



**ТЕНДЕНЦИИ  
И  
ПРОБЛЕМЫ  
ВСЕМИРНОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЖЕНЕВА**

## ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ВСЕМИРНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### ДОКЛАД СЕКРЕТАРИАТА

1. Результаты работы систем здравоохранения во всем мире очень разнообразны. Даже среди стран с аналогичным уровнем доходов сохраняются различия. Некоторые из этих различий связаны с тем, как работают системы здравоохранения, поскольку различия в структуре, объеме предоставляемых услуг, а также в управлении службами воплощаются в различия в итоговых результатах. Понимание этих различий имеет существенное значение для лиц, принимающих решения на всех уровнях, для повышения результативности систем и, следовательно, улучшения здоровья населения.

2. Однако улучшение здоровья населения не является просто вопросом предоставления все большего числа медико-санитарных услуг. Систему здравоохранения можно определить как некое единое целое, включающее все организации, учреждения и ресурсы, которые связаны с действиями в области здравоохранения. Действие в области здравоохранения определяется как любое усилие, независимо от того, производится ли оно в секторе предоставления медико-санитарных услуг лично, в системе безлично предоставляемых медико-санитарных услуг или реализуется посредством

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

межсекторальных действий, основная цель которых заключается в укреплении здоровья населения.

### Задачи систем здравоохранения

3. Настоящая концепция систем здравоохранения расширяет традиционные рамки концентрации внимания на личных медико-санитарных услугах. **Рис. 1** указывает на местоположение системы здравоохранения среди различных социальных систем и целей, к достижению которых стремится общество. Каждая система имеет определяющую цель, связанную с ее основной деятельностью: для системы образования эта деятельность заключается в предоставлении образования людям, для системы здравоохранения – в укреплении здоровья.

Рис. 1. Социальные цели и системы

Социальные цели	Социальные системы					
	Образовательные	Здравоохранит.	Экономические	Политические	Культурные	Другие
Образование						
Здравоохранение						
Потребление						
Демократическое участие						
Знание						
Другие						
Ответная реакция						
Справедливое финансирование						

WHO 99463

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

4. Кроме этих определяющих целей, каждая система разделяет с другими системами две общие цели, указанные здесь в двух нижних строчках. Первая является ответной реакцией на законные ожидания населения. Граждане испытывают некоторые ожидания в отношении своего взаимодействия с каждой системой, которые стоят выше простой определяющей цели: например, обращения с собой с сохранением достоинства и уважения.

5. Второй целью является справедливое финансирование. В отношении здравоохранения это несколько отличается от простой экономически оправданной «справедливости рынка», поскольку это также касается стремления избежать обнищания из-за своей болезни или болезни какого-нибудь члена семьи. В отношении здравоохранения справедливость требует в некоторой степени «объединения» комплексного подхода к факторам риска.

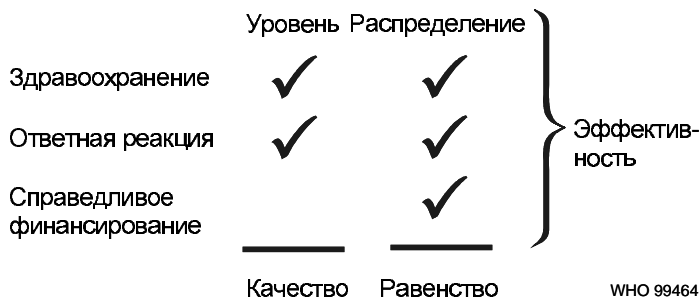
6. В достижении этих целей системы здравоохранения также оказывают воздействие на другие системы, - и наоборот; как показано в каждой колонке. Например, результаты укрепления здоровья системой здравоохранения могут способствовать получению образования, ускорить экономический рост и усилить политическую активность, - или наоборот. Значение этих межсекторальных целей подчеркивалось Генеральным директором во многих ее выступлениях, касающихся важного значения укрепления здоровья в качестве стимулятора экономического роста.

7. Для того чтобы системы здравоохранения способствовали укреплению здоровья, мониторинг их результативности должен быть сосредоточен на состоянии здоровья, ответной реакции и справедливом финансировании. На **Рис. 2** изображены компоненты этих трех целей. Во-первых, достижение целей, касающихся состояния здоровья, означает повышение среднего

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

уровня состояния здоровья населения. Кроме того, в связи с тем, что плохое состояние здоровья несоразмерно влияет на определенные части или группы общества, важное значение имеет также уменьшение «неравенств» в здравоохранении.

Рис. 2. Задачи систем здравоохранения



8. Во-вторых, в отношении ответной реакции применительно к здоровью цель является двойкой: повышение среднего уровня ответной реакции системы здравоохранения и понижение уровня неравенства самой «ответной» реакции. И наконец, в отношении финансирования и финансовой защиты от риска, основное беспокойство вызывает поголовный «охват» всех семей.

9. Для завершения описания этих концептуальных рамок указанные цели тракуются с учетом качества, равенства доступа и эффективности. Эти концепции, часто усиленно представляемые в качестве основополагающих для мониторинга результативности систем здравоохранения, в настоящее время можно измерить в содержательном плане - уровень состояния здоровья населения и ответная реакция системы с учетом качества, распределения всех трех целей, включая равенство доступа, и результаты использования этих пяти элементов в качестве функции, зависящей от ресурсов, инвестированных в

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

систему здравоохранения, которая характеризует эффективность.

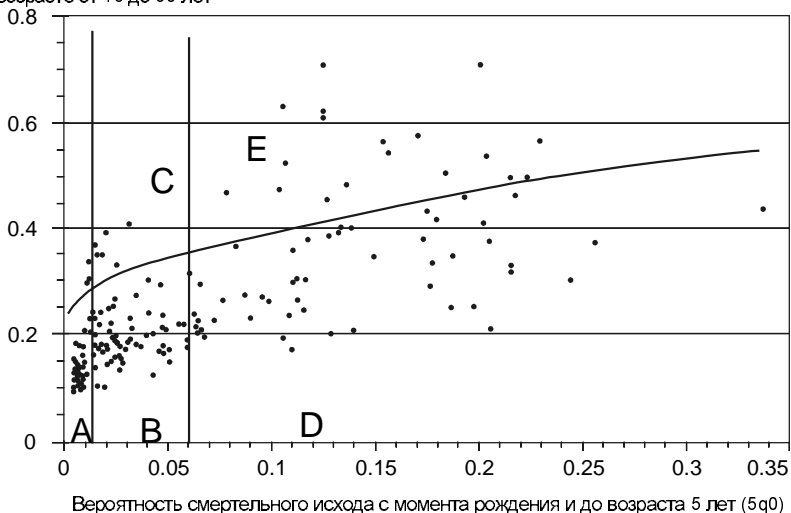
10. Эти концептуальные рамки обеспечивают основу для измерения результативности системы – изучения успешной деятельности систем здравоохранения по достижению этих целей. В качестве первого шага в следующих пунктах рассматриваются существующие и будущие тенденции в состоянии здравоохранения, а затем - результативность системы здравоохранения в достижении указанных трех целей. Наконец, в данном документе рассматриваются основные детерминанты различий в результативности систем здравоохранения.

## Состояние здравоохранения

11. Использование данных в отношении смертности является полезным в качестве первого шага в описании существующих в мире тенденций в состоянии здравоохранения. На **Рис. 3** изображены глобальные показатели смертности среди мужчин с указанием вероятности смертельного исхода с момента рождения и до возраста пять лет (5q0) на оси «х» и вероятностью смертельного исхода в возрасте от 15 до 60 лет (45q15) на оси «у». На рисунке показана ось 45q15 в отношении мужчин, потому что различия по странам в коэффициентах смертности среди мужчин гораздо больше, чем различия в коэффициентах смертности среди женщин, которая гораздо более тесно связана с коэффициентами детской смертности. На рисунке страны затем распределяются по пяти категориям.

Рис. 3. Глоб. показатели смертности среди мужчин с указанием стран, включая отдельные группы по показателям смертности (Смертность по регионам)

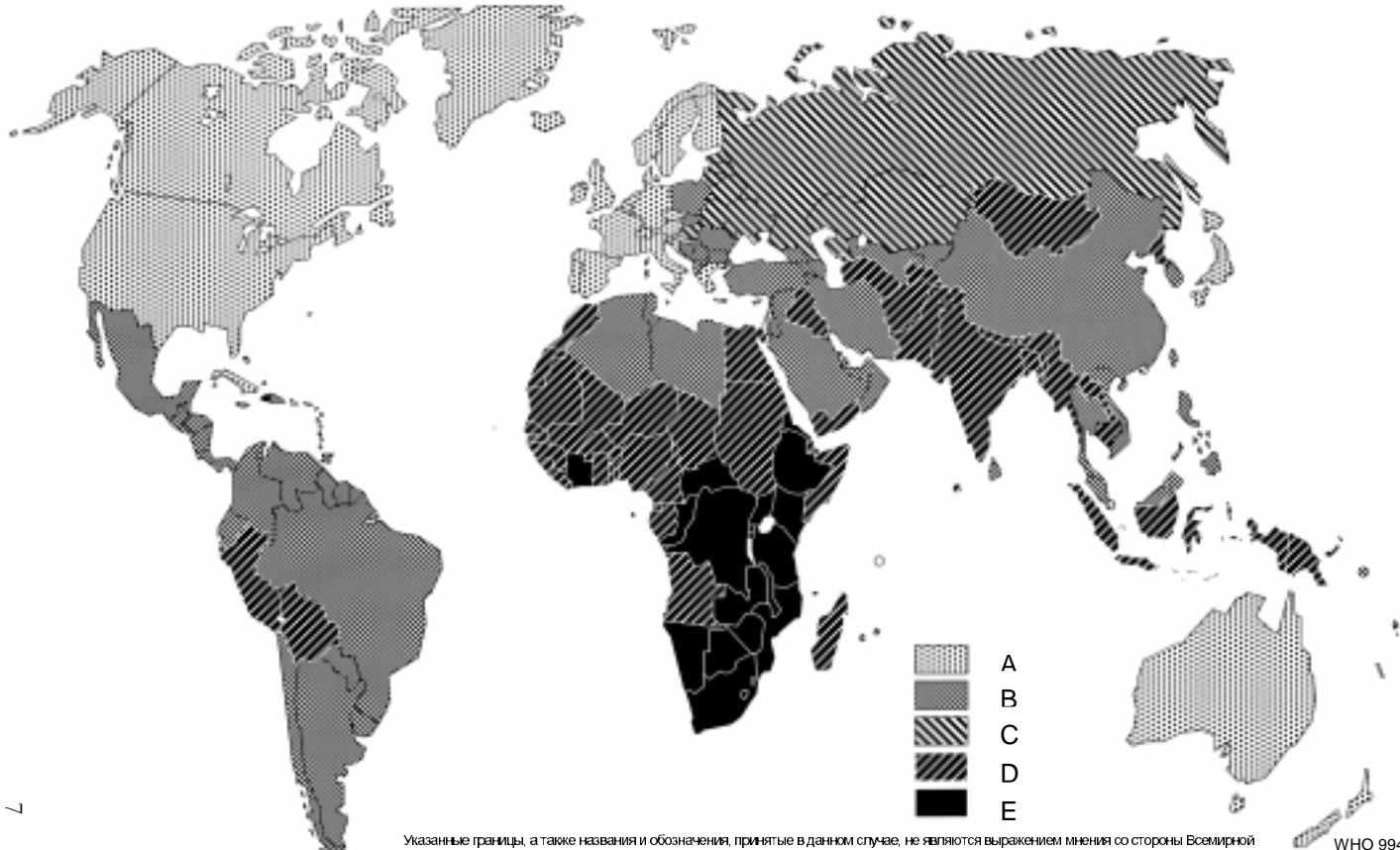
Вероятность смертельного исхода в возрасте от 15 до 60 лет



WHO 99456

12. Карта на **Рис. 4** распределяет страны мира по категориям на пять регионов по коэффициентам смертности. Страны группы А имеют низкий коэффициент детской смертности, а также смертности среди взрослого населения и смертности среди женщин и включают: Канаду, Соединенные Штаты Америки, большинство стран Западной и Центральной Европы, Австралию, Новую Зеландию и Японию. Страны группы В имеют промежуточный коэффициент как детской смертности, так и смертности среди взрослого населения, и находятся главным образом в Латинской Америке, Регионе Восточного Средиземноморья, в некоторых частях Юго-Восточной Азии и Китае.

Рис. 4. Смертность по регионам



Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

13. Страны группы С имеют такой же коэффициент детской смертности, как и страны группы В, но гораздо более высокий коэффициент смертности среди взрослого населения. Все они расположены в Восточной Европе и Центральной Азии. Страны группы D, расположенные в Азии и Африке, к югу от Сахары, имеют высокий коэффициент как детской смертности, так и смертности среди взрослого населения. Страны группы E, все из которых расположены в Африке, к югу от Сахары, имеют чрезвычайно высокий коэффициент смертности среди мужчин, а большинство - чрезвычайно высокий коэффициент смертности среди женщин, который в значительной части объясняется наличием СПИДа.

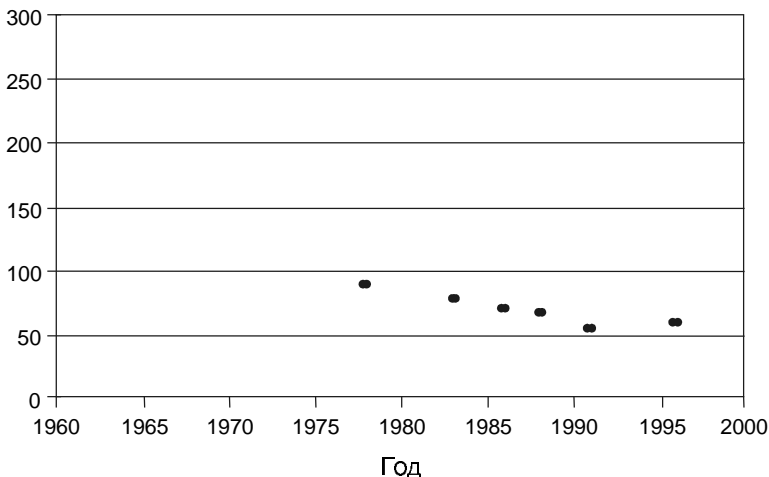
14. Тенденции в отношении коэффициентов смертности, дополняющие этот «моментальный снимок» существующей в настоящее время ситуации, также имеют важное значение для понимания состояния здравоохранения в мире. Смертность уменьшилась во всем мире как в отношении детей, так и в отношении взрослых, однако «несооднородность» самих темпов уменьшения, по-видимому, возрастает, причем наблюдается явление, обратное уменьшению, в некоторых беднейших частях мира. Например, на **Рис. 5** показана застойная ситуация в уменьшении детской смертности, измеренной по оси 5q0, в Кот-д'Ивуаре и Южной Африке.

15. На этом рисунке также показаны тенденции в показателях детской смертности в двух наиболее населенных странах мира: Китае и Индии. Хотя последняя имеющаяся информация о Китае не очень свежая, из нее, тем не менее, следует, что снижение показателей детской смертности замедлилось с середины 1980-х годов. В Индии детская смертность продолжает снижаться, но довольно медленно.

Рис. 5. Тенденции в показателях смертности до пяти лет, 1960-1996 гг.\*

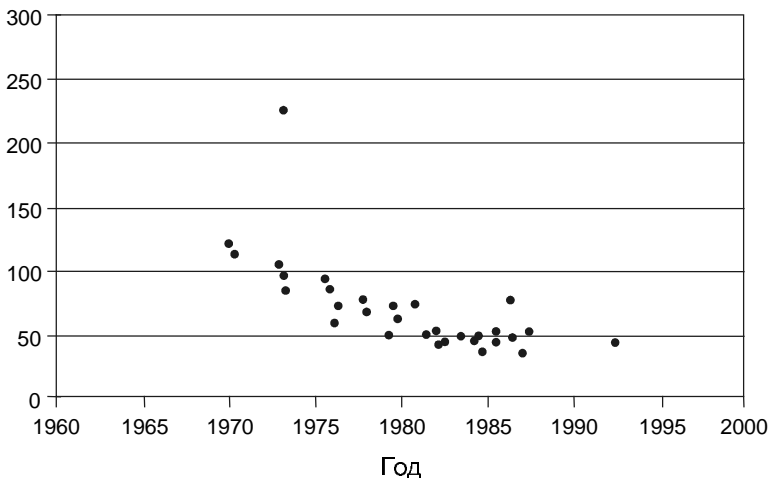
### Южная Африка

Показатели смертности в возрасте до пяти лет



### Китай

Показатели смертности в возрасте до пяти лет

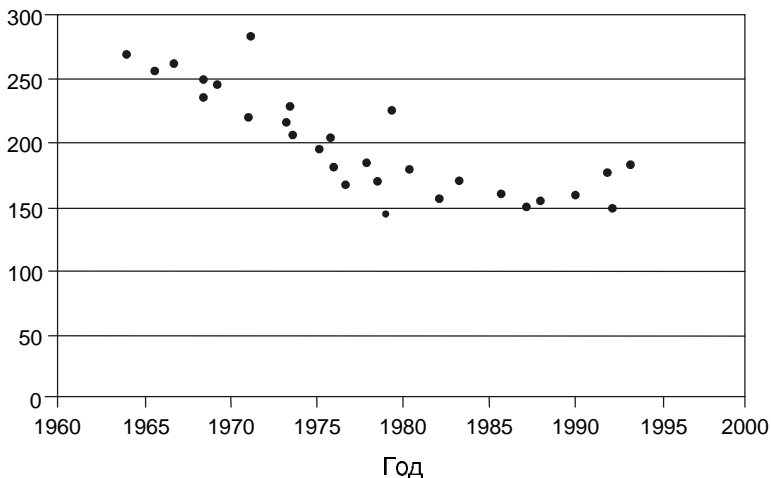


\* Отдельные точки временного графика представляют данные, полученные из различных источников.

Рис 5. Тенденции в показателях смертности до пяти лет, 1960-1996 гг.\*

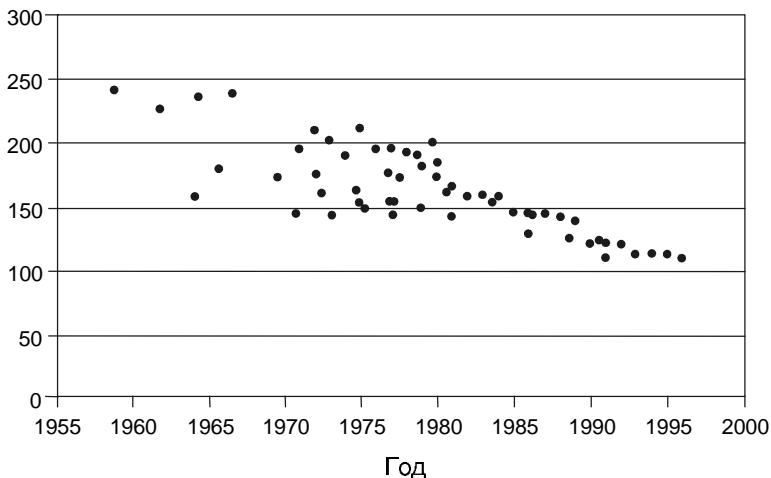
### Кот-д'Ивуар

Показатели смертности в возрасте до пяти лет



### Индия

Показатели смертности в возрасте до пяти лет



\* Отдельные точки временного графика представляют данные, полученные из различных источников.

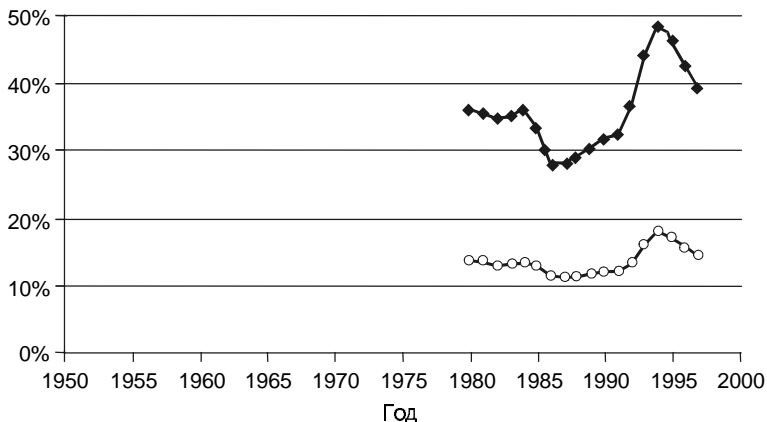
## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

16. Эта неоднородность тенденций в показателях детской смертности зеркально отражает то, что просматривается в тенденциях в отношении показателей смертности среди взрослого населения. На **Рис. 6** приводятся примеры из четырех стран. Данные из Российской Федерации показывают наблюдаемое в последнее время обращение вспять растущей тенденции в коэффициентах смертности; в Соединенных Штатах Америки, где в течение более десятилетия наблюдалось застойное положение в отношении смертности среди взрослого мужского населения, существенное улучшение за последние два года объясняется эффективностью применения тройственной лекарственной терапии при сокращении смертности от СПИДа. На этом рисунке также показаны данные из Соединенного Королевства, где на протяжении последних двух десятилетий наблюдается довольно резкое понижение коэффициентов смертности в процентном отношении, и это явление не везде наблюдается среди европейских стран, включая несколько стран с высокими доходами. И, наконец, на рисунке также показана необычная ситуация, существующая в Шри-Ланке, где смертность среди взрослого женского населения начала существенно понижаться в 1970-е и 1980-е годы, а смертность среди взрослого мужского населения не понижалась, что привело к существенному увеличению различий в коэффициентах смертности по половому признаку.

Рис. 6. Тенденции в показателях смертности в возрасте от 15 до 60 лет в отдельных странах с разбивкой по признаку пола

### Российская Федерация

Показатели смертности в возрасте от 15 до 60 лет



### Соединенные Штаты Америки

Показатели смертности в возрасте от 15 до 60 лет

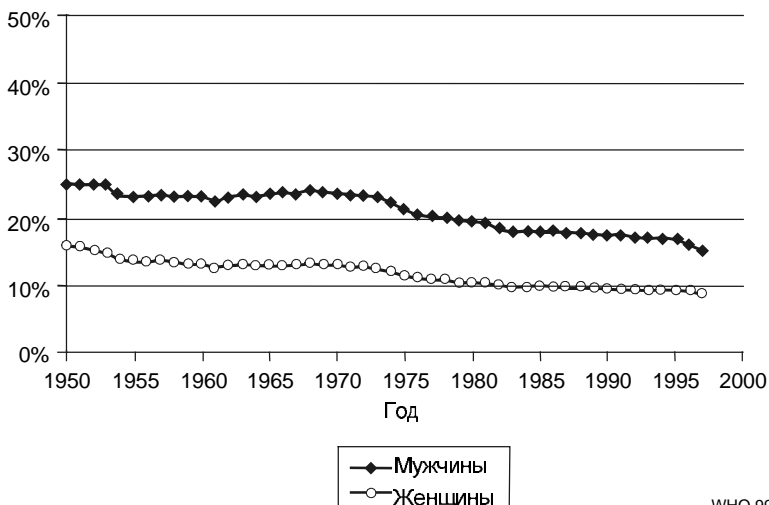
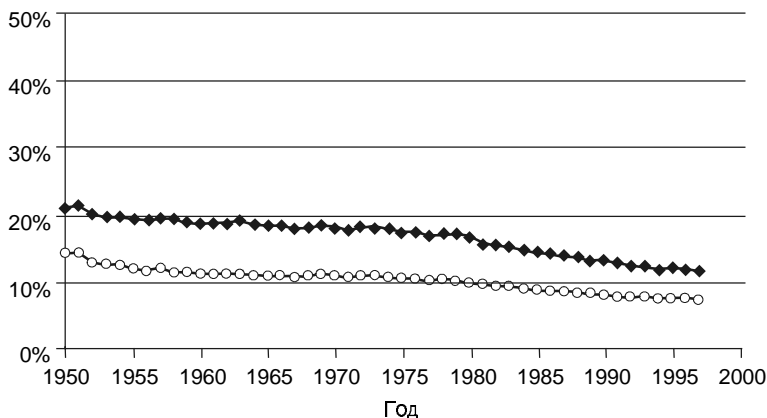


Рис.6. Тенденции в показателях смертности в возрасте от 15 до 60 лет в отдельных странах с разбивкой по признаку пола (продолжение)

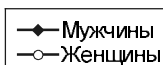
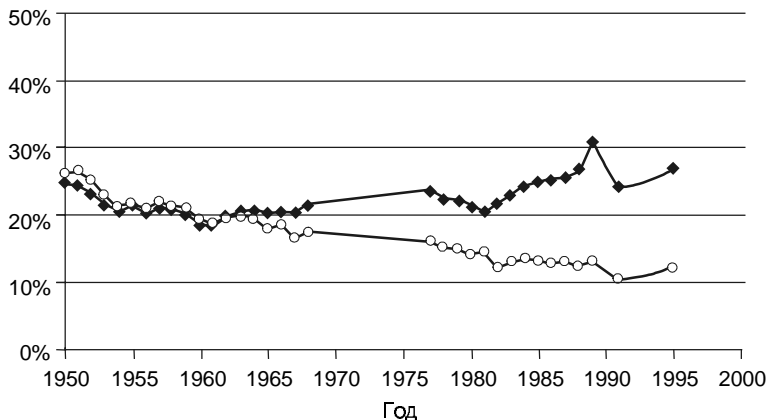
### Соединенное Королевство

Показатели смертности в возрасте от 15 до 60 лет



### Шри-Ланка

Показатели смертности в возрасте от 15 до 60 лет



17. С тем чтобы убедиться в том, что взятые сами по себе коэффициенты смертности неадекватны в качестве единицы измерения состояния здоровья, необходимо полностью охватить общее состояние здоровья населения посредством того, что ВОЗ называет суммарными мерами измерения состояния здоровья населения. Две суммарные меры измерения состояния здоровья населения широко используются в ежегодном Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. Первым является предполагаемое состояние здоровья, измеряемое посредством показателей предполагаемой продолжительности жизни, скорректированных с учетом инвалидности (немогущести). В этой единице измерения\* учитывается не только преждевременная смертность, но также время при таком состоянии здоровья, которое не является состоянием «полного» благополучия. Сравнение коэффициентов предполагаемой продолжительности жизни, скорректированных с учетом инвалидности, с коэффициентами предполагаемой продолжительности жизни дает единицы измерения части продолжительности жизни, проведенной в таком состоянии, которое меньше, чем период «полного» здоровья, с учетом степени тяжести определенных состояний.

18. Подобным же образом различия в состоянии здоровья – меры, обеспечивающие сопоставление уровня состояния здоровья, достигнутого населением, с учетом некоторой нормативной цели, поставленной в отношении этого населения, - позволяют глубоко изучить основные причины бремени болезней как в плане самих болезней, так и факторов

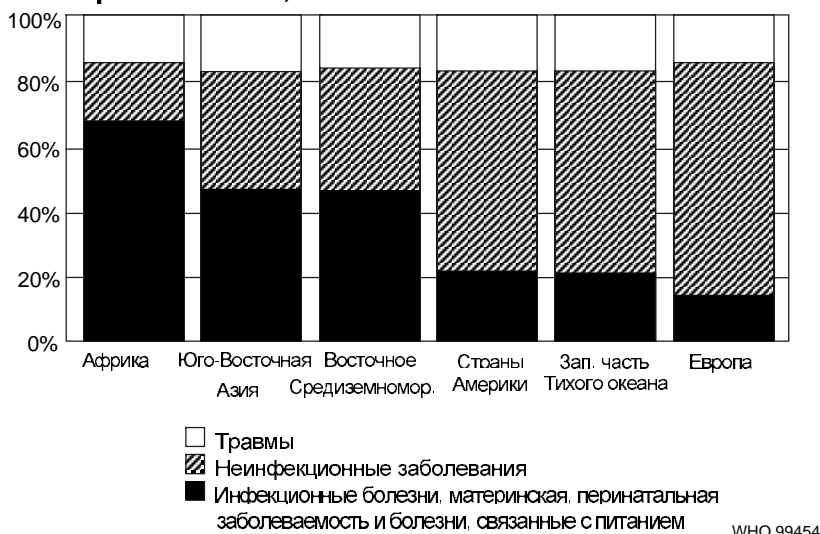
---

\* Прим. переводчика. «DALY» – единица измерения продолжительности жизни с коррекцией на годы инвалидности (немогущести).

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

риска. На **Рис. 7** показаны различия в состоянии здоровья для каждого Региона ВОЗ, представленные с помощью показателей продолжительности жизни с коррекцией на годы инвалидности и разбитые на три большие группы в зависимости от причин: инфекционные болезни, материнская и перинатальная заболеваемость; неинфекционные болезни; и травмы.

**Рис. 7. Распределение “DALY” с указанием причин и регионов ВОЗ, 1998 г.**



19. В странах Америки, Европе и Западной части Тихого океана бремя неинфекционных болезней превышает бремя инфекционных. В Регионах Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии инфекционные болезни постепенно приобретают все большее значение, а в Африке они являются основным фактором, способствующим росту бремени болезней. Часть причин, относящихся к травмам, показанная сверху каждой колонки, имеет существенные колебания по регионам. **Таблица 1**, составленная на основании оценок ВОЗ для Доклада о состоянии здравоохранения в мире в 1999 г., показывает



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

10 основных причин различий в состоянии здоровья, вновь измеренных с использованием показателей продолжительности жизни с коррекцией на годы инвалидности. Первые три причины являются основными причинами смерти детей в бедных районах мира. На 4 месте стоит ВИЧ/СПИД, который отражает резкое увеличение в последнем десятилетии бремени болезни, вызванной ВИЧ-инфекцией. Под номером 5 стоит униполярная основная депрессия, что особо выделяет то, каким образом эта мера, отражающая как астальные, так и неастальные исходы, ведет к другой оценке проблем здравоохранения, в отличие от оценки, базирующейся лишь на коэффициентах смертности. Под номером 6 стоит ишемическая болезнь сердца, за которой следует инсульт под номером 7. Малярия является восьмой основной причиной, ведущей к увеличению глобального бремени болезней, за которой следуют автотранспортные несчастные случаи и туберкулез.

Таблица 1. Десять ведущих причин “DALY”, 1998 г.

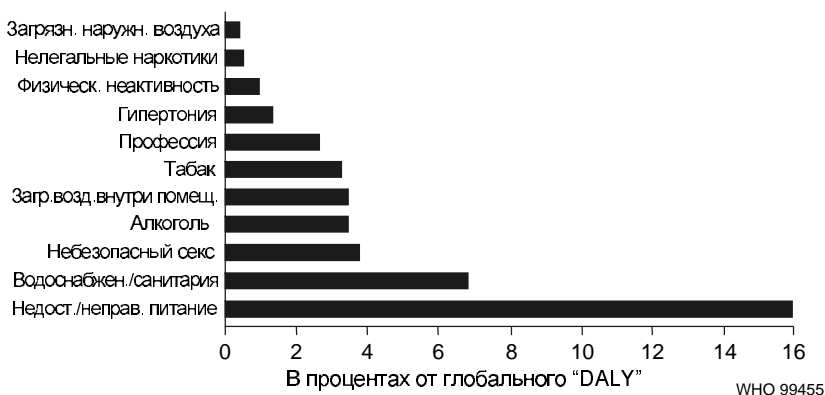
Пункты	Основная причина	% от глобальных показателей “DALY”
1	Инфекции нижних дыхательных путей	6.0
2	Перинатальные состояния	5.8
3	Диарейные болезни	5.3
4	ВИЧ/СПИД	5.1
5	Униполярная основная депрессия	4.2
6	Ишемическая болезнь сердца	3.8
7	Цереброваскулярные болезни	3.0
8	Малярия	2.8
9	Автотранспортные несчастные случаи	2.8
10	Туберкулез	2.0

WHO 99466

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

20. На **Рис. 8** показано распределение 11 основных факторов риска, способствующих росту глобального бремени болезней. Наиболее значительными факторами риска являются недостаточное/неправильное питание детей и неприспособленная практика в отношении водоснабжения и санитарии, которые соответствуют значительному бремени болезней, особенно в менее развитых странах. Далее идут пять факторов риска – небезопасная сексуальная практика, потребление алкоголя, загрязнение воздуха внутри помещений, потребление табака и воздействие профессиональных вредных факторов, - на каждый из которых приходится от 3% до 4% глобального бремени болезней. Основными последствиями злоупотребления алкоголем скорее является инвалидность, а не смертность. Загрязнение воздуха внутри помещений является одной из основных причин, способствующих детской смертности от респираторных инфекций в бедных районах мира. Продолжится рост потребления табака, означающий, что будет возрастать его глобальное воздействие на заболеваемость. Воздействие профессиональных вредных факторов, гипертония, физическая неактивность, неадекватное использование наркотиков и загрязнение наружного воздуха, являясь менее значимыми факторами, тем не менее имеют особое значение в различных районах мира.

Рис. 8. Бремя заболеваемости по отдельным факторам риска, 1995 г.



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

21. После краткого рассмотрения тенденций в показателях здравоохранения и некоторых из существующих источников бремени болезней, как в плане самих заболеваний, так и в плане факторов риска, важно заглянуть вперед. Во многих решениях по вопросам политики, таких как инвестиции в человеческий «капитал», физическую инфраструктуру, научные исследования и развитие, необходимо преувеличить будущие проблемы здравоохранения. Отражая существенное значение дальновиальной политики, ВОЗ вложила значительные средства в укрепление потенциала для работы с государствами-членами в целях разработки будущих «сценариев» в области здравоохранения.

22. В **Таблице 2** показан один будущий «сценарий» здравоохранения на 2020 г., разработанный посредством моделирования и основанный на базе фактических данных в отношении уровней и тенденций в основных детерминантах здоровья с использованием показателей инвалидности в сопоставлении с годами жизни для измерения прогнозируемых различий в состоянии здоровья. Ожидается, что основные причины глобального бремени болезней изменятся и перейдут из формы, в которой преобладают инфекционные болезни, вызывающие смерть больных детей, в форму, в которой будут преобладать неинфекционные болезни и травмы. Прогнозируемые основные причины будут включать ишемическую болезнь сердца, депрессию и авиатранспортные несчастные случаи, за которыми последуют инсульты, обструктивные заболевания легких и затем - инфекции нижнего дыхательного тракта, туберкулез, возможно, война, диарейные болезни и ВИЧ/СПИД.

Таблица 2. Десять ведущих причин “DALY”, 2020 г.

Пункты	Основная причина	% от глобального “DALY”
1	Ишемическая болезнь сердца	5.9
2	Униполярная основная депрессия	5.7
3	Автотранспортные несчастные случаи	5.1
4	Цереброваскулярные болезни	4.4
5	Хрон. обструктивные заболевания легких	4.1
6	Инфекция нижнего дыхательного тракта	3.1
7	Туберкулез	3.1
8	Война	3.0
9	Диарейные болезни	2.7
10	ВИЧ/СПИД	2.6

WHO 99467

23. Пять основных детерминант изменения состояния здоровья или, по крайней мере, риска имеют достаточно важное значение и заслуживают специального упоминания. Первым является табак – основной фактор риска в конце двадцатого столетия, и который, вероятно, останется таковым в XXI столетии. Вторым детерминантом является ВИЧ/СПИД, который будет по-прежнему вызывать увеличение коэффициентов детской смертности и смертности среди взрослого населения в подверженных риску районах в течение следующего десятилетия. Третий и четвертый детерминанты связаны с тем, что население мира стареет и средний возраст населения увеличивается во всех регионах мира. Это изменение в возрастном составе основательно изменит комплекс проблем здравоохранения, ожидающих своего решения, и явится результатом появления двух детерминант: изменяющиеся коэффициенты рождаемости и изменяющиеся коэффициенты смертности.

24. Рождаемость заслуживает особого внимания в связи с тем, что, по прогнозам Организации Объединенных Наций, рождаемость, ниже уровня возмещения населения, может стать нормой для возрастающего числа стран. Изменяющиеся коэффициенты смертности проявляются в увеличении предполагаемой продолжительности жизни, в результате чего резко возрастет число лиц в возрасте 65 лет или старше. Пятый фактор связан с ожиданием будущего потенциально ускоренного понижения коэффициента детской смертности, поскольку научные достижения молекулярной биологии воплощаются в эффективные методики лечения инфекционных болезней.

### «Неравенства» в сфере здравоохранения

25. Средний уровень здравоохранения сам по себе, какое бы важное значение он не имел, является недостаточным для измерения результативности системы здравоохранения. Чрезвычайно важным является также распределение служб здравоохранения внутри стран, то есть степень неравенства в области здравоохранения.

26. Существуют два возможных подхода к измерению степени неравенства в области здравоохранения. С одной стороны, население любой страны можно сгруппировать в соответствии с такими детерминантами, как доходы, уровень образования, этнические признаки, основные показатели здравоохранения, такие как коэффициент детской смертности, предполагаемая продолжительность жизни, а затем можно рассчитать общую распространенность состояний, имеющих важное значение для каждой группы, и провести сравнение между ними.

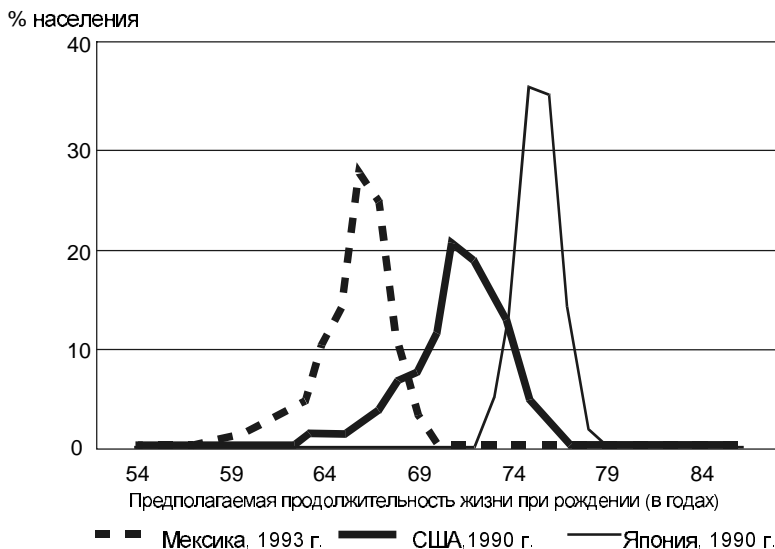
27. С другой стороны, различия можно изучать непосредственно путем рассмотрения непрерывной шкалы в

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

отношении какого-либо показателя здравоохранения; например, летская смертность может изменяться 40 раз – от 200 на 1000 человек самого низкого социально-экономического положения до 5 на 1000 человек самого высокого социально-экономического положения. Оба подхода своими корнями связаны с представлением о том, что различия в здравоохранении представляют интерес лишь в том случае, если они рассматриваются в соотношении с некоторым другим компонентом благосостояния, таким как доходы, образование или социальный класс. По мнению ВОЗ, различия в здравоохранении имеют важное значение сами по себе, а не только если они соотносятся с другими социально-экономическими факторами просто потому, что здоровье является естественным компонентом благосостояния. Для того чтобы для себя отразить эту обеспокоенность состоянием здравоохранения, ВОЗ способствовала разработке полномасштабных мер для измерения степени неравенства в области здравоохранения среди населения.

28. Хотя оба подхода, изложенные выше, охватывают некоторые аспекты неравенства в области здравоохранения, можно подучить дополнительные данные более глубокого изучения контрастов, существующих в небольших районах. Они основаны на расчете показателей здравоохранения для небольших групп населения, созданных путем разделения страны на относительно однородные группы населения, например по 10 000 человек. **Рис. 9**, представленный на основе контрастов в небольших районах в отношении Мексики, Соединенных Штатов Америки и Японии, показывает удивительную степень неравенства в области здравоохранения и различий в неравенстве в сфере здравоохранения между этими странами.

Рис. 9. Распределение населения с учетом средней предполагаемой продолжительности жизни среди мужчин при рождении



WHO 99458

29. Диаграмма показывает частотное распределение предполагаемой продолжительности жизни у мужчин, вычисленное для небольших районов каждой из трех стран. Среди этих трех стран самая высокая средняя предполагаемая продолжительность жизни в Японии и самая низкая - в Мексике, но расположение по уровню неравенства, определенное во всем распределении, говорит об обратном. Уровень несправедливости в здравоохранении Японии является небольшим, как это видно из относительно высокой и узкой диаграммы распределения, указывающей на то, что большинство районов имеет аналогичную предполагаемую продолжительность жизни у мужчин. В противоположность этому, диаграмма распределения в Соединенных Штатах Америки является более низкой и более широкой, что указывает

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

на большие различия в предполагаемой продолжительности жизни по небольшим районам. В этом изображении Мексика занимает промежуточное место, имея более низкую среднюю предполагаемую продолжительность жизни, чем в Соединенных Штатах Америки, но и более низкий уровень неравенства.

30. ВОЗ также разработала методы измерения уровня неравенства в отношении факторов риска детской смертности и выявила несколько групп населения с низким уровнем детской смертности, но со значительным уровнем неравенства и другие группы с высоким уровнем детской смертности и промежуточным или высоким уровнем неравенства. Оба из этих аналитических подходов особо выделяют значение рассмотрения не только вопросов, касающихся здоровья отдельных групп населения, но также уровней здоровья в рамках отдельных контингентов.

## Ответная реакция

31. В отношении трех целей, определенных в самом начале доклада, – улучшение здоровья, ответная реакция и справедливость – этот анализ относится, главным образом, к первой из них: улучшению здоровья. Разработка идеи «ответной реакции» означает подготовку новых обоснований как в концептуальном, так и в методологическом планах.

32. В концептуальном плане ответная реакция связана с двумя наборами компонентов. Первый набор, включающий уважение к индивидуальному чувству собственного достоинства, личной автономии в вопросах лечения и конфиденциальности, описывает проявления основных прав человека. Ответная реакция также включает набор компонентов, связанных с удовлетворенностью услугами, включая такие аспекты, как своевременность внимания, доступ к сетям социальной помощи,



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

основные предоставляемые услуги в медико-санитарных учреждениях и наличие выбора учреждений или лиц для получения медико-санитарной помощи. Все семь упомянутых компонентов имеют важное значение, но до посланного времени медленно проводилась разработка средств для измерения степени ответной реакции, которые были бы применимы в рамках любой культуры и системы медико-санитарной помощи.

33. Признавая эту необходимость, ВОЗ осуществляет сотрудничество с партнерами по разработке таких средств. В ряде стран были проведены экспериментальные исследования. Для получения дополнительной информации было организовано изучение основных источников информации для сбора сопоставимых данных в отношении результативности систем здравоохранения в этих семи областях. В целях обеспечения как надежности, так и действенности измерений уровня ответной реакции в странах, а также для того, чтобы избежать такой ситуации, в которой бедные часто в большей степени удовлетворены более низким качеством услуг, чем богатые, окончательная стратегия измерения, вероятно, будет сочетать исследования, проводимые среди населения, с наблюдениями за оказанием медицинских услуг в медико-санитарных учреждениях.

## Справедливый подход к финансированию

34. Третьей целью в отношении систем здравоохранения является справедливый подход к финансированию и защита от финансового риска, основанная на концепции того, что каждая семья должна выплачивать справедливую долю расходов. То, что составляет справедливую долю, зависит от конкретных нормативных ожиданий населения в отношении того, каким образом финансируются системы здравоохранения. Тем не менее, во всех странах справедливый подход к финансированию

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

включает два основных аспекта: (а) объединение страховки риска среди здоровых и больных и (б) распределение страховки по уровням благосостояния и доходов. Объединение страховки риска означает, что вносимые средства тех, кто здоров, выплачиваются за оказание помощи тем, кто болен, с тем чтобы люди, которые болеют, не находились под гнетом двойного бремени болезней и финансовых расходов по оказанию медицинской помощи. На протяжении жизни каждый человек, безусловно, пользуется выгодами финансового обеспечения, созданного за счет страховки риска, в тех случаях, когда он или она становятся больными. Распределение страховых сумм, хотя и похоже по своему характеру, относится к предпосылке о том, что справедливый подход не означает равных взносов от всех, независимо от благосостояния или богатства, а означает то, что взносы бывают более значительными от тех, кто имеет больше. В практическом выражении включение этих концепций справедливости в область финансирования является шагом к предупреждению обнищания семей, когда заболевает один из их членов.

35. Это показано на **Рис. 10**, на котором приведены размеры расходов семей на здравоохранение в отношении двух очень различных стран: Объединенной Республики Танзании и Болгарии. Левая шкала в верхних диаграммах показывает процентные показатели расходов семей на здравоохранение, исключая питание, которые сгруппированы по возрастающим децилям дохода, причем беднейшие находятся слева, а богатейшие – справа. Диаграмма, расположенная ниже, представляет ту же самую информацию, но классифицирует семьи по долям их расходов, исключая питание, затраченных на здравоохранение.

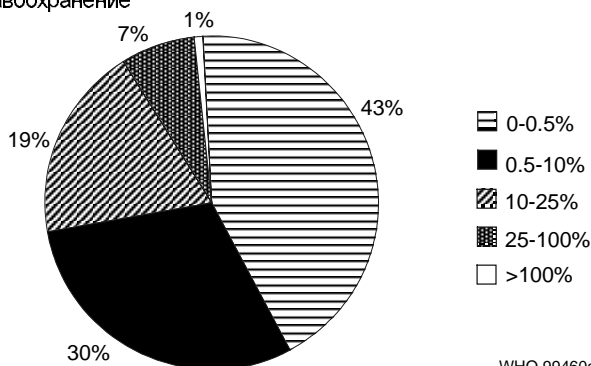
Рис. 10а. Семейные, не связанные с питанием, расходы на здравоохранение в двух странах

### Объединенная Республика Танзания

А. Процентные показатели расходов на здравоохранение, исключая питание, по децилям дохода



В. Домашние хозяйства – процентное распределение не связанных с питанием расходов на здравоохранение



WHO 99460a

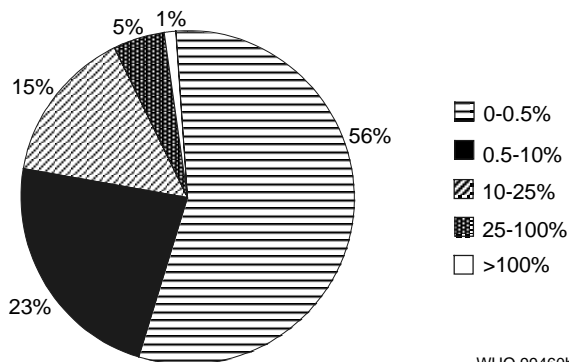
Рис. 10b. Семейные, не связанные с питанием, расходы на здравоохранение

### Болгария

А. Процентные показатели расходов на здравоохранение, исключая питание, по децилям дохода



В. Домашние хозяйства – процентное распределение не связанных с питанием расходов на здравоохранение



WHO 99460b

36. В обеих странах значительная часть семей тратит более 25% из своего дохода на здравоохранение, а незначительная часть фактически тратит более 100%. Системы, в которых семьи из-за расходов на медико-санитарную помощь доводятся до нищеты, совершенно очевидно, не смогут достичь справедливости в вопросах финансирования.

37. Реформа системы здравоохранения может коренным образом изменить распределение расходов семьи, исключая питание, затраченных на здравоохранение. Например, до реформы системы страховых взносов в Германии в 1993 г. каждый страховой фонд регулировал свой уровень взноса в сумму страхования здоровья своего населения, в результате чего существовала ситуация, в которой взносы варьировались от 4-5% дохода для некоторых семей до 17% для других семей. Реформы в целях уравнивания страховых взносов во всех страховых фондах содействовали справедливости, уменьшив колебания уровня взносов, рассматриваемого в качестве процентного показателя дохода семьи.

### Результативность

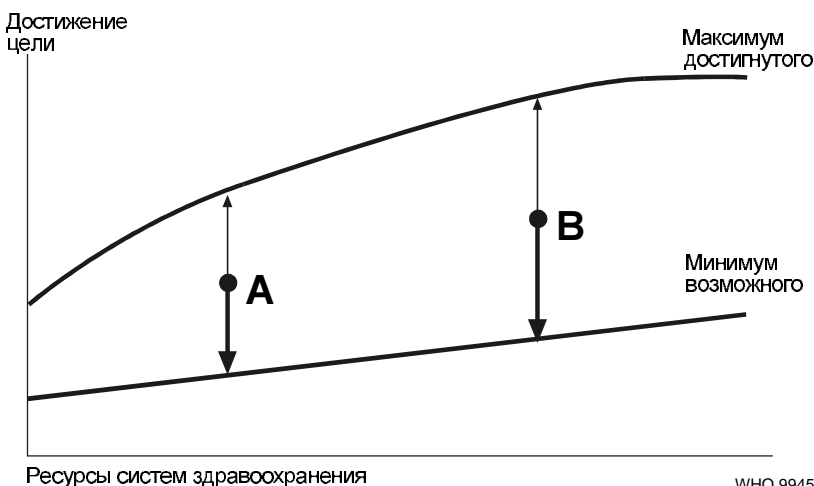
38. В предыдущих пунктах этот обзор охватил концептуальные рамки в отношении каждой из трех целей систем здравоохранения – улучшения здоровья, ответной реакции и справедливого подхода к финансированию, – и при этом особый упор был сделан на проблемах измерения, возникающих в результате как замеров самого аспекта, так и его распределения. Прогресс в достижении этих целей является важным компонентом результативности систем здравоохранения, но предлагаемая в настоящее время концепция результативности не просто касается уровня достижения цели, а

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

уровня достижения цели в сравнении с ресурсами, имеющимися для нужд здравоохранения.

39. **Рис. 11** иллюстрирует эту концепцию результативности в отношении двух стран: А и В. Вертикальная ось показывает уровень достижения в отношении цели улучшения здоровья. Горизонтальная ось показывает ресурсы систем здравоохранения. Нижняя линия, или «минимум возможного», является уровнем здравоохранения, который может быть достигнут при «наихудшей» системе здравоохранения. Верхняя линия, или «максимум достигнутого», является уровнем здравоохранения, который может быть достигнут при «наилучшей» системе здравоохранения. В границах, установленных максимумом и минимумом, «население А», несмотря на более низкий уровень здравоохранения, чем у «населения В», пользуется плодами результативности системы в той же мере, что и «население В».

Рис. 11. Результативность: достижение целей с учетом ресурсов



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

40. Другими словами, результативность измеряется относительно того, что может быть достигнуто при условии выделения ресурсов на здравоохранение. В практическом выражении для установления соотношения между результативностью и ресурсами требуется задать вопрос: какими ресурсами располагает здравоохранение? Хотя все правительства ставятя в известность о бюджетах, выделяемых для министерств здравоохранения, а часто и о бюджетах для здравоохранения, которые могут находиться в других министерствах, для измерения имеющихся ресурсов необходимо предпринять более активные усилия, находящие отражение в национальных отчетах по здравоохранению. В национальных отчетах по здравоохранению устанавливаются все источники расходов системы здравоохранения: будь то наличные средства граждан, частная система добровольного страхования, социальное страхование, государственное налогообложение или донорские учреждения.

41. Основываясь на богатом опыте Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР), ВОЗ поощряет страны использовать национальные отчеты. Это непростая задача, поскольку системы здравоохранения являются одной из основных отраслей, на которую приходится приблизительно одна десятая часть глобального экономического продукта. Конечно, эти ресурсы очень неравномерно распределены – подавляющая часть расходов приходится на страны с высокими доходами, а очень незначительная часть тратится в странах с низким или средним доходами, где в настоящее время сосредоточена основная часть глобального бремени болезней.

42. Рассматриваемые под другим углом в качестве доли национальной экономики расходы на здравоохранение варьируются от 2%, или даже менее того в некоторых странах, до почти 15% в богатейших странах. Хотя указанные

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

значительные различия существуют, но по мере того, как страны становятся богаче, возрастает доля национального дохода, направляемая в сферу здравоохранения.

43. Почему все это важно для ВОЗ? Просто потому, что за счет полного изучения систем здравоохранения и сравнения уровня достижения целей и объема инвестированных ресурсов можно получить общую оценку результативности действия систем. В качестве примера рассмотрим предполагаемую продолжительность жизни, скорректированную с учетом инвалидности, в сопоставлении с уровнем ресурсов здравоохранения. Различия между странами в этом очень важном измерении уровня состояния здоровья населения для любого данного уровня ресурсов здравоохранения отражают различия в результативности действия систем по улучшению здоровья.

44. ВОЗ вкладывает значительные средства в обеспечение стран инструментами, необходимыми для проведения оценки результативности систем здравоохранения, и в разработку показателей, позволяющих системам здравоохранения проводить сравнение своей результативности с результативностью других систем в аналогичных ситуациях. Тем не менее, это лишь первый шаг, поскольку различия в результативности просто указывают на значение выявления детерминантов, свойств или характеристик, которые объясняют, почему некоторые системы действуют лучше, чем другие.

## Детерминанты результативности

45. Почему имеются различия в результативности систем здравоохранения? В странах с относительно одинаковыми уровнями ресурсов наблюдаются значительные расхождения в степени достижения целей. Другими словами, некоторые



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

страны, затрачивая такие же суммы, как и другие страны, достигают более высокого уровня здравоохранения, ответной реакции и справедливого подхода к финансированию. Детерминанты результативности можно анализировать на нескольких уровнях, но следующий раздел касается главным образом структуры систем здравоохранения и того, как организованы сами учреждения для выполнения функций систем здравоохранения. На **Рис. 12** определены четыре основные функции в любой системе здравоохранения: распорядительские функции, финансирование, предоставление услуг и изыскание средств.

Рис. 12. Функции систем здравоохранения



WHO 99465

46. Все системы здравоохранения сталкиваются с одним и тем же центральным вопросом политики, а именно: каким образом объединить учреждения для выполнения этих функций. Поиски ответов на этот вопрос находились в центре дискуссии по реформе здравоохранения. Какая роль государства в выполнении каждой из этих функций? Какая оптимальная степень объединения общественного и частного секторов в отношении каждой функции? Как ответственность в отношении каждой функции распределяется по уровням правительства? Ответы общества на эти вопросы политики составляют центральный детерминант результативности его системы здравоохранения, с учетом этого чрезвычайно важное значение имеет само понимание основных функций.

47. Начнем с левой части Рис. 12: распорядительские функции обычно используются в применении к регулированию. Однако предложенная концепция распорядительских функций способствует расширению обычной концепции регулирования – установление правил – и включает два дополнительных компонента: обеспечение равных возможностей, например за счет предоставления потребителям достаточной информации для определения своих решений в области системы здравоохранения; и обеспечение стратегического руководства системой здравоохранения в целом.

48. Второй функцией является финансирование: сбор поступлений, объединение их и выделение их для осуществления конкретной деятельности учреждением или лицом, предоставляющим услуги. Сбор поступлений касается мобилизации денежных средств среди семей, фирм, правительств и донорских учреждений, и он осуществляется посредством различных механизмов, включая выплаты наличных средств гражданами, добровольное страхование, обязательное социальное страхование, общие налоги,

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

пожертвования от неправительственных организаций и поступления от международных учреждений. Как только средства мобилизованы, вторая часть функции финансирования заключается в накоплении этих поступлений в рамках некоего фонда и в объединении факторов риска. Некоторые формы финансирования не предусматривают объединения таких факторов, как, например, в случае оплаты наличными каждого случая оказания определенных услуг.

49. В противоположность этому, системы страхования предусматривают объединение ресурсов, поступающих от отдельных вкладчиков или источников, в целях объединения и распределения факторов риска среди всего населения. Достижение более справедливого подхода к финансированию предполагает солидарность в финансировании, которая, в свою очередь, может быть достигнута лишь посредством объединения факторов риска, то есть тот, кто здоров в какое-то время, вносит плату за оказание помощи тем, кто болен. Данные, поступающие из многих систем здравоохранения, свидетельствуют о том факте, что предоплата на основе систем страхования ведет к укреплению справедливого подхода к финансированию.

50. Как только получены и объединены средства, они выделяются учреждениям или отдельным лицам для предоставления услуг, представленных на Рис. 12 как закупки. В данном случае термин «закупки» используется в широком смысле, включая как закупки, связанные с конкретной медицинской помощью, так и глобальные мероприятия по составлению бюджета. Основной политический вывод, сделанный на основе имеющихся убедительных фактов, касающихся закупок, заключается в том, что системы здравоохранения действуют лучше в той степени, в которой они участвуют в активных закупках медицинской продукции с поливержденной эффективностью с точки зрения затрат и

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

социальной присматриваемостью. И наоборот, при произвольной системе закупок или составлении бюджета, отражающих исторические тенденции, не учитывается фактическая эффективность с точки зрения затрат и социальная присматриваемость медицинской помощи, и это ведет к пониженной результативности.

51. Третья функция системы здравоохранения заключается в предоставлении услуг. Это касается сочетания различных вложений – кадровых ресурсов, лекарственных средств и оборудования – в производственный процесс, результатом которого являются медико-санитарные услуги. В большинстве систем здравоохранения существуют различия между, с одной стороны, услугами, предоставляемыми лично отдельным гражданам, независимо от того, являются ли эти услуги профилактическими, диагностическими, терапевтическими или реабилитационными, и, с другой стороны, безлично предоставляемыми услугами коллективам – например, массовому образованию или не связанным с человеческим элементом окружающей среды, как в санитарии. Эти различия имеют важное значение, потому что в каждом случае имеются различия в соответствующих вопросах политики. Например, медико-санитарные услуги в личном плане обычно предоставляются посредством гораздо более широкого переплетения общественного и частного секторов, чем в случае безлично предоставляемых медико-санитарных услуг, которые, как правило, являются обязанностью правительства.

52. И наконец, четвертой функцией системы здравоохранения является изыскание ресурсов. Системы здравоохранения не ограничены числом учреждений, которые регулируют, финансируют или предоставляют услуги, а также включают разнообразный ряд организаций, вносящих средства в предоставление услуг здравоохранению, в частности в предоставлении кадровых ресурсов, физических ресурсов, таких

как учреждения и оборудование, а также информации. Этот ряд организаций включает университеты и другие учебные заведения, научно-исследовательские центры, строительные фирмы и огромное число организаций, производящих конкретные предметы медицинского назначения, такие как фармацевтические препараты, различные устройства и оборудование.

53. На основании описания этих четырех функций и того, каким образом они сочетаются в рамках данной системы здравоохранения, можно описать ее организационную структуру. Некоторые системы имеют значительную вертикальную интеграцию - такую, что организации, независимо от того, являются ли они государственными или входят в частный сектор, выполняют более одной из этих функций. Например, системы здравоохранения могут быть вертикально интегрированы через министерства здравоохранения, которые могут заниматься распределением, финансированием, предоставлением услуг и, по крайней мере, некоторыми аспектами изыскания ресурсов. Альтернативная структура наблюдается в высшей степени раздробленных системах нескольких стран Латинской Америки, где сосуществуют институты социального обеспечения, министерство здравоохранения и частный сектор. Мониторинг этих четырех функций и того, как они сочетаются, таким образом позволяет производить сравнения между системами в какой-то определенный период времени и дает возможность рассмотреть эволюцию систем во времени.

54. На **Рис. 13** на примере Чили представлено изображение организационной структуры чилийской системы здравоохранения в пяти различных периодах времени. Первый отражает ситуацию в относительно ранний период в двадцатом столетии, в то время как второй относится к начальным реформам, которые привели к введению социального

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

страхования в Чили; третий период касается объединения общественных учреждений в национальную службу здравоохранения; четвертый период относится к распаду на части объединенного фонда средств и значительную степень приватизации покупательской функции; и пятый период относится к недавним попыткам повысить степень солидарности в финансировании системы здравоохранения. Эти диаграммы показывают, как со временем менялась конфигурация распорядительских функций, функций финансирования и предоставления услуг. Рис. 13 отражает относительное значение общественного и частного секторов для каждой функции на протяжении пяти периодов времени. Форма этого функционального сочетания, как упомянуто ранее, составляет центральный детерминант результативности системы здравоохранения.

55. Помимо сравнения эволюции некоторой конкретной системы здравоохранения во времени можно сравнивать функциональную конфигурацию нескольких систем в данный момент. На **Рис. 14** иллюстрируется такой сравнительный подход на примерах Бангладеш, Египта и Соединенного Королевства.

Рис. 13. Эволюция системы здравоохранения в Чили

**1923**

Сбор поступлений	D	GT	OOP
Объединение средств	NGO		NP
Закупки			IP
Предоставление услуг			PP

**1924-1952**

Сбор поступлений		GT	OOP
Объединение средств	SI	M O H	NP
Закупки			IP
Предоставление услуг			PP

- D            Доноры
- FONASA    Страховой фонд системы общест. здравоохранения
- GT          Общее налогообложение
- IP          Закупки на индив. основе
- ISAPRE    Частная система страхования/оплаты услуг
- MOH        Министерство здравоохран. или эквивалентный орган
- NGO        Неправит. организации
- NHS        Нац. служба здравоохран.
- NP          Без сводного представлен.
- OG          Другие органы власти (нецентральные)
- OOP        Наличные
- PP          Частный источник
- SI          Социальное страхование

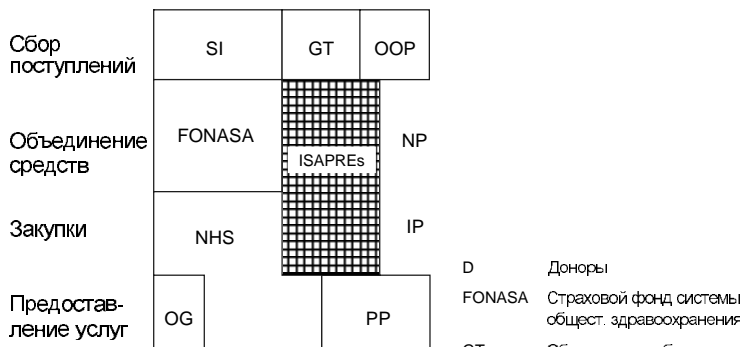
**1953-1979**

Сбор поступлений		GT	OOP
Объединение средств	SI	NHS	NP
Закупки			IP
Предоставление услуг			PP

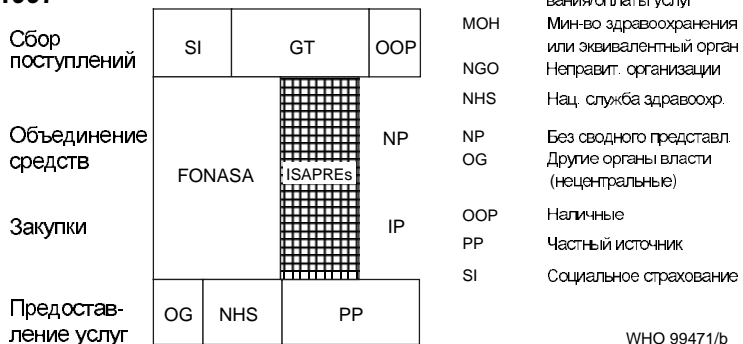
WHO 99471/a

Рис. 13. Эволюция системы здравоохранения в Чили (продолжение)

**1980-1990**



**1991-1997**



- D Доноры
- FONASA Страховой фонд системы общест. здравоохранения
- GT Общее налогообложение
- IP Закупки на инд. основе
- ISAPRE Частная система страхования/оплаты услуг
- MOH Мин-во здравоохранения или эквивалентный орган
- NGO Неправит. организации
- NHS Нац. служба здравоохранения
- NP Без сводного представл. Другие органы власти (нецентральные)
- OG Другие органы власти (нецентральные)
- OOP Наличные
- PP Частный источник
- SI Социальное страхование

WHO 99471/b



## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

**Рис. 14. Организационная структура систем здравоохранения в трех странах**

Бангладеш (1996/97)

Сбор поступлений	GT	D	OOP	Other
Объединение средств	MOH	OG	NP	
Закупки			IP	
Предоставление услуг	MOH		PP	

Египет (1994/95)

Сбор поступлений	GT	D	SI	OOP
Объединение средств	MOH	OG	SI	NP
Закупки				IP
Предоставление услуг	MOH	MOE	OG	SI

- D      Доноры
- GP     Общие практикующие врачи
- GT     Общее налогообложение
- HA     Органы здравоохранения
- IP     Закупки на индивид. основе
- MOE   Министерство окруж. среды
- MOH   Министерство здравоохран. или эквивалентный орган
- NHS   Нац. служба здравоохран.
- NP     Без сводного представлен.
- OG     Другие органы власти (нецентральные)
- OOP   Наличные
- PI     Частное страхование
- PP     Частный источник
- SI     Социальное страхование

Соединенное Королевство (1994/95)

Сбор поступлений	GT	SI	OOP	PI
Объединение средств	MOH		NP	
Закупки	HA	GP	IP	
Предоставление услуг	NHS		PP	

WHO 99470

## Основные проблемы

56. Формулируя и изучая эти четыре функции и то, каким образом они сочетаются, можно не только понять детерминанты результативности системы, но также проследить за основными проблемами политики, возникающими в отношении каждой функции по мере того, как системы здравоохранения продолжают проведение своих реформ. В отношении распределительских функций, которые находятся в центре дискуссии о будущей роли государства, основная проблема заключается в укреплении потенциала министерств здравоохранения для обеспечения стратегического руководства системой здравоохранения. Многие инициативы в отношении реформ направлены на изменение роли государства, с тем чтобы оно прекратило выступать в роли простого поставщика услуг – часто очень слабого, низкокачественного, дорогостоящего поставщика – и создало потенциал для регулирования всей системы здравоохранения и обеспечения ее стратегическим руководством.

57. В рамках функции финансирования основная проблема в области сбора поступлений заключается в расширении предоплаты на основе центральной роли государственного финансирования или финансирования, санкционированного государством. В случае объединения средств создание максимально возможного объединения имеет существенное значение для распространения практики использования страховых сумм для медико-санитарной помощи и, таким образом, уменьшения финансового риска отдельных лиц и угрозы обнищания в результате расходов на здравоохранение. В отношении закупок основная проблема заключается в разработке и применении механизмов для выделения ресурсов в целях оптимального сочетания медицинских методов. Многое предстоит сделать для укрепления базы фактических данных, которая лежит в основе выбора оптимальных методов.

## Тенденции и проблемы всемирного здравоохранения

58. Как указывалось ранее, различие между медико-санитарными услугами, предоставляемыми лично и безлично, имеет важное значение в связи с наличием определенных различий в вопросах политики и проблемах. В отношении безлично предоставляемых медико-санитарных услуг основные проблемы включают дальнейшую децентрализацию в тех случаях, когда она повышает пригодность услуг и отчетность в отношении ресурсов, а также улучшение управленческого потенциала, необходимого для предоставления услуг. Связанная с этим проблема заключается в обеспечении того, чтобы эти услуги в большей степени становились заметными в развивающихся системах здравоохранения, особенно в связи с тем, что государства проводят переоценку своей роли в предоставлении медико-санитарных услуг. Основные проблемы предоставления личных услуг возникают в результате необходимости такого балансирования степени, до которой желательна конкуренция, с тем чтобы результаты повышения эффективности не увеличивали неравенства и не замедляли дальнейшего уменьшения бремени болезней. Именно из-за роста объема услуг, предоставляемых частным сектором, параллельно возрастает значение распорядительских функций, занимающих центральное место в рамках общественной ответственности.

59. И наконец, в отношении изыскания ресурсов центральным вопросом политики заключается в том, каким образом обеспечить максимально возможное соответствие между поступлением средств и потребностями системы здравоохранения, особенно в том, что касается кадровых ресурсов в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить такое положение, при котором неправильное распределение специалистов и работников здравоохранения не усложняло бы существующего неравенства в области здравоохранения.

## Заключение

60. В начале этого доклада речь шла о трех целях систем здравоохранения: улучшении здоровья, ответной реакции и справедливом подходе к финансированию. Каждая из этих целей поддастся измерению и мониторингу, и вместе они составляют основу для проведения комплексной оценки результативности систем здравоохранения. После установления степени результативности в документе начинается исследование различий в результативности с использованием рамок четырех основных функций – распорядительских функций, финансирования, предоставления услуг и изыскания средств – для описания структуры системы здравоохранения. Дальнейшее уточнение инструментов для измерения результативности и проведения анализа ее детерминантов имеет существенное значение для ее повышения. С этой целью ВОЗ продолжает вкладывать средства в разработку инструментов, которые будут оказывать помощь тем, кто принимает решения, в повышении результативности и, таким образом, содействовать обеспечению на практике мер, направленных на улучшение здравоохранения, что означает укрепление здоровья тех групп населения, которым они призваны служить.

= = =