



Европейская министерская конференция  
932 по системам здравоохранения  
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-  
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“  
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

## АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

# Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?

David McDaid, Michael Drummond и Marc Suhrcke



## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

HEALTH PROMOTION

HEALTH ECONOMICS

HEALTH POLICY

POLICY MAKING

STRATEGIC PLANNING

EUROPE

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

---

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

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

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

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

---

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

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

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

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

## Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Аргументация в пользу вложения средств в стратегии укрепления здоровья и профилактики заболеваний в Европе	1
Варианты стратегий: формирование новых и использование имеющихся фактических данных о действенности и экономической эффективности стратегий охраны и укрепления здоровья населения	7
Содействие реализации возможных вариантов стратегий: укрепление базы фактических данных и анализ организационной структуры	13
Определение альтернативных путей осуществления перемен	22
Резюме	26
Библиография	28

## Авторы

**David McDaid**, LSE Health and Social Care, Лондонская школа экономики и политических наук, Лондон, Соединенное Королевство и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

**Michael Drummond**, Центр экономики здравоохранения, Йоркский университет, Соединенное Королевство

**Marc Suhrcke**, Венецианское отделение Европейского регионального бюро ВОЗ

**Под редакцией**  
Европейского  
регионального бюро  
ВОЗ и Европейской  
обсерватории по  
системам и политике  
здравоохранения

**Главный редактор**  
Govin Permanand

**Соредакторы**  
Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

**Ответственные за выпуск**  
Kate Willows  
Jonathan North

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

ISSN 1998-4081

## Основные положения

### Проблема стратегической важности и связанные с ней трудности стратегического характера

- На здоровье населения влияют разнообразные факторы, многие из которых требуют принятия мер в сферах, лежащих за пределами компетенции системы здравоохранения
- Медицинские последствия и социально-экономические издержки, обусловленные основными факторами плохого здоровья в Европе, весьма существенны. Многих из этих проблем здоровья можно избежать.
- Растет объем информации, касающейся не только действенности, но и экономической эффективности мер вмешательства, направленных на охрану здоровья населения.
- Крупномасштабные меры программного характера, направленные на содействие инвестициям в действенные вмешательства, должны быть сосредоточены на улучшении как качества, так и использования фактических данных во многих секторах.

### Варианты стратегий

- Одним из вариантов укрепления базы фактических данных могло бы стать расширение компетенции имеющихся директивных органов, оценивающих экономическую эффективность медицинских технологий.
- В тех странах Европы, где возможности для проведения оценки ограничены, другим вариантом могла бы стать адаптация имеющейся информации к местным условиям таким образом, чтобы аргументированно доказывать необходимость инвестиций.
- Помочь в налаживании координации и обеспечении финансирования практических мер могут различные формы организационной структуры, включая такую возможность, как отдельное министерство по охране и укреплению здоровья населения; к числу других вариантов из этой же категории относятся составление совместных бюджетов или денежные перечисления между секторами.

### Содействие реализации

- При проведении новых оценок можно было бы вначале сосредоточить внимание на таких мерах вмешательства, которые могут обладать высокой действенностью, экономической эффективностью и не вызывать споров и противоречий. Благодаря этому новые институты смогут закрепить свои позиции и завоевать доверие к себе.

- Помочь изменить ситуацию может улучшение связи и взаимопонимания между учеными и лицами, вырабатывающими политику в различных секторах; связующим звеном между различными группами могли бы выступать специалисты-посредники в передаче знаний.
  - Помочь уменьшить сопротивление принимаемым мерам за пределами сектора здравоохранения может повышение уровня осведомленности о медицинских, немедицинских и экономических последствиях мер вмешательства. Определенную роль в этом процессе может играть оценка воздействия на здоровье.
  - Помочь изменить ситуацию могут также и механизмы мониторинга процесса реализации принимаемых мер во всех секторах; дополнительно стимулировать заинтересованные стороны в различных секторах к принятию практических мер можно с помощью постановки поддающихся измерению плановых показателей по целям в области охраны и укрепления здоровья населения.
-

## Реферат

Нездоровье людей в Европе сопряжено со значительными медицинскими и социально-экономическими издержками. Немалую часть этого бремени можно было бы избежать, если бы были реализованы действенные стратегии охраны и укрепления здоровья населения, причем как в системе здравоохранения, так и в других сферах жизни общества. Широкий подход к делу укрепления здоровья требует сочетания мер, принимаемых на верхнем и на нижнем уровнях воздействия на детерминанты здоровья. Меры, принимаемые на верхнем уровне, могут включать в себя такие действия, которые в дополнение к другим целям могут способствовать улучшению здоровья – например, перераспределение налоговых поступлений, повышение качества жилья и применение стимулов, поощряющих учащихся к тому, чтобы они не прекращали учебы. Меры, принимаемые на нижнем уровне, включают непосредственные действия по укреплению здоровья и первичной профилактике заболеваний, часто нацеленные на поведение и образ жизни отдельного человека.

Для того, чтобы способствовать вложению средств в стратегии охраны и укрепления здоровья населения, системы здравоохранения должны быть в состоянии не только показать то, что дает положительный эффект и какой ценой, но и определить, в каких условиях этот эффект может быть достигнут. А для этого нужны механизмы, позволяющие вводить такую информацию в процесс обдумывания политики и облегчающие реализацию согласованных стратегий.

### **Формирование новых и использование имеющихся фактических данных о действенности и экономической эффективности стратегий охраны и укрепления здоровья населения**

#### *Использование систематических обзоров*

При оценке действенности мер вмешательства особенно полезным может быть проведение систематических обзоров опубликованной литературы, когда по определенной методической системе устанавливается и оценивается эффективность (и другие фактические данные) по заданной теме. Критический анализ и сравнение, а где это возможно, то и статистическое объединение информации, полученной из нескольких исследований, позволяют уменьшить вероятность того, что какое-то одно нерепрезентативное исследование приведет к ошибке в результатах какого-либо анализа эффективности. Быстро узнать о наличии фактических данных (и пробелов в них) по определенной теме можно также с помощью информации из уже проведенных высококачественных обзоров. Тем самым можно избежать дублирования обзоров, требующих больших затрат времени и средств.

### *Применение экономической оценки*

Подкрепить аргументы в пользу вложения средств в меры по охране и укреплению здоровья населения можно также с помощью экономической оценки. Метод экономической оценки, широко применяемый в секторах здравоохранения, охраны окружающей среды и транспорта, предполагает сравнение затрат на альтернативные варианты образа действий и получаемых при этом результатов.

Объем фактических данных об экономической эффективности мер по охране и укреплению здоровья населения пока выглядит довольно скромно по сравнению с данными оценки медико-санитарной помощи, однако в абсолютном выражении быстро увеличивается, особенно в области массовых обследований и вакцинации населения. К числу примеров комплексных экономически эффективных мер в конкретных социальных средах и условиях относятся целевые программы оздоровительной физкультуры для лиц пожилого возраста, меры по борьбе с табакокурением, употреблением наркотиков и алкоголя (в том числе налоговые), вмешательства в раннем детстве, нацеленные на детей и их родителей, и меры по снижению скорости дорожного движения и безопасности транспорта. Многие меры вмешательства финансируются и реализуются вне системы здравоохранения.

### **Содействие реализации возможных вариантов стратегий: укрепление базы фактических данных**

Как странам лучше использовать оценку действенности и экономическую оценку в ходе обсуждения стратегий охраны и укрепления здоровья населения? Возможны такие варианты организационно-управленческой схемы, как независимые ведомства по оценке фактических данных, собственные государственные ведомства и поддержка центров сбора и распределения знаний.

### ***Создание ведомств по оценке технологий здравоохранения и/или расширение их компетенции***

Одним из возможных вариантов могло бы стать расширение компетенции существующих ведомств по оценке технологий здравоохранения. Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства в Англии сегодня собирает и анализирует фактические данные о результативности и экономической эффективности мер вмешательства в области общественного здравоохранения. Проводятся оценки мер в области психического здоровья и физического благополучия, осуществляемых по месту работы, и стратегий антиалкогольного воспитания в школах. Для проведения оценки применяется процесс с высокой степенью форма-

лизации, для завершения которого может потребоваться до одного года и который предполагает возможности участия заинтересованных сторон и установления формальных связей с процессом выработки политики. В такой оценке принимается более широкая экономическая точка зрения, чем в случае оценки вмешательств в области медико-санитарной помощи, и учитываются последствия, выходящие за рамки системы медико-санитарной помощи.

### ***Адаптация результатов имеющихся экономических оценок***

Еще один подход, особенно в тех случаях, когда ограничены ресурсы, может заключаться в адаптации информации о проведенных исследованиях экономической эффективности, например, использование программы ВОЗ CHOICE ("Выбор экономически эффективных мер"). Такой подход позволяет сравнивать по отдельности или в комбинации целый ряд мер, включая меры по профилактике, лечению и реабилитации, с целью определения оптимального сочетания ресурсов в той или иной системе здравоохранения. Результаты представляются таким образом, чтобы можно было определить вероятность экономической эффективности меры вмешательства при низком, среднем и высоком уровне обеспеченности ресурсами. Используя местную информацию, их можно адаптировать к условиям любой конкретной страны.

### ***Реформирование организационной структуры***

На успех реализации мер по охране и укреплению здоровья населения могут также влиять организационные структуры и системы управления. Учитывая, что финансирование мероприятий по охране и укреплению здоровья населения в пределах бюджетов здравоохранения может быть жестко ограничено, одним из возможных вариантов могло бы быть создание специализированного министерства. Попыток создать такие учреждения было очень мало. Одним из редких примеров является министерство укрепления здоровья в канадской провинции Онтарио, образованное в июне 2005 г. Судить о том, насколько эффективной будет эта модель, пока рано; проблема согласования действий с министерством здравоохранения может привести в том числе и к тому, что общественное здравоохранение будет еще больше оттеснено на задний план политики, в которой господствующим направлением является медико-санитарная помощь.

К числу других альтернатив относятся создание специальных структур управления, ведающих вопросами охраны и укрепления здоровья населения, в системе министерства здравоохранения с введением министерской должности, установление партнерских отношений в целях поощрения сотрудничества между секторами как на уровне страны, так и на местном



уровне и применение гибких структур финансирования, в том числе формирование обязательных или добровольных совместных бюджетов.

## **Определение альтернативных путей осуществления перемен**

Какие же могут существовать механизмы, благодаря которым вопросы здоровья населения стояли бы в повестке дня руководителей всех секторов и на всех уровнях и указывали бы им на необходимость осознать последствия своих решений для здоровья и принимать на себя ответственность за здоровье? Как государство может стимулировать административные органы к реализации национальной политики в области охраны и укрепления здоровья населения?

### *Сначала сорвать те плоды, что ниже висят*

При создании базы данных о мерах по охране и укреплению здоровья населения в данной стране разумно сначала сорвать те плоды, что ниже висят – начать с таких мер, которые скорее окажутся очень действенными, экономически эффективными и не вызовут споров. Такую политику избрали несколько ведомств по оценке технологий здравоохранения в период своего становления. Это может помочь организациям укрепить свои позиции и завоевать доверие к себе.

### *Улучшение связи и взаимопонимания между учеными и лицами, вырабатывающими политику*

Часто ученые и лица, вырабатывающие политику, говорят на разных языках и могут испытывать недоверие друг к другу. Помочь преодолеть эту проблему могут посредники в передаче знаний – люди, которые понимают научные факты, но при этом уверенно чувствуют себя в среде формирования политики. Они могут помочь переложить академические доклады на язык коротких сообщений, нужных в данный момент руководителям, и добиться того, что руководители поручат провести практически выполнимое исследование. При условии соответствующей подготовки в качестве таких посредников могли бы в принципе выступать сотрудники международных организаций, таких, как ВОЗ.

### *Повышение уровня осведомленности о влиянии принимаемых решений на здоровье среди руководящих работников различных секторов*

Уровень осведомленности о влиянии политики, разрабатываемой и осуществляемой вне сектора здравоохранения, может быть ограниченным. Одним из путей повышения этого уровня может быть формализация

использования оценки воздействий на здоровье. Это было сделано в нескольких странах, но пока неясно, в какой степени это способствовало каким-либо изменениям.

### ***Целевые показатели, мониторинг и оценка***

Полезной мерой может также оказаться вложение средств в системы мониторинга и оценки реализации стратегий и измерения их более долгосрочных последствий для состояния здоровья населения. Можно ставить перед различными государственными ведомствами общие цели и контролировать ход их достижения. Антиреклама, неизбежно следующая за невыполнением плановых показателей, может служить мощным стимулом к действию.

---

## Краткий аналитический обзор

### Аргументация в пользу вложения средств в стратегии укрепления здоровья и профилактики заболеваний в Европе

Выработка систематического подхода к вложению средств в стратегии охраны и укрепления здоровья населения в разных странах Европы в своем простейшем виде ставит перед нами три ключевых вопроса. Во-первых, для этого нужно оценить основные проблемы здоровья, включая их широкие социально-экономические последствия. Во-вторых, имеются ли в арсенале общества действенные меры вмешательства для снижения распространенности нездоровья? Какова их эффективность в сравнении с потенциальными альтернативными вариантами использования ограниченных ресурсов? Какие последствия они будут иметь для разных категорий населения? Подходят ли они для специфических условий той или иной страны? И, наконец, как можно использовать фактические данные в процессе выработки политики и для содействия ее реализации?

### *Характер проблем здоровья в Европе*

На значительной части Европейского региона ВОЗ происходит улучшение здоровья людей – средняя продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, к 2005 году достигла 74,5 лет. Однако за этим кроются значительные различия: та же продолжительность жизни колеблется от всего лишь 65,4 лет в Российской Федерации до 81,6 лет в Исландии. В целом состояние здоровья во многих странах центральной и восточной части Региона хуже. В 2005 г. продолжительность жизни в пятнадцати странах-членах Европейского Союза, которые были таковыми до мая 2004 г., составляла 79,7 лет против 74,0 лет в тех двенадцати странах, которые вступили в ЕС позже, и всего 67,0 лет в странах Содружества Независимых Государств (1).

На долю неинфекционных заболеваний приходится 77% суммарного бремени болезни, еще 14% бремени дают наружные травмы и отравления и 9% – инфекционные заболевания (таблица 1) (2). В нездоровье мужчин и женщин преобладают сердечно-сосудистые заболевания (22,95% у мужчин, 22,82% у женщин), нейropsychиатрические заболевания (17,15% у мужчин, 22,53% у женщин) и рак (11,25% у мужчин, 11,63% у женщин). Значительна также и доля непреднамеренных травм – 12,95% бремени болезни у мужчин.

Хотя многие проблемы являются общими для Европейского региона в целом, потребности в разных частях региона разные. По сравнению с более богатыми странами, входящими в категорию "Европа-А", в странах из

Таблица 1. Бремя болезни в процентах от общего числа утраченных лет здоровой жизни (DALYs) с разбивкой по причинам, полу и уровню смертности в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.

Причина	Европа-А		Европа-В		Европа-С		Европейский регион					
	Муж.	Жен. Оба пола	Муж.	Жен. Оба пола	Муж.	Жен. Оба пола	Муж.	Жен. Оба пола				
Суммарно от инфекционных заболеваний, болезней материнства, перинатальных и алиментарно-обусловленных состояний	4,40	5,53	4,93	15,34	17,72	16,44	9,24	7,86	8,68	9,14	9,59	9,34
Инфекционные и паразитарные заболевания	1,76	1,68	1,72	5,53	5,28	5,41	5,54	2,95	4,49	4,30	3,09	3,77
Респираторные инфекции	1,32	1,35	1,33	4,05	4,03	4,04	1,79	1,02	1,48	2,18	1,93	2,07
Перинатальные состояния	1,00	0,93	0,97	4,42	3,99	4,22	1,04	1,13	1,08	1,85	1,80	1,83
Нарушения питания	0,32	0,89	0,59	1,34	2,29	1,78	0,88	1,66	1,20	0,81	1,54	1,13
Суммарно от неинфекционных заболеваний	85,10	89,5	87,18	69,55	76,57	72,29	62,85	81,24	70,29	71,72	83,05	76,73
Нейропсихиатрические заболевания	24,18	29,20	26,55	16,41	21,40	18,71	12,25	16,72	14,06	17,15	22,53	19,52
Сердечно-сосудистые заболевания	18,31	15,71	17,09	22,19	21,10	21,69	26,88	31,08	28,58	22,95	22,82	22,90

Злокачественные новообразования	17,19	15,78	16,53	9,02	8,38	8,72	8,02	9,80	8,74	11,25	11,63	11,42
Респираторные заболевания	6,65	6,51	6,59	4,15	4,05	4,10	2,87	3,00	2,93	4,41	4,56	4,48
Заболевания органов чувств	4,29	5,30	4,77	3,48	5,07	4,21	2,58	4,99	3,56	3,35	5,13	4,14
Заболевания пищеварительной системы	4,92	4,38	4,67	5,30	4,73	5,04	4,93	5,25	5,06	5,02	4,80	4,92
Заболевания костно-мышечной системы	3,20	5,42	4,25	3,10	5,09	4,01	1,94	4,95	3,16	2,63	5,16	3,75
Сахарный диабет	2,00	2,29	2,14	1,31	1,72	1,50	0,56	1,30	0,86	1,21	1,77	1,46
Всего от травм	10,50	4,97	7,89	15,1	5,70	10,77	27,91	10,91	21,03	19,14	7,36	13,93
Неумышленные травмы	7,67	3,88	5,88	11,52	4,51	8,29	17,74	7,66	13,66	12,95	5,45	9,63
Умышленные травмы	2,83	1,09	2,01	3,59	1,19	2,48	10,17	3,25	7,37	6,19	1,92	4,30

Источник: *Global burden of disease estimates (2)*.

Европа-А: 27 стран Европейского региона ВОЗ, имеющих очень низкий показатель смертности как среди детей, так и среди взрослых.

Европа-В: 17 стран Европейского региона ВОЗ, имеющих низкий показатель смертности как среди детей, так и среди взрослых.

Европа-С: 9 стран Европейского региона ВОЗ, имеющих низкий показатель смертности среди детей и высокий показатель среди взрослых.

категорий "Европа-В" и "Европа-С" намного выше распространенность травматизма и инфекционных заболеваний. В таких условиях стратегии охраны и укрепления здоровья населения могут быть направлены на решение разных вопросов: более приоритетными могут оказаться такие проблемы, как самопричиненные травмы и цирроз печени.

### *Каковы экономические последствия нездоровья в Европе?*

Нездоровье оказывает глубокое влияние на отдельных людей и членов их семьи, но кроме этого, как показывают фактические данные, полученные в результате исследований (при том, что они в основном выполнялись в Западной Европе, а оценка данных проводилась разными методами), значительны также и социально-экономические последствия, относимые на счет нездоровья. Согласно оценкам, сердечно-сосудистые заболевания – ведущая причина нездоровья – в 25 странах, входивших в Европейский Союз в 2005 г. (ЕС-25), обходятся ежегодно в сумму более 168 миллиардов евро, при этом более 60% издержек оплачиваются из бюджета систем здравоохранения (3). Оценки экономических последствий наиболее распространенных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и других проблем здоровья показывают, что во Франции на долю болезни, обусловленной ожирением, приходится от 1,5% до 4,6% суммарных расходов на здравоохранение (4), в Соединенном Королевстве – 4,6% (5), а в Швеции – 1,9% (6).

Одной из наиболее серьезных проблем в Европе является депрессия. Ежегодные издержки, связанные с униполярной депрессией в странах ЕС-25, оцениваются суммой 118 миллиардов евро, из них 64% приходятся на сферы за пределами системы здравоохранения вследствие высокого уровня невыходов на работу и досрочного выхода на пенсию (7). Возможно, это консервативная оценка; исследования, проведенные в Соединенных Штатах Америки, показали, что издержки формального присутствия на работе при сниженной производительности труда вследствие депрессии могут быть в пять раз больше, чем издержки от невыходов на работу (8).

Заболевания, обусловленные алкоголем – еще одна из ключевых причин нездоровья в Европе – по консервативным оценкам, обходятся экономике европейских стран примерно в 1% валового внутреннего продукта (9). Было показано, что даже с учетом профилактического действия алкоголя эти заболевания являются причиной примерно 115 тысяч случаев смерти в год и влекут за собой издержки в сумме 125 миллиардов евро. Как и в случае депрессии, значительная часть этих издержек имеет место вне системы здравоохранения и вызвана потерей производительности, преступлениями и насилием (10).

Если обратиться к неумышленным и умышленным травмам, то, как показывают оценки, издержки в связи с дорожно-транспортными происшествиями составляют в Европе около 2% валового внутреннего продукта. Дорожно-транспортные происшествия в ЕС являются ведущей причиной госпитализации и смерти среди людей моложе 50 лет и ежегодно обходятся в 180 миллиардов евро (11). Хотя данных по восточной части Европейского региона и недостаточно, там эти издержки могут быть еще выше ввиду большего числа несчастных случаев. То же самое можно сказать и о самопричиненных умышленных травмах. Данные из Западной Европы показывают, что каждое завершённое самоубийство обходится обществу примерно в 2 миллиона евро (12).

### *Что это означает для лиц, формирующих политику в Европе?*

В свете этих социально-экономических последствий одним из ключевых вопросов для лиц, формирующих политику в Европе, является следующий: в какой степени системы здравоохранения должны содействовать вложению средств в политику и стратегии, направленные на то, чтобы уменьшить спрос на медико-санитарную помощь за счет действенных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике болезней.

Достоверные фактические данные показывают, что такие профилактические меры, принимаемые внутри систем медико-санитарной помощи, как, например, вакцинация или применение статинов для предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний, могут существенно снизить устранимую смертность (13-15). Тем не менее, уже давно признано, что любая стратегия по укреплению здоровья населения должна строиться на широком подходе и предусматривать меры как внутри, так и вне системы здравоохранения (16).

Помимо биологических и генетических особенностей, на риск преждевременной смертности и устранимой заболеваемости может существенно влиять социально-экономическая среда, в которой живут люди (17).

Широкий подход к укреплению здоровья населения может предусматривать сочетание мер, принимаемых на верхнем и на нижнем уровнях воздействия на детерминанты здоровья. Меры, принимаемые на верхнем уровне, могут включать в себя такие действия, которые в дополнение к другим целям могут способствовать укреплению здоровья – например, перераспределение налоговых поступлений, повышение качества жилья и применение стимулов, поощряющих учащихся к тому, чтобы они не прекращали учебы. Меры, принимаемые на нижнем уровне, включают непосредственные действия по укреплению здоровья и первичной профилактике заболеваний, часто нацеленные на поведение и образ жизни отдельного человека.

Стратегии могут, например, предусматривать такие вмешательства, как программы консультирования по вопросам рациона питания и образа жизни, реализацию крупномасштабных мер по борьбе с табакокурением и алкоголем, контроль качества воды и воздуха, кампании по вакцинации, а в отношении несчастных случаев и травматизма – законодательные, административные и другие меры повышения безопасности.

### *Найти правильное соотношение и облегчить перемены*

Так каково же должно быть соотношение между мерами по охране и укреплению здоровья населения и медико-санитарными мерами по лечению больных? Для того, чтобы ответить на этот вопрос с полным знанием дела, на основе фактических данных, нужно иметь информацию как о действенности, так и об экономической эффективности предлагаемых мер. По сравнению с лечением, где проведение оценки часто гарантируется механизмами лицензирования и возмещения расходов, финансирование работ по оценке мер по охране и укреплению здоровья населения ограничено. И все же база фактических данных для обоснования практических шагов хотя и ограничена, но растет быстрыми темпами (18). Кроме того, в работе Suhrcke et al. (19) показано, что в Европе улучшение здоровья вполне может повлечь за собой значительные и более широкие экономические выгоды. Как укрепить имеющуюся базу фактических данных, адаптировать ее к различным условиям и увязать с процессом формирования политики?

Другой вопрос, над которым следовало бы подумать – какая организационная структура и какие механизмы финансирования могли бы быть наиболее эффективны для поддержки инвестиций, решение о которых принимается на основе фактических данных, как в системе здравоохранения, так и вне ее. Средства, которые выделяются на цели укрепления здоровья и общественного здравоохранения, обычно весьма скромны по сравнению с их потенциалом облегчать нездоровье: их объемы колеблются от менее 1% расходов на медико-санитарную помощь в Италии и Дании до почти 6% в Канаде (20). Это, возможно, отчасти отражает ограниченность поддержки мер по охране и укреплению здоровья населения и низкий уровень приоритетности финансирования этих мер. Первая задача в этой связи – добиваться того, чтобы средства, предназначенные для вложения в действенные меры по охране и укреплению здоровья населения, не забирались на другие цели. Вторая задача – преодоление ограниченности сферы финансовой деятельности, т.е. ведомственных и эмоционально-оценочных препон, ограничивающих инвестиции в "сторонние" секторы.

Какие же шаги можно было бы предпринять, чтобы облегчить реализацию стратегий? Главным шагом в этом направлении может стать улучшение



связи, общения между теми, кто поставляет фактические данные о том, что дает положительный эффект и какой ценой, и другими заинтересованными сторонами – не только руководителями сектора здравоохранения и других секторов, таких, как финансовый сектор, но и другими группами, такими, как профессиональные поставщики услуг, частный сектор и население в целом. Для этого, возможно, потребуется подумать о том, как адаптировать информацию к потребностям разных аудиторий. Может быть также полезно распространять успешные примеры из практики и использовать стимулы, такие, например, как постановка целевых заданий по здоровью населения.

## **Варианты стратегий: формирование новых и использование имеющихся фактических данных о действенности и экономической эффективности стратегий охраны и укрепления здоровья населения**

### *Использование систематических обзоров*

Некоторые утверждают, что инвестиции в стратегии охраны и укрепления здоровья населения ограничены потому, что ограничена доказательная база: для измерения отдачи не всегда можно использовать рандомизированные контролируемые испытания. Здесь мы не можем подробно обсуждать разные методы получения фактических данных, но в идеале наполнять конкретным содержанием процесс формирования политики могут многие типы данных, как количественных, так и качественных.

Уменьшить возможность систематической ошибки в конкретных исследованиях могут исследования экспериментальные, однако из-за контролируемых условий, в которых проводятся эти исследования, обобщение результатов может оказаться затруднительным. Например, качественное исследование может помочь определить, какие меры по охране и укреплению здоровья населения приемлемы для целевых контингентов.

При оценке действенности мер вмешательства особенно полезным может быть проведение систематических обзоров опубликованной литературы, когда по определенной методической системе устанавливается и оценивается эффективность (и фактические данные по другим параметрам) по заданной теме. Критический анализ и сравнение, а где это возможно, то и статистическое объединение информации, полученной из нескольких исследований, позволяют уменьшить вероятность того, что какое-то одно нерепрезентативное исследование приведет к ошибке в результатах любого анализа эффективности. Оперативным источником фактических данных (и сведений об их отсутствии) по определенной теме может служить для лиц, вырабатывающих политику, информация из уже проведенных высококачественных обзоров. Использование этой информации может

уменьшить необходимость в проведении дополнительных обзоров, требующих больших затрат времени и средств, а когда потребуется, то и ограничить сферу охвата любого нового обзора, например, периодом времени после уже проведенных обзоров.

Обзоры высокого качества можно получить из нескольких источников. Прежде всего, это базы данных Кокрановского (по здравоохранению) и Кэмпбелловского (по образованию, социальному обеспечению и преступности) сотрудничества, база данных Специальной рабочей группы по службам профилактики Соединенных Штатов, финансируемая Управлением исследований и качества здравоохранения США, и база данных Специальной рабочей группы по службам профилактики на муниципальном уровне, финансируемая Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (21). В настоящее время создается Кокрановская группа по сотрудничеству в области общественного здравоохранения. В отличие от уже имеющихся кокрановских обзоров, которые главным образом посвящены мерам вмешательства и программам на индивидуальном уровне, эта группа главное внимание будет уделять "систематическим обзорам вмешательств и программ, которые направлены на детерминанты здоровья на верхнем уровне и в качестве объекта имеют все население или конкретные целевые группы" (22).

Лица, вырабатывающие политику, могут потребовать, чтобы прежде, чем они дадут согласие на финансирование какого-либо синтеза фактических данных, была дана оценка информации о выводах уже имеющихся обзоров. Если же понадобится провести новые исследования, то в помощь тем, кому поручено их провести, имеются общепринятые и проверенные практикой методические указания в отношении схемы исследования (23). После этого лица, вырабатывающие политику, могут сосредоточиться на изучении вопроса о том, нужно ли будет адаптировать меры вмешательства, выявленные посредством обзора, для реализации в конкретных условиях их страны.

### *Применение экономической оценки*

Еще одной причиной того, что в меры общественного здравоохранения и укрепления здоровья вкладываются сегодня столь скромные средства, может быть отсутствие информации об экономической эффективности мер вмешательства (24). Хотя потенциальные медицинские (и немедицинские) выгоды могут быть весьма значительны, еще больше усилить аргументы в пользу вложения средств в меры по охране и укреплению здоровья населения может экономическая оценка.

В любом решении о вложении средств в меры по охране и укреплению здоровья населения должны приниматься во внимание издержки на трудовые ресурсы и на инфраструктуру. Например, действительно ли

более эффективно с точки зрения соотношения затрат и результатов предупреждать появление проблем здоровья, а не просто лечить меньшую по численности группу заболевших? Можно ли также извлечь потенциальные выгоды от уменьшения или отсрочки наступления потребности в потреблении будущих ресурсов медико-санитарной помощи и от снижения внешних издержек для экономики в результате невыходов на работу и досрочного выхода на пенсию по состоянию здоровья? Какие можно реализовать дополнительные выгоды, не касающиеся здоровья, например, повышение социального единства в обществе и успеваемости в школе и снижение уровня преступности (25)?

Систематическое применение экономической оценки может быть одним из эффективных средств определения приоритетов как в системе здравоохранения, так и в других секторах. Метод экономической оценки, широко применяемый в секторах здравоохранения, охраны окружающей среды и транспорта, представляет собой "сравнительный анализ альтернативных образов действия с точки зрения издержек и последствий" (26-28). В нем признается, что дефицит ресурсов является эндемической характеристикой всех обществ, и подразумевается, что вложение средств в один какой-то государственный проект будет означать утрату возможности использовать эти ресурсы на другую цель. Даже когда отсутствуют данные о долгосрочной результативности, в экономической оценке можно использовать методы моделирования для оценки затрат и результатов в долгосрочной перспективе и/или определения того уровня действенности, которого должна достичь стратегия для того, чтобы ее можно было считать экономически эффективной.

Если новая мера одновременно и менее затратна, и более результативна, чем те действия, которые предпринимаются на данный момент, тогда решение обычно простое: вложить средства в новую меру. Но если какое-либо вмешательство и эффективнее, и дороже, тогда руководители должны принять решение, исходя из системы ценностей: имеет ли смысл его осуществлять или нет. На такую оценку влияют имеющиеся ресурсы и инфраструктура: то, что может показаться экономически эффективным в Ирландии или Франции, может не быть эффективным в Таджикистане или Грузии.

Не следует применять экономическую оценку без учета всех обстоятельств. Лица, вырабатывающие политику, должны принимать во внимание и другие факторы. Вложение средств пусть даже в самую эффективную с экономической точки зрения меру вмешательства может вступать в противоречие с другими стратегическими целями, такими, как снижение неравенства между социальными группами в отношении здоровья или в показателях, не связанных с состоянием здоровья. К другим вводным при анализе

вариантов могут относиться: необходимость обеспечения справедливого доступа к услугам и службам поддержки, влияние той или иной меры по охране и укреплению здоровья населения на местную экономику (например, последствия запрета на курение для рентабельности пивных и ресторанов) или вопросы местной политики.

### *Методы экономической оценки*

Существующие методы экономической оценки мер по охране и укреплению здоровья населения, конечно, помогают усиливать аргументацию в пользу вложения средств в эти меры, однако их применение представляет практические и методологические трудности (29,30). В методических указаниях, издаваемых органами оценки технологий здравоохранения, обычно рекомендуется применять анализ соотношения затрат и полезности, при котором достигаемые результаты измеряются в терминах полезности, т.е. предпочтения данного лица в пользу определенного уровня состояния здоровья или конкретного исхода для его здоровья, например, количество лет качественной жизни. При таком подходе можно сравнивать решения об инвестициях внутри системы здравоохранения, но нельзя учесть потенциальные и существенные результаты мер по охране и укреплению здоровья населения, не связанные напрямую со здоровьем.

Альтернативные подходы есть, но ни один из них не свободен от недостатков. Так, в Англии методическое руководство по общественному здравоохранению, разработанное Национальным институтом здравоохранения и клинического совершенства, позволяет использовать в качестве приложения к анализу соотношения затрат и полезности анализ соотношения затрат и последствий. Такой подход позволяет представить целый спектр естественных исходов, связанных и не связанных со здоровьем, например, число предотвращенных сердечных приступов или снижение показателей преступности. А уж лица, вырабатывающие политику, сами оценивают, какой из результатов (если будут получены какие-либо результаты) может быть самым важным.

Такой подход полезен, но при нем не так просто найти правильное решение в таких ситуациях, когда могут быть достигнуты лишь скромные результаты для здоровья, а последствия, не связанные со здоровьем и проявляющиеся в других сферах, могут быть более позитивными. Например, введение бесплатных завтраков в школе может привести лишь к незначительному улучшению фактического питания, но при этом может оказать дополнительное влияние на социальное развитие и рост уровня образования (31,32).

Выходом в таком случае может быть проведение анализа соотношения затрат и результатов. Широко применяемый при проведении оценок в

секторах транспорта и охраны окружающей среды, этот вид анализа позволяет измерять затраты и получаемые выгоды в денежном выражении, что дает возможность сравнивать инвестиции в здравоохранение с инвестициями в другие секторы, например, в образование. Поэтому можно измерить ценность выгод, не связанных со здоровьем, а также выгод для здоровья в одном и том же выражении, что значительно облегчает принятие решения: вариант, дающий положительный чистый результат, заслуживает вложения средств.

Применение анализа затрат и результатов ограничивается трудностями выявления точной денежной стоимости достигаемых результатов и негативным отношением общества к оценке здоровья в денежном выражении. Однако методическое руководство по общественному здравоохранению, разработанное Национальным институтом здравоохранения и клинического совершенства, позволяет рассматривать затраты шире, чем при обычном анализе издержек для системы здравоохранения и социальной помощи. Анализ затрат и результатов может, например, учитывать влияние программ по укреплению здоровья по месту работы на показатели невыхода на работу и производительности труда.

*Что известно об экономических аргументах в пользу вложения средств в стратегии охраны и укрепления здоровья населения?*

Понятно, что результаты экономической оценки нужно толковать осторожно, но действительно ли база фактических данных так ограничена, как об этом говорят? Она хоть и невелика по сравнению с базой данных о мерах по оказанию медико-санитарной помощи, но растет быстрыми темпами. Сегодня нужную информацию об экономической эффективности можно получить из нескольких источников. К ним относятся традиционные базы данных об экономических оценках, такие, как открытая для публичного доступа База данных об экономических оценках Национальной службы здравоохранения (NHS) Соединенного Королевства и база данных проекта ВОЗ CHOICE.

Несколько раз проводились обзоры опубликованной литературы (33,34). В результате одного обзора (18) было найдено более 1700 оценок, в основном проведенных за последние 10 лет. Из них более 60% касались мероприятий по вакцинации и скринингу, которые по большей части можно было проводить в рамках систем здравоохранения. Это может отражать относительную легкость количественного определения использования ресурсов, затрат и исходов в краткосрочной перспективе, выражающихся в выявлении истинно положительных случаев или в успешном проведении иммунизации. В более долгосрочном плане для оценки пользы вмешательств на протяжении всей жизни применяется также моделирование. Несмотря на то, что в широком смысле вакцинации

обычно бывают экономически эффективными, многие оценки все равно консервативны и не принимают во внимание выгоды иммунитета населения или ценности снижения тревоги благодаря наличию меньшего риска заражения болезнью (35). Это представляется особенно важным, если учесть рост стоимости вакцин нового поколения по сравнению с традиционными недорогими вакцинами.

Реже подвергались оценке более комплексные меры вмешательства. К числу примеров экономически эффективных мер в конкретных социальных средах и условиях относятся целевые программы по повышению уровня физической активности среди лиц пожилого возраста, меры по борьбе с табакокурением, употреблением наркотиков и алкоголя и финансовые стимулы и просветительные мероприятия с целью содействия изменениям в питании. В одном обзоре мер по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (36) был выявлен большой объем фактических данных по клиническим мерам профилактики, в первую очередь по применению препаратов, снижающих уровень липидов, но гораздо меньше было данных о мерах вмешательства по укреплению здоровья на более высоком уровне воздействия на детерминанты здоровья. В другом обзоре, посвященном мерам по повышению психического благополучия и профилактике психических заболеваний, было установлено, что наиболее убедительные фактические данные касаются вмешательств, осуществленных в раннем детстве и нацеленных на детей и их родителей, причем некоторые из этих мер были специально направлены на первичную профилактику депрессии и реализацию стратегий профилактики суицида (37).

Красной нитью во всех этих оценках проходит информация о том, что многие меры вмешательства финансируются и осуществляются вне системы здравоохранения. Это особенно относится к вмешательствам с целью снижения числа несчастных случаев и травматизма, многие из которых характеризуются высокой экономической эффективностью. Например, в Новой Зеландии, где происходит много дорожно-транспортных происшествий, осуществленные полицией правоприменительные меры и финансируемые транспортным сектором рекламные кампании против управления автомобилем в состоянии опьянения и нарушения скоростного режима, а также введение обязательного использования ремней безопасности оказываются чрезвычайно эффективными с точки зрения затрат и с точки зрения снижения числа и тяжести ДТП (38).

Распространены также оценки эффективности программ укрепления здоровья по месту работы, особенно в Соединенных Штатах, где многие работодатели оплачивают расходы по медицинскому обслуживанию своих работников (39). К числу программ, оказавшихся экономически эффективными, относятся программы физической активности, консультирование по вопросам образа жизни, программы диспансеризации по

месту работы и организация дополнительной помощи людям, у которых обнаруживаются депрессия или проблемы стресса (40).

### **Содействие реализации возможных вариантов стратегий: укрепление базы фактических данных и анализ организационной структуры**

Эти обзоры показывают, что можно представить убедительные экономические аргументы в пользу вложения средств во многие меры по охране и укреплению здоровья населения, предпринимаемые в различных сферах. За счет вложения дополнительных средств можно улучшить качество жизни гораздо больше, чем это могут сделать многие меры медико-санитарного характера. Кроме того, часто значительные выгоды достигаются и за пределами сектора здравоохранения. Ускоренное расширение базы данных в последние годы и растущий интерес со стороны лиц, вырабатывающих политику, отражают важность экономических аргументов, обосновывающих необходимость принятия мер общественного здравоохранения, включая меры по укреплению здоровья. Как же страны могут более широко использовать экономическую оценку в процессе выработки решений о стратегиях охраны и укрепления здоровья населения? Возможны такие варианты организационно-управленческой схемы, как независимые ведомства по оценке фактических данных, собственные государственные ведомства и поддержка центров сбора и распределения знаний.

### ***Создание ведомств по оценке технологий здравоохранения и/или расширение их компетенции***

Одним из возможных вариантов могло бы стать расширение компетенции существующих институциональных структур по оценке стоимости и эффективности технологий здравоохранения. До сих пор эти структуры в основном занимались лекарственными средствами, медицинскими технологиями и хирургическими методиками. Теперь ситуация начинает меняться, и наиболее явно это проявляется на опыте Национального института здравоохранения и клинического совершенства в Англии<sup>1</sup>(41).

Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства, будучи независимым органом, первоначально занимался исключительно мерами вмешательства, принимаемыми в рамках системы медико-санитарной помощи. Однако, начиная с 2005 г., он расширил свою компетенцию и сегодня собирает и анализирует фактические данные о результативности и экономической эффективности мер вмешательства в

---

<sup>1</sup> Хотя сфера компетенции Национального института здравоохранения и клинического совершенства в области технологий здравоохранения охватывает Англию и Уэльс, его методическое руководство по общественному здравоохранению распространяется только на Англию.

области общественного здравоохранения, включая оптимальные методы их реализации. Сюда входят меры, осуществляемые и финансируемые вне системы здравоохранения; оценки включают анализ мер в области психического и физического благополучия, осуществляемых по месту работы, и стратегий антиалкогольного воспитания в школах.

Разработан процесс с высокой степенью формализации, который занимает 9–12 месяцев, и опубликовано два вида методического руководства по общественному здравоохранению (вставка 1). В руководстве по мерам вмешательства в сфере общественного здравоохранения главное внимание уделяется действиям на местном уровне с четко ограниченными рамками, направленным на снижение риска развития болезни или болезненного состояния или на пропаганду или поддержание здорового образа жизни. Обычно вмешательства организуются специалистами общественного здравоохранения и нацелены на конкретные категории населения, сообщества или отдельных лиц, как, например, консультации по физической нагрузке, даваемые в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Второй вид методического руководства касается программ в области общественного здравоохранения. Часто эти программы представляют собой межведомственный и многогранный комплекс крупномасштабных мер, услуг и вмешательств. Они предусматривают серию мероприятий, организуемых вокруг какой-либо темы, социальной среды или категории населения, и могут предполагать изменения в организационной инфраструктуре. Охватываемые ими темы включают прекращение курения на работе и привлечение местного населения к участию в программах укрепления здоровья и оказание поддержки этим программам.

Тем не менее, в этом процессе сохраняются определенные недостатки. Хотя в нем и принимается более широкая экономическая точка зрения, в экономические модели, построенные в процессе оценки, все же могут быть не включены фактические данные, полученные в результате экономической оценки с использованием анализа затрат и результатов.

Но даже рекомендации Национального института здравоохранения и клинического совершенства не всегда реализуются, несмотря на их отчетливую связь с процессом формирования политики. Судить о положительном эффекте этой программы общественного здравоохранения слишком рано, хотя из опыта составления и реализации руководств Национального института здравоохранения и клинического совершенства по технологиям здравоохранения и клинической практике уже можно кое-что понять. Несмотря на то, что такие руководства являются для Национальной службы здравоохранения обязательными к исполнению, лишь около половины уполномоченных НСЗ придерживались содержащихся там положений (42).



**Вставка 1. Независимое ведомство по проведению оценок: роль Национального института здравоохранения и клинического совершенства в сфере общественного здравоохранения**

Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства готовит руководства по укреплению здоровья и профилактике болезни для сотрудников Национальной службы здравоохранения, местных органов власти и населения в целом, а также для сектора общественных организаций. Руководства охватывают конкретные вмешательства и более широкие программы и могут пересматриваться и обновляться (обычно через три года).

На протяжении всего процесса подготовки руководств активно собираются мнения и опыт заинтересованных сторон, чтобы рекомендации, содержащиеся в руководствах, были реалистичными и учитывали конкретные обстоятельства. Рекомендации могут быть даны на уровне населения, сообщества, организации, семьи или отдельного человека. Они могут охватывать вопросы как нижнего уровня воздействия на детерминанты здоровья (например, образ жизни), так и верхнего уровня, затрагивая более широкие детерминанты (например, жилищные условия и окружающая среда).

Обзоры фактических данных о действенности и экономической эффективности заказываются и оцениваются по четко определенным критериям, а затем классифицируются. К рассмотрению принимаются различные типы фактических данных – как качественные, так и количественные.

Что касается мер вмешательства, фактические данные рассматриваются Консультативным комитетом экспертов по мерам вмешательства в области общественного здравоохранения; после этого вырабатывается проект рекомендаций, проводятся испытания в реальных условиях и составляется руководство, включающее рекомендации с внесенными поправками, а затем руководство публикуется на веб-сайте Национального института здравоохранения и клинического совершенства.

Что касается руководства по созданию программ, то для рассмотрения фактических данных о действенности и экономической эффективности создается комитет, который в течение девяти месяцев собирается пять или шесть раз. После этого проект рекомендаций обсуждается в ходе консультаций с заинтересованными сторонами и проводится их апробация в реальных условиях, в ходе которой выясняются препятствия и благоприятные для реализации факторы. Затем в рекомендации вносятся поправки и руководство, наконец, публикуется на веб-сайте.

Что касается оценки вмешательств в области общественного здравоохранения, то многие из рекомендаций адресованы заинтересованным партнерам в других секторах, которые не обязаны следовать положениям руководства. Такие партнеры, правда, участвуют в процессе консультаций, но для того, чтобы было легче реализовывать те или иные меры, нужно дальнейшее непрерывное общение.

Наконец, последний недостаток состоит в том, что систему, разработанную Национальным институтом здравоохранения и клинического совершенства, можно реализовать не во всех европейских странах. Она не только требует годового бюджета в 35 миллионов фунтов стерлингов (на все виды работы)

для заказа обзоров, но и зависит от доброй воли и желания неоплачиваемых технических специалистов и других заинтересованных сторон предоставлять материалы для процесса оценок. Это хорошо, что Соединенное Королевство обладает немалым кадровым потенциалом для проведения систематических обзоров, разработки моделей экономической эффективности и образования комитетов технического надзора. В тех же странах, где такой потенциал ограничен, видимо, нужны другие модели организационной структуры.

***Адаптация результатов имеющихся экономических оценок:  
пример проекта ВОЗ CHOICE***

В качестве альтернативы можно было бы попытаться адаптировать результаты конкретных оценок, проведенных Национальным институтом здравоохранения и клинического совершенства и другими органами оценки технологий здравоохранения, к другим странам и обстоятельствам. Однако делать такие обобщения не всегда легко, особенно, когда речь идет о вмешательствах в области общественного здравоохранения, и ввиду того, что между странами существуют огромные различия в ресурсах и организационном потенциале. И хотя для этой цели, тем не менее, разрабатываются методические пособия и руководства, ни в одном из них не уделяется внимания чрезвычайно высокой зависимости многих мер по укреплению здоровья от конкретных условий (43).

Более разумно с практической точки зрения, быть может, было бы адаптировать информацию об экономической эффективности, содержащуюся в отчетах программы ВОЗ CHOICE. По сравнению с более узкими оценками, проводимыми Национальным институтом здравоохранения и клинического совершенства и другими органами оценки технологий здравоохранения, преимущество тут состоит в том, что принимается секторный подход к экономической оценке, "когда за один раз оцениваются все альтернативные варианты использования ресурсов, с выраженным в явном виде ограничением на их использование" (44). Это позволяет сравнивать многие меры вмешательства, включая меры профилактики заболеваний, лечения и реабилитации, либо по отдельности, либо в каком-то сочетании, чтобы затем определить оптимальное сочетание ресурсов в системе медико-санитарной помощи. Меры вмешательства сравниваются как с ситуацией, при которой в данный момент ничего не делается, так и с практикой, существующей на сегодняшний день. Представляемые результаты прогнозируют вероятность того, что данное вмешательство будет экономически эффективным в ситуациях с низким, средним или высоким уровнем обеспеченности ресурсами, и их можно адаптировать к такому варианту, при котором учитывается возможность увеличения объема существующих ресурсов.

В рамках программы ВОЗ CHOICE была создана база данных об экономической эффективности мер вмешательства, нацеленных на

некоторые ведущие аспекты глобального бремени болезни, на протяжении нескольких лет. В сочетании с нею используется модель, предназначенная для оценки последствий заболевания и/или мер вмешательства для разных категорий населения. Кроме того, по стандартной методике собираются данные о ресурсах, необходимых для реализации мер вмешательства. Результаты представляются по субрегионам ВОЗ, однако их можно адаптировать к условиям отдельных стран, как, например, меры по решению проблем, связанных с употреблением алкоголя и табака, в Эстонии (вставка 2).

### **Вставка 2. Применение обобщенного анализа соотношения затрат и результатов для оценки аргументов в пользу вложения средств в стратегии борьбы с злоупотреблением алкоголем и табакокурением в Эстонии**

Цель анализа заключалась в том, чтобы оценить на популяционном уровне издержки, результаты и экономическую эффективность различных стратегий борьбы с злоупотреблением алкоголем и табакокурением в Эстонии. Данные о гигиене поведения и распространенности факторов риска для здоровья в стране были взяты из проведенного в Эстонии крупного обследования по почте, данные о смертности были получены из статистического ведомства Эстонии, а данные о заболеваемости – из обзора научной литературы.

Местные данные об издержках по реализации вмешательств были получены путем расчета. Меры в отношении злоупотребления алкоголем включали акцизные сборы, сокращение доступа к точкам розничной торговли, всеобъемлющий запрет на рекламу, проверку дыхания на алкоголь на трассе, а также кратковременные вмешательства, предусматривающие консультирование врачом первичного звена медико-санитарной помощи. Меры борьбы с табакокурением включали акцизные сборы, всеобъемлющий запрет на рекламу, введение ограничений на курение в закрытых общественных местах и никотиновую заместительную терапию.

Группа местных экспертов обсудила меры вмешательства и адаптировала их к специфике условий в Эстонии.

Оказалось, что ежегодные затраты на реализацию законодательных и налоговых мер намного ниже, чем кратковременное лечение и никотиновая заместительная терапия. Самой эффективной с точки зрения затрат мерой было повышение акцизных сборов: 49 и 14 евро в расчете на один год здоровой жизни, утрата которого из-за употребления, соответственно, алкоголя и табака была предотвращена (предотвращенное DALY). Дополнительные издержки на одно DALY, предотвращенное благодаря запретам на рекламу, составили соответственно 85 и 19 евро. Дополнительные издержки на осуществление полного сочетания мер вмешательства по борьбе с злоупотреблением алкоголем и табакокурением в расчете на одно предотвращенное DALY составили соответственно 457 и 238 евро.

Данные Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здравоохранению показывают, что в Эстонии меры вмешательства, издержки на осуществление которых в расчете на одно предотвращенное DALY составляют менее 90454 эстонских крон (5780 евро), являются экономически эффективными.

*Источник: Lai et al. (45).*

### *Реформирование организационных структур для облегчения реализации экономически эффективных стратегий охраны и укрепления здоровья населения*

На успешную реализацию мер по охране и укреплению здоровья населения могут также влиять организационные структуры и схемы управления, принятые в странах. В этой связи могут заслуживать рассмотрения вопросы о том, в какой степени система здравоохранения должна отвечать за непосредственное предоставление услуг здравоохранения на уровне населения или как она могла бы сотрудничать с другими секторами и поддерживать инвестиции в такие сферы, как транспорт, занятость населения и образование.

#### *Специализированное министерство охраны и укрепления здоровья населения*

Поскольку финансирование мер по охране и укреплению здоровья населения в рамках бюджетов, выделяемых на медико-санитарную помощь, может быть крайне ограниченным, в качестве одного из возможных вариантов стратегии обеспечения финансирования можно было бы создать специализированное министерство, полностью отдельное от министерства здравоохранения. Попыток создать такое ведомство предпринималось очень мало. Одним из редких примеров является министерство укрепления здоровья в канадской провинции Онтарио, образованное в июне 2005 г. (вставка 3). Оно полностью отделено от министерства здравоохранения данной провинции, хотя за последним сохраняется ответственность за многие сугубо медицинские функции общественного здравоохранения, такие, например, как вакцинация.

Пока еще слишком рано судить о том, насколько эффективна будет эта модель в плане содействия инвестициям в действенные стратегии охраны и укрепления здоровья населения и будет ли она успешна с точки зрения развития партнерских связей и сотрудничества между различными секторами. Трудно судить и о том, поможет ли она также направить средства на меры более высокого уровня в масштабах всего населения по снижению некоторых социально-экономических факторов риска нездоровья, так как первоначально приоритетными направлениями для министерства укрепления здоровья в значительной мере являются, как видно, вмешательства, направленные на то, чтобы повлиять на индивидуальное поведение.

Одна из угроз тут может таиться в той трудной задаче, которая связана с координацией деятельности с министерством здравоохранения; общественное здравоохранение может оказаться отодвинутым еще дальше от главного направления политики здравоохранения – медико-санитарной помощи. Может быть, труднее будет также доказывать

необходимость увеличения ассигнований; при целевом выделении средств уровень финансирования может быть установлен ниже того, что в оптимальном варианте необходимо для улучшения здоровья населения. Для того, чтобы добиться соразмерности финансирования с приоритетами в сфере охраны и укрепления здоровья населения, нужна тщательная оценка потребностей населения в области здравоохранения.

#### *Альтернативные организационные структуры*

В качестве менее радикальной альтернативы можно было бы добиться создания специальных структур управления в системе министерства здравоохранения. Это могло бы предполагать учреждение должности младшего министра по вопросам общественного здравоохранения, как было сделано в Ирландии и Швеции. А в Шотландии есть должность министра здравоохранения и благополучия населения.

Еще одним возможным вариантом могло бы быть создание межведомственного механизма для координации действий, работой которого могло бы руководить министерство финансов или управление делами премьер-министра или президента. Например, в Дании в разработке

### **Вставка 3. Министерство укрепления здоровья в провинции Онтарио (Канада)**

В круг ведения Министерства укрепления здоровья входит разработка всеобъемлющих стратегий, охватывающих профилактику хронических заболеваний, повышение уровня физической активности, вовлечение населения в занятия спортом, профилактику травматизма и обеспечение психического здоровья на основе комплексного подхода к достижению общего высокого уровня здоровья. Сфера компетенции министерства учитывает тот факт, что на здоровье влияет сложная совокупность факторов, таких, как образование, жилищные условия, занятость и окружающая среда, и что нужен подход, основанный на принципе партнерства, в котором участвуют заинтересованные партнеры из вышеназванных и других областей деятельности как в государственном, так и в частном секторе. Согласно смете, суммарные расходы министерства в 2007/2008 гг. составят 380 млн. канадских долларов (235 млн. евро), или почти 30 канадских долларов (18,50 евро) в расчете на душу населения.

К числу основных приоритетов относятся: реализация в масштабах всей провинции стратегии борьбы с курением; содействие благополучию путем поощрения занятий физкультурой и спортом; координация инициатив по профилактике заболеваний и травматизма; достижение более высоких показателей здоровья путем поддержки системы общественного здравоохранения (46). В рамках этого конечного приоритета министерство финансирует 75% расходов по четырем обязательным программам здравоохранения (остальные 25% финансируются муниципалитетами): профилактика хронических заболеваний, охрана детства, репродуктивное здоровье и профилактика травматизма (включая профилактику злоупотребления психоактивными веществами).

национальной политики общественного здравоохранения на 2002–2010 гг. участвовало министерство внутренних дел и здравоохранения и еще 10 министерств (47,48).

Создавать благоприятные условия для партнерских отношений между секторами можно также и на местном уровне. Многие меры вмешательства или стратегии могут уже по самой своей природе предполагать реализацию именно на местном уровне (например, обеспечение справедливого доступа к качественному образованию, жилью и общественному транспорту). Партнерства, построенные на территориальном принципе, могут быть привлекательными еще и потому, что они дают возможность участия местных партнеров, которые могут ощутить себя полноправными хозяевами осуществляемых программ, а это в свою очередь способствует осуществлению программ и укреплению сотрудничества. Примеры сотрудничества между различными секторами можно встретить в нескольких странах – например, в Англии между местными фондами первичной медико-санитарной помощи и местными органами власти.

#### *Содействие развитию гибкого финансирования*

Еще одна немалая трудность – преодоление бюджетных барьеров при доказывании необходимости вкладывать средства в меры по охране и укреплению здоровья. Если не будут налажены координация и сотрудничество или если будет затруднено движение средств между сектором здравоохранения и другими, не связанными со здравоохранением секторами, это скажется на эффективности распределения ресурсов, т.е. на том, как распределяются имеющиеся ресурсы для удовлетворения наилучшим образом потребностей населения в услугах здравоохранения. Многие меры по охране и укреплению здоровья населения, приносящие существенный выигрыш для здоровья людей, осуществляются вне сектора здравоохранения. Например, растет объем достоверных фактических данных, свидетельствующих о том, что меры, нацеленные на детей как в первые годы жизни, так и в годы учебы в школе, могут весьма эффективно снижать риск слабого физического и психического здоровья в последующие годы жизни (37). Но при этом в некоторых странах может быть очень трудно убедить министерство образования в том, что нужно вкладывать средства в меры по укреплению здоровья, осуществляемые на базе школ, если эти меры, на первый взгляд, дают выгоду только сектору здравоохранения и никому больше.

Как лицам, формирующим государственную политику, преодолеть эти барьеры? Помочь создать для секторов стимулы к реализации стратегий охраны и укрепления здоровья населения могут механизмы, способствующие гибкому финансированию. Одним из возможных подходов тут может быть обязательное или добровольное формирование совместных бюджетов

между сектором здравоохранения и другими секторами для организации некоторых служб, таких как школьные службы укрепления здоровья. Оценка опыта объединения средств для организации служб, специально предназначенных для охраны и укрепления здоровья населения, пока ограничена, однако примеры создания общих бюджетов в других областях есть (вставка 4).

В качестве альтернативы формированию совместных бюджетов можно было бы использовать механизм перечисления средств между секторами для компенсации издержек тому сектору, который не извлекает прямых выгод от меры вмешательства, но должен нести ответственность за ее реализацию. Используя такой подход при условии, что достигается суммарная чистая выгода (либо в секторе здравоохранения, либо в других секторах), можно было бы практиковать денежную компенсацию для облегчения инвестиций (51). На сегодняшний день такой подход на практике не применяется, и эффективность какого-либо механизма в определении требуемого уровня финансовой компенсации пока не ясна.

Также полезно может быть определить выгоды от мер вмешательства для здоровья и для других сторон жизни общества. Если информацию можно

#### **Вставка 4. Формирование совместных бюджетов между разными секторами в Швеции**

В Швеции эксперименты по объединению средств из бюджетов здравоохранения, социального обеспечения и страхования на случай болезни идут с середины 90-х годов прошлого столетия. Такие схемы финансирования создавались как реакция на растущую проблему долгосрочного вынужденного отсутствия работников на рынке труда вследствие приобретенных на работе расстройств здоровья. В основе их создания лежал вывод о том, что для предоставления того комплекса услуг, который необходим для возвращения людей в строй, понадобится несколько поставщиков услуг, и что эти люди могут остаться без помощи из-за несогласованности действий различных служб и хозяев бюджетных денег (49).

В соответствии с программой SOCSAM, принятой в 1994 г., которая предусматривала сотрудничество со службами социального обеспечения, до 5% ассигнований на социальное обеспечение и страхование на случай болезни может быть объединено с соответствующим взносом от служб здравоохранения, чтобы оказывать помощь в возвращении людей к трудовой жизни. Согласно проведенной в стране оценке, такая схема объединения средств помогла улучшить межведомственную координацию и сотрудничество. Она также позволила координировать расстановку сотрудников из разных секторов для выполнения общей задачи и осуществлять совместное политическое руководство этой инициативой, что в свою очередь помогло преодолеть нежелание секторов вкладывать средства в инициативы, если их результаты могут проявляться совсем в других секторах (50). После того, как была проведена оценка, в 2004 г. вступило в силу постоянное законодательство.

довести до адресатов, наглядно иллюстрируя выгоды как для сектора здравоохранения, так и для других секторов, компенсация может и не понадобиться. Например, снижение распространенности ожирения среди детей может быть увязано с явно демонстрируемым повышением уровня концентрации внимания в классе или повышением успеваемости в результате осуществленной в школе меры вмешательства по укреплению здоровья. Подчеркивая эти разносторонние выгоды, можно убедить других распорядителей средств в том, что нужно вкладывать деньги в профилактические мероприятия, чтобы минимизировать будущие издержки, которые они могут быть вынуждены нести, но которые не являются неизбежными. Например, в настоящее время некоторые частные компании медицинского страхования в Европе финансируют программы помощи работникам, направленные на повышение уровня гигиены на производстве (52).

### **Определение альтернативных путей осуществления перемен**

Другой ключевой вопрос – это процесс реализации. Какие существуют механизмы, благодаря которым вопросы здоровья населения действительно "стояли бы в повестке дня руководителей всех секторов и на всех уровнях и указывали бы им на необходимость осознавать последствия своих решений для здоровья и принимать на себя ответственность за здоровье" (16)? Как государство может стимулировать административные органы к реализации национальной политики в области охраны и укрепления здоровья населения?

### ***Сначала сорвать те плоды, что ниже висят***

При создании базы данных о мерах по охране и укреплению здоровья населения разумно сначала сорвать те плоды, что ниже висят. Это значит – начать с таких мер, которые могут оказаться очень действенными, экономически эффективными и не вызовут споров. Такую политику избрали несколько ведомств по оценке технологий здравоохранения в период своего становления. Это может помочь организациям укрепить свои позиции и завоевать доверие к себе. Они могут начать с установления отношений с целым рядом заинтересованных сторон, одновременно предоставляя убедительные факты по таким темам, относительно которых достигнуто широкое согласие в том, что принятие мер принесет свои плоды. Так, Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства при разработке своего первого руководства по мерам в области охраны и укрепления здоровья населения решил обратить внимание на борьбу с курением – на ту область, в которой имелись убедительные фактические данные и аргументы в пользу мер вмешательства.



***Улучшение связи и взаимопонимания между учеными и лицами, вырабатывающими политику***

Еще одна проблема – как улучшить связь и взаимопонимание между учеными и лицами, вырабатывающими политику (53). Речь здесь идет не просто о том, чтобы новейшие фактические данные доходили до высшего руководства. Для облегчения перемен мало пассивного распространения методических рекомендаций и информации о вмешательствах по охране и укреплению здоровья населения. Для этого нужен многосторонний и постоянный обмен информацией между различными заинтересованными сторонами. Кроме того, посылаемые сообщения должны быть такими, чтобы по ним можно было принимать конкретные меры, и изложены они должны быть в формулировках, доступных для разных целевых аудиторий. Для перемен может потребоваться время; знания редко ведут к немедленным переменам. Обычно к более полному осознанию новых идей и к готовности принять их заинтересованные стороны приходят постепенно.

К сожалению, ученые и лица, вырабатывающие политику, часто говорят на разных языках. Хуже того, между этими двумя сообществами людей может быть взаимное чувство недоверия (54). В качестве способа преодоления этой проблемы можно привлечь специалистов-посредников в передаче знаний – людей, которые понимают научные факты, но при этом уверенно работают в среде формирования политики (55). Они могут помочь в переложении академических докладов на язык коротких сообщений, нужных в данный момент для выработки политики, и добиться того, что руководители поручат провести практически выполнимое исследование. Оценок по-прежнему проводится мало (56), хотя примеры изменений политики найти можно, что еще раз иллюстрирует мысль о том, что темпы наступления перемен могут быть замедленными именно из-за необходимости вести многократно повторяющийся диалог (57).

При условии соответствующей подготовки в качестве посредников в эффективной передаче знаний могли бы в принципе выступать сотрудники международных организаций, таких как ВОЗ. Определенную роль, например, могла бы играть и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, выступая в качестве посредника, помогающего собрать вместе руководителей высокого ранга и ученых для обсуждения вопросов в процессе диалога по стратегическим проблемам и предоставления рекомендаций и поддержки в деле реализации на уровне отдельной страны. В будущем и другие международные сети, включая, возможно, Европейскую сеть по оценке технологий здравоохранения (если она сохранится), могли бы расширить свою компетенцию и заказывать, проводить и распространять систематические обзоры действенности и экономической эффективности различных стратегий в целях удовлетворения потребностей тех стран, где потенциал для выполнения таких работ ограничен.

### *Адресовать идеи лицам, формирующим политику во многих различных секторах*

Понимание последствий для здоровья, вытекающих из стратегий, которые разрабатываются и осуществляются вне сектора здравоохранения, может быть ограничено. Обследования, проведенные среди государственных чиновников в Канаде и Новой Зеландии, показали, что желание иметь практическую информацию о действенных мерах по охране и укреплению здоровья населения есть (58,59). Несмотря на публикацию крупных документов, излагающих политику в отношении социально-экономических детерминант нездоровья и укрепления здоровья населения, государственным чиновникам не хватало знаний.

Государственных чиновников, работающих в сфере финансов, было гораздо легче убедить фактами об экономических последствиях стратегий, чем рассказами об их влиянии на здоровье населения. И наоборот, чиновники в секторе здравоохранения и других секторах не понимали, как важно рассматривать экономические последствия стратегий. Для того, чтобы создать потенциальные возможности для поддержки инвестиций в стратегии охраны и укрепления здоровья населения во многих различных секторах, нужно особо подчеркивать макроэкономические выгоды этих стратегий.

Еще повысить уровень понимания можно путем формализации использования оценки воздействия на здоровье крупномасштабных стратегических мер, предпринимаемых в нескольких различных секторах. Например, можно было бы обязать государственных чиновников анализировать воздействие на здоровье строительства новой взлетно-посадочной полосы в аэропорту, мер по снижению скорости движения или стратегии экономического возрождения. Было бы в равной степени благоразумно, если бы руководители высокого ранга, разрабатывающие стратегии в области охраны здоровья населения, оценивали основные последствия этих стратегий, не связанные со здоровьем.

Оценка воздействия на здоровье применяется в нескольких европейских странах с высоким уровнем доходов, главным образом на местном уровне. Тем не менее, пока не вполне ясно, в какой степени это способствовало изменениям в политике. В одном обзоре эффективности оценки воздействия на здоровье (60) высказывается мысль о том, что успеху может мешать отсутствие у поборников такой оценки понимания проблем других секторов, не связанных с здравоохранением, а учитывая отсутствие общепринятого стандарта оценки воздействий на здоровье, одним из ключевых факторов успеха может быть налаживание хороших связей с лицами, вырабатывающими политику, и придание этой оценке статуса обязательной процедуры в директивных органах.

**Плановые показатели, мониторинг и оценка**

Немаловажно также вкладывать средства в системы контроля и оценки реализации и измерять более долгосрочное воздействие на показатели здоровья населения. Одним из подходов к решению этой задачи является применение в явной форме эталонных показателей для сравнения или плановых показателей, касающихся здоровья населения. Можно было бы устанавливать для всех государственных ведомств общие плановые показатели и контролировать ход их достижения. Антиреклама как следствие невыполнения этих плановых заданий могла бы служить мощным стимулом к действию.

Например, в Англии министерство финансов провело широкомасштабное обследование в различных секторах с целью изучения неравенства в отношении здоровья с участием 18 министерств и государственных ведомств. В результате была принята государственная программа действий, в которую было включено 12 укрупненных показателей и 82 задания для всех ведомств по преодолению неравенства в отношении здоровья и по укреплению здоровья (61) (вставка 5).

Оценок реального воздействия этих плановых показателей пока мало. Эти показатели могут привести к осязаемым изменениям только в том случае, если они будут достаточно конкретны, чтобы можно было измерять их

**Вставка 5. Межведомственные укрупненные показатели, касающиеся преодоления неравенства в отношении здоровья в Англии**

Смертность от главных болезней-убийц – рака и заболеваний сердца

Количество случаев беременности среди молодежи до 18 лет

Количество убитых и раненых в дорожно-транспортных происшествиях в экономически неблагополучных сообществах

Численность медицинских работников первичного звена здравоохранения

Число лиц, получивших прививки против гриппа

Курение среди работников ручного труда и среди беременных женщин

Уровень полученного образования

Потребление фруктов и овощей

Доля живущих в неудовлетворительных жилищных условиях

Физическое воспитание и спорт в школе

Дети, живущие в нищете

Бездомные семьи, живущие во временных жилищах

достижение, и достаточно реалистичны, чтобы можно было достичь их в установленные сроки (62). Складывается впечатление, что в Европе плановые показатели до сих пор использовались скорее как выражение устремлений или для стимулирования прений, а не для обеспечения реализации политики в области охраны и укрепления здоровья населения (48).

Когда в Швеции в 2003 г. были опубликованы 11 целей в области общественного здравоохранения, касающихся детерминантов здоровья, их формулировка оказалась недостаточно конкретной и ясной, чтобы можно было их измерять; более того, не было установлено никаких сроков их достижения (63). Видимо, из-за необходимости добиться взаимодействия различных ведомств и секторов оказалось политически трудно достичь консенсуса по более конкретным плановым показателям. Может быть, помочь разрешить этот вопрос смогут тридцать восемь подробных показателей, разработанных позднее Шведским национальным институтом общественного здравоохранения – органом, на который возложен контроль за ходом достижения этих целей.

### Резюме

Медицинские последствия и социально-экономические издержки, обусловленные бременем болезни, в Европе весьма существенны. Значительной части этого бремени можно избежать посредством реализации действенных стратегий охраны и укрепления здоровья населения. Более того, растет объем информации, показывающей, что многие из этих стратегий могут рассматриваться как обладающие высокой экономической эффективностью одновременно во многих секторах. Тем не менее, средства, вкладываемые в стратегии охраны и укрепления здоровья населения, явно невелики.

Стратегии охраны и укрепления здоровья населения должны предусматривать принятие мер на верхнем уровне, нацеленных на факторы риска нездоровья; большинство этих мер, вероятно, должно финансироваться и реализовываться вне системы медико-санитарной помощи. Важно более рационально использовать имеющиеся систематические обзоры фактических данных и вкладывать ресурсы в дальнейшие исследования на этой основе, обращая внимание, в частности, на то, как углубить знания о результатах мер вмешательства, осуществляемых на верхнем уровне воздействия на детерминанты здоровья. Усилить аргументы в пользу вложения средств можно с помощью экономической оценки, при которой выигрыш от предпринимаемых мер для здоровья и для других сторон жизни сравнивается с теми ресурсами, которые нужны для реализации этих мер.

Одним из способов укрепления базы фактических данных может быть расширение компетенции существующих органов, выполняющих оценку технологий здравоохранения, однако такой подход осуществим не во всех условиях, т.к. он в большой степени зависит от наличия научно-исследовательского потенциала в стране. В качестве альтернативного подхода можно наладить сотрудничество с международными партнерами по адаптации имеющихся результатов оценок к специфическим условиям в стране.

Добиться выделения ресурсов на охрану и укрепление здоровья населения и обеспечить согласованность действий различных секторов можно при разных схемах управления. Возможные варианты таких схем включают самостоятельное министерство охраны и укрепления здоровья населения, межведомственные рабочие органы и механизмы организации партнерских отношений и формирования совместных бюджетов.

Вложение средств только в меры по укреплению базы фактических данных о действенных и экономически эффективных вмешательствах с целью охраны и укрепления здоровья населения вряд ли приведет к реальным переменам. Для более эффективной реализации нужны меры, к которым относится улучшение связи и взаимопонимания между учеными и лицами, вырабатывающими политику, а также меры по повышению уровня осведомленности о влиянии на здоровье всех стратегий. Значительная роль может принадлежать таким инструментам, как оценка воздействия на здоровье. Облегчить наступление перемен могут механизмы мониторинга реализации стратегий во всех секторах; дополнительными стимулами к действию должны стать конкретные, поддающиеся измерению плановые показатели по достижению целей в области охраны и укрепления здоровья населения, устанавливаемые для всех секторов.

## Библиография

1. European Health for All Database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 21 April 2008).
2. *Global burden of disease estimates*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, accessed 21 April 2008).
3. Leal J et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, 2006, 27:1610–1619.
4. Emery C et al. Cost of obesity in France. *La Presse Médicale*, 2007, 36:832–840.
5. Allender S, Rayner M. The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obesity Reviews*, 2007, 8:467–473.
6. Odegaard K et al. The Swedish cost burden of overweight and obesity – evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008, 3(Suppl 1):51–57.
7. Sobocki P et al. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006, 9:87–98.
8. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, 27:861–873.
9. Jarl J et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *European Journal of Health Economics*, 2007 (Epub ahead of print).
10. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006.
11. *Preventing road traffic injury: a public health perspective*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/TRT/injuries/20040326\\_2](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/TRT/injuries/20040326_2), accessed 21 April 2008).
12. McDaid D, Kennelly B. The case for suicide prevention: an economic perspective. In: Wasserman D, Wasserman C, eds. *The Oxford textbook of suicidology – the five continents perspective*. Oxford, Oxford University Press, in press.
13. Korda RJ, Butler JR. Effect of healthcare on mortality: trends in avoidable mortality in Australia and comparisons with western Europe. *Public Health*, 2006, 120:95–105.

14. Treurniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PP. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:290–295.
15. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327:1129.
16. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2), accessed 21 April 2008).
17. Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2006.
18. McDaid D, Needle J. *Economic evaluation and public health: mapping the literature*. Cardiff, Welsh Assembly Government, 2006.
19. Suhrcke M et al. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*, 2006, 120:994–1001.
20. *OECD health data*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
21. Ockene JK et al. Integrating evidence-based clinical and community strategies to improve health. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32:244–252.
22. Waters E et al. Evidence synthesis, upstream determinants and health inequalities: the role of a proposed new Cochrane Public Health Review Group. *European Journal of Public Health*, 2008:doi:10.1093/eurpub/ckm127.
23. Higgins JPT, Green S, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.0*. Oxford, Cochrane Collaboration, 2008 (<http://www.cochrane.org/resources/handbook>, accessed 21 April 2008).
24. Wanless D. *Securing good health for the whole population*. London, The Stationery Office, 2004.
25. Hills D et al. *The evaluation of the Big Lottery Fund Healthy Living Centres Programme*. London, Big Lottery Fund, 2007.
26. Drummond M et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
27. Briggs AH, Schulpher MJ, Claxton K. *Modelling methods for health economic evaluation*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
28. Hale J. What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 2000, 15:341–348.

29. Kelly MP et al. *Economic appraisal of public health interventions*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
30. Drummond M et al. *Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health*. York, Public Health Research Consortium, University of York, 2007.
31. Shemilt I et al. A national evaluation of school breakfast clubs: evidence from a cluster randomized controlled trial and an observational analysis. *Child Care and Health Development*, 2004, 30:413–427.
32. Murphy JM. Breakfast and learning: an updated review. *Current Nutrition and Food Science*, 2007, 3:3–36.
33. Rush B, Shiell A, Hawe P. A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research*, 2004, 19:707–719.
34. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2004.
35. Drummond M, Chevat C, Lothgren M. Do we fully understand the economic value of vaccines? *Vaccine*, 2007, 25:5945–5957.
36. Schwappach DLB, Boluarte TA, Suhrcke M. The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2007, 5:5.
37. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008, 8:20.
38. Guria J. An economic evaluation of incremental resources to road safety programmes in New Zealand. *Accident Analysis and Prevention*, 1999, 31:91–99.
39. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VI 2000–2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47:1051–1058.
40. Wang PS et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1401–1411.
41. *The public health guidance development process. An overview for stakeholders including public health practitioners, policy makers and the public*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.



42. Sheldon TA et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *British Medical Journal*, 2004, 329:999.
43. Boulenger S et al. Can economic evaluations be made more transferable? *European Journal of Health Economics*, 2005, 6:334–346.
44. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2003, 1:8.
45. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 2007, 84:75–88.
46. *Results-based plan briefing book*. Ottawa, Ministry of Health Promotion, 2008.
47. Government of Denmark. *Healthy throughout life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. Copenhagen, Ministry of the Interior and Health, 2002 (<http://www.folkesundhed.dk/page198.aspx>, accessed 21 April 2008).
48. Allin SM et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118\\_7](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_7), accessed 21 April 2008).
49. Hultberg EL, Lonnroth K, Allebeck P. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 2003, 64:143–152.
50. Hultberg EL et al. Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health and Social Care in the Community*, 2005, 13:531–541.
51. Claxton KP, Schulpher MJ, Culyer AJ. *Mark versus Luke? Appropriate methods for the evaluation of public health interventions*. York, Centre for Health Economics, University of York, 2007 (CHE Research Paper 31).
52. Corporate healthcare: employee assistance programmes [web site]. Kent, AXA PPP Healthcare, 2008 ([http://www.axapphealthcare.co.uk/body/html/corporate/products/employee\\_support/employee\\_assistance/employee\\_assistance.jhtml](http://www.axapphealthcare.co.uk/body/html/corporate/products/employee_support/employee_assistance/employee_assistance.jhtml), accessed 21 April 2008).
53. Lavis JN et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 2003, 81:221–248.

54. Innvaer S et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, 7:232–244.
55. Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *British Medical Journal*, 2007, 334:129–132.
56. Mitton C et al. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:729–768.
57. van Kammen J et al. Technology assessment and knowledge brokering: the case of assisted reproduction in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2006, 22:302–306.
58. Lavis JN et al. Do Canadian civil servants care about the health of populations? *American Journal of Public Health*, 2003, 93:658–663.
59. Gauld R et al. Conceptions and uses of public health ideas by New Zealand government policymakers: report on a five-agency survey. *Public Health*, 2006, 120:283–289.
60. Davenport C, Mathers J, Parry J. Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:196–201.
61. Department of Health. *Tackling health inequalities: a programme for action*. London, Department of Health, 2003.
62. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. I. Lessons learned. *Health Policy*, 2000, 53:1–11.
63. Lager A, Guldbbrandsson K, Fossum B. The chance of Sweden's public health targets making a difference. *Health Policy*, 2007, 80:413–421.

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17.  
Факс: +45 39 17 18 18.  
Эл. адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

### **Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)**

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

### **Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения**

– это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).