

3 Здоровье: показатели и политика



По определению Всемирной организации здравоохранения, хорошее здоровье – это “состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или недугов”¹. Это важно не только для отдельного человека: многочисленные факты подтверждают наличие неразрывной связи хорошего состояния здоровья населения с социально-экономическим развитием стран (см. вставку 3.1). В данной главе анализируется динамика состояния здоровья как населения в целом, так и детей в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ в 90-х годах, а также рассматриваются проблемы, которые предстоит решать в рамках политики в области здравоохранения в будущем.

В главе 1 описываются успехи в области здравоохранения, достигнутые в социалистических государствах в послевоенный период, например сокращение детской смертности. Что способствовало таким достижениям? Выделяются три основных фактора:

- Всеобщий доступ к услугам здравоохранения и иммунизации, что способствовало значительному сокращению инфекционных заболеваний.
- Всеобщая система образования, что привело к фактическому искоренению неграмотности и обеспечило равный доступ к образованию как мальчиков, так и девочек.
- Ликвидация крайней бедности.

В 90-е годы создались условия, способствовавшие ухудшению в ряде областей. Упал жизненный уровень, и реальным фактом стало обнищание населения, что поставило под угрозу здоровье людей в большей части региона. В результате экономического спада существенно сократилось финансирование системы здравоохранения. В полной мере оценить воздействие на состояние здоровья людей происшедших изменений в области образования можно будет еще не скоро, однако уже сейчас очевидно, что ничего хорошего они не сулят.

3.1 Тревожные тенденции

Широкомасштабные экономические и политические перемены нашли отражение в значительных изменениях показателей здоровья, и не всегда к лучшему. Как свидетельствуют ранние *Региональные мониторинговые доклады*, в начале 90-х годов в некоторых частях региона существенно возросли коэффициенты смертности среди взрослых. В конце 90-х годов произошел резкий рост заболеваемости ВИЧ/СПИДом при значительном и довольно устойчивом росте в некоторых странах заболеваемости туберкулезом.

В разделе 3.1 освещаются некоторые тревожные тенденции, наметившиеся в здравоохранении начиная с 1989 года. Среди них – “кризисная ситуация со смертностью”, то есть резкое увеличение числа смертей среди взрослого населения, особенно среди мужчин, и распространение ВИЧ/СПИДа и туберкулеза в некоторых частях региона. Очевидно, что ВИЧ/СПИД – новая проблема, как и везде в мире, в то время как туберкулез имеет давнюю историю. Это инфекционное заболевание было настоящим бичом человечества, но в прежние времена его удавалось обуздать. Как и в других аспектах жизни региона, в этой области нередко прослеживаются заметные расхождения в опыте различных стран.

Раздел 3.2 посвящен главным образом маленьким детям, подросткам и женщинам, в нем рассматривается вопрос о том, каким воздействиям подвергается здоровье на протяжении всего жизненного цикла человека. В разделе также освещаются такие темы, как младенческая смертность, недостаточное питание детей, злоупотребление наркотиками среди подростков и аборт.

В разделе 3.3 анализируются данные, касающиеся неравенства в области охраны здоровья и доступа к услугам здравоохранения. Как показано в главе 2, увеличился, порой существенно, и разрыв в семейных доходах. Как это сказалось на углублении различий в состоянии здоровья? Также обсуждается такое широко распространенное явление, как неофициальная оплата медицинских услуг.

В разделе 3.4 рассматриваются важные изменения в политике в области здравоохранения и определяются некоторые из основных проблем, которые все еще ждут своего решения. Система здравоохранения, унаследованная от социалистического периода, имела много преимуществ, но страдала и рядом недостатков. Например, в ней отдавалось явное предпочтение стационарному лечению и недостаточно пропагандировался здоровый образ жизни. Один из ключевых вопросов заключается в том, как обеспечить надлежащее и справедливое финансирование систем здравоохранения. ■

Кризисная ситуация со смертностью в 90-х годах

По оценкам проекта MONEE, “повышенная смертность”, наблюдавшаяся в регионе на протяжении 1990–1999 годов, унесла около 3,26 млн. человеческих жизней. Этим смертям можно было бы избежать, если бы коэффициенты смертности удержались на уровнях 1989 года (принимая во внимание ежегодные изменения в возрастной структуре и численности населения). Из этого числа 72 процента смертей пришлось на мужчин, а три четверти – на лиц в

Экономические издержки из-за ухудшения состояния здоровья населения

Помимо того что здоровый образ жизни сам по себе весьма важен, следует отметить, что ухудшение состояния здоровья населения влечет за собой существенные экономические издержки, как прямые, так и косвенные.

Именно *косвенные* издержки, проявляющиеся в форме сокращения объема производства, нередко игнорируются должностными лицами, ответственными за выработку политики, при рассмотрении вопроса об инвестициях в здоровье нации. Между тем косвенные издержки могут быть гораздо более значительными, чем прямые издержки, то есть расходы на обеспечение медицинских услуг. Хорошее здоровье – это важная составляющая человеческого капитала, который, в свою очередь, формирует индивидуальные способности человека и содействует экономическому развитию². Таким образом, плохое здоровье становится фактором, оказывающим влияние на экономику, приводя к сокращению объема производства как в настоящем, вследствие отсутствия человека на работе и низкой эффективности его труда из-за болезни, так и в будущем, если плохое здоровье в долгосрочном плане снижает работоспособность человека. Плохое здоровье или травма, приводящая к смерти, по определению, является примером постоянного воздействия, однако долгосрочное снижение работоспособности может быть вызвано многими факторами, которые не обязательно приводят к смертельному исходу.

Тенденции в отношении смертности среди взрослого населения, описанные в разделе 3.1, повлекут за собой существенные косвенные издержки для экономики региона. По оценкам, многие из более чем 1 млн. человек, умерших преждевременно в России в 1990–1995 годах, являлись трудоспособными мужчинами, не достигшими пенсионного возраста. Если принять во внимание тех, кто заболел, но не умер в течение этих лет, а также тех, кто заболел и преждевременно скончался, то, согласно одному исследованию, не полученный Россией доход вследствие болезней в первой половине 90-х годов оценивается в 1,8–4,7 процента годового ВВП³.

Особенно высоки ожидаемые косвенные издержки, связанные с плохим здоровьем детей: вся трудовая жизнь детей еще впереди, а будущая индивидуальная трудоспособность человека в значительной степени определяется событиями, которые происходят в детстве и юности. Плохое здоровье, которое сказывается на посещаемости учебного заведения (или учебе в школе), может, соответственно, обернуться высокими издержками в будущем, так же как и болезнь, которая впоследствии снизит физические возможности человека. Недостаточное питание в том или ином виде может самым негативным образом сказываться на умственных и физических способностях детей в процессе их развития (см. разделы 3.2 и 3.3).

Если ВИЧ/СПИД получит еще более широкое распространение в странах, переживающих переходный период, то это повлечет за собой серьезные последствия для их экономики, и в немалой степени потому, что данная болезнь поражает прежде всего взрослых молодых людей. (В странах Африки к югу от Сахары СПИД стал серьезным препятствием для экономического развития.) Экономические последствия СПИДа начинают проявляться на уровне семьи, где заболевание одного из ее членов означает потерю его/ее дохода, а другие члены семьи вынуждены отрываться от работы и учебы, чтобы ухаживать за больным. В тех случаях, когда болезнь и смерть одних (например, учителей) существенным образом влияет на нынешнюю или будущую работоспособность других, негативные последствия многократно возрастают⁴.

Последние исследования аргументированно доказывают, что здоровье – измеряемое главным образом на основе ожидаемой продолжительности жизни и детской или взрослой смертности – является важным и надежным показателем, позволяющим прогнозировать будущий экономический рост. Для большой выборки стран было установлено, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни на 1 процент в 1965 году обеспечило, соответственно, на следующую четверть века ускоренный рост ВВП на душу населения более чем на 3 процента в год⁵.

возрасте от 25 до 60 лет, и это свидетельствует о том, что кризис затронул преимущественно взрослых мужчин.

Общее число смертей в разбивке по региону приводится в таблице 3.1. В Центральной Европе, бывшей Югославии и Закавказье смертность фактически снизилась. (Следует отметить, что цифры по бывшей Югославии не включают данные по Боснии и Герцеговине, а данные по СР Югославии не включают данные за 1999 год.) В Центральной Европе, например, было почти на полмиллиона смертей *меньше*, чем их могло бы быть при сохранении уровней смертности 1989 года. С другой стороны, наиболее значительные показатели повышенной смертности были в западной части СНГ. Только в России число смертей, которые могут быть отнесены к категории повышенной смертности, составило в общей сложности 2 млн. 566 тыс. случаев, а в Украине – 896 тыс. случаев.

Учитывая бесценность каждой человеческой жизни, такое число смертей является удручающим аспектом, сопровождающим переходный период. Кроме того, многие из этих смертей, а в основном речь идет о взрослых мужчинах, означают потерю кормильца; они стали причиной эмоциональных и психологических страданий для их родных и близких. В этом смысле последствия кризисного

уровня смертности по-прежнему ощущаются, даже несмотря на то что коэффициенты смертности во многих странах снизились по сравнению с максимальными значениями начала или середины 90-х годов. А поскольку смертность находится в прямой связи с заболеваемостью, такие показатели свидетельствуют о дальнейшем значительном ухудшении состояния здоровья населения, равно как и о росте смертности.

На рис. 3.1 суммируются изменения в показателях смертности во всем регионе, а также представлены сведения об ожидаемой продолжительности жизни при рождении. За 1980–1999 годы принятый за основу средний показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении по странам – членам ЕС демонстрировал устойчивый рост, увеличившись почти на четыре года. По результатам за 90-е годы в странах, переживающих переходный период, их можно разделить на три группы. В начале 90-х годов в бывшей Югославии, Закавказье, Юго-Восточной Европе и Центральной Европе было отмечено незначительное или вообще не было отмечено никакого снижения среднего показателя ожидаемой продолжительности жизни, а в общем до конца данного десятилетия происходил его довольно устойчивый рост (эти данные не включают

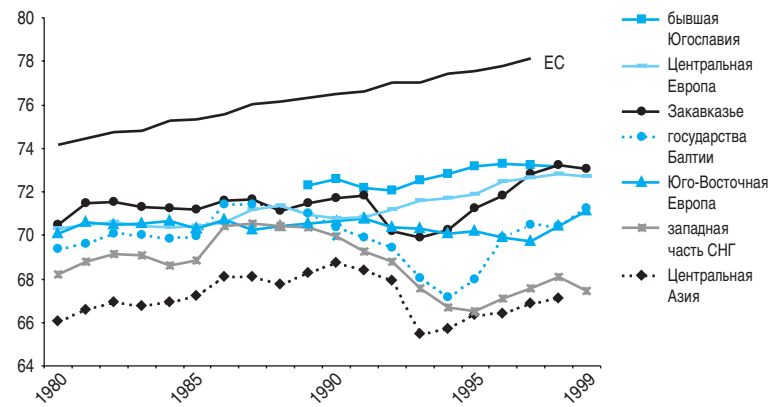
Боснию и Герцеговину). Другой крайностью стало резкое снижение этого показателя в западной части СНГ и Центральной Азии, что отразило начало кризисной ситуации со смертностью. В западной части СНГ этому предшествовало более постепенное снижение среднего показателя ожидаемой продолжительности жизни в конце 80-х годов. Ни один из этих двух регионов полностью не оправился от пережитого кризиса. В государствах Балтии наблюдаются одновременно черты обеих этих тенденций: первоначально там сложилась критическая ситуация, как и в западной части СНГ и Центральной Азии, однако после 1994 года произошел заметный рост показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Из 22 стран, по которым имеются данные за 1989 и 1999 годы, только 15 к концу десятилетия удалось восстановить уровень ожидаемой продолжительности жизни 1989 года. (Данные отдельно по мужчинам и женщинам приводятся в таблице 1.1 главы 1.) Заметных успехов в этом плане удалось добиться Словении. Это единственная страна, в которой в 90-е годы вообще не было отмечено снижения показателя ожидаемой продолжительности жизни и которая имела наивысший ее уровень в регионе в 1999 году, составлявший 75,8 года. Напротив, в Беларуси ожидаемая продолжительность жизни за десять лет сократилась. Самый низкий показатель в регионе в 1999 году – 66 лет – был отмечен в Казахстане и России.

Огромное влияние на показатель ожидаемой продолжительности жизни оказал рост смертности в связи с болезнями системы кровообращения, например инсультами и сердечными приступами. На рис. 3.2 показаны тенденции в отношении риска для мужчин умереть по этой причине, характерные для одной из стран в каждом субрегионе.

Уже обозначившиеся в середине 80-х годов различия значительно углубились в 90-е годы. Словения приблизилась к средним показателям стран – членов ЕС, при том что в течение 1985–1999 годов риск смерти по этой причине уменьшился почти на 40 процентов. В Чешской Республике также произошло снижение показателей такого риска, причем после начала переходного периода она стала быстрее приближаться к показателям ЕС. В других странах переходный период сопровождался ростом уровней смертности от болезней системы кровообращения. В России и Латвии за первые четыре года переходного периода уровень смертности в связи с такими болезнями вырос примерно на 80 процентов. Во второй половине 90-х годов ситуация в целом улучшилась. Тем не менее России, Казахстану, Азербайджану и Румынии не удалось к концу десятилетия вернуться на уровни допереходного периода.

Особую тревогу вызывает тенденция в России, где в 1999 году произошел новый резкий рост смертности до уровня, который превышают лишь показатели 1993–1995 годов. В самом деле, показатели ожидаемой продолжитель-

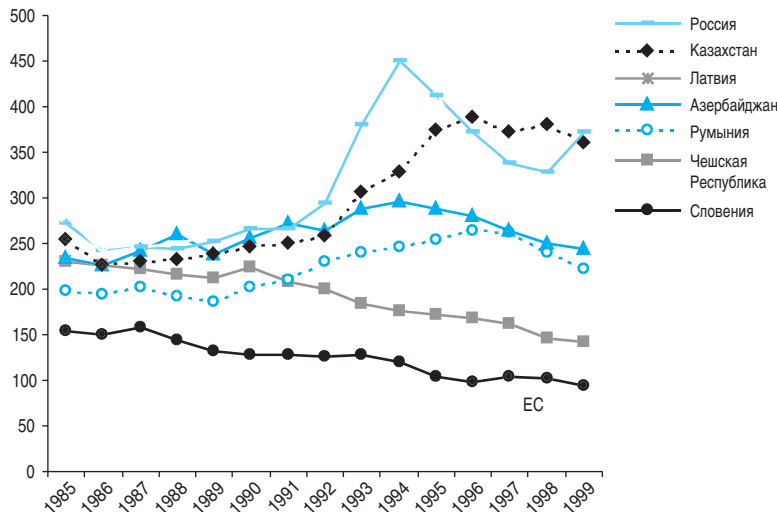


Примечание. Средние невзвешенные показатели по региону. Большая часть данных получена из базы данных ЗДВ; в тех случаях, когда данные ВОЗ отсутствуют, использован средний невзвешенный показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин, взятый из таблиц в Статистическом приложении. В данные по бывшей Югославии не включена Босния и Герцеговина. Оценка данных по БЮР Македонии проводилась в 1990 и 1998 гг., по Словакии – в 1981 и 1983 гг., по Эстонии, Беларуси, Молдове, Азербайджану и Казахстану – в 1983 и 1984 гг., по Грузии – в 1983, 1984 и 1993 гг., по Армении – в 1988 г. и по Таджикистану – в 1983, 1984 и 1998 гг.

Рис. 3.1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1980–1999 гг.

Источники: Статистическое приложение, таблицы 4.2-4.3; база данных ВОЗ "Здоровье для всех" (ЗДВ).



Примечание. Приводятся усредненные коэффициенты смертности для соответствующих возрастных групп; средний показатель по странам – членам ЕС является невзвешенным.

Рис. 3.2

Коэффициенты смертности, связанной с заболеваниями системы кровообращения, для мужчин в возрасте 0–64 лет (на 100 тыс. человек соответствующего возраста)

Источники: база данных ВОЗ "Здоровье для всех".

ности жизни в России в 1999 году снизились примерно на полтора года для мужчин, составив 59,9 года (что лишь ненамного выше уровня в Индии), и на полгода для женщин. Общий коэффициент смертности (общее число смертей на 1 тыс. человек) в 2000 году рос уже второй год подряд и достиг показателя 15,3 – самого высокого с 1994 года⁶. Об улучшении кризисной ситуации со смертностью в крупнейшей стране региона, по-видимому, говорить еще рано.

Рост смертности в связи с болезнями системы кровообращения демонстрирует зависимость от путей осуществления переходного периода в различных странах. Аналогичная картина складывается при изучении данных об уровне смертности, связанной с "внешними причи-

Таблица 3.1

"Повышенная смертность", 1990–1999 гг. (число смертей)

Центральная Европа	-488 000
Бывшая Югославия	-97 000
Юго-Восточная Европа	+22 000
Государства Балтии	+47 000
Западная часть СНГ	+3 680 000
Закавказье	-125 000
Центральная Азия	+217 000
Чистый итог	+3 256 000

Источники: база данных проекта MONEE.

Примечание. Повышенная смертность определяется как разница между фактическим числом случаев смерти в течение 1990–1999 гг. и числом, которое могло бы быть за этот период, если бы коэффициенты смертности в каждой стране находились на том же уровне, на каком они были в 1989 г. Коэффициенты смертности за 1989 г. являются повозрастными (15 возрастных групп) и определены для представителей обоих полов, они относятся к соответствующим группам населения в каждом году за период 90-х гг. Ввиду отсутствия данных не были произведены расчеты для Боснии и Герцеговины (все годы), Албании (1997–1999 гг.), Грузии (1993 г.), Таджикистана (1996–1999 гг.) и СР Югославии (1999 г.).

нами” – несчастными случаями, убийствами и самоубийствами, – которые в 90-е годы также заметно повлияли на показатель ожидаемой продолжительности жизни. Прямая связь с переходным периодом этих двух основных причин роста смертности позволила предположить, что здесь имеется ряд общих факторов.

Что это за факторы? Ключевым фактором, провоцирующим обострение сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии, является острый “психологический стресс”. Стресс возникает в тех случаях, когда люди сталкиваются с растущей необходимостью приспосабливаться к новым и неожиданным обстоятельствам, не имея предварительного опыта в решении таких проблем. В некоторых исследованиях была установлена прямая связь между стрессом и сердечно-сосудистыми заболеваниями⁷. Более того, для того чтобы снять напряжение, люди, подверженные стрессу, могут начать злоупотреблять алкоголем, наркотиками и табакокурением. Такое злоупотребление повышает риск смерти в связи с болезнями системы кровообращения, а также в результате внешних причин.

Более резкий, чем ожидалось, спад производства, который произошел почти во всех странах с самого начала переходного периода, значительно увеличил экономические трудности, выпавшие на долю жителей региона. Это отразилось на здоровье людей – как физическом, так и психическом. Сокращение семейных доходов в сочетании с усугубившимся процессом обнищания и ростом безработицы привело к беспрецедентным финансовым трудностям, ограничению покупательной способности населения, люди уже не могли, как прежде, покупать товары и оплачивать услуги, прямо или косвенно способствовавшие улучшению состояния здоровья. Экономическая нестабильность подрывала способность отдельных людей психологически противостоять трудностям. Стремительно росшая в начале 90-х годов инфляция и крах социалистической системы также способствовали привнесению в жизнь людей еще большей неопределенности. Воздействие на человека как физических, так и психических факторов становится причиной описанного выше психологического стресса, влияющего на рост смертности в связи с болезнями системы кровообращения и в результате внешних причин. Даже если дети и женщины не стали непосредственными жертвами этого процесса, они также ощутили на себе все последствия возросшего стресса, которому подвергались их родители и мужья.

Однако не все здесь выглядит столь мрачно. Те страны, которые сумели осуществить серьезные экономические и политические реформы в процессе перехода к рыночной системе, а также возобновить экономическое развитие на устойчивой основе, смогли увеличить и ожидаемую продолжительность жизни⁸.

ВИЧ/СПИД: растущая угроза

По оценкам ЮНЭЙДС, в декабре 2000 года в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ насчитывалось примерно 700 тыс. ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом против 420 тыс. годом раньше⁹. ВИЧ-инфекция распространяется с такой скоростью, что сведения о масштабах эпидемии быстро устаревают. Новые оценки ЮНЭЙДС, как ожидается, появятся вскоре после публикации настоящего Доклада, и читателям рекомендуется по-

сетить Web-сайт организации, чтобы познакомиться с новыми данными: <www.unaids.org>.

Как и в других частях мира, болезнь поражает главным образом взрослое население в возрасте от 20 до 30 лет. Пока не существует ни вакцины для профилактики ВИЧ/СПИДа, ни способа излечиться от них, а эффективный курс лечения, замедляющий течение болезни, стоит очень дорого и в основном не доступен жителям стран, переживающих переходный период.

До середины 90-х годов эта проблема не имела столь широкого распространения в странах переходного периода, как в странах Западной Европы, однако с тех пор ситуация изменилась на прямо противоположную (см. рис. 3.3). В конце 1997 года уровень распространения ВИЧ/СПИДа в странах переходного периода, по некоторым оценкам, составлял примерно треть от уровня их распространения в Западной Европе, однако к концу 2000 года он был уже на треть выше.

Данные рис. 3.3 касаются оценочного уровня распространения ВИЧ/СПИДа. По оценкам, число ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом значительно выше *официально зарегистрированного числа случаев*. Это, бесспорно, занижает истинные масштабы проблемы, поскольку многие ВИЧ-инфицированные не подозревают о своем недуге. Об этом важно помнить при рассмотрении рис. 3.4, на котором показано число вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования на 100 тыс. человек в отдельных странах. Также следует отметить, что на диаграмме показано положение лишь до 1999 года.

Диаграмма иллюстрирует колебания в распространении ВИЧ/СПИДа в регионе: его низкий уровень в Центральной Европе и высокий – в некоторых частях бывшего Советского Союза. Примерно 90 процентов ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом приходится на Россию и Украину. В Украине в период между 1995 и 1998 годами произошло более чем десятикратное увеличение числа вновь зарегистрированных случаев. Зарегистрированный уровень распространения ВИЧ/СПИДа в России резко возрос в 1999 году, стартовав с более низкого по сравнению со средним показателем по ЕС уровня в 1998 году и в четыре раза превысив его в 1999 году, поэтому можно предположить, что реальный разрыв в распространении ВИЧ/СПИДа между Россией и ЕС в конце десятилетия был на самом деле более значительным (исходя из того, что инфекция чаще выявляется в ЕС, чем в России). В конце 2000 года случаи ВИЧ-инфицирования были отмечены, как сообщалось, в 82 из 89 российских регионов¹⁰. Только в 1999 году официально вновь зарегистрированные случаи ВИЧ-инфицирования в России составили 20 тыс., а данные, не показанные на рис. 3.4, свидетельствуют об их значительном росте в 2000 и 2001 годах: 56 тыс. вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования в 2000 году и 43 тыс. за первое полугодие 2001 года (в результате коэффициенты на 100 тыс. человек значительно превысят максимальные показатели на рис. 3.4)¹¹. Зарегистрированная заболеваемость в Латвии также резко возросла в 1998–1999 годах. Хотя не может не обнадеживать тот факт, что число вновь зарегистрированных случаев сократилось в Украине и Молдове в 1999 году, это не повод для самоуспокоения, так как вполне возможно, что истинная заболеваемость не снизилась¹².

К счастью, общий уровень распространения ВИЧ/СПИДа в регионе все еще остается относительно

низким: оценки ЮНЭЙДС на конец 2000 года, представленные на рис. 3.3, позволяют определить коэффициент на уровне 0,35 процента взрослого населения в возрасте 15–49 лет (по сравнению с 0,24 процента в Западной Европе). Однако наметившаяся тенденция не может не тревожить, и данный показатель значительно выше в странах, в наибольшей степени затронутых эпидемией среди некоторых групп населения.

Каковы причины такого быстрого распространения ВИЧ/СПИДа в регионе и каковы пути решения возникшей проблемы?

До настоящего времени ВИЧ-инфекция распространялась главным образом через лиц, вводящих наркотики путем инъекций и пользующихся одним и тем же шприцем и иглой¹³. Однако вирус не ограничивается только этой группой населения. В Украине, например, четверть из всех 30 тыс. официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования, о которых сообщалось в 90-х годах, не являлись лицами, вводящими наркотики путем инъекций. Передача ВИЧ-инфекции от инфицированных матерей к их детям составляет незначительную долю от общего числа случаев ВИЧ-инфицирования в регионе, однако абсолютные цифры быстро растут в Украине и России (см. вставку 3.2). Основным способом передачи инфекции от одного взрослого к другому являются сексуальные контакты, а не использование одних и тех же игл и шприцев для внутривенного введения наркотиков.

Передача ВИЧ-инфекции половым путем увеличивает вероятность того, что вирус будет более устойчиво циркулировать среди населения, а заболеваемость резко возрастет. Произойдет ли это, зависит от многих факторов, включая модели сексуального поведения, процент нелеченых или не до конца вылеченных заболеваний, передаваемых половым путем (которые значительно увеличивают восприимчивость к ВИЧ-инфекции), а также общее состояние здоровья населения¹⁴. Еще одним фактором риска является проституция. Как и процесс злоупотребления наркотиками, в нее, как правило, вовлекаются молодые люди, и опять же, как и в случае наркомании, экономические

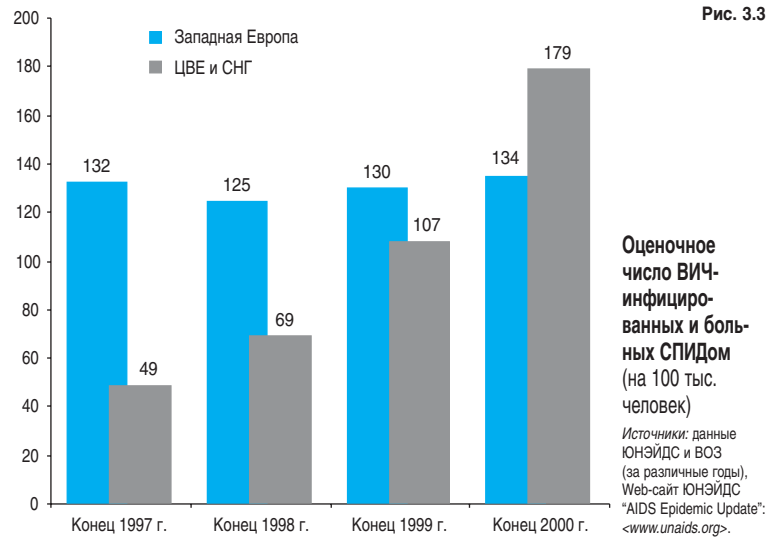


Рис. 3.3

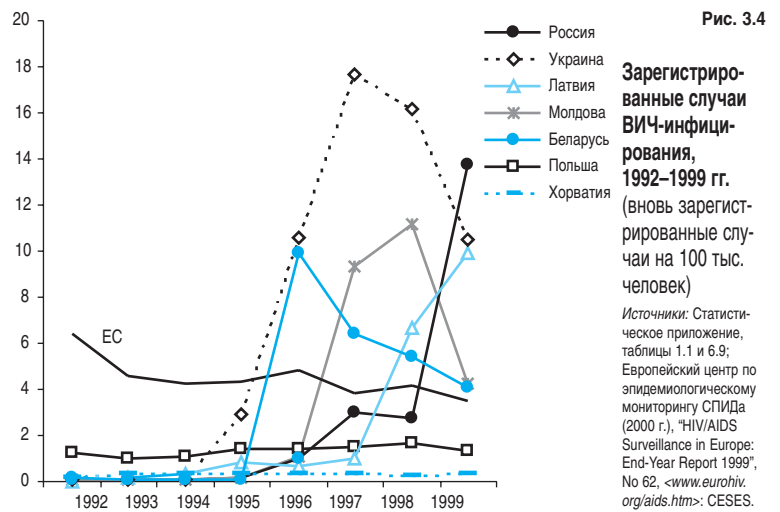


Рис. 3.4

трудности переходного периода способствуют ее распространению.

Вставка 3.2

Передача ВИЧ от матери к ребенку

В странах, где кровь, используемая для переливания, и продукты крови проходят проверку и где общедоступны стерильные шприцы и иглы, передача инфекции от матери к ребенку является наиболее опасным источником ВИЧ-инфицирования детей в возрасте до 10 лет. Риск передачи вируса ребенку инфицированной матерью колеблется от 15 до 20 процентов в промышленно развитых странах и от 25 до 45 процентов в развивающихся странах¹⁹.

Для предотвращения передачи инфекции от матери к ребенку необходимо:

- Предотвращение ВИЧ-инфицирования будущих родителей.
- Снижение числа незапланированных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин.
- Добровольная проверка на ВИЧ и консультирование, обеспечение антиретровирусных препаратов и оказание помощи матерям в вопросах выбора способов кормления детей.

С увеличением числа случаев передачи инфекции при гетеросексуальных связях, особенно в СНГ, число ВИЧ-инфициро-

ванных беременных женщин быстро растет. Число детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в Беларуси, России и Украине, по некоторым оценкам, выросло почти в четыре раза в период между 1997 и 2000 годами и составило в общей сложности около 1300.

Существуют позитивные факторы, которые могут способствовать улучшению сложившейся ситуации: наличие женских консультаций и родильных домов приемлемого качества, где оказывается помощь в дородовой период, во время родов и в послеродовой период, и все еще низкое общее число ВИЧ-инфицированных рожениц (что способствует эффективности принимаемых мер). Однако по-прежнему проблемой остается нехватка финансовых средств в секторе общественного здравоохранения.

Источники: De Vincenzi, I. и A. Malyavin (2000), "Summary of the Situation Analysis as per the Interagency (UNICEF/WHO) Assessment Missions on MTCT of HIV in Ukraine, Belarus and Russia, 1999", Geneva: UNICEF and WHO; WHO (2001), "New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications: Conclusions and Recommendations", доклад представлен на технической консультационной встрече ВОЗ от имени Межведомственной оперативной группы по проблеме передачи ВИЧ от матери ребенку ЮНФПА/ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС, Женева, 11-13 октября 2000 года; ЮНЭЙДС (1999), "Вопросы и ответы: передача ВИЧ от матери к ребенку", <www.unaids.org/publications/documents/mtct/index.html>; UNAIDS.

Резкий рост заболеваний, передаваемых половым путем, в значительной части региона (см. Статистическое приложение, таблицы 6.7 и 6.8, и анализ ситуации в предыдущих *Региональных мониторинговых докладах*) в сочетании с общим ухудшением состояния здоровья населения позволяет предположить, что катастрофическое распространение ВИЧ/СПИДа вполне реально. Как видно из опыта стран Латинской Америки, Карибского бассейна и Африки, в том числе и относительно богатых стран, в России неконтролируемое распространение ВИЧ/СПИДа может через два-три года, например, привести к десятикратному увеличению уровня конца 90-х годов¹⁵.

Принципиальное решение проблемы требует незамедлительных действий правительства в двух основных направлениях¹⁶:

- Охват групп высокого риска, особенно лиц, вводящих наркотики путем инъекций, и лиц, оказывающих платные сексуальные услуги, путем проведения информационно-просветительских кампаний и снижения для таких лиц расходов, связанных с обеспечением более безопасного поведения. Первые направлены на информирование населения о проблеме и путях предотвращения ВИЧ-инфекции. Второе предполагает проведение программ обмена игл и шприцев, лечение метадонотерапией и популяризацию использования презервативов.
- Решение коренных социально-экономических проблем, особенно проблемы безработицы среди молодежи, и просвещение всего населения в вопросах СПИДа.

Правительства начинают признавать необходимость целенаправленных и всеобъемлющих действий. Например, межведомственный комитет в Беларуси объединяет 12 министерств в усилиях по борьбе со СПИДом, что включает самые различные инициативы: от мер по уменьшению вредного воздействия для лиц, злоупотребляющих наркотиками, до информационно-просветительских кампаний, проводимых в том числе национальными железнодорожными ведомствами. Профилактические меры были особенно успешными среди подростков. В Украине принятый в 1998 году закон закрепил принцип добровольной проверки на ВИЧ и необходимость широкого просвещения в вопросах СПИДа¹⁷.

Туберкулез: возродившаяся угроза

В промышленно развитых странах туберкулез иногда считают «болезнью прошлого» на том основании, что он ассоциируется с периодами, для которых был характерен значительно более низкий уровень жизни. Однако в 90-е годы, после 40 лет устойчивого снижения заболеваемости туберкулезом, болезнь возродилась вновь в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ. Возрождение туберкулеза стало составляющей частью того, что Всемирная организация здравоохранения объявила в 1993 году чрезвычайной глобальной ситуацией, так как во все мире эта болезнь ежегодно убивает около 2 млн. человек¹⁸.

Одной, но отнюдь не единственной причиной растущей обеспокоенности относительно туберкулеза является его связь с ВИЧ/СПИДом. ВИЧ-инфицированный человек более подвержен заболеванию туберкулезом.

Как и обычная простуда, туберкулез передается воздушно-капельным путем, то есть при контактировании с инфицированным человеком, когда он кашляет или чихает.

Распространению туберкулеза благоприятствуют условия скученности, поэтому он чаще всего поражает немущих из-за их стесненных жилищных условий, а также обитателей лагерей беженцев и закрытых специализированных учреждений, таких как тюрьмы. Неимущие также чаще страдают от недоедания, что снижает их сопротивляемость болезням; более того, они вряд ли смогут пройти своевременное и надлежащее лечение, что увеличивает опасность для окружающих, поскольку они являются источником инфекции. Практически во всех случаях туберкулез излечивается с помощью соответствующих антибиотиков. Однако лечение занимает несколько месяцев, и если оно неожиданно прерывается, то болезнь становится резистентной к лекарственным средствам – как среди пациентов, проходящих лечение, так и среди других лиц, которые могут заразиться от них. Такой «резистентный к лекарственным средствам» туберкулез труднее поддается лечению, которое к тому же обходится значительно дороже, что по сравнению с обычной формой туберкулеза ведет к большему числу смертей.

В 1989–1999 годах заболеваемость туберкулезом в регионе возросла в среднем примерно на 50 процентов. Но, как видно из рис. 3.5, ситуация существенно различается, поскольку наиболее проблемными с этой точки зрения являются беднейшие страны, где заболеваемость за 10 лет удвоилась или даже утроилась. Самая тяжелая ситуация в регионе сложилась в Кыргызстане, и на примере этой страны и России (а также других стран, не показанных на диаграмме) хорошо видно, что проблема начала обостряться во второй половине 90-х годов, и в конце десятилетия нет никаких признаков снижения заболеваемости. Некоторые более экономически развитые страны, например Литва, также борются с этой усугубляющейся проблемой, но и в государствах Балтии эпидемиологическая картина в целом выглядит довольно мрачной: заболеваемость туберкулезом в 1989–1999 годах выросла примерно в 2,5 раза в Латвии и Литве и на 80 процентов в Эстонии (хотя в 1998–1999 годах во всех трех странах было отмечено незначительное снижение заболеваемости).

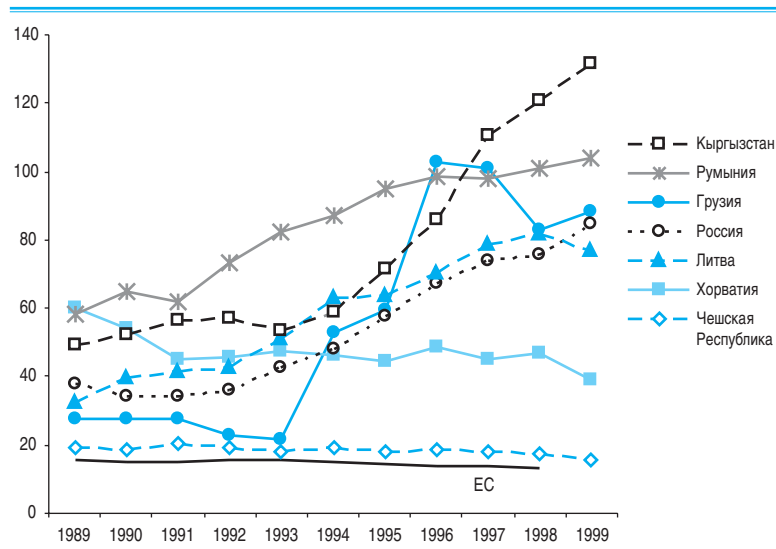
Основным источником туберкулеза в России являются переполненные тюрьмы. В 90-е годы число заключенных в российских тюрьмах резко возросло, и теперь Россия и Соединенные Штаты имеют самый высокий в мире процент заключенных на душу населения²⁰. Каждый год из российских тюрем выходят на свободу 300 тыс. человек, которые становятся основными передатчиками туберкулеза во всех слоях общества. Проблема туберкулеза также существует в тюрьмах Азербайджана и Молдовы²¹.

Дети особенно подвержены заболеванию туберкулезом, который нередко очень трудно диагностировать у маленьких детей. Дети зачастую ощущают на себе непосредственные последствия роста заболеваемости туберкулезом. В 90-е годы в Литве и Румынии заболеваемость туберкулезом имела больший рост скорее среди детей, чем среди населения в целом. В Таджикистане в 1995–1999 годах заболеваемость среди детей удвоилась, хотя в первой половине 90-х годов она снизилась²².

Причины возрождения этой болезни очень разные. Экономический спад, нищета, социальные потрясения, недостаточное питание, переполненные тюрьмы и рост числа бездомных послужили мощным толчком к вызывающему тревогу распространению туберкулеза во многих частях региона. Войны и волнения среди гражданского на-

селения на Балканах, в Закавказье, Таджикистане и на юге России препятствовали контролю над болезнью и стали также причиной появления огромного числа внутренне перемещенных лиц и беженцев, которые составляют группы повышенного риска и являются переносчиками туберкулеза в другие регионы.

Плохо организованное лечение и устаревшие методы контроля над болезнью также вносят свою лепту и обычно присущи странам с высокой заболеваемостью. Высокие уровни резистентного к лекарственным препаратам туберкулеза в ряде регионов бывшего Советского Союза стали результатом отсутствия необходимых лекарств и ненадлежащего применения медикаментов. Эстония и Латвия были определены Всемирной организацией здравоохранения в качестве двух “горячих точек” в мире, где существует эта проблема. В ходе обследования более 50 стран (или отдельных районов стран), проведенного в конце 90-х годов, в Эстонии была отмечена самая высокая заболеваемость резистентным к лекарственным препаратам туберкулезом. Не менее 37 процентов новых случаев туберкулеза, выявленных в Эстонии в 1998 году, были резистентными, по крайней мере, к одному лекарственному препарату, а 14 процентов – к двум из наиболее эффективных лекарственных препаратов, используемых при лечении этого за-



Примечание. Средний показатель по странам – членам ЕС является невзвешенным.

Рис. 3.5

Туберкулез: вновь зарегистрированные случаи в 1989–1999 гг. (на 100 тыс. человек)

Источники: Статистическое приложение, таблица 6.6; база данных ВОЗ “Здоровье для всех”.

болевания. Ивановская и Томская области в России также были выделены в качестве проблемных²³.

Туберкулез и ВИЧ/СПИД стали проблемами европейского масштаба, так как эти виды инфекционных заболеваний могут легко распространяться и никакие государственные границы им не помеха. Поэтому для борьбы с ними необходимы сотрудничество на панъевропейском уровне, а также выработка национальных планов действий.

3.2 Здоровье на протяжении всего жизненного цикла

Основной смысл подхода ЮНИСЕФ к вопросам здоровья заключается в акцентировании внимания на влиянии состояния здоровья человека на том или ином этапе жизни на весь жизненный цикл. От здоровья и питания женщин в период беременности зависят шансы детей на выживание. Образ жизни и то, как питаются родители, оказывают огромное влияние на здоровье и развитие детей. Равным образом, переход от детства к зрелости предполагает выбор поведенческих моделей и образа жизни, которые могут повлиять на всю дальнейшую жизнь человека.

В данном разделе рассматривается здоровье людей в переходный период с точки зрения образа жизни, при этом особое внимание уделяется отдельным фактам, касающимся здоровья детей, женщин и молодых людей. (Более подробную информацию о женщинах и молодых людях см. в *Региональных мониторинговых докладах* за 1999 и 2000 годы, соответственно.)

Здоровье детей

Как отмечается в главе 1, одним из положительных явлений в переходный период стало сокращение в 90-х годах младенческой смертности по всему региону. По крайней мере, так следует из официальных данных. Средний по региону официальный коэффициент младенческой смертности сократился на треть в течение 1989–1999 годов, и в главе 1 высказывается предположение, что это вполне может быть связано со значительным сокращением рождаемости в регионе.

Приводимый ниже анализ среднего показателя по региону обнаруживает неоднозначную картину. Хотя младенческая смертность сократилась во всех странах, за исключением двух (в Болгарии и Латвии отмечен небольшой ее

Таблица 3.2

Коэффициенты младенческой смертности: официальные данные и результаты обследования (на 1 тыс. живорождений)

	Официальный коэффициент	Коэффициент на основе обследования
Азербайджан, 1996 г.	19,9	79,0
Казахстан		
1984–1989 гг.	29,6	54,9
1989–1994 гг.	26,8	49,7
1994–1999 гг.	25,2	61,9
Кыргызстан, 1992–1997 гг.	29,1	66,2
Таджикистан, 1993 г.	47,0	89,0
Узбекистан, 1991–1996 гг.	30,7	43,5

Источники: коэффициенты рассчитаны на основе обследования для Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана: Macro International Demographic and Health Surveys (DHS), <www.measuredhs.com>; для Азербайджана и Таджикистана: UNICEF, Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), 2000, <www.childinfo.org/index2.htm>.

Примечание. Годы обозначают период, к которому относится коэффициент, полученный по результатам обследования (а не год, когда было проведено обследование). Коэффициенты младенческой смертности, полученные в результате обследований, рассчитаны на основе предоставленных женщинами сведений о рожденных ими детях. Официальные коэффициенты относятся к тому же периоду (и представляют собой средние показатели годовых коэффициентов, где это применимо).

Таблица 3.3

Недостаточность питания детей: задержка в росте и истощение
(процент детей в возрасте до 5 лет)

	Задержка в росте (низкий рост для своего возраста)			Истощение (низкий вес для своего роста)		
	Все дети	В городских районах	В сельских районах	Все дети	В городских районах	В сельских районах
	Таджикистан (1996 г.)	41,0			10,0	
Албания (2000 г.)	31,7	23,8	36,7	11,1	11,9	10,6
Узбекистан (2000 г.)	31,0			12,0		
Кыргызстан (1997 г.)	24,8	14,8	27,7	3,4	4,3	3,2
Азербайджан (2000 г.)	19,6	17,2	21,7	7,9	8,0	7,9
Украина (2000 г.)	15,4	14,0	18,6	6,4	6,6	5,9
Россия (1995 г.)	12,7			3,9		
Армения (2000 г.)	13,6	11,0	16,4	2,0	2,2	1,7
Грузия (1999 г.)	11,7	9,6	13,9	2,3	2,1	2,5
Босния и Герцеговина (2000 г.)	9,7	10,0	9,1	6,3	6,7	6,1
Казахстан (1999 г.)	9,7	5,8	12,3	1,8	1,5	2,4
СР Югославия (2000 г.)	5,1	4,2	6,3	3,7	3,6	3,9
Хорватия (1995–1996 гг.)	0,8			0,8		
Бразилия (1996 г.)	10,5	7,8	19,0	5,7	4,6	9,2
Турция (1998 г.)	10,0	8,2	13,5	2,2	2,1	2,6
Китай (1998 г.)	15,6	4,0	22,0	2,2	1,8	2,5
США (1988–1994 гг.)	2,0	1,5	2,5	0,7	0,9	0,5

Источники: WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition, <www.who.int/nutgrowthdb>; World Bank (2000), *Prospects for Improving the Nutrition Situation in Eastern Europe*, Washington, DC; World Bank; MICS (данные за 2000 г.) и DHS (Армения, 2000 г.), там же: таблица 3.2.

Примечание. Задержка в росте и истощение определяются как рост для своего возраста и вес для своего роста, соответственно, ниже двух стандартных отклонений от среднего значения в референтной группе здоровых детей в США. По определению ВОЗ, распространение задержки в росте и истощения считается высоким, если они охватывают более 30 и 10% детей, соответственно. Данные по СР Югославии не включают Косово и Черногорию. Данные по Грузии показывают долю детей с задержкой в росте и истощением среди внутренне перемещенных лиц. Данные по Хорватии относятся ко всем детям, посещающим детские сады.

полученные из различных источников данные расходятся по временным периодам: в то время как официальные данные свидетельствуют о сокращении младенческой смертности в период 1994–1999 годов по сравнению с 1984–1989 годами, данные обследования указывают на прямо противоположное.

В случае Таджикистана ситуация осложняется отсутствием надлежащей регистрации новорожденных. Обследование 2 тыс. домохозяйств, на основе которого получены соответствующие данные по Таджикистану, представлены в таблице 3.2, свидетельствует о том, что факт рождения не менее 25 процентов детей в возрасте до 5 лет не был официально зарегистрирован. Основная причина заключается, по-видимому, в том, что во второй половине 90-х годов за регистрацию новорожденных взимали достаточно высокую плату. Она была эквивалентна 5 долл. США, что чуть меньше среднемесячного дохода (см. также вставку 1.4 в главе 1). При такой ситуации среди незарегистрированных при рождении детей могла быть высокая смертность (отказ от регистрации детей при рождении и смерть детей могли иметь место именно в семьях с низкими доходами). В Казахстане, Кыргызстане и Грузии также взимается плата за регистрацию новорожденных, причем довольно высокая, поэтому существует обеспокоенность, что в двух последних странах эта распространенная практика может в той или иной степени стать препятствием для регистрации²⁵.

Требуется дальнейшее изучение причин, объясняющих расхождения в основанных на данных обследований и официальных данных коэффициентах младенческой смертности, пока же, однако, таблица 3.2 позволяет сделать четкий вывод: к официальным данным, включая долговременные тенденции, следуют относиться с осторожностью.

Даже на основе официальных коэффициентов, сравнивая показатели по Центральной Азии и остальной части региона, можно сделать вывод о том, что выживаемость детей в Центральной Азии выглядит более проблематичной. В ряде случаев эта ситуация находит отражение в данных, касающихся недостаточного питания детей. В таблице 3.3 содержится информация об уровне распространения таких явлений, как “задержка в росте” (низкий рост для данного возраста) и “истощение” (низкий вес для данного роста) среди маленьких детей.

Задержка в росте свидетельствует о долговременном хроническом недоедании, что со временем приводит к качественным изменениям в организме ребенка. Истощение может быть следствием даже временного нарушения в питании, и оно способно развиваться очень быстро. И то и другое явление может быть спровоцировано как недостаточным питанием, так и болезнью. При недостаточном питании ребенок становится менее подвижным, он не может сосредоточить внимание, что сказывается на его успеваемости в школе, а его здоровье более подвержено различным рискам. Таким образом, создается угроза не только для развития ребенка, но и для его выживаемости.

Всемирная организация здравоохранения считает опасность недостаточности питания “высокой”, когда уро-

рост), средние показатели по субрегионам снизились всего на 5 процентов в западной части СНГ и примерно на 50 процентов в Центральной Европе и бывшей Югославии.

Наибольшее сокращение младенческой смертности в абсолютных цифрах произошло в Центральной Азии, которая, как видно из рис. 1.6, быстро догоняет остальной регион: в 1999 году там все еще имелся самый высокий средний коэффициент младенческой смертности, однако он был значительно ниже, чем в 1989 году. Учитывая динамику некоторых других показателей состояния здоровья (см., например, данные по Казахстану на рис. 3.2 и Кыргызстану на рис. 3.5) и огромный экономический спад, который пережили страны Центральной Азии (средний ВВП в 1999 году был все еще на треть ниже ВВП 1989 года), было выражено сомнение по поводу достоверности официально опубликованных в этой части региона данных о младенческой смертности²⁴.

В таблице 3.2 сравниваются официальные коэффициенты младенческой смертности в Центральной Азии с коэффициентами, полученными на основании обследований домохозяйств, в ходе которых женщинам задавали вопросы о числе рожденных ими детей. В таблицу также включена одна закавказская республика – Азербайджан.

Имеются значительные различия между коэффициентами, которые основываются на двух типах данных. Коэффициенты, полученные по результатам обследований, всегда имеют намного более высокие значения, чем официальные цифры: на 50 процентов выше в Узбекистане, почти в два раза – в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане и в четыре раза – в Азербайджане. Кроме того, в Казахстане наметилась тенденция, в соответствии с которой

вень задержки в росте достигает 30 процентов, а уровень истощения – 10 процентов, хотя подчеркивается, что эти уровни являются условными и что для здорового, хорошо питающегося населения этот показатель должен составлять менее 3 процентов²⁶. Если исходить из этих критериев, то уровни недостаточности питания среди детей в Албании, Таджикистане и Узбекистане должны стать предметом первоочередного внимания со стороны их систем общественного здравоохранения. Недалеко ушли от них Азербайджан и Кыргызстан, где показатели задержки в росте являются высокими по сравнению с показателями в других странах региона и вышеупомянутой нормой, составляющей менее 3 процентов. Примерно по каждому седьмому или восьмому ребенку в Украине, России и Армении отмечается задержка в росте, причем этот показатель более высок, чем в Бразилии и Турции, но аналогичен показателю по Китаю. Только Хорватии удалось удержать показатели недостаточности питания детей на уровнях, сопоставимых с показателями богатых промышленно развитых стран (хотя следует отметить, что данные по этой стране охватывают только тех детей, которые посещают детские сады). Расхождения в показателях по городским и сельским районам некоторых стран, например Кыргызстана, обнаруживают, что за средними показателями по стране могут скрываться важные проблемы, существующие на субнациональном уровне. Проблема неравных возможностей для поддержания здоровья рассматривается в разделе 3.3.

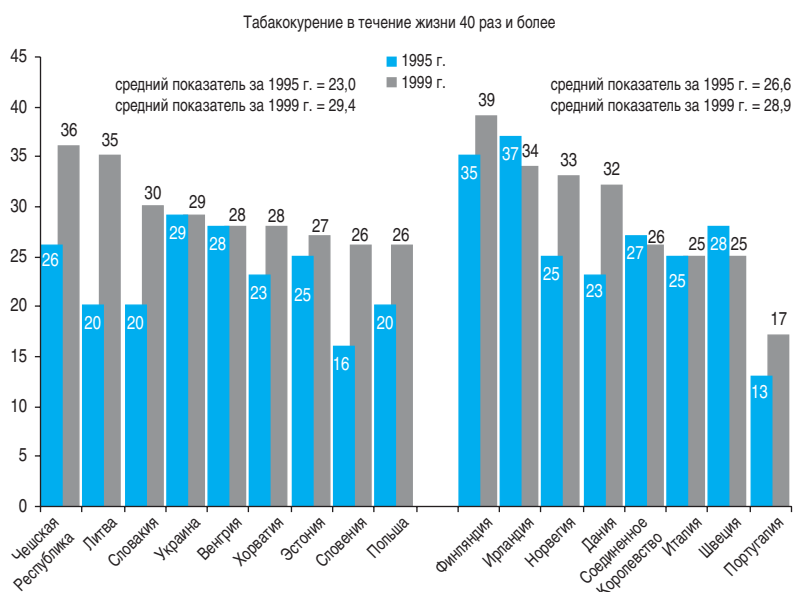
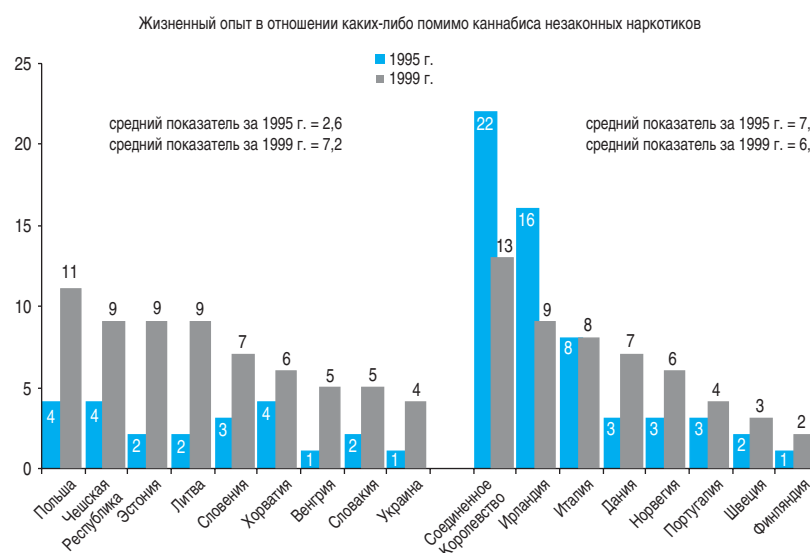
Конечно, здоровью ребенка угрожает много других опасностей. Один из важнейших факторов различий в коэффициентах детской смертности для более бедных частей региона и стран – членов ЕС заключается в том, что в странах, переживающих переходный период, более высок риск смерти вследствие внешних причин²⁷. Выделяются также основные причины случаев смерти среди подростков.

Здоровье подростков

Смертность среди молодых людей в целом невысока, да и тяжелые хронические заболевания среди подростков и 20-летних достаточно редки. Поэтому понятие здоровья у молодых людей следует толковать в более широком смысле: болезненность в последующей жизни может брать свое начало в возрасте перехода от детства к зрелости.



Рис. 3.6



Употребление незаконных наркотиков и табакокурение среди подростков в возрасте 15–16 лет, 1995 и 1999 гг. (в процентах)

Источники: Европейский проект по обследованию школ на предмет употребления алкоголя и других наркотических средств (2001 г.), пресс-релиз, 20 февраля, <www.csl.se/> ЭСПАД; данные за 1995 г.: Б. Хиббелл, координатор проекта ЭСПАД.

Примечание. К незаконным наркотикам относятся амфетамины, каннабис, ЛСД или другие галлюциногены, крэк, кокаин, "экстази" и героин. Термины "употребление в течение жизни" или "жизненный опыт" в данном случае означают любое употребление наркотиков в возрасте до 15–16 лет. Данные за 1999 г. по странам, переживающим переходный период, которые не были представлены в обзоре 1995 г., и которые отражают уровень употребления любого незаконного наркотика, любого незаконного наркотика помимо каннабиса и степень распространения табакокурения, соответственно, являются следующими: Болгария (14, 5 и 36%), БЮР Македония (10, 3 и 20%), Латвия (24, 11 и 30%), Румыния (11, 9 и 16%) и Россия (только Москва: 24, 9 и 42%).

В подростковом возрасте люди впервые сталкиваются с необходимостью делать выбор, связанный с употреблением веществ, вызывающих интоксикацию или привыкание: табака, алкоголя и наркотиков. Многие молодые люди в данном регионе и до 1989 года следовали общим поведенческим моделям, связанным с табакокурением и употреблением алкоголя, и продолжают их придерживаться. Согласно исследованию ВОЗ 2000 года “Глобальное бремя болезни” (2000 WHO Global Burden of Disease Study), от одного из трех до одного из четырех случаев смерти мужчин в возрасте 15–29 лет связаны с употреблением алкоголя, что ненамного превышает средний показатель по Европе²⁸. Однако злоупотребление наркотиками было редким явлением в закрытых и жестко контролируемых социалистических обществах.

Переходный период открыл границы, новые ценности и возможности, однако этот процесс сопровождался стрессом и ломкой всяких устоев. Одним из его печальных результатов стало растущее желание многих молодых людей “поэкспериментировать” с законными и незаконными наркотиками, к тому же такие средства стали гораздо более доступными. Приватизация и либерализация экономики способствовали тому, что табачная промышленность в регионе перешла под контроль крупных транснациональных компаний, а это означает более изощренный маркетинг в этой области. Сегодня марка сигарет ассоциирует курение с богатой и обеспеченной западной жизнью или с другими образами, которые столь привлекательны для молодых людей. Недавно Таджикистан и Кыргызстан предприняли ответные действия, возбудив судебный иск против группы американских табачных компаний за нанесение ими заранее не оцененных убытков путем организации кампаний, намеренно нацеленных, как утверждают эти страны, на их граждан, которые могли стать легкой мишенью, учитывая повсеместную бедность (от которой предлагается “убежать” на время с помощью курения), а также недостаточную информированность населения об опасности никотиновой зависимости. Аналогичный иск подали и Россия²⁹.

Европейский проект обследования школ по вопросу об употреблении алкоголя и других наркотических средств дает ряд шокирующих результатов в связи с употреблением алкоголя, табака и незаконных наркотиков среди подростков. В рамках проекта были собраны сопоставимые данные от 15- и 16-летних молодых людей и охвачены 14 стран Центральной и Восточной Европы в ходе серии обследований в 1999 году.

На рис. 3.6 приведены результаты по девяти странам региона, которые также участвовали в серии обследований в 1995 году, и результаты по ряду западноевропейских стран, которые участвовали в обеих сериях обследований. (Результаты только по пяти странам, участвовавшим в серии обследований в 1999 году, приведены в примечании к диаграмме.) Во второй половине десятилетия употребление наркотиков и табакокурение среди подростков возросло. Этот рост был особенно заметным в странах, переживающих переходный период, где употребление незаконных наркотиков достигло критического уровня. В 1999 году в среднем один из пяти 15–16-летних молодых людей в девяти странах Центральной и Восточной Европы сообщил, что пробовал незаконные наркотики, по сравнению с одним из десяти в 1995 году. Около 10 процентов подростков этого возраста в Чешской Республике, Польше, Румы-

нии, во всех трех государствах Балтии и российской столице, Москве, сообщили в 1999 году, что они, по крайней мере, однажды кроме каннабиса пробовали какой-нибудь другой наркотик, например амфетамины, ЛСД, “экстази”, героин и кокаин; из группы западноевропейских стран, участвовавших в обследовании, этот показатель выше только в Соединенном Королевстве. (В Польше 5 процентов 15-летних подростков пробовали героин³⁰.) Средние показатели употребления наркотиков и табакокурения по странам Центральной и Восточной Европы в 1999 году догнали аналогичные показатели по западноевропейским странам. Эти данные иллюстрируют тот факт, что, хотя показатель ожидаемой продолжительности жизни, возможно, и вырос в более богатых странах Центральной Европы, переходный период, конечно же, создал определенные угрозы для здоровья людей, живущих в этой части региона.

Здоровье женщин

Успехи в области охраны здоровья женщин в условиях социалистической системы порой поражали, и объяснялись они высоким уровнем образования женщин, причем более высоким, чем в других странах, находившихся на таком же уровне экономического развития. Некоторые из этих достижений в 90-е годы оказались под угрозой. Хотя кризисная ситуация со смертностью в меньшей степени затронула женщин, чем мужчин, фактом остается то, что 28 процентов “повышенной смертности” в период 1990–1999 годов в регионе приходится на женщин, что составляет примерно 900 тыс. смертей. Состояние здоровья женщин также ухудшилось по ряду других причин, которые были детально рассмотрены в *Региональном мониторинговом докладе* за 1999 год “Женщины в переходный период”.

Особого внимания со стороны лиц, определяющих политику, заслуживают такие вопросы, как нехватка служб по проведению скрининга населения и профилактических программ по предупреждению рака шейки матки и рака груди (что находит отражение в более высоких коэффициентах смертности по этим причинам), рост заболеваний, передаваемых половым путем, которые особенно трудно диагностировать у женщин, и насилие в отношении женщин.

Что касается репродуктивного здоровья женщин, то статистика, относящаяся к периоду до 90-х годов, была во многом обнадеживающей, что подтверждалось, например, широкой сетью услуг по оказанию дородовой помощи. Падение рождаемости в переходный период привело к некоторому сокращению материнской смертности, однако средний коэффициент материнской смертности в 1999 году по странам СНГ все же почти в пять раз превышал аналогичный показатель по странам – членам ЕС, в то время как средний коэффициент материнской смертности для стран Центральной Европы превышал уровень ЕС в два раза. (Коэффициенты приводятся в Статистическом приложении, таблица 3.2.)

От трети до четверти случаев материнской смертности вызваны проблемами, связанными с абортами. Статистика абортов в регионе выглядит просто удручающей: здесь аборт получил гораздо более широкое распространение, чем в Западной Европе, и, как видно из рис. 3.7, такое положение сохраняется до сих пор, хотя данные за 90-е го-

ды свидетельствуют о понижательной тенденции в этой области в большинстве стран. (Тот факт, что число абортов не увеличилось, свидетельствует о том, что падение рождаемости не связано с увеличением числа абортотв как метода контроля над рождаемостью.)

Наибольший коэффициент абортотв зарегистрирован в западной части СНГ: в России и Беларуси в 1999 году было сделано, соответственно, 180 и 141 аборт на каждые 100 живорождений по сравнению с 20 в странах – членах ЕС. Далее следует Юго-Восточная Европа, где огромный первоначальный скачок в 1990 году был связан с либерализацией абортотв в Румынии после падения режима Чаушеску (хотя итоговые цифры определяются не только этой страной: в Болгарии, так же как и в Румынии, на конец 90-х годов коэффициент абортотв по-прежнему составляет 100 абортотв на 100 живорождений). Тенденция в государствах Балтии повторяет тенденцию в западной части СНГ. Эстония в 1999 году была на третьем месте по коэффициенту абортотв в регионе – 136 абортотв на 100 живорождений, что превышает аналогичный показатель за 1989 год.

В других частях региона коэффициенты более низкие, и в большинстве из них наблюдается вполне устойчивая тенденция к сближению с уровнем ЕС. Центральная Европа выпадает из этой тенденции с учетом статистики по Венгрии, где на протяжении десятилетия не произошло

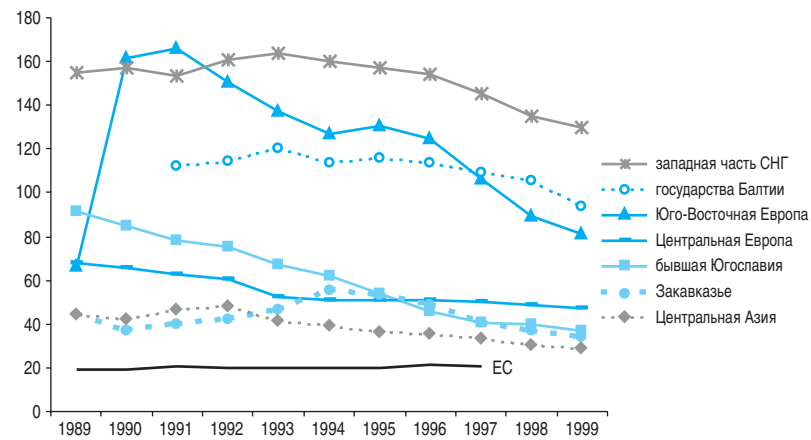


Рис. 3.7

Абортотв, 1989–1999 гг. (на 100 живорождений)

Источники: Статистическое приложение, таблица 2.10; среднестатистические показатели по странам – членам ЕС: база данных ВОЗ "Здоровье для всех".

Примечание. Средние невзвешенные показатели. Данные по бывшей Югославии не включают Боснию и Герцеговину; Хорватия и Узбекистан: сводки данных за 1989 и 1990 гг. одинаковы; Албания и Казахстан: данные за 1999 г. совпадают по значению с данными за 1998 г.; БР Югославия: сводки данных за 1998 и 1999 гг. полностью соответствуют данным за 1997 г.

сокращения числа абортотв, а коэффициент 86 абортотв на 100 живорождений, зарегистрированный в 1990 году, остался неизменным и в 1999 году.

До 1989 года широкое распространение абортотв объяснялось их всеобщей доступностью и отсутствием надлежащей популяризации противозачаточных средств. Хотя в области пропаганды контрацептивов был достигнут определенный успех, очевидно, что здесь еще имеется широкое поле для деятельности. Однако, по-видимому, труднее всего бороться с существующей в обществе терпимостью по отношению к абортотв, несмотря на то что абортотв представляет реальную угрозу для психического и физического здоровья женщины (включая и возможное бесплодие).

3.3 Растет ли неравенство в показателях здоровья?

Как изменения в состоянии здоровья, происшедшие в течение переходного периода, затронули различные слои общества? Сопровождалось ли увеличение в неравенстве доходов, о котором говорилось в главе 2, ростом различий в состоянии здоровья, при том что неимущие оказываются в наименее благоприятном положении?

В данном разделе сначала рассматриваются имеющиеся данные о различиях в показателях здоровья в странах, переживающих переходный период, и особое внимание уделяется здоровью матери и ребенка. Затем освещается важный для большей части региона вопрос, о том, какую роль играет неофициальная оплата медицинских услуг в неравном доступе к услугам в области здравоохранения.

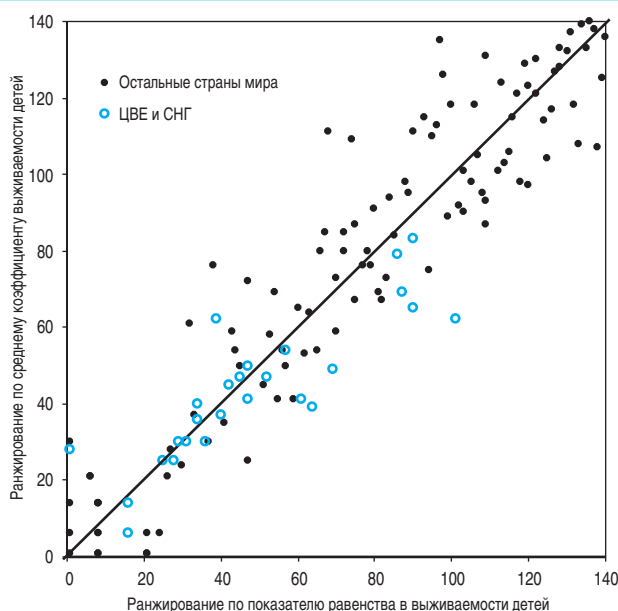
Различия в показателях здоровья

Различия в показателях здоровья, безусловно, существовали еще задолго до 90-х годов. Отчасти это неудивительно, поскольку в любом обществе среди населения существует разница в том, что касается состояния здоровья, например с точки зрения продолжительности жизни, что объясняется как наследственными факторами, так и случайностями. Кроме того, данные свидетельствуют о неизменной связи между различиями в состоянии здоровья и уровнем образования³¹.

Пока до конца не ясно, насколько существующие различия в состоянии здоровья населения стран переходного периода сопоставимы с состоянием здоровья населения других стран. Однако некоторое представление о ситуации в конце 90-х годов можно получить из Доклада о здоровье в мире за 2000 год Всемирной организации здравоохранения. В докладе дается оценка национальных систем здравоохранения в соответствии с рядом "целей систем здравоохранения", включая степень различий в показателях здоровья, которая определяется на основании степени равенства возможностей для выживаемости детей. В случае стран, переживающих переходный период, этот индекс отчасти отражает факторы, унаследованные от социалистического периода, а отчасти – результаты изменений, происшедших в 90-х годах.

На рис. 3.8 приводятся результаты этих изменений по 140 странам, в том числе все данные по Центральной и Восточной Европе и странам СНГ, для сопоставления средних показателей выживаемости детей относительно неравенства возможностей для выживаемости детей при возрастной границе на уровне 5 лет. (Первый показатель относится к 1998 году, второй – к последнему году, по которому имеются данные.) Страны занимают места с 1-го по 140-е в соответствии с обоими показателями начиная с наименьшего среднего коэффициента смертности и наиболее равных возможностей для выживаемости детей.

Рис. 3.8



Ранжирование 140 стран по показателям выживаемости детей

Источники: ВОЗ (2000 г.), *The World Health Report 2000: Health Systems, Improving Performance*, Geneva: WHO; Всемирный банк (2000 г.), *World Development Indicators 2000*, Washington, DC: World Bank.

Примечание. Средний показатель выживаемости детей определяется на основе национального показателя смертности для детей в возрасте до 5 лет за 1998 г. Равенство в вопросах выживаемости детей определяется в соответствии с индексом ВОЗ внутривострановых различий в смертности среди детей в возрасте до 5 лет. Страны располагаются начиная с «наименьшего среднего показателя смертности» (равного «1») и кончая «наивысшим средним показателем смертности» (равным «140») и с «наиболее равного» («1») до «наименее равного» («140»).

высокие показатели с точки зрения равных возможностей для выживаемости детей, чем средние показатели их выживаемости. Учитывая традиционно высокий охват населения медицинскими услугами в бывших социалистических странах, представляется удивительным тот факт, что многие из них занимают места ниже 45-го, и это позволяет предположить, что они имеют худшие показатели обеспечения равных возможностей для выживаемости детей, чем средние коэффициенты детской смертности.

Расчеты индекса равных возможностей основаны на принципе использования собранных при обследовании домохозяйств данных об анамнезе родов, которые определяют детскую смертность с учетом общих сведений о семье и административных данных, что дает детальную картину по регионам. Однако по большинству стран такие данные отсутствуют, и оценки, полученные Всемирной организацией здравоохранения, основываются на установлении взаимосвязи между неравными возможностями в сфере здравоохранения и другими факторами. Поэтому к результатам, представленным на рис. 3.8, следует относиться с осторожностью. Если целиком и полностью основываться на данных, представленных в диаграмме, то главный вывод, возможно, будет заключаться в том, что страны Центральной и Восточной Европы и СНГ ничем не выделяются в том плане, что показатели равных возможностей для выживаемости детей в них не являются чрезмерно высокими или чрезмерно низкими, принимая во внимание средние показатели детской смертности в этих странах. В этом смысле они ничем не хуже и не лучше других стран, что отнюдь не обнадеживает, если учесть более широкий по сравнению с другими странами с аналогичным уровнем экономического развития доступ к медицинским услугам и образованию в них в социалистический период.

Для трех стран Центральной Азии – Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана – в середине и конце 90-х годов было проведено более подробное исследование неравенства в сфере охраны здоровья матери и ребенка. В таблице 3.4 приводятся данные о доступе к медицинским услугам и медицинские показатели по самым бедным и самым богатым квинтилям населения (на основе результатов тех же обследований, которые были использованы в таблице 3.2, когда доход определялся по индексу имущественного положения).

В Узбекистане, по-видимому, имеются лишь небольшие различия в доступе к медицинским услугам, связанные с доходами. Однако в Кыргызстане наблюдаются огромные различия в отношении доступа к врачам для получения помощи в дородовой период и во время родов. Иммунизация детей в Кыргызстане по-прежнему проводится на достаточно равной основе, хотя охват детей не всегда носит широкий характер. В Казахстане существуют различия во всех показателях медицинского обслуживания, например 9-процентная разница в иммунизации от кори богатых и бедных и 20-процентная разница в иммунизации от дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС).

Если исходить из не лишнего основания предположения, что при социалистическом режиме был обеспечен широкий доступ к услугам в области охраны здоровья матери и ребенка, то таблица 3.4 позволяет сделать вывод, что в переходный период произошел рост неравенства в таком доступе.

Привело ли это неравенство в доступе к медицинским услугам к заметным различиям в сфере охраны здоровья

Таблица 3.4

Неравенство в обеспечении медицинскими услугами и показателях в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане (в процентах)

Квинтиль:	Казахстан (1995 г.)		Кыргызстан (1997 г.)		Узбекистан (1996 г.)	
	Самые бедные	Самые богатые	Самые бедные	Самые богатые	Самые бедные	Самые богатые
Прививки от кори	60	69	82	81	96	90
Прививки АКДС	37	57	82	87	90	85
Более двух посещений для получения помощи в дородовой период	84	94	88	88	88	87
Посещение врача в дородовой период (процент общих посещений)	57	96	47	89	84	90
Врачебная помощь при родах	69	95	50	84	84	99
Дети с задержкой в росте	30	3	34	14	40	31
Дети, имеющие пониженную массу тела	11	3	13	8	25	12
Матери, имеющие чрезмерно низкий показатель массы тела	8	4	6	4	11	6

Источник: Web-сайт Программы здоровья, питания и борьбы с бедностью Всемирного банка: <www.worldbank.org/poverty/health/data>.

Примечание. Коэффициенты иммунизации показывают охват детей в возрасте 12–23 месяцев. АКДС – ассоциированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. Данные о посещениях для получения помощи в дородовой период относятся к проценту родов, в связи с которыми женщина получила две или более консультации у квалифицированного медицинского работника в течение пяти лет, предшествовавших обследованию. Врачебная помощь при родах определяется как процент родов, которые принимал врач, за пять лет, предшествовавших обследованию. Считается, что у детей имеется задержка в росте, если у них низкий для их возраста рост (см. примечание к таблице 3.3), и что они имеют пониженную массу тела, если их вес более чем на два стандартных отклонения ниже средней нормы, установленной для их возраста. Индекс массы тела (ИМТ) определяется как вес, разделенный на рост в квадрате (измеряется в кг/м²); низкие ИМТ соответствуют значениям ниже 18,5.

Все страны, у которых место, определяемое в соответствии с показателем неравенства возможностей, совпадает с местом, занимаемым в соответствии со средним коэффициентом детской смертности, располагались бы на уровне 45-го места. Однако на практике дело обстоит иначе. Страны, занимающие места выше 45-го, имеют более

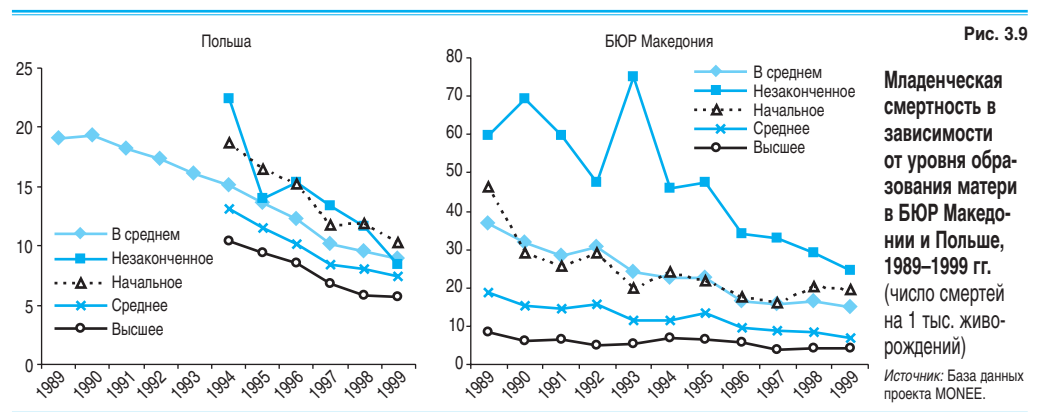
матери и ребенка? Нижняя половина таблицы свидетельствует о значительных различиях в питании детей и матерей из богатых и бедных домохозяйств во всех трех странах.

В Казахстане, как представляется, существуют наибольшие различия между богатыми и бедными, что соответствует выводам о доступе к медицинским услугам. Процентная доля детей с задержкой в росте в квинтили самых бедных в 10 раз превышает процентную долю таких детей в квинтили самых

богатых, а процент детей с пониженным весом среди бедных почти в четыре раза больше, чем среди богатых. В то время как значения в квинтили самых богатых находятся на уровне, соответствующем уровню самых богатых промышленно развитых стран мира, значения в квинтили самых бедных вызывают серьезную озабоченность; как отмечалось при анализе таблицы 3.3, распространение такого явления, как задержка в росте на уровне 30 процентов, Всемирной организацией здравоохранения классифицируется как “высокое”. Все же из трех рассматриваемых стран ситуация в Казахстане лучше с точки зрения обоих средних показателей, касающихся питания детей, но в этой стране несколько худшие показатели, касающиеся питания матерей, чем в Кыргызстане. И хотя Кыргызстану и Узбекистану, по-видимому, удалось обеспечить более равный доступ к перечисленным в таблице 3.4 медицинским услугам, связанным с охраной здоровья матери и ребенка, в этих странах все же существуют значительные различия в отношении питания детей и матерей. Например, в Кыргызстане процентная доля детей с задержкой в росте в квинтили самых бедных почти в 2,5 раза превышает их процентную долю в квинтили самых богатых.

Малообеспеченные люди в меньшей степени могут позволить себе ряд товаров и услуг, которые способствуют поддержанию здоровья, в том числе платную медицинскую помощь, качественные жилье и санитарию, а также сбалансированное питание. Это касается не только Центральной Азии, но и других частей региона, включая страны, имеющие более высокий средний уровень жизни. В главе 2 отмечается недостаточное питание малообеспеченных семей в различных странах. Данные сравнительного обследования различных частей Центральной и Восточной Европы показывают, что материальные лишения сами по себе стали красноречивым свидетельством состояния здоровья населения³². Одним из факторов, способствовавших этому, могла стать распространившаяся практика неофициальной оплаты медицинских услуг, которая, возможно, ограничила доступ к медицинской помощи. Этот вопрос рассматривается ниже.

Утверждалось, что разница в доходах может сама по себе пагубно сказаться на состоянии здоровья, не говоря уже об обнищании, следствием которого являются увеличение разрыва в распределении доходов и сокращение средних доходов³³. Неравенство доходов может пагубно воздействовать на социальную сплоченность, вследствие этого в обществах, где процветает неравенство, вряд ли может идти речь о здоровом населении. Более низкий уровень социальной сплоченности приводит к формированию обостренного чувства отсутствия личной безопасности,



что, среди прочего, приводит к стрессам и более низкому качеству жизни отдельного человека. Это объясняет причину существования обратной зависимости между неравенством доходов и ожидаемой продолжительностью жизни (при условии постоянного уровня средних доходов), которая прослеживается в странах со средними и высокими доходами повсюду в мире. Хотя отчасти эта аргументация применима и к странам, переживающим переходный период, на сегодняшний день отсутствуют убедительные эмпирические данные, свидетельствующие об этом³⁴.

Различия в доступе к образованию могут все еще определять некоторые важные различия в показателях здоровья людей, живущих в регионе. На рис. 3.9 это показано на примере тенденций взаимосвязи коэффициентов младенческой смертности и уровня образования матерей в двух странах, которые находятся на различных стадиях экономического развития и на разных этапах осуществления экономических реформ, – в Польше и БЮР Македонии.

В обеих странах дети, родившиеся у более образованных матерей, в значительно меньшей степени подвержены риску умереть в младенчестве. В действительности в 90-е годы различия в коэффициентах смертности в зависимости от уровня образования матерей значительно сократились в БЮР Македонии при общем сокращении младенческой смертности, что в определенной степени произошло и в Польше, где различия в начале десятилетия были менее существенными. Можно было бы предположить, что различия, ассоциирующиеся с уровнем образования матерей, в переходный период увеличились. Однако сокращение различия, вероятно, в значительной степени объясняется тем, что число детей, родившихся у женщин с низким образовательным уровнем, резко сократилось.

С учетом того, что образование и доходы были менее тесно взаимосвязаны в условиях плановой экономики, чем при установившейся рыночной экономике, факты, свидетельствующие о различиях в сфере здоровья, в первые годы переходного периода приобретают важное значение: они подчеркивают влияние образования на состояние здоровья, независимо от доходов. Образование становится преградой на пути болезней, оказывая влияние на образ жизни и способность решать проблемы, а также формируя ценности. Такая точка зрения подкрепляется данными, полученными как по Западной, так и по Восточной Европе³⁵. (См. также вставку 4.4 в главе 4.) Если различия в образовании являются основной причиной неравных возможностей в сфере здоровья, то в ответ на это необходимы политические меры, мобилизующие усилия для обеспечения доступа к хорошему образованию для всех слоев общества.

Неофициальная оплата и неравный доступ к медицинским услугам

Неофициальная оплата, определяемая как оплата услуг медицинских учреждений и персонала, предоставляющих медицинскую помощь, наличными деньгами или в натуральной форме помимо официальных каналов, существовала и в социалистический период, что отчасти объяснялось сравнительно низкой заработной платой врачей. Такой вид оплаты получил довольно широкое распространение по всему региону, в том числе и в более богатых странах, в некоторой степени вследствие относительного падения уровня заработной платы в государственном секторе. Сегодня на него приходится существенная доля расходов населения на медицинское обслуживание во многих странах.

О масштабах, которые приобрела эта проблема в 10 странах, дает представление рис. 3.10. В Армении 91 процент всех пациентов оплачивают медицинские услуги в неофициальном порядке, что свидетельствует о фактическом развале государственной системы здравоохранения. Удивляет тот факт, что даже Польша, по-видимому, сталкивается с серьезными проблемами в попытках обуздать неофициальную оплату медицинских услуг. Диаграмма

показывает, что подобная практика широко распространена и в других странах. (Чешская Республика и Словения, не представленные на диаграмме, были названы в качестве возможного исключения.)

Открытое взимание платы за оказываемые услуги, вероятно, могло бы стать шагом для введения некоторой подотчетности, однако такая система может иметь важные последствия в плане обеспечения справедливого доступа к услугам, поскольку представляет собой наиболее регрессивную форму финансирования здравоохранения. Неофициальная оплата эффективна в том смысле, что доступ к медицинской помощи обусловлен исключительно способностью пациентов платить за нее. Поскольку оплата осуществляется не по официальным каналам и ее получение не оформляется должным образом, не представляется возможным решить эту проблему путем субсидирования бедных семей в соответствии с их фактическими расходами. В результате маловероятно, что семьи с более низкими доходами в случае необходимости будут обращаться за медицинской помощью.

Из таблицы 3.5 видно, что это как раз и произошло в Таджикистане. Лица из беднейших слоев (а это пятая часть всего населения) почти в два раза чаще, чем те, кто составляет пятую наиболее обеспеченную часть, сообщали о том, что стоимость услуг является основной причиной, по которой они не обращаются за медицинской помощью. (Тот факт, что в качестве такой причины стоимость услуг была названа четвертью всех респондентов даже в самой обеспеченной пятой части населения, свидетельствует о крайне низком среднем уровне жизни в Таджикистане, где примерно 96 процентов населения находятся ниже официального уровня доходов, необходимого для обеспечения минимального прожиточного уровня.)

Аналогичные препятствия существуют и в плане приобретения основных лекарственных препаратов. Из тех, кто обращался за медицинской помощью в Таджикистане, лица, входящие в беднейшую пятую часть населения, в три раза реже, чем пациенты из других групп, получали рецепты, а из тех, кто получал их, 70 процентов не могли купить предписанные врачом лекарства отчасти из-за сокращения дотаций на лекарства для бедных. Больше всего от этого пострадали женщины и дети, поскольку они являются основными потребителями лекарственных средств.

Существуют аналогичные данные о прямых последствиях оплаты медицинских услуг наличными и в других странах Центральной Азии³⁶. Учитывая распространенность практики неофициальной оплаты во многих других частях региона, следует предполагать, что ее последствия являются уделом не только Центральной Азии.

Поскольку неофициальная оплата медицинских услуг осуществляется в обход официальной системы, она, по существу, усугубляет причину, породившую ее, – нехватку государственных ассигнований. Она также подрывает стимулы для того, чтобы сделать систему здравоохранения более прибыльной и эффективной. Если неофициальная оплата медицинских услуг составляет значительную долю доходов врачей и других работников сектора здравоохранения, то это сводит на нет действенность любой реформы по изменению официальной системы заработной платы. В ряде случаев некоторые инициативы в этой области могут даже носить противоположный характер. Попытка сократить продолжительность пребывания

Рис. 3.10



Таблица 3.5

Основные причины отказа от медицинской помощи с разбивкой по квинтили доходов, Таджикистан, 1999 г. (в процентах)

	Квинтиль					Всего
	20% самых бедных	2	3	4	20% самых богатых	
“Самолечение”	42	49	50	55	65	52
Уверенность, что все пройдет само собой	11	3	16	5	6	8
Медицинское учреждение находится слишком далеко, закрыто или плохо обслуживает	1	2	4	5	3	3
Лечение слишком дорого стоит	42	41	28	30	24	33
Другие причины	5	5	2	5	2	4
Итого	100	100	100	100	100	100

Источник: Falkingham, J. (2001), “Poverty, Affordability and Access to Health Care”, in McKee, M., J. Healy and J. Falkingham (eds.) (выйдет в свет в 2002 г.), *Health and Health Care in Central Asia*, Ballroom, Buckingham UK: Open University Press and European Observatory of Health Care Systems, Mimeo.

Примечание. Итоговые показатели в сумме могут не составлять 100, так как приводимые цифры округлялись. Различия по квинтилям существенны на уровне 0,1 процента.

пациентов в стационаре путем введения платы за лечение того или иного конкретного заболевания, а не за день госпитализации может не дать желаемого результата, если врачи считают, что они могут получить большую плату за услуги неофициальным путем, увеличивая продолжительность пребывания пациентов в стационаре. Отсутствие должного внимания к такому явлению, как неофициальная оплата медицинских услуг и ее роль в качестве стимула, могут привести к тому, что реформирование сектора здравоохранения не даст должного результата.

Выходом из этой неоднозначной ситуации должно стать решение правительства о недопустимости неофициальной оплаты “из-под полы”. Отчасти проблема может быть решена благодаря введению официальной платы за пользование услугами, как недавно некоторые страны и поступили, признав тем самым факт существования оплаты медицинских услуг в частном порядке. Формализация таких платежей позволяет, в принципе, ввести субсидирование расходов неимущих, чтобы обеспечить им доступ к медицинскому обслуживанию. Однако некоторые люди из-за административных недостатков системы субсидирования (а также из-за недостаточной информированности домохозяйств о такой системе либо из-за их неспособнос-

ти доказать свое право на пользование ею по другим причинам) всегда оказываются вне сферы ее действия.

Вследствие этого возникает общая проблема оплаты медицинских услуг в частном порядке. Как видно из таблицы 1.3 в главе 1, данные опроса общественного мнения, относящиеся к концу 90-х годов, показывают, что 40 процентов респондентов в Центральной и Восточной Европе, в общем, считают “крайне несправедливым”, что люди с более высокими доходами могут пользоваться более качественными медицинскими услугами (такой же процент отмечен в странах – членах ОЭСР с развитой рыночной экономикой). Очевидно, что полностью частная система оплаты сделала бы проблематичным для малообеспеченных доступ к медицинскому обслуживанию, а система субсидирования домохозяйств с более низкими доходами, как было показано выше, вряд ли сможет эффективно компенсировать эти последствия. Ключевая роль всегда остается за прямым государственным финансированием и государственным обеспечением медицинского обслуживания, что является гарантией всеобщего доступа. Это одна из основных проблем в регионе, которую необходимо решить в рамках политики в области здравоохранения. Об этом идет речь в следующем разделе данной главы. ■

3.4 Политика в области здравоохранения и проблемы, требующие решения

Цель настоящего раздела заключается в том, чтобы обобщить основные проблемы в регионе, встречающиеся на пути проведения политики в области здравоохранения. В центре ее внимания должны быть прежде всего финансирование систем здравоохранения и их эффективность. Далее рассматриваются некоторые ключевые вопросы, особенно касающиеся здоровья женщин и детей: первичная медико-санитарная помощь, общественное здравоохранение и целевой охват групп, не имеющих доступа к здравоохранению. К сожалению, формат данной публикации имеет свои ограничения, что позволяет рассмотреть лишь ряд наиболее важных проблем. Среди других источников, в которых обсуждается политика в области здравоохранения в странах переходного периода, читателю предлагается ознакомиться с основами политики Всемирной организации здравоохранения в отношении Европейского региона за 1999 год (*Health21*), а также с главой, посвященной проблемам здравоохранения, в докладе Всемирного банка за 2000 год *Making Transition Work for Everyone*³⁷.

Вопросы финансирования и эффективности систем здравоохранения являются центральными для здоровья как детей, так и взрослых. Как видно из рассмотрения вопроса о неофициальной оплате в конце предыдущего раздела, от того, как финансируется медицинское обслуживание, зависят не только способы оплаты услуг здравоохранения, но и контингент лиц, пользующихся медицинскими услугами, и то, насколько часто они это делают. Создание соответствующих механизмов оплаты услуг медицинских учреждений и персонала может, в принципе, повысить качество оказываемых ими услуг. Повышение эффективности, с тем чтобы при ограниченных ресурсах предостав-

лялся больший объем более качественных услуг, позволит высвободить средства для направлений политики, остро нуждающихся в активном участии правительства, таких как меры по совершенствованию общественного здравоохранения, а также по поддержанию здоровья наименее обеспеченных и других находящихся в неблагоприятном положении групп общества.

Политика в области здравоохранения при централизованном планировании была основана на иерархической, контролируемой на национальном уровне системе, при которой все сотрудники системы здравоохранения были государственными служащими. Крах социалистической системы неизбежно создал стимулы для перемен практически по всем направлениям политики в области здравоохранения, хотя стремление правительств реструктурировать и децентрализовать этот сектор нередко было вызвано финансовыми трудностями, связанными с сокращением выделяемых государством средств.

В самом деле, за реформирование сектора здравоохранения обычно брались менее охотно, чем за экономические реформы. В более бедных частях региона государству зачастую не хватало политической воли или экономического и институционального потенциала, чтобы последовательно осуществлять реформирование системы здравоохранения. Очевидно, что в условиях вооруженного конфликта затруднено реформирование системы здравоохранения, равно как и других областей государственной политики. Хотя более богатые страны региона в целом были в более выгодном положении при реформировании своих секторов здравоохранения, процесс реформ в этой сфере отставал, и порой значительно, от реформирования в области экономики. Например, Польша пошла по пути

контролируемой “шоковой терапии” в экономике, а для реформирования сектора здравоохранения предпринимала лишь очень постепенные шаги, в то время как Эстонии удалось в значительной мере реформировать свою политику в области здравоохранения при одновременном осуществлении важных экономических реформ.

Знакомясь с этим разделом, следует иметь в виду, что в условиях рыночной экономики не существует одной-единственной “правильной” системы здравоохранения. Политика в области здравоохранения в странах – членах ОЭСР с развитой рыночной экономикой постоянно меняется, поэтому системы здравоохранения в этих странах отличаются значительным разнообразием, как, впрочем, и другие сферы основных социальных услуг, например образование. Очевидно, что отсутствие единой модели осложняет деятельность по проведению реформ в странах с переходной экономикой. Кроме того, для реформирования любой структуры, которая создавалась на протяжении десятилетий, требуется немало времени. Физическая и институциональная инфраструктура, а также людские и финансовые ресурсы некогда обслуживали потребности прежней системы, что, соответственно, формировало влиятельные круги со своими правами и интересами, стремящиеся сохранить статус-кво.

Надлежащее и справедливое финансирование

Кто фактически платит за медицинские услуги? Как отмечается в разделе 3.3, значительная часть расходов на здравоохранение в регионе поступает из частных источников через неофициальные платежи, однако истинные их масштабы точно не известны. Более полные данные имеются по государственным расходам. На рис. 3.11 показаны государственные расходы на здравоохранение в виде процента от ВВП за 1989 и 1999 годы.

Различия в расходах на здравоохранение, определяемые таким образом, были более значительными в 1999 году. В общем, более богатые страны удержали на прежних

уровнях или даже увеличили свои расходы на здравоохранение в виде доли от национального дохода, в то время как более бедные страны сократили их до уровней, порой очень низких. В странах с самыми низкими расходами на здравоохранение под угрозой оказалось предоставление даже базовых медицинских услуг, что создает условия для развития системы неофициальной оплаты медицинских услуг в частном порядке, с тем чтобы хоть как-то удержать на плаву систему здравоохранения. (Очевидно, что с учетом сокращения национальных доходов реальные расходы уменьшились в значительно большей степени, чем это показано на рис. 3.11.)

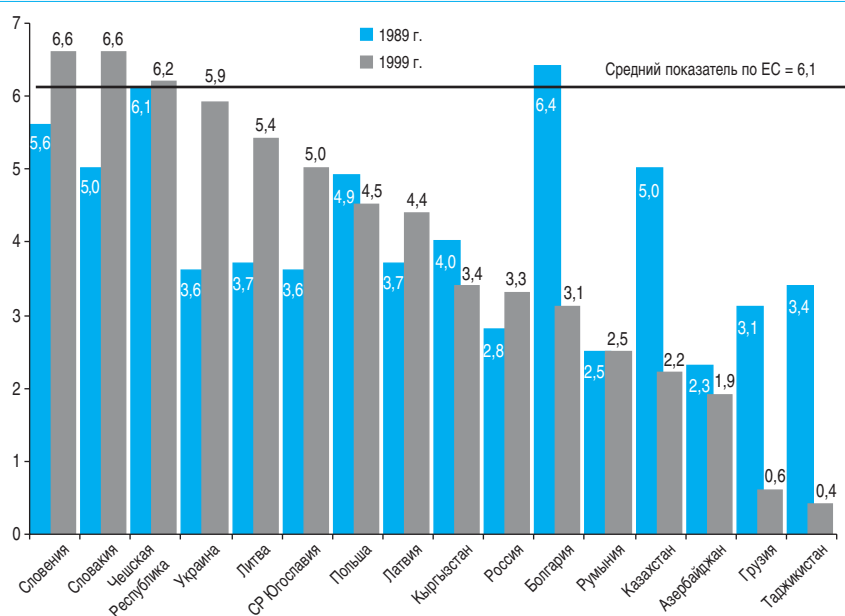
Диаграмма свидетельствует и о том, что доли расходов также значительно ниже среднего показателя в странах – членах ЕС. Это неудивительно в отношении более бедных стран региона, однако в известной мере отличается от ситуации с государственными расходами на образование (см. рис. 4.14 в главе 4) – в данной области большее число стран в 1999 году могли на равных соперничать со странами – членами по средним показателям ОЭСР (хотя такие страны, как Грузия и Таджикистан, безусловно, расходуют чрезвычайно мало средств на здравоохранение и образование). Это может означать, что правительства отдают предпочтение образованию перед здравоохранением, возможно, по причине недооценки экономических издержек плохого состояния здоровья (см. вставку 3.1), хотя очень важно не выделять какой-либо из этих секторов как более значимый.

Каковы возможные последствия изменений в расходах на здравоохранение, происшедших в 1989–1999 годах? Сведения по отдельным странам, полученные на основе международных данных по результатам анализа таких факторов, как средние доходы, неравенство доходов и уровни образования, показывают, что государственные расходы сами по себе оказывают незначительное влияние на средние коэффициенты детской смертности и другие показатели здоровья³⁸. То, как расходуются деньги, может иметь для показателей здоровья большее значение, чем

размеры государственных расходов, хотя трудно себе представить, что крайне низкие расходы на здравоохранение в некоторых странах Закавказья и Центральной Азии не имеют никаких последствий. Другие сведения по странам подтверждают, что объем государственных ассигнований может способствовать улучшению состояния здоровья неимущих³⁹.

В то время как государственные расходы на образование по-прежнему финансируются в регионе главным образом за счет общих налоговых поступлений, для покрытия расходов на здравоохранение большинство стран перешли от аналогичной формы финансирования к внесению целевых взносов в фонды медицинского страхования. Такие не схожие между собой страны, как Албания, Болгария, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Польша, Россия, Словакия, Чешская Респуб-

Рис. 3.11



Государственные расходы на здравоохранение в виде процента от ВВП, 1989 и 1999 гг.

Источники: Статистическое приложение, таблица 6.10; база данных ВОЗ “Здоровье для всех”.

Примечание. Исходным для Польши, Кыргызстана, Казахстана и Грузии является 1990 г., для России и Болгарии – 1991 г., для Литвы и Латвии – 1992 г. и для Чешской Республики и Таджикистана – 1993 г. Последним для Словакии, СР Югославии, Болгарии и Румынии является 1998 г. Средний показатель по странам – членам ЕС относится к 1998 г. Данные по Словении, Словакии и Польше получены из базы данных ВОЗ “Здоровье для всех”.

лика и Эстония, внедрили различные формы медицинского страхования⁴⁰.

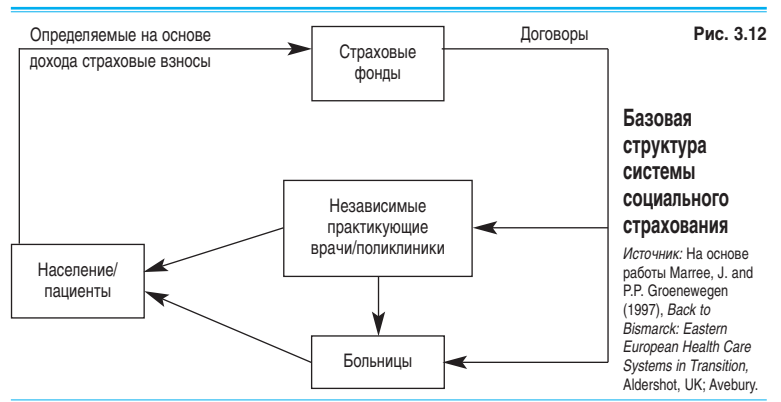
Что представляет собой эта новая модель финансирования здравоохранения и как она влияет на эффективность медицинских услуг и обеспечение справедливого доступа к ним? На рис. 3.12 в графической форме показано, как в основном функционирует модель социального страхования, которую используют многие страны, переживающие переходный период.

Члены страхового фонда делают в него выплаты, в зависимости от своих доходов, в виде “членского взноса”. Фонд, в свою очередь, покупает медицинские услуги у соответствующего медицинского учреждения или персонала – отдельных врачей, поликлиник и больниц. Отношения между страховым фондом и поставщиком медицинских услуг регулируются в договорах. Пациенты получают медицинские услуги у их поставщиков. В идеале правительство напрямую не вмешивается в эти отношения, однако берет на себя важную роль по определению условий, в соответствии с которыми устанавливаются отношения между страховыми фондами, поставщиками услуг и пациентами. Следует отметить, что фондами не руководят частные компании в целях получения прибыли. Скорее, их надо рассматривать в качестве независимых или квази-независимых организаций в рамках государственного сектора.

Если прежде только центральное правительство несло ответственность за сбор поступлений и оплату медицинских услуг, то сегодня страховые фонды или фонды на случай болезни эту жизненно важную роль в рамках системы здравоохранения берут на себя. Идея, в принципе, заключается в том, чтобы сделать эти фонды независимыми от правительства с административной и финансовой точек зрения, хотя правительство неизбежно сохраняет за собой важную роль в финансировании. Во всех странах, которые ввели медицинское страхование, из государственного бюджета выделяются дополнительные средства для определенных групп населения, таких как безработные и престарелые, а также на мероприятия в области общественного здравоохранения, на медицинское обучение и медицинские исследования.

Число страховых фондов в каждой стране и их размеры значительно различаются в регионе. Албанская система медицинского страхования, например, управляется всего одним фондом. Другие страны, такие как Венгрия, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония, создали центральную “национальную компанию медицинского страхования”, которая охватывает своими услугами большую часть населения и имеет ряд местных филиалов и специальных фондов страхования на случай болезни, подконтрольных центральному фонду. Смысл учреждения более чем одного фонда состоит в том, чтобы создать конкуренцию, которая, в свою очередь, увеличивает для фондов стимулы, направленные на повышение качества услуг для своих клиентов. Лишь немногие страны предоставляют страхователям возможность самим выбирать фонд, хотя на практике профессиональная принадлежность членов фонда или их географическое распределение могут ограничивать фактическую свободу выбора⁴¹.

Правда, некоторые ограничения свободы выбора на деле бывают желательными. Оценить работу конкурирующих между собой фондов медицинского страхования труднее, чем, к примеру, определить качество различных



сортов яблок, продающихся на рынке, а последствия выбора малоэффективного фонда могут оказаться куда серьезнее, чем покупка червивого яблока. Считается, что умение распознать наиболее эффективные и надежные фонды может развиваться благодаря образованию и, как следствие, при наличии более высокого уровня дохода, а это, в свою очередь, означает преимущества большего выбора скорее для более состоятельных людей, чем для малообеспеченных.

Важная проблема, связанная с конкуренцией, заключается в том, что страховые фонды заинтересованы в отборе своих членов из числа лиц, здоровье которых не подвергается рискам, а также лиц с более высокими доходами, поскольку размеры взносов определяются на основе доходов. Страхователи с плохим здоровьем, а также лица с более низкими доходами, что нередко совпадает, могут в конечном счете оказаться в тех страховых фондах, которые имеют худшее финансовое обеспечение и поэтому не могут обеспечить должный уровень и качество услуг. Чтобы предотвратить это, правительства могут создать механизмы, призванные перераспределять средства между фондами, однако многие страны ввиду сложностей, связанных с разработкой и регулированием деятельности таких механизмов, не могут обеспечить их внедрение. Хотя имеются отдельные данные об отборе клиентов, проводимом фондами, вопрос о том, ведет ли это к менее качественному обслуживанию малообеспеченных клиентов, пока недостаточно хорошо изучен.

Участие в программе медицинского страхования, как правило, носит обязательный характер. Члены фондов вкладывают средства в страховой фонд в форме страховых взносов, определяемых на основе дохода (обычно в виде единого для всех процента), и право на получение услуг по медицинской страховке обычно зависит от уплаты взносов. Хотя законом, как правило, оговариваются исключения из этого правила, например для безработных, инвалидов, беременных и детей, данный принцип означает значительный отход от прежней системы, которая гарантировала всеобщий равный доступ к медицинским услугам. Напротив, при финансировании за счет средств общего налогообложения уплата взносов оказывается мало связанной с возможностью пользоваться медицинской помощью. Несмотря на упоминавшиеся исключения, медицинское страхование устанавливает более тесную связь между оплатой и использованием услугами. Таким образом, финансирование через систему медицинского страхования в меньшей степени основывается на принципе солидарности, чем финансирование из средств общего налогообложения.

На практике медицинское страхование может также иметь более регрессивный характер, чем система общего налогообложения доходов, поскольку процент отчислений отстает от уровня доходов. Ряд стран – членов ОЭСР нашли способ успешно бороться с этим явлением путем освобождения от уплаты налогов лиц с наиболее низкими доходами⁴², и их примеру последовали страны Центральной и Восточной Европы. Однако в некоторых других странах, например Чешской Республике и Словакии, установлен верхний предел совокупных отчислений, которые должно сделать отдельное лицо, что также придает системе отчасти регрессивный характер.

Степень регрессивности новых систем медицинского страхования в их подходе к финансированию еще не получила оценки на основе эмпирических данных. Как отмечалось в разделе 3.3, наблюдаемый рост неофициальных выплат, которые являются самой регрессивной формой финансирования медицинских услуг и ставят медицинское обслуживание в прямую зависимость от платежеспособности пациента, противоречит тому, что Всемирная организация здравоохранения назвала в Докладе о состоянии здоровья в мире за 2000 год “обеспечением справедливой финансовой защиты”. Этот критерий, один из тех, которые используются в докладе ВОЗ для оценки эффективности национальных систем здравоохранения (см. также рис. 3.8), является воплощением идеи о том, что домохозяйства должны платить за услуги в области здравоохранения столько, сколько они могут платить. На рис. 3.13 сравнивается ранжирование 191 страны, в отношении которых имеется показатель такой справедливой финансовой защиты, с их ранжированием в соответствии с расходами на здравоохранение (как частными, так и государственными) на душу населения⁴³.

Большинство стран, переживающих переходный период, располагаются выше 45-го места, и это означает, что с точки зрения справедливости финансирования они занимают более *низкие* места, чем с точки зрения уровня расходов на здравоохранение. Если толковать такое положение буквально, то оно может отражать регрессивный ха-

рактер получившей широкое распространение практики неофициальной оплаты медицинских услуг, а также, возможно, и регрессивные аспекты систем медицинского страхования во многих странах региона. Тем не менее результаты сравнения следует оценивать с осторожностью. Показатель справедливой финансовой защиты основывается на информации, полученной в ходе обследований на уровне домохозяйств, которые были проведены только в 10 процентах стран по всему миру, и поэтому были предложены альтернативные показатели⁴⁴.

Странам, которые ввели системы медицинского страхования, нередко приходится решать проблему узкой и нестабильной доходной базы, возникающей вследствие экономических кризисов, роста безработицы и значительных уровней неофициальной занятости. Отчасти в результате этого в Чешской Республике в конце 90-х годов исчезли 18 страховых фондов. Некоторые из них обанкротились, другие были закрыты правительством за несоответствие юридическим требованиям. Банкротства способствовали накоплению долгов в этой системе, что еще больше затруднило осуществление операций по страхованию. Во многом схожие, но менее драматичные события происходили в Словакии и Венгрии.

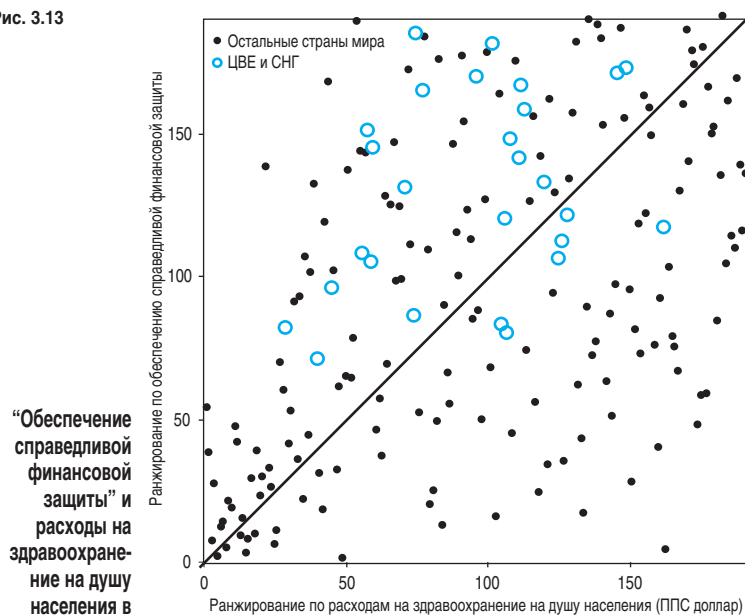
Это не означает, что путь, выбранный многими странами региона, обречен на неудачу. Как только будет создана устойчивая экономическая структура, хорошо функционирующая программа медицинского страхования сможет обеспечить устойчивую финансовую основу при государственном регулировании и вмешательстве, гарантирующую надлежащий охват неимущих. Примером этого является Эстония. Вскоре после введения в 1992 году медицинского страхования эстонское правительство признало, что административный потенциал и квалификационные возможности являются важными предпосылками для надлежащего функционирования такой системы. Оперативные возможности 22, преимущественно региональных, фондов медицинского страхования, были повышены путем их подчинения “центральному фонду страхования на случай болезни”. Была создана хорошая информационная система, что позволило правительству заключать договоры с поставщиками услуг, определяя их объем, качество и комплексное предоставление по договорным или регулируемым ценам, и контролировать поведение поставщиков услуг на основе показателей их деятельности.

Однако более бедные и менее развитые страны региона, по-видимому, не готовы к введению систем медицинского страхования по западноевропейскому типу вследствие широко распространенной неофициальной занятости, более низких уровней образования и более слабого административного и институционального потенциалов. Поэтому наилучшим временным выходом для этих стран может стать продолжение финансирования через систему общего налогообложения⁴⁵.

Повышение эффективности

При централизованном планировании эффективность систем здравоохранения не вызывала серьезного беспокойства, и одной из причин ухудшения показателей здоровья населения в некоторых частях региона в конце 80-х годов было названо неэффективное и нерациональное использование ресурсов системы здравоохранения⁴⁶.

Рис. 3.13



“Обеспечение справедливой финансовой защиты” и расходы на здравоохранение на душу населения в 191 стране

Примечание. Страны располагаются в порядке убывания начиная с “наиболее справедливой” подхода (приравненного к “1”) и кончая “наименее справедливой” подходом (равного “191”) и начиная с наибольших расходов (“1”) и кончая наименьшими расходами (“191”).

Источник: ВОЗ (2000), там же: рис. 3.8.

Как отмечалось выше, на конечные показатели здоровья влияют не только объемы средств, выделяемых на сектор здравоохранения, но и то, как эти средства расходуются. Типичная система здравоохранения в социалистический период была ресурсоемкой. В этих странах было больше больниц на душу населения, чем в странах – членах ОЭСР; пациенты чаще госпитализировались, и их пребывание в больницах было более продолжительным.

В таблице 3.6 показано изменение ситуации в данной области на основе данных о различных показателях расходов на здравоохранение и о использовании медицинскими услугами в конце 90-х годов путем группирования стран по субрегионам. Для сравнения даются средние показатели по ЕС.

В некоторых странах региона, по-видимому, продолжает существовать избыточный ресурсный потенциал. В Центральной Европе, государствах Балтии и особенно в западной части СНГ имеется значительно больше больничных коек на душу населения, чем в ЕС. В государствах Балтии и во всех странах СНГ имеется на 50–75 процентов больше койко-мест в больницах на душу населения, чем в странах – членах ЕС. В государствах Балтии и в большей степени в странах Центральной Европы число врачей на душу населения несколько ниже уровня ЕС, но все же выше, чем в других странах со схожими уровнями экономического развития⁴⁷. Расходы на медицинскую помощь в Юго-Восточной Европе и бывшей Югославии выпадают из общей картины: их уровень, как правило, ниже, чем уровень аналогичных расходов в странах ЕС.

Единственный показатель, по которому все семь субрегионов уступают странам – членам ЕС, – это число врачей общего профиля, или семейных врачей, на душу населения. Как будет показано ниже при рассмотрении вопроса о первичных медицинских услугах, это одна из областей, в которой страны переходного периода должны изменить положение. Роль семейных врачей в оказании первичной медицинской помощи является важным фактором как в повышении эффективности, так и в обеспечении справедливости в системах здравоохранения.

Очевидно, что относительная избыточность ресурсов поддерживает спрос на них, и это подтверждается показателями госпитализации и средней продолжительности пребывания в больницах скорой медицинской помощи. В среднем пациенты в западной части СНГ в случае госпитализации в больницы скорой медицинской помощи остаются там две недели по сравнению с восемью днями в странах ЕС и процент госпитализации в них также выше. Продолжительность госпитализации в странах Закавказья и Центральной Азии также значительно продолжительнее, чем в странах ЕС, хотя процент госпитализации ниже, особенно в Закавказье.

На финансирование систем медицинского обслуживания в странах, переживающих переходный период, обычно тратится гораздо меньшая доля государственных расходов в ВВП, чем в ЕС, причем особенно низкий уровень финансирования (около 1 процента) отмечен в неко-

Таблица 3.6

Лечебные ресурсы здравоохранения и их использование, 1999 г. (на 100 тыс. человек)

	ЕС	Центральная Европа	Государства Балтии	Бывшая Югославия	Юго-Восточная Европа	Закавказье	Западная часть СНГ	Центральная Азия
Больничные койки	674	773	848	510	594	672	1 023	679
Больницы	3,8	2,4	5,6	1,7	2,3	6,7	6,3	6,3
Врачи	353	306	338	202	223	365	376	287
Врачи общего профиля	99	60	50	58	64	31	41	31
Медсестры	755	667	643	536	485	578	895	690
Клиники для стационарных больных	18	19	22	12	15	5	21	13
Средняя продолжительность пребывания в больнице (дни)	8	8	9	9	11	11	14	12

Источник: База данных ВОЗ "Здоровье для всех".

Примечание. Средние по региону невзвешенные показатели. Данные за 1999 г. или за последний год, по которому имеется информация. Средние показатели по странам – членам ЕС относятся к 1998 г. Термин "врачи общего профиля" относится к тем из них, кто работает в сфере первичной медико-санитарной помощи. Данные по бывшей Югославии не включают СР Югославию. Данные о врачах общего профиля и медсестрах по странам Центральной Европы не включают Польшу. Цифры о средней продолжительности пребывания в стационаре приводятся не на 100 тыс. человек. Для этого пункта отсутствуют данные по Польше, Албании, Румынии, Латвии, Беларуси и Узбекистану.

торых странах СНГ, хотя именно СНГ имеет особенно высокий больничный потенциал и спрос на него по сравнению с уровнем ЕС. С учетом гораздо более низких национальных доходов в странах переходного периода можно предположить, что недофинансирование крайне затрудняет функционирование столь ресурсоемкой системы. Это, в свою очередь, ведет к низкой заработной плате, невысоким нравственным устоям персонала, росту задолженности по заработной плате, невозможности поддерживать в нормальном состоянии и обновлять физическую инфраструктуру и оборудование.

Что тормозит процесс реструктуризации в этой сфере? Частично это объясняется льготами, существующими в рамках системы. Система оплаты деятельности поставщиков медицинских услуг является неотъемлемой частью системы здравоохранения, и она может сильно повлиять на объем и качество предоставляемых услуг. Пересмотр механизмов оплаты может сыграть важную роль в повышении качества услуг и осуществлении перемен.

Механизмы оплаты поставщиков медицинских услуг могут быть классифицированы по двум типам. Механизмы "предварительной" оплаты предусматривают ее внесение авансом, до фактического предоставления услуг. Под эту категорию подпадают заработная плата, гонорары в расчете на одного человека (плата, взимаемая за каждого потенциального пациента, независимо от того, пользуется он на деле услугами системы здравоохранения или нет) и общие фиксированные бюджеты. "Ретроспективные" механизмы возмещают расходы на фактически предоставленные услуги, например плату за специальные услуги и затраты, связанные с ежедневным пребыванием пациента в стационаре. Оба типа оплаты, осуществляемые в чистом виде, имеют недостатки: механизмы предварительной оплаты могут снижать мотивацию поставщиков услуг, поскольку вознаграждение не зависит от затраченных ими усилий, в то время как ретроспективные механизмы создают стимулы для того, что можно назвать чрезмерным использованием услугами в целях повышения доходов поставщиков услуг. Поэтому представляется уместным сочетать оба типа, с тем чтобы создавать стимулы, содействующие как эффективности системы, так контролю над рас-

ходами. Этого подхода придерживаются многие западно-европейские страны, но с различным успехом⁴⁸.

В странах, переживающих переходный период, в целом произошел отход от модели, при которой практикующие врачи, получавшие зарплату, были государственными служащими, к договорным отношениям между государством и врачами, что, в принципе, должно стать стимулом для их хорошей работы. Оплата услуг врачей, имеющих частную практику, все чаще носит комплексный характер и складывается из заработной платы, гонораров в расчете на одного человека и платы за услуги.

Что касается оплаты услуг больниц, избыточность которых является одним из основных препятствий для реформирования системы здравоохранения, то в начале 90-х годов особой популярностью здесь пользовались ретроспективные методы внесения платы за каждый день пребывания пациентов в стационаре и платы за каждый конкретный случай заболевания. В условиях отсутствия жестких верхних пределов на расходы затраты больниц в некоторых странах стремительно росли, что нередко создавало финансовые проблемы для новых фондов медицинского страхования, которые осуществляли финансирование больниц. В Чешской Республике имеются особенно яркие примеры того, как ряд страховых фондов обанкротились во второй половине 90-х годов из-за бурного роста затрат. Выжившие страховые фонды в качестве ответной меры перешли на смешанные системы оплаты, которые включали отдельные элементы предварительной оплаты услуг (например, сборы, взимаемые из расчета на одного человека).

Сегодня некоторые страны (например, Албания, Россия, Чешская Республика) рассматривают фиксированные бюджеты и сборы, взимаемые из расчета на одного человека, в качестве «следующего поколения» системы оплаты услуг, которая не ограничивается взиманием платы за каждый день пребывания пациентов в стационаре и платы за лечение каждого случая заболевания, и они начали устанавливать верхние пределы на больничные расходы. Последствия этих нововведений нуждаются в критической оценке. Другие страны (например, Азербайджан, Таджикистан, Украина, Узбекистан) по-прежнему придерживаются старого подхода, в соответствии с которым расходы на здравоохранение являются отдельной статьей бюджета: определение финансовых потоков на основе числа больничных коек, занятости коек в предыдущие годы или прошлых расходов и т. д. Это способствует избыточному накоплению ресурсного потенциала путем ассигнования средств в значительной степени на основе уже существующих физических затрат⁴⁹.

Тем не менее, какими бы ни были по своей сути системы оплаты, их эффективность для проведения реформы в конечном счете зависит от осуществления других реформ и от наращивания соответствующего институционального потенциала. В частности, обеспечение качества услуг поставщиков и контроль над их деятельностью не менее важны, чем создание технически безупречной системы возмещения расходов. Как правило, простая система возмещения затрат, которая не создает особых трудностей с точки зрения административного управления, может оказаться более эффективной, чем сложный комплекс мер, при условии что она подкрепляется планом реструктуризации других элементов системы здравоохранения и методикой оценки качества услуг.

Первичная медико-санитарная помощь

Для систем здравоохранения большинства стран, унаследованных от социалистического периода, характерны достаточно специализированная структура медицинских кадров и чрезмерный упор на стационарное лечение, по крайней мере по сравнению с Западной Европой. Система первичной медико-санитарной помощи, при которой врачи общего профиля, то есть семейные врачи, выступают в качестве «посредников» в случае потребности в более специализированной помощи, была развита значительно хуже. Укрепление системы первичной медико-санитарной помощи такого рода все шире признается в качестве ключевого момента в повышении эффективности и расширении доступа к таким услугам для семей, включая, разумеется, детей⁵⁰.

Если семейные врачи будут играть основную роль при направлении пациентов на лечение к специалистам, то их решения, несомненно, будут иметь важные последствия для контроля над расходами системы здравоохранения, если учесть, что в наиболее развитых странах на услуги специалистов приходится более половины всех связанных с оказанием медико-санитарной помощи расходов. Сокращая объемы лечения, которое не является обязательным, и направляя пациентов к специалистам только в случае необходимости, семейные врачи могут способствовать как снижению общих расходов на медицинские услуги, так и повышению эффективности системы.

Правительства стран, переживающих переходный период, как правило, одобрили такую концепцию первичной медицинской помощи и предприняли шаги – с переменным успехом – для переориентирования систем, традиционно отдающих предпочтение стационарному лечению, хотя, как видно из таблицы 3.6, еще предстоит много работать в этом направлении. Предпринятые шаги включают меры, направленные на создание института семейных врачей. В некоторых странах Центральной Азии все эти перемены нашли отражение лишь в терминологии, когда терапевты, педиатры и акушеры были переименованы в семейных врачей, но это никак не сказалось на характере услуг, которые они предоставляют. В других странах, таких как Венгрия, Румыния, Словения и Хорватия, на врачей общего профиля была возложена посредническая функция. В большинстве остальных стран региона пациенты по-прежнему напрямую обращаются к специалистам.

Изменения тормозятся рядом взаимосвязанных факторов⁵¹:

- Семейные врачи недостаточно оснащены, чтобы самостоятельно проводить лечение, и им по-прежнему не хватает финансовых стимулов, чтобы самим лечить больных, а не направлять их в больницу.
- Традиции системы, основанной на специализации, мешают убедить врачей в необходимости пройти курс переподготовки по программе семейного врача.
- Недостаточная координация при реструктуризации системы первичной медицинской помощи, когда контроль над службами здравоохранения, например школьными врачами и центрами гигиены труда, осуществляется различными министерствами.

Для удовлетворения потребностей в медицинской помощи отдельных лиц в рамках своих семей и общин необходима комплексная стратегия, которая содействовала

бы multidisciplinary сотрудничеству между различными специалистами по оказанию первичной медицинской помощи и подготавливала почву для более универсальной системы путем создания широкой образовательной основы для людей, занятых в секторе здравоохранения. Это справедливо в отношении как стран, использующих модель семейного врача в качестве посредника, так и стран, которые продолжают опираться на специалистов, работающих в центрах оказания первичной медико-санитарной помощи (поликлиниках). Почва, на которой такие усилия должны дать всходы, представляется благодатной, и в немалой степени благодаря наличию в регионе большого числа квалифицированных врачей, даже если это врачи-специалисты.

Политика в области общественного здравоохранения

Программы в области общественного здравоохранения, направленные на профилактику заболеваний или травматизма, являются краеугольным камнем любой разумной системы здравоохранения. Профилактика может осуществляться через прямое предоставление услуг, например иммунизацию, а также через информирование о рисках для здоровья и здоровом образе жизни, о необходимости в тех или иных случаях обращаться к врачу и даже о “самолечении”. Такие инициативы в области общественного здравоохранения являются традиционной сферой деятельности правительства. Частный сектор не имеет достаточных стимулов для осуществления медико-санитарных программ в интересах и на благо всего населения. Политика в области общественного здравоохранения имеет большое значение для детей, поскольку многие меры, например иммунизация или йодирование соли, принимаются непосредственно в интересах детей или особенно важны для их развития⁵².

Некоторые важные аспекты программ в области общественного здравоохранения в социалистический период были хорошо продуманы, что подтверждается очень высоким процентом иммунизации детей от инфекционных болезней. Предоставление медико-санитарных услуг, как правило, было возложено на санитарно-эпидемиологическую службу – “Санэпид”, – которая представляла собой организованную по вертикали структуру, действовав-

шую на центральном, областном и районном уровнях. Хотя роль этой службы, в принципе, была широкомасштабной, включая гигиену и безопасность труда и медико-санитарное просвещение, а также контроль над инфекционными болезнями, осуществлявшийся через массовую иммунизацию, последнее направление преобладало в ее деятельности. В результате профилактика заболеваний и травматизма через информирование населения о рисках для здоровья и о надлежащем поведении и образе жизни не получила достаточного развития. И через десять лет переходного периода эти направления, как правило, требуют развития. Распространение ВИЧ/СПИДа в некоторых частях региона является очевидным примером новой угрозы для здоровья, когда требуется овладение такими методами.

Имеются и некоторые положительные примеры перемен. Венгрия осуществила обширную реструктуризацию системы общественного здравоохранения в целях содействия укреплению здоровья. Болгария создала Национальный центр укрепления здоровья, который призван играть центральную роль в разработке национальной стратегии в области здравоохранения. Эстония выделила процентную долю национальных доходов, получаемых от медицинского страхования, на проведение мероприятий в области укрепления здоровья⁵³. В Румынии часть служб общественного здравоохранения была объединена со службами оказания базовых медицинских услуг, что представляется верным направлением в реформировании, поскольку за семейным врачом естественным образом закрепляется роль консультанта по вопросам здорового образа жизни⁵⁴.

Сокращение государственных бюджетов в большей части региона не способствовало ни расширению новых областей деятельности, ни закреплению предыдущих успехов, например сдерживанию болезней, таких как туберкулез (см. раздел 3.1). Сохранение широкого и бесплатного доступа к иммунизации имеет исключительно важное значение для здоровья детей, и не только для здоровья конкретного ребенка, которому сделана прививка, но и для снижения воздействия любой болезни, которая получает широкое распространение среди населения (так называемый “положительный внешний эффект” иммунизации).

Как и в случае данных о младенческой смертности по некоторым странам, данные о проценте иммунизированных детей, полученные из официальных источников,

Таблица 3.7

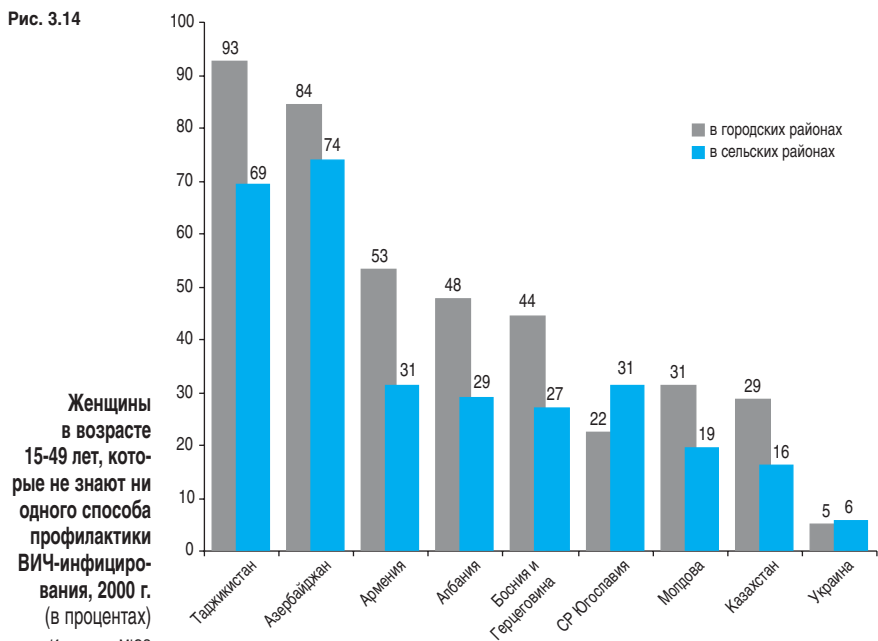
Распространенность ЙДЗ и контроль над ними в регионе

Текущая ситуация с ЙДЗ	Программы эффективного контроля путем йодирования соли	Статус программ контроля за ЙДЗ	
		Наличие закона или производства йодированной соли, однако практическая реализация – на низком уровне	Отсутствие закона или производства йодированной соли либо ее нехватка
Фактически ликвидированы	Болгария, Чешская Республика, СР Югославия, Словакия		
Минимальная и умеренная	БЮР Македония*, Босния и Герцеговина, Польша*	Молдова, Румыния*, Беларусь	Эстония, Латвия, Литва, Венгрия
В основном умеренная		Россия, Грузия, Армения, Азербайджан, Туркменистан, Кыргызстан	Украина, Казахстан
В основном значительная		Таджикистан	Узбекистан

Источник: Г. Герасимов, Международный совет по контролю над ЙДЗ.

Примечание. По состоянию на январь 2001 г. Знак * означает “близко к фактической ликвидации”. Отсутствует информация по Албании и Словении.

Рис. 3.14



Женщины в возрасте 15-49 лет, которые не знают ни одного способа профилактики ВИЧ-инфицирования, 2000 г. (в процентах)

Источники: MICS and DHS (Казахстан, 1999 г., и Армения), там же: таблица 3.2.

Примечание. Приведенные цифры показывают долю всех женщин в данной возрастной группе, включая тех из них, которые никогда не слышали о ВИЧ/СПИДе (включены в категорию "не знаю"). Способы профилактики ВИЧ-инфицирования, о которых сообщили респонденты, включены в категории "воздержание" и "использование презервативов".

иногда расходятся с данными о показателях, полученных по результатам обследования домохозяйств. Таблицы 6.2–6.5 Статистического приложения свидетельствуют о том, что в конце 90-х годов были очень высокие уровни иммунизации детей от различных болезней. Однако в примечаниях к таблицам по некоторым странам приводятся гораздо более низкие коэффициенты, полученные по результатам обследования (см. также таблицу 3.4). Например, согласно обследованиям, проведенным ЮНИСЕФ в 2000 году, коэффициенты иммунизации детей в возрасте 12–23 месяцев от дифтерии, коклюша и столбняка были на уровне всего 52 процентов в Албании и 76 процентов в Таджикистане по сравнению с официальными коэффициентами на конец 90-х годов 96 и 99 процентов, соответственно. Обследование, проведенное в Молдове в 2000 году, показывает, что 9 процентов детей того же возраста не были охвачены иммунизацией, хотя, по официальным данным, эта цифра составляет всего 1 процент. Коэффициенты по Кыргызстану и Туркменистану, полученные на основе обследования в середине 90-х годов, свидетельствуют о том, что от 20 процентов до трети детей не были охвачены иммунизацией от различных болезней. Как показывают данные по Казахстану, приведенные в таблице 3.4, когда коэффициенты иммунизации снижаются, то речь может идти о неимущих, интересы которых ущемляются в первую очередь.

В случае Таджикистана отсутствие регистрации большого числа новорожденных, о чем говорилось в разделе 3.2, может служить объяснением расхождений между официальными и основанными на обследовании коэффициентами. Дети, рождение которых не зарегистрировано, не могут быть охвачены иммунизацией, именно поэтому так важно регистрировать рождение детей.

Питание матери и ребенка является одним из основных направлений политики в области общественного здравоохранения, и борьба с дефицитом в пище необходимых микроэлементов – важная ее часть. Очевидно, что в некоторых странах региона, особенно в СНГ, необходимо

возобновить усилия по йодированию соли в целях борьбы с дефицитом йода в организме (ЙДЗ) и по обогащению муки железом в целях борьбы с анемией. Йод играет жизненно важную роль в развитии мозга в раннем детстве и у еще не родившихся детей. Значительный его дефицит может привести к задержке в умственном развитии. Анемия выражается в общей вялости и затрудненной концентрации внимания. Таким образом, дефицит йода и железа может негативно сказаться на способностях к учебе, а также на здоровье в целом (см. вставку 4.4 в главе 4).

ЙДЗ фактически были ликвидированы только в четырех странах: Болгарии, Чешской Республике, СР Югославии и Словакии (см. таблицу 3.7). Во многих странах, включая некоторые из наиболее экономически развитых стран региона (Венгрию и государства Балтии), закон о йодировании соли либо вообще отсутствует, либо он не осуществляется должным образом. Йодирование соли обходится очень дешево, к тому же можно получить международную донорскую помощь для приобретения необходимого оборудования. Таким образом, даже самые бедные страны в состоянии успешно решить проблему ЙДЗ.

Необходимость пропагандировать более здоровый образ жизни и развивать консультационные услуги по формированию связанного с заботой о здоровье поведения объясняется нехваткой в некоторых странах сведений о ВИЧ/СПИДе. На рис. 3.14 показана процентная доля женщин в возрасте 15–49 лет, опрошенных в ходе организованного ЮНИСЕФ обследования, которые ничего не знают о способах профилактики ВИЧ-инфицирования (включая воздержание от сексуальных отношений).

Результаты этого обследования значительно различаются как между странами, так и внутри стран. В Украине, одной из стран региона, которая в наибольшей степени затронута эпидемией ВИЧ/СПИДа, доля неинформированных женщин составляет всего около 5 процентов. Напротив, в сельских районах Таджикистана и Азербайджана более 80 процентов женщин ничего не знают о каких-либо способах предотвращения ВИЧ-инфицирования. И даже в Молдове, где официально зарегистрированный уровень заболеваемости ВИЧ/СПИДом очень быстро вырос в конце 90-х годов (см. рис. 3.4), почти двадцать процентов женщин в городских районах и треть женщин в сельских районах не знают, как защитить себя от ВИЧ/СПИДа.

Помощь неимущим и маргинальным группам

Неравный доступ к медицинским услугам вызывает серьезную обеспокоенность, которая требует особого внимания со стороны служб здравоохранения региона. Как отмечалось в разделе 3.3, системы неофициальной оплаты наносят ущерб прежде всего неимущим. Некоторые аспекты деятельности фондов медицинского страхования также представляют угрозу для интересов людей, находящихся в трудном положении. У неимущих и менее образованных людей худшие перспективы в отношении показателей здоровья, например в районах, где высокая детская смертность и недоедание – обычное явление, хотя не всегда ясно, насколько масштабы этих явлений зависят собст-

венно от системы здравоохранения или от каких-либо других факторов, влияющих на здоровье (например, отсутствие средств для покупки продуктов с высокой пищевой ценностью).

Правительства играют важную роль в обеспечении всем слоям общества доступа к медицинским услугам, которые им по средствам. Интересы неимущих и маргинальных групп, как и всех других, должны учитываться в рамках политики в области общественного здравоохранения. Также жизненно важен свободный доступ к первичной медицинской помощи. Для достижения этих целей необходимы эффективное и рациональное использование ресурсов и обеспечение надлежащей финансовой основы для системы общественного здравоохранения, что для неимущих и маргинальных групп так же важно, как и для других групп населения, а возможно, и важнее, если учесть, что богатые могут обратиться к услугам частных поставщиков медицинских услуг.

Особую обеспокоенность вызывает исключительно бесправное положение в плане здоровья (и образования) цыган в некоторых странах региона. В Чешской Республике и Словакии, например, коэффициент младенческой смертности среди цыган в два раза превышает средние показатели по этим странам⁵⁵. Другие важные группы, заслуживающие особого внимания, включают бездомных,

беженцев и внутренне перемещенных лиц, инвалидов и детей, находящихся в интернатных учреждениях (см. главу 5).

Повышение качества медицинской помощи для неимущих и показателей их здоровья содействует достижению большей социальной сплоченности, а также расширению возможностей и увеличению отдачи каждого представителя этой группы. Меры, направленные на повышение образовательного уровня детей из неимущих семей, будут в высшей степени благоприятным дополнением к любым мерам в области охраны здоровья. Существует широкое согласие относительно необходимости обеспечить всем членам общества определенный уровень доступа к базовым медицинским услугам. В самом деле, если такой доступ рассматривать как право человека, то никакой довод не может оправдывать бездействие общества в утверждении этого права.

Осуществление политики по оказанию помощи неимущим и обездоленным будет зависеть от наличия финансовых средств, а также от политической воли правительств. Учитывая, что маргинальные группы не имеют никакого политического влияния, международное сообщество также несет ответственность за содействие лоббированию их интересов. ■

3.5 Выводы

Более богатым странам региона в 90-х годах в целом удалось сохранить или даже улучшить свои связанные со здоровьем показатели (хотя разрыв с Западной Европой им, как правило, еще только предстоит преодолеть). Однако в более бедных странах региона, включая большую часть СНГ, картина совершенно иная: к числу наиболее заметных тенденций здесь относятся кризисная ситуация со смертностью, а также возрождение и появление инфекционных заболеваний, таких как туберкулез и ВИЧ/СПИД. Для всего региона характерны проблемы со здоровьем, которые связаны с образом жизни и поведением.

Дети и молодые люди также ощущают на себе влияние как преимуществ, так и недостатков переходного периода. Поскольку эти недостатки угрожают личностному развитию и национальному процветанию, они должны стать объектом самого пристального внимания должностных лиц, ответственных за выработку политики.

Большие различия в показателях здоровья, отмеченные по всему региону, способны привести к углублению экономических различий между странами, поскольку здоровье и экономическое развитие взаимно усиливают существующую между ними взаимосвязь. Большее неравенство между странами может найти отражение в дальнейшем углублении различий в показателях здоровья внутри них, если не будут приняты жесткие меры, направленные

на решение этой проблемы, ключевым аспектом которой является широко распространенная практика неофициальной оплаты медицинских услуг.

Сохранение и укрепление широкого доступа к обучению, с учетом принципа гендерного равенства, должно стать частью общей стратегии борьбы с неравными возможностями в области здравоохранения. Последние события в сфере образования и профессиональной подготовки также важны для предоставления медицинских услуг (например, подготовка семейных врачей) и управления системой здравоохранения (например, преодоление трудностей, связанных со сложностью новых систем медицинского страхования).

Предыдущий абзац возвращает нас к тому, о чем говорилось в начале этой главы. Как “хорошее здоровье” означает нечто большее, чем простое отсутствие болезни или недугов, так и “хорошая политика в области здравоохранения” предполагает действия по различным направлениям, а не реформирование министерства здравоохранения. Министерства образования, социального обеспечения, окружающей среды и финансов, а также здравоохранения должны действовать сообща – при поддержке медицинских работников и всего общества – в целях дальнейшего улучшения состояния здоровья взрослых и детей в регионе. ■

Примечания и ссылки

- ¹ Всемирная организация здравоохранения: <www.who.int/aboutwho/en/definition.html>.
- ² Hammoudi, A.A. and J.D. Sachs (1999), "Economic Consequences of Health Status: A Review of the Evidence", *CID Working Papers*, No. 30, <www.cid.harvard.edu/cidwp/>: Harvard University.
- ³ Bloom, D.E. and P.N. Malaney (1998), "Macroeconomic Consequences of the Russian Mortality Crisis", *CAER II Discussion Papers*, No. 32, <www.hiid.harvard.edu/projects/caer/papers/>: Harvard Institute for International Development.
- ⁴ British Council (1997), "The Social and Economic Impact of HIV/AIDS in Ukraine", <www.bc.kiev.ua/english/governance/aids/ukecot.htm>: British Council.
- ⁵ Bloom, D.E. and J.D. Sachs (1998), "Geography, Demography and Economic Growth in Africa", *Brooking Papers on Economic Activity*, Vol. 1998, No. 2, pages 207-95. Для получения дополнительной информации о влиянии возросших показателей ожидаемой продолжительности жизни на развитие см. также: Sala-i-Martin, X. (1997), "I Just Ran Four Million Regressions", *NBER Working Papers*, No. 6,252, см. <www.columbia.edu/~xs23/papers/download.htm>; Bhargava, A., D.T. Jamison, L. Lau, and C.J.L. Murray (2000), "Modelling the Effects of Health on Economic Growth", *GPE Discussion Papers*, No. 33, Geneva: World Health Organization.
- ⁶ Госкомстат (2001 год), "Справочник по России за 2001 год", <www.gks.ru/>: Goskomstat. Показатели до 1999 г. представлены в таблице 4.1 Статистического приложения.
- ⁷ Marmot, M. and M. Bobak (2000), "Psychosocial and Biological Mechanisms behind the Recent Mortality Crisis in Central and Eastern Europe", Chapter 6, pages 127-50 in Cornia, G.A. and R.Paniccia (eds), *The Mortality Crisis of Transitional Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- ⁸ Suhrcke, M. (2000), "Are Reforms from a Centrally Planned to a Market System Bad for Health?", *HWWA Discussion Papers*, No. 105, см. <www.hwwa.de/Publikationen/Discussion_Paper/>.
- ⁹ UNAIDS and WHO (2000), "AIDS Epidemic Update, December 2000", <www.unaids.org/epidemic_update/report_dec00/index_dec.html>: UNAIDS.
- ¹⁰ Piot, P. (2000), "Welcome Address to the International Donors Meeting on the Joint Response to the HIV/AIDS Epidemic in the Russian Federation 2001-2003", Moscow, 16 November, <www.unaids.org/whatsnew/speeches/eng/moscow_piot.html>: UNAIDS.
- ¹¹ Данные Министерства здравоохранения и Федерального центра борьбы со СПИДом Российской Федерации.
- ¹² Действительно, последние данные, полученные от украинского Национального центра борьбы со СПИДом, свидетельствуют о том, что уровень ВИЧ-инфицирования в Украине вновь значительно вырос в 2000 году.
- ¹³ ЮНЭЙДС и ВОЗ рассматривают это в качестве основного пути ВИЧ-инфицирования среди взрослых (2000), там же. См. также: Dehne, K. (1999), "The HIV Epidemic in Central and Eastern Europe: Update", Heidelberg: University of Heidelberg; European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2000), "HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-Year Report 1999", No. 62, <www.eurohiv.org/aids.htm>: CESES. Об употреблении наркотиков и распространении ВИЧ в регионе см. специальный выпуск *Journal of Drug Issues* (1999), "Drug Use in Central and Eastern Europe: Research, Interventions and Policies", Vol. 29, No. 4 (Fall).
- ¹⁴ См., например, British Council (1997), там же.
- ¹⁵ Piot (2000), там же.
- ¹⁶ См., например, Piot (2000), там же; Ainsworth, M. and M. Over (1997), *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, Oxford: Oxford University Press.
- ¹⁷ UNAIDS and WHO (2000), там же.
- ¹⁸ С общей информацией о туберкулезе и заболеваемости им в мире можно ознакомиться в: WHO Factsheet, No. 104, см. <www.who.int/inf-fs/en/fact104.html>.
- ¹⁹ Эта разница отчасти объясняется более распространенной и продолжительной практикой грудного вскармливания в развивающихся странах. Данную информацию нельзя толковать в том смысле, что от грудного вскармливания необходимо отказаться, с тем чтобы уменьшить риск передачи ВИЧ, если установлено, что мать является ВИЧ-инфицированной. Грудное вскармливание уменьшает другие риски для здоровья, которые увеличивают детскую смертность. См.: <www.unicef.org/breastfeed/> and <www.unaids.org>.
- ²⁰ Уровни заболеваемости раком в 2000 году см.: Sentencing Project's Factsheet, No. 1,072, <www.sentencingproject.org/brief.htm>.
- ²¹ См., например: Balinska, M. (2000), "Tuberculosis is Spreading in Central and Eastern Europe", *British Medical Journal*, Vol. 320, April, page 959, <www.bmj.com/>. Более подробное описание и возможные средства решения проблемы туберкулеза в российских тюрьмах см. материалы Научно-исследовательского института проблем здравоохранения по адресу: <www.russia.phri.org>.
- ²² Доклады по Литве, Румынии и Таджикистану, представленные в рамках проекта MONEE.
- ²³ ВОЗ (2000 г.). "Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World: Prevalence and Trends", *Report*, No. 2, <www.who.int/gtb/publications/drug-resistance/index.htm>: World Health Organization.
- ²⁴ McKee, M. and L. Chenet (2001), "Patterns of Health", in McKee, M., J. Healy and J. Falkingham (eds) (forthcoming in 2002), *Health and Health Care in Central Asia*, Ballmoor, Buckingham, UK: Open University Press and European Observatory of Health Care Systems, Mimeo.
- ²⁵ Информация предоставлена страновыми отделениями ЮНИСЕФ.
- ²⁶ С описанием глобальной базы данных ВОЗ "Развитие ребенка и недостаточность питания" можно ознакомиться по адресу: <www.who.int/nutgrowthdb/intro_text.htm>.
- ²⁷ See Ecohost (1998), *Childhood Injuries: A Priority Area for the Transition Countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*, London: European Centre on the Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine; UNICEF (2001), "A League Table of Child Deaths by Injuries", *Innocenti Report Card*, No. 2.
- ²⁸ Rehm, J. (2001), "Alcohol-related Burden of Disease in Young People in Europe", Zurich: Addiction Research Institute, Mimeo.
- ²⁹ UN Foundation (2001), "Tobacco: Targeted Campaigns Decrease Smoking, WHO Study Says", *UN Wire*, 1 February, Section 4, <www.unfoundation.org/unwire>: UN Foundation. См. также BBC Online (2001), "Tobacco Giants Face New Lawsuits", 25 January, <www.news.bbc.co.uk>: BBC.
- ³⁰ Доклад по Польше, в рамках проекта MONEE.
- ³¹ Kunst, A. E. (1997), *Cross-national Comparisons of Socioeconomic Differences in Mortality*, Rotterdam: Erasmus University; Shkolnikov, V., D.A. Leon, S. Adamets, E. Andreev and E. Deev (1998), "Educational Level and Adult Mortality in Russia: An Analysis of Routine Data 1979 to 1994", *Social Science and Medicine*, Vol. 47, pages 357-69; Mackenbach, J.P. and A.E. Kunst (1999), "Socioeconomic Inequalities in Mortality among Women and among Men: An International Study", *American Journal of Public Health*, Vol. 89, No. 12 (December), pages 1,800-06; Evans, T., M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya and M. Wirth (eds) (2001), *Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action*, Oxford: Oxford University Press.
- ³² Данные по России, государствам Балтии, Венгрии, Польше и Чешской Республике приводятся в: Bodak, M., H. Pikhart, R. Rose, C. Hertzman and M. Marmot (2000), "Socioeconomic Factors, Material Inequalities and Perceived Control in Self-Rated Health: Cross-sectional Data from Seven Post-Communist Countries", *Social Science and Medicine*, Vol. 51, pages 1,343-50.

- ³³ Wilkinson, R.G. (1999), "Income Inequality, Social Cohesion and Health: Clarifying the Theory, a Reply to Muntaner and Lynch", *International Journal of Health Services*, Vol. 29, No. 3, pages 525-43.
- ³⁴ Bobak et al. (2000), там же.
- ³⁵ См., например, Bobak, M., M. J. Jarvis, Z. Skodova and M. Marmot (2000), "Smoke Intake among Smokers is Higher in Lower Socioeconomic Groups", *Tobacco Control*, Vol. 2, pages 0-2; Roos, G. and R. Prattala (1999), *Disparities in Food Habits: Review of Research in 15 European Countries*, Helsinki: National Public Health Institute; Marmot, M., H. Bosma, H. Hemingway, A. Nicholson, E.J. Brunner and S. Stansfeld (1997), "Low Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence", *Lancet*, Vol. 350, pages 235-39; Bobak, M., C. Hertzman, Z. Skodova and M. Marmot (1998), "Association between Psychosocial Factors at Work and Non-fatal Myocardial Infarction in a Population-Based Case-Control Study in Czech Men", *Epidemiology*, Vol. 9, pages 43-47.
- ³⁶ Sari, N., J. Langenbrunner and M. Lewis (2000), "Affording Out-of-Pocket Payments for Health Services: Evidence from Kazakhstan", *EuroHealth*, Vol. 6, No. 2, pages 37-39.
- ³⁷ Стратегия ВОЗ описывается в: <www.who.dk/cpa/H21/h21long.htm>.
- ³⁸ Filmer, D. and L. Pritchett (1997), "Child Mortality and public Spending on Health: How Much does Money Matter?", *World Bank Policy Research Working Papers*, No. 1,864.
- ³⁹ Bidani, B. and M. Ravallion (1997), "Decomposing Social Indicators Using Distributional Data", *Journal of Econometrics*, Vol. 77, pages 125-39.
- ⁴⁰ Saltman, R. and J. Figueras (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization.
- ⁴¹ Подробнее о различных программах см. доклады, представленные странами в Европейский центр по изучению систем медицинской помощи: <www.observatory.dk/>. Эти доклады неоднократно цитируются в настоящем разделе.
- ⁴² Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (2000), "Equity in Health Care Finance and Delivery", Chapter 34, pages 1,803-62 in Culyer, A.J. and J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Amsterdam: Elsevier.
- ⁴³ Показатель справедливости подробно описывается в: Xu, K., C.J.L. Murray, P. Lydon and J.Ortiz de Iturbide (2000), "Estimates of the Fairness of Financial Contributions for 191 Countries", *GPE Discussion Papers*, No. 26, Geneva: World Health Organization, см. каталог библиотеки ВОЗ <www.saturn.who.ch/>.
- ⁴⁴ Wagstaff, A. (2001), "Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index", Washington, DC: World Bank.
- ⁴⁵ Рассмотрение систем финансирования, соответствующих различным уровням развития, приводится в: WHO (2000), *World Health Report 2000: Health Systems, Improving Performance*, Geneva: World Health Organization (в частности главы 5) and Hsiao, W. (2000), "What Should Macroeconomists Know about Health Care policy?: A Primer", *IMF Working Papers*, No. 136, available at <www.imf.org>.
- ⁴⁶ Langenbrunner, J. C. and M.W Wiley (2000), "Paying Hospitals in Eastern and the Former Soviet Union", Washington, DC: World Bank, Mimeo.
- ⁴⁷ Это заявление основывается на последствиях уменьшения общего числа врачей на 100 тыс. человек к общему ВВП на душу населения (в ППС) для 120 стран в 1998 году и имеющих данные за последний год в 1990-1998 годах, полученных от Всемирного банка (2000), *World Development Indicators 2000*, Washington, DC: World Bank.
- ⁴⁸ Saltman and Figueras (1997), там же.
- ⁴⁹ Langenbrunner and Wiley (2000), там же.
- ⁵⁰ Scott, A. (2000), "Economics of General Practice", Chapter 22, pages 1,175-200 in Culyer and Newhouse (2000), там же.
- ⁵¹ Доклады, представленные странами в Европейский центр по изучению систем медицинской помощи, там же.
- ⁵² Currie, J. (2000), "Child Health in Development Countries", Chapter 19, pages 1,053-90 in Culyer and Newhouse (2000), там же.
- ⁵³ Saltman and Figueras (1997), там же.
- ⁵⁴ European Observatory on Health Care Systems (2000), "Health Care Systems in Transition: Romania", <www.observatory.dk/>: European Observatory on Health Care Systems.
- ⁵⁵ European Centre on the Health of Societies in Transition (Ecohost) (2000), "Health Needs of the Roma Population in the Czech and Slovak Republics: Literature Review", Washington, DC: Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Mimeo.