





01

Ситуация сегодня:
здоровье
населения
в Европе
и аргументы
в пользу политики
Здоровье-2020

Средняя продолжительность жизни населения Европы сегодня выше, чем когда бы то ни было ранее, и показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ также повысились. Однако, как отмечается в этой главе, благоприятные сдвиги, достигнутые в последние десятилетия, неравномерно распределяются по Региону, и не все группы населения в равной степени пользуются их плодами. В некоторых странах уровень здоровья и продолжительность жизни фактически снизились, углубив разрыв в показателях здоровья между странами Региона. Подобная ситуация недопустима для Региона, обладающего колоссальными богатствами и имеющего давние традиции общественного здравоохранения, и требует безотлагательного осуществления новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 (1).

В Европейском регионе происходят важные демографические и эпидемиологические изменения, которые формируют будущие потребности в укреплении здоровья, профилактике болезней и предоставлении медицинской помощи. Однако темпы и интенсивность подобных изменений в разных странах и в разных группах населения различны, что порождает новые проблемы и разнообразие медико-санитарных ситуаций, требующих каждый раз особых подходов. В этом динамичном контексте перед европейским здравоохранением встает ряд важных задач, на решение которых направлена политика Здоровье-2020 (1). Информация, представленная в этой главе, в основном отражает данные, полученные Европейским региональным бюро ВОЗ от стран (вставка 1). Она дает возможность обозначить ключевые направления, лежащие в основе политики Здоровье-2020, выявить характерные тенденции, требующие внимания, и определить исходные позиции для мониторинга прогресса в достижении поставленных приоритетных целей и в областях, намеченных для стратегических действий.

Демографические тенденции

Рост численности и старение населения

К 2010 г. численность населения 53 стран Европейского региона достигла почти 900 млн, увеличившись с 1990 г. на 5% (6). Прогнозы показывают, что начиная с 2010 г. и в последующие десятилетия численность населения Региона в целом существенно не изменит-

Вставка 1

Подход, использованный при составлении графиков и интерпретации данных

- Данные, представленные в настоящем докладе, в основном взяты из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (6) в соответствии со сведениями, поступающими в Европейское региональное бюро ВОЗ из стран и других международных организаций.
- Хотя Европейский регион ВОЗ включает 53 страны, число показанных стран с данными за тот или иной год может варьировать вследствие различий в отчетности или доступности данных по разным индикаторам.
- Среднее значение для Европейского региона по любому конкретному индикатору получено на основе средневзвешенных по численности населения национальных показателей. В отличие от предыдущих докладов о состоянии здравоохранения в Европе, в настоящем докладе не представлены усредненные данные по субрегиональным группам стран. Разработка нового эффективного подхода к представлению субрегиональных данных, которые точно отражают современную ситуацию и полезны для мониторинга прогресса в достижении целей политики Здоровье-2020, является одной из актуальных задач измерения и анализа, отмеченных в последней главе этого доклада.
- Белые области на графиках показывают тенденции, в основном за период 1980–2010 гг., и отражают минимальные и максимальные страновые значения по конкретному индикатору за определенный год (см. рис. 1). Соответственно, указанные минимальные и максимальные значения за разные годы могут относиться к различным странам. Страны Региона различаются по размеру, и для стран с меньшей численностью населения относительно небольшое число зарегистрированных случаев может определять минимальное или максимальное значение показателя.
- Эти особенности частично объясняют появление некоторых резких пиков в белых областях графиков. Вместе с тем иногда подобные пики могут отражать экстремальные ситуации, например повышение уровня смертности (или снижение ожидаемой продолжительности жизни) после масштабных природных бедствий или антропогенных катастроф.

Максимальные страновые значения

Европейский регион, среднее

Минимальные страновые значения

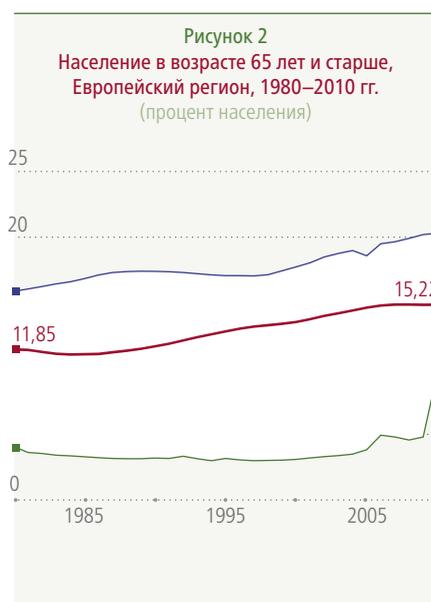
ся, а в некоторых странах фактически снизится (7). Этой тенденции способствует ряд факторов, в том числе: низкие значения общего коэффициента рождаемости (рис. 1) при коэффициентах фертильности ниже 1,75 ребенка на женщину и относительная стабильность или медленный рост общих коэффициентов смертности и входящих миграционных потоков. В период между началом 1990-х и началом 2000-х годов уже документировано сокращение численности (отрицательный ежегодный прирост) населения в странах Центральной и Восточной Европы.

Население Европейского региона стремительно стареет. По проведенным оценкам, к 2010 г. люди в возрасте 65 лет и старше составляли 15% всего населения (рис. 2). Это означает, что за период с 1980 г. численность данной возрастной группы увеличилась почти на 30%; она является самым быстрорастущим сегментом населения. Однако доля людей в возрасте 65 лет и старше в странах Региона существенно различается – от более 20% (при продолжающемся росте) до 5% (с потенциальной тенденцией к дальнейшему снижению). Несмотря на это, по имеющимся прогнозам, к 2050 г. к этой возрастной группе будет принадлежать свыше 25% всего населения Европейского региона.

В целом старение населения связано с усилением контроля за инфекционными болезнями на ранних этапах жизни, более поздним развитием неинфекционных хронических заболеваний и снижением уровня преждевременной смертности; все это отражает



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

улучшение условий жизни и медицинского обслуживания. Однако необходимо, чтобы меры по обеспечению и укреплению социальной интеграции, безопасности и благосостояния – наряду с приведением целого ряда медицинских и социальных услуг в соответствие с потребностями стареющего населения с учетом этого хорошо документированного феномена и его ожидаемых последствий – оставались высокоприоритетными и получали необходимые ресурсы, применительно к условиям каждой страны (8).

Структура и распределение населения

Дополнительный фактор, влияющий на демографические сдвиги в Европе, – это миграция. Основные способствующие причины – природные бедствия и техногенные катастрофы, а также социальные, экономические и политические потрясения. На основании представленных данных, расчетное число мигрантов, проживающих в Европейском регионе, составляет 73 млн; это примерно 8% от общей численности населения, причем 52% всех мигрантов составляют женщины. За счет миграции численность населения Региона с 2005 г. увеличилась на 5 млн человек; в период между 2005 и 2010 г. на эту группу приходилось почти 70% прироста населения.

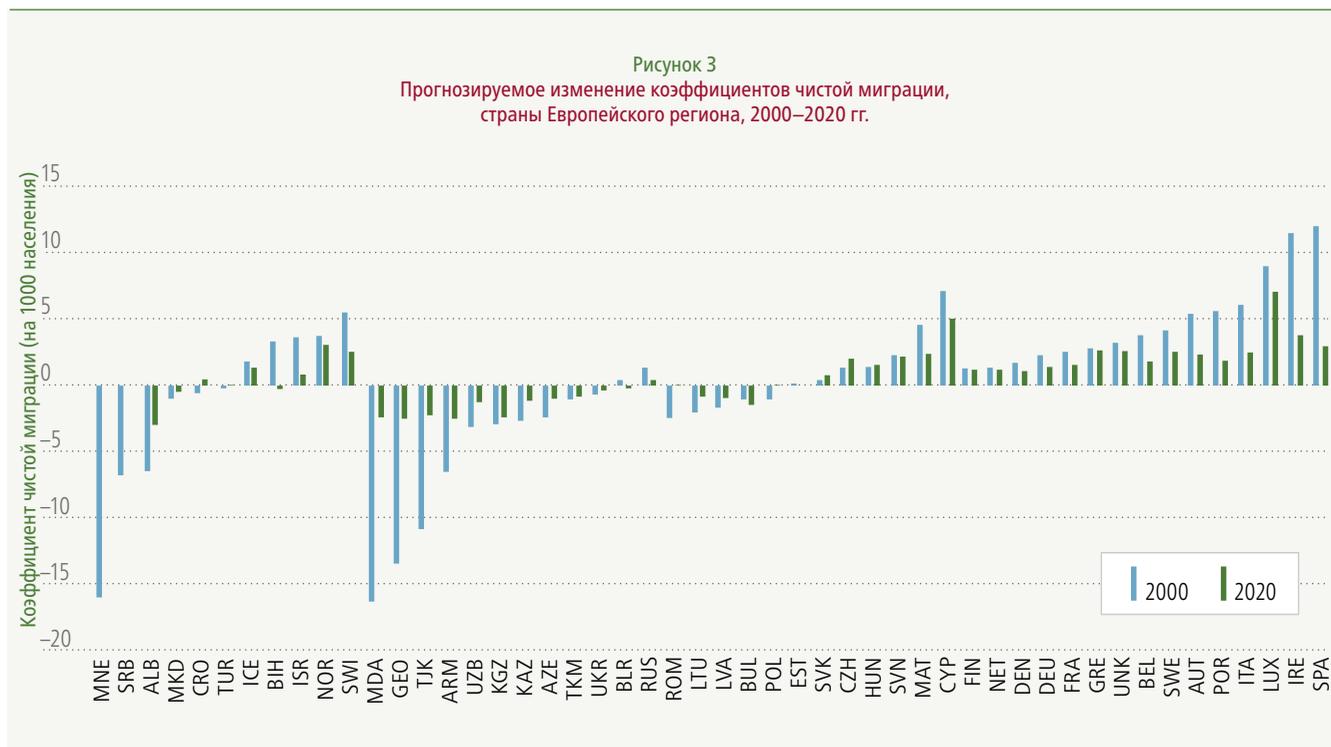
Имеющиеся данные по оценке чистой миграции и прогнозам до 2020 г. позволяют документально обосновать и предсказать кардинальные изменения и различия между странами Региона. На рисунке 3 показан прогнозируемый уровень чистой миграции в 2020 г. по сравнению с исходным уровнем (2000 г.) в странах Европейского региона.

Долгосрочное влияние миграции на устойчивый рост численности и структуру населения остается неясным. Некоторые факты имеют веское документальное подтверждение: мигранты, по сравнению с остальной массой населения, как правило, моложе, менее экономически обеспечены, подвержены более высокому риску инфекционной заболеваемости и имеют более ограниченный доступ к медицинским услугам. В связи с этим государственная политика нуждается в скоординированных межсекторальных стратегиях, в которых уделялось бы особое внимание текущим и будущим потребностям мигрантов. Следует всемерно развивать обмен опытом и фактическими данными по реализации и оценке таких стратегий, осуществляемых в системах здравоохранения и других социальных и экономических системах в различных странах Европейского региона.

Географическое распределение населения в Регионе дает дополнительную информацию, важную для политики здравоохранения. В 2010 г. около 70% всего населения проживало в городских условиях, и ожидается, что к 2045 г. этот показатель превысит 80% (9). Однако доля городского населения различается по странам – от более 85% примерно в 10 странах до менее 50% в 8 странах. Городское и сельское население нередко различается по широкому спектру воздействующих социальных детерминант здоровья, включая доступность медико-санитарных и других услуг (см. ниже в разделе о социальных детерминантах и неравенствах в отношении здоровья). Точно так же в крупных городах могут параллельно существовать весьма различные социальные и экономические условия, в связи с чем страны реализуют различные стратегии, направленные, например, на противодействие социальному отчуждению или процессам, приводящим к росту уязвимости к болезням в определенных группах населения.

Эпидемиологическая ситуация и тенденции

Помимо демографических сдвигов для Европейского региона характерны важные эпидемиологические изменения в показателях смертности, являющиеся отражением изменений структуры смертности



в разных половозрастных группах, а также структуры заболеваемости и причин инвалидности. В последующих разделах проиллюстрированы тенденции, обозначены отправные точки для реализации политики Здоровье-2020 и представлена информация по основным направлениям действий по укреплению здоровья, профилактике болезней и совершенствованию систем здравоохранения в Регионе.

Вставка 2 Демографические тенденции – ключевые положения

- Хотя численность населения Европы достигла почти 900 млн, снижение коэффициентов фертильности во многих странах Региона означает, что в ближайшем будущем рост прекратится.
- Население быстро стареет; по оценочным прогнозам, к 2050 г. люди в возрасте 65 лет и старше будут составлять свыше 25% населения Европейского региона.
- На демографические сдвиги, происходящие в Европе, влияет миграция.
- Доля населения, проживающего в городских районах, достигла в 2010 г. почти 70% и, по прогнозам, к 2045 г. превысит 80%; как следствие этого, люди подвергаются воздействию различных факторов риска и детерминант здоровья.

Ожидаемая продолжительность жизни

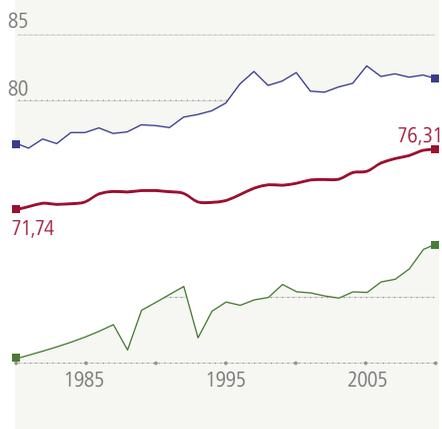
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Общий показатель ожидаемой продолжительности жизни широко используется в качестве показателя здоровья населения, хотя рассчитывается исходя из значений коэффициента смертности. Одним из главных успехов Европейского региона является то, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 1980 г. на 5 лет и к 2010 г. достигла 76 лет. Это соответствует среднегодовому приросту на 0,17 года в течение этого периода, при устойчивой восходящей динамике за исключением двух участков снижения – около 1984 и 1993 гг.

Однако средний показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении варьирует по странам, в 2010 г. – от 82,2 до 68,7 лет, что составило разброс в 13,5 лет (рис. 4). В плане неравенств между странами можно выделить три отдельных периода. В 1980-е годы самые высокие и самые низкие уровни сближались, то есть масштабы неравенств сокращались. После этого, с середины 1990-х годов, они медленно увеличивались, совпадая по времени со значительными социальными, политическими и экономическими переменами в восточной части Региона. Начиная с 2006 г. вновь происходит медленное сближение верхних и нижних крайних значений.

Кроме того, в Европейском регионе ожидаемая продолжительность жизни при рождении различается у мужчин и женщин – одно из стойких и фундаментальных неравенств в Регионе. В 2010 г. ожидаемая продолжительность жизни женщин достигла в среднем 80 лет, в то время как мужчины жили в среднем 72,5 года – разрыв в 7,5 года. Как показано на рисунке 5, по средним показателям ожидаемой продолжительности жизни мужчины отстают от женщин на целое поколение: в 2010 г. мужчины еще не достигли того среднего уровня, который женщины имели уже в 1980 г. Также в большей степени

Рисунок 4
Ожидаемая продолжительность жизни
при рождении,
Европейский регион, 1980–2010 гг.
(ожидаемая продолжительность жизни
при рождении, число лет)



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

выражены неравенства между странами по средней продолжительности жизни мужчин по сравнению с аналогичным показателем для женщин, особенно в период после 1993 г.

Значительные неравенства по показателю средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении документально подтверждены в 46 странах, представивших данные за 2006–2010 гг. (рис. 6): в 26 странах она выше, а в 20 – ниже среднего значения по Региону. Неравенства особенно заметны, когда показатели ожидаемой продолжительности жизни анализируются в разбивке по полу (рис. 7). В среднем разброс между странами более выражен для мужчин (17 лет), чем для женщин (12 лет).

За небольшими исключениями, особенно заметны различия в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в тех странах, где общие уровни продолжительности жизни более низкие (например, меньше 80 лет у женщин). Наименьшие различия этого показателя в зависимости от пола (4 года и меньше) наблюдаются в таких странах, как Израиль, Исландия, Нидерланды, Соединенное Королевство и Швеция, в то время как в Беларуси, Казахстане, Литве, Российской Федерации, Украине, Черногории и Эстонии разрыв составляет 10 лет и больше. Это свидетельствует о том, что по мере роста общей продолжительности жизни в странах параллельно повышается уровень социальной справедливости и неравенства между мужчинами и женщинами сокращаются, что, видимо, позволяет со-



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

мневаться в незыблемости биологического объяснения более высокой продолжительности жизни у женщин. Для сокращения неравенств в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами необходимо воздействовать на социальные детерминанты здоровья, включая формирование более сбалансированных гендерных норм, ролей и моделей поведения, в равной степени позволяющих мужчинам и женщинам достигать наивысшего возможного уровня здоровья.

Рисунок 6

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Рисунок 7

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин и женщин, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у пожилых людей

Все больше людей в Европейском регионе живут дольше 65 лет. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет у мужчин составляет в среднем 15,5 лет (рис. 9); пожилые женщины живут примерно на 4 года дольше, чем пожилые мужчины. В среднем, как и в случае ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 65-летние мужчины в 2010 г. не могли рассчитывать на такую же предстоящую продолжительность жизни, какую женщины того же возраста достигли еще в 1980 г. В отдельных странах также наблюдаются значительные неравенства между мужчинами и женщинами по этому показателю.

Ожидаемую продолжительность жизни можно затем разбить на периоды, для того чтобы рассчитать для разных возрастных групп число лет, прожитых в состоянии неполного здоровья из-за сниженных возможностей жизнедеятельности или болезни; это полезный инструмент для планирования и осуществления политики здравоохранения. Хотя женщины в Европейском регионе живут в среднем на 7,5 лет дольше, чем мужчины, различие между полами в числе лет здоровой жизни составляет в среднем только 5 лет; это показывает, что женщины проживают меньшую по сравнению с мужчинами часть своей жизни в состоянии хорошего здоровья (10).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Поскольку население стареет, возникает необходимость в удовлетворении дополнительных потребностей в медико-санитарных услугах (в частности, по длительному уходу), а это, в свою очередь, требует соответствующего планирования, чтобы обеспечить службы надлежащим образом подготовленными работниками здравоохранения. В то же время здоровые пожилые люди являются источником полезного опыта и знаний, ценным ресурсом для своих семей и местных сообществ и входят в состав формальной и неформальной рабочей силы. Мониторинг состояния здоровья и благополучия граждан всех возрастов (включая тех, кому за 65) и на протяжении всей жизни обсуждается в главе 3.

Сценарий, угрожающий общему устойчивому росту продолжительности жизни в Европейском регионе, может стать реальностью, если экономические или социальные кризисы будут сопровождаться сокращением расходов на здравоохранение и другие службы и системы социальной защиты, увеличением масштабов экологических катастроф, повышением распространенности вредных для здоровья форм поведения и новых или возвращающихся опасных инфекционных болезней, в том числе с высоким пандемическим потенциалом. Для устойчивого среднего уровня прироста продолжительности жизни необходимы постоянные усилия, направленные на снижение смертности, особенно от болезней системы кровообращения и органов дыхания, инфекционных болезней и внешних причин, таких как травмы и отравления. В следующих разделах дается описание тенденций смертности в Европейском регионе.

Вставка 3

Ожидаемая продолжительность жизни – ключевые положения

- Одним из главных успехов Европейского региона является то, что ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась с 1980 г. на 5 лет и к 2010 г. достигла 76 лет.
- Средний показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении варьирует по странам, в 2010 г. – от 82,2 до 68,7 лет, что составило разброс в 13,5 лет.
- Неравенства в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, как правило, более выражены в странах с более низкими значениями этого показателя, например меньше 80 лет для женщин.
- В 2010 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин составила 80 лет, в то время как мужчины в среднем жили на 7,5 лет меньше – 72,5 года. Также в большей степени выражены неравенства между странами по средней продолжительности жизни мужчин по сравнению с аналогичным показателем для женщин, особенно в период после 1993 г.
- Все больше людей в Европейском регионе живут дольше 65 лет. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в возрасте 65 лет составляет в среднем 15,5 лет.

Смертность

Уровень смертности продолжает оставаться одним из самых надежных индикаторов для мониторинга ситуации и тенденций пагубного воздействия болезней на население. Владея информацией о масштабах смертности и подверженных ей группах, о причинах смерти и других способствующих факторах, можно более конкретно устанавливать приоритеты и разрабатывать стратегии, направленные на снижение бремени болезней, а также определять, какие из этих стратегий являются затратоэффективными и способствуют соблюдению принципов социальной справедливости в отношении снижения смертности и повышения благополучия.

Общая смертность

Общая смертность от всех причин в Европейском регионе продолжала снижаться; в 2010 г. стандартизированный по возрасту коэффициент смертности составил 813 случаев смерти на 100 000 населения (рис. 10). Однако начиная с 1993 г. стали углубляться различия между странами: самый высокий страновой показатель смертности составил 1261, а самый низкий – 497 на 100 000 населения, что определяет трехкратный масштаб неравенств, существующий в Регионе (рис. 11).

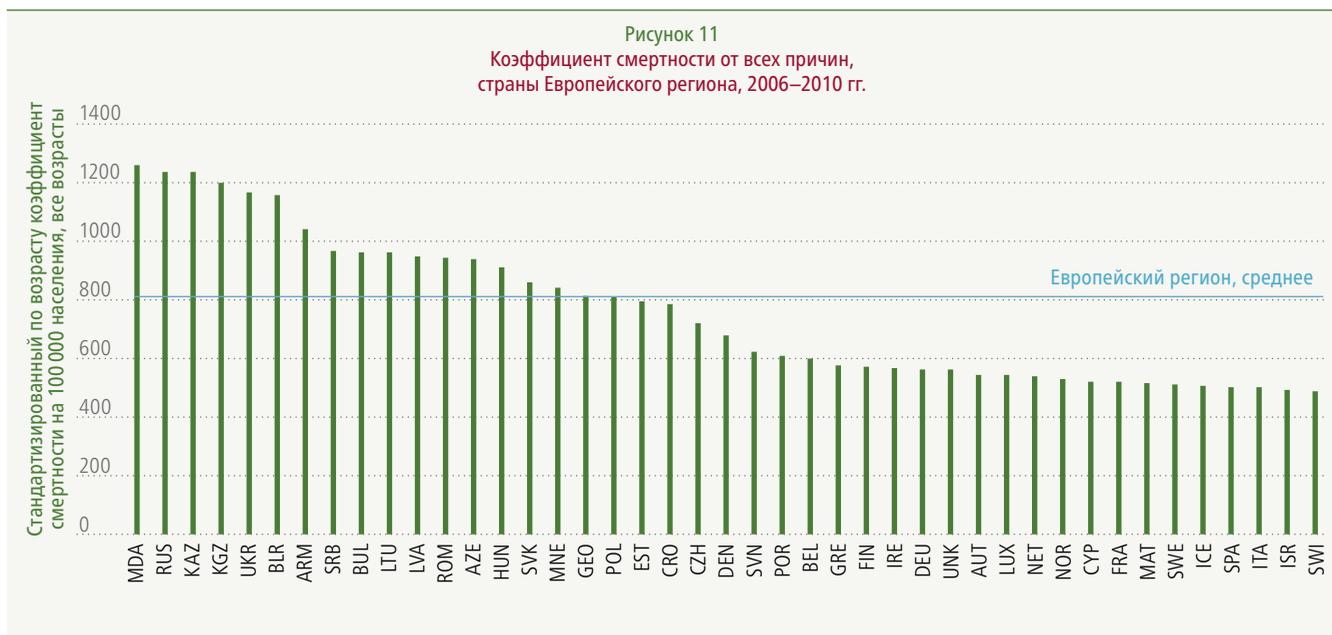


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Для смертности от всех причин характерен географический градиент с самыми высокими показателями в восточной и самыми низкими показателями в западной части Региона (рис. 12).

Зависимость от возраста

Возрастная структура смертности в Европейском регионе на графике представлена в виде J-образной кривой, которая обычно характерна для населения с более выраженными явлениями демографического сдвига и пользующегося преимуществами более высокого уровня социально-экономического развития. Средние показатели смертности от всех причин характеризуются низким или очень низким уровнем в ранние годы жизни вплоть до раннего взрослого возраста, а затем быстро растут – от двух- до трехкратного масштаба



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

летия – по снижению к 2015 г. уровня смертности детей младше 5 лет на две трети (12) – и для измерения достигнутого в странах прогресса.

За период с 1990 г. уровни младенческой смертности в Европейском регионе устойчиво снижались и являются самыми низкими в мире (рис. 15). Средний коэффициент младенческой смертности в 2010 г. (число смертей в возрасте до года по отношению к числу живорождений) составил 7,3 на 1000 – снижение на 53% за три десятилетия. Различия между странами уменьшились, особенно после 1997 г., но все еще могут быть весьма значительными: минимальные страновые значения составляют менее 50% от среднего уровня по Региону, а максимальные превышают его более чем на 60%.



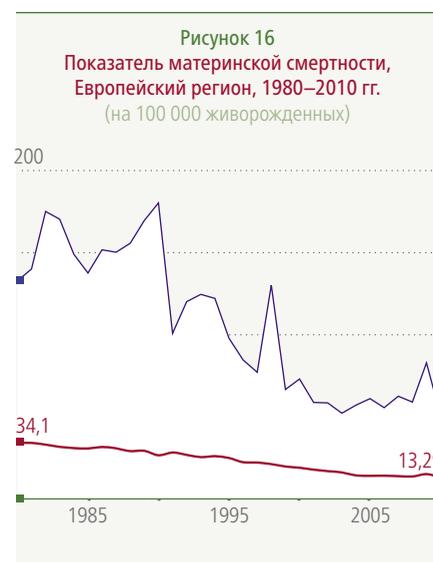
Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Данные о вероятности смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста (на графике не показаны) свидетельствуют о весьма сходных тенденциях: многие страны Европейского региона сообщают о снижении данного показателя. Большинство стран Региона добились существенного прогресса на пути к достижению ЦРТ-4, лишь в некоторых из них показатели детской смертности все еще высоки. Набор поставленных целевых ориентиров представляется достижимым для большинства европейских стран.

Материнская смертность – еще один важный индикатор как здоровья населения, так и гендерного равноправия. По коэффициенту материнской смертности можно судить о доступности и качестве медицинской помощи, которая предоставляется во время беременности, при родах и в послеродовой период. Кроме того, это основной индикатор достижения ЦРТ-5 (13) – снизить материнскую смертность на три четверти к 2015 г. Коэффициент материнской смертности в Европейском регионе составил в 2010 г. 13,3 случаев смерти на 100 000 живорождений. Различия между странами значительные: минимальные страновые значения составляют ниже 60% от среднего уровня по Региону, а максимальные превышают его более чем на 75% (рис. 16). За период с 1990 г. средний коэффициент материнской смертности снизился на 50%, и неравенства между странами сократились. Некоторый рост показателей материнской смертности в восточной части Региона в 2009 г., возможно, был обусловлен повышенной уязвимостью этого контингента в связи с пандемией гриппа, которая вызвала увеличение числа госпитализаций и тяжелых респираторных заболеваний во всем мире.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Основные причины материнской смертности – акушерское кровотечение, артериальная гипертензия и инфекция. Многие из этих состояний можно предотвратить, используя известные, подтвержденные научными данными затратоэффективные вмешательства (14). Кроме того, доказана прямая связь между материнской смертностью и социально-экономическим статусом женщины, включая уровень образования. Это подчеркивает важность учета гендерных норм и других социальных детерминант здоровья при осуществлении политики и вмешательств, а также строгого соблюдения принципа прав человека при оказании необходимых услуг, включая неотложную акушерскую помощь, которая не должна ложиться финансовым бременем на семьи.

Пожилые люди

Поскольку население Европы стареет, изучение тенденций в динамике смертности помогает предвидеть определенные проблемы, с которыми системы здравоохранения и другие системы социальной защиты столкнутся в будущем. Тенденции, наблюдаемые в широких возрастных группах (таких как люди в возрасте 65 лет и старше), позволяют лучше понять, какой подход потребуется системам здравоохранения для того, чтобы приспособиться к меняющимся нуждам населения и адекватно реагировать на них. Кроме того, следует внимательно отнестись к тому факту, что женщины живут дольше мужчин, но при этом большую, по сравнению с мужчинами, часть жизни проживают при более низком качестве здоровья, чаще страдают одновременно от нескольких заболеваний и в большей степени подвержены инвалидности (15). В Европейском регионе смертность от всех причин среди людей в возрасте 65 лет и старше в целом снижается, достигнув в 2010 г. самого низкого значения – 4549 на 100 000 населения, что на 25% ниже по сравнению с 1980 г. (рис. 17). Отмечаются значительные различия между странами: минимальные страновые значения составляют менее 20% от среднего уровня по Региону, а максимальные превышают его более чем на 40%. Необходимо тщательно отслеживать эти тенденции на региональном и страновом уровнях.

Вставка 4 Смертность – ключевые положения

- Хотя в Европейском регионе общая смертность от всех причин продолжает снижаться, тенденции в отношении показателей смертности указывают на значительный разрыв между группами стран.
- Возрастная структура смертности в Регионе характеризуется низкими или очень низкими показателями в ранние годы жизни и в раннем взрослом возрасте, а затем резким повышением.
- Показатели детской смертности (до 5 лет) в Европейском регионе самые низкие в мире: 79 случаев на 1000 живорожденных. Однако существуют выраженные различия в показателях между странами – от 50% ниже до 60% выше среднего уровня по Региону.
- Коэффициент материнской смертности в Регионе в 2010 г. составил 13,3 случая на 100 000 живорожденных – это на 50% меньше, чем в 1990 г., причем здесь также наблюдаются большие различия между странами.
- В Европейском регионе смертность от всех причин среди людей старше 65 лет снизилась, однако имеются существенные различия между странами в уровнях и структуре причин смертности. Эти тенденции помогут уже сегодня предвидеть определенные проблемы, с которыми системам здравоохранения придется столкнуться в будущем.

Причины смерти

Анализируя данные о смертности в разбивке по причинам смерти, можно установить их распределение и выраженность среди насе-

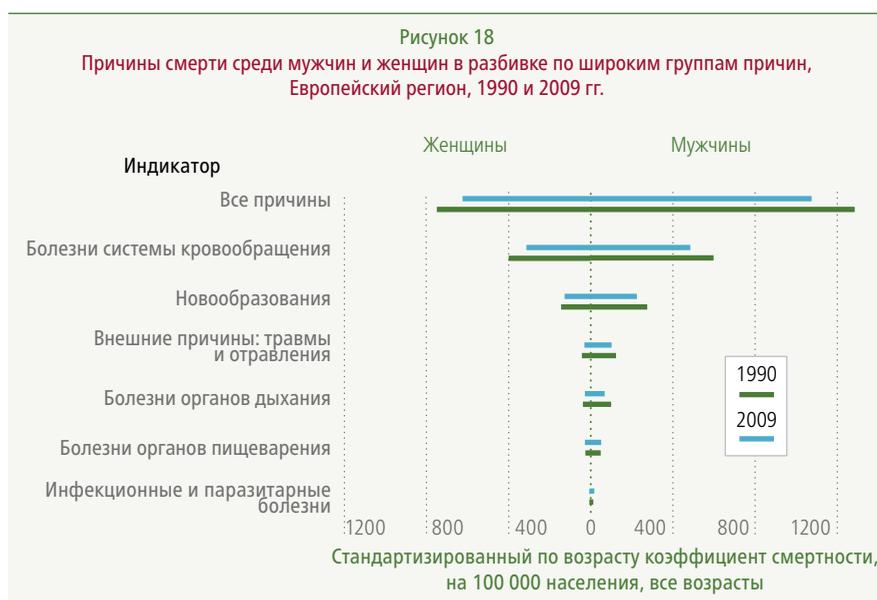
ления, что дает ценную информацию для разработки политики и программ. В Европейском регионе меняется структура заболеваемости: на первый план выходят те причины смерти, которые связаны с происходящими демографическими изменениями и имеющимися социально-экономическими условиями.

Ведущие причины

Уровень смертности в Регионе, обусловленный всеми конкретными основными причинами (среди мужчин и женщин и в совокупности всех возрастных групп), за период с 1990 по 2009 г. снизился (рис. 18). По состоянию на 2009 г. самой распространенной причиной смерти – около 80% случаев – были неинфекционные заболевания (НИЗ). Среди широких групп причин на болезни системы кровообращения приходилось почти 50% случаев смерти, при более высоких показателях у мужчин, чем у женщин. В разных странах доля этих болезней в общей смертности составляет от менее 30% до более 65%. Следующая по частоте причина смерти – злокачественные новообразования; на нее приходится 20% смертей в Регионе – от примерно 5% до более 30% в некоторых странах. Третья основная группа – внешние причины смерти (травмы и отравления), которые составляют 8% от общей смертности, также с разбросом между странами.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Половозрастные профили причин смерти

Профили смертности в разбивке по возрастным группам и полу дают наглядное представление об относительном значении причин смерти на разных этапах жизни и обеспечивают исходными данными для разработки целенаправленных стратегий и вмешательств (рис. 19). Например, среди младенцев почти 60% всех случаев смерти приходится на заболевания органов дыхания и внешние причины. Эти причины



продолжают оставаться выраженными вплоть до достижения 15-летнего возраста, обуславливая, наряду с новообразованиями, почти 75% всех случаев смерти. Люди в возрасте 15–39 лет, особенно мужчины, умирают в основном от внешних причин. У женщин в этой возрастной группе выше, чем у мужчин, вероятность умереть в результате развития новообразования. Значение болезней системы кровообращения и новообразований с течением жизни увеличивается; в пожилом возрасте они обуславливают около 80% случаев смерти.

Таблица 1 иллюстрирует различия и структуру смертности по шести широким группам причин смерти среди стран Европейского региона, представивших данные за недавние годы. Ряд конкретных причин смертности в странах Региона обсуждается более подробно в следующем разделе.

Конкретные причины

Более 70% смертности приходится на возраст старше 65 лет, после предшествующего заболевания, продолжавшегося в течение ряда лет. Оценка преждевременной смертности (среди людей моложе 65 лет) – информативный метод определения приоритетов в области общественного здравоохранения и выбора стратегий и программ, цель которых – отсрочить по возрасту развитие болезней и инвалидности.

Тенденции показывают, что наиболее важной причиной преждевременной смертности в Европейском регионе остаются болезни системы кровообращения – почти 100 случаев на 100 000 населения в 2010 г. За последние 20 лет самый высокий уровень был зарегистрирован в 1995 г., после чего последовало снижение на 30% (рис. 20). В этот период также снизилась (на 20%) смертность от злокачественных новообразований. Особенно впечатляющие успехи достигнуты в отношении внешних причин смерти, частота которых с 1995 г. уменьшилась на 40%. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней, напротив, увеличилась примерно на 30% по сравнению с минимальным уровнем, достигнутым в 1990 г., а смертность от болезней системы пищеварения практически не изменилась, при этом они наблюдались реже по сравнению с другими заболеваниями. Колебания уровней смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин вполне могут быть связаны с повышенным стрессом и экономическими трудностями, которые пережило население ряда стран Региона (рис. 21).

Таблица 1
Показатели смертности по основным широким группам причин смерти,
страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.

Страна	Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения, все возрасты					
	Болезни системы кровообращения	Новообразования	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Внешние причины	Инфекционные и паразитарные болезни
Украина	732,7	158,2	51,4	33,5	88,4	30,4
Республика Молдова	715,2	164,1	118,6	69,6	97,3	18,8
Кыргызстан	692,7	109,2	78,1	97,1	80,9	21,8
Российская Федерация	683,0	180,4	56,6	49,7	147,2	22,5
Казахстан	626,4	156,6	58,0	64,6	114,6	19,4
Болгария	604,9	157,5	31,6	38,2	35,0	6,4
Беларусь	587,2	162,9	43,1	34,8	133,6	11,2
Азербайджан	551,6	87,6	60,4	55,9	28,6	5,6
Румыния	539,8	179,8	58,0	49,0	53,3	10,1
Армения	532,2	189,9	56,1	73,4	39,4	9,1
Сербия	506,6	205,9	32,4	35,3	42,8	4,0
Литва	496,8	193,0	56,3	35,6	115,8	11,9
Латвия	479,5	194,8	37,4	22,7	86,7	11,5
Грузия	476,0	92,2	21,8	14,8	27,3	5,3
Черногория	460,8	128,7	20,0	35,5	35,2	0,9
Словакия	446,6	198,9	49,8	49,4	51,0	4,9
Венгрия	421,2	246,4	65,6	43,4	59,0	3,3
Эстония	408,3	187,9	35,6	21,8	76,3	7,6
Хорватия	370,8	210,8	39,7	27,9	52,7	5,3
Польша	356,3	207,6	37,0	40,1	57,6	5,4
Чешская Республика	344,1	198,2	34,2	40,2	48,1	3,4
Греция	244,6	153,6	14,5	49,5	29,6	4,6
Словения	231,8	199,8	40,7	35,4	59,9	3,0
Финляндия	213,6	138,2	32,6	21,3	60,5	4,2
Германия	208,7	162,5	30,3	37,0	27,9	9,1
Австрия	206,6	159,5	25,3	27,7	37,3	4,7
Дания	193,5	212,6	38,5	60,6	39,0	9,6
Кипр	191,6	118,8	14,3	35,9	33,2	4,1
Ирландия	191,6	181,8	22,5	65,2	29,4	3,5
Мальта	189,3	153,9	16,0	47,1	24,8	0,9
Люксембург	186,2	157,7	26,4	39,8	43,5	15,8
Бельгия	182,7	175,0	27,6	60,2	49,0	13,4
Швеция	182,2	145,4	16,7	27,3	35,4	7,9
Португалия	177,6	158,3	29,3	60,5	33,0	17,1
Италия	173,8	168,0	21,4	28,6	27,4	7,7
Исландия	172,8	157,2	14,0	39,4	34,7	2,8
Соединенное Королевство	169,2	175,9	31,7	69,6	27,5	7,0
Швейцария	161,4	149,1	20,5	27,3	37,7	5,5
Норвегия	151,8	159,8	16,1	45,3	39,1	9,2
Нидерланды	146,7	186,7	20,6	48,1	25,4	7,9
Испания	143,1	157,7	26,6	50,2	24,4	9,8
Франция	126,1	174,5	24,7	27,6	44,4	9,9
Израиль	121,3	143,9	16,9	36,1	26,0	18,3

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Что касается преждевременной смертности от ведущих причин, в течение последних 30 лет наблюдались тенденции к снижению, за исключением болезней органов пищеварения, а также инфекционных и паразитарных болезней. Уровни преждевременной смертности от болезней системы кровообращения существенно различаются в странах Региона, разброс в уровнях смертности от новообразований выражен в меньшей степени, эти тенденции более подробно освещены ниже.

Болезни системы кровообращения

К основным болезням системы кровообращения относятся ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания, общая доля которых в структуре смертности в Европе составляет 35%. Последние данные показывают, что показатели смертности от болезней системы кровообращения значительно варьируются между странами Региона (рис. 22), а также в зависимости от возраста, пола и распределения основных детерминант. Например, усредненный показатель преждевременной смертности от ишемической болезни сердца для Европейского региона составляет 47,5 на 100 000 населения, при этом в отдельных странах этот показатель может быть примерно в 5 раз выше для мужчин, чем для женщин (рис. 23). Для мужчин максимальные страновые показатели почти в 13 раз выше минимальных.

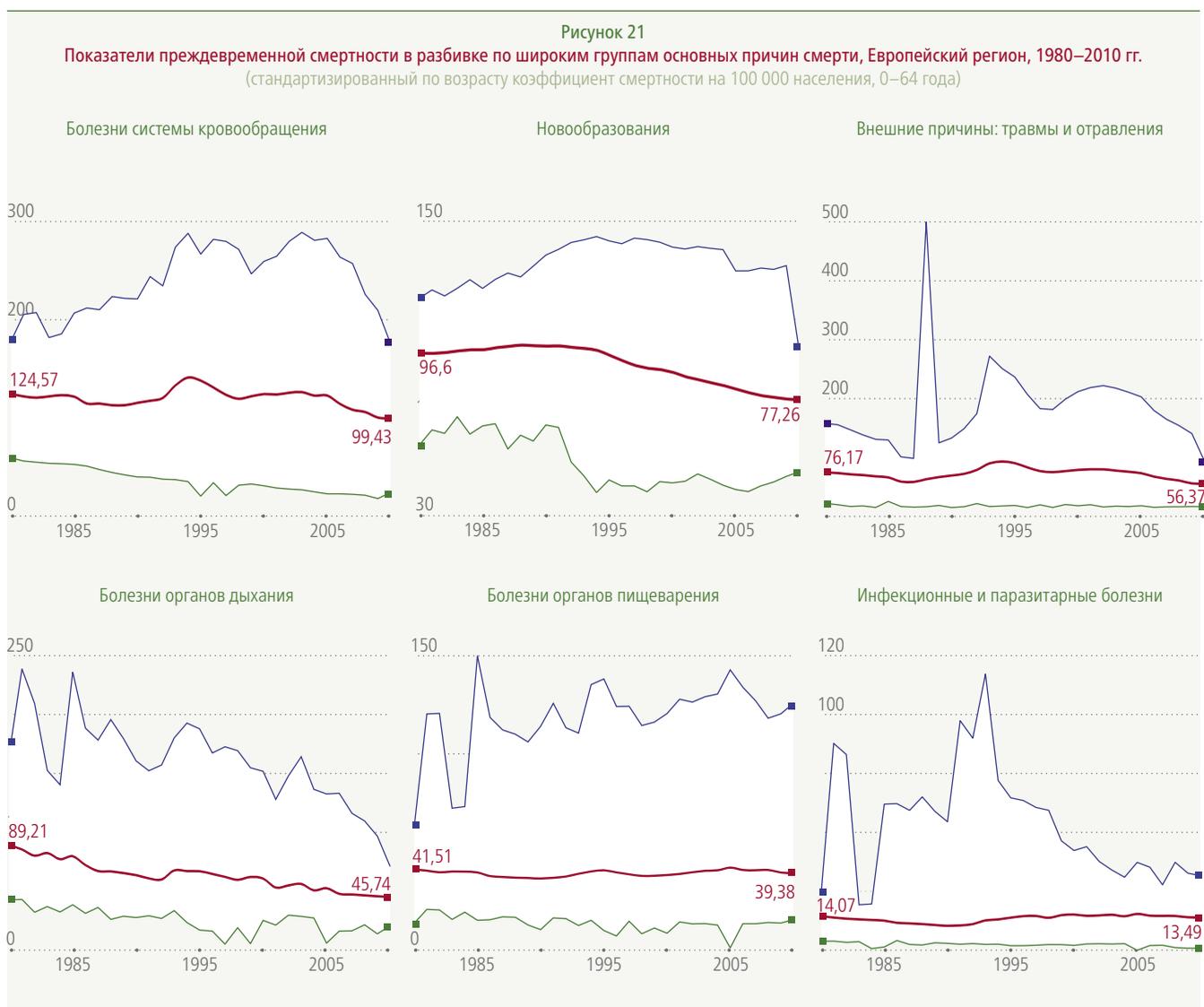
Хотя уровни преждевременной смертности от ишемической болезни сердца в целом снижаются, в некоторых странах на востоке Регио-



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

на темпы снижения более низкие, наблюдается стагнация или – что вызывает особую озабоченность – небольшой рост. Для преждевременной смертности от цереброваскулярных заболеваний в Регионе модели и тенденции аналогичные. Фактические данные показывают, что ситуацию можно улучшить, если страны направят свои усилия на устранение комплекса предотвратимых факторов риска, включающих высокий общий уровень потребления алкоголя и бытовое пьянство, повышенный уровень стресса и слабую социальную поддержку.

Кроме того, глобальная оценка показала, что почти 50% бремени этих болезней может быть связано с повышенным артериальным



активности) должно рассматриваться как приоритетный компонент скоординированной политики и вмешательств.

Злокачественные новообразования

Общая ситуация

Злокачественные новообразования – вторая ведущая причина смерти в странах Европейского региона. По последним имеющимся данным, на них приходится около 20% всех случаев смерти в Регионе. Структура смертности и заболеваемости отличается в зависимости от типа новообразования, но в целом подавляющая часть смертности приходится на рак легких и толстой кишки (рис. 24).

В частности, около 50% онкологической смертности среди мужчин обусловлено новообразованиями легких, толстой кишки, желудка и предстательной железы, а среди женщин в 60% случаев это опухоли молочной железы, легких, желудка, ободочной кишки, шейки матки и яичников. Представленные данные по онкологической заболеваемости более фрагментарны, чем данные о смертности, но они необходимы для расчета летальности (см. ниже). По данным GLOBOCAN (2008 г.) (18), в государствах-членах Европейского союза (ЕС), в которых проживает около 55% всего населения Европейского региона, ежегодно регистрируется примерно 2,5 млн новых случаев онкологических заболеваний.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» и GLOBOCAN (6, 18).

В странах Региона наиболее часто встречаются новообразования легких, молочной железы (женщины), толстой кишки и предстательной железы, и к 2020 г. прогнозируется дальнейший рост этих видов онкологической заболеваемости. По информации, полученной из базы данных «Здоровье для всех» (6), общая частота возникновения новообразований в Европейском регионе составляет 379 случаев на 100 000 населения, что соответствует увеличению на 32% за период с середины 1980-х годов. В некоторых частях Региона заболеваемость выросла почти вдвое.

Общее повышение онкологической заболеваемости отражает изменение профиля причин смерти, связанное с устойчивым снижением смертности от болезней системы кровообращения и увеличением ожидаемой продолжительности жизни (см. выше). Люди стали жить дольше, а большинство злокачественных новообразований развиваются в течение длительного времени и имеют продолжительный латентный период; этим отчасти объясняется повышение уровня заболеваемости. В 28 европейских странах, в основном в западной части Региона, новообразования заняли место болезней системы кровообращения в качестве ведущей причины преждевременной смерти.

В целом по Региону с середины 1990-х годов наблюдается снижение общей смертности от рака, и к 2009 г. она уменьшилась на 15% (рис. 25). Среднее значение по Региону составляет 168 смертей на 100 000 населения, и с 2005 г. наблюдается устойчивое сокращение различий между странами. Что касается возраста и пола, то показатели онкологической смертности демонстрируют экспоненциальный рост после 30 лет, и у мужчин они выше, чем у женщин, во всех возрастных группах. У мужчин, достигших 60 лет, риск смерти от рака на 50% выше, а по достижении 65 лет в два раза выше, чем у женщин.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Летальность

Сопоставив показатели смертности и заболеваемости, можно дать грубую оценку летальности, которая является индикатором выживаемости при раке после постановки диагноза и дает представление об эффективности скрининга, диагностики и лечения. В 2008 г. уровень летальности при раке легких (отношение числа умерших к числу заболевших) в ряде европейских стран составил в целом 86%. Страны с достаточным постоянством сообщали о высоких уровнях летальности; это свидетельствует о том, что эффективного лечения или способов отсрочить смертельный исход после постановки диагноза рака легких пока не существует. Подтверждением этому служат оценки пятилетней выживаемости из последнего отчета

EUROCARE-4 (19): за 10 лет низкий уровень выживаемости (менее 10%) не претерпел существенных изменений.

Совершенно иная картина наблюдается в отношении рака молочной железы у женщин, летальность при котором составляет в среднем 30%. По данным доклада EUROCARE-4 (19), показатели пятилетней выживаемости относительно высокие: за 10 лет они увеличились с 74 до 83%. Несмотря на различия в уровнях заболеваемости в странах, уровни смертности одинаково низкие, что свидетельствует об эффективности схем ранней диагностики и лечения рака молочной железы.

Основные виды злокачественных новообразований

Коэффициенты смертности от основных видов рака среди мужчин и женщин показывают, что на рак легких (который в значительной степени предотвратим, поскольку его основная причина – табакокурение) приходится самое большое число смертей в Европейском регионе; за ним следуют рак толстой кишки и рак желудка (рис. 26). В целом коэффициент смертности для рака легких в 2009 г. составил 17 на 100 000 населения с колебаниями по странам Региона. Рак легких встречается в 2–3 раза чаще рака толстой кишки. Рак молочной железы – самая распространенная причина смерти среди женщин (средний коэффициент смертности – 14 на 100 000), за ним следуют рак шейки матки и яичников. В странах Региона уровни смертности от рака молочной железы примерно одинаковые.



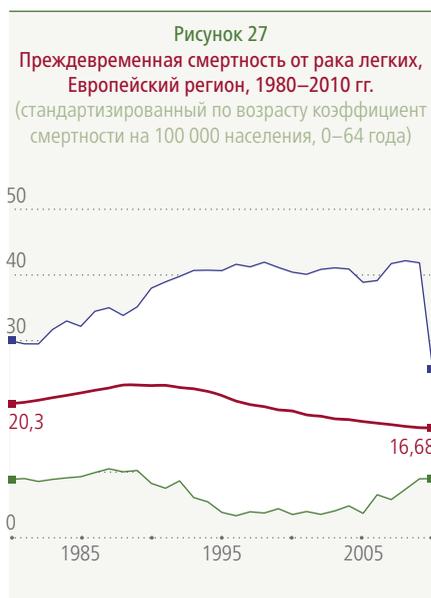
Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Виды злокачественных новообразований, встречающиеся у мужчин и у женщин

В тенденции средних показателей преждевременной смертности (смерть до достижения 65 лет) от рака легких в Регионе прослеживаются два отдельных периода: рост в 1980–1990 гг. и последующее постепенное снижение. Однако различия между странами значительные; в некоторых из них до последнего времени показатели были вдвое выше по сравнению со средним уровнем по Региону (рис. 27).

По данным из стран отмечено значительное снижение смертности за период с 1995 по 2009 г., особенно на востоке Региона (рис. 28), хотя в некоторых странах этот показатель продолжает расти. В среднем показатели снижаются у мужчин, но остаются на том же уровне или повышаются у женщин. Тем не менее в целом по Региону показатели преждевременной смертности от рака легких у мужчин все еще оставались более чем вдвое выше (рис. 29).

Анализ распределения показателей преждевременной смертности от рака легких среди стран Региона показывает, что самые высокие показатели – более 25 на 100 000 населения – наблюдаются в странах Центральной Европы (рис. 30). Более высокие показатели преждевременной смертности также коррелируют с более значительной распространенностью курения, что, в свою очередь, определяется относительной дешевизной табачных изделий, отсутствием ограничений на рекламу (и на прочие маркетинговые стратегии) и другими

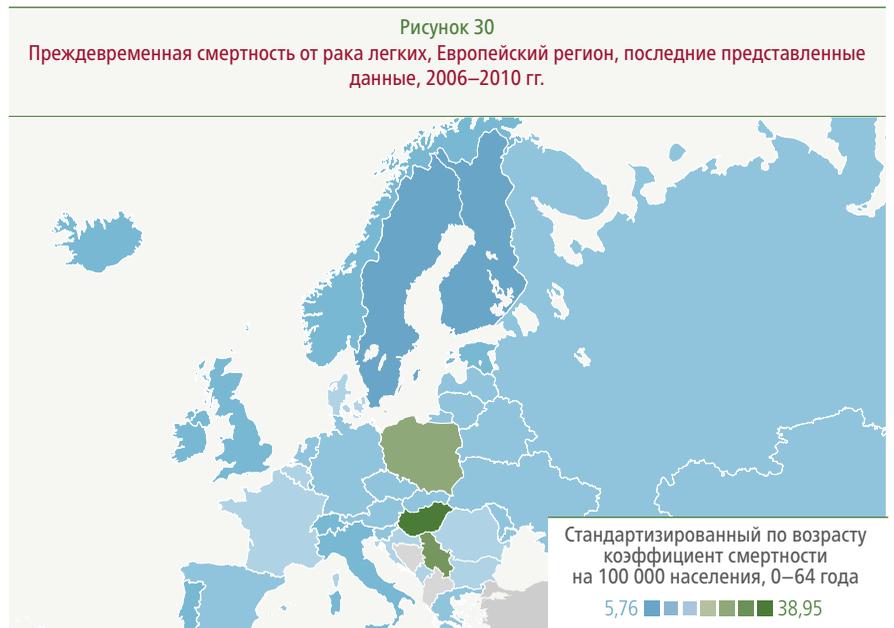


неблагоприятными факторами, проявляющимися в тех условиях, когда национальная политика не рассматривает вопросы общественного здравоохранения в качестве приоритетных.

К другим, менее распространенным, но значимым видам рака относятся рак желудка, толстой кишки и печени. По сравнению с раком легких уровни и тенденции для этих видов рака характеризуются

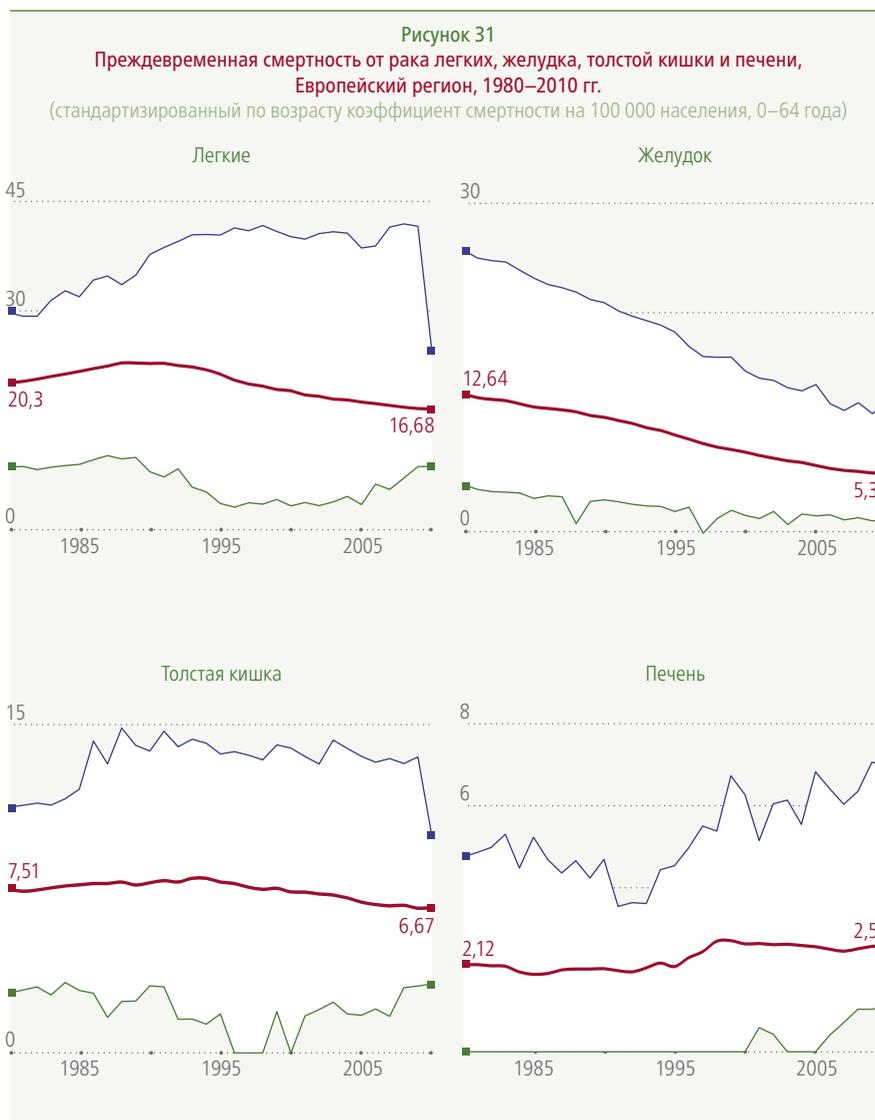


Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

более выраженным разнообразием и неравенствами среди стран Региона (рис. 31). Уровень преждевременной смертности от рака толстой кишки (вторая по значимости причина смерти после рака легких) незначительно снизился до 7 случаев на 100 000 населения в 2010 г., по сравнению с его наивысшими уровнями в начале 1990-х годов. Это снижение является примером изменения восходящей тенденции, наблюдававшейся в течение 1980-х годов, на противоположную с ощутимыми улучшениями. Этому способствовали такие факторы, как скрининг, ранняя диагностика и использование более эффективных схем лечения. Один из приоритетов в борьбе с преждевременной смертностью – обеспечить внедрение этих эффективных вмешательств во всех странах Европейского региона.



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Что касается общей ситуации в отношении рака желудка, то в период с 1980 г. в Регионе наблюдается равномерное и неуклонное снижение, составившее около 60%; показатель преждевременной смертности к 2009 г. упал до 5 случаев на 100 000 населения. Прогресс может быть связан со снижением уровня потребления некоторых продуктов, содержащих канцерогены (например, нитраты), а также с открытием роли и методов лечения инфекции, вызываемой *Helicobacter pylori* – микроорганизмом, способствующим канцерогенезу. Несмотря на имеющийся разброс значений, страны восточной части Региона добились значительного улучшения в данной области и приближаются по своим показателям к странам центральной и западной частей.

Иная картина в отношении рака печени. Хотя абсолютные показатели ниже, преждевременная смертность от рака печени в Европейском регионе растет (особенно с 1995 г.), достигнув в среднем 3 случаев на 100 000 населения; при этом наметилась тенденция к сближению показателей между странами. Для выявления того, связаны ли эти изменения с диагностикой или с классификационными кодами болезней, потребуется дополнительная оценка роли связанных состояний (таких как хронические заболевания печени) и факторов риска (таких как употребление алкоголя).

Виды злокачественных новообразований у женщин

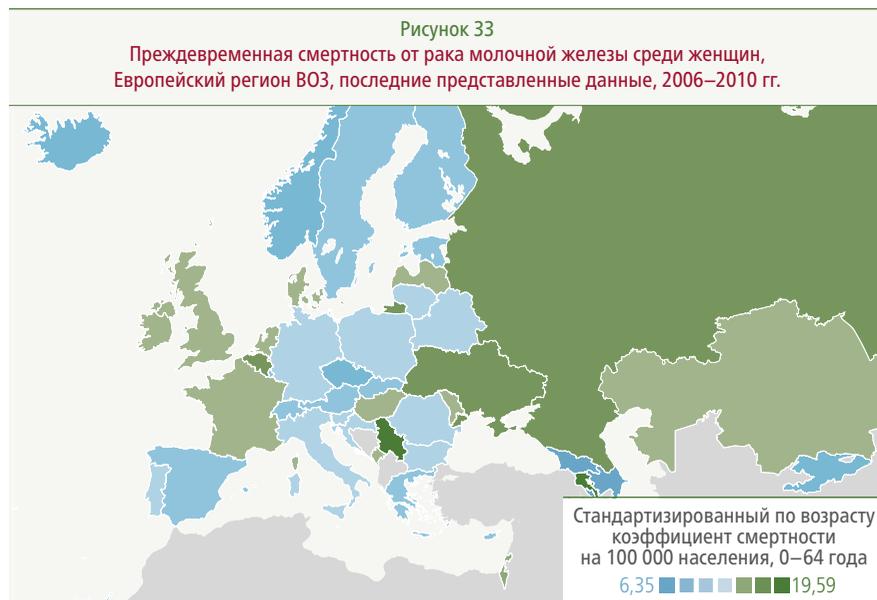
Из всех видов рака у женщин самые высокие показатели смертности связаны с раком молочной железы при их относительно равномерном распределении по всему Региону. И это несмотря на то, что соответствующий средний коэффициент преждевременной смертности снизился в Регионе до 14 случаев на 100 000 – значительное снижение (на 21%) после наблюдавшегося около 1995 г. пика смертности (рис. 32).

Последние отчетные данные показывают тенденцию к сближению показателей смертности, хотя в странах восточной части Региона необходимы определенные дополнительные усилия, чтобы сравняться с другими странами. Использование инновационных медицинских технологий (в том числе в области диагностики, консервативного лечения и хирургических вмешательств) в сочетании с расширением доступа к ним привело к сокращению смертности, несмотря на высокую заболеваемость, иными словами – к снижению летальности. Как и в отношении рака толстой кишки и желудка, это является важным успехом сектора здравоохранения и результатом активных действий в более широкой социальной сфере, в том числе предпринимаемых многочисленными неправительственными организациями.

Характер распределения преждевременной смертности от рака молочной железы по странам отличается от других болезней (рис. 33): более низкие показатели регистрируются в южных и северных частях Европы, что может быть связано с определенными культурными и генетическими факторами. Разброс между самым высоким (20 на 100 000) и самым низким (6 на 100 000) значениями коэффициента смертности в разных странах демонстрирует трехкратные различия в уровнях риска смерти от рака молочной железы.



Борьба с раком шейки матки – важный компонент программ охраны здоровья женщин в Регионе и по-прежнему актуальный пункт повестки дня здравоохранения. Сегодня потенциально доступны знания об этой форме рака и недорогостоящие медицинские технологии для скрининга, диагностики и лечения, однако случаи рака шейки матки продолжают выявляться и приводить к смертельным исходам. Это связано с целым рядом социальных детерминант здоровья, в том числе с неравенствами в доступе к услугам здравоохранения, что ведет к проявлениям социальной несправедливости по показателям здоровья. Тем не менее использование стандартных подходов к борьбе с раком шейки матки повлияло на ситуацию в странах: тенденции преждевременной смертности на региональном уровне показывают, что определенный уровень контроля этого заболевания достигнут. Согласно самым последним данным, средний стандартизированный по возрасту коэффициент



смертности составил 4 случая на 100 000 женщин (рис. 34). Но при этом остаются широкие различия между странами Региона, что служит основанием для продолжения полезного обмена методами наилучшей практики, а также для адаптации этих методов к использованию в разных условиях.

Внешние причины: травмы и отравления

Общая ситуация

Травмы и отравления также являются важными причинами смерти в Европейском регионе, на них приходится 9% всех случаев. К ним относится целый комплекс частных причин смерти, в том числе дорожно-транспортные несчастные случаи, падения, самоубийства и убийства. По своей сути все смерти от этих причин являются преждевременными и предотвратимыми. Некоторые возражают против использования термина «несчастный случай» (accident), аргументируя тем, что, например, большинство дорожно-транспортных происшествий происходит не из-за неуправляемого стечения обстоятельств, а в результате отсутствия соответствующих норм и правил или их ненадлежащего выполнения. В отличие от других причин преждевременной смертности, описанных ранее, роль этих специфических причин чрезвычайно важно исследовать во всех возрастных группах (на протяжении всей жизни). Кроме того, эти показатели смертности полезно использовать для предоставления информации о состоянии и безопасности окружающей среды, а также о распространенности и тенденциях в отношении некоторых опасных форм поведения среди населения. Как показано ранее (см. рис. 19), смертность от внешних причин выше среди мужчин, чем среди женщин, и непропорционально сконцентрирована в наиболее экономически продуктивном периоде жизни.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Смертность от всех внешних причин в Европейском регионе в 2010 г. составила 63 случая на 100 000 населения и, по сравнению с 1990 г., снизилась на 20% (рис. 35). Как отмечено на вставке 1, резкие подъемы являются отражением природных бедствий и антропогенных катастроф. Однако последние данные указывают, что на уровне стран все еще существуют выраженные различия: от менее 27 до более 180 случаев на 100 000 населения – семикратная разница (рис. 36). Важными социальными детерминантами смертности от внешних причин являются ухудшения социально-экономической ситуации.

Основные виды

Среди внешних причин смерти в Европейском регионе по частоте доминируют несчастные случаи (дорожно-транспортные происшествия, отравления, падения, утопления, воздействие дыма и пламени), самоубийства и самоповреждения, убийства и нападения. В период 1980–2009 гг. документально подтверждено снижение смертности от этих причин (рис. 37), однако между странами на-



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

блюдались существенные различия. Например, уровни смертности в результате самоубийств, утоплений, дорожно-транспортных происшествий и убийств были значительно выше (до полутора раз) в восточной части Региона, а смертность в результате падений была выше в западной части.

Мониторинг тенденций смертности от основных внешних причин дает дополнительную полезную информацию о влиянии социальных детерминант здоровья. Например, частота самоубийств – один из немногих входящих в базу данных «Здоровье для всех» индикаторов, использующихся для оценки психического здоровья, – снизилась в Европе в среднем на 25–40%. Однако начиная с 2008 г. темпы снижения замедлились, а в некоторых странах показатели опять начали расти. Повышение уровня самоубийств – это нередко только верхушка айсберга и может не отражать гораздо более широкий спектр психологических и психоневрологических нарушений и их общую долю в бремени болезней. С экономическим спадом связаны и другие тяжелые последствия для здоровья. Эта ситуация требует тщательного мониторинга и своевременных вмешательств, чтобы смягчить потенциальные психосоциальные последствия снижения уровня доходов и роста безработицы, а также максимально устранить те процессы, которые приводят к социальному отчуждению различных групп или отдельных лиц. Подходы к мониторингу более широких компонентов здоровья и благополучия рассматриваются подробнее в главе 3.

Другая важная составляющая смертности от внешних причин – смерть в результате дорожно-транспортных происшествий, в том числе с участием автотранспорта. По уровню смертности от этой причины можно судить о безопасности дорожного движения (в том числе о состоянии дорожной инфраструктуры), эффективности мер по обеспечению безопасности и о соблюдении нормативно-правовых требований в каждой из стран. На общеевропейском уровне частота дорожно-транспортных несчастных случаев, сопровождающихся травмами, за последние три десятилетия незначительно снизилась; по всему Региону, несмотря на разброс показателей по странам, снижается частота дорожно-транспортных несчастных случаев, связанных с употреблением алкоголя (рис. 38).

Общие тенденции, которые наблюдаются в отношении внешних причин смерти, указывают на необходимость использования специальных стратегий и более целенаправленных медико-санитарных вмешательств, включая межсекторальные комплексные подходы

и стратегии реализации (например, с участием секторов транспорта, юстиции, труда и финансов). Странам необходимо шире использовать методы надлежащей практики и обмениваться опытом, чтобы решать проблему смертности от внешних причин в общеевропейском масштабе.

Инфекционные болезни

Главные аспекты

Инфекционные болезни распространены в Европейском регионе в меньшей степени, чем в других регионах мира. Однако неожиданное появление новых (emerging) или возвращение казалось бы уже потерявших свое значение (re-emerging) болезней – в сочетании с быстрым распространением и эпидемическим потенциалом некоторых из них – повышает уровни предотвратимой заболеваемости, преждевременной смертности и потенциальной угрозы этих инфекций для здоровья. Поэтому вопрос готовности к появлению инфекционных болезней по-прежнему занимает приоритетное место в повестке дня общественного здравоохранения. Такие дополнительные факторы, как повышение мобильности населения и расширение торговли, сочетанные инфекции и рост устойчивости возбудителей к противомикробным препаратам, также способствуют возникновению, распространению и росту опасности инфекций.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Сегодня в Европейском регионе особое внимание направлено на туберкулез, ВИЧ/СПИД, другие инфекции, передаваемые половым путем, и вирусный гепатит. Однако недавние вспышки полиомиелита, краснухи и кори в разных частях Европы еще раз подтвердили необходимость поддержания и совершенствования таких функций общественного здравоохранения, как эпиднадзор за инфекционными болезнями и их предупреждение, включая меры по укреплению здоровья и иммунизацию.

Согласно данным, полученным от стран Европейского региона, в последние два десятилетия смертность от всех инфекционных и паразитарных болезней медленно росла – от 10 случаев на 100 000 населения в 1990 г. до 14 случаев на 100 000 в 2010 г. (рис. 39) со значительным разбросом между странами: минимальные значения составляют менее 50% от среднего уровня по Региону, а максимальные – превышают его более чем на 50%. Дальнейшая оценка с использованием Европейской детализированной базы данных о смертности (16) показывает, что в некоторых странах это может быть связано с повышением смертности от септических осложнений, особенно среди людей пожилого возраста. Кроме того, в данной ситуации определенную роль могут играть устойчивые к метициллину штаммы золотистого стафилококка (*Staphylococcus aureus*), хотя необходимы дополнительные подтверждающие исследования. Это свидетельствует о растущей важности для Европейского региона проблемы роста устойчивости к противомикробным препаратам.

Туберкулез

Среди инфекционных и паразитарных болезней туберкулезу (ТБ) принадлежит особо важная роль; в данной группе причин смерти в Европейском регионе на него приходится более 40%. После наблюдаемого в 1990-е годы повышения смертности от ТБ этот показатель затем начал снижаться, упав к 2010 г. на 30% – до 6 случаев на 100 000 населения. Между странами Региона сохраняются выраженные различия (рис. 40). В восточной части Региона после 10-летнего периода отсутствия изменений недавно была документально подтверждена обнадеживающая тенденция к снижению смертности. Уровни заболеваемости ТБ показывают, что за период с 2000 г. также уменьшился риск передачи ТБ – частота новых случаев снизилась до 35 на 100 000 населения (рис. 41).

Хотя в целом показатели успешного лечения не вполне удовлетворительны (лишь около 70%), более ранняя и доступная



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

диагностика, а также доступность и соблюдение короткого курса лечения объясняют тенденцию снижения заболеваемости ТБ и смертности от него. Тем не менее в некоторых странах остаются нерешенные проблемы и имеются группы населения повышенного риска. Например, интерактивные атласы Европейского регионального бюро ВОЗ (20) указывают на высокую концентрацию случаев ТБ в нескольких небольших неблагополучных анклавах, где риск смертности в 14 раз выше, чем в более обеспеченных районах; это подтверждает важность социальных детерминант здоровья в отношении этой причины смерти. Еще одной проблемой является коинфекция ВИЧ, препятствующая снижению смертности от ТБ, особенно в тех районах, где сосуществуют обе инфекции и наблюдается множественная лекарственная устойчивость.

ВИЧ/СПИД

Для оценки числа случаев и общего ущерба от ВИЧ/СПИДа предпочтительно использовать показатели заболеваемости, а не смертности. На региональном уровне ежегодная заболеваемость ВИЧ-инфекцией увеличивалась незначительно и, по самым последним данным, по-видимому, достигла стабильного уровня (рис. 42). Вместе с тем, последние представленные данные (с 2006 по 2010 г.) демонстрируют существенные различия в заболеваемости ВИЧ-инфекцией между странами (рис. 43).

Рисунок 40
Смертность от туберкулеза, Европейский регион, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Важно отметить, что благодаря широкой доступности антиретровирусной терапии в Европейском регионе частота случаев прогрессирования инфекции от состояния сероконверсии до клинически выраженного заболевания в большинстве стран снижается (данные не показаны). Это снижение может указывать на то, что эффективное лечение ВИЧ-положительных людей играет важную роль в уменьшении риска развития болезни в открытой клинической форме. При всем своем разнообразии системы здравоохранения в Регионе должны иметь соответствующие механизмы предоставления лечения, чтобы охватить всех нуждающихся без дискриминации и создать условия, обеспечивающие устойчивость этого процесса.

Болезни органов дыхания

Смертность от респираторных заболеваний наносит тяжелый урон двум различным группам населения – детям и пожилым людям. К конкретным ведущим причинам смерти относятся хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пневмония, грипп и (бронхиальная) астма; все они тесно связаны с условиями и воздействием факторов окружающей среды внутри и вне помещений. Мероприятия по профилактике болезней органов дыхания часто направлены на широкий спектр социальных детерминант здоровья и, чтобы в конечном итоге добиться снижения заболеваемости и тяжести болезни, требуют определенных межсекторальных действий.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

Уровень преждевременной смертности от болезней органов дыхания в Европейском регионе с середины 1990-х годов неуклонно снижался и в 2010 г. составил 16 случаев на 100 000 населения (снижение на 40%) (рис. 44).

На ХОБЛ и пневмонию приходится наибольшее число случаев преждевременной смерти от болезней органов дыхания, однако тенденции в структуре смертности от них отражают два разных сценария: первый с уменьшающимися, а второй с относительно стабильными показателями (рис. 45). В течение последнего десятилетия смертность от ХОБЛ (болезнь чаще наблюдалась у мужчин, чем у женщин) снижалась по всему Региону, в то время как смертность от пневмонии оставалась практически без изменений.

Подобная ситуация свидетельствует о том, что в некоторых частях Региона повысился уровень воздействия ряда факторов, возможно, связанных с загрязнением окружающей среды и ухудшением качества воздуха в результате индустриализации и повышения интенсивности дорожного движения, с наличием сырости в жилищах и неудовлетворительным качеством воздуха в помещениях. В то же время повышение доступности лечения и вакцинации, улучшение жилищных условий и укрепление мер по защите окружающей среды и соблюдению нормативно-правовых актов может положительно влиять на ситуацию в целом по Региону.



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Болезни органов пищеварения

Еще одна важная группа причин смерти в Европейском регионе – болезни органов пищеварения, включая хронические заболевания и цирроз печени, а также язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. На региональном уровне, начиная с конца 1990-х годов и до 2005 г., наблюдалась тенденция к повышению уровня преждевременной смертности от всех болезней органов пищеварения с последующим небольшим снижением. В 2010 г. общий показатель составил 25 случаев на 100 000 населения: суммарный рост на 30% за два последних десятилетия (рис. 46). Развитию этих болезней способствует вредное для здоровья употребление алкоголя и некоторых видов обработанных пищевых продуктов.

За последнее десятилетие показатели смертности от хронических болезней и цирроза печени не менялись (рис. 46). Хронические заболевания печени в некоторых случаях были связаны с вирусными инфекциями (такими как гепатиты В и С), воздействием токсинов и злоупотреблением психоактивными веществами. Однако, вероятно, наиболее значительный вклад вносит злоупотребление алкоголем, особенно при длительном употреблении и в больших дозах. Исходя из этого, уровень смертности от хронических заболеваний и цирроза печени часто использовали в качестве косвенного критерия для оценки широкого спектра нарушений здоровья, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя. В соответствии с недавно



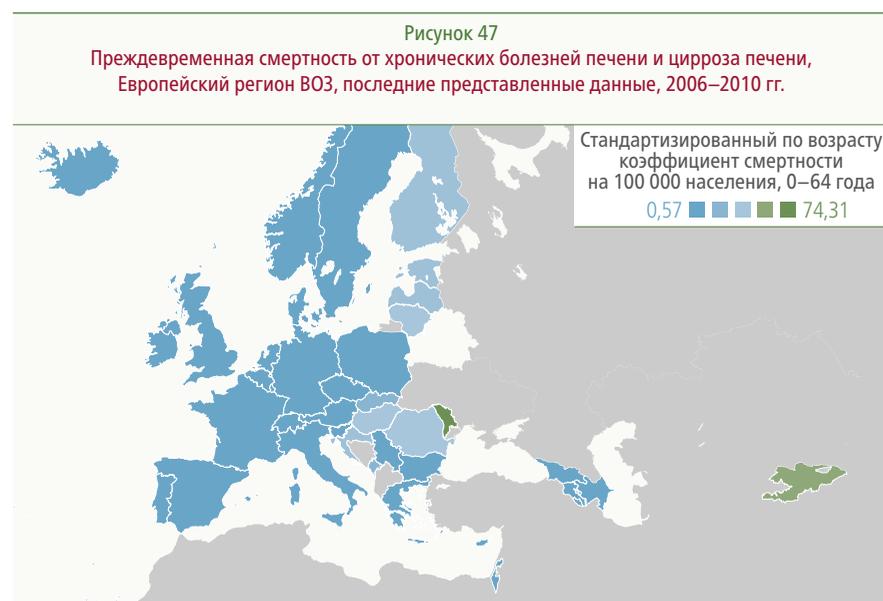
Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

представленными данными (за 2006–2010 гг.) разброс цифр преждевременной смертности от хронических заболеваний и цирроза печени составляет от менее 1 до более 70 случаев на 100 000 населения (рис. 47). Однако риск стигматизации порой является причиной неполной отчетности о случаях данных заболеваний.

Документально хорошо подтверждено, что в Европе снижается возраст начала употребления алкоголя, люди потребляют его в более значительных количествах с более частными эпизодами пьянства; такое поведение приводит к повышению заболеваемости и риска смерти. Подобные тенденции являются обоснованием для расширения масштаба эффективных вмешательств, направленных на сокращение потребления алкоголя в Регионе (21).

Сахарный диабет

Диабет – одна из главных проблем общественного здравоохранения в Европе в силу его прямого и косвенного влияния на состояние людей, страдающих этим расстройством. Диабет вызывает широкий спектр нарушений – от нарушений микроциркуляции в почках, глазах и периферической нервной системе до поражения сосудов конечностей, головного мозга и сердца – и приводит к различным тяжелым последствиям. Кроме того, диабет является важным и распространенным фактором риска болезней системы кровообращения и имеет некоторые общие с ними факторы риска, такие как неправиль-



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Вставка 5
Причины смерти –
ключевые положения

- На НИЗ приходится самая большая доля смертности в Европейском регионе: 80% случаев смерти в 2009 г.
- Болезни системы кровообращения – основная причина преждевременной смертности в Регионе; на них приходится почти 50% всех случаев смерти. Новообразования являются второй ведущей причиной смерти (около 20% всех случаев). На внешние причины смерти, такие как травмы и отравления, приходится 9% всех смертей.
- Распределение причин смертности в разных частях Европейского региона имеет различный характер; также наблюдаются широкие различия между странами и в зависимости от возраста и пола.
- Вследствие устойчивого снижения смертности от болезней системы кровообращения и связанного с этим увеличения продолжительности жизни повышается риск развития злокачественных новообразований, для которых характерен длительный латентный период. В 28 странах Региона новообразования вышли на первое место в качестве ведущей причины преждевременной смерти, потеснив болезни системы кровообращения.
- Эффективными мерами снижения преждевременной смертности от болезней системы кровообращения и новообразований являются не только лечение, но также первичная и вторичная профилактика. В случаях, когда не существует действенного лечения, профилактика – единственный способ сократить масштабы ущерба от этих болезней, пока не станут доступны инновационные медицинские технологии.
- Хотя распространенность инфекционных болезней в Европе меньше, чем в других регионах мира, они остаются важным пунктом повестки дня здравоохранения. Основные проблемы связаны с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и другими болезнями, передаваемыми половым путем, а также с вирусным гепатитом.
- Уровень смертности от инфекционных и паразитарных болезней в Регионе в период с 1990 г. медленно повышается.
- Тенденции заболеваемости ВИЧ-инфекцией различаются в странах Региона: более высокие уровни регистрируются в некоторых странах центральной и восточной частей Региона. Заболеваемость СПИДом снижается, что свидетельствует о важности эффективного лечения людей, живущих с ВИЧ.

ное питание, малоподвижный образ жизни и ожирение (см. раздел о факторах риска ниже). Хотя диабет относительно легко диагностировать, он во многих случаях остается невыявленным, поэтому показатели госпитализации и преждевременной смертности, связанные с диабетом, предлагаются в качестве потенциальных маркерных индикаторов для оценки деятельности систем здравоохранения (22).

В Европейском регионе за период 1995–2010 гг. уровень преждевременной смертности от диабета снизился на 25% – до 4 случаев на 100 000 населения. Вместе с тем, судя по последним представленным данным, наблюдаются различия между странами (рис. 48).



Источник: Европейская база данных о смертности (11).

Бремя болезней – смертность, заболеваемость и инвалидность

Руководящий принцип подхода к оценке бремени болезней состоит в том, что только при тщательном анализе всех доступных источников информации, имеющихся в стране или регионе, и коррекции систематической ошибки измерений можно получить

наилучшие оценки заболеваемости, распространенности и смертности. Для оценки бремени болезней разработан показатель DALY (disability-adjusted life-year, годы жизни с поправкой на ограничения жизнедеятельности) – сводный показатель, объединяющий годы жизни, утраченные в результате преждевременной смерти, и годы жизни, частично утраченные по причине того, что были прожиты в состоянии неполного здоровья. Способ расчета DALY, являющегося количественным показателем здоровья населения и одной из отправных точек для формирования политики здравоохранения, четко демонстрирует, что смертность – это не единственная составляющая бремени болезней, значительная часть этого бремени приходится на заболеваемость и ограничение возможностей жизнедеятельности (инвалидность) (23). Расчет числа потерянных DALY позволяет измерить разрыв по сравнению с потенциально идеальным, безупречным здоровьем, при котором у людей нет никаких болезней или инвалидности и все они достигают наивысших зарегистрированных в мире показателей ожидаемой продолжительности жизни.

Два дополнительных обстоятельства делают показатель DALY особенно полезным. Как инструмент измерения он облегчает межстрановые сравнения, и его можно разбить на составляющие и связать с подлежащими детерминантами, факторами риска и вмешательствами с целью оценки риска, результативности и экономической эффективности вмешательств. Кроме того, по характеру распределения потерянных или сохраненных DALY можно провести анализ данных с позиции социальной справедливости. В совокупности, эта информация может способствовать установлению приоритетов и расширению доказательной базы на национальном или региональном уровне в отношении вмешательств, с помощью которых можно избежать потери наибольшего числа DALY.

По состоянию на 2004 г. распределение совокупного бремени болезней в Европейском регионе соответствовало потере от 10 до 28 DALY (в зависимости от страны) в расчете на 100 человек населения. Это означает почти трехкратную разницу между странами с наиболее и наименее благоприятной ситуацией (рис. 49). Число потерянных DALY у мужчин примерно на 20% больше, чем у женщин.

Прогнозируемая потеря DALY – еще одна точка отсчета для формирования и реализации политики и установления приоритетов в области здравоохранения. Для сравнения расчетных показателей за 2004 г. и прогнозируемого числа DALY для трех периодов (2008, 2015

и 2030 гг.) на рисунке 50 представлены данные в разбивке по основным причинам, а страны сгруппированы по уровню дохода.

На основании этих данных можно выделить ряд моментов. Прежде всего в Европейском регионе в странах с низким и средним уровнем доходов общее число потерянных DALY вдвое выше по сравнению со странами с высоким уровнем доходов. Это означает, что на страны с низким и средним уровнем доходов, население которых составляет немногим более половины населения Региона, приходится примерно две трети потерянных DALY (см. классификацию стран Европейского региона по уровню доходов в приложении).

Не только величина, но и структура бремени болезней в странах различается в зависимости от уровня доходов: для стран с низким и средним уровнем доходов характерны высокие уровни болезней системы кровообращения, за которыми следуют нервно-психические расстройства, тогда как в странах с высоким уровнем доходов на первом месте находятся нервно-психические расстройства, а затем злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения. В обеих группах стран на злокачественные новообразования приходится одинаковое число потерянных DALY. Исключая ожидаемое повышение уровня инфекционных и паразитарных болезней и отсутствие изменений в уровнях новообразований в странах с низким и средним уровнем доходов, намечается тенденция к снижению бремени болезней по всем причинам. По прогнозам, сни-



Вставка 6
Бремя болезней –
ключевые положения

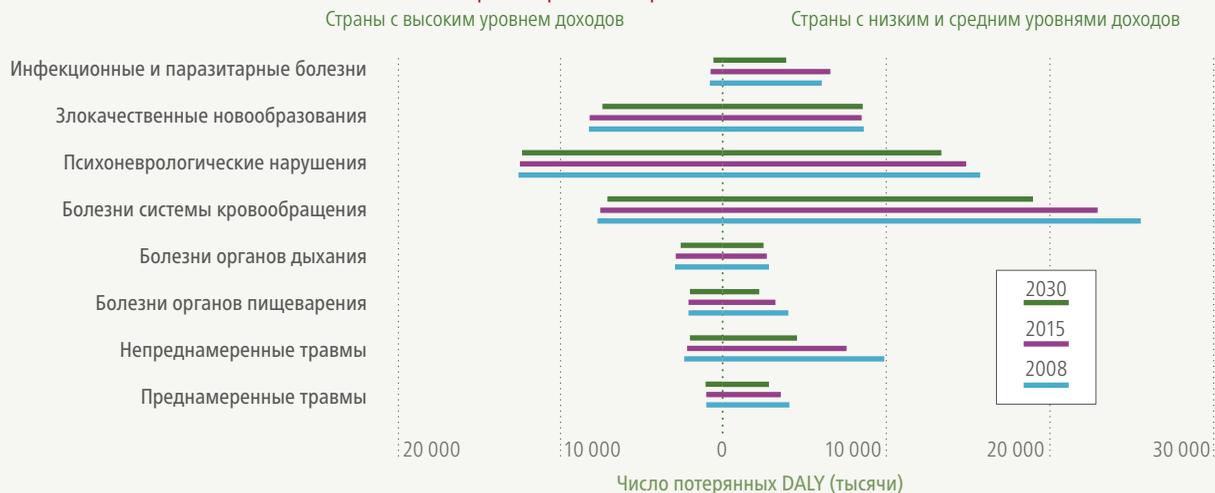
- Смертность не является единственной составляющей бремени болезней: заболеваемость и инвалидность также вносят свою долю. Использование показателя DALY, помимо смертности, в качестве инструмента для анализа состояния здоровья населения придает еще одно направление процессу оценки.
- По состоянию на 2004 г. распределение суммарного бремени болезней в Европейском регионе оценивалось в 10–28 потерянных DALY на 100 человек населения.
- Бремя болезней неравномерно распределяется по странам Региона: общее число потерянных DALY в странах с низким и средним уровнем доходов вдвое выше, чем в странах с высоким уровнем доходов.
- В странах Европейского региона прослеживается связь DALY с ведущими факторами риска, что позволяет определить наиболее важные области (такие как питание, физическая активность и употребление веществ, вызывающих зависимость), которые требуют вмешательства, направленных в основном на снижение распространенности избыточной массы тела и ожирения, повышенного уровня холестерина и повышенного артериального давления, а также употребления алкоголя и табака.

жение будет менее выражено в период между 2008 и 2015 г. и более выражено между 2015 и 2030 г., особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

В странах Европейского региона общее число утрачиваемых DALY можно связать с разными ведущими факторами риска (рис. 51). Эта информация позволяет установить наиболее важные области, например такие, как питание, физическая активность или проблемы употребления веществ, вызывающих привыкание, для проведения затратоэффективных вмешательств, главным образом с целью снижения распространенности избыточного веса и ожирения, повышенного содержания холестерина, повышенного артериального давления и потребления алкоголя и табака. В дальнейшей работе, совмещающей анализ эффективности затрат с использованием подходов, обеспечивающих оптимальное распределение услуг и получаемых выгод между разными группами населения (включая особые подгруппы), также необходимо уделять больше внимания вопросам социальной справедливости (см. ниже раздел, посвященный факторам риска).

Хотя методы сбора и анализа данных постоянно совершенствуются, использование данного подхода на национальном, региональном и глобальном уровнях может помочь в определении причинно-следственных отношений для конкретных болезней или нозологических групп. Такие модели могут дать представление о том, в каких обла-

Рисунок 50
Прогнозируемое число потерянных DALY (2008, 2015 и 2030 гг.) в разбивке по основным причинам и уровню дохода стран, страны Европейского региона

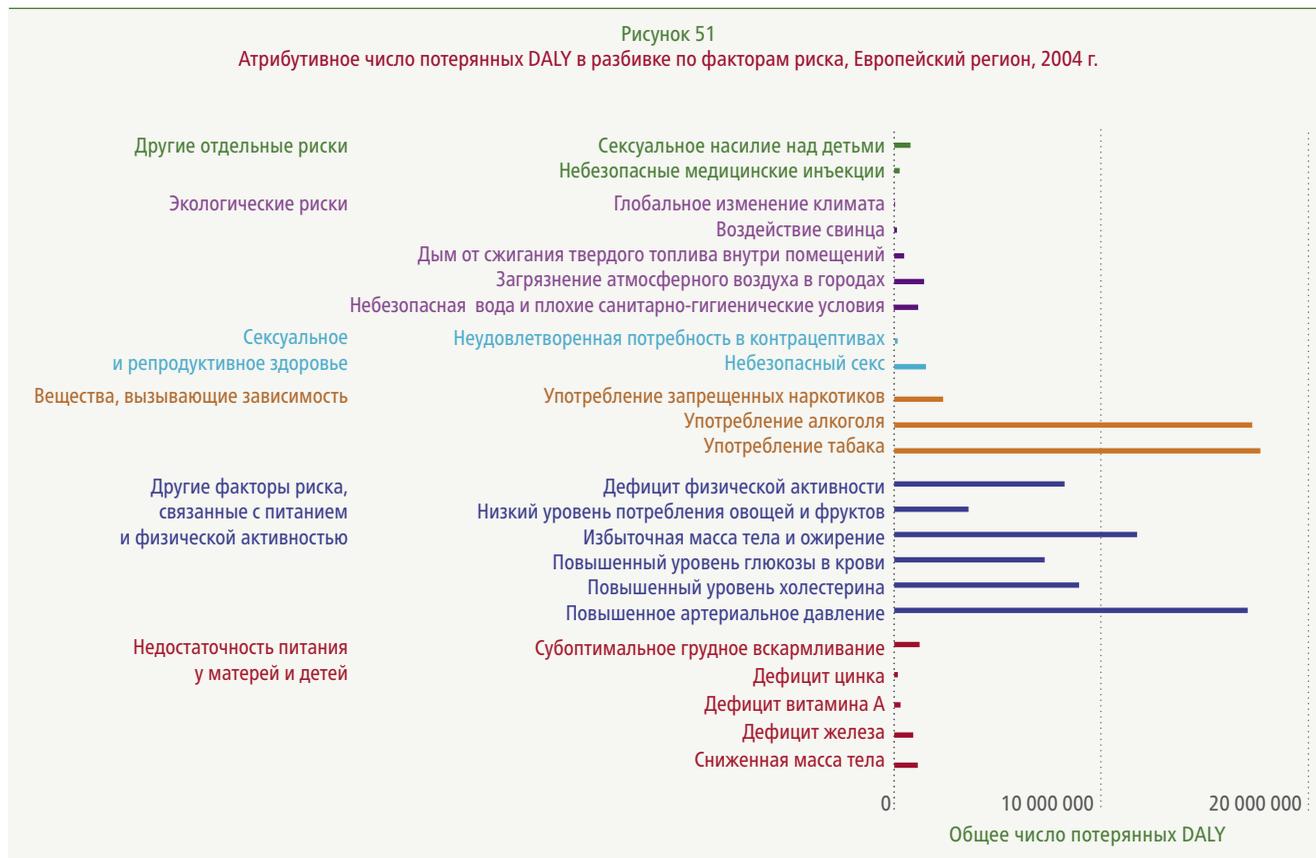


Источник: адаптировано из The global burden of disease: 2004 update (23).

стях и на каких уровнях необходимы вмешательства; они также позволяют определить, какие действия требуют участия ряда секторов для снижения не только смертности, но и бремени болезней в целом.

Факторы риска

Одним из важных элементов в профилактике болезней и борьбе с ними (как и в укреплении здоровья) является понимание коренных причин нарушений здоровья, включая факторы риска, детерминанты, связанные с системами здравоохранения, и широкий спектр социально-экономических детерминант (таких как социальные детерминанты здоровья), определяющих уровень и распределение заболеваемости. Для рассмотренных выше основных групп болезней, обуславливающих высокие уровни смертности, заболеваемости и инвалидности, имеются два главных фактора риска, которые влияют на исходы различных



патологических состояний и таким образом являются приоритетом для действий – это табакокурение и злоупотребление алкоголем. Распространенность и уровни потребления алкоголя и табака среди населения Европы остаются высокими, несмотря на наличие знаний и технологий, позволяющих воздействовать на оба эти фактора риска.

Табакокурение

Согласно данным, полученным от 37 стран Европейского региона (около 2008 г.), распространенность регулярного курения табака (основная форма его использования) среди населения в возрасте 15 лет и старше достигла в среднем 27% (рис. 52). В целом мужчин среди курящих вдвое больше, чем женщин. Однако распространенность курения среди женщин растет и начинает приближаться к уровню курения среди мужчин (данные не показаны), особенно в тех странах, где у мужчин этот показатель примерно соответствует среднеевропейскому уровню или ниже.

Ценовая доступность табачной продукции может способствовать распространению курения: по статистике, чем ниже цена на сигареты, тем выше распространенность курения. По имеющимся данным, цена пачки сигарет в странах Европы колеблется от 1 до более

Рисунок 52

Уровень распространенности употребления табака среди населения в возрасте 15 лет и старше, в разбивке по полу, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2010 гг.



10 долл. США (25). Чтобы противостоять агрессивному маркетингу табачной продукции, направленному на молодежь, женщин и людей с низким социально-экономическим статусом, необходимо использовать столь же активные и скоординированные стратегии, в том числе те, что представлены в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (26), ратифицированной 168 странами мира. В Европейском регионе сторонами Конвенции являются 47 стран и Европейская Комиссия.

Употребление алкоголя

Другим важным фактором, влияющим на частоту и тяжесть заболеваний, является употребление алкоголя; с ним в Европе связано около 6,5% всех смертей (27). По данным из 48 стран, за последнее десятилетие расчетный среднедушевой уровень потребления алкоголя в Европейском регионе почти не изменился, составив в 2007 г. в среднем 10,6 л (рис. 53). Однако между странами расчетные средние уровни потребления колеблются в широких пределах – от 21 л до менее 0,5 л на человека.

Не только объем, но и тип потребляемых алкогольных напитков имеет значение: чем выше содержание этилового спирта в напитке, тем тяжелее негативные последствия для здоровья. Страны Региона различаются по уровням потребления



пива, вина и крепких спиртных напитков. Бремя связанных с алкоголем заболеваний выше в тех странах, где потребляется больше крепких напитков. Как и в отношении табака, социально-экономические факторы и ценовая доступность алкоголя обуславливают его чрезмерное потребление и пьянство (еженедельные эпизоды употребления больших доз алкоголя, из расчета свыше 50 г чистого спирта), отрицательное воздействие которых на здоровье убедительно доказано (28). По данным из отдельных стран, распространенность пьянства обычно находится в обратной зависимости от цен на алкоголь. Данные из отдельных стран Европы свидетельствуют о том, что рост болезней системы кровообращения и уровня преждевременной смертности может быть обусловлен крайне высоким уровнем потребления алкоголя и распространенностью пьянства (29, 30). Например, в недавно проведенном исследовании отмечено, что при снижении цен на алкоголь – как и при отмене других ограничений в отношении его доступности и потребления – смертность, связанная с употреблением алкоголя, увеличилась среди людей в возрасте 40–69 лет на 17–40% (31). По информации, собранной в странах Европейского региона, для реализации успешных стратегических подходов к снижению вредного употребления алкоголя необходимы скоординированные совместные усилия ряда секторов, включая сектор здравоохранения, направленные на достижение общей цели.

Экологические факторы

Известно, что различия в доступе к разнообразным факторам окружающей среды или в подверженности их воздействию на протяжении всей жизни человека определяют частоту серьезных нарушений здоровья (в том числе болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразований), риск воздействия внешних причин смерти, а также влияют на тяжесть болезни и развитие инвалидности. На формирование профиля здоровья и бремени болезней влияют – прямо и косвенно, позитивно и негативно – разнообразные факторы, в том числе:

- доступ к чистой воде и адекватным средствам санитарии;
- неудовлетворительные жилищные условия (например, сырость, плохое качество воздуха в помещениях, перенаселенность);

- безопасность дорожного движения (состояние дорог и транспортных средств, использование средств безопасности и ограничение скорости);
- плохое качество воздуха (например, из-за загрязнения твердыми частицами, газами, токсическими испарениями и плесенью);
- условия на рабочем месте (в том числе условия найма и профессиональные риски);
- экстремальные погодные условия (жара или холод).

Информация о путях воздействия факторов окружающей среды на развитие болезни и способах измерения их уровня и распределения крайне важна для совершенствования стратегий, а также для мониторинга и оценки их эффективности.

Краткое обсуждение вопросов, касающихся, например, мониторинга качества воздуха и интерпретации полученных данных, помогает понять, как эти факторы могут воздействовать на здоровье. Качество воздуха является важным, не имеющим национальных границ фактором, который влияет на состояние здоровья и благополучие людей. В Европейском регионе загрязнение воздуха все еще представляет значительную угрозу для здоровья населения. Доказательства воздействия загрязнения воздуха на здоровье становятся все убедительнее, поэтому страны Региона проявляют растущую заинтересованность в улучшении своих методов мониторинга. В результате этого увеличивается объем доступных данных о концентрации в воздухе твердых частиц (один из главных индикаторов качества воздуха) и их отрицательном воздействии на здоровье.

Владея более полной информацией, можно более эффективно планировать, обсуждать, разрабатывать и внедрять стратегии и рекомендации. Например, ВОЗ (32) предложила для твердых частиц с аэродинамическим диаметром менее 10 мкм ($ТЧ_{10}$) предельный среднегодовой уровень экспозиции 20 мкг/м³, поскольку с этим уровнем связано потенциальное увеличение экологического риска для здоровья. Однако определенное отрицательное воздействие на здоровье, в частности на развитие болезней системы кровообращения и органов дыхания, наблюдалось в Европе и при более низких среднегодовых уровнях (10 мкг/м³) (33).

При различиях в качестве воздуха в странах Европейского региона медианный уровень $ТЧ_{10}$ в 2006–2009 гг. составил 26 мкг/м³, что превышает предельные значения, рекомендованные

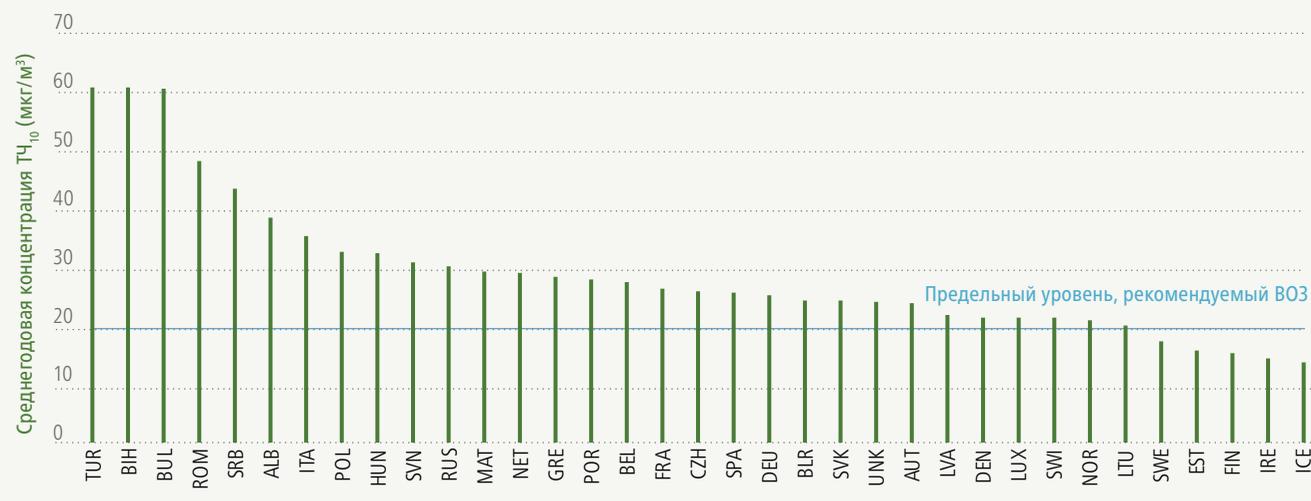
Вставка 7
Факторы риска –
ключевые положения

- Хорошо известны два фактора риска для главных групп заболеваний: табакокурение и злоупотребление алкоголем. Для воздействия на них разработаны различные межсекторальные вмешательства.
- Хотя во многих странах для борьбы с курением используются самые разные стратегии, распространенность табакокурения достигла к 2008 г. 27% среди населения в возрасте 15 лет и старше. Важным фактором, способствующим распространению курения, является ценовая доступность табачных изделий.
- По оценкам ВОЗ, употребление алкоголя является причиной примерно 6,5% всех случаев смерти в Европе. Как и в отношении курения, важными детерминантами употребления алкоголя и, в частности, пьянства, представляющего собой еще более серьезную угрозу здоровью, является финансовая и физическая доступность алкоголя.
- Риск серьезных нарушений здоровья во многом обусловлен различием в доступе к разнообразным факторам окружающей среды или подверженностью их воздействию на протяжении всей жизни. Например, страны Европейского региона различаются по качеству воздуха при медианном уровне $ТЧ_{10}$ 26 $мкг/м^3$, превышающем предельный уровень, рекомендованный ВОЗ (20 $мкг/м^3$).

ВОЗ. Данные указывают на четырехкратный разрыв между минимальным и максимальным уровнями $ТЧ_{10}$ в странах: от 14 $мкг/м^3$ до 61 $мкг/м^3$ (рис. 54). В 80% из 35 стран, по которым имелись данные, уровни PM_{10} выше стандартного порогового уровня, а в 15% стран они превышают стандартный уровень как минимум вдвое. В недавно опубликованном докладе о воздействии загрязнения воздуха на здоровье населения в государствах-членах ЕС показано, что на связанные с загрязнением воздуха нарушения здоровья приходится 8 месяцев, а в наиболее загрязненных городах – более 2 потерянных лет жизни (34). Необходимо отметить, что имеющиеся данные о загрязнении воздуха по странам Европы относятся к столицам и крупным городам и, следовательно, могут носить завышенный характер по отношению к уровням экспозиции для всего населения.

В этом разделе представлены данные по некоторым наиболее важным факторам риска, однако приведены лишь единичные примеры сложных взаимодействий между спектром факторов риска, патологическими процессами и воздействием на здоровье населения Европы. На эти процессы влияют также широкие социальные детерминанты здоровья, которые могут либо смягчать, либо обострять неравенства в показателях здоровья, как это обсуждается в следующих разделах.

Рисунок 54
Среднегодовая концентрация $ТЧ_{10}$ в воздухе крупных городов,
страны Европейского региона, последние представленные данные, 2006–2009 гг.



Социальные детерминанты и неравенства в отношении здоровья

Неравенства в отношении здоровья (inequalities in health) – это различия либо в доступе к возможностям по укреплению и поддержанию здоровья и использованию медико-санитарных услуг, либо в распределении бремени болезней (включающего заболеваемость, инвалидность и смертность) и положительных характеристик здоровья в контексте благополучия. Эти различия могут также быть отражением биологических (или генетических) факторов: например, мужчины обычно выше ростом, чем женщины. Несправедливости в отношении здоровья (health inequities) – это такие различия в показателях здоровья, которые не носят неизбежного характера, предотвратимы и по своей сути являются несправедливыми и неправомерными (35). Несправедливые различия в отношении здоровья существуют между странами и между разными группами жителей одной страны. Фактические данные показывают, что движущие факторы таких несправедливостей носят системный характер и их распределение не является случайным.

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) определяет справедливость в отношении здоровья как «отсутствие несправедливых и предотвратимых или устранимых различий в показателях здоровья между группами населения, определяемыми по социальным, экономическим, демографическим или географическим признакам» (36). Суммировав результаты многочисленных исследований, Комиссия пришла к заключению, что некоторые из различий в показателях здоровья между странами или между отдельными группами населения можно рассматривать как несправедливости в отношении здоровья. Доля подобных различий – от 25% до 75% в зависимости от показателя – обусловлена не только собственно биологическими факторами здоровья, но также все в большей степени социальными условиями, которые можно улучшить мерами проводимой политики. В докладе КСДЗ констатируется, что несправедливости в отношении здоровья – это главным образом результат несостоятельной политики, следствием которой являются социально несправедливые различия в условиях повседневной жизни, в доступе к властным полномочиям, ресурсам и участию в жизни общества.

Как установлено Комиссией и затем поддержано в недавнем докладе Европейского регионального бюро ВОЗ (37), в основе несправедли-

востей в отношении здоровья лежит сложный комплекс причин. Они часто являются отражением системных социальных, политических, исторических, экономических и экологических факторов; накладываясь на биологические факторы, они накапливаются на протяжении жизни и нередко передаются из поколений в поколения. Для всех этих факторов часто используют обобщающий термин «социальные детерминанты», которые также называют «причинами причин», чтобы показать их основополагающее влияние на возникновение болезней и распределение показателей здоровья между группами населения и между странами. Кроме того, одной из социальных детерминант здоровья является сама система здравоохранения, поскольку она может либо сокращать, либо усугублять существующие несправедливости в отношении здоровья. Эта концепция охватывает всю совокупность социальных условий, в которых люди живут и работают, и, исходя из этого, они были обобщены как «социальные характеристики среды, в которой проходит жизнь» (38).

В этом контексте вопросы несправедливости в отношении здоровья являются важным приоритетом для Европейского региона. Проявления социальной несправедливости продолжают расти и принимают разнообразные формы – от отсутствия доступа к услугам здравоохранения до избыточной преждевременной смертности – и препятствуют социальному развитию и благополучию. Предпосылками для успешного преодоления несправедливостей в отношении здоровья является владение полноценной информацией об их масштабах и распределении (как в абсолютном, так и в относительном выражении) и понимание того, каким образом социальные детерминанты, другие сопряженные факторы и системы здравоохранения влияют на бремя болезней, здоровье и благополучие.

Социально-экономические детерминанты

Уровень дохода, полученного образования и статус занятости относятся к наиболее важным социальным детерминантам здоровья, которые, в свою очередь, влияют на многие другие промежуточные детерминанты. Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения обычно используется для измерения дохода страны за каждый конкретный год и часто положительно коррелирует с уровнем жизни.

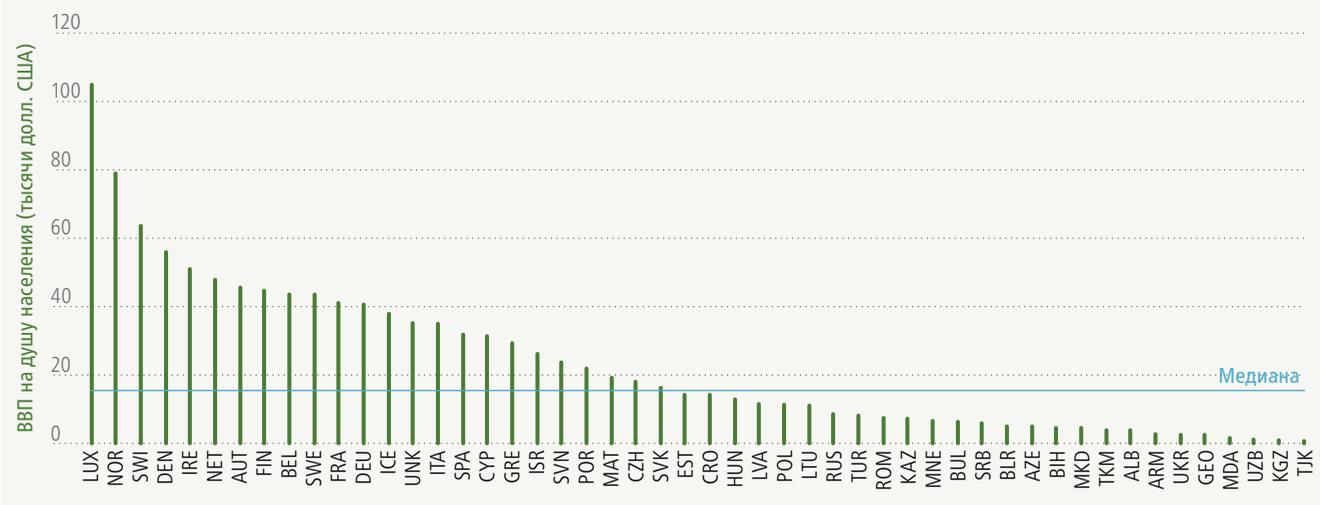
В целом Европейский регион является одним из самых богатых регионов мира: в 2009 г. средний годовой доход на душу населения

составил чуть менее 24 000 долл. США. Хотя, начиная с 1990 г., общий показатель подушевого дохода по Региону растет, данные, полученные от 50 из 53 стран Европейского региона, указывают на широкий разброс значений – от немногим более 700 долл. США до немногим более 105 000 долл. США (рис. 55).

Однако наряду с повышением уровней доходов, наблюдаемым в последние десятилетия, большинство стран Европы сталкивается с проблемой текущего экономического спада, многочисленные последствия которого еще предстоит оценить. Кроме того, средний доход на душу населения не дает представления о динамике распределения доходов в стране, например становится ли их уровень и распределение между подгруппами населения более (или менее) социально справедливым.

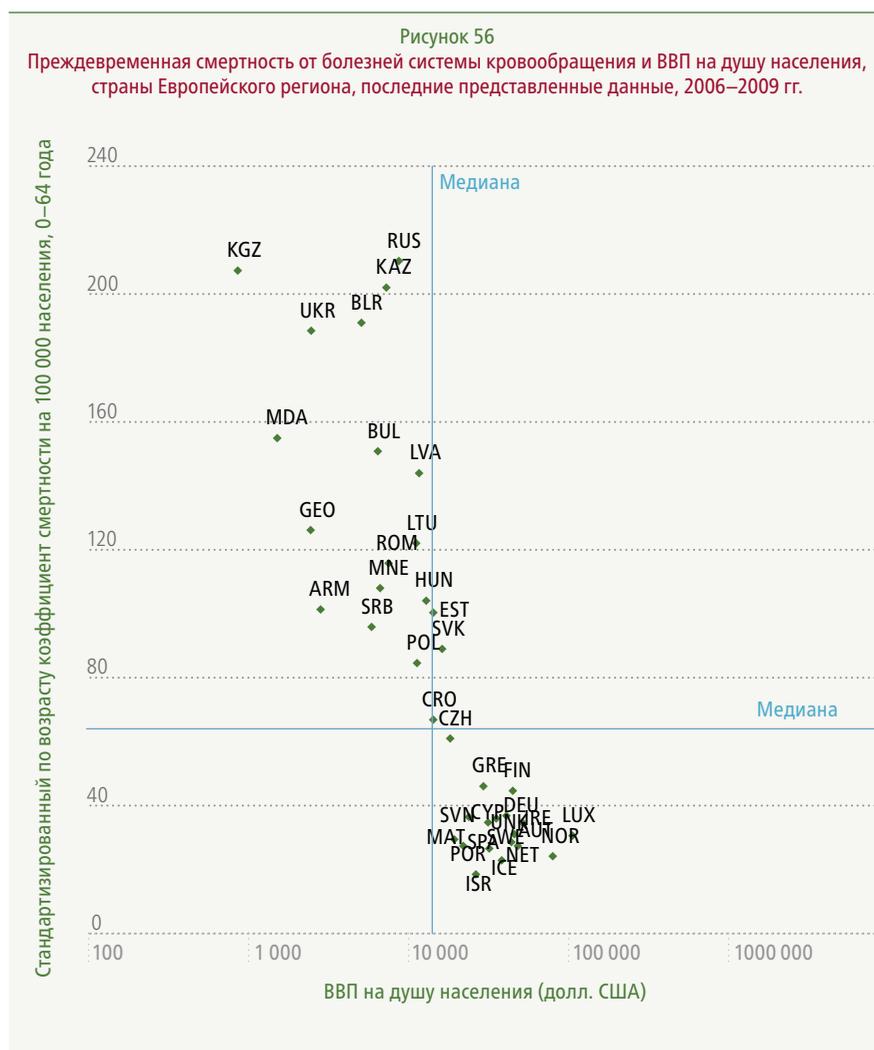
Хорошо известна тесная связь между средним доходом на душу населения и уровнями смертности. На рисунке 56 представлен один из таких примеров – показатели преждевременной смертности от болезней системы кровообращения. В странах с доходом на душу населения ниже 20 000 долл. США коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения превышают среднеевропейский уровень и демонстрируют тенденцию быстро увеличиваться по мере снижения уровня доходов. Это является важным проявлением неравенства в отношении здоровья и заслуживает более пристального внимания для понимания причин и социальных

Рисунок 55
ВВП на душу населения, страны Европейского региона, 2009 г.



процессов, приводящих к таким показателям смертности или поддерживающих их на этом уровне. Требуется рассмотрение и другого фактора, а именно степень, в какой подобные подлежащие причины могут отражать социальную несправедливость в отношении здоровья. Кроме того, снижение доходов и рост бремени болезней сами по себе являются серьезной проблемой: чем тяжелее бремя болезней, тем сильнее его негативное влияние на экономическое развитие в настоящем и будущем.

В странах ЕС данные по различным индикаторам смертности показывают сходную картину неравенств в отношении здоровья. «Устранимая смертность» (amenable mortality) – один из таких индикаторов; он отражает число преждевременных случаев смерти,



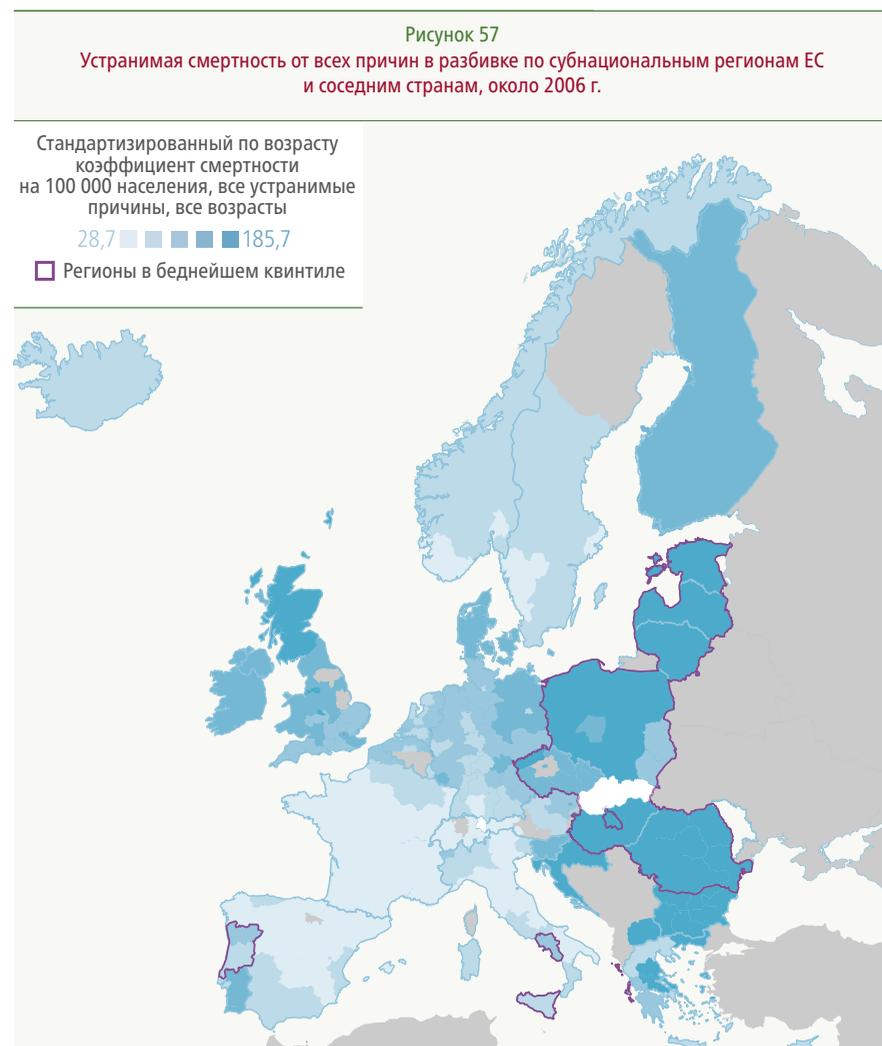
значительную часть которых можно избежать, используя известные медицинские вмешательства и меры общественного здравоохранения. Этот индикатор определяет несправедливость в отношении здоровья и может служить показателем для оценки деятельности системы здравоохранения. Использование индикатора устранимой смертности в ЕС иллюстрирует один из методов, позволяющих документировать важные неравенства в отношении здоровья, исследовать связанные с ними факторы и определять, являются ли эти различия потенциально предотвратимыми. Например, анализ показывает, что располагаемый доход (сумма денег, которую индивид или семья могут потратить или отложить в качестве сбережений, иными словами – чистый доход после уплаты налогов или других установленных социальных отчислений) коррелирует с уровнем устранимой смертности: чем ниже располагаемый доход, тем выше смертность.

Применяя подходы, позволяющие визуализировать неравенства в отношении здоровья, можно получить ценную информацию. В 2007 г. Региональное бюро ВОЗ совместно с Европейской комиссией осуществили проект под названием «Неравенства в эффективности деятельности системы здравоохранения и социальных детерминантах в Европе – инструменты для оценки и обмена информацией» (39). В рамках проекта был разработан комплект интерактивных атласов с целью улучшения доказательной базы для выявления и анализа социальных неравенств в отношении здоровья (20) (см. вставку 10 в разделе 2). Кроме совокупных данных на национальном уровне в проекте были использованы данные по 281 субнациональному региону в странах ЕС. Картирование данных по показателям устранимой смертности (от всех причин) для каждого из этих регионов указывает на географический градиент с более высокими показателями смертности в восточной и северо-западных частях ЕС, хотя в некоторых областях других частей ЕС также регистрируются высокие показатели смертности (рис. 57).

На карте темно-красной обводкой обозначены регионы ЕС, которые входят в беднейший квинтиль (20% регионов с самым низким уровнем доходов на душу населения из 281 региона). Этот дополнительный параметр указывает на вероятное наличие связи между низким уровнем доходов и более высокой устранимой смертностью. Между тем в некоторых менее обеспеченных областях Региона уровни смертности относительно низкие. Для того чтобы объяснить этот феномен, требуются дополнительные исследования и анализ. Например, какие характерные особенности этих регионов позво-

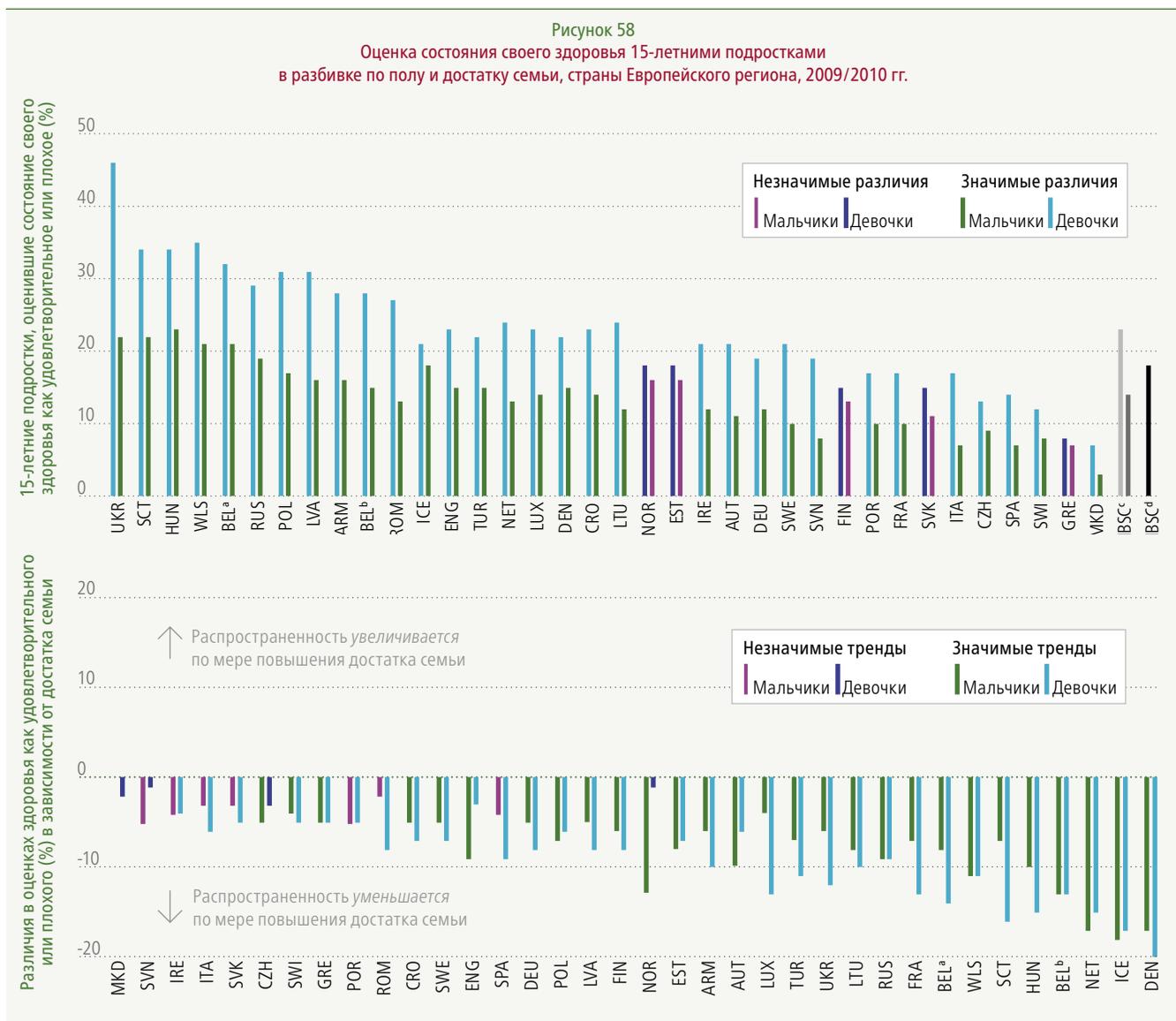
ляют им нивелировать влияние бедности и достигать более низких показателей устранимой смертности? Относятся ли эти особенности к разработке и успешному осуществлению определенных стратегий, таких, например, как привлечение заинтересованных сторон, межсекторальное сотрудничество или эффективные действия в области общественного здравоохранения? Понимание контекста, использование передовых методов работы и уроков из опыта дадут возможность адаптировать и внедрять новые варианты политики и стратегий в других регионах с ограниченными ресурсами.

В последнем отчете о результатах исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) (40) дается еще один пример того, как социальные детерминанты могут обуслови-



Источник: Inequalities in health system performance and social determinants in Europe [веб-сайт] (39).

вать распределение показателей здоровья. В этом многострановом обследовании участвовали 15-летние подростки, которые оценивали состояние своего здоровья (как «отличное», «очень хорошее», «хорошее», «удовлетворительное» или «плохое»). Затем данные тех подростков, которые сообщили об «удовлетворительном» или «плохом» здоровье, были проанализированы в соотношении с полом, уровень материального достатка семьи и по странам (рис. 58). Почти 20% 15-летних подростков оценивали состояние своего здоровья как «удовлетворительное» или «плохое»; при этом девочки давали такую оценку своему здоровью значительно чаще, чем мальчики (в среднем



Источник: Currie et al. (40). Примечания: ^a Бельгия (фламандская часть) ^b Бельгия (французская часть) ^c HBSC среднее (по полу) ^d HBSC среднее (всего)

23 и 14% соответственно), и это различие устойчиво прослеживалось во всех странах-участницах. При этом подростки из зажиточных семей оценивали свое здоровье как «удовлетворительное» или «плохое» на 20% реже.

В целом, результаты показывают, что в странах Европы субъективно оцениваемые относительные различия в благосостоянии коррелируют с уровнем самооценки здоровья, а также, по всей вероятности, с гендерными нормами и ролями. Это привлекает внимание к очевидному преобладанию пониженного уровня самооценки здоровья среди девочек-подростков из менее обеспеченных семей. Важность измерения самооценки здоровья в контексте благополучия и возникающие при этом проблемы подробнее рассматриваются в главе 3.

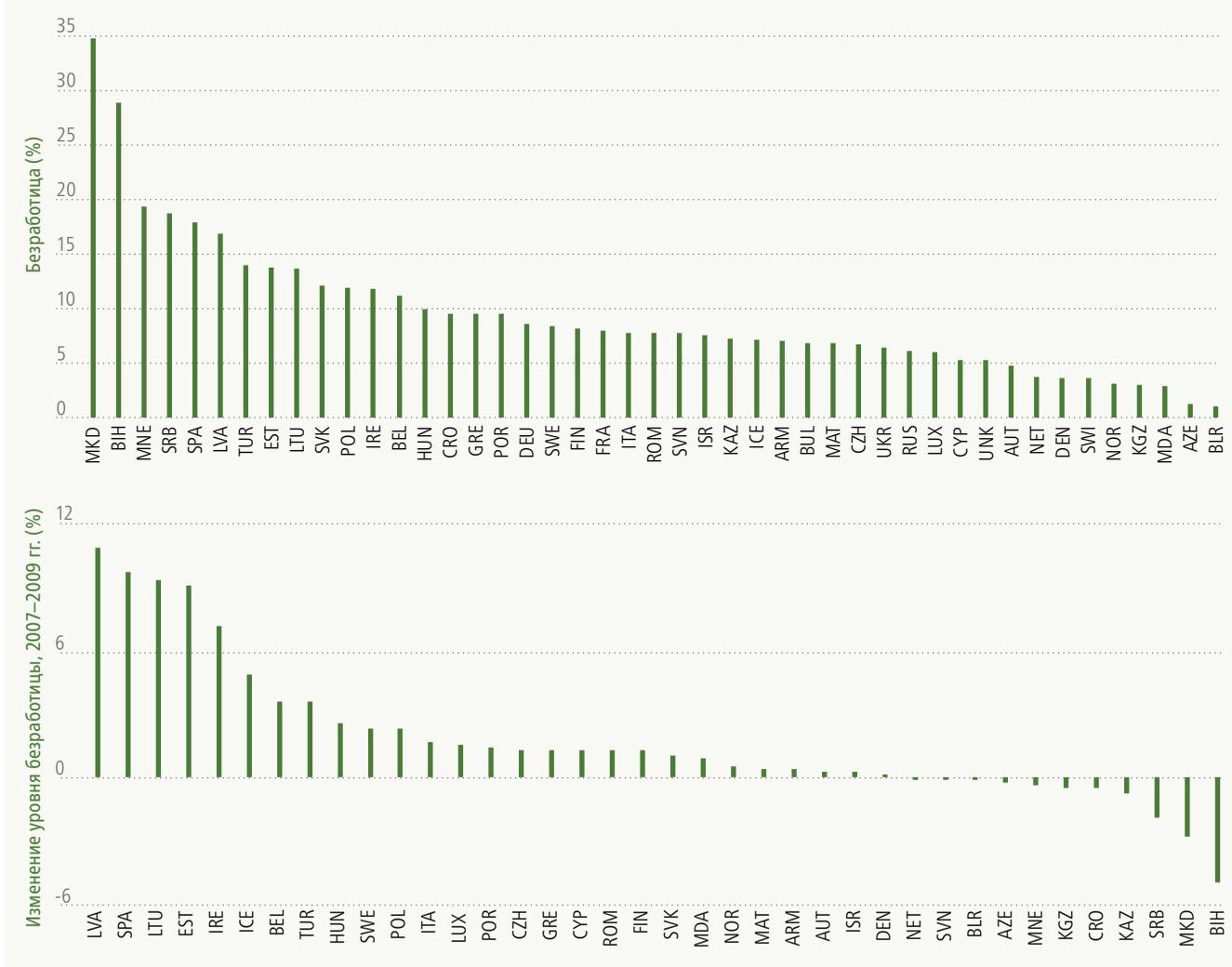
Один из индикаторов, непосредственно отражающих возможности и способность страны задействовать свои потенциальные рабочие ресурсы, и важная социальная детерминанта здоровья – это безработица. Во время последнего экономического спада в Европейском регионе наблюдался подъем уровня безработицы, составившей в 2009 г. в среднем 8,7% экономически активного населения. Это произошло после десятилетнего периода снижения уровня безработицы в Регионе. Что касается различий между странами, то среди 45 стран Региона самый высокий показатель безработицы в 35 раз выше самого низкого (рис. 59).

Резкие изменения в экономике, проявляющиеся колебаниями уровня безработицы, позволяют глубже понять потенциальное воздействие безработицы на здоровье и благополучие населения и расширить обсуждение потенциальных факторов, влияющих на внешние причины смертности (см. рис. 38). Например, увеличение безработицы более чем на 3% за относительно короткое время коррелирует с ростом почти на 5% числа самоубийств и самоповреждений среди людей моложе 65 лет (41). За период с 2007 по 2009 г. средний уровень безработицы в Европейском регионе увеличился почти на 1% при существенных различиях между 38 странами, предоставившими данные (рис. 59). Несмотря на то что уровень безработицы является довольно грубым индикатором, наблюдаемые в последнее время тенденции и сводные фактические данные свидетельствуют о том, что страны, где уровень безработицы увеличивается на 3% и больше, находятся в зоне повышенного риска роста смертности в результате самоповреждений.

Рост безработицы порождает дополнительные проблемы для систем здравоохранения, включая необходимость обеспечения соответствующими услугами более уязвимых и материально необеспеченных групп населения. Отмечаемый рост частоты определенных нарушений здоровья может быть обусловлен такими факторами, как дополнительный стресс, распространение нездоровых форм поведения (например, курения, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами), а также неадекватная медицинская помощь в связи с перегрузкой служб и задержкой в обращении к врачу. Кроме того, у людей, которые стремятся, но не могут найти

Рисунок 59

Уровень и динамика безработицы среди экономически активного населения, страны Европейского региона, последние представленные данные, 2007–2009 гг.



работу, возникает риск (в зависимости от контекста) исключения из ряда других социальных процессов. Необходимо поддерживать регулярный мониторинг этих и других тенденций, используя подход по всему градиенту, предполагающий проведение мониторинга среди населения в целом, а не только в уязвимых группах.

Учитывая широкий спектр потенциальных социальных детерминант здоровья, рассмотренные выше детерминанты и пути выявления несправедливостей в отношении здоровья приведены только в качестве иллюстрации. Хотя рассмотрение различных вариантов политики и мер, направленных на сокращение несправедливостей в отношении здоровья, выходит за рамки этого доклада, ясно одно: необходимы систематические скоординированные действия – от удовлетворения в приоритетном порядке потребностей наиболее уязвимых групп до решения вопросов благополучия будущих поколений. Эти действия можно разделить на две категории: укрепление здоровья всех групп населения в соответствии с их нуждами и улучшение социальных детерминант здоровья. Действия в отношении последних обычно не входят в основную сферу компетенции сектора или системы здравоохранения, но сектор здравоохранения может стать активным поборником этих действий и в значительной степени способствовать принятию согласованных мер.

Экологические детерминанты

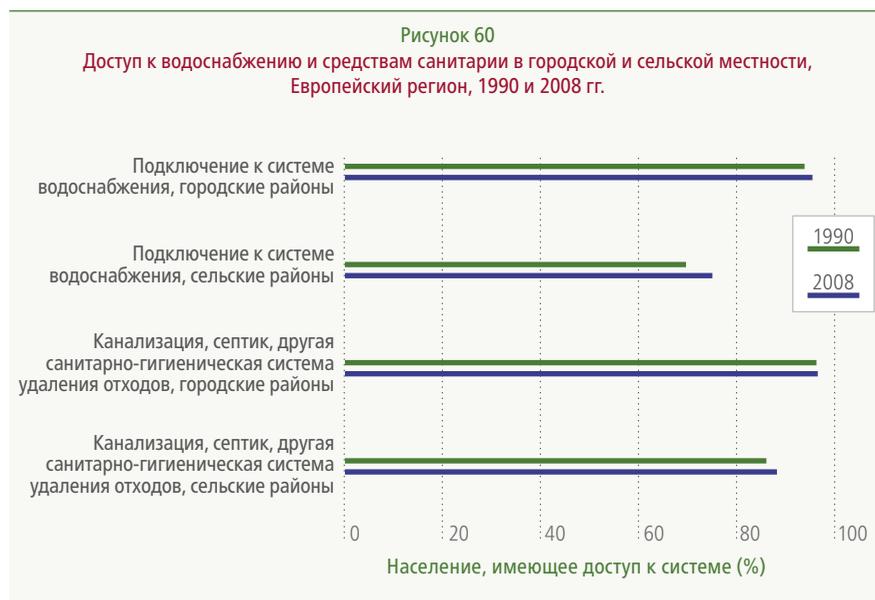
Окружающая среда – это еще одна важная детерминанта здоровья, и основные связанные с ней проблемы сходны с проблемами социальных детерминант. По недавно проведенным оценкам влияния факторов окружающей среды на здоровье, на их долю может приходиться от 13 до 20% бремени болезней в Европе в зависимости от модели классификации вызываемой ими смертности (такой, например, как страты специфических для данного населения уровней смертности среди детей и взрослых) (42).

Крайне важное значение имеет адекватное водоснабжение жилищ – как для питья, так и для нужд гигиены. В целом показатели водоснабжения в Европейском регионе – одни из лучших в мире. Все еще возникают проблемы относительно качества воды, связанные, в частности, с контаминацией патогенными микроорганизмами и химическими веществами, вызываемой нарушением герметичности изношенных труб, перебоями в работе служб или отсутствием высококачественных

механизмов защиты и хлорирования воды. Данные о доступе к воде (доля населения, пользующегося услугами централизованного водоснабжения) и средствам санитарии (доля населения, проживающего в домах, подключенных к централизованной канализации или септику или другой санитарно-гигиенической системе удаления отходов) в городских и сельских районах были проанализированы для выявления изменений, произошедших между 1990 и 2008 г. В целом, в 2008 г. доля населения Региона, имеющего доступ к водоснабжению, составила 96% в городах, но всего 76% в сельской местности (рис. 60). Ситуация в разных странах варьировалась – от почти 100%-ного доступа в городских и сельских районах до более широких различий между районами в странах восточной части Региона.

Плохая организация отведения и обеззараживания фекальных отходов может повышать риск заболеваний. В Европейском регионе доступ к улучшенным средствам санитарии имеется у 97% населения в городских районах по сравнению с 89% в сельских.

Отсутствие таких удобств в некоторых частях Региона приводило к повышению риска воздействия патогенных микроорганизмов, отдельные виды которых вызывают болезни, обладающие высоким эпидемическим потенциалом (такие, например, как холера, шигеллез, гемолитико-уремический синдром, криптоспоридиоз и лямблиоз). Эти инфекции наносят значительный ущерб, обуславливая



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» (6).

большое число случаев заболеваний, многие из которых требуют госпитализации, что в конечном итоге приводит к прямым и непрямым экономическим потерям. Защита водных ресурсов, продолжающиеся инвестиции в поддержание и развитие коммунальных служб, а также продуманное планирование с учетом урбанизации населения помогут справиться с решением проблемы ограниченного доступа.

Различные социально-экономические, демографические и географические условия определяют воздействие факторов окружающей среды и приводят к возникновению существенных неравенств в отношении здоровья, многие из которых могут рассматриваться как несправедливые. Недавно Европейское региональное бюро ВОЗ провело оценку влияния факторов окружающей среды на формирование неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе (43). К основным рассмотренным факторам относились доступ к водоснабжению и санитарии, жилищные условия и более широкие экологические показатели, включая качество воздуха внутри и вне помещений и шум. По данным отчета, наиболее четко проявлялись на различных географических уровнях социально и экономически обусловленные неравенства в отношении здоровья, связанные с воздействием шума, вторичного табачного дыма и с качеством жилья. Кроме того, было показано, что гендерные неравенства в большей степени коррелируют с внешними причинами (травмы и отравления): показатели летальности среди мужчин зачастую в три или более раз выше, чем среди женщин.

Системы здравоохранения как детерминанты здоровья

Эффективная система здравоохранения – необходимое условие успешного реагирования на изменения эпидемиологической ситуации и удовлетворения медико-санитарных потребностей и запросов населения. Ключевые требования, предъявляемые к таким системам, включают профилактику и борьбу с болезнями, смягчение последствий болезней (включая инвалидность), активное содействие и популяризацию здоровых форм поведения и образа жизни с использованием всеобъемлющих подходов к решению разнообразных вопросов здоровья на протяжении жизни. Для решения этих задач – повышения общего уровня здоровья населения и оптимизации его распределения между разными группами населения с учетом принципа социальной

справедливости – необходимо, чтобы система здравоохранения удовлетворяла следующим требованиям:

- была хорошо организована и эффективно функционировала, в частности обеспечивала лидерство и подотчетность;
- имела надежное финансирование;
- поддерживала свою инфраструктуру, включая кадровые ресурсы;
- обеспечивала предоставление высококачественных услуг.

В периоды дефицита средств важную роль приобретает сбалансированное расходование имеющихся ресурсов: финансовых, кадровых и материальных. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. (2) был посвящен важности укрепления европейских систем здравоохранения; эта тема не относится к основным темам настоящего доклада (см. вставку 23 с информацией о недавно проведенном исследовании деятельности систем здравоохранения и их вклада в благополучие в целом). Тем не менее с учетом недавнего экономического спада в этом разделе рассмотрены вопросы финансирования здравоохранения и защиты от катастрофических финансовых расходов (44) в качестве одного из ярких примеров того, как системы здравоохранения могут либо сглаживать (например, за счет использования более прогрессивных способов финансирования), либо усугублять (например, путем еще большего углубления неравенств, в частности в доступности медико-санитарной помощи) негативные последствия финансовых потрясений. На сегодняшний день измерение распространенности и величины прямых платежей домохозяйств за медицинские услуги является основой для оценки финансовой защищенности граждан и сравнения систем здравоохранения (45).

Совокупные инвестиции страны в охрану здоровья граждан включают государственные меры в ответ на нужды населения (государственные расходы) и использование ресурсов домашних хозяйств (частные расходы). Общие расходы на здравоохранение являются показателем того, какие усилия предпринимают страны для инвестирования в здоровье, и, как правило, это выражается в процентах от ВВП; средний уровень по Европейскому региону в 2009 г. составил 8,5%. При этом, однако, наблюдается значительный разброс между странами Региона: от 12 до 2% (данные не показаны). Для улучшения показателей здоровья в целом и их распределения имеет значение не только уровень расходов, но также эффективность и справедливость в использовании ресурсов.

В условиях экономического кризиса, когда у многих граждан и семей денег становится меньше, они порой откладывают

обращение за медицинской помощью, особенно когда им приходится самим платить за услуги. Такие платежи называют личными, или платежами «из собственного кармана» (out-of-pocket expenditure, OOP). Особое беспокойство вызывают катастрофические расходы на оплату медицинских услуг, угрожающие обнищанием домашних хозяйств, в тех странах, где системы здравоохранения в значительной степени полагаются на взносы домашних хозяйств. В Европейском регионе это особенно актуально для стран, где рост цен на товары и услуги ослабил покупательную способность многих семей.

В 2009 г. личные платежи граждан составили в среднем по Европейскому региону 23% в структуре общих расходов на здравоохранение (рис. 61). Имеются широкие различия в этой доле между странами – от 5,7 до 69,4%, что составляет 12-кратный разрыв. Прямые личные платежи остаются основным источником оплаты услуг (около 50% и больше) примерно в 10 странах Региона, в то время как в других финансирование и покрытие расходов происходит главным образом за счет использования механизмов объединения средств и предоплаты (например, за счет государственных налогов или фондов медицинского страхования). Фактические данные из многих стран мира подтверждают, что можно существенно снизить риск финансовых катастроф для домашних хозяйств, если достигнуты два целевых ориентира: доля прямых личных выплат из собственного кармана граждан в общих расходах на здравоохранение не превышает 15–20%, а доля

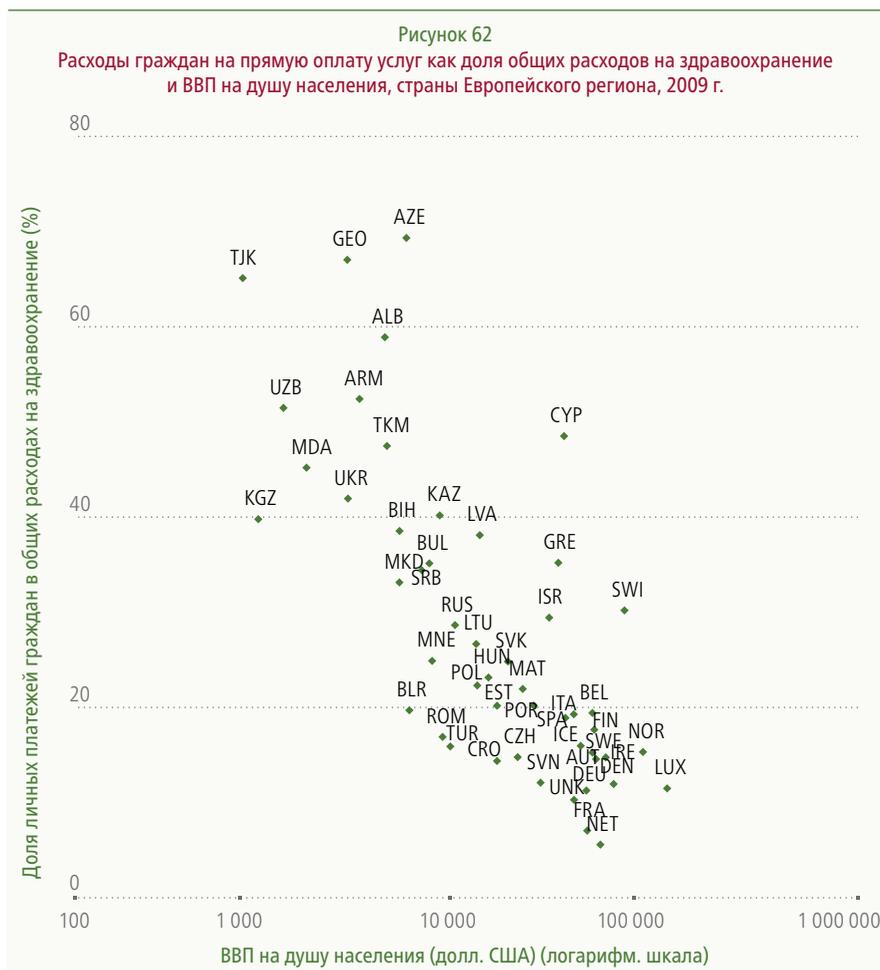
Рисунок 61

Расходы граждан на прямую оплату услуг как доля общих расходов на здравоохранение, страны Европейского региона, 2009 г.



совокупных государственных расходов на здравоохранение составляет не менее 5–6% ВВП (45).

Неблагоприятным фактором, однако, является то, что страны с самым высоким уровнем платежей из личных средств граждан в то же время менее успешны в экономическом отношении (рис. 62) и для них характерна меньшая доля участия государства в расходах на здравоохранение. Хотя эти обстоятельства делают более сложным вопрос расширения финансового пространства за счет увеличения доли государственных расходов на здравоохранение, ВОЗ недавно сформулировала варианты политики и стратегий для обеспечения устойчивого и более справедливого финансирования здравоохранения в странах с различным уровнем экономического развития (45).



В главе 1 дано описание состояния здоровья и тенденций в динамике его показателей в Европе, основанное на последних обновленных данных, полученных от государств-членов, которые показывают, где мы как Регион в целом находимся сегодня. В этой главе также освещается изменяющийся контекст, в котором будет осуществляться политика Здоровье-2020. Согласование целей и приоритетов для Европейского региона ВОЗ – наши устремления – является первым шагом на пути установления достижимых целевых ориентиров и мониторинга прогресса на региональном уровне; данная тема обсуждается в главе 2.

Вставка 8

Социальные детерминанты и неравенства в отношении здоровья – ключевые положения

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе продолжают углубляться, что вызывают серьезную озабоченность. • Социальные детерминанты здоровья включают социально-экономические, демографические, экологические и культурные факторы, а также систему здравоохранения. Они охватывают весь комплекс социальных условий, в которых люди живут и работают. • К наиболее важным социально-экономическим детерминантам здоровья | <p>относятся уровень дохода, занятость и образование. Хотя за период с 1990 г. уровни доходов в Европейском регионе выросли, их распределение во многом не соответствует принципам социальной справедливости.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Факторы окружающей среды – еще одна важная детерминанта здоровья; они включают доступ к водоснабжению и средствам санитарии, жилищные условия, а также более широкие экологические факторы, включая качество воздуха | <p>внутри и вне помещений и шум. Различные социально-экономические, демографические и географические условия определяют воздействие факторов окружающей среды, приводя к выраженным неравенствам в показателях здоровья.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Системы здравоохранения могут либо сглаживать, либо усугублять экономические трудности, переживаемые семьями; в этом вопросе важнейшее значение имеет финансирование здравоохранения. |
|--|--|--|