



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

ЕВ103/3

Сто третья сессия

22 января 1999 г.

Пункт 2 предварительной повестки дня

Тенденции и задачи мирового здравоохранения

Доклад Секретариата

1. Для лучшего понимания тенденций и задач мирового здравоохранения необходимо рассмотреть такие основополагающие задачи систем здравоохранения, как:

- улучшение состояния здоровья населения;
- снижение неравенства в области медико-санитарного обслуживания;
- улучшение обслуживания в ответ на законные ожидания;
- повышение эффективности;
- защита населения от финансовых потерь, вызванных затратами на медико-санитарную помощь;
- улучшение «справедливости» в вопросах финансирования и предоставления медико-санитарной помощи.

УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

2. В период между 1950 и 1997 годом значительно возросла продолжительность жизни во всех регионах ВОЗ. В значительной мере это произошло в результате снижения детской смертности во всех странах, даже в наименее развитых.

3. Хотя во многих развивающихся странах системы демографической регистрации не завершены, обширные программы исследований, такие как обзоры демографии и состояния здравоохранения, составляют сильную эмпирическую основу для оценки тенденций детской смертности во всех регионах. К сожалению, во многих развивающихся странах эмпирическая база для оценки смертности взрослого населения значительно слабее. Поэтому степень неуверенности в правильности оценки уровней и тенденций смертности взрослого населения намного выше.

4. Тем не менее, в большинстве районов мира во второй половине двадцатого века смертность взрослого населения мужского и женского пола значительно снизилась. Однако есть два важных исключения: возросшие уровни смертности мужского населения, имеющие место в Восточной Европе, и значительное увеличение смертности взрослого мужского населения, вызванной ВИЧ-инфекцией, в регионах Африки, южнее Сахары.

5. Комплексная оценка уровней здравоохранения должна охватывать не только статистику смертности, но также включать и другие, не приводящие к фатальному исходу факторы. Такие факторы, как предполагаемая продолжительность жизни с коррекцией на инвалидность, характеристики предполагаемой продолжительности здоровой жизни, способствуют более глубокому сравнительному анализу состояния здравоохранения во всех регионах ВОЗ.

6. Информированное обсуждение вопросов политики здравоохранения на всех уровнях требует информации, касающейся сопоставления масштабности проблем здравоохранения с учетом болезней, травматизма и основных факторов риска. В глобальном масштабе в 1995 г. в число 10 ведущих причин заболеваемости (с учетом продолжительности жизни, скорректированной на инвалидность) входили респираторные инфекции, диарейные болезни, состояния, возникающие в перинатальный период, монополярная депрессия, ишемическая болезнь сердца, ВИЧ-инфекция, инсульт, дорожно-транспортные происшествия, малярия и туберкулез. Основными факторами риска, связанными с выше перечисленными заболеваниями, являются недостаточность питания, плохое качество воды и гигиены, небезопасные сексуальные привычки, потребление табака, алкоголя и загрязнение воздуха в помещениях.

7. Эта картина показывает двойное бремя болезней и травм, которое несут страны с низким и средним доходами. С одной стороны, они по-прежнему страдают в эпидемиологическом плане от обычных инфекций, проблем, связанных с недостаточностью питания и репродуктивным здоровьем. Еще не решив в полной мере эти задачи, страны уже сейчас сталкиваются с возникновением проблем, связанных с неинфекционными болезнями, новыми видами инфекций и травматизмом в результате несчастных случаев и насилия.

8. Следующие два десятилетия будут свидетелями драматических изменений факторов, влияющих на состояние здоровья. К 2020 г. ведущими причинами заболеваемости, видимо, станут ишемическая болезнь сердца, депрессия и дорожно-

транспортные происшествия. Четыре фактора, по всей вероятности, будут доминировать в тенденциях здравоохранения: старение населения мира, распространение эпидемии ВИЧ, эпидемия смертности и инвалидности, связанная с употреблением табака, а также ожидаемое снижение детской смертности в результате инфекционных заболеваний.

9. Две другие проблемы, которые могут сильно изменить названные параметры в будущем. Во-первых, в соответствии с гипотезой Баркера, лица с низким весом при рождении и доживающие до преклонного возраста чаще болеют неинфекционными болезнями. Если эта гипотеза справедлива, эпидемия неинфекционных болезней в таких районах, как Южная Азия, может принять более широкие масштабы. Во-вторых, прогнозируемое снижение смертности вследствие инфекционных заболеваний может не произойти или даже быть обращено вспять, если распространится лекарственная резистентность к основным патогенам или возникнут новые инфекционные болезни.

СНИЖЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА В ОБЛАСТИ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

10. В различных странах состояние здоровья населения сильно отличается. Например, продолжительность жизни в различных популяциях Соединенных Штатов Америки варьируется от 56 до 96 лет. Этот сорокалетний разрыв в продолжительности жизни, наблюдаемый в одной стране, демонстрирует важность мониторинга в большей степени, чем состояние здоровья населения в среднем. Степень неравенства в состоянии здоровья также варьирует в рамках популяций – неравенство в продолжительности жизни в Японии ниже, чем в Мексике и, в свою очередь, в Мексике ниже, чем в Соединенных Штатах. В большинстве стран, в которых проводился анализ, у мужчин наблюдаются более значительные расхождения в продолжительности жизни по сравнению с женщинами. Во многих странах по ряду причин расхождения в состоянии здоровья могут усиливаться в сравнительном и, возможно, абсолютном значении величин.

УЛУЧШЕНИЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ В ОТВЕТ НА ЗАКОННЫЕ ОЖИДАНИЯ

11. Процесс, с помощью которого могут быть достигнуты две первые цели, должен соответствовать законным ожиданиям населения. Прежде всего, такой процесс должен обеспечивать соблюдение основных принципов уважения достоинства человека и его участия в процессе принятия решений.

12. Концепция «реагирования» на ожидания исходит из того, что лица, предоставляющие медико-санитарную помощь в системе здравоохранения, стремятся к улучшению взаимоотношений с населением. Ожидаемый результат подобных усилий соответствует более привычной концепции удовлетворенности помощью системой здравоохранения. Это многомерная конструкция. Она включает в себя удовлетворение принципом доступности, объемом затрат, техническим качеством,

межличностными взаимоотношениями и удобствами. Вот почему оценка носит сложный характер и может интерпретироваться по-разному.

13. В последние годы предпринимались усилия для сравнения «степени удовлетворенности» в странах, используя стандартизированные методики. Эти исследования показывают большие различия как среди стран, так и в одной конкретно взятой стране. Хотя эти исследования могут предоставить полезные, с точки зрения анализа, данные, их результаты следует интерпретировать с осторожностью.

14. Важной задачей является разработка более качественных способов выяснения и улучшения этих важных параметров работы систем здравоохранения.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

15. Эффективность предусматривает использование имеющихся в наличии ресурсов для более качественного выполнения задач, поставленных обществом. На глобальном уровне почти 9% мирового экономического объема выделяется на сектор здравоохранения. Доля валового внутреннего продукта, инвестируемого в здравоохранение, варьируется от 2% до 5% в странах с низким доходом до почти 15% - в Соединенных Штатах. В целом по мере роста доходов на душу населения увеличивается доля общего валового продукта, выделяемого на медико-санитарную помощь. По мере того как страны становятся богаче, доля всех ресурсов сектора здравоохранения, финансируемого через общественные источники (общий доход, социальное страхование или другие виды налогов), также возрастает.

16. Какова эффективность использования этих ресурсов различными системами здравоохранения для достижения задач улучшения состояния здоровья, снижения неравенства и улучшение «реагирования»? Хотя и представляется, что было бы целесообразнее изучить связь между продолжительностью здоровой жизни и расходами в системе здравоохранения, данные, полученные из стран, для этой цели недостаточны. Тем не менее, можно сравнить взаимосвязь между ожидаемой продолжительностью жизни и доходами на душу населения в различных странах в период между 1965 и 1995 годом. Эта взаимосвязь иллюстрирует три способа улучшения состояния здоровья населения. По мере увеличения доходов на душу населения в странах здравоохранение улучшается предсказуемым образом. Сравнивая 1965 г. и 1995 г., можно увидеть, что один и тот же доход приводит к более высоким уровням продолжительности жизни в 1995 г. по сравнению с 1965 годом. Возможно, сегодня для стран самым важным является существенное различие в результатах медико-санитарных вмешательств с учетом уровня дохода в 1995 году. Понимание факторов, способствующих этому отличию, является важным аспектом для выработки эффективных стратегий, направленных на улучшение здравоохранения в краткосрочной перспективе.

17. Относительную эффективность систем здравоохранения можно исследовать путем сопоставления уровня продолжительности жизни с учетом определенного дохода и образовательного уровня с уровнем расходов на здравоохранение. Ключевые

факторы, объясняющие эти отличия, можно разделить на адресную эффективность и техническую эффективность. Адресная эффективность означает выбор сочетания «вмешательств» в отношении здоровья, способствующих максимальному улучшению состояния здравоохранения и снижению неравенства в области медико-санитарного обслуживания. Техническая эффективность означает качественное выполнение каждого действия на основе имеющихся ресурсов.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ОТ ФИНАНСОВЫХ ПОТЕРЬ

18. Основной задачей для систем здравоохранения является защита отдельных лиц, семей и общин от финансовых потерь, вызванных оплатой дорогостоящих медико-санитарных услуг. В соответствии с рядом исследований затраты на медико-санитарную помощь могут быть основной причиной обнищания как в развивающихся, так и в развитых странах. По мере эскалации затрат обеспечение адекватной «группировки финансовых рисков» стало одной из основных задач для систем здравоохранения.

УЛУЧШЕНИЕ «СПРАВЕДЛИВОСТИ» В ВОПРОСАХ ФИНАНСИРОВАНИЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

19. Системы здравоохранения должны быть также «справедливыми», с точки зрения обеспечения и оплаты медико-санитарной помощи. Исследования, проведенные во многих странах, показали, что бедные платят большую часть своего дохода за медико-санитарную помощь, в то время как расходы на общественное здравоохранение, предусмотренное для более богатых групп населения, часто могут быть больше, чем для бедных. Равное финансирование и доступность являются важными характеристиками систем здравоохранения, требующими мониторинга и оценки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

20. Все страны мира заняты поиском лучших путей регулирования, финансирования и предоставления медицинских услуг в период глубоких социальных перемен, которые окажут влияние как на разработку, так и на результативность новых подходов к медико-санитарной помощи. Эти изменения включают такие факторы, как старение населения, урбанизация, изменение статуса женщин, новые формы политического участия, новая роль государства, интенсивный технический прогресс и глобализация.

21. По мере осуществления собственного процесса реформ ВОЗ готовится вступить в двадцать первый век, предвидя тенденции и решая проблемы.

= = =