



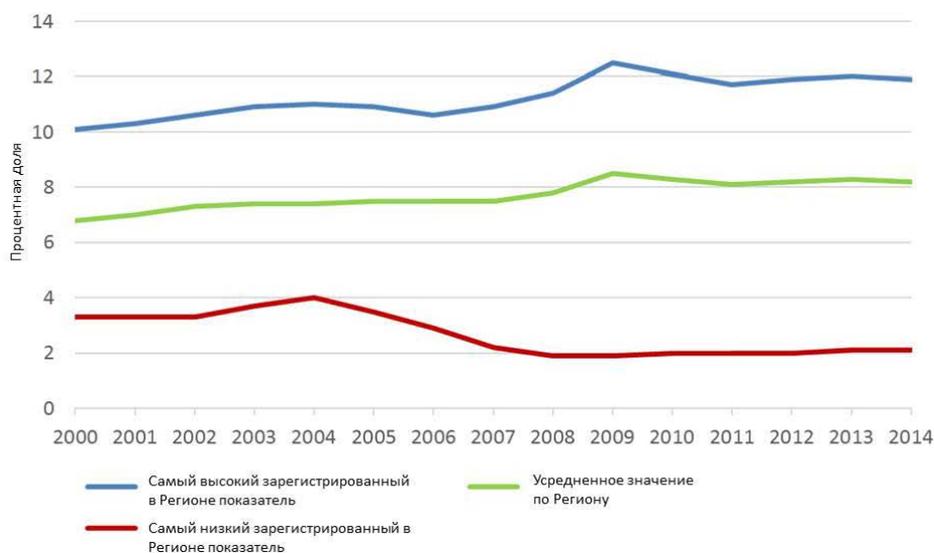
Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, сокращение неравенств в отношении здоровья и повышение уровня благополучия населения Европы

Всеобщий охват услугами здравоохранения

Всеобщий охват услугами здравоохранения означает гарантию доступности основных медицинских услуг для всех и сохранение приемлемого уровня оплаты таких услуг за собственный счет пациентов. Один из трех стратегических приоритетов ВОЗ, отраженных в тринадцатой Общей программе работы на 2019–2023 гг., заключается в том, чтобы обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения дополнительно 1 млрд людей. Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения защитит отдельных людей и их семьи, а также даст системам здравоохранения больше возможностей для реагирования на новые и всё более обостряющиеся проблемы, такие как устойчивость к антибиотикам, которая ведет к удлинению сроков госпитализации, увеличению расходов на лечение и повышению смертности.

Средние затраты на здравоохранение в Европейском регионе составляют около 8% от валового внутреннего продукта (ВВП), причем этот показатель практически не менялся с 2010 г. Между странами существуют значительные (до 10 процентных пунктов) различия, масштаб которых увеличивается начиная с 2000 г.

Общие расходы на здравоохранение как процент от ВВП (расчет ВОЗ) (%)



Источник: База данных «Здоровье для всех», Европейский портал информации здравоохранения ВОЗ [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (<https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>, по состоянию на 4 сентября 2018 г.).

Помимо этого, существует четкая взаимосвязь между государственными расходами на здравоохранение в стране и уровнем собственных средств, которые граждане тратят на оплату медицинских услуг. Граждане стран с низким уровнем государственных расходов на здравоохранение, как правило, имеют высокий уровень платежей из собственных средств пациентов, что может ухудшить финансовое положение домохозяйств и негативно повлиять на результаты в отношении здоровья.

Проведенный анализ позволяет предположить, что при сокращении доли платежей из собственных средств пациентов до менее чем 15% от общих расходов на здравоохранение затраты домохозяйств на здравоохранение практически перестают быть для них непосильными или ведущими к нищете. К сожалению, в большинстве из 53 стран Региона доля платежей из собственных средств пациентов остается выше этого показателя. Тем не менее в разных странах эта доля резко различается и составляет от примерно 5% до 72%.

Показатели, свидетельствующие об улучшении ситуации в области всеобщего охвата услугами здравоохранения, включают в себя снижение уровня материнской смертности и повышение уровня успешного излечения новых случаев туберкулеза легких; по обоим этим направлениям в Регионе отмечаются заметные успехи. Тем не менее среди отдельных государств-членов наблюдаются серьезные различия по обоим показателям.

Сокращение неравенств в отношении здоровья

Социальные детерминанты здоровья, включая политические, социальные, экономические, институциональные и экологические факторы, определяют условия повседневной жизни и влияют на здоровье, благополучие и возникновение заболеваний на всем протяжении жизни человека. Наличие неравенств в отношении здоровья указывает на несправедливое распределение результатов в отношении здоровья и благополучия между странами или группами населения. При этом национальные меры политики, направленные на сокращение неравенств в отношении здоровья посредством улучшения социальных детерминант здоровья, могут способствовать и улучшению общего здоровья и благополучия населения в целом.

Из 53 стран Европейского региона в 42 странах приняты стратегии борьбы с неравенствами. Тем не менее для некоторых показателей абсолютные различия между странами остаются весьма значительными, в связи с чем в отдельных случаях необходимы более активные действия.

Младенческая смертность

Младенческая и материнская смертность являются одними из важнейших показателей, указывающих на состояние здоровья населения страны. За период с 2010 г. среднегодовое снижение показателя младенческой смертности в Регионе составило 1,4%; в целом Регион успешно движется к выполнению задачи 3.2 целей в области устойчивого развития, которая заключается в том, чтобы «уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до 5 лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений» к 2030 г.

Начальное образование

За период с 2010 по 2015 гг. общая доля детей в возрасте, официально установленном для прохождения начального школьного обучения, не посещающих школу, сократилась в

Европейском регионе с 2,6% до 2,3%. Тем не менее между государствами-членами в Регионе сохраняется значительная разница по этому показателю – от 0,1% до 10,1%.

Среднее образование

В среднем доля взрослого населения Европейского региона, имеющего образование не ниже среднего, остается почти неизменной и составляет около 50%. Тем не менее между странами наблюдаются существенные различия: максимальная зарегистрированная доля взрослого населения, окончившего как минимум среднюю школу, превышает 80%, в то время как минимальная составляет 34%.

Потребление домохозяйств

В Европейском регионе наблюдается уверенный рост среднего регионального уровня окончательных душевых расходов домохозяйств на потребление, который составляет 15 120 долл. США и является самым высоким зарегистрированным показателем начиная с 2000 г.

Неравенство доходов

Средний региональный уровень неравенства доходов в Европейском регионе несколько снизился.

Безработица

За период с 2010 по 2015 гг. средний уровень безработицы в Европейском регионе снизился незначительно – на 0,2%. Тем не менее в разных странах Региона уровень безработицы варьируется в широких пределах и составляет от 0,5% до более чем 26%.

Повышение уровня благополучия населения в Европе

Несмотря на то, что понятие «повышение уровня благополучия» может быть измерено с помощью определенных объективных показателей, на него также влияют культурные факторы и ценности, традиции и представления. В связи с этим при его оценке также должны использоваться качественные показатели и субъективное ощущение благополучия.

Повышение уровня благополучия способствует укреплению психического и физического здоровья, повышению производительности труда, а следовательно, и росту экономики. В связи с этим в Европейском регионе необходимо продолжать тщательную разработку, мониторинг и внедрение стратегий и программ, направленных на повышение уровня благополучия.

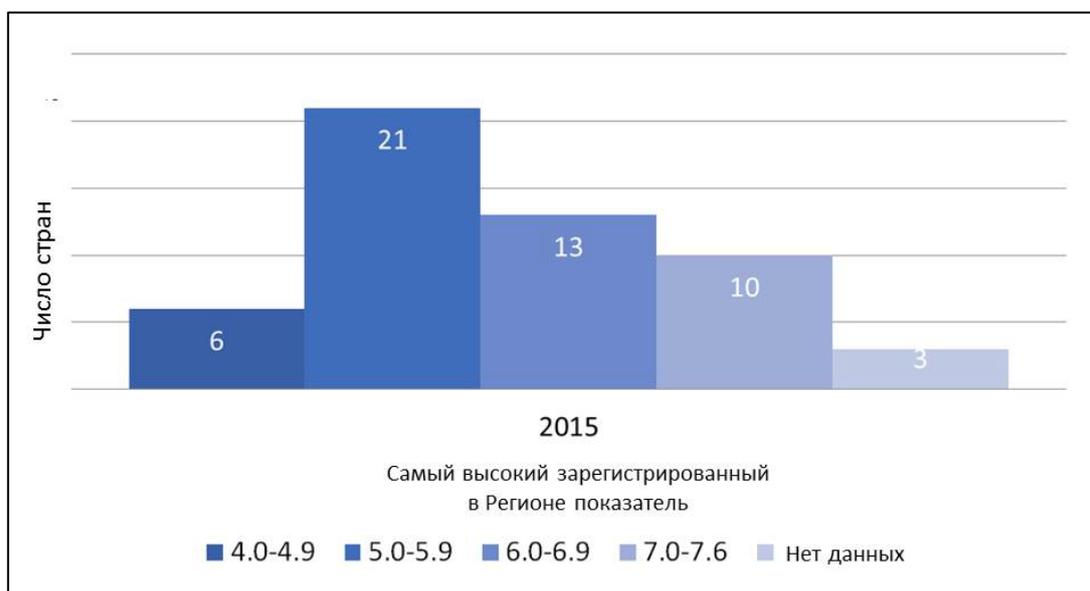
Степень удовлетворенности жизнью

В Европейском регионе осуществляется регистрация лишь одного субъективного показателя – показателя степени удовлетворенности жизнью. Он определяется как ответ на вопрос «Насколько вы в настоящее время удовлетворены своей жизнью?» в баллах от 0 (наименьшая степень) до 10 (наибольшая степень).

Средний уровень удовлетворенности жизнью в Европейском регионе составил 6 баллов, однако между государствами-членами наблюдалась заметная разница: в некоторых

государствах-членах средний балл составил 5,0 или ниже, а в других – до 7,6, что является одним из наивысших показателей в мире.

Общая удовлетворенность жизнью, 2015 г.



Источник: UNDP Human Development Reports. Human Development Index (HDI) [website]. New York: United Nations Development Programme; 2016. (<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>).

Социальные связи

Несмотря на то, что уровень социальной поддержки или социальных связей (одного из показателей для измерения объективного благополучия) в Европейском регионе остается сравнительно высоким, отмечается его снижение: в 2013 г. 86% населения в возрасте 50 лет и старше сообщили, что у них есть семья или друзья, на которых они могут положиться в трудную минуту, но к 2015 г. этот показатель упал до 81%. Помимо этого, между государствами-членами Региона с самым высоким и самым низким уровнем социальных связей существует значительный разрыв: этот показатель варьируется от 43% до 95%.

Процент одиноко проживающих лиц

Согласно базе данных «Евростат», включающей в себя данные по 34 странам Европейского региона, в период с 2010 по 2016 гг. доля одиноко проживающих лиц в возрасте 65 лет и старше выросла на 1%. При этом большую часть одиноко проживающих пожилых людей составляют женщины (около 39% по сравнению с более 20% среди мужчин).