights@euro.who.int (относительно разрешения на их перевод).
- **Обычная почта** Publications,
WHO Regional Office for Europe,
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение "страна или район", оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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 не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<i>Предисловие</i>	v
Сокращения	vi
Технические примечания	vii
Выражение признательности	viii
Албания	2
Беларусь	24
Болгария	46
Босния и Герцеговина	70
Бывшая Югославская Республика Македония	98
Республика Молдова	120
Российская Федерация	142
Румыния	172
Сербия и Черногория	192
Турция	214
Украина	236
Хорватия	258
Библиография	280
Глоссарий	284



ПРЕДИСЛОВИЕ

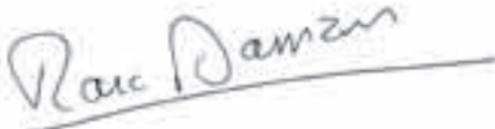
Первая книга в серии публикаций “10 вопросов о здравоохранении” была посвящена странам, присоединившимся к Европейскому союзу (ЕС) в мае 2004 г. В связи с этим расширением ЕС 12 стран стали его новыми соседями, и в настоящей книге приводится информация о новых соседях ЕС. Для сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ эти 12 стран – неотъемлемая часть содружества 52 государств – членов ВОЗ Европейского региона. Мы сотрудничаем со всеми этими странами и хорошо осведомлены о состоянии их здравоохранения.

Наша миссия заключается в распространении накопленных нами знаний. Тенденции в области здравоохранения в Регионе характеризуются как значительным сходством, так и большими различиями в состоянии здоровья населения и систем здравоохранения. В данной книге приведены информативные и убедительные сравнения с приведением конкретных данных по отдельным странам и группам соседних стран. Мы считаем, что такой способ презентации информации поможет лицам, определяющим политику, лучше понять некоторые из сходств и различий, а также проанализировать ситуацию в области здравоохранения в своих собственных странах в сопоставлении с другими странами. Кроме того, такая информация может оказаться полезной для международных организаций, являющихся нашими партнерами.

Обмен информацией и знаниями – это один из важнейших механизмов Регионального бюро, позволяющих поддерживать развитие здравоохранения, стимулировать соответствующие действия и вносить свой вклад в улучшение здоровья населения всего Региона.

Marc Danzon

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



СОКРАЩЕНИЯ

ИМТ	индекс массы тела
CIDA	Канадское агентство международного развития
СНГ	Содружество независимых государств
СЕ	Совет Европы
DALYs	утраченные годы здоровой жизни
DFID	Департамент Соединенного Королевства по международному развитию
DOTS	краткий курс лечения под непосредственным наблюдением (рекомендуемая ВОЗ стратегия борьбы с ТБ)
АКДС-3	комбинированная вакцина против дифтерии, столбняка и коклюша (три дозы)
ЕС	Европейский союз
Б-8	страны “Большой восьмерки” (крупные промышленно развитые демократические страны)
GAVI	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
ВВП	валовой внутренний продукт
ВОП	врач общей практики
ОПЗЖ	ожидаемая продолжительность здоровой жизни
МВФ	Международный валютный фонд
НАТО	Организация Североатлантического договора
НПО	неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ОБСЕ	Организация безопасности и сотрудничества в Европе
SO ₂	диоксид серы
ВБ	Всемирный банк
ВТО	Всемирная торговая организация
ООН	Организация Объединенных Наций
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
США	Соединенные Штаты Америки
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИМЕЧАНИЯ

Данные в этой книге собраны из широкого круга источников. Данные о здоровье населения различаются от одного источника к другому, и из-за использования различных методологических подходов они не всегда полностью сопоставимы. Поскольку одна из важнейших задач этой книги заключается в рассмотрении состояния здравоохранения в каждой из 12 стран в сравнении с другими странами Региона, приоритет был отдан цифрам, которые позволяют проводить надежные и значимые сопоставления. Данные о некоторых показателях могут не отражать последние имеющиеся статистические данные в странах, так как для обеспечения сопоставимости национальных и международных данных могли быть выбраны более ранние годы. Но даже в этом случае проведение сравнения не всегда было возможным.

В этой книге, когда речь идет о Европейском союзе (ЕС), используются такие три сокращения, как ЕС-25, ЕС-15 и ЕС-10. Первое из них означает расширенный Европейский союз, который с 1 мая 2004 г. состоит из 25 государств-членов. Второе сокращение означает 15 государств - членов ЕС до 1 мая 2004 г., а последнее сокращение означает 10 государств-членов, присоединившихся к ЕС в этот день. Эти группы используются для того, чтобы можно было проводить интересные и значимые сравнения, которые часто позволяют выявить определенные различия в состоянии здоровья населения и в других ключевых показателях общественного здравоохранения.

Номера источников, приведенные в конце каждого вопроса, указывают на соответствующий источник в библиографии.

Большинство данных относятся к 2001–2003 гг., и они взяты из созданной Европейским региональным бюро ВОЗ Европейской базы данных “Здоровье для всех”. При презентации данных о смертности использовалось два источника данных. Национальные данные взяты из статистики о причинах смерти в 2003 г. для всех 12 стран за исключением Боснии и Герцеговины (данных за последнее время не имеется), Румынии (данные за 2002 г.), Сербии и Черногории (данные за 2002 г.) и Турции (данных не имеется). Оценки ВОЗ составлялись с учетом таких факторов, как занижение национальных данных и их неправильная классификация, и поэтому они отличаются от данных самих стран.

Региональное бюро использует различные данные о смертности и заболеваемости, для того чтобы составить надежные и сравнимые оценки бремени болезней и ожидаемой продолжительности здоровой жизни для государств - членов ВОЗ. Время, прожитое людьми с неудовлетворительным состоянием здоровья, измеряется посредством комбинирования специфических для отдельных патологий оценок, взятых из исследования ВОЗ 2000 г. “Глобальное бремя болезней”, и оценок распространенности различных состояний здоровья в разбивке

по половозрастным группам, взятым из обследований состояния здоровья, проведенных ВОЗ.

Финансовые показатели основаны на данных ВОЗ за 2005 г. Эти цифры являются обновленными оценочными данными. Зарубежная помощь на нужды здравоохранения обычно включается в цифру, характеризующую государственные расходы на здравоохранение в виде процента от общих расходов на здравоохранение. В разделах, посвященных финансированию здравоохранения в 12 странах, в данной книге также отражены накопленные Региональным бюро обширные внутренние знания и фактические данные по этому аспекту.

Что касается иммунизации, то в качестве показателя охвата населения иммунизацией используется показатель иммунизации вакциной против коклюша, дифтерии и столбняка.

Цифры о распространенности ожирения представляют собой оценочные данные за 2005 г., представленные Глобальной программой ВОЗ по неинфекционным болезням.

Большинство цифр были округлены для удобства читателей. Также для их удобства в публикации имеется список сокращений и глоссарий используемых терминов.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Данная книга является второй из серии публикаций “10 вопросов о здравоохранении”, издаваемых Европейским региональным бюро ВОЗ, и ее появление на свет – это результат усилий множества людей с различными профессиональными навыками, опытом и знаниями.

Особую благодарность я хотела бы выразить двум людям, не являющимся сотрудниками Регионального бюро: Rikke Jørgensen – специалисту по общественному здравоохранению, занимающемуся изучением данных, Дания, и техническому редактору Mika Gissler – менеджеру по вопросам развития, работающему в отделе информации национального центра изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (STAKES), Финляндия, так как их помощь имела ключевое значение.

Свой вклад в подготовку этой книги внесли многие сотрудники ВОЗ. Yves Charpak из секретариата директора Европейского регионального бюро ВОЗ оказал поддержку проекту и способствовал его проведению. Сотрудники ВОЗ, работающие в отделе поддержки стран, приложили множество усилий, рецензируя главы книги, и внесли много ценных замечаний, основанных на их знаниях конкретных стран. Без их

поддержки эта книга не была бы столь полной и информативной, и поэтому я хотела бы выразить свою благодарность следующим лицам:

- Сотрудникам страновых офисов: Haris Hajrulahovic (Босния и Герцеговина), Antoinette Kaic-Rak (Хорватия), Marija Kisman (Бывшая Югославская Республика Македония), Y. Mehmet Kontas (Турция), Vasil Miho (Албания), Victor Olsavszky (Румыния), Emilia Tontcheva (Болгария), Pavel Ursu (Республика Молдова), Melita Vujnovic (Сербия и Черногория) и Егору Зайцеву (Беларусь);
- Mary Collins, Nata Menabde, Елене Потапчик и Mikko Vienonen, которые внесли значительный вклад в подготовку главы по Российской Федерации;
- Расулу Багирову и Нине Саутенковой, которые помогли мне своими советами при подготовке главы по Украине (Нина Саутенкова также представила информацию о ситуации с лекарственным обеспечением в ряде стран);
- Джо Kutzin, внесшему большой вклад в подготовку разделов, посвященных финансированию систем здравоохранения во всех 12 странах, охваченных данной книгой.

Бригада ВОЗ, работающая в области информации, фактических данных и коммуникации, оказала поддержку работе, связанной с созданием и публикацией книги, от ее начала до ее конца. Особую благодарность я хотела бы выразить Mary Stewart Burgher, которая обеспечила общий контроль за процессом производства книги, а также за ее редактированием и контролем качества. Такие сотрудники ВОЗ, как Pamela Charlton, Anca Dumitrescu, Marina Ghitoc, Kim Moesgaard Iburg и Remigijus Prochorskas также оказали существенную поддержку в процессе подготовки данной публикации. Административная поддержка этой работе была оказана Niels Eriksen, Ольгой Сафроновой и Valerie Rasmussen.

Albena Arnaudova

АЛБАНИЯ



REPUBLIKA E SHQIPERISE

ПЛОЩАДЬ (км²) 28 748

Чуть меньше, чем территория Бельгии

0,7% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 3 166 000

Несколько меньше населения Литвы

0,7% от населения ЕС-25

ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,

ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Примечание. Албания охвачена начатым в 1999 г. процессом ЕС по стабилизации и ассоциации, который представляет собой программу, разработанную с учетом индивидуальных особенностей конкретных стран и облегчающую их постепенную интеграцию в структуры ЕС. В рамках данного процесса такие страны, как Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, Сербия и Черногория и Бывшая Югославская Республика Македония, считаются потенциальными кандидатами для вступления в ЕС, одним из условий которого является улучшение регионального сотрудничества.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ албанцы – 97%, греки – 2%,
македонцы, цыгане – 1,3%

ЯЗЫК албанский

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Демократическая
республика

РЕЛИГИЯ мусульмане-сунниты – 70%, православные
христиане – 20%,
римские католики – 10%

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 28 ноября 1912 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 1 535 евро = **8% от среднего для ЕС-25**
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро, ЕС-10:
5 530 евро

По паритету покупательной способности:
4 830 евро = **20% среднего в ЕС-25**
(24 480 евро)

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ 12 префектур,
включающих 42 муниципалитета,
разделенные на 315 коммун

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА лек: 1 лек = 0,008 евро,
1 евро = 125 лек

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,78

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 15% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%**

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВВ, ВТО, ООН

Источники: 1–7.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ SHËNDET



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,01 женщин на одного мужчину

Городское население 45%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 28%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

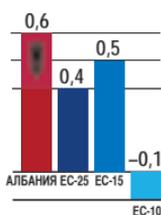
≥ 65 лет: 8%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

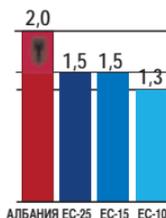
Доля иждивенцев

52 ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



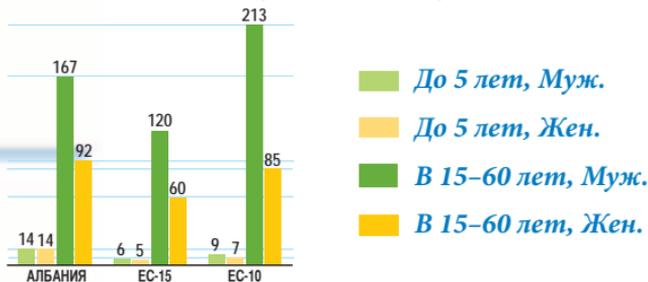
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	76	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	73	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	78	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Албания	61	60	63	11	14	12	15
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- демографический переход от высокой к низкой рождаемости;
- коэффициент фертильности превышает коэффициент воспроизводства населения;
- увеличение доли населения в возрасте старше 60 лет;
- быстрый экономический рост оказывает значительное воздействие на демографические тенденции.

Демографическая структура страны меняется под влиянием таких факторов, как бедность и миграция.

Источники: 2, 5, 8, 9.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 52% от общего числа смертей.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:

- ишемическая болезнь сердца: причина 7% бремени болезней и 15% всех смертей: 128 смертей на 100 000 населения

ЕС-25: 104, ЕС-15: 94, ЕС-10: 168

- цереброваскулярные болезни:

причина 7%

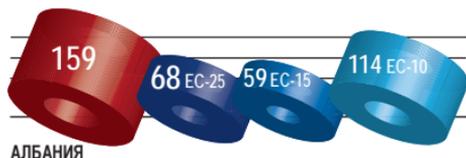
бремени

болезней и

19% всех

смертей:

159 смертей на 100 000 населения



АЛБАНИЯ

- Согласно оценкам, на высокое кровяное давление приходится 22% бремени болезней.

РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- На злокачественные новообразования ежегодно приходится 14% всех смертей или 132 смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 192, ЕС-15: 185, ЕС-10: 227*
- Ежегодно в стране регистрируется 96 новых случаев рака на 100 000 населения, что составляет четверть соответствующего показателя в *ЕС-25. ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427*
- В стране ежегодно регистрируется 4,2 новых случая рака шейки матки на 100 000 населения, что слегка превышает соответствующие показатели в ЕС-25. *ЕС-25: 3,2*

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В стране ежегодно регистрируется 20 новых случаев рака молочной железы и 13 новых случаев рака легких на 100 000 населения.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 20% общего бремени болезней и 3% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- В стране ежегодно регистрируется 4 случая самоубийства или преднамеренного самоповреждения на 100 000 населения. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Ежегодно они являются причиной 43 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Транспортные травмы ежегодно являются причиной 12 смертей на 100 000 населения.



БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания ежегодно приходится 6% всех смертей или 47 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются причиной 0,5% всех случаев смерти.
- Ежегодно регистрируется 18 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения. **ЕС-25: 13, ЕС-15: 11, ЕС-10: 26**
- Ежегодно регистрируется 0,7 новых случаев ВИЧ-инфицирования на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), ниже соответствующих показателей в ЕС в целом:
 - 0,2 новых случаев сифилиса **ЕС-25: 3, ЕС-10: 5**

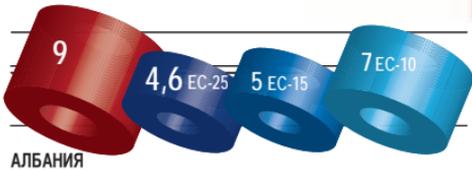
ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- 0,6 новых случаев гонококковой инфекции
ЕС-25: 9, ЕС-10: 6

- Показатели заболеваемости вирусным гепатитом вызывают беспокойство.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность: 9 смертей на 1000 живорожденных (по оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2000 г. этот показатель был равен 28).
- 
- Охват иммунизацией равен 97%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**
 - Некоторые управляемые инфекции (например, корь) продолжают оставаться распространенной проблемой.
 - Показатель смертности от диарейных заболеваний в возрасте до 5 лет составляет 0,4 на 100 000 населения.
ЕС-25: 0,4

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Сердечно-сосудистые болезни	19
2. Ишемическая болезнь сердца	18
3. Болезни нижних дыхательных путей	4
4. Рак трахеи, бронхов, легких	4
5. Рак желудка	3
6. Рак печени	3
7. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2
8. Гипертензивная болезнь сердца	2
9. Нефрит и нефротический синдром	2
10. Хроническая обструктивная легочная болезнь	1

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Албания	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	19	17	22
Психоневрологические расстройства	20	27	21
Рак/злокачественные новообразования	9	17	16
Непреднамеренные травмы	16	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	2	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	2	1	2
Респираторные инфекции	4	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4	1	1
Преднамеренные травмы	2	2	3
Диабет	1	2	2
Болезни органов чувств	4	5	5
Все инфекционные болезни	14	5	4
Все неинфекционные болезни	69	87	83
Все травмы	18	8	12

Важные моменты

состояние здоровья населения

Эпидемиологический профиль претерпевает изменения.

- Бремя инфекционных болезней, включая вспышки инфекций, передающихся через пищу и воду, является высоким.
- Наблюдается рост показателей сердечно-сосудистых и онкологических болезней, а также внешних причин смерти.
- Младенческая смертность снижается.
- Показатели материнского и детского здоровья продолжают вызывать обеспокоенность.

Источники: 5, 10.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 39% (60% у мужчин и 18% у женщин).
- На курение приходится 22% бремени болезней.



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 2 литра на человека в год.
ЕС-25: 9,4, ЕС-15: 9,4, ЕС-10: 8,9
- На употребление алкоголя приходится 6% бремени болезней.

НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Марихуана – это наиболее распространенное незаконное наркотическое средство в стране; в течение последнего года ее употребляли 2,6% населения.
- Ежегодная распространенность злоупотребления опиатами и амфетаминами составляет соответственно 0,5% и 0,4%.

ОЖИРЕНИЕ

- От ожирения страдают 24% мужчин и 19% женщин.
- Среди населения в возрасте 55–64 года от клинического ожирения страдают 26% мужчин и 35% женщин (ИМТ ≥ 30).
- Средний ИМТ для населения в возрасте 35–44 года равен 28 как для мужчин, так и для женщин, что указывает на наличие проблемы ожирения.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Согласно оценкам, на ожирение приходится 10% бремени болезней, а на недостаточную физическую активность – 5,3%.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 8 новых случаев сальмонеллезной инфекции.

ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99

Источники: 2, 10–13.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Институт общественного здравоохранения

Национальный центр по борьбе с наркотиками

Национальный центр переливания крови

Национальный центр благополучия, роста, развития и реабилитации детей

Национальный центр биомедицинских технологий

ПАРЛАМЕНТСКИЙ КОМИТЕТ

Парламентская комиссия по здравоохранению

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Институт медицинского страхования

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Орден врачей

Ассоциация медицинских сестер

Ассоциация педиатров

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Ассоциация перинатологов
Стоматологическая ассоциация
Ассоциация семейных врачей

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Факультет медицины Тиранского университета,
Факультет сестринского дела

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Районные директораты общественного здравоохранения



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Министерство здравоохранения выполняет функции основного фондодержателя и учреждения, отвечающего за оказание медицинской помощи населению, и де-факто является владельцем большинства служб на первичном и вторичном уровнях.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Бригады первичной медико-санитарной помощи, возглавляемые врачами общей практики (ВОП), оказывают первичную медицинскую помощь в центрах и пунктах здравоохранения. Пациенты имеют право выбирать ВОП, услуги которого затем оплачиваются Институтом медицинского страхования. В работу этих бригад на постоянной основе интегрируются некоторые услуги, относящиеся к общественному здравоохранению, например, к охране психического здоровья, профилактике туберкулеза, а также санитарному просвещению и профилактике

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

заболеваний. Действующая система направления через ВОП не мешает пациентам непосредственно обращаться к врачам-специалистам, но в этом случае услуги врачей оплачиваются наличными. Собственником медицинских учреждений первичного уровня является национальное или местное правительство.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Владельцем больниц, как правило, является государство, чаще всего в лице Министерства здравоохранения. Они организуются на национальном, региональном и муниципальном уровнях. Многие бедные и маленькие больницы, главным образом в сельской местности, были закрыты, и количество коек интенсивной терапии резко сократилось. Некоторые районные больницы были переклассифицированы в региональные. Национальные больницы остаются профильными и высокоспециализированными. Показатели госпитализации довольно низки в связи с тем, что в случае госпитализации пациенты вынуждены сами оплачивать дополнительные расходы. Больница Тиранского университета является самой крупной в стране (1442 койки), и она относится к небольшому числу стационаров, оказывающих третичную медицинскую помощь.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Частный сектор занимается лекарственным обеспечением, стоматологическим обслуживанием и оказанием врачебных услуг – главным образом через диагностические амбулатории в городах, некоторые из которых управляются религиозными организациями или другими НПО. В стране не имеется каких-либо механизмов мониторинга качества услуг, оказываемых в частных специализированных амбулаторных учреждениях.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Практика обращения к врачам-специалистам минуя первичный уровень здравоохранения является распространенной, и ее трудно изменить.
- Службам первичной медико-санитарной помощи необходимо расширить свой контингент пациентов, с тем чтобы охватить не только уязвимые, но и другие группы населения.
- Стационарная сеть оказалась под особенно большим давлением в период политических кризисов и притока беженцев из Косово (Сербия и Черногория).
- Улучшение доступа к медицинской помощи и повышение ее качества продолжают оставаться важными задачами.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Работников здравоохранения не хватает, а их распределение неравномерно; большинство из них сконцентрированы в больницах и рядом с городскими районами. В частном секторе (стоматология и аптечное дело) занято 11,5% кадров здравоохранения. Число медицинских сестер и акушерок снижается, несмотря на то, что потребность в них увеличивается.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	133	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	41	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	370	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	40	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	50	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц
на 100 000 чел.

1,6

АЛБАНИЯ



Число коек на 100 000 чел.

306

ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661

Число госпитализаций на 100 чел. в год

8,7

ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5

Средняя продолжительность госпитализации (дней)

6,6

ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Внутреннее производство лекарственных средств было приватизировано, однако наибольшая доля лекарств, используемых в стране, – это импортируемые препараты. Основные лекарственные средства получают бесплатно грудные дети, инвалиды и ветераны войны. Другие субсидии на лекарства группируются по категориям болезней. Сеть частных аптек очень хорошо развита, однако для регулирования их работы все еще необходима хорошая правовая база.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Одной из важных проблем страны является постоянная утечка квалифицированного медицинского персонала.
- Внедрение программ приобретения новых навыков и служебного роста могло бы облегчить ситуацию с кадровыми ресурсами.
- Министерство здравоохранения предпринимает меры для обеспечения соблюдения норм и правил лекарственного обеспечения населения.
- Управление работой учреждений здравоохранения, как правило, осуществляется не менеджерами, а врачами.

Источники: 5, 14.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



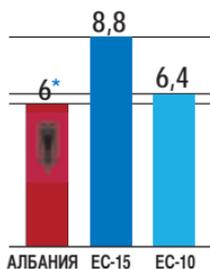
Кто и за что платит?



Службы здравоохранения финансируются из двух источников. Основным источником – это государственный бюджет (общее налогообложение), который дополняется налогом на заработную плату, поступающим в Институт медицинского страхования. Институт является национальным фондом, подотчетным парламенту, который отвечает за удовлетворение потребностей уязвимых групп населения (дети, пенсионеры и т.д.). Ответственность за эти группы населения разделена между Институтом и Министерством здравоохранения. Институт выплачивает врачам зарплату и оплачивает некоторые основные лекарственные средства на первичном уровне здравоохранения. Местные правительства также субсидируют лечебно-профилактические учреждения первичного уровня в своих регионах. Министерство получает средства из государственного бюджета, которые оно распределяет между медицинскими учреждениями вторичного и третичного уровня, собственником и руководителем которых оно является. Оно также оплачивает некоторые услуги на уровне первичной медико-санитарной помощи, которые не финансируются Институтом или местными правительствами. С 2000 г. осуществляются пилотные инициативы для расширения масштабов охвата населения: так, например, в Дуррезском регионе проводится пилотный проект, в рамках которого медицинские услуги покупаются непосредственно у больниц. Вклады в фонд медицинского страхования поддерживаются на низком уровне, однако в этой области имеются некоторые проявления несправедливости. В частности, отдельные группы сельского населения не в состоянии оплачивать медицинскую страховку. Повсеместно по месту получения медицинской помощи осуществляются платежи из собственного кармана.

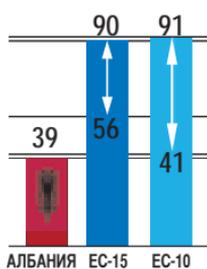
ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА

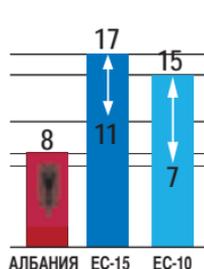


Общие расходы на здравоохранение (% ВВП)

* С учетом всех существующих источников, включая зарубежную помощь; собственно государственные расходы составляют 2,9%.



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Оплата медицинских расходов из собственного кармана (% от общих личных расходов на медицинскую помощь) 99,7

Население, живущее ниже национальной черты бедности 25%

(30% в сельских районах, 15% в городских районах); 12% населения живет менее чем на 2 долл. США в день

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Уровни финансирования здравоохранения остаются низкими в абсолютных величинах.
- Участие в национальной системе медицинского страхования варьируется среди различных групп населения, даже среди активно работающего населения. Все группы населения могли бы получить пользу от лучшего информирования.
- Обязанности разделены между различными учреждениями, и поэтому имеется проблема координации оказываемых медицинских услуг и эффективного осуществления реформ.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- На оплату из собственного кармана приходится все большая часть расходов на здравоохранение, и эта практика представляет несомненную угрозу применительно к обеспечению финансовой защиты населения и солидарности.
- Качество и эффективность медицинских служб могут быть улучшены, особенно если будет создана система стимулов, относящихся к оплате труда поставщиков медицинских услуг.
- Вопросы финансирования здравоохранения имеют ключевое значение для успеха проводящейся реформы здравоохранения.
- За период с 1999 г. 25 правительств, международных организаций и НПО оказали поддержку процессу реформирования здравоохранения в Албании, предоставляя техническую помощь и финансируя 133 проекта, общая стоимость которых превышает 143 млн. долл. США.

Источники: 2, 8, 15.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

В Албании было проведено несколько реформ системы здравоохранения. Несмотря на то, что политические кризисы 1990-х годов прервали осуществление запланированных реформ, в отрасли здравоохранения разработаны и реализуются несколько планов действий. Одна из важнейших задач реформ здравоохранения заключалась в том, чтобы помочь Министерству здравоохранения стать ключевым органом формирования политики в области здравоохранения. Международное сообщество оказало значительную поддержку стране в выполнении ряда реформ.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В период с 1992 г. в стационарном секторе были проведены реформы, включающие, в частности, закрытие ряда больниц.
- Благодаря частичной децентрализации районные администрации/отделы здравоохранения получили большую независимость в вопросах управления.
- Национальная политика в области лекарственных средств была начата в 1993 г., а в 1994 г. был составлен перечень основных лекарственных средств.
- В 1995 г. были созданы система социального медицинского страхования и национальный институт медицинского страхования.
- В области медицинской практики, стоматологии и аптечного дела была внедрена система оказания частных услуг.
- В 1999 г. был опубликован меморандум о политике и стратегиях реформирования системы здравоохранения Албании (без плана действий), в котором предлагалось, чтобы роль Министерства здравоохранения как органа управления была изменена на роль органа, формирующего политику.
- В 2000 г. Министерство здравоохранения создало свой департамент по политике и планированию, которому было поручено подготовить план реформирования и восстановления системы здравоохранения, развить потенциал более эффективного использования донорской помощи, а также обеспечить последовательность процесса реформирования.
- В 2004 г. была принята долгосрочная стратегия развития системы здравоохранения.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Важные моменты

реформы здравоохранения

- При направлении государственных и международных инвестиций в систему здравоохранения необходимо учитывать имеющийся потенциал системы в плане оказания необходимых услуг.
- Отсутствие четкой нормативно-правовой основы усложняет такие виды деятельности, как мониторинг работы частных поставщиков медицинских услуг, постановка стандартов, определение функций и обязанностей.
- Для дальнейшей децентрализации системы здравоохранения необходимо поставить четкие цели.
- При проведении тех или иных реформ необходимо принять все меры, чтобы они были устойчивыми и доводились до конца.
- Правительство страны берет на себя все большую ответственность за внутреннее финансирование отрасли здравоохранения (дополняя средства, получаемые от международных доноров).
- Усовершенствованная система сбора и распространения медико-санитарной информации во многом бы способствовала процессу реформирования.
- Необходимо проводить работу по совершенствованию навыков и культуры персонала в такой области, как мониторинг и оценка осуществления политики.
- Правительство утвердило долгосрочную стратегию развития системы здравоохранения.

Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ БОЛЬНИЦ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ДОНОРОВ

Больница Тиранского университета была существенно усовершенствована благодаря значительным средствам,

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

выделенным правительством для ее восстановления; Всемирный банк также планирует предоставить дополнительные ресурсы для этой цели. Правительство Франции предоставляет средства для строительства нового стационара с отделениями отоларингологии, офтальмологии и челюстно-лицевой хирургии. Правительства двух стран оказывают поддержку развитию педиатрических служб: Германия выделила средства для обновления инфраструктуры, а Япония окажет помощь в покупке современного оборудования. Международная организация по миграции предоставляет средства для развития служб гемодиализа и для приобретения оборудования для сердечной хирургии. Все эти инвестиции реализуются в соответствии с генеральным планом развития стационарного сектора, подготовленного в 1997 г. при поддержке организаци Publicque des Hopitaux de Paris.

Какую работу проводит Региональное бюро в Албании?



Страновой офис ВОЗ в Албании был открыт в 1991 г. (г. Тирана). В период 2004–2005 гг. Региональное бюро оказало поддержку этой стране:

- в разработке политики в области борьбы против табака, алкоголя и наркотиков и в укреплении здоровья населения;
- в укреплении системы первичной медико-санитарной помощи, в реформировании стационарного сектора и в развитии систем здравоохранения;
- в таких более специализированных технических областях, как окружающая среда и здоровье и охрана здоровья матери и ребенка.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Некоторые приоритетные направления сотрудничества в 2006–2007 гг. включают следующее:

- системы здравоохранения: реформа системы финансирования здравоохранения, оценка деятельности;
- экологическая безопасность;
- усовершенствование служб экстренной медицинской помощи;
- система эпиднадзора за инфекционными болезнями;
- укрепление потенциала первичного звена здравоохранения в таких, например, областях, как охрана здоровья матери и ребенка, охрана психического здоровья, лечение зависимостей и т. д.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Президент Албании (<http://www.president.al>)

Ассамблея Албании (<http://www.parlament.al>)

Совет министров (<http://www.albgovt.gov.al>)

Департамент информации (<http://mininf.gov.al>)

Албанский институт статистики (<http://www.instat.gov.al>)

Национальное агентство по окружающей среде
(<http://www.nea.gov.al>)

Министерство сельского хозяйства и продовольствия
(<http://www.mbu.gov.al>)

Министерство иностранных дел (<http://www.mfa.gov.al>)

Министерство труда и социальных дел (<http://www.molsa.gov.al>)

Gazeta shqiptare (на албанском яз.)

(<http://www.balkanweb.com/gazeta/gazeta.htm>)

ПРООН (<http://www.undp.org.al>)

ЮНИСЕФ (<http://www.unicef.org/infobycountry/albania.html>)

Всемирный банк (<http://www.worldbank.org/al>)



България



Ромъния



Унгария



Словакия



Чехия



Испания



Португалия



Гърция



Кипър



Турция



Полша



Словения

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

БЕЛАРУСЬ



ПЛОЩАДЬ (км²) 207 600

Чуть меньше, чем площадь Соединенного Королевства

5% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 9 895 000

Равно населению Бельгии

2,2% от населения ЕС-25

ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,

ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ белорусы – 78%, русские – 13%, украинцы – 4%, поляки – 4%

ЯЗЫК белорусский, русский

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Республика

РЕЛИГИЯ православная церковь, римская католическая церковь

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1991 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 1 441 евро = *7% от среднего для ЕС-25*

ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро,

ЕС-10: 5 530 евро

По паритету покупательной способности:

5 520 евро = *23% от среднего в ЕС-25*

(24 480 евро)

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ 6 областей, 143 района

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА рубль: 1 рубль = 0,00036 евро, 1 евро = 2 775 рублей

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,79

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 3% *ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%*

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СНГ, СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВБ, ООН

Источники: 1–6, 16, 17.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,14 женщин на одного мужчину

Городское население

71%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет:

17%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

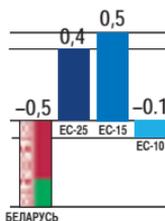
≥ 65 лет: 14%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

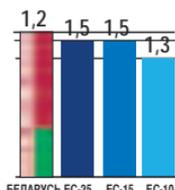
Доля иждивенцев

45 ЕС-25: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



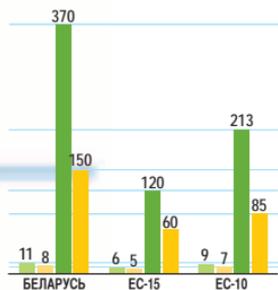
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15–60 лет, Муж.
- В 15–60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	69	ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74
Мужчины:	63	ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70
Женщины:	75	ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Беларусь	61	57	65	11	15	10	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- снижение показателя прироста населения и общей численности населения;
- уровень ОПЗЖ среди мужчин, проживающих в Беларуси, один из самых низких в Европейском регионе ВОЗ.

Источники: 2, 5, 8, 9.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния



Молдова



Украина



Грузия



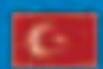
Армения



Азербайджан



Албания



Турция



Грузия



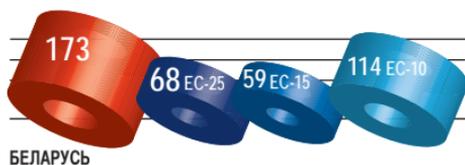
Армения



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 52% от общего числа смертей.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца: причина 17,4% бремени болезней и 34% всех смертей: 457 смертей на 100 000 населения **ЕС-25: 104, ЕС-15: 94, ЕС-10: 168**
 - цереброваскулярные болезни: причина 8,6% бремени болезней и 13% всех смертей; 173 смерти на 100 000 населения.
- На гипертензию (высокое кровяное давление) приходится 17% бремени болезней, а на гиперхолестеринемию – 14,1%.



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Рак является второй ведущей причиной смерти и на него приходится 13% от общего числа смертей и 9% бремени болезней.
- Ежегодно в стране регистрируется 352 новых случая рака на 100 000 населения. **ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427**
- Ежегодно в Беларуси регистрируется 15 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения. **ЕС-25: 3,2**
- В 2003 г. в Беларуси был зарегистрирован 61 новый случай рака молочной железы и 45 новых случаев рака легких на 100 000 населения.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 1,5%.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- В структуре смертности на долю психоневрологических расстройств приходится 1% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- В стране регистрируется 33 случая смерти от самоубийств или самоповреждений на 100 000 населения: 2,5% от всех смертей. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**
- Ежегодно в стране регистрируется 128 новых случаев психических расстройств на 100 000 населения. **ЕС-10: 777**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Ежегодно они являются причиной 163 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Жертвами дорожно-транспортного травматизма ежегодно становятся 73 человека на 100 000 населения.

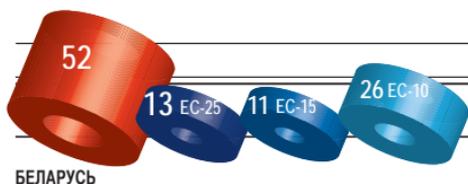


БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания приходится 3% всех смертей или 45 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

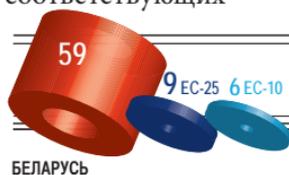
- В структуре смертности на долю инфекционных болезней приходится только 13 смертей на 100 000 населения или 1% от всех смертей.
- Ежегодно регистрируется 52 новых случая туберкулеза на 100 000 населения.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- Ежегодно регистрируется 7,2 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), выше соответствующих показателей в ЕС в целом:
 - 49 новых случаев сифилиса.
ЕС-25: 3, ЕС-10: 5
 - 59 новых случаев гонококковой инфекции.



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Показатель младенческой смертности составляет 8 на 1000 живорожденных. *ЕС-25: 4,6, ЕС-15: 5, ЕС-10: 7*
- Охват иммунизацией равен 99%.
ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10 96%

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	41
2. Сердечно-сосудистые болезни	16
3. Хроническая обструктивная легочная болезнь	4
4. Отравления	3
5. Преднамеренные самоповреждения	3
6. Рак трахеи, бронхов, легких	3
7. Рак желудка	2
8. Рак толстой и прямой кишки	2
9. ВИЧ/СПИД	2
10. Утопления	1

Примечание. Приведенные выше цифры основаны не на официальных статистических данных о смертности, а на оценках ВОЗ.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Беларусь	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	30	17	22
Психоневрологические расстройства	15	27	21
Рак/злокачественные новообразования	9	17	16
Непреднамеренные травмы	14	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	4	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	5	2	2
Респираторные инфекции	< 1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1	1	1
Преднамеренные травмы	6	2	3
Диабет	2	2	2
Болезни органов чувств	4	5	5
Все инфекционные болезни	7	5	4
Все неинфекционные болезни	74	87	83
Все травмы	20	8	12

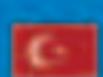
Важные моменты

состояние здоровья населения

- В последние десять лет онкологическая заболеваемость возросла на одну треть.
- Показатели младенческой смертности низки, но показатели младенческой заболеваемости остаются высокими.
- Хотя некоторые показатели здоровья населения в последнее десятилетие улучшились, неблагоприятные социально-экономические факторы продолжают оказывать негативное влияние на здоровье населения.
- Одной из основных проблем в области репродуктивного здоровья в Беларуси является очень высокая частота аборт (по этому показателю страна находится на втором месте в Европейском регионе ВОЗ).

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 2, 10.





Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 27%: 53% среди мужчин и 7% среди женщин.
- На курение приходится 11,6% бремени болезней.



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 4,9 литра на человека в год.
ЕС-25: 9,4, ЕС-15: 9,4, ЕС-10: 8,9
- Ежегодно регистрируется 28 новых случаев алкогольного психоза на 100 000 населения.
- На употребление алкоголя приходится 14% бремени болезней.

НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Среди взрослого населения показатели употребления марихуаны составляют 2,6%, а опиатов – 0,4%.
- Незаконное употребление наркотических средств является причиной 2,2% общего бремени болезней.

ОЖИРЕНИЕ

- На ожирение приходится 10% бремени болезней, а на недостаточную физическую активность – 5,5%.
- От ожирения страдают 16% мужчин и 32% женщин.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения регистрируется 40 случаев сальмонеллезной инфекции.
ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99

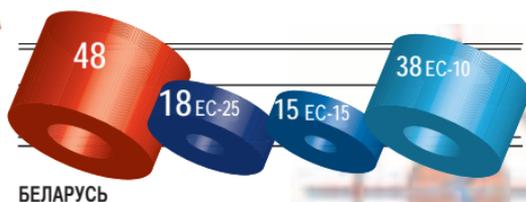
ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ГИГИЕНА ТРУДА

- В стране ежегодно регистрируется 3 новых случая профессиональных болезней на 100 000 населения.
ЕС-25: 42, ЕС-15: 42, ЕС-10: 19
- На производственный травматизм приходится 2,2 случаев смерти на 100 000 населения.
ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- В 2000 г. выбросы SO₂ составили 48 кг на душу населения.



Источники: 2, 10–13.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

Государственный межминистерский комитет охраны здоровья населения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Национальная служба гигиены и эпидемиологии

Центр экспертизы по вопросам питания

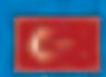
Центр экспертизы и клинических испытаний

Центр медицинских технологий

ПАРЛАМЕНТСКИЙ КОМИТЕТ

Комитет по здравоохранению и физической активности

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

БелГосСтрах

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Ассоциация работников здравоохранения

Ассоциация врачей общей практики

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Государственные медицинские университеты в Минске, Витебске, Гродно и Гомеле

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Департаменты здравоохранения местных органов власти на областном и районном уровнях



Как организовано медицинское обслуживание страны?

Стандарты медицинской помощи и нормативы медицинского обслуживания на всех уровнях определяются на национальном уровне, однако ответственность за контроль их выполнения несут местные органы власти. Результаты процесса децентрализации оказались неоднозначными. С одной стороны, координация работы местных поставщиков медицинских услуг несколько улучшилась. С другой стороны, большая независимость, которую получили местные органы самоуправления, может иногда затруднять осуществление приоритетных национальных программ.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Оказание первичной медицинской помощи гарантируется для всего населения – но через различные каналы. В

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

сельской местности имеется огромная сеть медицинских пунктов или здравпунктов, в которых работают медсестры, фельдшеры и акушерки, или врачебных пунктов, в которых работают врачи. В городах первичная медицинская помощь населению оказывается через поликлиники. Пациенты приписываются к определенному врачу общей практики независимо от их предпочтения. Предполагается, что врачи общей практики (ВОП) должны быть звеном первого контакта пациента с медицинской системой, однако на практике эта их функция не реализуется в полном масштабе. По-прежнему существует широкая сеть поликлиник по месту работы. В настоящее время разрабатывается национальный план действий по переходу к системе общей медицинской практики как в городах, так и в сельской местности.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Больные привыкли к тому, что они сами обращаются к врачам-специалистам, и конституция страны гарантирует их право на это. Специализированные амбулаторные клиники и стационарные и амбулаторные отделения больниц оказывают вторичную медицинскую помощь. Этот вид медицинского обслуживания организован по территориальному признаку, и поэтому больницы финансируются через местные органы самоуправления, которые также нанимают весь медицинский персонал. Доминирующей формой медицинского обслуживания на этом уровне является стационарная помощь. На уровне вторичной и третичной медицинской помощи имеются избыточные резервы, что является глубинной причиной общенациональной тенденции, выражающейся в стремлении к максимально возможному использованию имеющегося коечного фонда. Данная тенденция усугубляется также тем, что стационарные больные получают лекарства бесплатно.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Все учреждения вторичной и третичной медицинской помощи являются государственной собственностью. Врачи предприняли определенные попытки в направлении

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



организации системы оказания частных медицинских консультаций, благодаря чему был создан ряд успешно функционирующих получастных поликлиник. Возникающий частный сектор здравоохранения продолжает нуждаться в официальной нормативно-правовой базе.



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- За период после обретения страной независимости система медицинского обслуживания населения в основном осталась без изменений, так как статус-кво в этой области должен препятствовать возникновению перебоев в работе системы оказания медицинской помощи.
- Несмотря на политическую приверженность концепции общей практики, основная задача в области ПМСП заключается в том, чтобы реально обеспечить контролируемое и обоснованное направление больных к врачам-специалистам.
- Запланированный переход от стационарной к амбулаторной помощи будет осуществляться на основе существующей сети поликлиник.
- Сектору социальной помощи необходимо приложить усилия для удовлетворения потребностей стареющего населения.
- Традиционная национальная система санитарно-эпидемиологического надзора отвечает за проведение санитарных инспекций, экологический мониторинг и борьбу со вспышками инфекционных болезней.
- Функции контроля за оказанием населению медицинской помощи все в большей степени передаются на местный уровень.
- В стране действуют параллельные структуры медицинского обслуживания, поддерживаемые государственными предприятиями или другими министерствами, что часто ведет к дублированию лечебно-профилактических учреждений.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Количество медицинских работников является чрезмерным и продолжает увеличиваться во всех категориях – частично из-за того, что оно непосредственно зависит от числа существующих коек или прогнозируемых посещений пациентов. Руководителям лечебно-профилактических учреждений была предоставлена определенная автономия в плане принятия решений, однако ограниченное финансирование не позволяет им в полной мере выполнять эту новую для них функцию.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

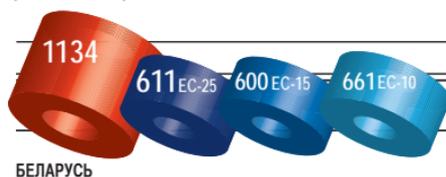
Врачи-специалисты	456	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	44	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	1166	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	29	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	30	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

Количество больничных коек было уменьшено недостаточно, и показатели госпитализации и использования коек продолжают оставаться очень высокими. Были предприняты усилия для трансформации ряда больниц общего профиля в дневные стационары. Техническое оснащение большинства стационарных учреждений устарело или недостаточно.

Число больниц на 100 000 чел. **7,4**
ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8

Число коек на
100 000 чел. **1134**



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Число госпитализаций на 100 чел. в год

29

ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5

Средняя продолжительность госпитализации (дней) 12,2

ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Около 70% лекарств импортируется. Министерство здравоохранения отвечает за составление перечня основных лекарственных средств, их закупку за границей и ценообразование. Все большее внимание уделяется вопросам обеспечения качества, и были предприняты серьезные усилия для удовлетворения международных стандартов. Серьезной проблемой является то, что регулирующие функции, такие, например, как лицензирование, все еще не переданы специализированному регулирующему органу: Государственному комитету экспертизы медицинской помощи. Это может помешать усилиям, направленным на внедрение системы обеспечения качества.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Избыточное количество медицинского персонала является серьезной проблемой.
- На повестке дня продолжают оставаться такие вопросы, как разработка национальной политики по кадровым ресурсам здравоохранения и кадровое планирование.
- Возможности подготовки и переподготовки открыты для всех желающих начать заниматься общей практикой.
- Органы здравоохранения признают необходимость развития культуры более рационального и экономически эффективного применения лекарственных средств.
- Менеджеры больниц и сотрудники местных государственных органов нуждаются в подготовке и расширении прав и возможностей в такой области, как независимое принятие решений, относящихся к здравоохранению.

Источники: 2, 14.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Кто и за что платит?



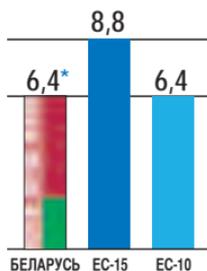
Население имеет право на всеобщую и бесплатную медицинскую помощь. Система здравоохранения финансируется на основе обязательного общего налогообложения; в стране нет практики уплаты взносов в фонд обязательного медицинского страхования или специальных налогов на медицинское страхование из зарплаты. Местные правительства несут ответственность за сбор обязательных общих налогов, определение уровня ассигнований на здравоохранение и распределение полученных средств среди поставщиков медицинских услуг. Некоторые крупные предприятия финансируют здравоохранение через поддержку поликлиник по месту работы. Из государственного бюджета также выделяются определенные средства для проведения приоритетных программ, направленных на борьбу с социально значимыми болезнями (такими как злокачественные новообразования, диабет, туберкулез). В последнее время государственное финансирование областных органов здравоохранения осуществляется из расчета на душу населения, что создает условия для реформирования стационарного сектора, уменьшения количества больничных коек и переноса акцента со стационарного на амбулаторное медицинское обслуживание. Тем не менее, основная доля выделяемых из бюджета средств все еще предназначена для стационарной помощи.

Добровольное медицинское страхование разрешается только для медицинских услуг, не относящихся к категории основных. Реальный объем вспомогательных источников финансирования трудно оценить из-за того, что 9 министерств и многие крупные предприятия имеют параллельные службы здравоохранения. Кроме того, в стране не существует официальных механизмов для взимания официальной оплаты за больничную помощь или

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

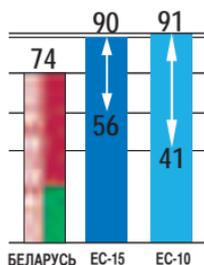


каких-либо систем долевого участия в расходах. В 2000 г. выплаты из личных средств пациентов составили около 15% всего объема финансирования здравоохранения.

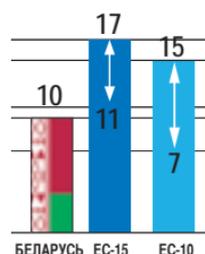


Общие расходы на здравоохранение (% ВВП)

* По национальной оценке, эти расходы составляют: 4,9%.



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Население, живущее ниже национальной черты бедности 42%; менее 2% населения живет менее чем на 4 долл. США в день.

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Относительно высокий уровень роста экономики в последние годы не привел к улучшению экономических условий жизни населения.
- Доля расходов на здравоохранение относительно высока, но оказание неограниченной по объему медицинской помощи становится все более трудной задачей.
- Важнейшей задачей предстоящих реформ является четкое определение пакета бесплатных медицинских услуг.
- В практике оценки расходов на здравоохранение имеются неясные моменты и различия.

Источники: 2, 8, 15.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

В 1990-х годах в области здравоохранения был сохранен статус-кво, и унаследованная структура здравоохранения поддерживается в максимально возможной степени. В целом, в этой области было изменено законодательство, однако изменения в системах управления и финансирования были относительно небольшими. В стране наблюдается выраженная тенденция к передаче властных полномочий от Министерства здравоохранения исполнительным комитетам на областном и районном уровнях.

- В 1992 и 1996/1997 гг. были предприняты попытки внедрить систему социального медицинского страхования. С 1998 г. все планы развития отрасли здравоохранения основаны на допущении, что ключевым источником финансирования здравоохранения будут общие налоги.
- В 1998 г. была принята национальная стратегия развития здравоохранения – приказ Совета Министров под названием “Концепция развития здравоохранения”.
- В 1999 г. была принята государственная программа “Здоровье народа” на 1999–2005 гг., в которой была подчеркнута необходимость межотраслевого сотрудничества для улучшения ключевых детерминантов здоровья.
- В 2004 г. в рамках подготовки государственной программы возрождения и развития села на 2005–2010 гг. была создана рабочая группа по первичной медико-санитарной помощи и была принята система регионального финансирования из расчета на душу населения.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- В 2005 г. была принята Государственная программа возрождения и развития села на 2005-2010 годы.

Специфический для страны подход заключается в тестировании различных новых моделей финансирования и управления службами здравоохранения в рамках отдельных пилотных проектов.



Важные моменты

реформы в области здравоохранения

- В последние годы, характеризующиеся стабильностью, наблюдается повышение внимания к проблемам системы здравоохранения, а также сильная приверженность поддержанию практики обеспечения всего населения бесплатной и справедливой медицинской помощью.
- Министерство здравоохранения взяло на себя обязательство внедрять реформы, которые расширят роль первичной медико-санитарной помощи, а также позволят внедрить новую систему оплаты труда ВОП. Основным принципом намеченных реформ является усиление общей практики.
- В рамках реформирования также были предприняты усилия для создания системы оплаты медицинских работников с учетом качества и объема их деятельности.
- До настоящего времени система здравоохранения в целом справлялась со своими задачами. Ей удалось избежать возникновения каких-либо серьезных проблем с медицинским обслуживанием населения. Однако в связи с улучшающимся экономическим климатом в стране встает задача дальнейшего и столь необходимого развития системы здравоохранения, которое должно основываться на улучшении таких ключевых составляющих здравоохранения, как эффективность, координация и финансирование.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

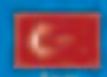
Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?



АККУМУЛИРОВАНИЕ ЗНАНИЙ

Для того чтобы обеспечить дополнительное финансирование служб здравоохранения, в стране было предпринято несколько попыток внедрить систему официального страхования, основанного на отчислениях от фонда заработной платы. Первая такая попытка, предпринятая в 1992 г., не получила поддержки парламента. Вторая была предпринята в 1996–1997 гг. в связи с проблемой недостаточного государственного финансирования здравоохранения. Парламенту был представлен проект соответствующего закона. Хотя он и не был идеален, он содержал ряд хороших находок и идей. Он был основан на принципах справедливости, солидарности и всеобщей доступности медицинской помощи. В нем также предлагалась корзина основных медицинских услуг, предусматривались меры сохранения и улучшения общественного здоровья и уделялось особое внимание развитию первичной медико-санитарной помощи. Однако депутаты не одобрили этот проект. С 1998 г. каких-либо попыток в этом направлении не предпринимается, и, согласно общему мнению, ключевым источником финансирования будет общее налогообложение. Тем не менее, усилия по внедрению социального медицинского страхования и связанные с этим обсуждения оказали значительное положительное воздействие на повышение осознания необходимости поиска реалистичных альтернативных путей финансирования. За истекший период на экспериментальной основе были апробированы различные подходы, некоторые из которых предусматривали установление полурыночных соглашений между

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



поставщиками медицинской помощи и теми, кто ее оплачивает. Ни одно из этих предложений не подрывает обязательства обеспечивать население бесплатной всеобщей медицинской помощью или ставит под сомнение роль государства как основного источника финансирования. Концепция реформирования здравоохранения страны имеет политическую поддержку. С другой стороны, большой опыт, накопленный за 13-летний период трудностей, показывает, что в случаях, когда реформы проводятся недостаточно продуманно и осторожно, этот процесс может быть связан с потенциальными ограничениями, скрытым сопротивлением и риском разрушения имеющейся системы медицинского обслуживания. Знания, аккумулированные в этой области, – это ценный ресурс, облегчающий поиск ближайших и долгосрочных путей решения стоящих перед здравоохранением проблем.



Какую работу проводит Региональное бюро в стране?

Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь открылся в 1994 г. в Минске. В период 2004–2005 гг. сотрудничество Регионального бюро с Республикой Беларусь осуществлялось главным образом в следующих областях:

- разработка стратегий улучшения системы оказания медицинских услуг и их качества;
- реформирование системы финансирования здравоохранения;
- разработка национальных баз данных по показателям здоровья;
- оценка экологических рисков, которым подвергаются дети;

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- улучшение служб репродуктивного здоровья, предназначенных для молодежи;
- борьба с туберкулезом с помощью стратегии DOTS в ряде пилотных регионов;
- борьба с ВИЧ/СПИДом.

В период 2006–2007 гг. приоритетными направлениями сотрудничества Европейского регионального бюро с Республикой Беларусь будут следующие:

- улучшение медицинского обслуживания на первичном и стационарном уровнях, например, путем большего интегрирования вертикальных служб, таких, например, как противотуберкулезные службы и службы охраны здоровья матери и ребенка в сектор первичной медико-санитарной помощи;
- укрепление нормативно-правовой базы фармацевтического сектора;
- улучшение качества и безопасности служб крови;
- усиление работы в области укрепления здоровья и профилактики неинфекционных болезней;
- содействие повышению безопасности среды обитания, в том числе в таких областях, как профилактика травматизма и дорожно-транспортных происшествий.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Здравоохранение Республики Беларусь: каталог организаций и специалистов (<http://healthcare.by>, на русском яз.)

Организация Объединенных Наций в Республике Беларусь (<http://www.un.minsk.by>)

Информационный портал белорусских неправительственных организаций (<http://www.ngo.by>)

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



БОЛГАРИЯ



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

ПЛОЩАДЬ (км²) 110 910

В три раза меньше территории Португалии

2,6% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 7 890 000

На 1 миллион меньше, чем население Швеции

1,7% от населения ЕС-25

ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,

ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ болгары – 88%, турки – 8%, цыгане – 3%, армяне и русские – 1%

ЯЗЫК болгарский

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Парламентская демократия, однопалатная Национальная ассамблея

РЕЛИГИЯ православные христиане – 83%, мусульмане – 12%, римские католики, протестанты, иудаисты

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1878 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 1 944 евро = **10% от среднего в ЕС-25**
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро, ЕС-10: 5 530 евро

По паритету покупательной способности:
7 130 евро = **29% от среднего в ЕС-25**
(24 480 евро)

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ 28 областей

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА лев: 1 лев = 0,51 евро,
1 евро = 1,96 лева

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,8

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 16% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%**

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СЕ, МВФ, НАТО, ОБСЕ, ВБ, ВТО, ООН
В 2002 г. на совещании Европейского совета в Копенгагене было принято решение о том, что Болгария должна стать членом ЕС 1 января 2007 г.

Источники: 1–7, 17, 20.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ ЗДРАВЕ



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,06 женщин на одного мужчину

Городское население

69%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 14%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

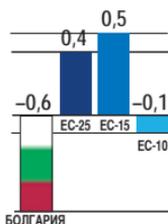
≥ 65 лет: 17%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

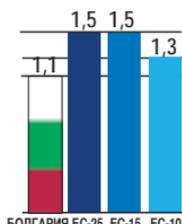
Доля иждивенцев

44 *ЕС-25: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



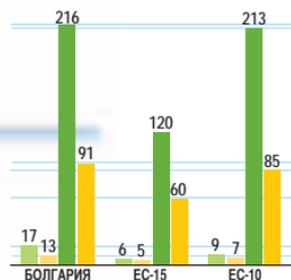
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15–60 лет, Муж.
- В 15–60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	72	ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74
Мужчины:	69	ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70
Женщины:	76	ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Болгария	65	63	67	12	15	9	11
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие в стране были отмечены следующие тенденции:

- отрицательный показатель прироста населения;
- показатель фертильности ниже показателя воспроизводства населения;
- увеличение доли людей в возрасте старше 60 лет.

Источники: 2, 5, 8, 9.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

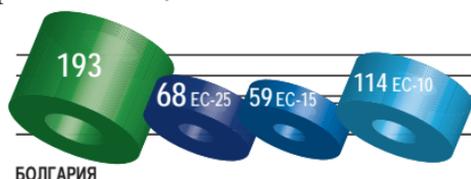




Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти заболевания, на которые приходится 36% бремени болезней, являются ведущей причиной смерти (65% от всех смертей).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца, являющаяся причиной 12,3% бремени болезней и 17% всех смертей:
184 смерти на 100 000 населения
ЕС-25: 104, ЕС-15: 94, ЕС-10: 168
 - цереброваскулярные болезни, являющиеся причиной 11% бремени болезней и 18% всех смертей:
193 смерти на 100 000 населения.
- Гипертензия – это причина 40% общего бремени болезней, и по этому показателю Болгария находится на первом месте в Европейском регионе ВОЗ. Помимо этого, причиной 14,3% общего бремени болезней является гиперхолестеринемия.

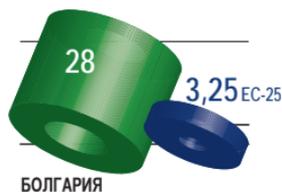


РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- На злокачественные новообразования ежегодно приходится 11% бремени болезней и 14% всех смертей: 153 смерти на 100 000 населения. **ЕС-25: 192, ЕС-15: 185, ЕС-10: 227**
- Ежегодно в стране регистрируется 376 новых случаев рака на 100 000 населения. **ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427**

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Ежегодно в стране регистрируется 28 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения, что почти в 10 раз выше соответствующего показателя в ЕС-25.
- В 2003 г. в стране было зарегистрировано 88 новых случаев рака молочной железы на 100 000 населения.



ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составила в 2000 г. 1,7%.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 18% общего бремени болезней и 1% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- В стране ежегодно регистрируется 12 случаев смерти от самоубийства или преднамеренного самоповреждения на 100 000 населения. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**
- Почти 3% населения страдают от проблем с психическим здоровьем. **ЕС-15: 2,5%, ЕС-10: 3%**

ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Ежегодно они являются причиной 46 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Транспортные травмы ежегодно являются причиной 89 смертей на 100 000 населения.



БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания приходится 3% всех смертей (36 на 100 000 населения в год). **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Показатель смертности от инфекционных болезней составляет только 7 человек на 100 000 населения в год.
- Ежегодно регистрируется 39 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения. **ЕС-25: 13, ЕС-15: 11, ЕС-10: 26**

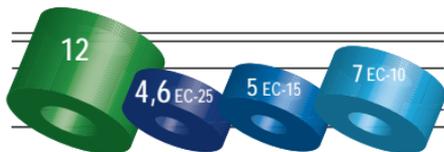
ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- Ежегодно регистрируется 0,8 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), составляют:
 - 18 новых случаев сифилиса. **ЕС-25: 3, ЕС-10: 5**
 - 5 новых случаев гонококковой инфекции.
ЕС-25: 9, ЕС-10: 6

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Показатель младенческой смертности составляет 12 на 1000 живорожденных, **БОЛГАРИЯ** хотя по оценка ВОЗ и ЮНИСЕФ, он является более высоким.
- Охват иммунизацией равен 95%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**
- Диарейные заболевания ежегодно становятся причиной смерти 5 детей в возрасте до 5 лет на 100 000 населения.
ЕС-25: 0,4, ЕС-15: 0,4, ЕС-10: 0,4



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	25
2. Цереброваскулярные болезни	20
3. Гипертензивная болезнь сердца	4
4. Рак трахеи, бронхов, легких	3
5. Рак толстой и прямой кишки	2
6. Диабет	2
7. Рак желудка	2
8. Инфекционные болезни нижних дыхательных путей	2
9. Цирроз печени	1
10. Преднамеренное самоповреждение	1

Примечание. Приведенные выше цифры основаны не на официальных статистических данных о смертности, а на оценках ВОЗ.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Болгария	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	36	17	22
Психоневрологические расстройства	19	27	21
Рак/злокачественные новообразования	11	17	16
Непреднамеренные травмы	6	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	2	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	1	2	2
Респираторные инфекции	1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1	1	1
Преднамеренные травмы	2	2	3
Диабет	3	2	2
Болезни органов чувств	5	5	5
Все инфекционные болезни	5	5	4
Все неинфекционные болезни	88	87	83
Все травмы	8	8	12

Важные моменты

состояние здоровья

- Число людей, страдающих психическими расстройствами, повышается.
- Сердечно-сосудистые болезни, респираторные болезни, злокачественные новообразования, травмы и отравления относятся к числу важнейших проблем, стоящих перед страной в области здравоохранения.
- Определенное беспокойство вызывают показатели материнского и детского здоровья. Показатель материнской смертности снижается, но все еще остается высоким.
- Высокое бремя неинфекционных болезней связано с такими факторами, как нездоровый образ жизни и ухудшающаяся природная среда обитания.
- Состояние здоровья сельского населения ухудшается повсеместно.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 5, 10, 17.





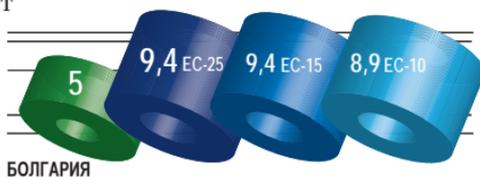
Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 33%: 52% среди мужчин и 30% среди женщин.
ЕС-25: 29%, ЕС-15: 28% (мужчины 32%, женщины 23%), ЕС-10: 31%
- На курение приходится 13,5% бремени болезней.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 5 литров на человека в год, что составляет чуть больше половины соответствующего показателя в ЕС-25.
- Показатель заболевания алкогольным психозом составляет 0,3 на 100 000 населения в год.
- Опрос, проведенный среди 15-летних школьников, показал, что 26% мальчиков и 11% девочек употребляют алкоголь каждую неделю.
- На употребление алкоголя приходится 7% бремени болезней.



НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Марихуана – это наиболее распространенное незаконное наркотическое средство в стране; в течение последнего года она была использована 1,2% молодежи. Среди взрослых ежегодный показатель распространенности злоупотребления марихуаной составляет 4%, а опиатами – 0,5%.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Причиной 0,3% бремени болезней является незаконное употребление наркотических средств.

ОЖИРЕНИЕ

- На ожирение приходится 14% общего бремени болезней (16% у женщин и 12% у мужчин), а на недостаточную физическую активность – 7%.
- 19% мужчин и 17% женщин страдают избыточным весом (ИМТ ≥ 30). Показатель ожирения среди мужчин остается неизменным начиная с 20-лет, но среди женщин он увеличивается с возрастом (10% – в возрасте 25–34 года, 44% – в возрасте 55–64 года).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 15 новых случаев сальмонеллезной инфекции.

ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99

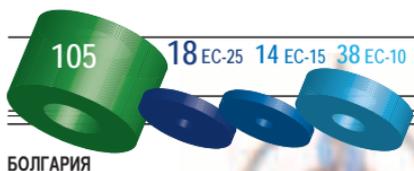
ГИГИЕНА ТРУДА

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 1,5 случая смерти, вызванной производственными травмами.

ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6

КАЧЕСТВО АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

- Выбросы SO₂ в 2000 г. составили 105 кг на душу населения.



БОЛГАРИЯ

Источники: 2, 10–13, 21, 22



Кто есть кто в отрасли здравоохранения?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Исполнительное агентство по фармацевтическим средствам

Исполнительное агентство по трансплантациям

Национальные центры в следующих областях:

инфекционные и паразитарные болезни,
общественное здравоохранение, информатика
здравоохранения, радиология, наркотические
средства, гемотрансфузиология

28 центров экстренной медицины

Фонд лечения детей

СОВЕТ МИНИСТРОВ

Национальный совет по наркотическим средствам

Национальный комитет по ВИЧ/СПИДу и инфекциям,
передаваемым половым путем

ПАРЛАМЕНТ

Постоянный комитет по здравоохранению

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Национальный фонд медицинского страхования, в
ведомстве которого находится 28 областных фондов
медицинского страхования

11 частных фондов добровольного медицинского
страхования

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Болгарская медицинская ассоциация

Союз стоматологов

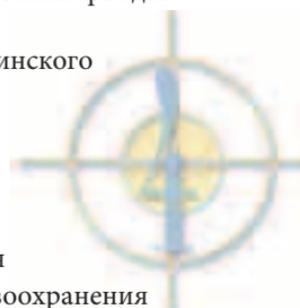
Ассоциация работников здравоохранения

Болгарская ассоциация менеджеров здравоохранения

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Медицинские университеты Софии, Варны и Пловдива

Медицинская школа в Плевене и медицинский факультет
в Стара Загора



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

28 областных центров здоровья

28 областных инспекторатов общественного здравоохранения



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Диагностические и консультативные центры, зарегистрированные как коммерческие компании, оказывают населению первичную медицинскую помощь и специализированную амбулаторную помощь через индивидуальные или групповые кабинеты медицинской практики. Основным нововведением было изменение формы собственности и юридического статуса. Все виды учреждений независимо от формы собственности (государственные, муниципальные или частные) имеют одинаковый статус и права. Так называемый национальный контракт по медицинскому обслуживанию представляет собой пакет медицинских услуг, гарантируемых на основе обязательного страхования и утверждаемых путем переговоров между всеми поставщиками медицинских услуг (через их профессиональные организации) и национальным фондом медицинского страхования. В этом контракте также дается описание клинических протоколов и процедур, которым должны следовать поставщики медицинской помощи, и определены базовые ставки оплаты семейных врачей.

Различные министерства финансируют параллельные системы медицинского обслуживания и осуществляют управление ими.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Врачи общей практики (ВОП) или семейные врачи оказывают населению всесторонний пакет услуг, включая диагностические, лечебные, профилактические, реабилитационные и медико-социальные. Они также выполняют функции звена, регулирующего поток пациентов на более высокие уровни медицинского обслуживания.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В стране имеется обширная стационарная сеть, которая в ряде случаев характеризуется чрезмерным использованием больничных коек (253 специализированных больницы или больницы широкого профиля на национальном, областном и муниципальном уровнях). Чтобы улучшить ситуацию в этой области ключевым элементом работы по реформированию здравоохранения была разработана государственная программа уменьшения числа коек и повышение эффективности стационарной помощи. Только за три года число больничных коек было сокращено на 28%. Была внедрена новая система аккредитации, благодаря чему уменьшилось число больниц, не удовлетворяющих установленным нормативам. В 2001 г. больницы приобрели финансовую самостоятельность и могут теперь функционировать как коммерческие предприятия. С другой стороны, они заключают контракты с Национальным фондом медицинского страхования и Министерством здравоохранения, которые обеспечивают их финансирование.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Многие кабинеты индивидуальной и групповой врачебной практики функционируют как частные предприниматели, подписывающие контракты с Фондом медицинского страхования. На принципах частной практики работают стоматологические кабинеты, консультационные врачебные кабинеты и хирургические кабинеты, аптеки, амбулаторные клиники и 18 стационаров. На долю частных больниц приходится 6% от всех больниц.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Амбулаторная помощь населению в основном оказывается частными поставщиками медицинских услуг, которые, однако, финансируются из государственного бюджета.
- Население имеет свободный выбор семейных врачей и стационарных учреждений.
- Некоторые услуги стали менее доступными с финансовой точки зрения, что нашло отражение в снижении числа амбулаторных визитов, числа профилактических обследований и показателя использования стационарных учреждений.
- Координация между службами первичной, экстренной и стационарной помощи может быть улучшена.
- Усилия по уменьшению числа больничных коек увенчались успехом, однако какие-либо эффекты приобретения больницами финансовой независимости пока не документированы.
- Общая сеть лечебно-профилактических учреждений была рационализирована.

Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Врачей готовят в пяти институтах, а неврачебный медицинский персонал обучают в 14 медицинских колледжах. В последнее десятилетие число врачей оставалось стабильным, в то время как число медсестер снизилось. В стране были предприняты значительные усилия для реформирования системы медицинского образования с усилением акцента на общей медицинской практике. Новая учебная программа институтов включает такие предметы, как общая медицина, управление медицинской помощью и медицинская информатика. Общая стратегическая

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния



Венгрия



Польша



Чехия



Словакия



Эстония



Латвия



Литва



Мальта

линия заключается в том, чтобы найти пути постепенного снижения численности медицинского персонала с целью решения проблемы избытка медицинских работников, особенно врачей. Оплата труда медицинских кадров увеличилась соразмерно среднему повышению зарплаты работников государственного сектора. Значительные различия наблюдаются между уровнем оплаты ВОП и оплаты врачей-специалистов, работающих в больницах.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты 360 EC-25: 343, EC-15: 356, EC-10: 278

Стоматологи 83 EC-25: 62, EC-15: 66, EC-10: 43

Медсестры 379



БОЛГАРИЯ

Фармацевты 12 EC-25: 78, EC-15: 81, EC-10: 60

ВОП 68 EC-25: 99, EC-15: 102, EC-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

В стране насчитывается избыточное число больничных коек. Показатель их использования является относительно низким, а продолжительность госпитализации – высокая. Для решения этой проблемы в 1997 г. был начат процесс аккредитации больниц, в результате чего было сокращено на треть число муниципальных и областных больниц. В результате нехватки управленческих и административных навыков в стационарном секторе у многих больниц накопились большие долги. В 1990-х годах из-за ограниченности бюджета здравоохранения ассигнования на капитальные инвестирования были низкими. Однако в 1999–2000 гг. правительство увеличило объем средств, выделяемых на обновление технологической базы стационаров, и приняло программу общего инвестирования.

EC-25: нынешние члены ЕС. EC-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Число больниц на 100 000 чел. <i>ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8</i>	3,8
Число коек на 100 000 чел. <i>ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661</i>	629
Число госпитализаций на 100 чел. в год <i>ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5</i>	17,5
Средняя продолжительность госпитализации (дней) <i>ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7</i>	8,8

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Цены на лекарства постоянно растут, и в общих государственных расходах на здравоохранение увеличилась доля расходов, приходящаяся на фармацевтические препараты. Рамочный контракт между Министерством здравоохранения и Фондом медицинского страхования включает перечень лекарств, расходы на которые покрываются полностью или частично. В период вступления в ЕС быстрое развитие получила система регулирования лекарственных средств, чему способствовала поддержка ЕС, а национальное законодательство в этой области было полностью гармонизировано с соответствующим законодательством ЕС. Производством, сбытом и распределением фармацевтических средств занимаются 28 областных государственных фирм (некоторые из них частично приватизированы).

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Подготовка ВОП была улучшена.
- В здравоохранении продолжает оставаться большая потребность в переоснащении и переоборудовании лечебно-профилактических учреждений.
- Разработана новая национальная политика по лекарственным средствам, которую необходимо принять, а затем разработать и внедрить комплексный план ее осуществления.
- Следует проводить работу по адаптации кадровых ресурсов здравоохранения на решение новых экономических и профессиональных задач.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 2, 14.





Кто и за что платит?

В Болгарии внедрена система обязательного медицинского страхования. Взносы в Национальный фонд медицинского страхования вносятся либо конкретными группами населения, либо от их имени. Для лиц, работающих по найму, размеры страховых взносов составляют 6% от доходов, при этом к 2007 г. доля взносов работников и работодателей должна сравняться. Предполагается, что самозанятые сами должны заботиться о своей медицинской страховке. Медицинское страхование социально уязвимых групп населения (безработные, малоимущие, пенсионеры, студенты, военнослужащие и т.д.) обеспечивается за счет выделения Фонду соответствующих средств из государственного бюджета. В целом, государственные источники финансирования (доходы, получаемые за счет общего налогообложения, налогов на зарплату и взносов в Фонд обязательного медицинского страхования) обеспечивают поступление средств, равных примерно 45% всех расходов на здравоохранение.

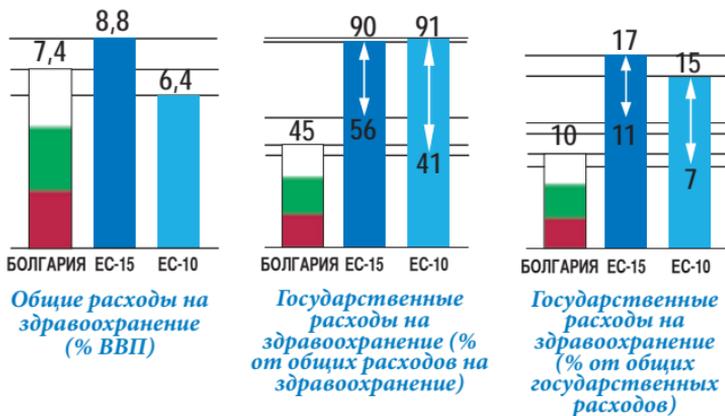
Национальный фонд медицинского страхования собирает средства, получаемые из этих источников, и заключает контракты с поставщиками медицинских услуг, в которых по соглашению с поставщиками он определяет конкретный перечень предоставляемых услуг. Базовый пакет медицинских услуг охватывает первичную, амбулаторную и стационарную помощь. Фонд оплачивает расходы на все виды амбулаторной помощи и около 20% расходов на стационарную помощь в больницах, с которыми заключены контракты и которые оказывают лечебно-диагностическую помощь по установленным схемам. Фонд также осуществляет медицинский и финансовый контроль за поставщиками медицинских услуг. За услуги, не входящие в базовый пакет, пользователи платят поставщикам либо непосредственно, либо через частные фонды добровольного

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

медицинского страхования. Размеры соплатежей определены в законе о медицинском страховании. Оплата услуг больниц, не заключающих контракты с Фондом, производится соответствующими муниципальными органами или – например, в случае областных больниц – непосредственно Министерством здравоохранения.

Несмотря на то, что система медицинского страхования должна быть обязательной, некоторые уязвимые этнические меньшинства, безработные и граждане, постоянно живущие за границей, не принимают равного участия в этой системе.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Расходы на медицинскую помощь из личных средств
 (% от общих частных расходов на охрану здоровья) 98,9

Доля населения, находящегося ниже национальной черты бедности, составляет 13%

(согласно данным ВБ за 2001 г.); 16% населения живут менее чем на 2 долл. США в день.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Снижение доли государственных расходов на здравоохранение в пересчете на ВВП обусловлено экономическими трудностями 1990-х годов и относительно низким вниманием, уделяемым вопросам здравоохранения.
- Население нуждается в четкой информации о стоимости медицинских услуг. До населения необходимо четко донести информацию о пакете медицинских услуг, покрываемых за счет государственного медицинского страхования.
- Несмотря на то, что конституция страны гарантирует всему населению право на получение медицинской помощи, согласно оценкам, нынешние показатели взносов в фонды медицинского страхования недостаточны для покрытия необходимых расходов.
- Доля соплатежей увеличивается, а практика неформальных платежей является широко распространенной. Кроме того, имеется необходимость в повышении прозрачности функционирования системы здравоохранения.

Источники: 2, 8, 15.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

Структурные реформы нацелены на рационализацию системы здравоохранения и повышение ресурсов здравоохранения.

- В 1991 г. была легализована частная медицинская практика.
- В 1995 г. управление здравоохранением было децентрализовано до областного уровня.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В 1997 г. лечебно-профилактическим учреждениям было дано право стать независимыми юридическими и финансовыми субъектами.
- В 1998–1999 гг. в рамках общей реформы системы амбулаторной помощи было принято три новых закона (о медицинском страховании, о профессиональной организации врачей и стоматологов и об учреждениях здравоохранения).
- В 2001 г. было начато проведение национальной стратегии здравоохранения на 2001–2010 гг., которая представляет собой конкретный план действий, приоритет в котором уделяется: проведению структурных и институциональных преобразований системы здравоохранения; консолидации функций общественного здравоохранения; созданию новых коммерческих отношений внутри системы и стимулов повышения качества медицинской помощи; развитию многоотраслевого сотрудничества.
- В 2002 г. Совет министров принял национальную стратегию реформирования системы стационарной помощи.
- В 2004 г. был принят новый закон по общественному здравоохранению.

ВБ предоставил два займа в поддержку проводящихся реформ.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Основными трудностями на пути дальнейшего успешного осуществления реформ являются мобилизация достаточных финансовых ресурсов, реконструкция служб и уменьшение возрастающей доли платежей из собственного кармана в общих расходах на здравоохранение.
- Три основные сферы реформирования включают: внедрение системы медицинского страхования; реорганизацию системы первичной медико-санитарной помощи; оптимизацию сети стационарных и амбулаторных медицинских учреждений.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- 
- Процесс реформирования имеет мощную политическую поддержку, но в этой области имеются такие проблемы, как ограниченный объем финансирования и необходимость в более квалифицированных управленческих кадрах.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

СОСТАВЛЕНИЕ МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТЫ

Болгария имеет уникальный инструмент для оптимального распределения стационарных и амбулаторных медицинских учреждений и медицинского персонала в масштабах страны. Этим инструментом является национальная медико-географическая карта, подготовленная Министерством здравоохранения и одобренная Советом министров. Национальные и областные медико-географические карты – это хороший механизм для проведения структурных реформ, для регулирования инвестиций, а также для улучшения планирования на национальном и областном уровнях. Эти карты играют важную роль в корректировке и модификации тех или иных практических подходов и методов в городской и сельской местности с учетом ряда демографических, социальных и медицинских показателей. ВОЗ и ВБ являются ключевыми партнерами в развитии этого новаторского подхода. Важнейшими компонентами проектов ВБ являются подготовка ВОП и развитие информационных систем. Свидетельством успеха, достигнутого с помощью национальной медико-географической карты, является в частности заполнение около 40% вакантных врачебных постов в непопулярных районах страны.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Какую работу проводит Региональное бюро в Болгарии?

Страновой офис ВОЗ в Болгарии, расположенный в Софии, функционирует с 1991 г. Региональное бюро поддержало страну в развитии национальных стратегий и систем здравоохранения в соответствии с общими принципами реформирования здравоохранения. В 2004–2005 гг. сотрудничество между Региональным бюро и Болгарией было сконцентрировано на следующих областях:

- создание и развитие местных центров психического здоровья;
- надлежащее использование лекарств и возмещение затрат на их приобретение;
- обзор существующих систем законодательства и подготовки кадров по контролю качества пищевых продуктов;
- принятие и осуществление плана действий в области пищевых продуктов и питания;
- безопасность крови и содействие развитию добровольного и безвозмездного донорства крови;
- укрепление административного потенциала в области борьбы против табака, а также обновление соответствующего законодательства в свете положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака;
- улучшение системы эпиднадзора, регистрации инфекционных болезней и реагирования на них с использованием географических информационных систем;
- разработка рекомендаций по реформированию стационарного сектора;

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- модернизация и усовершенствование служб репродуктивного здоровья, предназначенных для молодежи.

В 2006–2007 гг. Региональное бюро будет оказывать поддержку Болгарии в следующих областях:

- укрепление системы медицинского обслуживания;
- усиление работы по укреплению здоровья и профилактике неинфекционных болезней;
- усовершенствование служб крови с целью повышения их безопасности;
- наращивание потенциала в области лекарственных средств;
- повышение уровня готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения;
- содействие экологической безопасности;
- усиление работы по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями.



ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения (<http://www.mh.government.bg>)

Национальный центр информации о здравоохранении (<http://www.nchi.government.bg>)

Национальный фонд медицинского страхования (<http://www.nhif.bg>)

Национальный центр охраны здоровья населения (<http://www.nchmen.government.bg>)

Исполнительное агентство по лекарственным средствам (<http://www.bda.bg>)

Национальный центр по радиобиологии и радиационной защите (<http://www.ncrrp.org/eng/e-index.htm>)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



България



Румыния



Греция



Испания



Португалия



Италия



Венгрия



Турция



Кипр



Мальта

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА



BOSNA I HERCEGOVINA БОСНА И ХЕРЦЕГОВИНА

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Примечание. Страна охвачена начатым в 1999 г. процессом ЕС по стабилизации и ассоциации, который представляет собой программу, разработанную с учетом индивидуальных особенностей конкретных стран и облегчающую их постепенную интеграцию в структуры ЕС. В рамках данного процесса такие страны, как Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, Сербия и Черногория и Бывшая Югославская Республика Македония, считаются потенциальными кандидатами для вступления в ЕС, одним из условий которого является улучшение регионального сотрудничества.

Площадь (км²) 51 130
на 25% меньше, чем площадь Дании
1,3% от общей площади ЕС-25
ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,
ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 3 810 000 (по послевоенным оценкам)
Равно населению Ирландии
0,8% от населения ЕС-25
ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,
ЕС-10: 74 570 192

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ боснийцы – 48%, сербы – 37%,
хорваты – 17%

ЯЗЫК боснийский, сербский, хорватский
(расположение в алфавитном порядке)

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Государство состоит
из Федерации Боснии и Герцеговины и
Республики Сербской, а также района
Брчко. Высший законодательный орган на
государственном уровне – двухпалатная
парламентская ассамблея (*Skupština*) с палатой
народов и палатой представителей.

РЕЛИГИЯ мусульманство – 40%, православное
христианство – 31%, римское католичество –
15%, иудаизм

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1992 г.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ ZDRAVLJE ЗДРАВЉЕ



Босния и Герцеговина



Сербия
Republika Srbija
Republika Srbija



Брчко
Brčko



Республика Сербия
Republika Srbija



Румыния



Болгария
Bulgaria



Турция



Украина



Венгрия

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 1 362 евро = *7% от среднего для ЕС-25*
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро,
ЕС-10: 5 530 евро

По паритету покупательной способности:
5 970 евро = *24% от среднего в ЕС-25*
(24 480 евро)

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ 2

административно-территориальных
образования первого уровня, 1 район,
находящийся под международным контролем

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА конвертируемая марка (ВМ):
1 марка = 0,51 евро, 1 евро = 1,96 марки

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,78

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 18–22% *ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%,*
ЕС-10: 14%

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВБ, ООН

НЕКОТОРЫЕ ВАЖНЫЕ ВЕХИ В РАЗВИТИИ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ЕС И БОСНИЕЙ И ГЕРЦЕГОВИНОЙ

- В 1997 г. Совет министров ЕС принял региональный механизм создания политических и экономических условий развития двухсторонних отношений.
- В 1998 г. была создана консультативная целевая группа, выполняющая функции совместной платформы страны и ЕС применительно к выработке технических и экспертных рекомендаций по административным, нормативно-правовым и стратегическим вопросам.
- В 1999 г. был начат процесс стабилизации и ассоциации, значительно облегчающий интеграцию страны в структуры ЕС.
- В 2000 г. был издан документ EU Road Map, в котором дается описание 18 основных шагов, которые должны быть сделаны страной, прежде чем может быть начата работа по проведению исследования практической возможности открытия переговоров по соглашению о стабилизации и ассоциации. Европейский совет заявил, что все страны, охватываемые вышеуказанным процессом, являются потенциальными кандидатами в члены ЕС.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В 2001 г. было начато проведение программы помощи Сообщества в области восстановления, развития и стабилизации (специально созданной для стран, охватываемых процессом стабилизации и ассоциации), а также был принят документ по стратегии развития страны на 2002–2006 гг.
- В 2003 г. после выполнения значительной доли рекомендаций, содержащихся в документе Road Map, было начато осуществление исследования по практической целесообразности открытия переговоров по соглашению о стабилизации и ассоциации.

ПРИМЕЧАНИЕ

В 1992 г. ЕС и США признали Боснию и Герцеговину независимым суверенным государством, и она стала членом ООН. Последовавшая затем война закончилась в 1995 г. подписанием Дейтонского мирного соглашения, в котором признавалось существование двух государственных субъектов – федерации Боснии и Герцеговины и Республики Сербской, каждая со своим президентом и правительством. Исполнительная ветвь центрального правительства представлена состоящим из трех членов президентством, функции председателя которого выполняет каждый член по очереди, и кабинета (совета) министров. Страна усиливает свое демократическое центральное правительство, которое отвечает за вопросы, относящиеся к международной политике, международной торговле, правам человека и беженцам, гражданским делам, безопасности и финансам. Государственные структуры усиливаются также и на уровне федеральных субъектов.

Между двумя федеральными субъектами имеются определенные различия. Республика Сербская имеет однопалатную национальную ассамблею (народная ассамблея), а исполнительная власть принадлежит избираемому президенту и вице-президенту. После выборов президент назначает премьер-министра. Федерация Боснии и Герцеговины имеет двухпалатную парламентскую ассамблею с федеральной палатой представителей и федеральной палатой народов. Кандидатуры президента и вице-президента Федерации выдвигаются палатой народов и избираются палатой представителей. Район Брчко имеет районную ассамблею и районное правительство.

Федерация Боснии и Герцеговины разделяется на 10 автономных кантонов, у каждого из которых имеются свои законодательные и исполнительные органы. Эта модель была выбрана для того, чтобы предупредить возможность доминирования одной этнической группы над другой. Республика Сербская подразделяется на юго-западную часть, состоящую из двух регионов, и восточную часть, состоящую из пяти регионов. С 2000 г. город Брчко имеет статус автономного района.

Все данные, относящиеся к народонаселению в Боснии и Герцеговине, являются оценочными, поскольку со времени окончания войны официальной переписи населения в стране не производилось.

Источники: 2–6, 16, 17.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,02 женщин на одного мужчину

Городское население

44%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 24%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

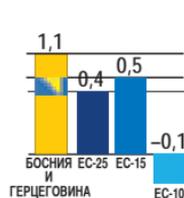
≥ 65 лет: 6%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

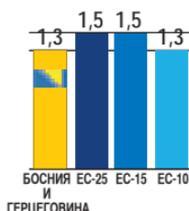
Доля иждивенцев

39 ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



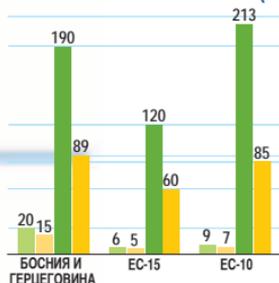
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15-60 лет, Муж.
- В 15-60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	73	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	69	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	76	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет			
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Босния и Герцеговина	64	62	66	12	15	12	15
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

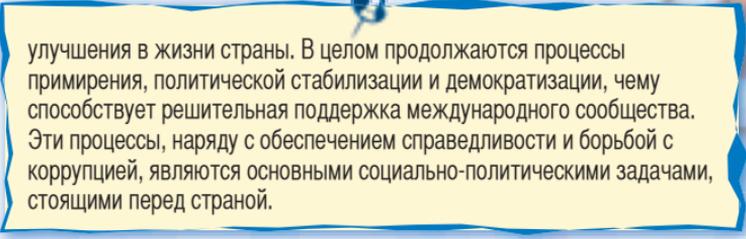
демографические тенденции

В последние десять лет в стране отмечается тенденция к снижению коэффициента фертильности, однако показатель прироста населения продолжает оставаться положительным.

Последствия войны во многом продолжают определять социально-экономические и демографические тенденции, наблюдающиеся в стране. Процесс возвращения на родину беженцев и внутренне перемещенных лиц продолжается. Наблюдающийся в последние семь лет процесс восстановления и роста принес с собой определенные

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





улучшения в жизни страны. В целом продолжаютя процессы примирения, политической стабилизации и демократизации, чему способствует решительная поддержка международного сообщества. Эти процессы, наряду с обеспечением справедливости и борьбой с коррупцией, являются основными социально-политическими задачами, стоящими перед страной.

Источники: 2, 5, 8, 9.



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Данная группа болезней является ведущей причиной смертности, а наиболее важные из них это:
 - ишемическая болезнь сердца (на нее приходится 8% бремени болезней);
 - цереброваскулярные болезни (на них приходится 10% от бремени болезней).
- На гипертензию приходится 29% общего бремени болезней.

РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- На рак приходится 11% общего бремени болезней.

ДИАБЕТ

- От диабета страдают 1,2% населения.

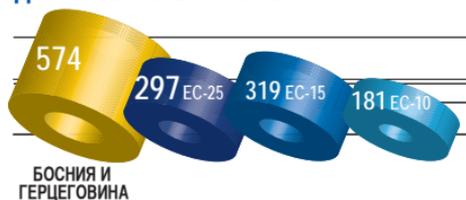
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 20% общего бремени болезней.
- Распространенность психических расстройств составляет 2%. **ЕС-15: 2,5%, ЕС-10: 3%**

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

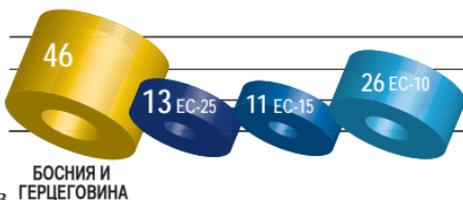
НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Жертвами дорожно-транспортных происшествий ежегодно становятся 574 человека на 100 000 населения.



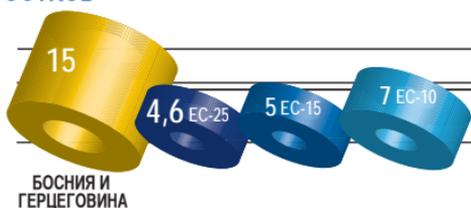
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- На эти болезни приходится 2% общего бремени болезней.
- В стране ежегодно регистрируется 46 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения.
- Число новых случаев ВИЧ-инфекции в год составляет 0,3 на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), являются низкими по сравнению со средними значениями ЕС, а именно:
 - менее 1 нового случая сифилиса **ЕС-25: 3, ЕС-10: 5**
 - менее 1 нового случая гонококковой инфекции **ЕС-25: 9, ЕС-10: 6**



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность: 15 случаев смерти на 1000 живорожденных.
- Согласно оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА, коэффициент материнской смертности составляет 32 на 100 000 живорожденных.
- Охват населения иммунизацией составляет 87%.
ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС10: 96%



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Цереброваскулярные болезни	19
2. Ишемическая болезнь сердца	16
3. Воспалительные заболевания сердца	10
4. Рак трахеи, бронхов, легких	5
5. Диабет	2
6. Рак толстой и прямой кишки	2
7. Преднамеренные самоповреждения	2
8. Рак печени	2
9. Нефрит и нефротический синдром	2
10. Цирроз печени	2

Примечание. Приведенные выше цифры основаны не на официальных статистических данных о смертности, а на оценках ВОЗ.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Босния и Герцеговина	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	30	17	22
Психоневрологические расстройства	20	27	21
Рак/злокачественные новообразования	11	17	16
Непреднамеренные травмы	7	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	4	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	2	2	2
Респираторные инфекции	1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3	1	1
Преднамеренные травмы	3	2	3
Диабет	2	2	2
Болезни органов чувств	5	5	5
Все инфекционные болезни	7	5	4
Все неинфекционные болезни	83	87	83
Все травмы	10	8	12

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Важные моменты

состояние здоровья населения

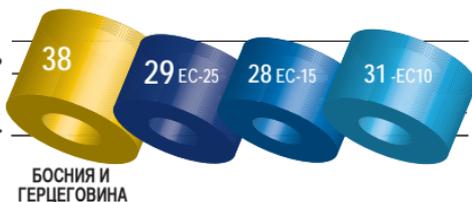
- Доминирующее место в структуре заболеваемости страны занимают неинфекционные болезни.
- Инфекционные болезни продолжают оставаться одной из важнейших проблем здравоохранения.
- Проблемы с психическим здоровьем прежде всего связаны с последствиями войны.

Источники: 5, 10.

Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых равна 38%.
- На употребление табака приходится 21% общего бремени болезней.



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 10 литров на человека в год.
ЕС-25: 9,4, ЕС-15: 9,4, ЕС-10: 8,9
- На употребление алкоголя приходится 4% бремени болезней.

НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- На незаконное употребление наркотиков приходится 0,5% общего бремени болезней.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария



Венгрия



Польша



Словакия



Чехия



Турция



Украина



Молдова

ОЖИРЕНИЕ

- Распространенность ожирения составляет 14% среди мужчин и 21% среди женщин.
- От ожирения (ИМТ ≥ 30) страдают 12% мужчин и 7% женщин в возрасте 25–34 года и 21% мужчин и 40% женщин в возрасте 55–64 года.
- На ожирение приходится 10% общего бремени болезней, а на недостаточную физическую активность – 5%.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- Частота новых случаев сальмонеллезной инфекции составляет 14 в год на 100 000 населения.

Важные моменты

образ жизни

- Факторы риска, связанные с образом жизни, особенно курение, ожирение и сидячий образ жизни, традиционно являются широко распространенными.
- Наблюдается тенденция к росту распространенности рискованного поведения.
- Большую угрозу для здоровья населения страны представляют неразорвавшиеся мины и другие взрывные средства, число которых, согласно имеющимся оценкам, составляет около одного миллиона; особенному риску в этом отношении подвергаются дети.

Источники: 2, 10, 11, 13.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Согласно Дейтонскому мирному соглашению, система здравоохранения в каждом федеральном субъекте

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

является независимой, и каждый из них несет полную ответственность за организацию, финансирование и предоставление медицинского обслуживания. В целом, в стране с ее 4 миллионами жителей действует три системы здравоохранения, управляемые 2 министерствами здравоохранения и одним департаментом здравоохранения.

В районе Брчко первичная и вторичная медицинская помощь оказывается непосредственно через департамент здравоохранения, общественной безопасности и коммунальных услуг. Система здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины сильно децентрализована; в ней имеется федеральное Министерство здравоохранения, федеральный Фонд медицинского страхования и перестрахования и Институт общественного здравоохранения, а также их филиалы в каждом из 10 кантонов. В Республике Сербской имеется Министерство здравоохранения и социального обеспечения, обеспечивающее управление фондом медицинского страхования, системой оказания медицинской помощи и институтами общественного здравоохранения.

На государственном уровне Министерство гражданских дел несет ответственность за определение основных принципов, координацию деятельности и определение стратегии по вопросам, относящимся к здравоохранению и социальному обеспечению, пенсиям, труду и трудоустройству.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

В Федерации Боснии и Герцеговины и в Республике Сербской имеются свои медицинские палаты, профессиональные



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Босния и Герцеговина



Федерация Боснии и Герцеговины



Республика Сербия



Республика Молдова



Румыния



Республика Болгария



Турция



Украина



Венгрия

Как организовано медицинское обслуживание населения страны?



В результате фрагментации страны резко ухудшился доступ населения к службам здравоохранения. В 2000 г. министерства здравоохранения двух государственных образований провели опрос, результаты которого показали, что, по крайней мере, 48% населения не имеют работы и испытывают серьезные проблемы с получением медицинской помощи. Результаты проведенного в 1999 г. Всемирным банком исследования показали, что доступ к основным медицинским услугам имеют только 28% сельских жителей.

Организационная структура медицинского обслуживания затрудняет работу по обеспечению его эффективности и высокого качества. В Федерации Боснии и Герцеговины медицинская помощь населению организуется на уровне кантонов и координируется на федеральном уровне. В деле обеспечения населения медицинскими услугами кантоны испытывают серьезные практические проблемы. В Республике Сербская управление учреждениями здравоохранения осуществляется как на республиканском, так и на муниципальном уровнях; в настоящее время в ней существуют две параллельные системы первичной медико-санитарной помощи – прежняя (довоенная) система и новая реформированная система, основанная на семейной медицине.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Оба министерства здравоохранения обязались придерживаться принципов семейной медицины и реформирования сектора первичной медико-санитарной помощи. Однако реформы следует проводить с учетом

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ожидаемых изменений в стационарном секторе. Создание и развитие информационной системы здравоохранения будет играть решающую роль в обеспечении способности первичного уровня здравоохранения выполнять такие функции, как направление пациентов на должный уровень системы медицинского обслуживания, организация запланированных визитов к врачу и т.д.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается центрами здоровья (*dom zdravlijas* – “домами здоровья”). В принципе в каждом таком центре работает бригада, состоящая из ВОП, медицинских сестер и патронажных медицинских сестер. Первичную медико-санитарную помощь в этих центрах в среднем можно подразделить на семь четких категорий: общая практика, медицина труда, охрана здоровья школьников, охрана здоровья дошкольников, охрана здоровья женщин, защита от туберкулеза, эпидемиологический надзор. Зачастую в одном и том же здании и в рамках одной и той же административной структуры параллельно существуют подразделения, оказывающие те или иные виды специализированной медицинской помощи. В ведомстве каждого центра здоровья имеется несколько вспомогательных пунктов здравоохранения (*ambulantas*) на уровне местных сообществ. Эти небольшие пункты укомплектованы одним ВОП и несколькими медсестрами, и они оказывают базовую первичную медицинскую помощь и направляют пациентов в другие учреждения здравоохранения.

В реформированной системе здравоохранения предполагается, что все пациенты обращаются за медицинской помощью через бригаду семейной медицины на уровне пункта здравоохранения по месту жительства. Бригада семейной медицины оказывает базовую медицинскую помощь всем группам пациентов, в том числе в таких областях, как укрепление здоровья и профилактика болезней, оказание базовой диагностической и лечебной помощи, а также дальнейшее наблюдение или реабилитация

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Словакия



Венгрия



Польша



Чехия



Румыния



Болгария



Греция



Кипр



Мальта



на дому после завершения лечения в медицинском учреждении более высокого уровня. Семейный врач несет ответственность за направление пациентов на надлежащий уровень для получения дополнительной диагностической и лечебной помощи. Модель семейной медицины была апробирована и, согласно планам, в следующие 5–7 лет в стране будет обеспечен 100-процентный охват населения семейной медициной.

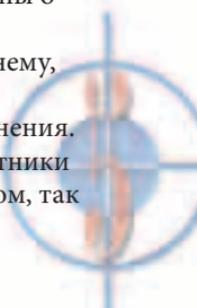
ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Стационарная помощь оказывается в общей/кантональной больнице, обслуживающей около 70 000–150 000 человек и имеющей по крайней мере четыре отделения: внутренней медицины, хирургии, педиатрии и акушерства-гинекологии. Сложная специализированная медицинская помощь оказывается исключительно в клинических центрах (в стране их четыре), обслуживающих свыше 500 000 человек. В стране имеется четыре типа стационаров: клинические центры, больницы скорой помощи общего профиля, специализированные больницы и небольшие районные больницы.

Ввиду низкого показателя использования больничных коек можно сделать вывод о том, что в стране не имеется дефицита больничных коек. Проблема, по-видимому, больше состоит в характере и качестве медицинских услуг, которые в целом считаются неудовлетворительными.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

В обоих государственных образованиях приняты законы о частной практике и частном владении лечебно-профилактическими учреждениями, однако, по-прежнему, сложной проблемой остается надлежащее управление государственными и частными секторами здравоохранения. Объемы частной медицинской помощи растут, и работники здравоохранения часто работают как в государственном, так и в частном секторе.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Продолжается работа по осуществлению запланированных реформ в секторе первичной медико-санитарной помощи.
- Государственные службы здравоохранения не получают достаточного финансирования и нуждаются в поддержке.
- Следует признать существование несправедливости в отношении доступности медицинской помощи.
- Проведение систематической всесторонней оценки продолжает оставаться в ряду приоритетных задач, так как это позволяет измерить эффективность имеющихся служб здравоохранения.
- Директора больниц должны быть компетентными в вопросах управления здравоохранением.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На наличие и распределение кадров здравоохранения оказали влияние такие факторы, как война, миграция и культурные предпочтения. Одной из ключевых характеристик здравоохранения страны традиционно является чрезмерная специализация медицинских кадров и учреждений, что затрудняет желательный перенос акцента на службу первичной медико-санитарной помощи. Существование трех медицинских вузов плохо сочетается с таким фактом, как значительный дефицит финансирования здравоохранения. Зарплата медперсонала, как правило, низкая.

В Федерации Боснии и Герцеговины большинство врачей являются специалистами, а доля медицинских сестер с высшим образованием незначительна.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния

Республика Молдова



Венгрия

Польша



Словакия

Чехия



Эстония



Латвия

Литва



Турция



Украина



Беларусь

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	146	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	18	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	450	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	10	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	21	

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на
100 000 чел. 0,9
ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8

Число коек на 100 000 чел. 314
ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661

Число госпитализаций на 100 чел. в год 7,9
ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5

Средняя продолжительность госпитализации (дней) 10,3
ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Во время и сразу после войны лекарственное обеспечение населения в основном осуществлялось за счет гуманитарной помощи. В настоящее время в стране не производится достаточного количества медикаментов для удовлетворения внутренних потребностей. Хотя уровень наличия в стране лекарств и медицинских средств по-видимому удовлетворителен, показатели доступности медикаментов существенно различаются между кантонами и административно-территориальными единицами. В большинстве случаев пациенты сами расплачиваются за приобретаемые лекарства.

В 2005 г. был подготовлен проект национальной политики в области лекарственных средств, что было сделано в рамках финансируемого ЕС проекта и при поддержке ВОЗ. В период с 1995 г. ВОЗ также помогает обоим государственным образованиям разрабатывать и обновлять перечни основных лекарственных средств.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Действующий сейчас закон по лекарствам и медицинским средствам был принят в 2001 г. В Федерации Боснии и Герцеговины Федеральное министерство учредило фармацевтический департамент, в то время как вопросы обеспечения нормативов и выполнения законов в основном решаются на уровне кантонов. Республика Сербская создала Агентство по лекарственным средствам. ВОЗ и ЕС оказали помощь национальным властям в подготовке закона “О лекарствах и медицинских средствах” и закона “О Федеральном агентстве по лекарственным средствам”.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- В условиях, когда планируются и запускаются проекты, финансируемые из внешних источников, возникает необходимость в новых кадровых ресурсах, способных осуществить запланированные реформы, включая более широкий круг экспертов, помимо экспертов, непосредственно осуществляющих проекты.
- При принятии решений о подготовке медицинских кадров необходимо учитывать потребности и особенности населения страны, необходимость в высококачественном обучении, а также имеющиеся финансовые ограничения.
- Благодаря стратегическому планированию кадровых ресурсов может быть обеспечена польза для всей страны.

Источники: 2, 14.

Кто и за что платит?

По закону большинство граждан должны иметь право на медицинскую помощь и быть охваченными обязательной медицинской страховкой. В действительности, однако, это далеко не так. Нынешняя

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Босния и Герцеговина



Республика Сербская
Федеративная Республика Югославия



Республика Черногория



Республика Македония



Румыния



Болгария



Турция



Украина



Латвия

административная структура существенно затрудняет адекватное финансирование здравоохранения.

В Федерации Боснии и Герцеговины:

- кантональные фонды медицинского страхования финансируют службы здравоохранения, а Федеральный фонд медицинского страхования и перестрахования, основанный в январе 2002 г., занимается решением проблем, связанных с сильной децентрализацией системы здравоохранения;
- показатели сбора средств являются низкими, а на пути движения средств и пациентов имеются препятствия;
- возможности для перераспределения ресурсов в пользу наиболее нуждающихся очень ограничены;
- нынешний средний показатель взносов на медицинское страхование, равный 18% от зарплаты, разделен между нанимаемыми (13%) и нанимателями (5%).

В Республике Сербской:

- система здравоохранения относительно централизованная;
- в рамках системы обязательного социального медицинского страхования около 70% населения вносит свои вклады в Фонд медицинского страхования (с различающимися коэффициентами уплаты для различных групп населения);
- системы добровольного медицинского страхования в стране не имеется, однако разрешается дополнительное (расширенное) медицинское страхование, позволяющее получать дополнительную медицинскую помощь.

Оба министерства здравоохранения разрабатывают базовый пакет медицинских услуг, которые должны предоставляться в рамках системы обязательного социального медицинского страхования. Существенным препятствием на пути создания страхового пула является фрагментация административного аппарата в государственных образованиях и в рамках Федерации, что является одной из причин того, что обещанный объем медицинских услуг в рамках

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

государственной системы здравоохранения не может быть обеспечен на основе фактических ресурсов различных фондов.

В обоих государственных образованиях основными источниками финансирования здравоохранения являются фонды медицинского страхования, средства которых на 75–80% состоят из налогов на заработную плату. Однако показатели уплаты взносов в эти фонды относительно низки, в результате чего функции основного источника средств в системе медицинского страхования выполняет государственный сектор. Такое положение дел приводит к несправедливости, препятствует развитию конкурентности между медицинскими учреждениями, способствует росту неформального сектора и подрывает устойчивость системы социального страхования.

В обоих государственных образованиях доходы фондов медицинского страхования значительно ниже необходимых для покрытия всех гарантированных законом услуг, в результате чего фонды не способны в достаточной степени контролировать ни расходование бюджетных средств, ни качество и объем медицинских услуг. Основные недостатки системы финансирования здравоохранения включают следующие:

- слабая налоговая база и высокое бремя налогов, особенно в Федерации;
- неэффективное включение самозанятых и фермеров в качестве вкладчиков в фонды;
- большое число застрахованных, которым не надо вносить личные взносы в фонды, а также широкомасштабная неспособность предполагаемых вкладчиков (небюджетные средства и государственный бюджет) сделать это;
- все большая доля населения, не охваченного медицинским страхованием;
- низкие показатели сбора налогов;
- сильно различающаяся способность получения доходов в различных кантонах;

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария



Венгрия



Польша



Чехия



Словакия



Турция



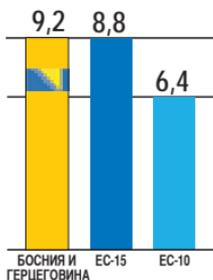
Украина



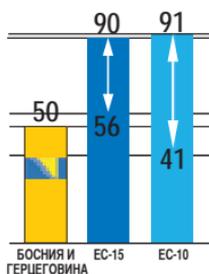
Латвия

- маленькие страховые пулы и неспособность использовать механизмы экономии за счет масштабов.

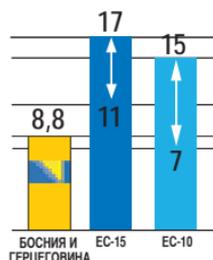
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Общие расходы на здравоохранение (% ВВП)



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Оплата медицинских расходов из собственного кармана
(% от общих личных расходов на медицинскую помощь)
100

Население, живущее ниже национальной черты бедности
20%; еще 30% живут чуть выше черты бедности и 16% живут на менее чем 2 долл. США в день.

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Связанные с войной экономические потери всей страны составляют, согласно оценкам, 50–60 млрд. долл. США.
- Сектор здравоохранения поддерживается международными донорами. Хотя это и очень похвально, данная практика может также оказать незапланированный эффект, ослабляя стимулы для проведения реформ здравоохранения на национальном уровне.
- Основная задача для страны в целом заключается в реализации принципов солидарности.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Каких-либо официальных статистических данных о неформальных платежах за медицинские услуги не имеется, однако оба министерства здравоохранения признают, что эта практика является значительной проблемой.
- Общий объем помощи, которую ЕС оказывает стране, составляет 2,164 млрд. евро.

Источники: 2, 8, 15, 18, 19.

Как была реформирована система здравоохранения страны?

Страна продолжает искать пути решения политического кризиса, примирения и стабилизации, а также налаживания устойчивой экономики и функционирующего государственного аппарата. Международное сообщество оказало поддержку процессу разработки национальной политики здравоохранения. ЕС провел функциональный обзор органов управления здравоохранением страны в 2004 г.

В национальном масштабе были предприняты усилия для реформирования здравоохранения. Так, в 1997 г.:

- оба министерства здравоохранения подписали соглашение о проведении реформы сектора первичной медико-санитарной помощи, основываясь при этом на принципах семейной медицины;
- оба государственных образования разработали стратегические планы реформирования и восстановления отрасли здравоохранения.

При поддержке ВОЗ разрабатывается стратегия обеспечения населения первичной медико-санитарной помощью. В 2005 г.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния



Венгрия



Польша



Чехия



Словакия



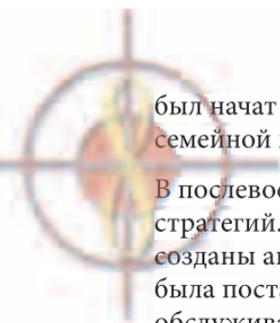
Турция



Украина



Латвия



был начат проект, направленный на усиление использования семейной медицины в масштабах всей страны.

В послевоенный период был принят ряд новых законов и стратегий. В обоих государственных образованиях были созданы аккредитационные учреждения, перед которыми была поставлена задача улучшения качества медицинского обслуживания. Работа по созданию новых современных информационных систем здравоохранения проводилась при значительном внешнем финансировании и поддержке.

Реформирование здравоохранения в основном осуществлялось при поддержке международного сообщества. Всемирный банк оказал поддержку работе по реабилитации жертв войны, развитию основных стационарных служб и проведению проекта, направленного на обеспечение населения базовой медицинской помощью. В настоящее время приоритетом ВБ является оказание финансовой поддержки системе медицинского страхования, с тем чтобы она смогла обеспечивать удовлетворение потребностей, связанных с послевоенной децентрализацией страны. ЮНИСЕФ и ЮНФПА также проводят программы здравоохранения в Боснии и Герцеговине. Двусторонние доноры, такие, например, как правительства Канады, Италии, Японии и Швейцарии, также оказывают поддержку реформированию здравоохранения. В частности, Канадское агентство международного развития подготавливает пакет крупных инвестиций в сектор здравоохранения с уделением особого внимания таким вопросам, как первичная медико-санитарная помощь, молодежь и здоровье, а также усиление голоса гражданского общества в интересах общественного здравоохранения. Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации взял на себя обязательства в течение 5 лет предоставлять стране запасы вакцины от гепатита В, а также поддержку в вопросах обеспечения безопасности инъекций и обучающей деятельности. Всемирная служба обеспечения противотуберкулезными лекарствами взяла на себя задачу обеспечить в течение трех лет поставку в страну противотуберкулезных препаратов.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- Реформы системы здравоохранения продолжают. Оба министерства здравоохранения вместе с Министерством по гражданским делам поддерживают работу в этом направлении, но им необходимо укрепить свой потенциал обеспечения соблюдения законов и реализации принятых стратегий.
- Важнейшей задачей для страны является обеспечение выполнения законов и нормативов.
- Одним из наиболее важных событий является тот факт, что в рамках всей страны предпринимаются усилия по развитию системы семейной медицины на уровне местных сообществ.
- Информация о здоровье и здравоохранении продолжает использоваться в качестве инструмента, необходимого для принятия прозрачных решений, ориентированных на достижение конкретных задач.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

ЗДОРОВАЯ ПСИХИКА – ЗДОРОВЫЕ МЕСТНЫЕ СООБЩЕСТВА

Босния и Герцеговина являются лидерами в проведении проекта охраны психического здоровья в рамках сети здравоохранения Юго-Восточной Европы, которая была создана в 2001 г. Европейским регионом ВОЗ и Советом Европы в качестве одного из компонентов инициативы Пакта стабильности для Юго-Восточной Европы (ЮВЕ). Этот проект, финансируемый правительствами Бельгии, Греции, Венгрии, Италии, Словении и Швеции, направлен на оказание странам поддержки в их совместных усилиях по развитию служб психического здоровья.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Босния и Герцеговина



Болгария



Румыния



Польша



Венгрия



Греция



Италия



Словения



Швеция

Босния и Герцеговина выбрали радикальный подход, считая, что какой-либо успех невозможен, если сами страны не несут ответственность за проект и не являются его хозяевами. Согласно мнению руководителей проекта, это – единственный способ обеспечить устойчивость результатов проекта даже после того, как будет прекращена международная помощь. Для реализации этого подхода Босния и Герцеговина оказали другим странам ЮВЕ поддержку в обмене информацией и развитии сотрудничества для поиска путей решения стоящих перед ними проблем. Менее чем за три года (2002–2005 гг.) было проведено десять технических совещаний, благодаря чему постепенно стал формироваться уникальный региональный альянс. В своем развитии этот проект прошел следующие этапы:

- проведение анализа ситуации и конкретизация имеющихся проблем;
- разработка проекта стандартов и нормативов для служб охраны психического здоровья на уровне местных сообществ;
- внедрение международных стандартов и стандартов Европейского союза;
- подготовка проектов национальных стратегий охраны психического здоровья и проведение их обзоров;
- внедрение в рамках страны международного законодательства в области охраны психического здоровья и обеспечения прав человека;
- подготовка и обнародование совместного заявления по проблемам психического здоровья в контексте Юго-Восточной Европы с рекомендациями для национальных правительств;
- создание на экспериментальной основе центров психического здоровья на уровне местных сообществ в каждой стране;
- принятие разработанной специально для Юго-Восточной Европы модели служб психического здоровья на уровне местных сообществ;

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- наращивание потенциала управления службами психического здоровья;
- развитие информационных систем в области психического здоровья.



Какую работу проводит Региональное бюро в Боснии и Герцеговине?

Бюро ВОЗ по оказанию гуманитарной помощи было создано в стране в 1992 г. Во время войны основная работа ВОЗ в стране заключалась в оказании помощи и поддержке. Бюро по координации и связям начало функционировать в 1993 г., а в 1998 г. оно было интегрировано в Страновой офис ВОЗ в Боснии и Герцеговине, который расположен в Сараево.

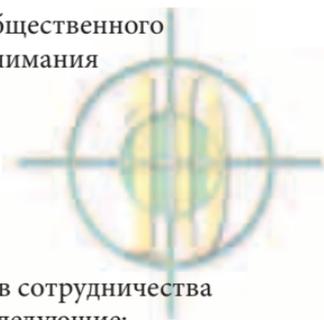
Работа ВОЗ в стране сфокусирована на оказании поддержки развитию системы здравоохранения. ВОЗ прилагает усилия для создания форума для международного обмена мнениями и информацией и обучения, который позволит усилить потенциал руководителей старшего звена в министерствах здравоохранения. Другие важные направления работы ВОЗ в стране включают разработку политики финансирования здравоохранения и решение проблем, связанных с несправедливостью в отношении доступности медицинской помощи. В настоящее время ВОЗ осуществляет крупный проект с бюджетом в 2 млн. евро, который финансируется ЕС. В 2004–2005 гг. акцент в работе ВОЗ был поставлен на следующих областях:

- охрана психического здоровья;
- развитие политики здравоохранения с акцентом на таких вопросах, как управление, первичная медико-санитарная помощь и сестринское дело;

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- развитие фармацевтического сектора;
- аккредитация и обеспечение качества;
- управление и планирование в области общественного здравоохранения с уделением особого внимания инфекционным болезням;
- иммунизация и управляемые инфекции;
- неинфекционные болезни;
- безопасность пищевых продуктов;
- туберкулез.



На период 2006–2007 гг. в число приоритетов сотрудничества между ВОЗ и страной входят, в частности, следующие:

- укрепление потенциала министерств здравоохранения в таких областях, как оценка деятельности систем здравоохранения и регулирование фармацевтического сектора;
- усиление действий в области профилактики и борьбы с инфекционными болезнями;
- психическое здоровье и злоупотребление наркотическими средствами.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О БОСНИИ И ГЕРЦЕГОВИНЕ

Совет министров Боснии и Герцеговины

(<http://www.vijeceministara.gov.ba/>)

Правительство Федерации Боснии и Герцеговины

(<http://www.fbihvlada.gov.ba/>)

Правительство Республики Сербская (<http://www.vladars.net>)

Миссия Всемирного банка в Боснии и Герцеговине

(<http://www.worldbank.ba>)

Бюро Верховного представителя (<http://www.ohr.int>)

Миссия ОБСЕ в Боснии и Герцеговине

(<http://http://www.oscebih.org/>)

Европейский союз в Боснии и Герцеговине

(<http://www.eubih.org/>)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния



Венгрия



Польша



Чехия



Словакия



Турция



Украина



Литва

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

в странах - новых соседях ЕС

БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА



РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

ПЛОЩАДЬ (км²) 25 333

Чуть меньше, чем территория Бельгии

0,6% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ

2 063 000

Четверть населения Австрии

0,45% от населения ЕС-25

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Примечание. Страна охвачена начатым в 1999 г. процессом ЕС по стабилизации и ассоциации, который представляет собой программу, разработанную с учетом индивидуальных особенностей конкретных стран и облегчающую их постепенную интеграцию в структуры ЕС. В рамках данного процесса такие страны, как Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, Сербия и Черногория и Бывшая Югославская Республика Македония, считаются потенциальными кандидатами для вступления в ЕС, одним из условий которого является улучшение регионального сотрудничества.

*ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,
ЕС-10: 74 570 192*

- НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ** македонцы – 64%, албанцы – 25%,
турки – 4%, цыгане – 3%, сербы – 1,8%
- ЯЗЫК** македонский, албанский, турецкий, цыганский
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Парламентская
республика
- РЕЛИГИЯ** православные христиане – 67%,
мусульмане – 30%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 1 860 евро = **9% от среднего для ЕС-25**
*ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро,
ЕС-10: 5 530 евро*
По паритету покупательной способности:
6 470 евро = **26% среднего в ЕС-25 (24 480 евро)**
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** 85
муниципальных округов (*opštini*) и
столица Скопье (единая административно-
территориальная единица с
10 муниципальными округами)
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** денар: 1 денар = 0,016 евро,
1 евро = 61,4 денар
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ** 0,79
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ** 37% *ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%*
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВВ, ВТО, ООН

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 1–7, 17.

ЗДОРОВЬЕ ЗДРАВЈЕ



Република
Северна Македонија
North Macedonia



Република
Србија
Serbia



Република
Романија
Romania



Република
България
Bulgaria



Република
Унгарија
Hungary



Република
Турција
Turkey



Република
Украјина
Ukraine



Република
Латвија
Latvia

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

0,99 женщин на одного мужчину

Городское население 59,4%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 21%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

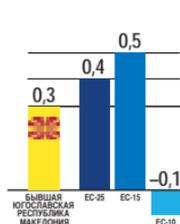
≥ 65 лет: 11%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

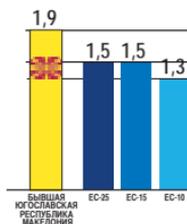
Доля иждивенцев

48 ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

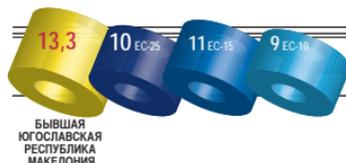
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



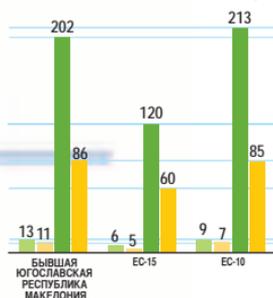
Коэффициент фертильности населения (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15-60 лет, Муж.
- В 15-60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	74	ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74
Мужчины:	71	ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70
Женщины:	76	ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет			
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Бывшая Югославская Республика Македония	63	62	65	12	14	10	14
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

За последнее десятилетие ожидаемая продолжительность жизни увеличилась, при этом ежегодные темпы роста численности населения были низкими.

Источники: 2, 5, 8, 9.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
България



Романия
Романия



Венгрия
Венгрия



Польша
Польша



Чехия
Чехия



Словакия
Словакия



Эстония
Эстония



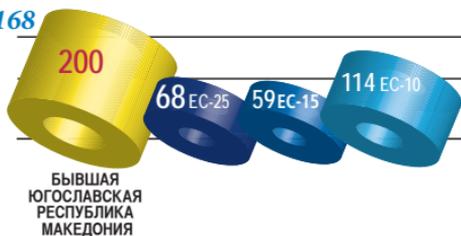
Латвия
Латвия



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 58% всех случаев смерти.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца: 11% всех смертей или 112 смертей на 100 000 населения **ЕС-25: 104, ЕС-15: 94, ЕС-10: 168**
 - цереброваскулярные болезни: 19% всех смертей или 200 смертей на 100 000 населения.
- Высокое кровяное давление является причиной 24% бремени болезней, а высокий уровень холестерина – 9%.



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Онкологические заболевания являются второй по значимости причиной смертности, на них приходится 16% всех случаев смерти или 200 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 187, ЕС-15: 183, ЕС-10: 223**
- Ежегодно в стране регистрируется 306 новых случаев онкологических заболеваний на 100 000 населения. **ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427**
- Частота новых случаев рака шейки матки составляет 21 случай на 100 000 населения в год, что намного превышает соответствующие показатели в ЕС-25.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В стране ежегодно регистрируется 59 новых случаев рака молочной железы и 47 новых случаев рака легких на 100 000 населения.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 19,4% общего бремени болезней и 1% всех смертей.
ЕС-25: 4%
- В стране ежегодно регистрируется 7 случаев самоубийств или преднамеренных самоповреждений на 100 000 населения. *ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18*

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Травмы являются причиной 33 смертей на 100 000 населения. *ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73*
- 95 человек на 100 000 населения в год получают травмы в результате дорожно-транспортных происшествий.

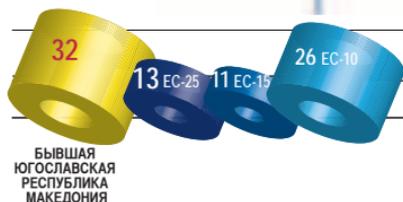


БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Болезни органов дыхания являются причиной 42 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40*

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Уровень смертности от инфекционных болезней составляет лишь 8 на 100 000 населения, т.е. менее 1% всех смертных случаев.
- Ежегодно регистрируется 32 новых случая туберкулеза на 100 000 населения.
- За период с 1997 по 2001 гг. число больных с активной формой туберкулеза сократилось наполовину.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария
България



Румыния



Россия
Русия



Украина



Молдова
Moldova



Турция



Грузия



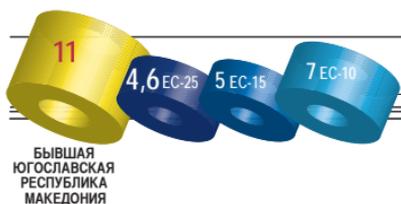
Армения

- Ежегодно регистрируется 0,05 новых случаев ВИЧ-инфицирования на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), ниже соответствующих показателей в ЕС в целом:
 - менее 0,1 новых случаев сифилиса
 - менее 0,1 новых случаев гонококковой инфекции



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность составляет 11 смертей на 1000 живорожденных.
- Охват иммунизацией равен 94%. *EC-25: 95%, EC-15: 95%, EC-10: 96%*
- Смертность от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до 5 лет составляет 9 на 100 000 населения.
- По данным опроса, проведенного среди школьников, избыточным весом страдают 13% мальчиков и 6% девочек, а ожирением – 3% мальчиков и 1% девочек.



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Цереброваскулярные болезни	20
2. Воспалительные заболевания сердца	17
3. Ишемическая болезнь сердца	13
4. Война	4
5. Рак трахеи, бронхов, легких	4
6. Диабет	3
7. Гипертензивная болезнь сердца	3
8. Рак желудка	2
9. Рак толстой и прямой кишки	2
10. Хроническая обструктивная болезнь легких	2

EC-25: нынешние члены ЕС. EC-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Бывшая Югославская Республика Македония	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	25	17	22
Психоневрологические расстройства	20	27	21
Рак/злокачественные новообразования	12	17	16
Непреднамеренные травмы	6	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	2	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	3	2	2
Респираторные инфекции	1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3	1	1
Преднамеренные травмы	10	2	3
Диабет	2	2	2
Болезни органов чувств	5	5	5
Все инфекционные болезни	7	5	4
Все неинфекционные болезни	77	87	83
Все травмы	16	8	12

Важные моменты

состояние здоровья населения

- За последнее десятилетие уровень младенческой смертности снизился, хотя все еще остается на высоком уровне, как и материнская смертность.
- Показатели распространенности инфекционных болезней устойчиво снижаются.
- Особую озабоченность вызывают проблемы планирования семьи и репродуктивного здоровья женщин в сельской местности.
- Внешние причины смертности (все виды травм и отравления) являются третьей по значимости причиной смерти.

Источники: 2, 10.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Республика Македония



Румыния



Российская Федерация



Болгария



Венгрия



Турция



Украина



Словакия



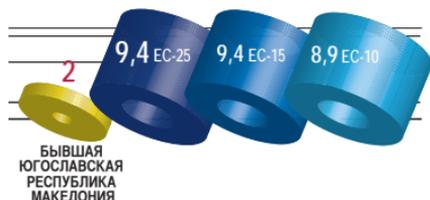
Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 35% (40% мужчин и 32% женщин). **ЕС-25: 29%, ЕС-15: 28%** (мужчины 32%, женщины 23%), **ЕС-10: 31%**
- Распространенность курения среди 13-летних мальчиков и девочек составляет, соответственно, 1,6% и 0,7%, однако среди 15-летних она возрастает, соответственно, до 11% и 7%.
- На курение приходится 15,9% бремени болезней.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 2 литра на человека в год.
- На употребление алкоголя приходится 4% бремени болезней.



НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- По данным опроса, проведенного среди школьников, 3,9% мальчиков и 2,2% девочек употребляли марихуану в течение последнего года.
- Незаконное употребление наркотических средств является причиной 0,2% всех случаев смерти.

ОЖИРЕНИЕ

- Ожирение (ИМТ ≥ 30) является причиной 12% бремени болезней, а недостаточная физическая активность – 5%.
- От ожирения страдают 6% мужчин и 24% женщин.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 40 новых случаев сальмонеллезной инфекции. *ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99*

ГИГИЕНА ТРУДА

- Производственные травмы являются причиной 0,2 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*
- Канцерогенные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, являются причиной 0,4% общего бремени болезней.

КАЧЕСТВО АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

- Уровень выбросов SO_2 в атмосферу в 2000 г. составил 52 кг на душу населения.



Источники: 2, 10, 11, 13, 22.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Национальное бюро по лекарственным средствам

Директорат по продуктам питания

Государственная санитарно-медицинская инспекция

ПАРЛАМЕНТСКИЙ КОМИТЕТ

Парламентская комиссия по здравоохранению

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
Bulgaria



Румелия
Romania



Польша
Poland



Унгария
Hungary



Чехия
Czechia



Словакия
Slovakia



Эстония
Estonia



Латвия
Latvia

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Фонд медицинского страхования

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Ассоциация врачей Македонии

Ассоциация стоматологов Македонии

Ассоциация фармацевтов Македонии

Ассоциация медсестер, акушерок и среднего
медицинского персонала

Палаты врачей, стоматологов и фармацевтов

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Факультеты медицины, стоматологии и фармакологии,

Университет г. Скопье

Македонская академия наук и искусств

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

10 региональных институтов охраны здоровья при
центральном Республиканском институте охраны
здоровья



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Медицинская помощь предоставляется различными организациями общественного здравоохранения.

Шестнадцать медицинских центров предоставляют услуги как первичной, так и вторичной медицинской помощи.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Имеется более 1200 пунктов предоставления первичной медико-санитарной помощи. Четверть из них находится в сельской местности, и в них работает около половины всего врачебного персонала страны. Первичная медико-

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

санитарная помощь предоставляется отделениями терапии, профессиональных заболеваний, педиатрии, школьной медицины и охраны здоровья женщин и может дополняться также оказанием первичной стоматологической помощи. Первичная медико-санитарная помощь включает также профилактику туберкулеза, медсестринскую помощь на дому и общую стоматологическую помощь.

Головное подразделение центра здравоохранения располагается в главном городе того района, который он обслуживает, в то время как услуги могут предоставляться в сельских населенных пунктах. В небольших сельских населенных пунктах, как правило, имеются лишь терапевтические службы.

Службы общей медицинской практики организованы на базе подразделений, в состав которых обычно входит ВОП и медсестра. Они могут дополняться некоторыми специализированными службами для конкретных групп населения (дети, подростки, женщины, работающее население, больные туберкулезом). Эти подразделения призваны служить первичным пунктом обращения за медицинской помощью. На практике специализированные консультативные службы являются основой для предоставления услуг даже в системе первичной медико-санитарной помощи, где соотношение специалистов к ВОП составляет 1,4:1.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Различия между учреждениями разного уровня являются не очень четко выраженными. Специализированные консультативные службы амбулаторной помощи предоставляют услуги пациентам, которые направляются подразделениями первичной медико-санитарной помощи. Вторичная стационарная помощь предоставляется с помощью сети, в состав которой входит 16 больниц общего профиля (часто в рамках медицинских центров), 6 специализированных больниц, 6 реабилитационных центров, а также одна центральная и одна университетская

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
Bulgaria



România
Romania



Hungary



Poland



Czechia
Czechia



Slovakia



Estonia



Latvia

больница. Все учреждения третичной медицинской помощи передового технического уровня расположены в г. Скопье. Доступ к вторичной и третичной медицинской помощи предоставляется по направлению врача первичной медико-санитарной помощи.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Рынок по предоставлению частных услуг в области первичной и специализированной амбулаторной медицинской помощи находится на стадии становления. Взаимоотношения между государственным и частным секторами недостаточно отрегулированы.

Частный сектор контролируется в меньшей степени, в связи с чем имеется риск того, что доступ к нему будет ограничен более обеспеченными слоями населения. Учреждения частного сектора расположены в городских районах и охватывают преимущественно наиболее широко используемые виды услуг. Имеется несколько частных больниц, расположенных, в основном, в Скопье и в западной части страны. Поправки к Закону о здравоохранении, принятые в 2005 г., предусматривают приватизацию всех аптек, которые ранее находились в государственной собственности. Большинство служб стоматологической помощи перешли на частную основу, за исключением первичной и профилактической стоматологической помощи детям, а также Стоматологического клинического центра при университете г. Скопье.

Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Существуют значительные различия между предоставлением услуг здравоохранения в городской и сельской местности.
- Профилактическая и лечебная медицинская помощь повсеместно разделены, при этом явное предпочтение отдается последней.
- При выборе методов внедрения рыночных стимулов и частной системы здравоохранения следует принимать во внимание возрастающее неравенство в отношении доступа к службам.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Необходимо продолжать деятельность по усилению системы первичной медико-санитарной помощи с помощью целенаправленных стратегий по подготовке кадров, регулированию и стимулированию.
- Следует изучить и оценить эффективность практики предоставления большинством больниц почти всех видов помощи.
- Ожидается, что качество и эффективность предоставления помощи повысятся в результате новых подходов Фонда страхования к приобретению услуг.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Работники здравоохранения распределены по территории страны неравномерно. Медицинское образование больше ориентировано на теоретические знания, чем на практические навыки. За последние годы прием студентов на медицинский факультет при университете был ограничен с целью уменьшения избытка медицинского персонала в стране. Реализуются планы по внедрению новой системы лицензирования и аттестации врачей с целью поощрения их к повышению профессиональной квалификации. В государственном секторе насчитывается около 4500 врачей, более 500 врачей работают в частном секторе, а около 1000 являются безработными.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	219	EC-25: 343, EC-15: 356, EC-10: 278
Стоматологи	55	EC-25: 62, EC-15: 66, EC-10: 43
Медсестры	519	EC-25: 779, EC-15: 818, EC-10: 642
Фармацевты	15	EC-25: 78, EC-15: 81, EC-10: 60
ВОП	85	EC-25: 99, EC-15: 102, EC-10: 64

EC-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария
Bulgaria



Румыния
Romania



Молдавия
Moldova



Украина
Ukraine



Грузия
Georgia



Турция
Turkey



Азербайджан
Azerbaijan



Армения
Armenia

БОЛЬНИЦЫ



Число больниц на 100 000 чел. <i>ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8</i>	2,7
Число коек на 100 000 чел. <i>ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661</i>	494
Число госпитализаций на 100 чел. в год <i>ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5</i>	9
Средняя продолжительность госпитализации (дней) <i>ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7</i>	11,8

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Внутреннее производство удовлетворяет лишь четверть спроса на лекарственные средства. Необходимо продолжить усилия по обеспечению более рациональной и обоснованной практики выписки рецептов. Регистрация лекарственных средств осуществляется под контролем Министерства здравоохранения. Лекарственные средства, включенные в перечень средств, разрешенных к применению, предоставляются застрахованным лицам в рамках системы государственных закупок. В ходе разработки новой национальной политики в области лекарственных средств было отмечено, что затраты Фонда медицинского страхования на фармацевтические препараты могут быть значительно снижены до уровня розничных цен.



Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- На долю стационарной помощи приходится большая часть расходов на нужды здравоохранения: 54%.
- Необходимо обеспечить более высокий уровень подготовки и профессионального признания, а также повысить роль медсестер, акушерок и другого среднего медперсонала, особенно в системе первичной медико-санитарной помощи.
- Предпочтительное отношение к специалистам по сравнению с ВОП в системе первичной медико-санитарной помощи приводит к несбалансированности профессиональной структуры кадров.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Необходимо повысить эффективность руководства учреждениями здравоохранения.
- Необходимы эффективные стимулы для перераспределения квалифицированного персонала в районы страны, недостаточно охваченные медицинским обслуживанием.



Кто и за что платит?

Основным источником средств для нужд здравоохранения является обязательное медицинское страхование на базе целевого налога, исчисляемого от фонда заработной платы. Национальный фонд медицинского страхования является единственным учреждением по закупке услуг здравоохранения и напрямую подчиняется парламенту. Система обязательного медицинского страхования охватывает большую часть населения: включая работающее население, пенсионеров, работников сельского хозяйства, инвалидов и их иждивенцев, а также студентов. Эти взносы обеспечивают 63% средств. В отношении неработающего населения Фонд получает взносы, например, от Фонда помощи безработным (11%) или Пенсионного фонда (20%).

Застрахованные лица имеют право на получение очень широкого набора основных услуг здравоохранения, включая почти все виды профилактической, амбулаторной и стационарной помощи. В результате этого объем государственных средств является недостаточным, и для заполнения существующего пробела введена система дополнительных совместных платежей. Существуют фиксированные тарифы на предоставление различных видов услуг с установленными максимальными пределами сумм в виде процента от общей стоимости. Предполагается,

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Великобритания



Испания



Франция



Италия



Греция



Турция



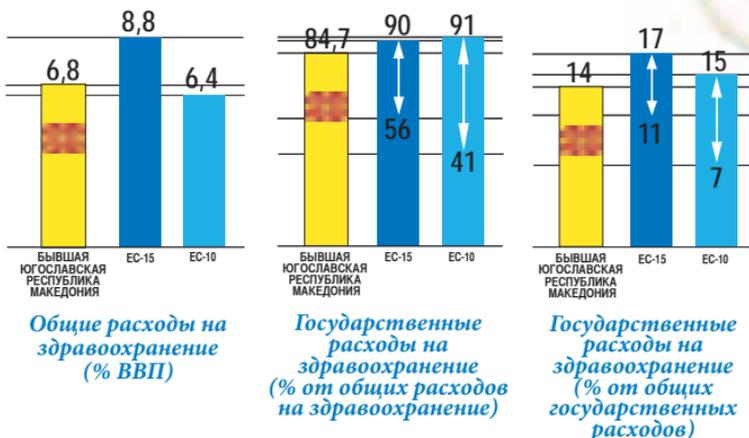
Кипр



Мальта

что застрахованные лица с низким уровнем доходов осуществляют совместные платежи в меньших размерах. Целый ряд приоритетных программ финансируется непосредственно правительством и не предусматривает совместных платежей. Добровольное медицинское страхование разрешено, однако его роль в общем охвате медицинским страхованием невелика.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Население, живущее ниже национальной черты бедности 30% (по данным ВБ); 4% населения живет менее чем на 2 долл. США в день.

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Необходимо привести затраты на предоставление широкого бесплатного и гарантированного Конституцией охвата медицинской помощью в соответствие с реальной макроэкономической ситуацией в стране.
- Сбор средств для Фонда страхования затрудняется неэффективностью рынка рабочей силы и значительным удельным весом неофициальной экономики.
- Для удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения Фонд страхования должен проявлять больше гибкости при перераспределении ресурсов.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Улучшение финансирования здравоохранения возможно не столько в результате введения конкурирующих схем, сколько расширения возможностей существующих страховых структур.
- Предполагается, что имеющиеся данные не отражают масштаба наличных платежей, осуществляемых самими гражданами. Озабоченность вызывают финансовые потребности уязвимых групп населения и необходимость обеспечения социальной солидарности.

Источники: 5, 8, 15.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

Результатом обретения Бывшей Югославской Республикой Македония независимости стала большая региональная автономия. За этим последовало усиление централизованного планирования и контроля ввиду ограниченных возможностей страны. В 2001 г. в стране было принято решение о повторной децентрализации. К числу основных этапов реформы относятся:

- 1991 г.: принятие закона о здравоохранении, который служит основой национальной политики в области здравоохранения, и создание Фонда медицинского страхования;
- 1994 г.: принятие национальных программ для проведения различных мероприятий профилактической помощи, ежегодно обновляемых с учетом возможностей финансирования из государственного бюджета;
- 1995, 1997 гг.: принятие закона, разрешающего свободный выбор врача первичной медико-санитарной помощи;
- 1996–2002 гг.: проект ВБ по реформированию сектора здравоохранения;

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария
Република България



Румыния
România



Венгрия
Magyarország



Польша
Polska



Чехия и
Словакия
Česká republika / Slovensko



Турция
Türkiye



Украина
Україна



Латвия
Latvija

- 2000 г.: принятие Закона о медицинском страховании;
- 2001 г.: принятие Национальной политики в отношении лекарственных средств;
- 2003 г.: принятие новых положений о платежах за специализированную, консультативную и стационарную помощь;
- 2004 г.: второй проект ВБ по реформированию сектора здравоохранения;
- 2005 г.: внесение поправок и пересмотр Закона о здравоохранении (в основном в отношении приватизации) и Закона о медицинском страховании (в основном по вопросам функционирования).

В 2003 г. Македонская академия наук и искусств подготовила стратегический документ по вопросам здравоохранения, который в настоящее время рассматривается Министерством здравоохранения и некоторыми другими заинтересованными сторонами.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Основной приоритетной задачей в стране является разработка прагматической стратегии в области здравоохранения.
- Применение систематического подхода к развитию политики здравоохранения продолжает оставаться важной задачей.
- Необходима последовательная национальная стратегия, направленная на борьбу с двумя ведущими причинами смертности (сердечно-сосудистые и онкологические заболевания) и основными факторами риска.
- Сохраняется необходимость создания механизмов сотрудничества между основными участниками процесса стратегического планирования системы здравоохранения.
- Следует уделять больше внимания разработке национальной системы медико-санитарной информации, в особенности с целью анализа и распространения данных для поставщиков медицинских услуг и лиц, принимающих решения.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

УРЕГУЛИРОВАНИЕ КРИЗИСА В ХОДЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЦЕЛЕЙ

Основной проблемой в ходе реформы здравоохранения являлось создание Фонда медицинского страхования. При этом была выявлена необходимость прогнозирования имеющихся или вероятных проблем, таких как механизмы обеспечения прозрачности деятельности Фонда или гарантирования пакета услуг здравоохранения. Приватизация служб здравоохранения также представляла собой болезненный процесс, который требовал принятия решений оперативного характера.

Сектор здравоохранения сталкивался с двумя серьезными критическими ситуациями: массовый приток беженцев из Косово (Сербия и Черногория) в 1999 г., который потребовал координации деятельности служб здравоохранения с международными учреждениями, а также вооруженный конфликт в самой стране в 2001 г., в результате чего был ограничен доступ к медицинской помощи.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
Bulgaria



Румуния
Romania



Польша
Poland



Чехия
Czechia



Словакия
Slovakia



Венгрия
Hungary



Эстония
Estonia



Латвия
Latvia

Какую работу проводит Региональное бюро в Бывшей Югославской Республике Македония?



В 1993 г. был открыт страновой офис ВОЗ по готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным мерам, а в 1996 г. в Скопье был открыт страновой офис ВОЗ в Бывшей Югославской Республике Македония. Они были объединены в единый офис. Основной задачей его деятельности является сотрудничество с государственными служащими высшего звена в секторе здравоохранения и других секторах для оказания им содействия в повышении эффективности реформ в таких направлениях, как приватизация, гражданские службы, борьба с бедностью и миграция. В 2004–2005 гг. основными областями сотрудничества между страной и Региональным бюро являлись:

- обсуждение с международными партнерами вопросов политики и стратегии здравоохранения, а также децентрализации;
- разработка национальной политики в отношении фармацевтических средств;
- подготовка национальных кадров специалистов в области эпиднадзора за инфекционными болезнями и использования систем раннего реагирования;
- разработка национальной политики в области охраны психического здоровья с соответствующим законодательством, планами действий и пилотными проектами для выполнения на местном уровне;
- использование новых подходов к борьбе с экологическими факторами риска, в особенности для охраны здоровья детей;

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- осуществление программы в области гигиены труда;
- обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям;
- оказание поддержки нетрудоспособным лицам.

В 2006–2007 гг. основными направлениями сотрудничества будут являться:

- реорганизация служб здравоохранения (децентрализация, реформирование стационарной помощи, основные лекарственные средства);
- охрана здоровья матери и ребенка;
- неинфекционные болезни, токсикомания, борьба против табака;
- ВИЧ/СПИД, туберкулез, болезни, предупреждаемые с помощью вакцинации, и обеспечение безопасности крови;
- усиление потенциала системы здравоохранения по принятию мер при чрезвычайных ситуациях;
- окружающая среда и здоровье, включая гигиену труда;
- предупреждение насилия и травматизма с учетом гендерного фактора.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Официальный правительственный сайт

(http://www.vlada.mk/english/index_en.htm)

Министерство здравоохранения

(<http://www.zdravstvo.gov.mk/index.php>)

Министерство окружающей среды и физического планирования

(<http://www.vlada.mk/english/ministries.htm#14>)

Государственное статистическое бюро

(http://www.stat.gov.mk/english/glavna_eng.asp)

Республиканский институт охраны здоровья

(http://www.unet.com.mk/rzzz/index_m.htm, на национальном языке)

Палата врачей

(<http://www.lkm.org.mk>, на национальном языке)

Палата стоматологов

(<http://www.skm.org.mk/default.asp?nka=zaskm&jazik=en>)

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
Bulgaria



Романия
Romania



Польша
Poland



Чехия
Czechia



Словакия
Slovakia



Венгрия
Hungary



Эстония
Estonia



Латвия
Latvia

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА



REPUBLICII MOLDOVA

ПЛОЩАДЬ (км²) 33 843

Половина площади Ирландии
0,8% от общей площади ЕС-25
ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,
ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ

4 446 455
Равно населению Ирландии
1% от населения ЕС-25
ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,
ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ молдаване/румыны – 64,5%,
украинцы – 14%, русские – 13%

ЯЗЫК молдавский/румынский, русский

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Парламентская
республика, однопалатный парламент

РЕЛИГИЯ православное христианство – 98%,
иудаизм – 1,5%

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1991 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 382 евро = **1,9% от среднего в ЕС-25**
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро,
ЕС-10: 5 530 евро

По паритету покупательной способности:
1 470 евро = **6% от среднего в ЕС-25**
(24 480 евро)

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ 32 района,
3 муниципия, 1 автономное административно-
территориальное образование и
1 административно-территориальное
образование

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА лей: 1 лей = 0,06 евро, 1 евро = 16,5 лей

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,68

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 2% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%**

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СНГ, СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВБ, ООН

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 1–7, 16, 17.

ЗДОРОВЬЕ SĂNĂTATE



Румыния



Украина



Россия



Грузия



Турция



Молдова



Болгария

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,09 женщин на одного мужчину

Городское население

45,9%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 20,5%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

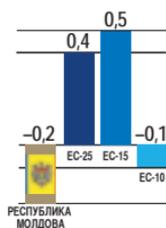
≥ 65 лет: 9,8%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

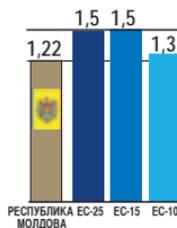
Доля иждивенцев

43 *ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47*

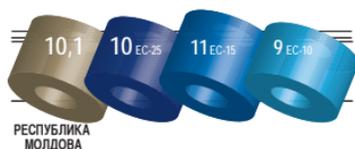
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



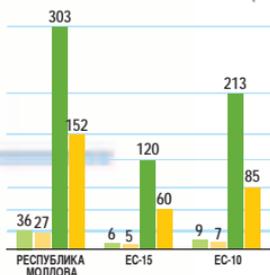
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15–60 лет, Муж.
- В 15–60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	68	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	64	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	72	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж. Жен.	
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Республика Молдова	60	57	62	11	13	11	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- низкая ожидаемая продолжительность жизни у мужчин;
- отрицательный ежегодный прирост населения;
- снижение показателя рождаемости и показателя фертильности ниже уровня замещения поколений;
- экономические проблемы, бедность и социальная несправедливость.

Источники: 2, 5, 8, 9.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

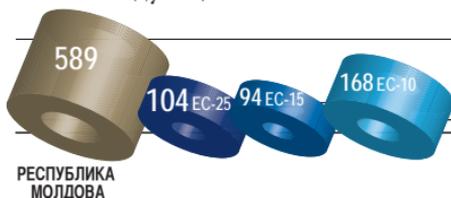




Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Сердечно-сосудистые болезни являются ведущей причиной смертности (59% от всех смертей) и бремени болезней (23% от общего бремени).
- В рамках этой нозологической группы двумя основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца: причина 13% бремени болезней и 41% всех смертей: 589 смертей на 100 000 населения
 - цереброваскулярные болезни: причина 8% бремени болезней и 16% всех смертей: 236 смертей на 100 000 населения **ЕС-25: 68, ЕС-15: 59, ЕС-10: 114**
- На гипертензию и гиперхолестеринемию приходится соответственно 13% и 11% бремени болезней.



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- На злокачественные новообразования приходится 8% бремени болезней и 10% всех смертей: 155 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 192, ЕС-15: 185, ЕС-10: 227**
- Распространенность злокачественных новообразований составляет 1% или 177 новых случаев рака на 100 000 населения в год. **ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427**
- Ежегодно в стране регистрируется 16 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения, или в пять раз больше, чем в ЕС-25. **ЕС-25: 3,2**
- В 2003 г. в стране было зарегистрировано 40 новых случаев рака молочной железы на 100 000 человек.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ДИАБЕТ

- Заболеваемость диабетом составляет 1%, а ежегодный показатель смертности от него составляет 11 на 100 000 населения.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 20% общего бремени болезней и 1% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- На самоубийства и преднамеренные самоповреждения ежегодно приходится 1,2% смертей или 18 на 100 000 населения. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**
- Ежегодно в стране регистрируется 568 новых случаев психических расстройств на 100 000 населения. Распространенность таких расстройств составляет 4%. **ЕС-15: 2,5%, ЕС-10: 3%**

ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Травмы являются причиной 111 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Ежегодно жертвами дорожно-транспортного травматизма становятся 65 человек на 100 000 населения.



БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания приходится 7% всех смертей или 97 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

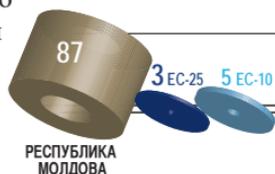
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни ежегодно становятся причиной смерти 20 человек на 100 000 населения или 1,4% всех случаев смерти.
- Ежегодно регистрируется 115 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения. **ЕС-25: 13, ЕС-15: 11, ЕС-10: 26**
- Ежегодно регистрируется 7 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

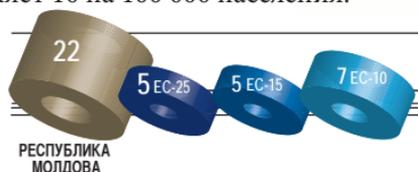


- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), намного выше соответствующих показателей в ЕС в целом:
 - 87 новых случаев сифилиса
 - 35 новых случаев гонококковой инфекции **ЕС-25: 9, ЕС-10: 6**



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность: 14 смертей на 1000 живорожденных (по оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2000 г. этот показатель был равен 24). **ЕС-25: 4,6, ЕС-15: 5, ЕС-10: 7**
- Охват иммунизацией равен 98%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**
- Показатель смертности от диарейных заболеваний в возрасте до 5 лет составляет 10 на 100 000 населения.
- Показатель материнской смертности составляет 22 на 100 000 живорожденных (согласно оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА, в 2000 г. этот показатель в Молдове был равен 36).



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	39
2. Цереброваскулярные болезни	16
3. Цирроз печени	8
4. Хроническая обструктивная легочная болезнь	4
5. Рак трахеи, бронхов, легких	2
6. Инфекционные болезни нижних дыхательных путей	2
7. Преднамеренные самоповреждения	2
8. Туберкулез	1
9. Рак толстой и прямой кишки	1
10. Дорожно-транспортный травматизм	1

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Республика Молдова	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	23	17	22
Психоневрологические расстройства	20	27	21
Рак/злокачественные новообразования	8	17	16
Непреднамеренные травмы	9	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	4	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	4	2	2
Респираторные инфекции	2	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2	1	1
Преднамеренные травмы	4	2	3
Диабет	1	2	2
Болезни органов чувств	4	5	5
Все инфекционные болезни	10	5	4
Все неинфекционные болезни	77	87	83
Все травмы	13	8	12

Важные моменты

состояние здоровья

- Переходный период стал причиной ухудшения общего состояния здоровья населения страны.
- Для Республики Молдова характерен двойной профиль здоровья – с признаками, характерными как для развивающихся, так и для развитых стран.
- Инфекционные болезни продолжают оставаться серьезной проблемой. Потенциал страны в плане реагирования как на известные, так и неизвестные риски для здоровья все еще недостаточный.
- Наблюдается резкий рост неинфекционных болезней.
- Устойчивое обеспечение населения вакцинами во многом зависит от международной гуманитарной помощи.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария



Польша



Венгрия



Турция



Украина



Словения

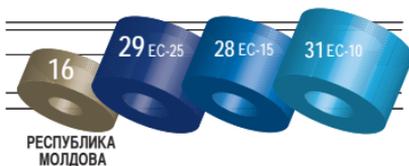
- Показатели смертности детей в возрасте до 1 года являются высокими, особенно в сельской местности.
- Серьезной проблемой для страны являются связанные с беременностью патологии и высокий уровень материнской смертности.
- ВИЧ/СПИД, туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем, являются наиболее важными и неотложными проблемами здравоохранения.

Источники: 2, 8, 10, 17.

Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 16% (34% среди мужчин и 2% среди женщин).
- На курение приходится 9,7% бремени болезней.



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 10 литров на человека в год.
ЕС-25: 9,4, ЕС-15: 9,4, ЕС-10: 8,9
- Ежегодно в стране регистрируется 8 случаев алкогольного психоза на 100 000 населения.
- На употребление алкоголя приходится 21% бремени болезней.

НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Марихуана является наиболее распространенным незаконным наркотическим средством; за последний год показатель употребления марихуаны жителями страны составил 1,8%.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- На незаконное употребление наркотических средств приходится 0,8% бремени болезней.

ОЖИРЕНИЕ

- На ожирение приходится 8% бремени болезней, а на недостаточную физическую активность – 4%.
- Показатель ожирения среди взрослого населения составляет 4% среди мужчин и 13% среди женщин. Показатели ожирения в Республике – одни из самых низких в Европейском регионе ВОЗ.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

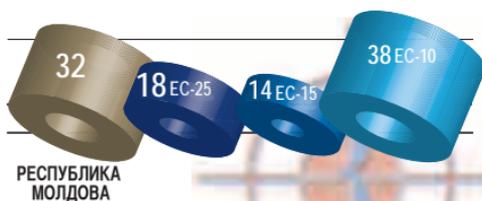
- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 16 новых случаев сальмонеллезной инфекции. *ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99*

ГИГИЕНА ТРУДА

- В стране ежегодно регистрируется 1,4 новых случаев развития профессиональных болезней на 100 000 населения. *ЕС-25: 42, ЕС-15: 42, ЕС-10: 19*
- На производственные травмы приходится 1,2 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- В 2000 г. выбросы SO₂ в атмосферу составили 32 кг на душу населения.



Источники: 2, 10-13.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения и социальной защиты

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Польша



Венгрия



Словакия



Турция



Украина



Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Национальный центр общественного здоровья и управления здравоохранением
- Республиканский институт охраны здоровья матери и ребенка
- Национальный центр профилактической медицины

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- Национальная компания медицинского страхования

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

- Медицинский университет
- Школа общественного здравоохранения

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

- Одиннадцать областных органов здравоохранения, работающих под контролем Министерства здравоохранения и социальной защиты



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Базовые медицинские услуги оказываются населению в рамках системы обязательного медицинского страхования. Кроме того, государство обеспечивает минимальный пакет медицинской помощи для незастрахованных лиц. ВОП оказывают первичную медицинскую помощь и направляют пациентов на консультацию к врачам-специалистам.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Функции первичного звена здравоохранения заключаются скорее в направлении пациентов на более высокие уровни медицинского обслуживания, чем в оказании широкого

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

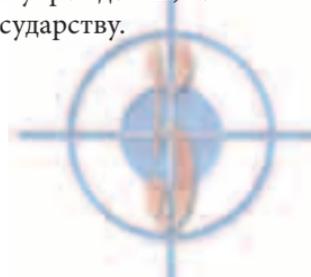
круга медицинских услуг. Обеспечение населения первичной медико-санитарной помощью входит в обязанности областной администрации, и эта помощь оказывается через сеть клиник и центров здравоохранения, предлагающих ограниченный набор диагностических, вакцинопрофилактических, неотложных и экстренных услуг. Предполагается, что это звено должно оказывать определенный минимальный пакет услуг, но эта цель пока не достигнута. Ряд врачей уже прошли определенную подготовку в области семейной медицины.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В начале переходного периода в стране имела огромная сеть амбулаторных служб, служб базового медицинского обслуживания и специализированных больниц. Эта сеть была доминирующей составляющей в секторе здравоохранения, и она оказывала даже первичную медико-санитарную помощь. Однако эта сеть была значительно сокращена. В соответствии с нынешней практикой все лечебно-профилактические учреждения на районном уровне объединены в одно юридическое объединение, что не очень благоприятно ни с точки зрения финансирования, ни с точки зрения повышения эффективности сектора первичной медико-санитарной помощи.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Оказание частной медицинской помощи все еще носит фрагментарный характер. Частные медицинские услуги оказываются в некоторых государственных медицинских учреждениях, в частности, в поликлиниках. Только 6% больниц являются частными, а что касается клиник, лабораторий или других медицинских учреждений, то практически все они принадлежат государству.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
Bulgaria



Ромânia
Romania



Польша
Poland



Угария
Hungary



Турция
Turkey



Словакия
Slovakia



Словения
Slovenia



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Первичная медико-санитарная помощь – это краеугольный камень государственного плана реформирования. Обеспечение учреждений ПМСП оборудованием, медикаментами и финансовыми средствами для выплаты зарплат медперсоналу должно быть адекватным.
- Приоритетное внимание, уделяемое семейной медицине, должно найти практическое отражение в программах обучения и подготовки медицинских работников.
- Службы специализированной медицинской помощи продолжают быть сконцентрированы в столице страны, а в связи с дублированием некоторых видов медицинского обслуживания возникает вопрос обеспечения их качества.
- Помимо Министерства здравоохранения и социальной защиты другие министерства также имеют параллельные медицинские службы.
- Реформы в области финансирования здравоохранения создали стимулы для реструктуризации системы медицинского обслуживания.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В последнее десятилетие серьезной проблемой для Молдовы стала миграция медицинских работников в другие отрасли или за границу. Важнейшей задачей сейчас является обеспечение оптимального распределения медицинских кадров с учетом их навыков и умений. Переквалификация и подготовка медицинского персонала, особенно медицинских сестер, может помочь наладить эффективную работу на уровне первичной медико-санитарной помощи.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	311	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	39	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	715	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	57	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	68	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на 100 000 чел.	3,1
ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8	
Число коек на 100 000 чел.	667
ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661	
Число госпитализаций на 100 чел. в год	16,9
ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5	
Средняя продолжительность госпитализации (дней)	10,8
ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7	



В каждой области имеется своя больница, а на республиканском уровне специализированная помощь оказывается в государственных медицинских институтах. В 2004 г. больницам был придан статус некоммерческих автономных учреждений, заключающих договор с Национальной компанией медицинского страхования, что позволяет им планировать свою деятельность и управлять ею. Значительной проблемой для страны является неадекватное качество имеющегося медицинского оборудования. Некоторым республиканским и городским больницам удалось обновить, по крайней мере, часть своего оборудования. Однако в районных больницах проблема обновления оборудования остается острой. В стране не имеется какой-либо политики инвестирования в технологию и инфраструктуру лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Республика Молдова импортирует 95% всех лекарств, используемых в стране. Согласно решению 1994 г.,

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария



Польша



Венгрия



Турция



Украина



Молдова

распределением и продажей медикаментов занимаются частные учреждения. В государственных медицинских учреждениях испытывается дефицит лекарственных средств, а в частном секторе на них завышаются цены. Приватизация помогла улучшить лекарственное обеспечение населения, но также создала потенциал для развития конфликта интересов. Гуманитарные учреждения продолжают играть важную роль в обеспечении населения, особенно детей и других уязвимых групп, основными лекарственными средствами.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Число ЛПУ резко сократилось; в прежние времена молдавская сеть медицинского обслуживания была одной из наиболее разветвленных в мире.
- Процесс закрытия или объединения больниц был проведен только на районном уровне; на национальном уровне это еще предстоит сделать.
- Необходимо обеспечить должную сбалансированность кадровых ресурсов в городах и сельской местности.
- Необходимо улучшить знания о реальных потребностях страны в лекарственных средствах. Еще одна важная задача для страны – это регулирование ценообразования на лекарства.
- В стране наблюдается большой спрос на экспертов по общественному здравоохранению, по управлению здравоохранением и по экономике здравоохранения. В программы обучения врачей на всех уровнях необходимо включать такой элемент, как обучение навыкам решения проблем.

Источники: 2, 14.

Кто и за что платит?

Система обязательного медицинского страхования была вначале апробирована в одной из областей, а затем в январе 2004 г. она была внедрена

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

в практику на национальном уровне в качестве основного механизма финансирования системы здравоохранения. Национальная компания медицинского страхования подотчетна правительству, а министр здравоохранения и социальной защиты выполняет функции ее председателя. До проведения реформы право на медицинское обслуживание было основано на принципе гражданства, а теперь оно основывается на взносах, вносимых самими людьми или от их имени. У работающего населения 4% от их зарплаты отчисляется на медицинское страхование, однако эти средства составляют только 30% общего бюджета вышеуказанной компании. Большую долю оставшейся части ее бюджета (60–65% в 2004 г.) составляют ассигнования из общего государственного бюджета на страхование конкретных групп населения, таких как дети, безработные, пенсионеры и т.д. Сбор страховых взносов среди самозанятого населения связан со значительными трудностями.

Система финансирования здравоохранения перестала быть фрагментарной, так как на национальном уровне все средства на здравоохранение направляются в Национальную компанию медицинского страхования, которая, по мере необходимости, заключает договора с поставщиками медицинских услуг. Одним из позитивных результатов новой системы является повышение и стабилизация государственного финансирования. Помимо этого, для повышения финансовой и управленческой независимости государственных поставщиков медицинских услуг был изменен их юридический статус. Один из важнейших положительных результатов заключается в том, что процесс перечисления средств медицинским учреждениям стал значительно легче. Так, например, финансовые операции, которые раньше занимали 2–3 недели, теперь осуществляются за 1–2 дня. Однако функционирование системы финансирования здравоохранения продолжает зависеть от прямых и неформальных платежей пациентов.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България



Румелия



Польша



Чехия и
Словакия



Унгария

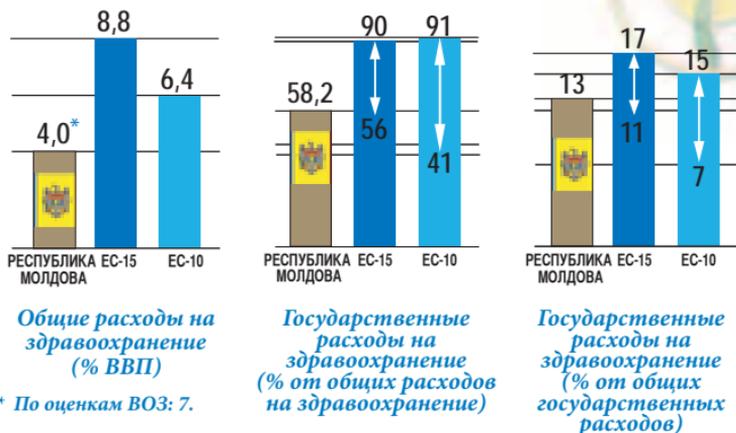


Словакия



Латвия

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Оплата медицинских расходов из собственного кармана
(% от общих личных расходов на медицинскую помощь)
100

Население, живущее ниже национальной черты бедности 23%;

64% населения живет менее чем на 2 долл. США в день

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Правительство продемонстрировало твердую приверженность реформированию системы финансирования здравоохранения, выделяя на это такую долю имеющихся средств, которая выше, чем в любой другой стране в восточной части Региона. Руководители здравоохранения старшего звена также поддерживают эту реформу.
- По сравнению с другими странами с аналогичным уровнем доходов на душу населения доля платежей из собственного кармана в Республике Молдова относительно ниже. Предполагается, что уровень неформальных платежей снизился после реформы 2004 г.
- Некоторые крупные программы общественного здравоохранения зависят от внешних источников финансирования, т.е. от международной помощи.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Имеется необходимость в регулировании и контроле использования местными властями тех ресурсов, которые высвободились в связи с закрытием ряда больниц.
- Отмечается усиление риска того, что из-за неспособности оплаты медицинских расходов граждане страны могут оказаться в очень трудном финансовом положении.
- Необходимо обеспечить адекватное информирование граждан об их правах и обязанностях в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Источники: 5, 8, 15.

Как была реформирована система здравоохранения страны?

Реформированию здравоохранения уделяется самое пристальное внимание, однако социальные, политические и макроэкономические факторы замедляют прогресс в этой области. Функции принятия стратегических решений и планирования передаются областным органам здравоохранения, однако их потенциал в этой области нуждается в повышении. В Молдове принят национальный план действий по модернизации системы эпиднадзора за инфекционными болезнями, но отсутствует какая-либо национальная политика по снижению факторов риска, связанных с образом жизни людей.

- В 1995 г. был принят закон о здравоохранении, в котором указано на необходимость проведения реформ здравоохранения, внедрения новых финансовых механизмов и улучшения управления службами, а также предусматривается определенная степень приватизации в области здравоохранения.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България



Румелия



Польша



Чехия и
Словакия



Унгария



Словакия



Эстония

- В 1997–2003 гг. была разработана национальная стратегия реформирования и развития системы медицинского обслуживания; кроме того, в этой области были сделаны дополнительные практические шаги посредством заключения соответствующих соглашений с ВБ.
- В 1999 г. был принят закон о гарантированном минимальном пакете бесплатной медицинской помощи, а также был урегулирован вопрос с тарифами на оплату медицинских услуг. Был начат процесс децентрализации медицинского обслуживания, а также одобрен план реструктуризации стационарного сектора с постановкой такой цели, как уменьшение удельного веса вторичной и третичной помощи в системе медицинского обслуживания населения.
- В 2001 г. характер финансирования здравоохранения был изменен; от системы финансирования, основанной на числе больничных коек, страна перешла к системе выделения средств из расчета на душу населения.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Правительство продемонстрировало сильную приверженность идее и практике реформирования здравоохранения.
- Важнейшие цели проводимых реформ заключаются в достижении более оптимальной сбалансированности между службами ПМСП и больничными службами, а также в повышении эффективности использования имеющихся средств.
- Необходимо обеспечить дальнейшее устойчивое развитие политики здравоохранения.
- Министерство здравоохранения и социальной защиты разработало национальную политику в области здравоохранения, которая находится на этапе официального утверждения и принятия правительством.
- Одной из важнейших целей реформирования является дальнейшее усиление консенсуса и координации среди лиц, принимающих ответственные решения.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Устойчивая политическая приверженность процессу реформирования – это необходимое условие для ликвидации практики неофициальных платежей и предупреждения ее возобновления в будущем.
- Имеется необходимость в придании формального характера процессу мониторинга и оценки реформ здравоохранения.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

В мае 2004 г. парламент придал законодательную силу стратегическому документу по стимулированию экономического роста и уменьшения бедности, который охватывает период 2004–2006 гг. и является концептуальной основой устойчивого развития страны. Средства, необходимые для реализации этой стратегии, оцениваются в 750 млн. долл. США, 60% которых, как ожидается, должны быть получены за счет займов и грантов. С учетом политической приверженности данной стратегии в рамках страны ВБ разработал свой новый план оказания помощи Молдове в 2005–2008 гг. Основные цели стратегии включают следующее: улучшение доступности и качества медицинской помощи; повышение эффективности использования финансовых ресурсов; обеспечение функционирования системы обязательного медицинского страхования; дальнейшее развитие служб первичной и экстренной медицинской помощи. Одной из важнейших задач в этой области является обеспечение координации и взаимодополняемости помощи, оказываемой Молдове различными донорами.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния



Польша



Чехия и Словакия



Венгрия



Эстония



Латвия



Какую работу проводит Региональное бюро ВОЗ в Республике Молдова?

Страновой офис ВОЗ в Республике Молдова был создан в Кишиневе в 1994 г. Основные сферы сотрудничества Европейского регионального бюро ВОЗ с Молдовой на период до 2005 г. включали следующее:

- охрана репродуктивного здоровья, а также здоровья матери и ребенка;
- контроль и профилактика неинфекционных болезней, а также оценка значимости для здравоохранения вопросов, относящихся к безопасности воды;
- сертификация страны как территории, свободной от полиомиелита;
- создание национального перечня основных лекарственных средств;
- создание национальной информационной системы здравоохранения и обучение руководителей и лиц, определяющих политику, тому, как использовать данные;
- борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом.

На 2006–2007 гг. основные запланированные совместные действия будут предприняты в следующих областях:

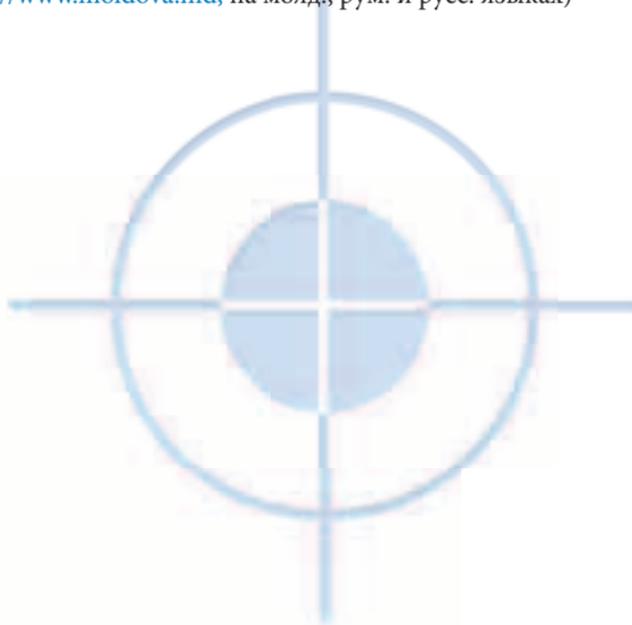
- выработка стратегических рекомендаций по реформированию системы финансирования здравоохранения;
- оценка деятельности системы здравоохранения;
- планирование кадровых ресурсов;
- осуществление инициативы по обеспечению безопасной беременности с должным учетом национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения;

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- улучшение лечебно-профилактической и медико-социальной помощи лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом;
- более активное внедрение стратегии DOTS с целью усиления борьбы с туберкулезом;
- борьба с неинфекционными болезнями, включающая следующие элементы: борьба против табака, скрининг на рак шейки матки, профилактика самоубийств, насилия и травматизма; вовлечение персонала первичного звена здравоохранения в лечение большинства наиболее распространенных патологий;
- обеспечение безопасности питьевого водоснабжения;
- укрепление национального потенциала преодоления кризисов здравоохранения;
- обеспечение безопасности крови.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Официальный сайт правительства страны
(<http://www.moldova.md>, на молд., рум. и русс. языках)



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Болгария



Румыния



Польша



Венгрия



Турция



Словакия



Словения

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ПЛОЩАДЬ (км²) 17 080 000

В 30 раз больше территории Франции
В 4,3 раза больше общей площади ЕС-25
ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,
ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 143 500 000

Приблизительно равно населению Франции и
Германии, вместе взятых
32% от населения ЕС-25
ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,
ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ русские - 80%, татары - 4%, украинцы - 2%, и более 100 групп этнических меньшинств

ЯЗЫК русский

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Демократическая федеративная республика

РЕЛИГИЯ православное христианство, ислам, иудаизм

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1990 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 2 405 евро = *12% от среднего для ЕС-25*
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро, ЕС-10: 5 530 евро

По паритету покупательной способности:
8 950 евро = *37% от среднего для ЕС-25*
(24 480 евро)

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ Три административных уровня – федеральный, региональный и муниципальный; 89 субъектов федерации, имеющих различные названия (области, республики, автономные округа, края и т.д.), но одинаковый правовой статус

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА рубль: 1 рубль = 0,028 евро,
1 евро = 35,9 рублей

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,8

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 8% *ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%*

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СНГ, СЕ, МВФ, Б-8, ОБСЕ, ВВ, ООН

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 1-4, 7, 16, 17, 27, 28.

ЗДОРОВЬЕ



Республика Азербайджан



Румыния



Республика Турция



Турция



Украина



Венгрия

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,15 женщин на одного мужчину

Городское население

73%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 16%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

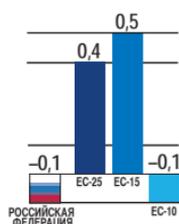
≥ 65 лет: 13%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

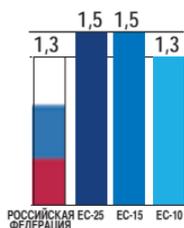
Доля иждивенцев

41 *ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47*

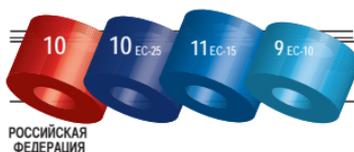
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



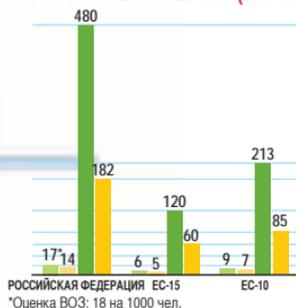
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15-60 лет, Муж.
- В 15-60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	65	ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74
Мужчины:	59	ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70
Женщины:	72	ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Российская Федерация	59	53	64	10	14	10	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие страна испытывала серьезный демографический кризис, при этом численность населения сокращалась примерно на 800 000 в год. Были отмечены следующие тенденции:

- постарение населения;
- снижение коэффициента фертильности и отрицательный рост численности населения;
- рост уровня смертности во всех возрастных группах, за исключением грудных детей, показатели смертности которых снижаются;
- снижение ожидаемой продолжительности жизни у мужчин.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 2-4, 8, 9.





Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Сердечно-сосудистые болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 56% всех случаев смерти.
- В рамках этой нозологической группы двумя основными причинами смерти являются:
 - ишемическая болезнь сердца, являющаяся причиной 14% бремени болезней и 26% всех смертей: 415 случаев смерти на 100 000 населения в год
 - цереброваскулярные болезни, являющиеся причиной 10% бремени болезней и 20% всех смертей: 317 случаев смерти на 100 000 населения в год
- Высокое кровяное давление является причиной 14% бремени болезней, а высокий уровень холестерина – 11%.



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- На онкологические заболевания приходится 8% общего бремени болезней и 12% всех смертей: 187 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 192, ЕС-15: 185, ЕС-10: 227**
- Ежегодно регистрируется 317 новых случаев онкологических заболеваний на 100 000 населения. **ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427**
- В стране ежегодно регистрируется 16 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения, что в пять раз превышает соответствующие показатели в ЕС-25. **ЕС-25: 3,2**

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В стране ежегодно регистрируется 60 новых случаев рака молочной железы и 40 новых случаев рака легких на 100 000 населения.
- Распространенность онкологических заболеваний составляет 1,6%.

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 1,6%.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 14% общего бремени болезней и 1% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- Самоубийства или самоповреждения являются причиной 1,8% всех смертей: 34 на 100 000 населения в год. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**
- Ежегодно регистрируется 378 новых случаев психических расстройств на 100 000 населения. **ЕС-10: 777**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

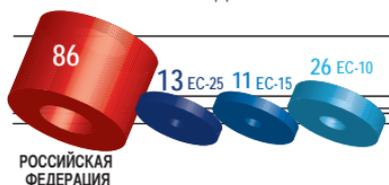
- Травмы являются причиной 226 смертей на 100 000 населения в год. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- 142 человека на 100 000 населения в год получают травмы в результате дорожно-транспортных происшествий. **ЕС-25: 297, ЕС-15: 319, ЕС-10: 181**
- Убийства служат причиной 5% всех случаев смерти.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Болезни органов дыхания являются причиной 4% всех случаев смерти: 67 на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной 1% всех случаев смерти: 25 на 100 000 населения в год.
- Ежегодно регистрируется 86 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



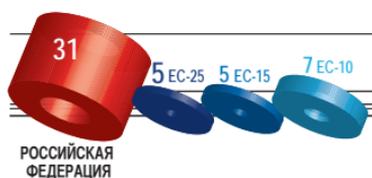
- Проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью сохраняет свою значимость. Например, этой болезнью страдают около 10% заключенных тюрем.
- В стране ежегодно регистрируется 27,5 новых случаев ВИЧ-инфицирования на 100 000 населения, что является самым высоким показателем в Европейском регионе ВОЗ. Число лиц, инфицированных ВИЧ, на конец 2004 г., согласно данным официальной статистики, составляло 300 000 человек, однако по данным Федерального СПИД-центра, оно достигает 0,8–1 миллиона. Самая высокая частота случаев ВИЧ-инфицирования наблюдается в возрастной группе 17–23 года.
- Показатели распространенности инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), являются очень высокими:
 - 121 новый случай сифилиса
 - 109 новых случаев гонококковой инфекции



ЕС-25: 9, ЕС-10: 6

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность составляет 12 смертей на 1000 живорожденных (по оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2000 г. этот показатель был равен 16). **ЕС-25: 4,6, ЕС-15: 5, ЕС-10: 7**
- Уровень материнской смертности снижается (65 в 2000 г., по оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА), однако все еще остается высоким – 31 на 100 000 живорожденных.
- Частота смертных случаев среди детей мужского и женского пола в возрасте до 5 лет составляет, соответственно, 22 и 18 на 100 000.
- Охват иммунизацией равен 97%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	30
2. Цереброваскулярные болезни	22
3. Отравления	3
4. Самоповреждения	3
5. Рак трахеи, бронхов, легких	2
6. Насилие	2
7. Дорожно-транспортные происшествия	2
8. Рак желудка	2
9. Рак толстой и прямой кишки	2
10. Цирроз печени	2

Примечание. В целом, внешние причины (несчастные случаи, отравления и травмы) являются второй по значимости причиной смерти – на их долю приходится 14% всех случаев смерти. На долю злокачественных образований приходится 12% случаев смерти. Эти статистические данные основаны на оценках ВОЗ, а не на официальных статистических данных о смертности.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Российская Федерация	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	29	17	22
Психоневрологические расстройства	14	27	21
Рак/злокачественные новообразования	8	17	16
Непреднамеренные травмы	15	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	2	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	4	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1	1	1
Преднамеренные травмы	8	2	3
Диабет	1	2	2
Болезни органов чувств	3	5	5
Все инфекционные болезни	8	5	4
Все неинфекционные болезни	69	87	83
Все травмы	23	8	12

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Важные моменты

состояние здоровья населения

- Уровень материального благосостояния колеблется в широких пределах в разных районах страны, между которыми существуют значительные различия в отношении всех показателей состояния здоровья и социально-экономического положения населения.
- Показатели распространенности сердечно-сосудистых болезней входят в число самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.
- В 1990-е годы вновь получили распространение такие инфекционные заболевания, как туберкулез и дифтерия, что связано преимущественно с иммиграцией.
- Рост числа случаев ВИЧ-инфицирования в стране является самым высоким в мире.
- Большое число детей проживают в неблагоприятных социально-экономических условиях.
- За последние 15 лет наиболее серьезное ухудшение состояния здоровья наблюдается среди мужчин трудоспособного возраста, у которых отмечается наибольший рост показателей смертности от сердечно-сосудистых болезней и внешних причин, в основном связанных с нездоровым образом жизни и рискованными формами поведения.

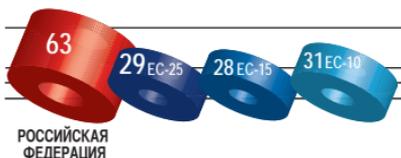
Источники: 2, 7, 10, 21, 28.



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 63% у мужчин и 10% у женщин.
- На курение приходится 12% бремени болезней.



EC-25: нынешние члены ЕС. EC-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Уровень потребления сигарет с 1995 г. по 2001 г. возрос на 90%.
- Опрос, проведенный среди 15-летних школьников, показал, что ежедневно курят 12% девочек и 20% мальчиков.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 8,9 литра на человека в год без учета пива и спиртных напитков домашнего изготовления.
ЕС-25: 9,4, ЕС-15: 9,4, ЕС-10: 8,9
- На употребление алкоголя приходится 15% бремени болезней.
- Ежегодно регистрируется 56 случаев алкогольного психоза на 100 000 населения.
- Согласно данным исследования, проведенного в 2000 г., около 71% мужчин и 47% женщин зрелого возраста регулярно употребляют алкоголь.
- Опрос, проведенный среди 15-летних школьников, показал, что 17% девочек и 28% мальчиков употребляют алкоголь еженедельно.

НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- На долю незаконного употребления наркотических средств приходится 2% общего бремени болезней.
- Наиболее распространенными незаконными наркотическими средствами являются марихуана и опиаты; в течение последнего года их употребляли, соответственно, 4% и 2% населения. Менее распространены амфетамины, экстази и кокаин – соответственно, 0,2%, 0,1% и 0,2%.
- Согласно данным опроса 15-летних школьников, 12% мальчиков и 5% девочек употребляли марихуану в течение последнего года.

ОЖИРЕНИЕ

- Ожирение (ИМТ \geq 30) является причиной 8% общего бремени болезней, а недостаточная физическая активность – 4%.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- От ожирения страдают 10% мужчин и 24% женщин: соответственно, 3% и 4% лиц в возрасте 25–34 лет и 16% и 23% лиц в возрасте 55–64 года.
- Согласно данным опроса, проведенного среди 13-летних школьников, 6% мальчиков и 4% девочек страдают избыточным весом.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- Ежегодно регистрируемое число новых случаев сальмонеллезной инфекции составляет менее 1 на 100 000 населения. *ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99*

ГИГИЕНА ТРУДА

- Производственные травмы являются причиной 3 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- Загрязнение атмосферного воздуха в городах является причиной 0,7% общего бремени болезней.
- Уровень выбросов SO₂ в 2000 г. составлял 30 кг на душу населения. *ЕС-25: 18, ЕС-15: 14, ЕС-10: 38*

Важные моменты

образ жизни

- Снижение ожидаемой продолжительности жизни за последние десять лет в основном связано с воздействием нестабильной экономической ситуации, нездорового образа жизни и широко распространенной недооценки значимости факторов риска.
- Существенными факторами ухудшения состояния здоровья являются бедность и, в особенности, различия в уровне доходов между разными социальными группами, хотя уровень образования также играет важную роль.
- Более двух третей населения России проживают в районах, где отмечается загрязнение воздуха.

Источники: 2, 10–13, 21, 29.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации (федеральный уровень)

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Фонд обязательного медицинского страхования
(федеральный, с территориальными/региональными
отделениями)

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Российская медицинская ассоциация

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Российская академия медицинских наук
Медицинские институты

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Отделы здравоохранения в 89 субъектах федерации



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Система здравоохранения соответствует административной структуре страны с распределением ответственности на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Основное внимание продолжает уделяться службам специализированной стационарной помощи, преимущественно в медицинских учреждениях вторичного и третичного уровня.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Кроме того, помимо Министерства здравоохранения и социального развития другие организации, включая министерства и государственные предприятия, также располагают параллельными системами здравоохранения, число которых достигает 18 или более. Они включают службы как поликлинической, так и стационарной помощи, на долю которых приходится 15% всех амбулаторных и 6% всех стационарных лечебных учреждений. Многие из них лучше оснащены оборудованием и предоставляют более высококачественные услуги, чем некоторые государственные учреждения.

Службы общественного здравоохранения, ориентированные на все население, организованы на базе системы санитарно-эпидемиологического надзора. Они функционируют на региональном и муниципальном уровнях, однако находятся в подчинении федеральных органов, предоставляя основные услуги общественного здравоохранения в таких областях, как профилактика инфекционных заболеваний и борьба с ними, иммунизация, гигиена детей и подростков, безопасность продуктов питания и радиационная безопасность, а также профилактика профессиональных заболеваний.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Учреждения первичной медико-санитарной помощи имеют следующую иерархию:

- сельские медицинские пункты, в штате которых имеется фельдшер и в некоторых случаях акушер;
- медицинские центры, в штат которых входит педиатр, терапевт, гинеколог и медсестры;
- городские поликлиники, в штат которых входят различные специалисты;
- независимые диспансеры, специализированные поликлиники и ведомственные поликлиники.

Внедрение института семейной медицины находится на ранней стадии и происходит лишь в нескольких частях страны. Специальность врача общей практики лишь

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

начинает внедряться, в основном в сельской местности. В 2000 г. Министерство здравоохранения и социального развития выпустило постановление, в котором определялись требования к подготовке, права и обязанности ВОП. Проводится последовательная работа по укомплектованию ими учреждений первичной медико-санитарной помощи в качестве замены участковых врачей. В некоторых районах страны учреждения первичной медико-санитарной помощи эффективно выполняют функцию регулирования потока пациентов. В среднем, около 30% первичных обращений за медицинской помощью происходит на уровне выше первичного, хотя соответствующие показатели в ЕС составляют 8–10%.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Попытки перевести оказание помощи на амбулаторную основу пока не дали ожидаемых результатов. Система здравоохранения остается ориентированной на вторичную и третичную медицинскую помощь, в особенности на базе стационарных учреждений. Существует многолетняя традиция увязывать финансирование стационарных учреждений с количеством коек, в связи с чем необходимы дополнительные стимулы для уменьшения их числа и сокращения средней продолжительности пребывания в больнице. Больничные койки в отделениях неотложной помощи нередко используются для престарелых и хронически больных людей, которые должны относиться к сфере деятельности сектора социальной помощи. Условия в больницах и поликлиниках, особенно в отношении их технического обслуживания и оборудования, остаются значительной проблемой.

Большинство поликлиник, специализированных амбулаторных центров, санаториев, а также сельских, районных и федеральных больниц находится в собственности государства. Их сотрудники заключают трудовые соглашения с местными органами власти, которые также субсидируют учреждения вторичной и третичной медицинской помощи. Эти учреждения заключают

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Польша



Венгрия



Турция



Болгария



Словакия

контракты также со страховыми фондами в отношении предоставляемого ими лечения. Роль страховых фондов в финансировании различна в разных районах страны; в ряде мест схемы страхования не играют значительной роли в финансировании предоставления вторичной помощи, в то время как в других районах на их долю приходится до 80%.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Сектор здравоохранения не был охвачен проводившейся в стране быстрой приватизацией в целях сохранения равенства в отношении доступа. Тем не менее, широко распространены частные и получастные службы предоставления помощи. Некоторые частные учреждения здравоохранения и частные врачебные практики получили развитие за последние годы, в особенности в сельской местности. Начали развиваться рынки по предоставлению частных услуг в области медицинского страхования, лекарственного обеспечения, медицинского оборудования, стоматологической и офтальмологической помощи. Частные медицинские учреждения функционируют без наличия хорошо развитой юридической базы.

Важные моменты *оказание медицинских услуг*

- Существует несколько параллельных систем предоставления услуг, что приводит к дублированию деятельности и к конкурентной борьбе за получение федерального финансирования.
- Медицинские круги проявляют нежелание проводить преобразования.
- Усилия, направляемые на реорганизацию служб стационарной и амбулаторной помощи, нередко предпринимаются разрозненно и не объединены какой-либо общей стратегией.
- Около 65% средств, выделяемых на нужды здравоохранения в Российской Федерации, расходуется на оказание стационарной помощи, в то время как в среднем по ЕС эта цифра составляет около 40%.
- Необходимо обновить нормы и стандарты качества.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- 
- Одним из возможных путей улучшения доступа к службам здравоохранения является развитие реальной конкуренции между поставщиками услуг. В то же время сохраняется необходимость в проведении просветительной работы среди населения для того, чтобы люди понимали, что они покупают.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В стране существует длительная традиция эффективного развития медицинской науки и общественного здравоохранения. Страна располагает, в целом, значительным количеством работников здравоохранения высокой профессиональной квалификации. Профессии врача и других медицинских работников остаются очень популярными, несмотря на низкую оплату труда, плохие условия работы и общее чувство неудовлетворенности, которое испытывают работники здравоохранения. Медицинское образование по-прежнему входит в компетенцию Министерства здравоохранения и социального развития. Функции и профессиональные характеристики имеющихся кадровых ресурсов здравоохранения значительно отличаются от других стран. Например, численность врачей-специалистов относительно выше, чем врачей первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что эта ситуация будет постепенно меняться по мере выполнения новой федеральной программы по развитию института врачей общей практики (семейной медицины) как отдельной специальности. Другой положительной тенденцией является значительное внимание, уделяемое на федеральном уровне проблеме выработки управленческих навыков. В то же время большинство

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Польша



Румыния



Словакия



Турция



Украина



Венгрия

выпускников медицинских вузов испытывают трудности с поступлением на работу в государственные больницы. Кроме того, предпринимаются попытки, направленные на повышение статуса медсестер.

Ранее врачи зарабатывали примерно столько же, сколько другие работники с аналогичным уровнем квалификации, однако с 1991 г. размер получаемой ими заработной платы возрастал в меньшей степени, чем в других секторах экономики или в других европейских странах. В ходе текущей реформы предпринимаются усилия, направленные на преодоление этой проблемы.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)*

Врачи-специалисты	480	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	32	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	1085	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	8	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	22	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

* Данные Федеральной службы государственной статистики за 2003 г., включая данные о системе Министерства здравоохранения и социального обеспечения и о параллельных системах общественного здравоохранения.

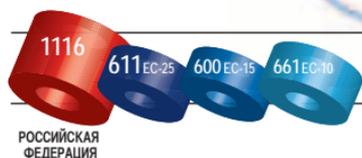
БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на 100 000 чел.
ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8

Число коек на 100 000 чел.
1116

Число госпитализаций на
100 чел. в год 23
ЕС-25: 18,5,
ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5

Средняя продолжительность госпитализации (дней) 14,5
ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В марте 2004 г. была создана Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития; с этого момента она является единственным органом,

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

осуществляющим общий контроль за соблюдением стандартов качества лекарственных средств (включая регистрацию, лицензирование деятельности по производству лекарственных средств, их распределению и розничной торговле, инспектирование и контроль качества). В 2005 г. федеральное правительство выделило 52 млрд. рублей на оплату лекарственных средств для системы первичной медико-санитарной помощи, предназначенных для всего населения страны, имеющего на это право. Это предусматривалось Федеральным законом № 122, который был подвергнут жесткой критике, однако представлял собой первую реальную попытку увеличить объем основных лекарственных средств, доступных через систему первичной медико-санитарной помощи на федеральном уровне. В настоящее время предпринимаются значительные усилия по реализации президентской программы “Здоровье”, которая требует в качестве первого шага разработать стандарты качества предоставления услуг первичной медико-санитарной помощи.

Между отдельными районами страны все еще сохраняются значительные различия в отношении наличия основных лекарственных средств и их доступности по средствам. Недавно законодательно было введено требование выписывать лекарственные средства с указанием их непатентованных наименований, однако оно еще недостаточно полно соблюдается лицами, выписывающими рецепты, или населением.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- В настоящее время осуществляются многие инициативы, призванные помочь работникам здравоохранения адаптироваться к решению новых задач, стоящих перед российской системой здравоохранения.
- Продолжается сокращение числа коек в стационарных медицинских учреждениях.
- Получение узкой клинической специальности повышенной сложности нередко привлекает врачей в большей степени, чем общая медицина.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Польша



Сипр и
Чехия



Турция



Болгария



Венгрия

- Необходимо проведение дальнейших научных исследований и получение фактических данных в таких областях, как амбулаторные методы лечения болезней, оценка технологий и повышение качества, экономика здравоохранения и здоровый образ жизни.
- Предпринимаются усилия по внедрению надлежащей производственной практики при производстве фармацевтических препаратов.
- Большинство медицинских учреждений находится в ведении местных органов власти.
- Происходит процесс расширения прав и обязанностей отдельных руководителей учреждений здравоохранения; следующим шагом должна стать выработка управленческих навыков.
- Для некоторых групп населения расширение наличного ассортимента лекарственных средств (за счет их импорта) сведено на нет снижением их доступности по цене.

Источники: 2, 14.



Кто и за что платит?

Согласно Конституции, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Это право реализуется в рамках программы государственных гарантий, в которой основное внимание уделяется предоставлению основных видов медицинской помощи. Данная программа была инициирована Министерством здравоохранения и социального развития при участии Фонда обязательного медицинского страхования и принята к использованию региональными органами здравоохранения в 2000 г. Целью программы является обеспечение должного баланса между гарантиями предоставления бесплатной помощи и

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

имеющимися ресурсами. Она пересматривается ежегодно на федеральном уровне.

Имеется три источника финансирования здравоохранения: государственные бюджетные средства, взносы социального страхования, осуществляемые работодателями на основе заработной платы сотрудников, и добровольные страховые взносы или наличные платежи, осуществляемые отдельными гражданами. Основным государственным источником финансирования является налог в размере 3,6% фонда заработной платы, уплачиваемый работодателями в Фонд обязательного медицинского страхования, который является общенациональной организацией, имеющей территориальные подразделения по всей стране. Этот Фонд получает денежные средства от государства как на региональном, так и на федеральном уровнях, хотя доля федерального финансирования ограничена (5% в 1999 г.). Фонд и его региональные подразделения являются независимыми некоммерческими организациями. Каждый региональный фонд аккумулирует средства, поступающие за счет налоговых сборов и финансовых средств, предоставляемых региональными органами власти для неработающего населения: детей, пенсионеров, безработных и т.д.

Между регионами существуют значительные различия в формах фактической организации деятельности. В 1999 г., согласно расчетам, в среднем около 45% всех средств, выделяемых государством на нужды здравоохранения, поступали от региональных органов власти, но лишь около 5% из них переводились в региональные фонды медицинского страхования для страхования лиц, не уплачивающих взносы. Вместо этого большинство этих средств просто направлялись непосредственно поставщикам услуг. Объемы таких средств, выделяемых региональными органами власти для неработающего населения, колеблются в значительных пределах в зависимости от региона. В некоторых регионах частные страховые организации конкурируют между собой, непосредственно привлекая граждан в качестве своих клиентов; таким образом, территориальные фонды

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Польша



Румыния



Словакия



Турция



Украина



Венгрия

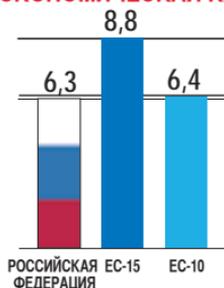
обязательного медицинского страхования распределяют средства между частными страховщиками на основе количества зарегистрированных клиентов. Затем частные страховщики заключают договора с поставщиками услуг для гарантирования предоставления услуг застрахованным лицам. Это часто происходит в рамках параллельных сетей служб здравоохранения. В то же время в других регионах частные страховые организации не проявляют активности, в связи с чем фонды обязательного медицинского страхования заключают контракты с поставщиками услуг напрямую, обеспечивая функционирование системы единого плательщика от имени населения данного региона. Кроме того, уровень государственного финансирования обычно отражает относительный уровень экономического развития каждого региона.

Приобретение услуг от имени населения происходит двумя путями. Региональные органы власти обычно распределяют бюджеты между поставщиками услуг в соответствии с традиционными схемами, существовавшими до 1990 г. Фонды обязательного медицинского страхования или частные страховщики, как правило, переводят средства на счет больниц в соответствии с количеством леченных случаев, обычно с корректировкой на тяжесть заболевания или сложность лечения. Врачи, работающие в государственном секторе, получают фиксированную заработную плату.

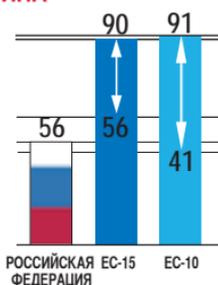
Частное финансирование является важным источником финансирования системы здравоохранения. Большую часть этих средств составляют личные платежи граждан за услуги и лекарства, предоставляемые на частной основе, однако официальные совместные платежи и неофициальные платежи осуществляются также в отношении поставщиков услуг государственного сектора. Кроме того, все большее число людей заключают договора добровольного частного медицинского страхования.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

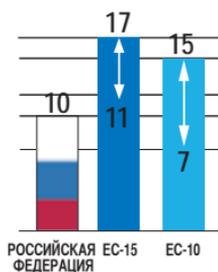
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА*



Общие расходы на здравоохранение (% ВВП)



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)



Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Население, живущее ниже национальной черты бедности 20,4%

31–35% жителей сельских районов и 15% городских жителей (по данным ВБ); 8% живут менее, чем на 2 долл. США в день. Черта бедности определена как минимальный прожиточный уровень для страны в целом: он представляет собой стоимостную оценку потребительской корзины с минимальным набором продуктов питания и непродовольственных товаров и услуг, необходимых для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности. Размер прожиточного минимума пересматривается и утверждается ежеквартально федеральным правительством.

Согласно базе данных Комитета ОЭСР по оказанию помощи в целях развития, ежегодный размер помощи, направляемой на цели развития Российской Федерации составляет 1,1 млрд. долл. США; на долю здравоохранения приходится около 4%, а на долю социального сектора – около 44%.

* Учитывая большие размеры и разнообразие данной страны, средние значения различных показателей финансирования здравоохранения по стране (такие как доля финансирования, поступающая за счет личных платежей граждан) следует интерпретировать с осторожностью, так как за оценками средних значений по стране могут скрываться значительные различия между ее частями. Существуют также различия в оценке расходов на нужды здравоохранения в связи с использованием различных методик и неполнотой отчетных данных. Данные, приводимые в этой главе, представляют собой оценки ВОЗ, которые могут значительно отличаться от некоторых национальных данных.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Российская Федерация



Румыния



Республика Молдова



Турция



Украина



Болгария



Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Существуют значительные неравенства в отношении доходов. Малоимущие слои населения являются особенно уязвимыми ввиду растущей частоты случаев дополнительных платежей за услуги, которые должны предоставляться бесплатно.
- Недавно введенная система медицинского страхования нуждается в дальнейшем развитии, для того чтобы она соответствовала ожидаемым результатам с точки зрения достаточного финансирования, совершенствования организации работы и улучшения управления.
- Различия в экономической ситуации между регионами создают значительную угрозу соблюдению принципа справедливости. Принимая во внимание децентрализованный характер системы государственного финансирования, Министерство здравоохранения и социального развития имеет лишь ограниченный набор средств для обеспечения более эффективного и более справедливого распределения финансирования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.
- Финансирование медицинского страхования не заменяет бюджетного финансирования, однако существует некоторая неопределенность, поскольку используются оба вида финансирования.
- Необходимо обеспечить дальнейшее развитие стимулов для поставщиков услуг, основанных на эффективности их деятельности. Тем не менее, новые методы оплаты дают определенный положительный эффект: разрабатываются новые клинические и финансовые информационные системы, а данные о загруженности больниц, диагностических группах пациентов и затратах все чаще используются для принятия решений.
- Основной задачей является обеспечение полной отчетности о финансовых потоках для получения полной картины финансирования здравоохранения в стране.

Источники: 5, 8, 15, 28.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Как была реформирована система здравоохранения страны?



С 1991 г. предпринимались значительные усилия по принятию нового законодательства в области здравоохранения и медицинской помощи. Было разработано большое количество новых юридических документов различного рода на федеральном и региональном уровнях. Однако реформа в области здравоохранения осложнялась трудностями, связанными с изменением политической системы. Необходимо продолжать развитие всех инициатив, связанных с реформой, обеспечивая большой синергетический эффект. Основным принципом при проведении реформы являлось стремление сохранить доступ всего населения к получению основных видов медицинской помощи. Ниже приводятся некоторые наиболее важные этапы проведения реформы за последнее время:

- В 1991 и 1993 гг. были приняты законы о медицинском страховании и введена система обязательного медицинского страхования.
- В 1997 г. в рамках концепции развития здравоохранения и медицинской науки развитие частного сектора было выделено в качестве наиболее важного структурного преобразования, к которому следует стремиться.
- В 2000 г. был введен единый социальный налог, заменяющий отдельные взносы в различные фонды.

Кроме того, разграничение приобретателей и поставщиков медицинских услуг является ключевым структурным изменением, которое, как ожидается, повысит эффективность и качество предоставляемой помощи. Разрабатываются компьютерные информационные системы по пациентам,

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Польша



Румыния



Словакия



Турция



Украина



Венгрия

провайдерам, страховщикам, услугам и стандартам. Все чаще применяются методы оплаты, основанные на показателях эффективности работы. Расширяются права пациентов в отношении выбора поставщиков медицинской помощи и повышается уровень информированности пациентов о своих правах.

Сектор здравоохранения был реорганизован в результате массовой и быстрой децентрализации страны. Распорядительные полномочия были переданы отделам или комитетам здравоохранения при региональных и местных органах власти. Считается, что децентрализация привела не только к более полному пониманию потребностей местных групп населения и более эффективному принятию решений, но также к различиям и значительным неравенствам между отдельными регионами.

Децентрализация привела также к усилению роли многочисленных доноров на региональном и местном уровнях. Хотя в некоторых районах можно привести ряд примеров достижения успешных результатов, на федеральном уровне или в других регионах децентрализация оказала незначительное влияние на развитие политики здравоохранения. Представляется важным, чтобы международная помощь хорошо координировалась, а результаты выполнения каждого конкретного проекта носили устойчивый характер и могли быть использованы в других местах.

Сотрудничество страны с ВБ охватывает целый ряд проектов в области реформы здравоохранения, в число которых недавно вошел проект по туберкулезу и ВИЧ/СПИДу. Целый ряд проектов в секторе здравоохранения реализуется на двухсторонней основе DFID (Соединенное Королевство), ЮСАИД, программой ТАСИС и странами Северной Европы. Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией осуществляет значительные инвестиции в стране, работая в рамках консорциума НПО и с правительством страны для решения проблем ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- В документах по проведению реформы стратегического характера обычно успешно излагаются проблемы и определяются цели; за этим должна следовать постановка приоритетных задач и определение путей их выполнения.
- Существовавшая ранее проблема чрезмерной централизации решается путем создания региональных фондов медицинского страхования. Необходимо установить и поддерживать эффективное взаимодействие между новыми региональными структурами.
- Ответственность за успех деятельности по обеспечению надлежащего руководства несут как местные, так и федеральные органы. Очевидна необходимость в общенациональном подходе к вопросам общественного здравоохранения. Региональная автономия и долгосрочное национальное планирование взаимно не исключают друг друга.
- Роли и обязанности участвующих сторон на федеральном и региональном уровнях должны быть более четко определены. Следует ясно обозначить зоны ответственности за реформу.
- Механизмы финансирования и приобретения услуг, предусмотренные законом, должны быть полностью реализованы во всех регионах.
- До настоящего времени основными действующими лицами в проведении реформ являлись государственные органы власти и научно-исследовательские организации. Врачи и другой медицинский персонал не принимают активного участия в этом процессе.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

ПРИМЕР УСПЕШНОЙ РАБОТЫ: РЕФОРМА В РЕГИОНЕ

Республика Чувашия занимает относительно небольшую часть территории Российской Федерации, она расположена на расстоянии 630 км от Москвы, население республики составляет 1,3 миллиона человек. Ее часто приводят в

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария



Венгрия



Турция



Украина



Польша

качестве примера положительных преобразований в отношении региональных систем здравоохранения. В основе этих успешных преобразований лежат сильное политическое руководство и стабильность ситуации в республике. В 2004 г. была создана новая должность заместителя министра по стратегическому планированию и реформе здравоохранения, что позволило привлечь основное внимание Министерства здравоохранения Чувашии к укреплению системы здравоохранения.

За несколько лет до этого Министерство опубликовало план укрепления системы здравоохранения, особо подчеркивая необходимость усиления системы первичной медико-санитарной помощи. К апрелю 2005 г. на различных участках работали 267 ВОП, которые играли более широкую роль, включая укрепление здоровья и тесное сотрудничество с социальными службами.

В целях сокращения больничных коек в республике Чувашия создаются пять центров дневной хирургии, а ряд сельских больниц уже закрыты или сократили число коек. Планируется создание межрегиональных медицинских центров для повышения эффективности стационарной помощи. Кроме того, было организовано обучение работников здравоохранения по вопросам стратегического планирования, привлечения к работе населения, а также управления финансовыми и людскими ресурсами для подготовки их к выполнению руководящей роли в реорганизованной системе здравоохранения.

Признавая, что медицинская помощь является лишь одним из элементов работы по улучшению состояния здоровья населения, в республике Чувашия проводились активные мероприятия по укреплению здоровья. Был принят план, определяющий важнейшие проблемы в области охраны здоровья населения, а также конкретные задачи по улучшению показателей здоровья, например, долгосрочная стратегия борьбы против употребления табака. Основываясь на принципах достижения здоровья для всех и информации о социальных детерминантах здоровья, по всей республике

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

были созданы многопрофильные бригады по укреплению здоровья. Эти бригады анализируют актуальные проблемы, существующие в районах, которые они обслуживают, подготавливают данные о состоянии здоровья населения и разрабатывают местные планы в области здравоохранения для их решения. Планируется использовать накопленный опыт в других регионах Российской Федерации.

В выполнении данного проекта в республике принимали участие несколько партнеров. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывало содействие в решении задач, связанных с управлением и разработкой политики здравоохранения. В рамках программы ЕС ТАСИС оказывалось содействие в области управления медицинской помощью и обучения. ВБ предоставил заем в целях содействия проведению реформ. Основная работа в связи с предоставлением займа ВБ была проведена при техническом содействии CIDA.



Какую работу проводит Региональное бюро в Российской Федерации?

Принимая во внимание большие размеры страны, штат офиса ВОЗ в Российской Федерации, расположенного в Москве, составляет 45 сотрудников. В 1997 г. им было инициировано создание межведомственной группы для координации деятельности доноров в секторе здравоохранения. С 1999 г. ВОЗ сотрудничала с Министерством здравоохранения и социального развития, а также с другими ведомствами по целому ряду вопросов, включая туберкулез, ВИЧ/СПИД, политику здравоохранения и руководство здравоохранением. Вторым важнейшим направлением деятельности ВОЗ в стране являлось оказание

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Польша



Болгария



Турция



Венгрия



Словакия

гуманитарной помощи республикам Северного Кавказа. В стране имеется 27 сотрудничающих центров ВОЗ.

В 2004–2005 гг. Европейское региональное бюро ВОЗ сотрудничало с Российской Федерацией по 30 различным аспектам укрепления систем здравоохранения, включая следующие:

- политика в области здравоохранения и другие элементы управления;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- борьба с туберкулезом и профилактика ВИЧ/СПИДа;
- разработка национальной базы данных по показателям состояния здоровья;
- питание, курение и наркомания среди подростков;
- предупреждение насилия и проблем психического здоровья, обусловленных стрессом;
- медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях;
- основные лекарственные средства;
- анализ экологического риска;
- безопасность продуктов питания.

Общий бюджет для операционной деятельности ВОЗ в Российской Федерации в 2005 г. составил около 6 млн. долларов США.

В число планируемых областей сотрудничества в 2006–2007 гг. входят следующие:

- развитие устойчивой системы здравоохранения путем совершенствования национальной политики здравоохранения;
- создание и использование финансовых механизмов, обеспечивающих доступ к первичной медико-санитарной помощи;
- предоставление рекомендаций по повышению качества, соблюдению принципа справедливости и обеспечению эффективности первичной медико-санитарной помощи;
- повышение качества национальных статистических данных по вопросам здравоохранения;

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- охрана здоровья матерей, детей и подростков;
- обеспечение экологической безопасности: качество воздуха и воды, безопасность продуктов питания, привлечение внимания к проблеме дорожно-транспортного травматизма;
- разработка национальных стратегий в области борьбы с инфекционными болезнями и питания;
- расширение масштабов деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом, включая вопросы охраны здоровья в тюрьмах.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (<http://www.mzsrff.ru>)

Библиотека проектов реформы здравоохранения в Российской Федерации (<http://www.zdravinform.ru/dev/html/rus/index.php>)

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>)



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Российская Федерация



Румыния



Словакия
Чехия



Турция



Украина



Болгария

РУМЫНИЯ



ROMANIA

ПЛОЩАДЬ (км²) 237 500

40% от площади Франции

6% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 21 670 000

Треть населения Франции

5% от населения ЕС-25

ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,

ЕС-10: 74 570 192

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ румыны – 90%, венгры – 7%,
цыгане – 2%

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- ЯЗЫК** румынский, венгерский
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Демократическая республика, с двухпалатной Национальной ассамблеей
- РЕЛИГИЯ** Румынская православная церковь – 87%, римская католическая церковь – 5%, протестантская церковь – 3%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1878 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 2 052 евро
 = **10% от среднего для ЕС-25**
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро, ЕС-10: 5 530 евро
 По паритету покупательной способности:
 7 000 евро = **29% среднего в ЕС-25 (24 480 евро)**
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** 41 уезд (жудец), 2686 коммун
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** лей: 1 лей = 0,27 евро, 1 евро = 3,46 лея
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ** 0,78
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ** 7,2% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%**
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** СЕ, МВФ, НАТО, ОБСЕ, ВБ, ВТО, ООН
 В 2002 г. на совещании Европейского совета в Копенгагене было принято решение о том, что Румыния должна стать членом ЕС 1 января 2007 г.

Источники: 1–7, 16, 17.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ SĂNĂTATE



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,05 женщин на одного мужчину

Городское население

55%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 17%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

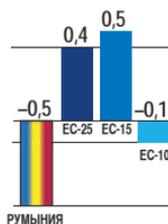
≥ 65 лет: 14%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

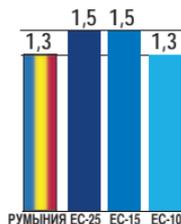
Доля иждивенцев

48 ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



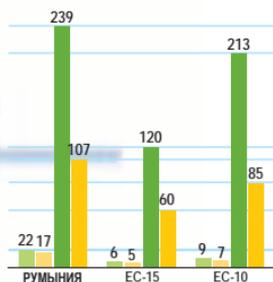
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15-60 лет, Муж.
- В 15-60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	71	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	67	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	75	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет			
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Румыния	63	61	65	12	15	10	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- снижение показателя ежегодного прироста населения;
- снижение коэффициента фертильности ниже уровня воспроизводства населения;
- увеличение доли населения в возрасте свыше 60 лет.

Источники: 2, 5, 8, 9.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария и
Турция



Турция



Украина



Венгрия



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Сердечно сосудистые болезни являются ведущей причиной смертности, и на них приходится 61% всех случаев смерти и 26,6% общего бремени болезней.
- В рамках этой нозологической категории наибольший вклад в смертность населения вносят:
 - ишемическая болезнь сердца, на которую приходится 10% общего бремени болезней и 21% всех случаев смерти или 236 смертей на 100 000 населения
 - цереброваскулярные болезни, на которые приходится 10% общего бремени болезней и 20% всех случаев смерти или 255 смертей на 100 000 населения
ЕС-25: 68, ЕС-15: 59, ЕС-10: 114
- На гипертензию и гиперхолестеринемию приходится соответственно 32% и 14,4% общего бремени болезней.



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Злокачественные новообразования являются второй ведущей причиной смертности, и на них приходится 11,6% общего бремени болезней и 15,5% всех случаев смерти или 179 смертей на 100 000 населения.
ЕС-25: 192, ЕС-15: 185, ЕС-10: 227
- Ежегодно в стране регистрируется 258 новых случаев рака на 100 000 населения. *ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427*
- Показатель распространенности злокачественных новообразований составляет 1,3 среди общего населения.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- Ежегодно в стране регистрируется 32 новых случая рака шейки матки на 100 000 населения, что в 10 раз превышает соответствующий показатель в ЕС-25. **ЕС-25: 3,2**
- В 2003 г. в стране было зарегистрировано 58 новых случаев рака молочной железы и 32 новых случая рака легких.

ДИАБЕТ

- Показатель распространенности диабета равен 2%.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 18% общего бремени болезней и 1,2% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- На самоубийства и преднамеренные самоповреждения приходится 14 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**
- Ежегодно в стране регистрируется 1018 новых случаев психических расстройств на 100 000 населения. **ЕС-10: 777**
- Примерно каждый сотый житель страны страдает от психического расстройства. **ЕС-15: 2,5%, ЕС-10: 3%**

ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Ежегодно они являются причиной 65 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Жертвами дорожно-транспортного травматизма ежегодно становятся 31 человек на 100 000 населения.
- Физическое насилие над детьми относится к числу серьезных проблем, стоящих перед страной.



БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания ежегодно приходится 6% всех смертей или 69 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- На инфекционные болезни приходится 1,3% всех случаев смерти или 15 смертей на 100 000 населения.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- По заболеваемости туберкулезом (ТБ) в Европейском регионе ВОЗ Румыния находится на втором месте, и в стране ежегодно регистрируется 130 новых случаев ТБ на 100 000 населения.
- Ежегодно в стране регистрируется 1,1 новых случая ВИЧ-инфекции, главным образом у детей в возрасте до 14 лет (по причине передачи вируса от матери ребенку).
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), выше соответствующих показателей в ЕС в целом:
 - 45 новых случаев сифилиса **ЕС-25: 3, ЕС-10: 5**
 - 11 новых случаев гонококковой инфекции **ЕС-25: 9, ЕС-10: 6**



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Показатель младенческой смертности равен 17 на 1000 живорожденных. **ЕС-25: 4,6, ЕС-15: 5, ЕС-10: 7**
- Среди детей в возрасте до 5 лет ежегодно умирают 22 мальчика и 18 девочек на 100 000.
- Охват иммунизацией равен 97%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	24
2. Цереброваскулярные болезни	20
3. Гипертензивная болезнь сердца	7
4. Цирроз печени	4
5. Рак трахеи, бронхов, легких	3
6. Инфекционные болезни нижних дыхательных путей	3
7. Хроническая обструктивная легочная болезнь	2
8. Рак толстой и прямой кишки	2
9. Рак желудка	2
10. Рак молочной железы	1

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Румыния	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	27	17	22
Психоневрологические расстройства	18	27	21
Рак/злокачественные новообразования	12	17	16
Непреднамеренные травмы	9	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	3	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	3	2	2
Респираторные инфекции	3	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2	1	1
Преднамеренные травмы	2	2	3
Диабет	2	2	2
Болезни органов чувств	5	5	5
Все инфекционные болезни	8	5	4
Все неинфекционные болезни	81	87	83
Все травмы	11	8	12

Важные моменты

состояние здоровья

- Эпидемиологический профиль Румынии такой же, как и во всех развитых странах, т.е. структура заболеваемости в стране характеризуется низкой распространенностью инфекционных болезней и увеличением удельного веса неинфекционных болезней.
- Особую обеспокоенность в стране вызывают неудовлетворительное состояние здоровья матерей и детей, туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем. Для решения этих проблем необходимо использовать подходы, основанные на принципах общественного здравоохранения.

Источники: 2, 10, 17.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 21% (32% среди мужчин и 10% среди женщин).
ЕС-25: 29%, ЕС-15: 28% (мужчины 32%, женщины 23%), ЕС-10: 31%
- На курение приходится 16,3% бремени болезней.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 6,2 литра на человека в год.
- В стране ежегодно регистрируется 45 случаев алкогольного психоза на 100 000 населения.
- На употребление алкоголя приходится 12,4% бремени болезней.



НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Марихуана – это наиболее распространенное незаконное наркотическое средство в стране; в течение последнего года ее употребляли 1,7% населения.
- Показатель потребления опиатов составляет 0,3% от общего населения.
- Доля потребителей инъекционных наркотиков в столице страны Бухаресте составляет 1,3% его населения.
- На незаконное употребление наркотиков приходится 0,1% общего бремени болезней.

ОЖИРЕНИЕ

- На ожирение (ИМТ ≥ 30) и недостаточную физическую активность приходится соответственно 15% и 6,6% общего бремени болезней.
- От ожирения страдают 12% мужчин и 5,5% женщин.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 5 новых случаев сальмонеллезной инфекции. *ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99*

ГИГИЕНА ТРУДА

- В стране ежегодно регистрируется 17 новых случаев профессиональных заболеваний на 100 000 населения. *ЕС-25: 42, ЕС-15: 42, ЕС-10: 19*
- Производственные травмы являются причиной 1,8 случаев смерти на 100 000 населения каждый год. *ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*
- На профессиональные (промышленные) канцерогены приходится 0,4% общего бремени болезней.

ОТХОДЫ

- Свыше 93% всех отходов вывозится на полигоны захоронения. Из общего объема отходов только 6% перерабатывается и 1% сжигается.

Источники: 2, 10–13.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Институт общественного здравоохранения (Бухарест, Клуж, Яссы)

Национальное агентство по лекарственным средствам

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария и
Черногория



Турция



Украина



Венгрия

ПАРЛАМЕНТСКИЕ КОМИТЕТЫ

Комиссия здравоохранения Палаты депутатов
Комиссия здравоохранения Сената

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Национальный фонд медицинского страхования

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Коллегия врачей
Коллегия стоматологов
Коллегия фармацевтов
Румынская ассоциация акушерок
Орден медицинских сестер

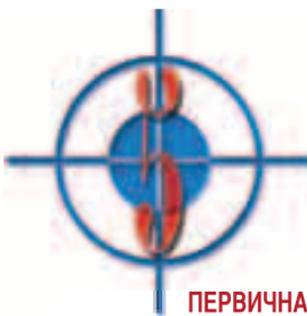


АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Медицинские университеты в городах Бухарест,
Констанца, Крайова, Клуж, Яссы, Орадя, Сибиу,
Тыргу Муреш, Тимишоара

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Районные директораты общественного здравоохранения
Районные фонды медицинского страхования



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Первичную медицинскую помощь населению оказывают семейные врачи, являющиеся независимыми работниками здравоохранения, заключающими договор с национальным фондом медицинского страхования, но работающие в своих собственных кабинетах или клиниках. Оплата их труда производится с помощью комбинированного механизма взвешенного подушевого финансирования и оплаты за

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

оказываемые услуги. Право пациентов на выбор семейного врача способствует повышению конкурентности на рынке медицинских услуг.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

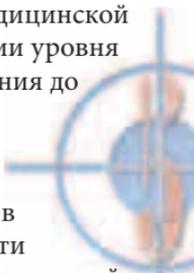
Амбулаторная вторичная медицинская помощь оказывается сетью амбулаторных отделений стационаров, диагностическими центрами и специалистами, работающими в своих кабинетах. Стационарная и третичная медицинская помощь оказывается четырьмя видами больниц: сельские, муниципальные, районные и учебные или специализированные больницы. Показатель госпитализаций является очень высоким, в то время как их средняя продолжительность довольно низкая, что объясняется установленными правилами расчета с организациями медицинского страхования, согласно которым госпитализации являются важным элементом контракта на оказание медицинских услуг, но расходы больниц на стационарных больных не возмещаются, когда период госпитализации превышает нормативный срок, установленный для данного вида лечения.

Продолжается реформа службы экстренной медицинской помощи, цель которой заключается в повышении уровня этого вида медицинского обслуживания населения до стандартов ЕС.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Почти вся система здравоохранения находится в собственности государства, и она состоит из сети больниц, поликлиник, диспансеров и других учреждений здравоохранения. Министерство здравоохранения управляет этой сетью через свои районные директораты. Некоторые небольшие сети медицинского обслуживания являются собственностью других государственных органов и ведомств, которые также управляют их функционированием. Частная медицинская практика была узаконена в 1990 г., а лицензирование частнопрактикующих медицинских работников осуществляется под эгидой Министерства здравоохранения.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария и
Черногория



Турция



Украина



Венгрия

Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Семейные врачи выполняют функции звена первого контакта пациентов с системой здравоохранения. В частности, для того чтобы обратиться в амбулаторную клинику или больницу, пациентам нужно иметь направление от семейного врача.
- Уровень первичной медицинской помощи в сельских районах не соответствует нормативам.
- Конституция страны гарантирует право людей на здоровье; все население имеет доступ к пакету базовых медицинских услуг.



Какие ресурсы имеются?

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА 100 000 ЧЕЛОВЕК)

Врачи-специалисты	196	EC-25: 343, EC-15: 356, EC-10: 278
Стоматологи	23	EC-25: 62, EC-15: 66, EC-10: 43
Медсестры	399	EC-25: 779, EC-15: 818, EC-10: 642
Фармацевты	6	EC-25: 78, EC-15: 81, EC-10: 60
ВОП	81 (1998 г.)	EC-25: 99, EC-15: 102, EC-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на 100 000 чел.	1,9
EC-25: 3,2, EC-15: 3,3, EC-10: 2,8	
Число коек на 100 000 чел.	656
EC-25: 611, EC-15: 600, EC-10: 661	
Число госпитализаций на 100 чел. в год	25
EC-25: 18,5, EC-15: 18,4, EC-10: 19,5	
Средняя продолжительность госпитализации (дней)	8
EC-25: 9,5, EC-15: 9,7, EC-10: 8,7	

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В процессе частичной приватизации сектора здравоохранения аптеки и фармацевты стали первыми, получившими право на частную практику. В стране не имеется какой-либо официальной национальной политики в области

EC-25: нынешние члены ЕС. EC-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

лекарственных средств, однако имеется законодательство, обеспечивающее регулирование изготовления, распределения и сбыта лекарственных средств, а также их качество. Доля лекарств, изготавливаемых внутри страны, уменьшилась до 40% от стоимости всего лекарственного рынка, что объясняется тем, что национальные производители лекарств были поглощены иностранными фирмами. Тем не менее, национальные фармацевтические компании поставляют на лекарственный рынок 60% его объема. Для различных категорий медикаментов установлено три уровня возмещения расходов.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- В стационарном секторе большинство больниц являются государственными, и управление их деятельностью также осуществляется государственными служащими. Имеется необходимость в завершении процесса реформирования больничного сектора.
- Значительной проблемой для страны продолжает оставаться обеспечение оптимальной сбалансированности как с точки зрения географического распределения, так и специализации врачебного персонала.
- Необходимо модернизировать программу подготовки медицинского персонала, с тем чтобы она включала обучение семейной медицине и способствовала профессиональному развитию медсестринского персонала. Было бы полезно разработать и внедрить новую политику по подготовке работников здравоохранения.
- Было бы целесообразно внедрить в практику более рациональную систему назначения и применения лекарственных средств, используя для этой цели тщательно разработанные и юридически обязательные правила.

Источники: 2, 14.



Кто и за что платит?

Закон о социальном медицинском страховании был принят в Румынии в 1997 г., благодаря чему

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария



Турция



Украина

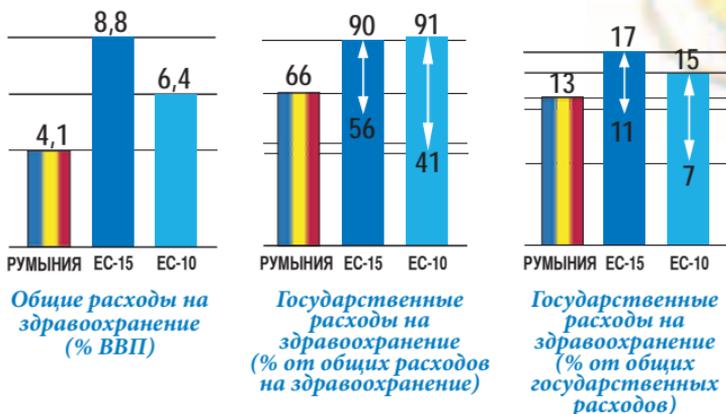


Венгрия

модель государственного финансирования здравоохранения была заменена моделью финансирования на основе социального страхования. В действительности, система финансирования представляет собой сочетание механизмов социального страхования (бюджет здравоохранения формируется из страховых взносов) и механизмов государственного управления (государство продолжает играть решающую роль в распределении средств).

Медицинское страхование является обязательным, и оно привязано к трудоустройству; при этом работник и наниматель платят в Фонд медицинского страхования одинаковые доли налога на зарплату. Охват определенных уязвимых групп населения, включая детей и молодежь, обеспечивается за счет перевода средств из государственного бюджета в национальный фонд медицинского страхования. Предусматривается, что эта децентрализованная система способствует тому, что решения о покупке медицинских услуг принимаются более взвешенно, гибко и с учетом потребностей застрахованного населения. Полной информации о том, в какой степени эта цель была достигнута, пока не имеется.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Оплата медицинских расходов из собственного кармана (% от общих личных расходов на медицинскую помощь) 89

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Население, живущее ниже национальной черты бедности 22%

14% населения живет менее чем на 2 долл. США в день

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Очень высокая частота сердечно-сосудистых болезней и злокачественных новообразований свидетельствует о недофинансировании программ и мероприятий в области общественного здравоохранения.
- Введенное в 1997 г. медицинское страхование, основанное на налоге на заработную плату, позволило улучшить финансирование здравоохранения. Тем не менее, по крайней мере, половина всех пациентов сообщают о том, что они вынуждены осуществлять дополнительные платежи из собственного кармана, что свидетельствует о том, что вопросы финансовой защиты и солидарности продолжают оставаться актуальными.
- Поскольку Румыния находится в процессе присоединения к ЕС, одна из ее основных целей заключается в поддержании сбалансированности между государственными доходами и государственными расходами, и поэтому каких-либо крупных увеличений в государственных расходах на здравоохранение в ближайшем будущем по-видимому не предвидится.

Источники: 2, 8, 15.

Как была реформирована система здравоохранения страны?



Доминирующим фактором в реформировании здравоохранения был политический процесс присоединения к ЕС. В ближайшие годы каких-либо значительных изменений в политике здравоохранения страны не ожидается. Большое значение имеет внедрение законодательства ЕС

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Болгария и
Турция



Турция



Венгрия

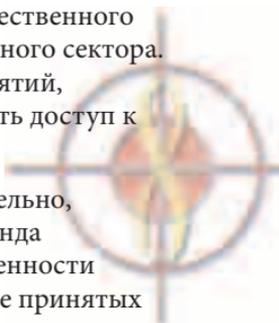


Словакия

в соответствующих сферах здравоохранения. Усилия по реформированию здравоохранения проводились с участием всех основных задействованных сторон как внутри, так и вне системы здравоохранения. Одной из ключевых особенностей деятельности в этом направлении является тот факт, что многие меры, например, относящиеся к решению вопросов, связанных с детскими домами, людьми с физическими и умственными недостатками или детьми со СПИДом, были успешно проведены с помощью международных организаций.

В 2004 г. Министерство здравоохранения приступило к проведению двух новых стратегий охраны общественного здравоохранения и рационализации стационарного сектора. На 2006–2007 гг. запланирована серия мероприятий, которые должны улучшить и рационализировать доступ к лекарственным средствам.

Частая смена кабинетов министров и, следовательно, министров здравоохранения и президентов Фонда страхования затрудняет обеспечение преемственности проводимых реформ, осложняет осуществление принятых законов и приводит к постоянной необходимости изменения существующего законодательства. В стране сложилось общее мнение о том, что новый закон о социальном медицинском страховании должен быть адаптирован к быстро изменяющимся политическим и экономическим условиям.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- В связи с происходящими политическими изменениями процесс реформирования здравоохранения характеризуется фрагментарностью и неоднородностью. Поэтому реформы были в основном нацелены на проведение конкретных технических мероприятий; однако каких-либо данных об их результатах пока не имеется.
- В отдельных областях, таких, например, как эпидемиологический надзор за инфекционными болезнями и охрана психического здоровья, имеется потребность в завершении начатых реформ.
- Имеется необходимость в улучшении координации национальных и международных инвестиций.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

СОТРУДНИЧЕСТВО С МЕЖДУНАРОДНЫМ СООБЩЕСТВОМ

Переходный период в Румынии характеризовался тем, что в рамках оказания международной помощи в целях развития основное внимание уделялось здравоохранению. Большинство реформ в области общественного здравоохранения, проведенных в стране, стали возможными лишь благодаря сотрудничеству с внешними партнерами и финансирующими учреждениями.

- В докладах о продвижении Румынии на пути к вступлению в ЕС всегда отмечается, что общественное здравоохранение является одним из приоритетных направлений деятельности страны. В число финансируемых ЕС проектов входит проект по укреплению эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями и проект по реформированию служб охраны психического здоровья населения (2005 г.).
- Займ Всемирного банка в размере 60 млн. долл. США направлен на оказание поддержки проекту развития служб здравоохранения в таких областях, как модернизация ряда районных больниц, развитие служб первичной медико-санитарной и экстренной медицинской помощи, а также более широкое применение подходов общественного здравоохранения для борьбы с болезнями. В сентябре 2005 г. был начат новый проект, направленный на улучшение служб охраны здоровья матери и ребенка, который финансируется за счет нового займа ВБ (80 млн. долл. США) и средств из государственного бюджета (47 млн. долл. США).
- Ряд учреждений ООН оказывают финансовую и практическую поддержку проектам, проводимым в Румынии в области здравоохранения. ЮНИСЕФ помогает стране в

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





таких областях, как защита детей, охрана материнства и детства и просветительная деятельность на уровне семей. ЮНФПА оказывает стране поддержку в следующих областях: планирование семьи, охрана репродуктивного здоровья подростков и их сексуальное просвещение; подготовка медицинских работников по вопросам репродуктивного здоровья.

- Что касается двустороннего сотрудничества, то основными внешними партнерами, финансирующими проекты здравоохранения в Румынии, являются Британский совет, DFID, фонд Сороса и ЮСАИД, а также правительства Германии, Японии и Швейцарии.

Какую работу проводит Региональное бюро в Румынии?



Страновой офис ВОЗ в Румынии был открыт в Бухаресте в 1990 г. В 2002–2003 гг. сотрудничество осуществлялось главным образом в следующих областях: охрана психического здоровья, борьба с инфекционными болезнями, охрана материнства и детства, разработка новых стратегий по сестринскому делу и лекарственному обеспечению населения. Стратегия DOTS начала внедряться в 1997 г., а сейчас она осуществляется в масштабах всей страны. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывает стране значительную поддержку в антитабачной деятельности. Румыния ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе против табака и внедрила соответствующие нормативы и правила, а также многоотраслевую политику в области борьбы против табака.

В 2004–2005 гг. приоритетные направления сотрудничества включали следующее:

- улучшение системы эпиднадзора за инфекционными болезнями и реагирования на них;
- реформирование служб охраны психического здоровья в соответствии со стандартами ЕС;

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- улучшение нормативно-правовой базы в области лекарственных средств в соответствии со стандартами ЕС;
- улучшение служб охраны здоровья матери и перинатальной помощи;
- выполнение положений ряда статей Конвенции ООН по правам ребенка, относящимся к здоровью.

В 2006–2007 гг. основные направления сотрудничества будут включать следующее:

- профилактика и борьба с неинфекционными болезнями;
- развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства;
- борьба против табака;
- профилактика насилия;
- развитие служб экстренной медицинской помощи;
- обеспечение безопасности крови;
- усиление роли медицинских сестер на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- обеспечение безопасности продуктов питания и питьевой воды.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения (<http://www.ms.ro>, на румынском яз.)

Комиссия по борьбе с бедностью и социальной интеграции (<http://www.caspis.ro/pagini/en/prezentare.php>)

Национальный институт статистики (<http://www.insse.ro>, на румынском яз.)

Доклад CNAS, 2004 г. [Доклад Национального фонда медицинского страхования, 2004 г.]. Бухарест, Национальный фонд медицинского страхования, 2004 г. (<http://www.casan.ro>, на румынском яз.).

Shakarishvili G, ed. *Decentralization in healthcare: analysis and experiences in central and eastern Europe in the 1990s*. Нью-Йорк, Институт “Открытое общество”, 2005 г.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Сербия
Черногория



Турция



Украина



Венгрия

СЕРБИЯ И ЧЕРНОГОРИЯ



СРБИЈА И ЦРНА ГОРА SRBIJA I CRNA GORA

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- ПЛОЩАДЬ (км²)** 102 173
80% от территории Греции
2,6% от общей площади ЕС-25
ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,
ЕС-10: 738 000
- НАСЕЛЕНИЕ** 10 530 000 (включая Косово (Сербия и Черногория)) Равно населению Греции
2,3% от населения ЕС-25
ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,
ЕС-10: 74 570 192
- НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ** сербы – 63%, албанцы – 16%, черногорцы – 5%, венгры – 3%, другие (цыгане, боснийцы, хорваты) – 13%
- ЯЗЫК** сербский, албанский
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1992 г.
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Демократическая республика, однопалатный парламент
- РЕЛИГИЯ** православные христиане, мусульмане, римские католики
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 2 200 евро =
11% от среднего для ЕС-25
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро,
ЕС-10: 5 530 евро
По паритету покупательной способности:
7 536 евро = *31% от среднего для ЕС-25*
(24 480 евро)

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ ЗДРАВЉЕ ZDRAVLJE



Сербия
Srbija



Турция
Türkiye



Украина
Україна



Румыния
România

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ Две
республики, два номинально автономных края
НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА динар/евро: 1 динар = 0,01 евро,
1 евро = 81 динар
ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 0,78
УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ 24,7% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%,**
ЕС-10: 14%
ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВБ, ООН

ПРИМЕЧАНИЕ

Сербия и Черногория является государством-преемником Союзной республики Югославия. Юридической основой союза между двумя республиками является конституционная хартия. В период экономических, политических и социальных преобразований имели место некоторые различия в интерпретации конституционных положений.

Страна участвует в начале в 1999 г. процессе ЕС по стабилизации и ассоциации, который представляет собой программу, разработанную с учетом индивидуальных особенностей конкретных стран и облегчающую их постепенную интеграцию в структуры ЕС. В рамках данного процесса такие страны, как Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, Бывшая Югославская Республика Македония и Сербия и Черногория считаются потенциальными кандидатами для вступления в ЕС, одним из условий которого является улучшение регионального сотрудничества. При посредничестве ЕС и в рамках деятельности по выполнению совместного Договора о стабилизации и ассоциации, пересмотренного СЕ в апреле 2005 г., обе республики подтвердили, что ассоциация с ЕС является их основной приоритетной задачей, в связи с чем они продолжают поддерживать союзные отношения, предусмотренные Хартией. Высшее руководство Республики Черногория заявляет, что Республика будет искать возможности альтернативных решений, и в 2006 г. возможно проведение референдума по вопросу независимости.

Хартия устанавливает основополагающие принципы деятельности четырех совместных учреждений страны, которыми являются Союзный парламент (полномочия которого были продлены в марте 2005 г.), Президент, Совет министров и Суд.

Косово (Сербия и Черногория) находится под управлением ООН в соответствии с резолюцией Совета Безопасности 1244 от 1999 г. Будущий статус этой провинции еще не определен каким-либо официальным государственным документом, и международное сообщество внимательно следит за развитием политической ситуации. Если не указано иначе, представленные данные в отношении Сербии и Черногории, не включают Косово (Сербия и Черногория).

Источники: 1–7, 16, 17, 30–32.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,01 женщин на одного мужчину

Городское население

51,7%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 16%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

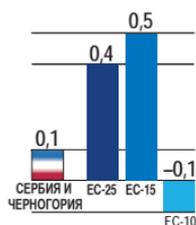
≥ 65 лет: 17%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

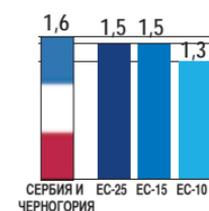
Доля иждивенцев

49 *ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)

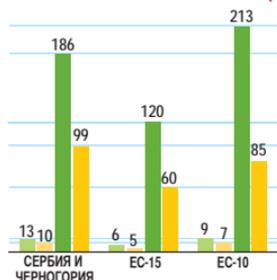


Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15-60 лет, Муж.
- В 15-60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	73	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	70	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	75	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет			
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Сербия и Черногория	64	63	65	12	14	10	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- отрицательный прирост численности населения;
- рост показателей смертности и снижение коэффициента фертильности (который в настоящее время ниже уровня воспроизводства населения);
- значительный приток беженцев из соседних стран.

Источники: 2, 5, 8, 9.

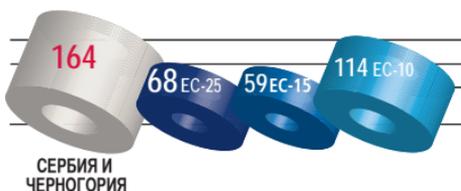
С-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Сердечно-сосудистые болезни являются основной причиной смертности – на них приходится 54% от общего числа смертных случаев.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца: причина 10% бремени болезней и 11% всех смертей: 121 смерть на 100 000 населения **ЕС-25: 104, ЕС-15: 94, ЕС-10: 168**
 - цереброваскулярные болезни: причина 10% бремени болезней и 15% всех смертей: 164 смерти на 100 000 населения.



- Высокое кровяное давление является причиной 34%, а высокий уровень холестерина – 12% общего бремени болезней.

РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Онкологические заболевания являются второй по значимости причиной смертности, на них приходится 17% всех случаев смерти: 189 смертей на 100 000 населения в 2000 г. **ЕС-25: 192, ЕС-15: 185, ЕС-10: 227**
- Ежегодно регистрируется 9,4 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения. **ЕС-25: 3,2**

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 1,3%.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Турция



Украина



Болгария

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 20% бремени болезней и 1% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- В стране ежегодно регистрируется 17 случаев самоубийств или преднамеренных самоповреждений на 100 000 населения. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Травмы являются причиной 46 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- 739 человек на 100 000 населения в год получают травмы в результате дорожно-транспортных происшествий.

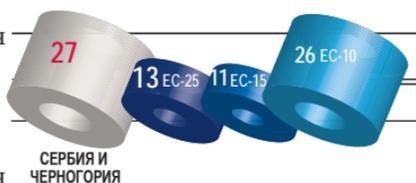


БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Болезни органов дыхания являются причиной 4% бремени болезней и 36 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Уровень смертности от инфекционных болезней составляет лишь 6 на 100 000 населения: 0,5% всех смертных случаев.
- Ежегодно регистрируется 27 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения.
- Ежегодно регистрируется 0,9 новых случаев ВИЧ-инфицирования на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), ниже соответствующих показателей в ЕС в целом:

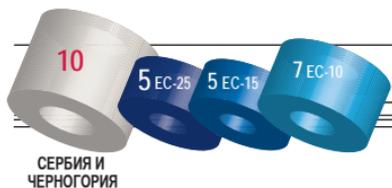


ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- 0,7 новых случаев сифилиса **ЕС-25: 3, ЕС-10: 5**
- 1,2 новых случаев гонококковой инфекции
ЕС-25: 9, ЕС-10: 6

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность составляет 10 смертей на 1000 живорожденных (по оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2000 г. этот показатель был равен 13).
- Охват иммунизацией равен 89%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**
- Смертность от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до 5 лет составляет 0,3 на 100 000.



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	20
2. Цереброваскулярные болезни	18
3. Рак трахеи, бронхов, легких	4
4. Воспалительные заболевания сердца	4
5. Диабет	3
6. Хроническая обструктивная болезнь легких	2
7. Рак толстой и прямой кишки	2
8. Рак молочной железы	2
9. Цирроз печени	2
10. Другие заболевания мочеполовой системы	2

Примечание. Эти данные основаны на оценках ВОЗ, а не на официальных статистических данных о смертности.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Сербия и Черногория	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	29	17	22
Психоневрологические расстройства	20	27	21
Рак/злокачественные новообразования	13	17	16
Непреднамеренные травмы	5	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	4	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	2	2	2
Респираторные инфекции	1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2	1	1
Преднамеренные травмы	2	2	3
Диабет	2	2	2
Болезни органов чувств	5	5	5
Все инфекционные болезни	6	5	4
Все неинфекционные болезни	87	87	83
Все травмы	7	8	12

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Показатели смертности возрастают.
- Бремя неинфекционных болезней увеличивается.
- Уровень материнской смертности снижается.
- Проблемы психического здоровья возрастают в связи с неблагоприятной ситуацией, вызванной войной.
- Болезни, предупреждаемые вакцинацией, остаются серьезной проблемой для некоторых маргинальных групп населения.
- Показатели здоровья населения в Косово (Сербия и Черногория) хуже, чем в большинстве европейских стран.

Источники: 2, 10.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 47% (52% мужчин и 42% женщин). **ЕС-25: 29%, ЕС-15: 28% (мужчины 32%, женщины 23%), ЕС-10: 31%**
- Курение является причиной около 360 случаев смерти на 100 000 населения и 20% общего бремени болезней.
- В Республике Сербия 16% школьников курят.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 6,8 литра на человека в год.
- Ежегодно регистрируется 66 случаев смерти, связанных с алкоголем, на 100 000 населения.
- На употребление алкоголя приходится 4% бремени болезней.



ОЖИРЕНИЕ

- Согласно оценкам, на ожирение приходится 12% бремени болезней, а на недостаточную физическую активность – 6%.
- От ожирения страдают 21% мужчин и 18% женщин.
- В Республике Сербия 42% мужчин и 54% женщин страдают гиподинамией.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- В 1998 г. было зарегистрировано 36 случаев сальмонеллезной инфекции на 100 000 населения.
ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ГИГИЕНА ТРУДА

- Число новых случаев профессиональных заболеваний в 1999 г. составило 8 на 100 000 населения. *ЕС-25: 42, ЕС-15: 42, ЕС-10: 19*
- Производственные травмы являются причиной 0,8 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*
- Канцерогенные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, являются причиной 0,5% бремени болезней.

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- Уровень выбросов SO₂ в 1999 г. составлял 107 кг на душу населения.
- Загрязнение атмосферного воздуха в городах является причиной 1,9% бремени болезней.



Источники: 2, 10, 11, 13, 33, 34.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерства здравоохранения (в обеих республиках)

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Институты общественного здравоохранения (в обеих республиках)

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Фонды медицинского страхования (в обеих республиках)

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Сербское медицинское общество
Общество врачей Черногории

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Медицинские факультеты университетов в гг. Белград, Крагуевац, Ниш и Нови Сад (Республика Сербия)
Школа медицины при университете в Подгорице (Республика Черногория)

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Республика Сербия: 22 районных института общественного здравоохранения, выполняющих только технические функции

Республика Черногория: 21 муниципальный округ, 1 институт общественного здравоохранения

Автономная провинция Воеводина: секретариат здравоохранения



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

В Республике Сербия, Республике Черногория и Косово (Сербия и Черногория) медицинские услуги предоставляют три отдельные системы здравоохранения. Они не располагают совместным мандатом на решение вопросов здравоохранения; эти обязанности возлагаются на республиканские министерства здравоохранения Республики Сербия и Республики Черногория, которые осуществляют техническую координацию деятельности по наиболее важным вопросам общественного здравоохранения. В Косово (Сербия и Черногория) ответственность за вопросы здравоохранения несут совместно переходное правительство и Миссия ООН по делам временной администрации в Косово.

В Республике Сербия используется комплексная модель предоставления медицинской помощи, при которой Республиканский фонд медицинского страхования

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Сербия и Черногория



Турция



Украина



Румыния

заключает контракты с поставщиками услуг и учреждениями здравоохранения, находящимися в государственной собственности. Согласно данным обзора, проведенного ВОЗ в 2000 г., имеются значительные различия в отношении доступа к службам здравоохранения и коэффициента их использования между различными группами населения (резидентами, беженцами и внутренними перемещенными лицами). В Республике Черногория система здравоохранения организована в рамках единого региона и основывается преимущественно на предоставлении медицинских услуг государством.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Центры первичной медико-санитарной помощи – по одному в каждом муниципальном округе – служат пунктом первичного обращения за медицинской помощью. Они обычно представляют собой центры групповой медицинской практики, заключающие договора с республиканскими фондами медицинского страхования, в составе которых работают ВОП, врачи-специалисты, педиатры, стоматологи и медсестры. В Республике Сербия центр первичной медико-санитарной помощи формально является единым учреждением, которое может функционировать децентрализованно на базе различных учреждений, которыми могут являться диспансеры, школы или фабрики.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В Республике Сербия имеется 45 больниц общего профиля и 57 специализированных стационарных учреждений для оказания третичной медицинской помощи. Они равномерно распределены по всем районам страны, при этом Белград считается отдельным районом. Наряду с учреждениями первичной медико-санитарной помощи руководство деятельностью больниц осуществляется центрами здравоохранения, которые представляют собой районные учреждения комплексного характера, в состав которых входит по меньшей мере одна районная больница и несколько центров первичной медико-санитарной помощи.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

В Республике Черногория имеется 7 больниц общего профиля, три специализированных стационара и один клинический центр в Подгорице. Коэффициент использования больничных коек относительно низок, хотя средние сроки пребывания в больнице отличаются большой продолжительностью.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

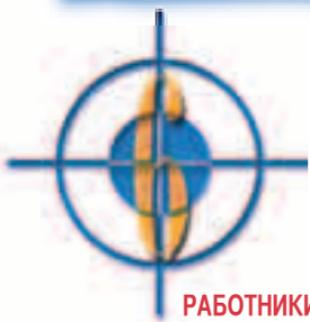
Число частных поликлиник, стоматологических кабинетов и аптек возрастает в обеих республиках. Они не интегрированы в систему общественного здравоохранения и не регулируются ею, а также не заключают договора с государственными фондами медицинского страхования.



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Центры здравоохранения в Республике Сербия, которые осуществляют контроль за работой учреждений первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, призваны обеспечивать целостность и последовательность предоставления помощи на различных уровнях.
- Коэффициент использования основных служб здравоохранения цыганским населением низок.



Какие ресурсы имеются?

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	268	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	47	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	603	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	24	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	55	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Сербия и
Черногория



Турция



Румыния



Болгария

БОЛЬНИЦЫ



Число больниц на 100 000 чел. <i>ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8</i>	0,4
Число коек на 100 000 чел. <i>ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661</i>	599
Число госпитализаций на 100 чел. в год <i>ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5</i>	9,3
Средняя продолжительность госпитализации (дней) <i>ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7</i>	12,1

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В Республике Черногория существуют некоторые пробелы в отношении регулирования рынка фармацевтических средств и всех товаров медицинского назначения. С 2002 г. доля затрат на фармацевтические средства в рамках расходов Фонда медицинского страхования значительно возросла в результате сокращения бесплатных поставок в виде донорской помощи и роста цен в связи с закупками за рубежом, а также ввиду отсутствия национального перечня лекарственных средств, разрешенных к применению.



Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Вновь назначенные руководители учреждений здравоохранения в Республике Черногория нуждаются в расширении своих знаний и навыков.
- Обе республики предпринимают усилия в области обучения и повышения квалификации таких руководителей.



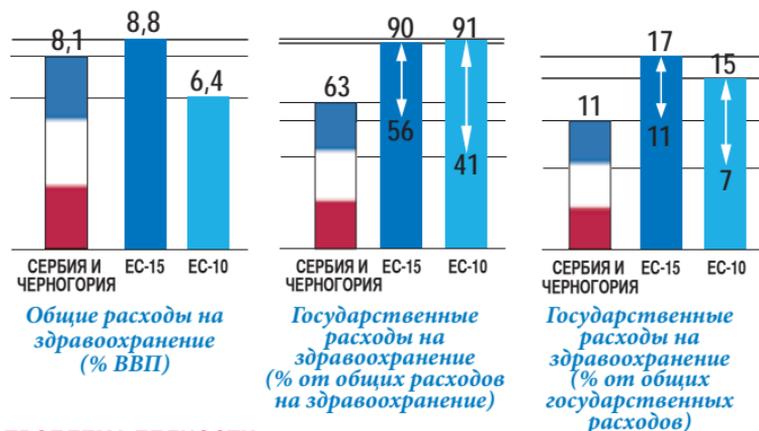
Кто и за что платит?

Системы здравоохранения финансируются за счет республиканских социальных фондов медицинского страхования, наличных платежей,

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

осуществляемых отдельными гражданами, и международных пожертвований. В обеих республиках право на льготы основано на взносах, которые совершаются самими гражданами или в их интересах. Существует система обязательного социального медицинского страхования. Фонды медицинского страхования отвечают за сбор и распределение средств и заключают контракты непосредственно с поставщиками услуг. Работодатели и работники осуществляют ежемесячные равные налоговые взносы, исчисляемые от фонда заработной платы. Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, пенсионеры и фермеры сами несут ответственность за собственное страхование в рамках различных схем, а государственный бюджет каждой республики перечисляет средства в Фонд медицинского страхования для страхового покрытия безработных и уязвимых групп населения. В то же время нередко наблюдается разрыв между обещанными правами, включая номинальные совместные платежи, и имеющимися средствами. В связи с этим широко распространены неофициальные платежи поставщикам услуг непосредственно на месте предоставления помощи.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



ПРОБЛЕМА БЕДНОСТИ

В апреле 2005 г. ВБ перевел Сербию и Черногорию в категорию стран с низким и средним уровнем доходов. Тем

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Сербия
Черногория



Турция



Украина



Румыния

не менее, макроэкономическая ситуация стабилизируется благодаря жесткой финансовой политике и реформам. Существуют значительные различия в отношении уровня бедности между различными районами страны и возрастными группами. Одиннадцать процентов населения находятся ниже национальной черты бедности: 800 000 человек в Республике Сербия и 87 000 в Республике Черногория. Даже небольшие изменения в среднем уровне доходов и внешние факторы способны привести к значительным изменениям в процентном соотношении малоимущих среди населения в целом. Например, снижение реального уровня доходов на 22% приведет к удвоению этого показателя в Республике Сербия. В Республике Черногория повышение черты бедности на 20% удвоит число малоимущих.

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Ни один из видов услуг явным образом не исключен из государственной системы здравоохранения, и не определен базовый пакет услуг. Это приводит к разрыву между государственными доходами и имеющимися средствами.
- Нехватка государственных средств приводит к росту частных расходов.
- Актуальной проблемой является совершенствование официальной системы совместных платежей.
- Доля расходов на нужды здравоохранения в ВВП уже выше среднего значения для стран с низким и средним уровнем доходов, указывая на то, что возможности увеличения государственных расходов на нужды здравоохранения ограничены.
- В этих условиях приоритетной задачей является решение проблемы роста затрат на предоставление помощи и повышение эффективности системы здравоохранения.

Источники: 5, 8, 30, 35.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Как была реформирована система здравоохранения страны?



Системы здравоохранения обеих республик функционируют отдельно. Это находит свое отражение в отдельном законодательстве, схемах управления, финансирования и привлечения ресурсов. В то же время в обеих республиках проводятся схожие мероприятия и реформы. В обеих республиках разрабатываются законодательные акты в области безопасности продуктов питания и государственной статистики.

РЕСПУБЛИКА ЧЕРНОГОРИЯ

Эта республика, численность населения которой составляет 620 000 человек, испытывает трудности в отношении наращивания потенциала в области управления, политики, планирования и регулирования в секторе здравоохранения. Законодательную базу обеспечивает новый закон об охране здоровья и медицинском страховании, призванный реализовать цели реформы здравоохранения. В то же время успеху предпринимаемых республикой усилий по созданию адекватных механизмов управления системой здравоохранения препятствуют такие факторы, как переходный период, санкции и военные действия. Стратегия политики здравоохранения, принятая в 2004 г., определяет ряд проблем, вызывающих наибольшую озабоченность: несоответствие между установленными правами и финансовыми возможностями по их обеспечению, уделение основного внимания лечебной помощи в ущерб профилактике болезней, а также недостаточное внимание к приоритетным задачам на местном уровне, информационным системам и управлению данными. Основными задачами являются: изменить общественные

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



България
Bulgaria



Türkiye
Turkey



România
Romania



Hungary

настроения, чтобы помочь гражданам отказаться от нереальных ожиданий, повысить их ответственность за собственное здоровье; стабилизировать систему здравоохранения, привести ее в соответствие с тенденциями в рамках ЕС; а также уделять основное внимание вопросам качества и эффективности. Принимаются законодательные меры по борьбе против табака, инфекционных болезней, а также в области фармацевтической деятельности; приняты стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом и охране психического здоровья.

РЕСПУБЛИКА СЕРБИЯ

Продолжается интенсивная законодательная реформа во всех секторах. Приняты законы о фармацевтической деятельности, инфекционных болезнях и санитарном контроле. Планируется принятие законодательных актов в области медицинской помощи, организаций работников здравоохранения и соблюдения прав пациентов. В 2004 г. был принят документ “Концепция системы здравоохранения”, подготавливаются другие документы по вопросам охраны психического здоровья, общественного здравоохранения, стратегий борьбы с ВИЧ/СПИДом (2005 г.), обеспечения безопасности крови и борьбы против табака.

КОСОВО (СЕРБИЯ И ЧЕРНОГОРИЯ)

В 1999 г. ВОЗ и донорские организации координировали деятельность в области общественного здравоохранения и гигиены окружающей среды.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Медицинские работники и эксперты обоих министерств здравоохранения желают координировать свою деятельность, несмотря на отсутствие официального институционального механизма для этого. Благодаря усилиям ВОЗ между министерствами осуществляется обмен технической информацией.
- Целью обсуждений реформ здравоохранения в каждой республике является определение основного государственного пакета льгот. Новые законы в области страхования будут предусматривать возможность добровольного медицинского страхования.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

БОРЬБА ПРОТИВ ТАБАКА

Осуществляется эффективное партнерское сотрудничество в области борьбы против табака, объединяющее различные международные и национальные организации в борьбе с главной угрозой для состояния здоровья в стране – курения. Это сотрудничество получило дальнейшее развитие в рамках проекта по борьбе против табака Сети здравоохранения стран Юго-Восточной Европы, которая была создана в рамках Пакта стабильности как одного из элементов сотрудничества ВОЗ с СЕ.

Руководители по проекту имеются в обеих столицах, и достигнут высокий уровень сотрудничества между организациями, занимающимися вопросами борьбы против табака в обеих республиках, которые взаимно поддерживают друг друга и получают равное содействие со стороны странового офиса ВОЗ в Сербии и Черногории. Обе республики добились успехов в области принятия законодательства по ограничению рекламы табачных изделий и курения в общественных местах. Оба министерства обеспечивают высокую прозрачность своей деятельности и пользуются доверием населения благодаря политической поддержке борьбы против табака, а их представители работают над ратификацией Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Такие совместные действия представляют особую ценность в свете того, что некоторые крупнейшие мировые табачные компании в ходе приватизации вышли на национальный рынок сигарет. В настоящее время они доминируют в этом секторе, и кампания по борьбе против табака сталкивается со значительными трудностями, поскольку эти компании считаются серьезными инвесторами.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Турция



Украина



Болгария

Какую работу проводит Региональное бюро в Сербии и Черногории?



В 1992 г. ВОЗ создала офис для оказания гуманитарной помощи, который к 2001 г. постепенно изменил направление деятельности в сторону развития. Основные направления поддержки, оказываемой ВОЗ стране, сместились от оказания прямой гуманитарной помощи к помощи в целях развития – предоставлению рекомендаций по вопросам политики и консультированию в отношении путей усиления систем здравоохранения – работая параллельно с министерствами здравоохранения в рамках процесса передачи полномочий с федерального уровня на республиканский. ВОЗ продолжает оказывать помощь в координации международной помощи в области здравоохранения. Мандат странового офиса ВОЗ в Сербии и Черногории изменился в связи со статусом единого офиса для всей страны.

Основным принципом Регионального бюро является равное представительство и равные преимущества при оказании поддержки для всей страны. В 2004–2005 гг. основными областями сотрудничества являлись:

- разработка национальных баз данных по показателям здоровья;
- регулирование фармацевтической деятельности;
- разработка национального плана действий по борьбе против табака;
- обновление законодательства по борьбе с инфекционными болезнями, охране психического здоровья и безопасности продуктов питания.

В число приоритетных направлений сотрудничества Регионального бюро со страной на 2006–2007 гг. входят:

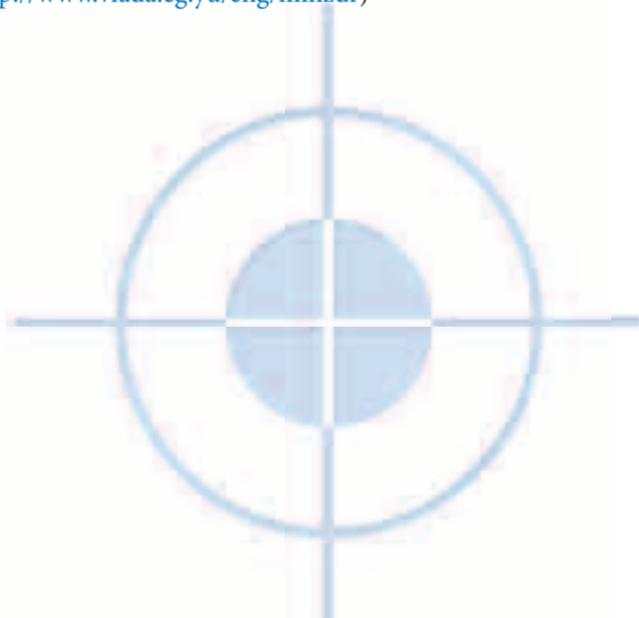
ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- наращивание потенциала и подготовка кадров в области рационального использования лекарственных средств;
- улучшение координации, интеграции и унификации медико-санитарных данных;
- повышение качества систем здравоохранения, уделяя особое внимание обеспечению безопасности крови;
- разработка национальных механизмов деятельности по борьбе с неинфекционными заболеваниями, борьбе против табака, охране психического здоровья, профилактике травматизма и насилия;
- усиление систем эпиднадзора и реагирования в отношении инфекционных болезней;
- обеспечение экологической безопасности.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения Республики Сербия
(<http://www.zdravlje.sr.gov.yu/default.asp?lang=2&poe=30>)

Министерство здравоохранения Республики Черногория
(<http://www.vlada.cg.yu/eng/minzdr>)



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Румыния



Турция



Болгария



Венгрия

ТУРЦИЯ



TURKIYE

ПЛОЩАДЬ (км²) 779 452

В два раза больше территории Нидерландов и Германии

20% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- НАСЕЛЕНИЕ** 71 700 000
86% от населения Германии
16% от населения ЕС-25
ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,
ЕС-10: 74 570 192
- ЯЗЫК** турецкий
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Парламентская демократия, парламент – Великое национальное собрание
- РЕЛИГИЯ** ислам
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1923 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 2 638 евро = *9,5% от среднего для ЕС-25*
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро,
ЕС-10: 5 530 евро
По паритету покупательной способности:
6 650 евро = *29% от среднего для ЕС-25*
(24 480 евро)
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** 81 провинция
(*İller*)
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** лира: 1 лира = 0,56 евро,
1 евро = 1,67 лиры
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ** 0,751
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ** 9,2% *ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%*
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** СЕ, МВФ, НАТО, ОБСЕ, ОЭСР, ВТО, ВБ,
ООН

Источники: 1–7, 16, 17.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ SAĞLIK



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1 женщина на одного мужчину

Городское население 66%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 37%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

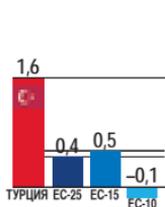
≥ 65 лет: 5%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

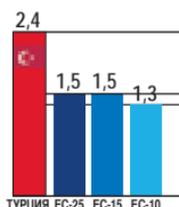
Доля иждивенцев

56 ЕС-25: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

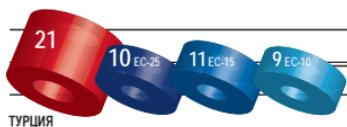
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



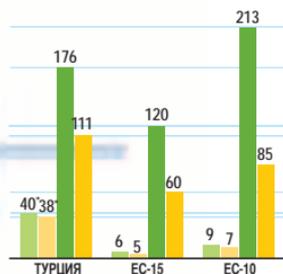
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15–60 лет, Муж.
- В 15–60 лет, Жен.

* По оценкам ВОЗ.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	70	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	68	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	73	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж. Жен.	
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Турция	62	61	63	13	14	10	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- положительная динамика роста численности населения;
- коэффициент фертильности выше уровня воспроизводства населения;
- рост ОПЗЖ у мужчин и женщин.

Источники: 2, 5, 8, 30.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?



СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Сердечно-сосудистые болезни являются основной причиной смертности – на их долю приходится 13% всех госпитализаций и 18% бремени болезней.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца, являющаяся причиной 3% госпитализаций, 7% бремени болезней и 14% всех смертей;
 - цереброваскулярные болезни, являющиеся причиной 7,4% бремени болезней и 14,4% всех смертей.
- Высокое кровяное давление является причиной 21% всех случаев смерти: 17% у мужчин и 25% у женщин.

РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Онкологические заболевания являются причиной 6% общего бремени болезней, что является самым низким показателем в Европейском регионе ВОЗ, и 5% госпитализаций.
- Рак легких является причиной 2,3% всех случаев смерти.

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 2%, он является причиной 1% бремени болезней.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 18% бремени болезней.
- 2% населения страдают психическими расстройствами.



25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- 95 человек на 100 000 населения в год получают травмы в результате дорожно-транспортных происшествий.
- Травмы и отравления являются причиной 5% госпитализаций.

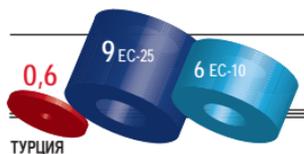


БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На долю болезней органов дыхания приходится 12% всех госпитализаций.

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной 9% бремени болезней, что является самым высоким показателем в Регионе.
- Инфекционные и паразитарные болезни являются причиной 4% всех госпитализаций.
- В стране регистрируется 0,3 новых случаев ВИЧ-инфицирования на 100 000 населения. Одна треть таких случаев регистрируется среди лиц в возрасте 25–34 года и две трети – среди мужчин.
- Показатели распространенности инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), ниже соответствующих показателей в ЕС в целом:
 - 5 новых случаев сифилиса
ЕС-25: 3, ЕС-10: 5
 - 0,6 новых случаев гонококковой инфекции
- Диарейные заболевания являются причиной 1,6% всех случаев смерти.



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

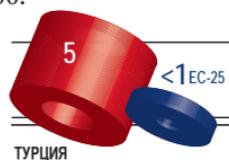
- Младенческая смертность составляет 29 смертей на 1000 живорожденных (36, по оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ).



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- Охват иммунизацией равен 85%. *ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%*
- Смертность от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до 5 лет составляет 0,3 на 100 000.
- Состояния, возникающие в перинатальном периоде, являются причиной почти 5% всех случаев смерти в Турции, что намного выше, чем в ЕС-25.
- Показатели младенческой и детской смертности в два раза выше на востоке страны по сравнению с западной частью и в сельской местности по сравнению с городскими районами.



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	24
2. Цереброваскулярные болезни	14
3. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	5
4. Хроническая обструктивная болезнь легких	4
5. Болезни нижних дыхательных путей	3
6. Гипертензивная болезнь сердца	3
7. Рак трахеи, бронхов, легких	2
8. Менингит	2
9. Диарейные заболевания	2
10. Врожденные пороки	2



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Турция	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	18	17	22
Психоневрологические расстройства	18	27	21
Рак/злокачественные новообразования	6	17	16
Непреднамеренные травмы	9	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	6	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	9	2	2
Респираторные инфекции	4	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	7	1	1
Преднамеренные травмы	2	2	3
Диабет	1	2	2
Болезни органов чувств	3	5	5
Все инфекционные болезни	24	5	4
Все неинфекционные болезни	65	87	83
Все травмы	114	8	12

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Турция испытывает двойное бремя болезней, характерных для стран с переходной экономикой и средним уровнем доходов: нерешенные проблемы в отношении инфекционных болезней и охраны здоровья матери и ребенка в сочетании с растущим числом случаев неинфекционных заболеваний.
- Существуют значительные неравенства в рамках страны: между востоком и западом, сельской и городской местностью, а также бедными и богатыми слоями населения.

Источники: 5, 20, 35.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Турция



Украина



Румыния



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 31%: 49% мужчин и 17% женщин. **ЕС-25: 29%, ЕС-15: 28% (мужчины 32%, женщины 23%), ЕС-10: 31%**
- Согласно оценкам, на употребление табака приходится 12% бремени болезней.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 1,0 литра на человека в год.
- На употребление алкоголя приходится 4% бремени болезней.



НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- На незаконное употребление наркотических средств приходится 0,2% бремени болезней.

ОЖИРЕНИЕ

- Ожирение (ИМТ \geq 30) является причиной 12% общего бремени болезней, а недостаточная физическая активность – 6%.
- От ожирения страдают 11% мужчин и 32% женщин.
- Результаты общенационального исследования показали, что средний ИМТ у турецких женщин устойчиво возрастает с возрастом.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 39 новых случаев сальмонеллезной инфекции. **ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99**

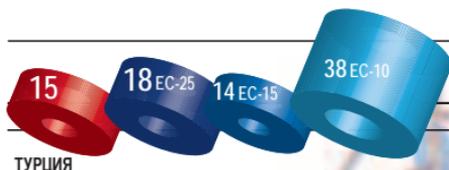
ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ГИГИЕНА ТРУДА

- Производственные травмы являются причиной 1,2 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- Уровень выбросов SO₂ в 2000 г. составил 15 кг на душу населения.



Sources: 2, 10, 11, 13.

Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

ПАРЛАМЕНТСКИЙ КОМИТЕТ

Комитет по здравоохранению, делам семьи, труду и социальному обеспечению

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Турецкая медицинская ассоциация

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Директораты здравоохранения в каждой из 81 провинции, подотчетные губернатору провинции

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Медицинская помощь предоставляется государственными, квази-государственными, частными и благотворительными организациями. Их взаимоотношения недостаточно хорошо урегулированы и структурированы. На центральном уровне Министерство здравоохранения руководит системой предоставления первичной, вторичной и третичной медицинской помощи и является единственным поставщиком услуг профилактической медицинской помощи. Недавно эта сеть начала обслуживать пациентов, застрахованных Организацией социального страхования. Министерство обороны и некоторые другие учреждения также предоставляют медицинскую помощь. Предоставление медицинской помощи характеризуется некоторой фрагментацией; наряду с обычной системой здравоохранения существуют вертикальные программы по борьбе с туберкулезом, онкологическими заболеваниями или диабетом.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется в центрах здравоохранения, медицинских пунктах, центрах педиатрической помощи и планирования семьи, а также туберкулезных диспансерах. Имеющиеся данные показывают, что несмотря на некоторые успехи в области здравоохранения, первичные службы охраны материнства и иммунизации могут повысить эффективность предоставляемой ими помощи. Система направления на специализированную помощь тормозится отсутствием координации между различными уровнями медицинской помощи; нет ограничений на госпитализацию больных,

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

которые обращаются непосредственно в больницы без направлений.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В ведении Министерства здравоохранения находится 61% больниц и 50% коек, а в ведении Организации социального страхования – соответственно, 10% и 16%. Министерство здравоохранения также руководит деятельностью некоторых специализированных больниц, хотя университетские больницы нередко служат центрами специализированной помощи для регионов, где они находятся. Почти все больные обращаются в амбулаторные учреждения без направления со стороны системы первичной медико-санитарной помощи. В целом, больницы нуждаются в повышении профессионального уровня управления. Назначение главных врачей может зависеть от иных факторов, помимо их управленческого опыта или навыков; почти все они также занимаются частной практикой.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

В стране имеется 257 частных больниц, предлагающих услуги диагностической, амбулаторной и стационарной помощи, а также целый ряд частных поликлиник и диагностических центров. Многие врачи, работающие в государственном секторе здравоохранения, работают также частным образом для получения дополнительных доходов. Частные учреждения более оперативно реагируют на имеющийся спрос. Некоторые государственные организации приобретают услуги у частных больниц. За последние годы частный сектор здравоохранения развивался быстрыми темпами. Ожидания лиц с высоким уровнем доходов создают стимулы для дальнейшего расширения деятельности и побуждают частный сектор играть более весомую роль в системе здравоохранения. Однако этот процесс может усилить существующее неравенство в отношении доступа к медицинской помощи и вызывает озабоченность в отношении качества предоставляемой помощи и ее конечных результатов.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Türkiye



Україна



România



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Система здравоохранения централизована, однако характеризуется фрагментацией. Органы, принимающие решения и занимающиеся практической реализацией, имеют различную форму, структуру, статус, цели и достигнутые результаты.
- Следует завершить создание национальной сети первичной медико-санитарной помощи.
- Существует дисбаланс между наличием и качеством служб здравоохранения в восточной и западной частях страны.
- Более обеспеченные группы населения все чаще обращаются в учреждения частного сектора.
- Министерство здравоохранения является ведущей национальной организацией по борьбе с инфекционными болезнями. Оно также руководит деятельностью по борьбе с неинфекционными болезнями, такими как гипертонзия или психические расстройства.
- Координация деятельности в области охраны здоровья матери и ребенка продолжает оставаться актуальной задачей, равно как и совершенствование национальной системы эпиднадзора за инфекционными болезнями.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Численность медицинского персонала на душу населения в Турции является одной из самых низких в Европейском регионе ВОЗ, однако непрерывно возрастает. В западных районах страны и в городской местности численность врачей и медсестер на душу населения намного выше, чем в остальной части страны.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)



Врачи-специалисты	137	ТУРЦИЯ
Стоматологи	23	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	235	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	32	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	74	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на 100 000 чел.	1,7
<i>ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8</i>	
Число коек на 100 000 чел.	256
<i>ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661</i>	
Число госпитализаций на 100 чел. в год	8
<i>ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5</i>	
Средняя продолжительность госпитализации (дней)	5,8
<i>ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7</i>	

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Турция является как импортером, так и экспортером лекарственных средств, хотя на рынке преобладают импортные лекарственные средства. Министерство здравоохранения наделено некоторыми регуляторными функциями, однако проводимая политика нередко вызывает рост цен.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Одной из важных проблем страны является обеспечение баланса в распределении медицинского персонала.
- Продолжается работа по совершенствованию системы регулирования и национальной политики в отношении лекарственных средств. Приоритетными направлениями деятельности являются: обеспечение рационального использования лекарственных средств, использование непатентованных наименований лекарственных средств и обеспечение взаимосвязи между неофициальным перечнем основных лекарственных средств с коммерческой практикой фармацевтического рынка.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Турция



ЕС-25



ЕС-10

- 
- При планировании кадровых ресурсов необходимо учитывать географическое распределение и обеспечивать адекватную практическую подготовку персонала.
 - Реформа здравоохранения должна предусматривать расширение самостоятельности и ответственности руководителей больниц.

Источники: 2, 14.



Кто и за что платит?



Система финансирования здравоохранения Турции исторически была разделена на целый ряд схем обязательного медицинского страхования для разных групп населения. Наиболее распространенная программа (SSK) охватывает гражданских служащих и работников частного сектора. Она финансируется работодателями и работниками на основе налогов, исчисляемых от фонда заработной платы, находится в ведении Министерства труда и социального обеспечения. Программа страхования гражданских служащих, вышедших на пенсию (GERF), находится в ведении Министерства финансов и финансируется из общих бюджетных средств. Программа страхования лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью (Bag-Kur), финансируется за счет их собственных взносов. В начале 1990-х годов была введена программа бюджетного финансирования (Green Card) для охвата страхованием лиц с низким уровнем доходов. Помимо этих программ Министерство здравоохранения направляет средства непосредственно своим собственным учреждениям, предоставляющим медицинскую помощь по всей стране. До 2005 г. SSK также финансировала и руководила деятельностью собственной сети учреждений здравоохранения, заключая также контракты с частными

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

поставщиками услуг. Bag-Kur и GERF не располагают какими-либо службами и должны заключать контракты на предоставление услуг.

Официальная статистика показывает, что страховыми программами охвачено около 95% населения. Многие люди участвуют в нескольких программах, однако, согласно оценкам, полученным в ходе опроса, около одной трети населения не охвачено какой-либо программой.

Финансирование здравоохранения фрагментировано, используется множество источников финансирования, которыми являются общегосударственные фонды, создаваемые на основе налоговых поступлений, социальное страхование и наличные платежи за счет собственных средств граждан. По данным оценок, полученных в ходе проведенного в 2000 г. исследования, на долю частных платежей приходится около одной трети всех расходов на нужды здравоохранения. Согласно данным последних оценок ВБ, на долю наличных платежей за счет личных средств граждан приходится до 50% всех расходов на нужды здравоохранения в стране. Некоторые относительно обеспеченные люди пользуются частными программами медицинского страхования, однако большая часть частных платежей имеет форму непосредственных платежей поставщикам услуг пациентами.

Теоретически граждане Турции имеют доступ к первичной медико-санитарной помощи, которая должна быть бесплатной по месту ее использования. На практике, однако, в государственных учреждениях используется практика как официальных, так и неофициальных платежей (в основном за лекарственные средства). Отсутствие согласованности деятельности создает трудности для эффективного планирования, развития конкуренции между поставщиками услуг и, главным образом, обеспечения справедливости доступа к медицинской помощи и защиты от обнищания в связи с ростом расходов на медицинскую помощь.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Türkiye



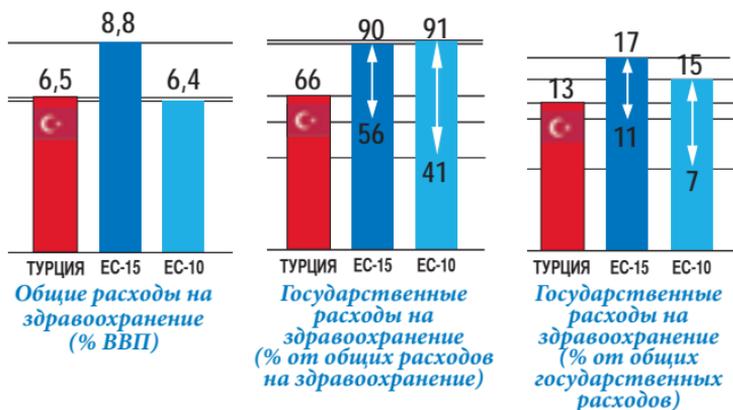
Україна



Hungary

Схема приобретения услуг по-прежнему основывается преимущественно на исторически сложившейся практике и государственном регулировании заработной платы в государственном секторе. Кроме того, дробление системы финансирования на отдельные программы ограничивает потенциальную эффективность более стратегических подходов к приобретению услуг для всего населения.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Оплата медицинских расходов из собственного кармана (% от общих личных расходов на медицинскую помощь) 88

Население, живущее ниже национальной черты бедности 42%;

10,3% населения живет менее чем на 2 долл. США в день

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- С начала 1960-х годов предпринимались усилия по внедрению системы всеобщего социального медицинского страхования, в настоящее время реализация намечена на январь 2006 г.
- Необходимо четкое понимание финансовых последствий реформирования системы финансирования здравоохранения. Права большинства граждан на получение льгот могут быть расширены, в связи с чем необходимо решать проблему существующей неэффективности деятельности.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- 
- Согласно оценкам, которым присуща доля неопределенности в связи со сложностью сбора данных, около одной трети населения не охвачено какой-либо программой социального медицинского страхования.

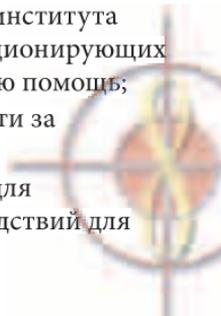
Источники: 2, 8, 15.

Как была реформирована система здравоохранения страны?

Национальной стратегией реформирования здравоохранения является Программа трансформирования системы здравоохранения. Она является результатом изучения опыта, проведения обсуждений и разработки политики на протяжении более десяти лет. Действующее правительство официально декларировало свои обязательства по проведению реформы в области здравоохранения. В качестве инструмента финансирования программы определен проект ВБ, бюджет которого составляет 200 млн. долл. США. Реформирование предусматривает:

- рационализацию системы финансирования здравоохранения;
- расширение управленческой автономии поставщиков услуг государственного сектора;
- интегрирование первичной медико-санитарной помощи путем систематизированного внедрения института семейной медицины и эффективно функционирующих схем направления на специализированную помощь;
- устранение фрагментации ответственности за проводимую политику;
- установление национальных стандартов для минимизации последствий стихийных бедствий для здоровья населения.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Предпринимаются усилия по уменьшению расхождений между планированием инвестиций и стратегическим планированием. Правительство подготавливает “белую книгу” по реформе социального обеспечения, подготовлен проект законодательства по медицинскому страхованию и социальному обеспечению.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Следующим этапом реформы является разделение приобретателей и поставщиков услуг, с тем чтобы больницы находились в собственности государства и автономно управлялись.
- Для реализации некоторых ключевых элементов реформы необходима координация с политическими мероприятиями в рамках страны.
- Примеры успешных действий в области реализации реформ краткосрочного характера должны подкрепляться общей программой последовательных действий.
- Министерство здравоохранения должно позиционировать себя как организация, осуществляющая руководство всей системой.
- Необходимо улучшить взаимодействие между Министерством здравоохранения и территориальными директоратами здравоохранения.
- Общая реформа в области медицинского страхования является лишь частью правительственной Программы трансформирования системы здравоохранения, и реализация реформ в области финансирования должна согласовываться с изменениями в организации системы предоставления медицинской помощи.

Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

НПО, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В 1980-х годах пакет новых законодательных актов заложил основы экономической либерализации; некоторые

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

новые положения открыли новые возможности для НПО, предоставляющих социальные услуги, которые ранее находились в ведении правительственных учреждений. В результате этого возникли многие новые структуры в области здравоохранения. Они занимаются преимущественно вопросами общественного здравоохранения, такими как планирование семьи, или конкретными болезнями, например, диабетом, онкологическими заболеваниями или СПИДом.

Общество Красного полумесяца Турции представляет собой интересный пример того, как НПО предоставляет услуги здравоохранения и социальной помощи. Располагая крупной сетью 648 местных отделений, подчиняющихся штаб-квартире в Анкаре, оно руководит деятельностью по донорству крови, оказанию помощи при стихийных бедствиях, включая первую помощь, а также деятельностью целого ряда диспансеров, детских ясель и домов для престарелых.

Какую работу проводит Региональное бюро в Турции?



В 2004 г. был назначен сотрудник по координации и связям при страновом офисе ВОЗ в Турции, имеются планы в отношении найма на работу представителя ВОЗ. В условиях значительной нехватки и ограниченности ресурсов одним из возможных направлений деятельности является оказание поддержки разработке политики здравоохранения по конкретным аспектам системы здравоохранения или конкретным техническим областям. Другим направлением деятельности является оказание содействия Министерству здравоохранения

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



в координации потока международной помощи для системы здравоохранения и предоставление информации лицам, принимающим решения, как в рамках сектора здравоохранения, так и вне его. Кроме того, в Турции реализуется программа ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на них. К числу других областей сотрудничества относится борьба против табака (разработка национального плана действий), а также усиление и интегрирование служб охраны репродуктивного здоровья.

В течение периода до 2010 г. поддержка ВОЗ будет заключаться, в основном, в разработке и реализации Программы трансформирования системы здравоохранения и, в частности, включать следующие направления деятельности:

- усиление руководящей роли Министерства здравоохранения;
- разработка национального набора показателей для мониторинга эффективности работы системы здравоохранения;
- поддержка реформ в области оказания медицинской помощи и финансирования здравоохранения;
- уменьшение последствий стихийных бедствий;
- усиление потенциала по борьбе с инфекционными болезнями.



ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения (<http://www.saglik.gov.tr/eng>)



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Турция



Украина



Болгария

УКРАИНА



УКРАЇНА

ПЛОЩАДЬ (км²) 603 700

Примерно соответствует площади Испании и Португалии, взятым вместе

15% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ 48 050 000

Примерно соответствует численности населения Испании и Португалии, взятым вместе

10,5% от населения ЕС-25

ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,

ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ** украинцы – 73%, русские – 22%
- ЯЗЫК** украинский, русский, румынский, польский, венгерский
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Парламентская республика: однопалатный парламент (*Верховная Рада*)
- РЕЛИГИЯ** украинская православная церковь, украинская автокефальная православная церковь, украинская католическая церковь, протестантство, иудаизм
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 851 евро = **4,2% среднего в ЕС-25**
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро, ЕС-10: 5 530 евро
 По паритету покупательной способности:
 4 870 евро = **20% среднего в ЕС-25 (24 480 евро)**
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** 24 области (с 490 районами), 2 города со статусом области (Киев и Севастополь), автономная республика Крым
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** гривна: 1 гривна = 0,16 евро, 1 евро = 6,33 гривны
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ** 0,78
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ** 9,1% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%**
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** СНГ, СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВВ, ООН (подала заявку на присоединение к ВТО)

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 1–6, 17.

ЗДОРОВЬЕ ЗДОРОВ'Я



ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин

1,4 женщины на одного мужчину

Городское население

67%

ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%

Возрастная структура: 0–14 лет: 16%

ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%

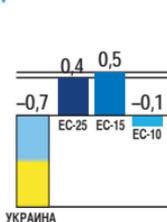
≥ 65 лет: 15%

ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%

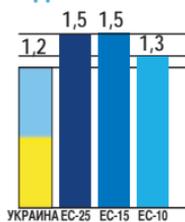
Доля иждивенцев

45 ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



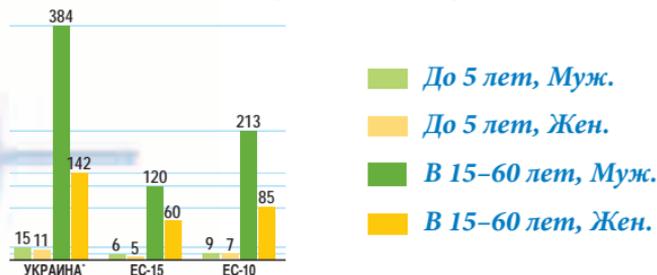
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



* Оценочные данные ВОЗ: 23 для мужчин и 18 для женщин (на 1000 человек).

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	68	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	65	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	74	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Украина	59	55	64	10	14	11	13
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие были отмечены следующие тенденции:

- резкое снижение роста рождаемости – до отрицательных значений;
- коэффициент фертильности – ниже уровня воспроизводства населения;
- очень низкая ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении в сравнении с другими странами Европейского региона ВОЗ;
- очень высокая доля иждивенцев, что делает финансово неустойчивыми большинство программ социального обеспечения и здравоохранения и потенциально ставит под угрозу всю систему пенсионного обеспечения.

Источники: 2, 8, 9, 30.

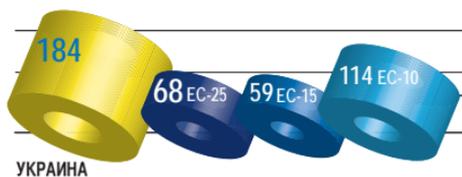
ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Сердечно-сосудистые болезни являются ведущей причиной смерти, так как на них приходится 60% всех случаев смерти и 30% бремени болезней. В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца (664 новых случая заболевания на 100 000 населения в год), на которую приходится 18% бремени болезней и 43% всех случаев смерти;
 - цереброваскулярные болезни, которые являются причиной 9% бремени болезней и 13% всех смертей (184 случая в год на 100 000 чел.).



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Злокачественные новообразования являются второй по значимости причиной смерти, и ежегодно на них приходится 12% от общего числа смертей или 326 смертей на 100 000 населения.
- Ежегодно регистрируется 326 новых случаев рака на 100 000 населения. **EC-25: 462, EC-15: 468, EC-10: 427**
- Распространенность злокачественных новообразований равна 1,7%.



EC-25: нынешние члены ЕС. EC-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- В стране ежегодно регистрируется 18,4 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения, что значительно превышает частоту этой патологии в ЕС-25. **ЕС-25: 3,2**
- В стране ежегодно регистрируется 59 новых случаев рака молочной железы и 41 новый случай рака легких на 100 000 населения.

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составила в 2003 г. 2%, а смертность от этой патологии составила 5 случаев на 100 000 населения.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 14% общего бремени болезней и 1% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- В стране ежегодно регистрируется 24 случая смерти на 100 000 населения от самоубийств или преднамеренных самоповреждений. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10, ЕС-10: 18**
- В стране ежегодно регистрируется 628 новых случаев психических расстройств на 100 000 населения. **ЕС-10: 777**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ И ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Взятые вместе, эти виды повреждений ежегодно становятся причиной 146 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Жертвами дорожно-транспортного травматизма ежегодно становятся 89 человек на 100 000 населения. **ЕС-25: 297, ЕС-15: 319, ЕС-10: 181**

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания ежегодно приходится 4% как бремени болезней, так и всех случаев смерти (54 смерти на 100 000 населения). **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

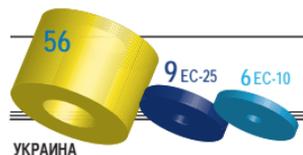
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- На инфекционные болезни приходится 2% всех случаев смерти и 5% общего бремени болезней.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

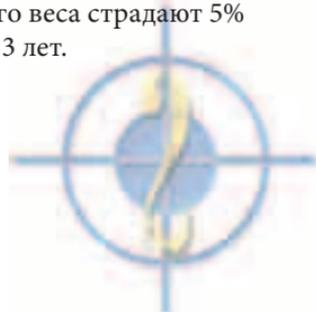
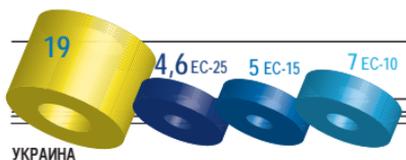


- Ежегодно регистрируется 78 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения. **ЕС-25: 13, ЕС-15: 11, ЕС-10: 26**
- Ежегодно регистрируется 21 новый случай ВИЧ-инфекции на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем, превышают соответствующие показатели в ЕС в целом. В частности, в стране ежегодно регистрируется (на 100 000 населения):
 - 49 новых случаев сифилиса **ЕС-25: 3, ЕС-10: 5**
 - 56 новых случаев гонококковой инфекции



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность составляет 9,5 смертей на 1000 живорожденных (по оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2000 г. этот показатель был равен 16). **ЕС-25: 4,6, ЕС-15: 5, ЕС-10: 7**
- Показатель материнской смертности составляет 19 на 100 000 живорожденных (по оценке ВОЗ, в 2000 г. он был равен 38).
- Охват иммунизацией равен 97%. **ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%**
- Диарейные заболевания ежегодно становятся причиной смерти 3 детей в возрасте до 5 лет (на 100 000 населения).
- Результаты национального обследования, проведенного в школах, показали, что от избыточного веса страдают 5% мальчиков и 3% девочек в возрасте 13 лет.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	43
2. Цереброваскулярные болезни	16
3. Хроническая обструктивная легочная болезнь	3
4. Рак трахеи, бронхов, легких	2
5. Преднамеренные самоповреждения	2
6. Отравление	2
7. Рак желудка	2
8. Цирроз печени	2
9. Рак толстой и прямой кишки	2
10. ВИЧ/СПИД	2

Примечание. Эти данные основаны на оценках ВОЗ, и они не являются официальными статистическими данными о смертности населения.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Украина	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	30	17	22
Психоневрологические расстройства	14	27	21
Рак/злокачественные новообразования	10	17	16
Непреднамеренные травмы	11	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	4	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	5	2	2
Респираторные инфекции	1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1	1	1
Преднамеренные травмы	5	2	3
Диабет	1	2	2
Болезни органов чувств	4	5	5
Все инфекционные болезни	9	5	4
Все неинфекционные болезни	74	87	83
Все травмы	16	8	12

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





Важные моменты

состояние здоровья населения

- В последние 15 лет динамика состояния здоровья населения характеризовалась быстрыми изменениями, когда периоды улучшения сменялись периодами резкого ухудшения общественного здоровья в результате социально-экономического кризиса.
- В последние пять лет показатель смертности от сердечно-сосудистых болезней и связанных с ними проблем увеличился на 40%.
- За период с 1980-х годов показатели материнской смертности сократились наполовину, но они продолжают вызывать беспокойство.
- Показатели роста эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине относятся к числу самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.

Источники: 2, 10, 22.



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди людей в возрасте 18–29 лет составляет 43%.
- На курение приходится 13% бремени болезней.
- Согласно данным проведенного в школах опроса, распространенность курения среди 13-летних составляет 9% среди мальчиков и 4% среди девочек.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 4,8 литра на человека в год.
ЕС-25: 9,4, ЕС-15: 9,4, ЕС-10: 8,9
- Ежегодно регистрируется 22 новых случая алкогольного психоза на 100 000 населения.
- На употребление алкоголя приходится 12% бремени болезней.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- По данным школьного опроса среди 15-летних учащихся, еженедельно алкоголь употребляют 19% девочек и 29% мальчиков.

НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Марихуана – это наиболее распространенное незаконное наркотическое средство в стране; в течение последнего года ее употребляли 3,6% населения. Показатели распространенности злоупотребления наркотическими средствами в течение года составляют: 0,8% для опиатов, 0,2% для амфетаминов и 0,1% как для экстази, так и для кокаина.
- На незаконное употребление наркотических средств приходится 3% общего бремени болезней.
- В 2003 г. число первичных обращений в наркологические учреждения было равно 133 394.
- Проведенный среди 15-летних школьников опрос показал, что в течение предыдущих 12 месяцев марихуану употребляли 8% девочек и 21% мальчиков.

ОЖИРЕНИЕ

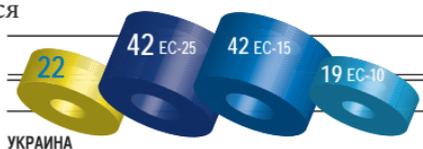
- Согласно оценкам, на ожирение (ИМТ ≥ 30) приходится 9% бремени болезней, а на недостаточную физическую активность – 6%.
- От ожирения страдают 7% мужчин и 19% женщин.
- По данным проведенного в школах обследования 13-летних школьников, от избыточного веса страдают 5% мальчиков и 3% девочек.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 18 новых случаев сальмонеллезной инфекции. **ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99**

ГИГИЕНА ТРУДА

- Ежегодно регистрируется 22 новых случая профессиональных болезней на 100 000 населения.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- Производственные травмы ежегодно становятся причиной 2,6 случаев смерти на 100 000 населения. *ЕС-25: 1,4, ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6*
- На профессиональные канцерогены приходится 0,4% общего бремени болезней.

КАЧЕСТВО АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

- На загрязнение атмосферного воздуха в городах приходится 0,5% бремени болезней.
- В 2000 г. выбросы SO₂ в атмосферу составили 47 кг на душу населения. *ЕС-25: 18, ЕС-15: 14, ЕС-10: 38*

Источники: 2, 10–12, 22.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Управление социально опасных болезней и СПИДа

Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

Согласно Конституции страны 1996 г., обеспечение медицинского обслуживания всего населения –



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

это одна из основных функций государства. В Украине продолжает функционировать интегрированная модель системы здравоохранения. Медицинские учреждения на национальном и местном уровнях являются собственностью государства, которое полностью контролирует и финансирует их деятельность. Лечебно-профилактическая помощь населению оказывается государственными учреждениями здравоохранения.

С 2000 г. в национальном законодательстве по здравоохранению основной акцент ставится на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) или семейную медицину, которая, однако, все еще находится на начальном этапе развития. Первичная медицинская помощь оказывается во многих учреждениях, например, в амбулаторных клиниках для взрослых и детей, женских консультациях и сельских центрах первичной медицинской помощи. Концепция первичной медико-санитарной помощи включает в себя довольно широкий диапазон оказываемых услуг, так, например, диапазон услуг, оказываемых в амбулаторной клинике, не ограничивается рамками ПМСП. Недостаточная квалификация врачей общей практики (ВОП), работающих в амбулаторных клиниках, часто не позволяет эффективно решать возникающие проблемы здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи. Пациенты могут обращаться к врачам самостоятельно без какого-либо направления от своих ВОП.

Зарплата ВОП, работающих в амбулаторных клиниках, не зависит от объема и качества их работы, что приводит к тому, что в 66% всех случаев оказания медицинской помощи уровень оказываемых медицинских услуг не соответствует клиническому состоянию больных и анамнезу болезни, а в 43% случаев уровень оказываемой медицинской помощи является выше, чем того требует состояние пациента.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- В связи с внедрением концепции первичной медико-санитарной помощи в стране нужно будет решить целый ряд задач в таких областях, как обучение семейных врачей, создание соответствующих административных и финансовых механизмов, разработка планов информационного обеспечения здравоохранения и т.д.
- Система здравоохранения страны регулируется на центральном и местном уровнях.



Какие ресурсы имеются?

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	300	EC-25: 343, EC-15: 356, EC-10: 278
Стоматологи	41	EC-25: 62, EC-15: 66, EC-10: 43
Медсестры	766	EC-25: 779, EC-15: 818, EC-10: 642
ВОП	29	EC-25: 99, EC-15: 102, EC-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на 100 000 чел.	5,7
<i>EC-25: 3,2, EC-15: 3,3, EC-10: 2,8</i>	
Число коек на 100 000 чел.	881
<i>EC-25: 611, EC-15: 600, EC-10: 661</i>	
Число госпитализаций на 100 чел. в год	20,5
<i>EC-25: 18,5, EC-15: 18,4, EC-10: 19,5</i>	
Средняя продолжительность госпитализации (дней)	14,2
<i>EC-25: 9,5, EC-15: 9,7, EC-10: 8,7</i>	

В стране имеется слишком большое количество больниц и больничных коек, а для самих больниц характерна такая проблема, как чрезмерная специализация. Функции больниц на различных уровнях системы здравоохранения недостаточно разграничены, и поэтому в стране имеются

EC-25: нынешние члены ЕС. EC-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

параллельные системы лечебно-профилактической помощи. В специализированных медицинских учреждениях предпочтение отдается стационарному лечению с тенденцией к большим срокам госпитализации.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В Украине имеется очень высокоразвитая фармацевтическая промышленность, которая производит столько лекарственных средств, что это превышает национальные потребности, но пока не способна обеспечить адекватный контроль их качества. Перед недавно созданной государственной службой обеспечения качества лекарственных средств поставлена задача решить эту проблему.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Характер распределения больничных коек и медперсонала не изменился с 1980х-годов.
- При распределении бюджетных средств среди государственных медицинских учреждений необходимо поставить больший акцент на обеспечении высококачественного медицинского обслуживания.
- Необходимо усовершенствовать навыки и знания работников здравоохранения. Еще одной проблемой здравоохранения является по-прежнему низкий уровень оплаты медработников.

Источники: 2, 14.

Кто и за что платит?

Государственная система финансирования здравоохранения, основанная на общем налогообложении, не изменилась с 1980-х годов. Население имеет право на бесплатное получение всех видов

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

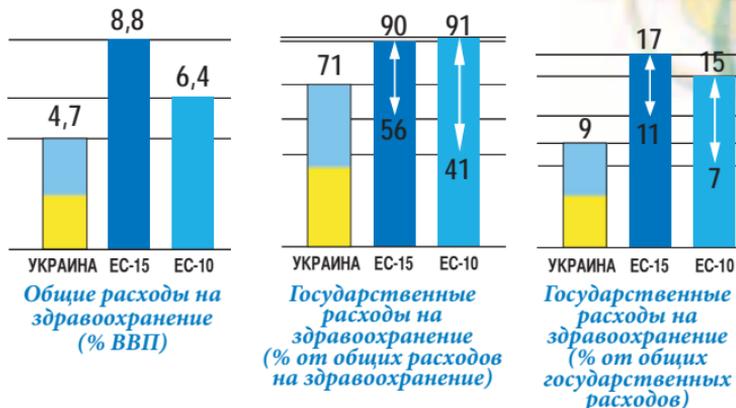
медицинской помощи. Различные государственные звенья продолжают оставаться владельцем и официальным источником финансирования системы здравоохранения, и в их функции входит сбор и распределение средств и управление системой медицинского обслуживания населения, что в ряде случаев приводит к дублированию усилий. Так, например, муниципальные и областные органы власти имеют свои собственные родильные дома, детские больницы и т.д. Система государственного финансирования здравоохранения фрагментарна еще и потому, что помимо системы здравоохранения, находящейся в ведении Министерства здравоохранения, другие министерства имеют свои собственные параллельные службы здравоохранения.

Дефицит государственных средств приводит к замене бесплатного медицинского обслуживания платными медицинскими услугами, в связи с чем границы между бесплатной и платной медицинской помощью становятся довольно размытыми. Несмотря на то, что государственные расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП) – одни из самых высоких среди стран СНГ, в Украине сохраняется несоответствие между широким пакетом медицинских услуг, конституционно гарантированных гражданам, с одной стороны, и имеющимися государственными средствами, с другой.

Объемы финансирования медицинских учреждений зависят от числа имеющихся коек или количества обращений больных. Благодаря наличию широкой сети медицинских учреждений инфраструктура общественного здравоохранения имеет большой потенциал. Важнейшая проблема заключается в том, что несмотря на снижение возможностей получения средств из государственного бюджета, действующие механизмы финансирования продолжают стимулировать рост и расширение инфраструктуры здравоохранения, что может поставить под угрозу доступность медицинской помощи для населения (в силу как экономических, так и иных причин).

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Оплата медицинских расходов из собственного кармана
(% от общих личных расходов на медицинскую помощь) 96

Население, живущее ниже национальной черты бедности
32% (1995 г.) 46% населения живет менее чем на 2 долл. США в день и 76% – менее чем на 4 долл. США в день.

Важные моменты финансирования здравоохранения

- Расходы на здравоохранение – это одна из самых крупных статей государственного бюджета; в системе здравоохранения накопились огромные долги.
- Финансирование системы медицинского обслуживания обеспечивается за счет государственного и местных бюджетов.
- Новое законодательство по обязательному социальному медицинскому страхованию окончательно не внедрено.
- Ключевым вопросом в этой области является дублирование механизмов финансирования, особенно между областями и столицей.
- Создание единого национального источника финансирования может помочь решить проблему избыточной инфраструктуры и устранить традиционно иерархические взаимоотношения между учреждениями здравоохранения и органами местного самоуправления.
- После нескольких лет задержек и очень медленного прогресса в области структурного реформирования системы здравоохранения эта работа должна быть завершена.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

Источники: 2, 8.

Как была реформирована система здравоохранения страны?



На период 2002–2011 гг. в стране принята национальная программа “Здоровье нации”. Однако несмотря на то, что в ней поставлен целый ряд важных задач и целей, для ее реализации все еще не выделены необходимые средства. Новое правительство разрабатывает программы структурного реформирования системы здравоохранения. В стране имеется достаточная нормативно-правовая база для изменения подхода к планированию и управлению общественным здравоохранением.

Предпринятые усилия по повышению структурной эффективности и улучшению качества служб здравоохранения включают следующее:

- реформирование системы высшего медицинского образования;
- создание системы первичной медико-санитарной помощи, основанной на семейной медицине (2000 г.);
- принятие и осуществление планов, предусматривающих смещение акцента на амбулаторное медицинское обслуживание;
- разработка стандартов медицинских технологий;
- внедрение системы аккредитации медицинских учреждений (1998 г.);
- создание службы планирования семьи.



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- В Украине наблюдается кризис здравоохранения, усугубляемый проблемой бедности. Для устранения этого кризиса нужно не увеличение объема финансовых средств, что уже невозможно, поскольку государственные расходы на здравоохранение уже гораздо выше того уровня финансирования, которое страна может себе позволить, а более эффективное использование имеющихся ресурсов.
- Крупные структурные реформы могут быть реализованы только при наличии устойчивой политической поддержки.
- Необходимо устранить несоответствие между провозглашением гарантированной, всеобщей и бесплатной медицинской помощи, с одной стороны, и ограниченностью государственных финансовых ресурсов, с другой.
- Необходимо обеспечить устойчивость реформ общественного здравоохранения, а также обеспечить неуклонное соблюдение принципов справедливости и солидарности.
- Необходимо принять меры для активизации участия различных заинтересованных и задействованных сторон в реформировании здравоохранения. В их число входят: медицинские работники, менеджеры здравоохранения, фармацевтические компании, работодатели и т.д.
- Необходимо разработать экономические стимулы, позволяющие повысить эффективность системы здравоохранения.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

БОРЬБА С ВИЧ/СПИДОМ

В январе 2003 г. Украина направила в Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией заявку на получение гранта. Фонд одобрил три гранта на общую сумму 25 млн. долл. США на два года, с возможным их

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.





продолжением на следующие три года и общим бюджетом, равным 92 млн. долл. США. Тремя основными получателями гранта стали Министерство здравоохранения (на медико-социальную помощь), ПРООН (на оказание помощи уязвимым группам) и НПО под названием “Украинский фонд борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом” (на информационную деятельность). Однако в январе 2004 г. Глобальный фонд принял решение временно прекратить оказание поддержки в рамках своего гранта; главным образом из-за опасений, относящихся к медленному выполнению запланированных мероприятий, и из-за определенных проблем в сфере управления. В то же время в заявлении о временном замораживании гранта было четко сказано, что это решение не было связано с хищением или кражей средств. 24 февраля 2004 г. определенная часть гранта была “разморожена”, что стало возможным благодаря назначению нового и единственного главного получателя гранта – НПО “Международный альянс по ВИЧ/СПИДу”, которая взяла на себя задачу реализации 15 млн. долл. США в течение 12 месяцев. По истечении этого периода Украина должна была подать новую заявку на финансирование. Основные задачи в этой области должны были включать увеличение числа людей, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), с 137 до 2600 к концу 2005 г., и улучшение координации партнеров.

Перед этим проектом стояло много трудностей. На закупку антиретровирусных препаратов потребовалось почти 6 месяцев; соответствующая программа подготовки медицинских работников не была завершена; график поставок лабораторного оборудования не был синхронизирован с графиком расширения масштабов ВААРТ; сотрудничество между правительством и НПО не было достаточно сильным; для потребителей инъекционных наркотиков не была обеспечена возможность получения заместительной терапии; система мониторинга и оценки нуждалась в совершенствовании. Несмотря на эти многочисленные проблемы, осуществление фазы 1 проекта позволило объединить усилия множества партнеров, и



ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

к августу 2005 г. (за 11 месяцев усилий по расширению масштабов ВААРТ) число пациентов, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию, превысило 2000 человек.

Весной 2005 г. была подготовлена заявка на финансирование фазы 2 проекта. Европейское региональное бюро ВОЗ принимало активное участие в подготовке этой заявки и оказало Украине техническую помощь. Впоследствии эта заявка была одобрена всеми партнерами и затем утверждена советом Глобального фонда. Украина получит дальнейшее финансирование в размере до 67 млн. долл. США в период с 2005 до 2008 гг., что позволит стране продолжить действия по усилению лечебно-профилактической работы, направленной на уменьшение последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Процесс консолидации усилий партнеров и подготовки заявки открытым и прозрачным образом с привлечением потенциала и технических знаний всех партнеров, безусловно, свидетельствует о том, что страна может быстро усилить свои возможности в борьбе с эпидемией, а также способствовал тому, что на всех уровнях возросла культура сотрудничества между основными задействованными сторонами в Украине и за ее пределами.



Какую работу проводит Региональное бюро в Украине?

Страновой офис ВОЗ в Украине и пост технического советника ВОЗ по антиретровирусным препаратам были созданы в Киеве в 1994 г. Работа ВОЗ с Украиной в период до 2005 г. проводилась по следующим направлениям:

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



- подготовка национальных экспертов по оценке деятельности системы здравоохранения и по управлению медицинским обслуживанием;
- улучшение национального законодательства в области лекарственных средств;
- создание модели осуществления стратегии DOTS, адаптированной к местным условиям, а также ее апробирование;
- пересмотр протоколов лечения инфекций, передаваемых половым путем, и обеспечение их гармонизации с европейскими стандартами;
- оказание поддержки Министерству здравоохранения в разработке комплексного плана оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным;
- сертификация страны как территории, свободной от полиомиелита;
- разработка национального плана борьбы против табака.

В 2006–2007 гг. сотрудничество Украины с ВОЗ будет, главным образом, осуществляться в следующих областях:

- развитие семейной медицины с уделением особого внимания вопросам обеспечения качества;
- фармацевтические средства;
- безопасность крови;
- неинфекционные болезни;
- инфекционные болезни (с акцентом на ВИЧ/СПИДе и туберкулезе, а также эпидемиологическом надзоре за инфекционными болезнями);
- иммунизация и разработка новых вакцин;
- охрана репродуктивного здоровья, инициатива по обеспечению безопасной беременности, охрана здоровья детей и подростков.



ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения Украины
<http://www.moz.gov.ua/en/main/siterubr>

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

в странах - новых соседях ЕС

257



Украина



Беларусь

ХОРВАТИЯ



HRVATSKA

ПЛОЩАДЬ (км²) 56 538

Почти в два раза больше территории Бельгии

1,4% от общей площади ЕС-25

ЕС-25: 3 970 000, ЕС-15: 3 200 000,

ЕС-10: 738 000

НАСЕЛЕНИЕ

4 440 000

Половина населения Бельгии

1% от населения ЕС-25

ЕС-25: 455 532 896, ЕС-15: 380 962 720,

ЕС-10: 74 570 192

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Примечание. Хорватия охвачена начатым в 1999 г. процессом ЕС по стабилизации и ассоциации, который представляет собой программу, разработанную с учетом индивидуальных особенностей конкретных стран и облегчающую их постепенную интеграцию в структуры ЕС. В рамках данного процесса такие страны, как Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, Сербия и Черногория и Бывшая Югославская Республика Македония, считаются потенциальными кандидатами для вступления в ЕС, одним из условий которого является улучшение регионального сотрудничества.

- НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ** хорваты – 89%, сербы – 4,5%, словенцы, цыгане, боснийцы
- ЯЗЫК** хорватский, сербский, итальянский, словенский
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Парламентская демократия
- РЕЛИГИЯ** римские католики – 88%, православные христиане – 4%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 5 025 евро = **24,6% от среднего для ЕС-25**
ЕС-25: 20 400 евро, ЕС-15: 22 750 евро, ЕС-10: 5 530 евро
По паритету покупательной способности:
10 600 евро = **42% от среднего в ЕС-25 (24 480 евро)**
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** 20 административных округов (жупаний) и столица Загреб
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** куна: 1 куна = 0,136 евро, 1 евро = 7,37 кун
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ** 0,83
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ** 17% **ЕС-25: 9%, ЕС-15: 8%, ЕС-10: 14%**
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** СЕ, МВФ, ОБСЕ, ВВ, ВТО, ООН

Источники: 1–7, 16, 17, 23, 24.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

ЗДОРОВЬЕ ZDRAVLJE



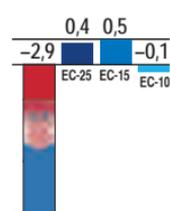
ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

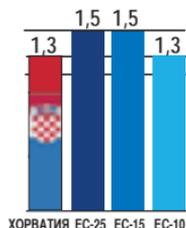
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин	1,08 женщин на одного мужчину
Городское население	59% <i>ЕС-25: 77%, ЕС-15: 79%, ЕС-10: 65%</i>
Возрастная структура:	0–14 лет: 16% <i>ЕС-25: 17%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 17%</i> ≥ 65 лет: 16% <i>ЕС-25: 16%, ЕС-15: 17%, ЕС-10: 14%</i>
Доля иждивенцев	50 <i>ЕС-15: 49, ЕС-15: 50, ЕС-10: 47</i>

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



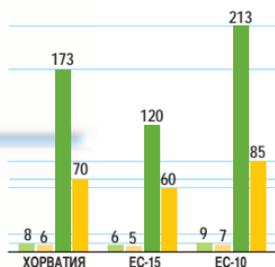
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 человек за год)

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 1000 человек)



- До 5 лет, Муж.
- До 5 лет, Жен.
- В 15–60 лет, Муж.
- В 15–60 лет, Жен.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ГОДЫ)

Все население:	75	<i>ЕС-25: 78, ЕС-15: 79, ЕС-10: 74</i>
Мужчины:	71	<i>ЕС-25: 75, ЕС-15: 76, ЕС-10: 70</i>
Женщины:	78	<i>ЕС-25: 81, ЕС-15: 82, ЕС-10: 78</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (ОПЗЖ)

	ОПЗЖ (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет			
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Хорватия	67	64	69	13	16	10	12
ЕС-15	72	68	72	15	18	9	11
ЕС-10	66	61	67	12	15	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие в стране были отмечены следующие тенденции:

- быстрое снижение показателей прироста населения;
- старение населения;
- повышение ожидаемой продолжительности жизни и снижение младенческой смертности.

Источники: 5, 8, 9, 24.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

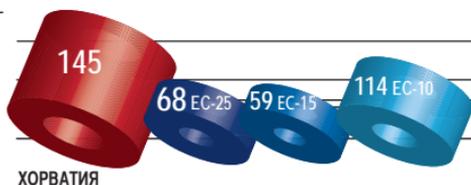




Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

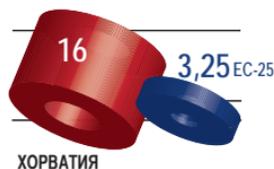
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Ведущая причина смертности: 53% от общего числа смертей.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - ишемическая болезнь сердца: причина 10% бремени болезней и 20% всех смертей: 156 смертей на 100 000 населения **ЕС-25: 104, ЕС-15: 94, ЕС-10: 168**
 - цереброваскулярные болезни: причина 11% бремени болезней и 16% всех смертей: 145 смертей на 100 000 населения



РАК/ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

- Злокачественные новообразования – это вторая основная причина смерти, на которую приходится 23% всех смертей.
- Число новых случаев рака ежегодно составляет 442 на 100 000 населения. **ЕС-25: 462, ЕС-15: 468, ЕС-10: 427**
- Распространенность рака среди всего населения равна 3%.
- В стране ежегодно регистрируется 16 новых случаев рака шейки матки на 100 000 населения.
- В стране в 2002 г. было зарегистрировано 89 новых случаев рака молочной железы и 65 новых случаев рака легких на 100 000 населения.



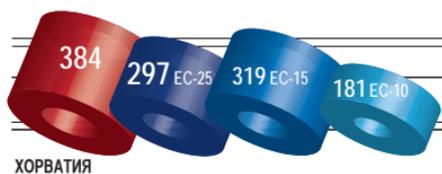
ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- На психоневрологические расстройства приходится 2% всех смертей. **ЕС-25: 4%**
- Показатель смертности от самоубийств или преднамеренных самоповреждений составляет 20 на 100 000 населения. **ЕС-25: 12, ЕС-15: 10**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Они являются причиной 58 смертей на 100 000 населения. **ЕС-25: 45, ЕС-15: 39, ЕС-10: 73**
- Показатель дорожно-транспортного травматизма составляет 384 человека на 100 000 населения в год.

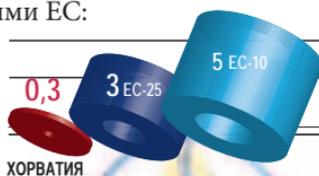


БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На болезни органов дыхания приходится 4,8% всех смертей или 46 случаев смерти на 100 000 населения. **ЕС-25: 47, ЕС-15: 48, ЕС-10: 40**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной только 1% всех смертей или 9 случаев смерти на 100 000 населения.
- В стране ежегодно регистрируется 31 новый случай туберкулеза на 100 000 населения. **ЕС-25: 13, ЕС-15: 11, ЕС-10: 26**
- Показатель новых случаев ВИЧ-инфекции ежегодно составляет 1 на 100 000 населения.
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год), являются низкими в сравнении с соответствующими показателями ЕС:
 - 0,3 новых случаев сифилиса.
 - 0,6 новых случаев гонококковой инфекции.**ЕС-25: 9, ЕС-10: 6**



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Показатель младенческой смертности составляет 6 случаев смерти на 1000 живорожденных в год.
ЕС-25: 4,6, ЕС-15: 5, ЕС-10: 7
- Охват иммунизацией равен 94%. *ЕС-25: 95%, ЕС-15: 95%, ЕС-10: 96%*
- Показатель смертности от диарейных заболеваний у детей в возрасте до 5 лет составляет 0,5 на 100 000 населения.
- Опрос, проведенный в школах, показал, что 11% школьников страдают от избыточного веса, а 5% – от ожирения.

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	20
2. Цереброваскулярные болезни	16
3. Сердечная недостаточность	7
4. Рак трахеи, бронхов, легких	5
5. Рак толстой и прямой кишки	3
6. Хронические болезни печени, фиброз и цирроз	2
7. Бронхит, эмфизема, астма	2
8. Диабет	2
9. Атеросклероз	2
10. Рак желудка	2

Важные моменты

состояние здоровья

- За последнее десятилетие в стране значительно снизилась младенческая смертность.
- Материнская смертность снизилась до уровня спорадических случаев.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ И В ЕС

Причина	Доля бремени болезней (%)		
	Хорватия	ЕС-15	ЕС-10
Сердечно-сосудистые болезни	27	17	22
Психоневрологические расстройства	23	27	21
Рак/злокачественные новообразования	16	17	16
Непреднамеренные травмы	6	6	9
Неинфекционные болезни органов дыхания	4	7	3
Инфекционные и паразитарные болезни	2	2	2
Респираторные инфекции	1	1	1
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1	1	1
Преднамеренные травмы	3	2	3
Диабет	2	2	2
Болезни органов чувств	4	5	5
Все инфекционные болезни	4	5	4
Все неинфекционные болезни	87	87	83
Все травмы	9	8	12

Источники: 2, 24, 25.

Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

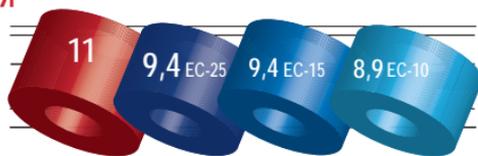
- В 2002 г. распространенность курения среди взрослых была равна 30%: 34% среди мужчин и 27% среди женщин. **ЕС-25: 29%, ЕС-15: 28% (мужчины 32%, женщины 23%), ЕС-10: 31%**
- Распространенность ежедневного курения составляет 1% среди девочек и 3% среди мальчиков в возрасте 13 лет, но среди 15-летних обоего пола она уже равна 17%.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет **11** ХОРВАТИЯ литров на человека в год.
- Опрос в школах показал, что в возрасте 15 лет еженедельно потребляют алкоголь 25% девочек и 36% мальчиков.
- В стране ежегодно регистрируется 22 новых случая алкогольного психоза на 100 000 населения.



НЕЗАКОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- Наиболее широко используемым незаконным наркотическим средством является марихуана; в старшей подростковой группе ее, по крайней мере, один раз употребляли 16% мальчиков и 12% девочек. Среди взрослых ежегодно марихуану употребляют 4%, а опиаты – 0,7%.
- В 2002 г. число первичных обращений в наркологические учреждения было равно 1840, что в два раза больше, чем в 1995 г.

ОЖИРЕНИЕ

- От ожирения страдают 17% мужчин и 15% женщин.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- В стране ежегодно регистрируется 109 новых случаев сальмонеллезной инфекции на 100 000 населения.
ЕС-25: 44, ЕС-15: 37, ЕС-10: 99

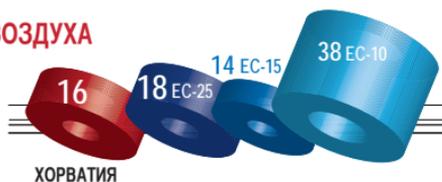
ГИГИЕНА ТРУДА

- Ежегодно в стране регистрируется 4 новых случая профессиональных болезней на 100 000 населения.
ЕС-25: 42, ЕС-15: 42, ЕС-10: 19
- Показатель смертности в результате производственного травматизма составляет 1 на 100 000 населения.
ЕС-15: 1,4, ЕС-10: 1,6

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

КАЧЕСТВО АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

- В 2000 г. выбросы SO_2 составили 16 кг на душу населения.



ХОРВАТИЯ

Источники: 2, 10–13, 21, 25.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения и социального обеспечения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Национальный институт общественного здравоохранения Хорватии

Хорватский институт радиационной защиты

Хорватский институт трансфузионной медицины

Бюро контроля лекарственных средств и борьбы со злоупотреблением наркотиками

Агентство по продуктам и изделиям медицинского назначения

ОРГАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Хорватский институт медицинского страхования

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Хорватская палата врачей

Хорватская медицинская ассоциация

Хорватская палата врачей-биохимиков

Хорватская палата фармацевтов

Хорватская палата стоматологов

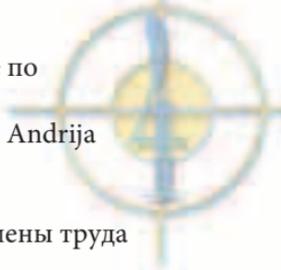
Хорватская ассоциация медицинских сестер

EC-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Хорватская академия медицинских наук
Медицинские факультеты (в городах Осиек, Риека, Сплит и Загреб)
Стоматологический факультет, Загреб
Высшее политехническое учебное заведение по здравоохранению, Загреб
Школа общественного здравоохранения им. Andrija Štampar
Институт иммунологии, Загреб
Институт медицинских исследований и гигиены труда



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

20 районных органов здравоохранения, координируемых Хорватским национальным институтом общественного здравоохранения



Как организовано медицинское обслуживание населения страны?

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Основным элементом служб первичной медико-санитарной помощи являются общая медицинская и педиатрическая помощь, оказываемая через центры здоровья (укомплектованные ВОП, патронажными медицинскими работниками и врачами-диагностиками), частные врачебные практики (укомплектованные ВОП, педиатрами и гинекологами), центры экстренной медицинской помощи, центры оказания помощи на дому (укомплектованные патронажными медсестрами) и аптеки. Число медицинских бригад или специалистов в последнее десятилетие сколь-либо существенно не изменилось. Врачи из других медицинских служб также оказывают первичную медицинскую помощь.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Большинство больниц является собственностью государства, и в стране есть всего лишь несколько частных больниц. Важнейшие проблемы для всех больниц включают недостаточность финансовых ресурсов и отсутствие надежных механизмов обеспечения качества. Ресурсы, особенно высокотехнологическое оборудование и больничные койки, сконцентрированы в крупных городах. Вторичная медицинская помощь в основном (70–80%) оказывается в больницах. В 2003 г. почти 55% всех врачей в государственных медицинских учреждениях работали в стационарном секторе. Число коек во всех стационарных учреждениях последовательно снижается с 1990 г. В Хорватии специализированная медицинская помощь оказывается в рамках системы стационарного обслуживания.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Медицинские учреждения, как правило, принадлежат государству или округу, и лишь небольшое их число является частными. Так, в 2003 г. из 73 больниц и санаториев частными были только 3 специализированные больницы и 4 санатория. Больницы, занимающиеся обучением студентов-медиков, клинические медицинские центры и государственные институты являются собственностью государства. Благодаря процессу децентрализации управления большинство учреждений медицинского профиля (центры здоровья, специализированные больницы и больницы широкого профиля, поликлиники, службы экстренной медицинской помощи, аптеки, службы патронажного обслуживания и окружные институты общественного здравоохранения) перешли в собственность округов. В 2003 г. было зарегистрировано 6598 частных медицинских предприятий, включая 2827 частных врачебных практик и 2400 частных стоматологических кабинетов. Свыше половины из 1061 аптек, работающих в стране, являются частной собственностью.

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- В стране продолжает сохраняться проблема длинных очередей на госпитализацию.
- Принимаются меры для укрепления амбулаторного звена, что открывает возможности для перевода хронических больных со стационарного на амбулаторное лечение.
- Первичная и вторичная медицинская помощь на амбулаторном уровне часто оказывается частнопрактикующими медицинскими работниками.
- Одним из важнейших пунктов повестки дня остается контроль и повышение качества медицинских услуг.
- Доступность медицинской помощи существенно варьируется в зависимости от места проживания больных и их экономического статуса.
- Планируется, что весь медперсонал, занимающийся семейной медициной, пройдет к 2014 г. специализированную подготовку, с тем чтобы их работа могла соответствовать стандартам медицинской практики в ЕС.



Какие ресурсы имеются?

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек)

Врачи-специалисты	244	ЕС-25: 343, ЕС-15: 356, ЕС-10: 278
Стоматологи	69	ЕС-25: 62, ЕС-15: 66, ЕС-10: 43
Медсестры	504	ЕС-25: 779, ЕС-15: 818, ЕС-10: 642
Фармацевты	53	ЕС-25: 78, ЕС-15: 81, ЕС-10: 60
ВОП	68	ЕС-25: 99, ЕС-15: 102, ЕС-10: 64

БОЛЬНИЦЫ

Число больниц на 100 000 чел.	1,8
ЕС-25: 3,2, ЕС-15: 3,3, ЕС-10: 2,8	
Число коек на 100 000 чел.	561
ЕС-25: 611, ЕС-15: 600, ЕС-10: 661	

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

Число госпитализаций на 100 чел. в год	16,2
<i>ЕС-25: 18,5, ЕС-15: 18,4, ЕС-10: 19,5</i>	
Средняя продолжительность госпитализации (дней)	11
<i>ЕС-25: 9,5, ЕС-15: 9,7, ЕС-10: 8,7</i>	

Важные моменты ресурсы здравоохранения

- Разрабатываются и внедряются новые способы классификации и аккредитации больниц. Проводится реорганизация всех служб стационарной помощи.
- Учреждения специализированной медицинской помощи сконцентрированы главным образом в крупных городах, особенно в столице.

Источники: 2, 14, 24.



Кто и за что платит?

Согласно новому закону о медицинском страховании 2001 г., жители страны располагают возможностью принимать участие в трех различных системах медицинского страхования. Основная система – это обязательное медицинское страхование всего населения, не предусматривающее выхода из этой системы и включающее пакет основных медицинских услуг, финансирование которых обеспечивается Хорватским институтом медицинского страхования. Дополнительное медицинское страхование является добровольным и предоставляется вышеуказанным Институтом и частными страховыми компаниями. Страховые взносы в Институт вносятся населением или от его имени. Именно этот механизм обеспечивает всеобщий охват жителей Хорватии медицинским страхованием. Помимо обязательных страховых взносов в Институт, другие источники финансирования включают центральный государственный

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.

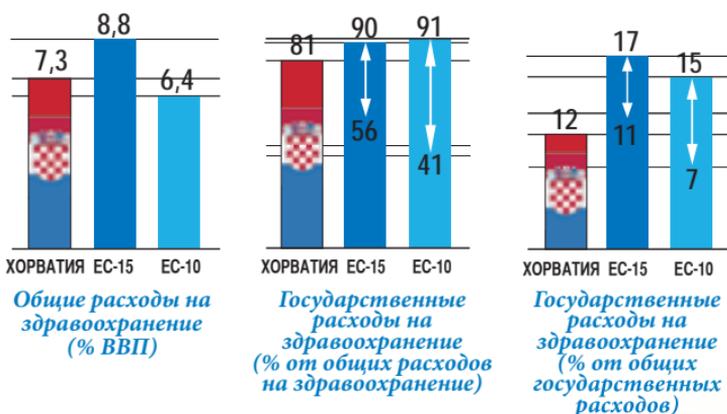


бюджет, бюджет округов, взносы в рамках добровольного дополнительного медицинского страхования и соплатежи населения.

В 2002 г. парламент одобрил систему дополнительного (добровольного) медицинского страхования, обеспечивающую охват всех видов долевого участия в оплате лекарственных средств, диагностических процедур, больничного лечения, приобретения изделий медицинского назначения и других услуг, не охваченных системой обязательного медицинского страхования. Кроме того, существует практика прямой оплаты услуг медиков, не имеющих какого-либо контракта с государственными или частными учреждениями медицинского страхования.

Наблюдаются изменения в структуре расходов на здравоохранение. В частности, снижается доля расходов на первичную медико-санитарную помощь и увеличивается доля расходов на специализированную медицинскую помощь и медикаменты. Почти 55% общих расходов на здравоохранение приходится на стационарную медицинскую помощь.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА



Население, живущее ниже национальной черты бедности: 10%, менее 2% населения живут менее чем на 2 долл. США в день.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Дефицит государственного бюджета является большим, и одной из важнейших его составляющих является дефицит финансирования здравоохранения. В процессе вступления в ЕС этот дефицит должен быть уменьшен, из чего следует, что со временем появится сильное давление сократить государственные расходы на здравоохранение.
- Государственные и частные страховщики предлагают добровольное дополнительное медицинское страхование.
- Расходы на медицинскую помощь резко возросли. Для решения этой проблемы страна нуждается в обеспечении большей подотчетности поставщиков медицинских услуг в государственном секторе и в повышении эффективности механизмов, которыми Институт медицинского страхования пользуется при оплате оказанных услуг.
- В настоящее время появились призывы сместить большую долю финансового бремени непосредственно на пациентов, используя для этой цели механизмы соплатежей или дополнительного медицинского страхования, что, однако, должно сочетаться с повышением подотчетности и контроля расходов со стороны поставщиков медицинских услуг.

Источники: 2, 8, 15.

Как была реформирована система здравоохранения страны?



Ниже приведен перечень ряда наиболее важных усилий по реформированию здравоохранения, предпринятых в последнее время в Хорватии.

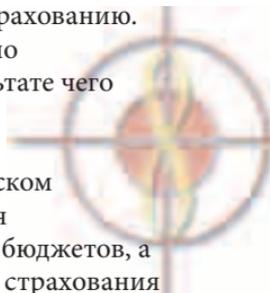
- В 1999 г. был начат финансируемый ВБ проект “Новое направление политики здравоохранения”, который должен быть закончен к декабрю 2005 г.
- В 2000 г. был принят план реформирования здравоохранения, предусматривающий достижение трех основных целей: повышение ожидаемой

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



продолжительности жизни; улучшение качества жизни с точки зрения здоровья; уменьшение неравенства в отношении здоровья и доступности медицинской помощи.

- В 2001 г. в рамках реформирования здравоохранения и системы медицинского страхования было принято новое законодательство по медицинскому страхованию. Было децентрализовано управленческое звено системы медицинского страхования, в результате чего центральные руководящие органы заменили 113 полуавтономных учреждений.
- В 2004 г. был принят новый закон о медицинском страховании, который содержит разъяснения относительно государственного и окружных бюджетов, а также ответственности Фонда медицинского страхования за субсидирование охвата медицинским страхованием конкретных групп населения и внедрения новой системы соплатежей населения.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- В плане реформирования указывается на необходимость укрепления институционального потенциала и финансовой устойчивости сектора здравоохранения.
- Значительной проблемой продолжает оставаться применение и расширение механизмов и подходов, основанных на принципах общественного здравоохранения.
- Создание и развитие интегрированной информационной системы здравоохранения – это одно из ключевых обязательств, взятых на себя правительством. В частности, современные информационные технологии будут внедряться на уровне первичной медицинской помощи, стационаров и центральной системы мониторинга финансирования.
- Центры телемедицины, как считается, представляют собой интересное направление развития здравоохранения в будущем.

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

РЕШЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ С ПОМОЩЬЮ ДЕЙСТВИЙ НА УРОВНЕ РЕГИОНОВ

Сердечно-сосудистые болезни – это основная причина смертности населения. Однако надежные данные о факторах риска развития этих болезней были получены только недавно. В 2003 г. было проведено исследование среди граждан в возрасте 18 лет и старше, схема которого предусматривала стратификацию по регионам. Это был первый репрезентативный опрос населения, проведенный в Хорватии. Благодаря ему были выявлены следующие шесть основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): ожирение, высокое кровяное давление (гипертензия), курение, недостаточная физическая активность, высокий уровень потребления алкоголя, неадекватное питание. Кроме того, в ходе проведенного опроса были выявлены поразительные различия в распределении этих факторов риска внутри страны. Так, например, неадекватное питание, как оказалось, является серьезной проблемой для восточной части страны, в то время как в южной ее части эта проблема практически не существует. Недостаточная физическая активность была ведущим фактором риска в Загребе, где масштабы этой проблемы были почти в два раза больше, чем в других регионах, в то время как высокий уровень употребления алкоголя был особенно острой проблемой для южной части страны.

Хотя Хорватия и имеет национальную программу и национальные рекомендации по профилактике ССЗ, фактические данные безоговорочно указывают на необходимость децентрализованного их выполнения и

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



активного участия местных правительств. К счастью, это уже происходит. Так, например, в округе Истрия была разработана своя собственная политика здравоохранения, в которой борьба с сердечно-сосудистыми болезнями входит в число ключевых приоритетов. Ведущие заинтересованные стороны в Истрии – окружной институт общественного здравоохранения и окружная больница – разработали окружной план действий по профилактике этих болезней и опубликовали его в Хорватском электронном журнале общественного здравоохранения.

Непосредственным результатом этой работы является возросший интерес к использованию подходов, ориентированных на нужды регионов. Так, например, Хорватская академия медицинских наук организовала симпозиум о территориальном распределении рисков ССЗ среди населения. В ряде регионов был достигнут значительный прогресс в мониторинге здоровья населения, что позволило организаторам здравоохранения на национальном и региональном уровнях скорректировать свои программы и выбрать приоритетные направления лечебно-профилактической работы на основе фактических данных о факторах риска.

Источники: 26.



Какую работу проводит Региональное бюро в Хорватии?

Страновой офис в Хорватии открылся в Загребе в 1993 г. Некоторые из основных направлений деятельности страны и Регионального бюро в 2004–2005 гг. включали следующее:

- профилактика неинфекционных болезней (рак, диабет, психические расстройства);

ЕС-25: нынешние члены ЕС. ЕС-15: члены ЕС до 1 мая 2004 г.

- решение вопросов, связанных с образом жизни, например, в таких областях, как борьба с курением и злоупотреблением наркотическими средствами и улучшение питания и поведения молодежи в отношении здоровья;
- обеспечение безопасности воды;
- улучшение финансирования здравоохранения;
- разработка и развитие национальной политики в области лекарственных средств.

На 2006–2007 гг. определены следующие направления сотрудничества:

- укрепление системы здравоохранения особенно в таких областях, как ее финансирование и обучение персонала по вопросам первичной медико-санитарной помощи;
- усиление работы по профилактике неинфекционных болезней;
- улучшение систем предупреждения об инфекционных болезнях и реагирования на них.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Министерство здравоохранения и социального обеспечения
(<http://www.mzss.hr>, на хорватском яз.)

Академия медицинских наук Хорватии
(<http://www.amzh.hr/eng/index-eng.htm>)

Национальный институт общественного здравоохранения Хорватии
(<http://www.hzjz.hr>)

Хорватский институт медицинского страхования
(<http://www.hzzo-net.hr>)

Хорватский институт радиационной защиты
(<http://www.hzzz.hr>, на хорватском яз.)

Хорватский институт трансфузионной медицины
(<http://www.hztm.hr>, на хорватском яз.)

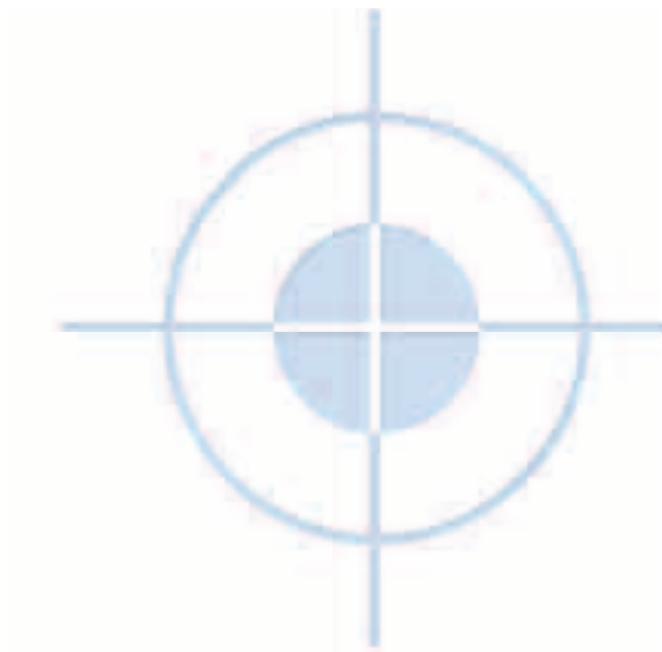
Бюро контроля лекарственных средств и борьбы со злоупотреблением наркотиками (<http://www.uredzadroge.hr>, на хорватском яз.)

Агентство по продуктам и изделиям медицинского назначения (<http://www.almp.hr>)

ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



Хорватская палата врачей (<http://www.hlk.hr>, на хорватском яз.)
Хорватская медицинская ассоциация (<http://hlz.mef.hr>)
Хорватская палата врачей-биохимиков (<http://www.hkmb.hr>, на хорватском яз.)
Хорватская палата фармацевтов (<http://www.hljik.hr/>)
Хорватская палата стоматологов (<http://www.hsk.hr/engl>)
Хорватская ассоциация медицинских сестер (<http://www.hums.hr>, на хорватском яз.)
Хорватский портал здравоохранения (<http://www.zdravlje.hr>, на хорватском яз.)
Красный Крест Хорватии (<http://www.hck.hr>)



ЕС-10: страны, присоединившиеся к ЕС 1 мая 2004 г.



БИБЛИОГРАФИЯ

1. Worldguide [web site]. Melbourne, Lonely Planet, 2005 (<http://www.lonelyplanet.com/worldguide>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
2. Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/hfadb>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
3. *Euro foreign exchange reference rates*. Frankfurt, European Central Bank, 2005 (<http://www.ecb.int/stats/eurofxref/eurofxref-hist.xml>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
4. Human Development Index. In: *Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world*. New York, United Nations Development Programme, 2004:139–250 (http://hdr.undp.org/reports/global/2004/pdf/hdr04_HDI.pdf, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
5. *The world factbook 2005*. Washington, DC, United States Central Intelligence Agency, 2005 (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
6. HiT country profiles [web site]. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2005 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
7. *The Times comprehensive atlas of the world*, 11th ed. London, Times Books, 2003.
8. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. – Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (http://www.who.int/whr/2005/overview_ru.pdf, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
9. Healthy life expectancy 2002 [web site]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/hale/hale>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
10. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения*. Копенгаген, Европейское

региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E87325R.pdf?language=Russian>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).

11. Tobacco control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://data.euro.who.int/tobacco>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
12. *World drug report 2005*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2005 (http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
13. WHO Global InfoBase Online: country profiles [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web//InfoBasePolicyMaker/CountryProfiles/ListCountries.aspx, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
14. *The global health atlas*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/health_mapping/tools/globalatlas/en, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
15. World development indicators 2005 [web site]. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/wditext/Index.htm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
16. *Country strategic health needs: report and priorities for WHO collaboration, 2004–2010*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (серия неопубликованных документов).
17. Централизованная информационная система по инфекционным заболеваниям [онлайн база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://cisid.who.dk>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
18. *Bosnia and Herzegovina: poverty assessment*. Washington, DC, World Bank, 2003 (report 25343-BiH).
19. *Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of return of refugees and displaced persons*. Geneva, United Nations High Commission for Refugees, 2001.
20. *National census, 2001*. Sofia, National Statistical Institute of the Republic of Bulgaria, 2001 (<http://www.nsi.bg/Census/Census.htm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.) (на болгарском яз.).



21. Mental health atlas 2005 [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
22. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
23. Census of Population, Households and Dwellings, 31st March 2001 [web site]. Zagreb, Croatian Central Bureau of Statistics, 2005 (<http://www.dzs.hr/Eng/Census/census2001.htm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
24. *Statistical yearbook 2004*. Zagreb, Central Bureau of Statistics of the Republic of Croatia, 2004.
25. *Croatian Health Service yearbook 2004*. Zagreb, Croatian Institute of Public Health, 2004.
26. Kern J et al. Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide evidence for developing policy recommendations. *BMJ*, 2005, 331:208–210.
27. *Перепись населения Российской Федерации, 2004 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики, 2004 г.
28. *Россия в цифрах, 2004 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики, 2004 г.
29. *Россия в цифрах, 2005 г.* Москва, Федеральная служба государственной статистики, 2005 г.
30. WHO Statistical Information System (WHOSIS) [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
31. *Security Council resolution 1244 (1999)*. New York, United Nations, 1999 (<http://www.unmikonline.org/press/reports/N9917289.pdf>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
32. *Statistical yearbook of the Republic of Serbia, 2003*. Belgrade, Statistical Office of the Republic of Serbia, 2003.

33. *Health status, health needs and utilization of health services of the population of Serbia in 2000*. Belgrade, Institute of Public Health Network in Serbia, 2002.
34. *Serbia. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Fact sheet*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/factsheets/2003/Serbia_factsheet.htm, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
35. *Serbia and Montenegro: poverty reduction strategy paper*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2004 (IMF Country Report No 04/120; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sr/2004>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).
36. *Turkish demographic and health survey, 2003*. Ankara, Hacettepe University, Institute of Population Studies, 2004 (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/dokumantasyon.htm>, по состоянию на 10 ноября 2005 г.).



ГЛОССАРИЙ

Бремя болезней

Оценки бремени болезней основаны на данных о смертности и заболеваемости в разбивке по половозрастным группам и регионам с суммированием их в виде таких показателей, как годы здоровой жизни и утраченные годы здоровой жизни (DALYs).

ВВП на душу населения

Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения – это показатель, представляющий собой совокупную рыночную стоимость всего объема конечного производства товаров и услуг на территории страны за определенный период на одного человека. Он обычно выражается в международных долларах – общая валютная единица, в которой учитываются различия в относительной покупательной способности валют, но в данной публикации ВВП дается в эквиваленте евро. Цифры, выраженные в международных долларах, рассчитываются с использованием паритетов покупательной способности, представляющих собой коэффициенты пересчета, позволяющие обеспечить учет различий в уровнях цен между странами.

Государственные расходы на здравоохранение

Государственные расходы на здравоохранение представляют собой сумму налоговых средств, отчисляемых на нужды здравоохранения, взносов в систему социального страхования и внешних ресурсов (без двойного подсчета государственных средств, направляемых на социальное обеспечение, и внебюджетных средств).

Доля иждивенцев

Показатель, используемый в демографических исследованиях для измерения доли населения, экономически зависящего от трудоспособного населения. Он рассчитывается как сумма людей в возрастных группах 0–14 лет и 60 или 65 лет

и более (в зависимости от установленного в данной стране пенсионного возраста), делимого на число людей в возрасте, соответственно, 15–59 лет или 15–64 года. Для целей доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. (источник, используемый в настоящей публикации) он рассчитывается как сумма людей в возрасте 0–14 лет и 65 лет и старше, поделенная на число людей в возрасте 15–64 года.

Индекс человеческого развития

Индекс человеческого развития – это обобщающий комплексный показатель, позволяющий измерить усредненные достижения страны по трем основным аспектам человеческого развития: продолжительности жизни, уровню знаний и удовлетворительному уровню жизни. Продолжительность жизни измеряется с помощью ожидаемой продолжительности жизни при рождении; уровень знаний – с помощью суммирования показателя грамотности взрослого населения и комбинированных показателей первичного, вторичного и третичного образования; уровень жизни – с помощью ВВП на душу населения.

Младенческая смертность

Число младенцев, которые умирают не достигнув одного года, на 1000 живорожденных.

Ожидаемая продолжительность жизни

Среднее количество лет, которое, как ожидается, человек проживет при условии, что нынешние показатели смертности для каждой возрастной группы останутся неизменными.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы) населения в целом

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) – это показатель, рассчитываемый на основе ожидаемой продолжительности жизни с поправкой на период времени,



прожитый с неудовлетворительным состоянием здоровья. Он выражает число лет с хорошим здоровьем, которые человек (новорожденный или 60-летний), как ожидается, проживет, исходя из нынешних показателей смертности и нынешнего распределении состояний здоровья среди населения.

Общие государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Государственные расходы на здравоохранение представляют собой сумму таких составляющих, как налоговые средства, отчисляемые на нужды здравоохранения, взносы в систему социального страхования и внешние ресурсы (без двойного подсчета государственных средств, направляемых на социальное обеспечение, и внебюджетных средств). Общие государственные расходы соответствуют сумме расходов на всех уровнях правительства, территориальных органов самоуправления (центральное/федеральное правительство и окружные/областные/районные/муниципальные/местные органы власти), учреждений социального обеспечения и внебюджетных средств, включая капитальные расходы.

Общие потери ожидаемой продолжительности жизни (%)

Данный показатель, выраженный в %, представляет собой ту долю общей продолжительности жизни, которая была потеряна из-за менее чем удовлетворительных состояний здоровья.

Общие расходы на здравоохранение (% от ВВП)

Общие расходы на здравоохранение представляют собой сумму государственных и частных расходов на здравоохранение.

Общий коэффициент фертильности

Среднее число детей, которое имела бы гипотетическая когорта женщин в конце их репродуктивных лет жизни, при условии, что показатели фертильности для данного периода остаются неизменными и что никто из этих женщин не умер.

Этот коэффициент выражается в виде числа детей на одну женщину.

Общий уровень безработицы

Та доля, которую безработные составляют от числа общего социально активного населения в возрасте 15–64 года.

Ожирение

Ожирение – это избыточное развитие жировой ткани до масштабов, когда это наносит ущерб здоровью человека. Обычно это состояние определяется с помощью индекса массы тела (ИМТ), основанного на соотношении веса и роста. Многие работники здравоохранения считают этот показатель наиболее удобным для практического использования. Избыточная масса тела определяется как ИМТ, равный 25–29 кг/м². Ожирение определяется как ИМТ ≥ 30 кг/м². Ожирение тесно коррелирует с патологическими состояниями и смертностью. Нынешняя пандемия ожирения отражает произошедшие в последние 20–30 лет глубокие социальные изменения, которые способствовали развитию сидячего образа жизни и изменению рациона питания в сторону потребления высококалорийных продуктов с большим содержанием жиров.

Показатель ежегодного прироста населения (%)

Показатель, используемый в демографических исследованиях для оценки среднего изменения размеров населения из года в год.

Стандартизированный коэффициент смертности

Число смертей (обычно на 100 000 населения), скорректированное на возрастную структуру стандартного европейского населения.

Утраченные годы здоровой жизни (DALYs)

Суммарный показатель, отражающий то влияние на здоровье населения, которое оказывают болезни, инвалидность и смертность.



ПРИМЕЧАНИЯ



ПРИМЕЧАНИЯ



ПРИМЕЧАНИЯ



ПРИМЕЧАНИЯ



Сербия



Румыния



Болгария



Босния и Герцеговина



Северная Македония



Албания



Россия



Молдова



Украина



Турция



Грузия



Армения

ПРИМЕЧАНИЯ



Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия и Черногория
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Чешская Республика
Швеция
Швейцария
Эстония

С 1 мая 2004 г. число членов Европейского союза (ЕС) увеличилось до 25, и 12 стран стали его новыми соседями. Члены ЕС различаются как по состоянию здоровья населения, так и по характеру и истории развития национальных систем здравоохранения. В этой связи интересно проанализировать ситуацию в области здравоохранения каждого из новых соседей ЕС, сравнивая их со странами Союза, а именно с его членами до и после 1 мая 2004 г., а также со всеми его нынешними 25 членами.

Настоящая книга позволяет быстро и легко ознакомиться с важнейшими данными о состоянии здоровья населения и системах здравоохранения в государствах, граничащих с ЕС. В каждой главе приведен краткий обзор основных показателей здоровья в конкретной стране в сопоставлении с тремя усредненными показателями в ЕС, а именно с показателями, характерными для его 25 нынешних членов, 15 членов в период до мая 2004 г. и 10 новых членов. В каждой главе также дается краткий обзор основных характеристик системы здравоохранения страны, равно как и результатов десятилетнего процесса реформирования здравоохранения.

Данную публикацию следует рассматривать не как углубленный научный труд, а как легкий для использования справочник по имеющимся знаниям, помогающий ознакомиться с важнейшими фактами о состоянии общественного здоровья и системах здравоохранения в 12 странах, ставших новыми соседями ЕС.

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл. адрес: postmaster@euro.who.int

Web site: www.euro.who.int

ISBN 92 890 4381 4



9 789289 043816