

DOI: <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-01-02-40-46>

О профиле здоровья населения в странах Европы

В последние годы в европейской системе здравоохранения происходят существенные изменения: следование программе «Здоровье-2020» способствовало смещению основных акцентов с проблем смертности и заболеваемости в сторону задач улучшения здоровья и повышения благополучия. Одновременно новая стратегия стимулировала сбор более детальной статистической информации. Данные о состоянии здоровья и уровне благополучия населения Европы в XXI в. в сравнении с ситуацией в России представлены в обзоре.

НОВЫЙ КУРС

Еще в 2010 г. Европейский регион ВОЗ утвердил новую концепцию здравоохранения, отвечающую меняющимся обстоятельствам и новым вызовам времени. В 2012 г. были подведены первые итоги реализации новой стратегии и впервые в контексте проблем здравоохранения прозвучал термин «благополучие». В том же году в Европе была утверждена программа «Здоровье-2020», с введением которой начался новый этап в развитии данной сферы. В совокупности эти два положения, а также следование глобальному рамочному документу ООН – «Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.» – предопределили наиболее важные направления дальнейшей работы в области здравоохранения в Европе [1]. Основная цель нововведений заключается в создании социально справедливых, устойчивых и универсальных систем здравоохранения, ориентированных на человека и позволяющих людям контролировать решения, которые оказывают наибольшее влияние на их жизнь [2].

Стратегия «Здоровье-2020» содержит 6 основных целевых ориентиров:

1. К 2020 г. сократить преждевременную смертность в Европе.
2. Повысить ожидаемую продолжительность жизни в Европе.
3. Сократить неравенство в отношении здоровья в Европе (целевой ориентир в сфере социальных детерминант).
4. Повысить уровень благополучия европейского населения.
5. Обеспечить всеобщий охват и «право на здоровье».

SUMMARY

Keywords: *public health, health profiles of countries, European Union, Russia*

In recent years, major changes have occurred in the European healthcare system: implementing Health 2020 contributed to shifting the main emphasis from the mortality and morbidity problems towards improving health and well-being. At the same time, the new strategy stimulated the collection of more detailed statistical information. The review presents the data on the health and well-being status of the Europe population in comparison with the situation in Russia in the 21st century.

HEALTH PROFILE FOR EUROPE

Prepared an article by **Julia Prozherina Julia PROZHERINA**, Cand. of Sci. (Biol.), Remedium

Ключевые слова:

общественное здоровье, профили здоровья стран, Европейский союз, Россия

6. Установить национальные цели и ориентиры в отношении здоровья в государствах-членах [2]. С момента вступления в силу программа «Здоровье-2020» стимулировала внедрение более широкого исследовательского подхода, при котором традиционные статистические формы стали дополняться набором качественных данных и информацией из новых источников, позволяющих получить более глубокое и всестороннее представление о состоянии здоровья и благополучия европейцев в XXI в. Безусловно, традиционные статистические данные при этом не теряют значимости, но такой подход дает возможность получить ответы не только на вопросы «что?» и «сколько?», но и «почему?». Все это позволяет выдвинуть на первый план ряд важнейших ценностей, лежащих в основе политики «Здоровье-2020», таких как обеспечение жизнестойкости и расширение прав и возможностей местных сообществ [2].

ДОЛЬШЕ И СТАРШЕ

По данным официальной статистики, в настоящее время в Европе проживает более 692 млн человек [3]. По состоянию на 2015 г. доля лиц старше 60 лет в общей популяции составляла около 23,9%¹. К 2030 г.,

¹ По 28 членам Европейского союза.

согласно прогнозам, она вырастет до 29,6%, а к 2040 г. – до 32,2% [4]. Для сравнения: численность населения России на сегодняшний день составляет порядка 147 млн человек [5]. Предполагается, что за период с 2015 по 2027 г. количество жителей старше трудоспособного возраста в нашей стране увеличится на 7,2 млн человек, а численность занятых в экономике может уменьшиться на 5,6 млн человек [6]. В целом постарение населения представляет собой всеобщую проблему, с которой в ближайшие годы предстоит столкнуться как России, так и большинству европейских стран.

Тренд постарения населения во многом объясняется увеличением продолжительности жизни. В 2015 г. в Европе она составила в среднем 80,6 года против 77,3 года в 2000 г. (рис. 1). Наибольшая ожидаемая продолжительность жизни отмечается в Испании (83 года), Италии (82,7 года), Франции и Люксембурге (по 82,4 года), а также в Швеции (82,2 года). Самые низкие показатели приходятся на Литву (74,6 года), Болгарию (74,7 года), Латвию (74,8 года), Румынию (75 лет) и Венгрию (75,7 года) [3].

В России средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении также существенно выросла в последнее десятилетие: с 65,4 года в 2005 г. до 71,9 года в 2016 г. – и, по предварительной оценке, достигла 72,6 года в 2017 г. Несмотря на то что этот показатель выше среднемирового уровня (71,4 года в 2015 г.), он ниже уровня европейских стран [6].

ПРЕДТВРАЩАЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТНОСТЬ

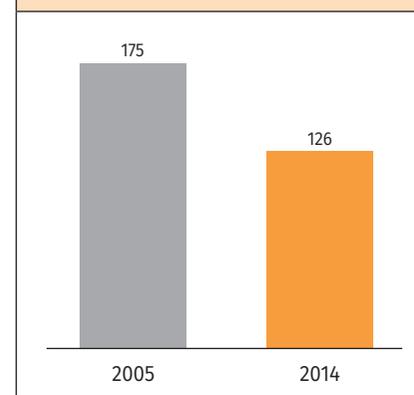
В последние годы в странах Европы отмечена тенденция к снижению коэффициента смертности. Так, если в 2000 г. он в среднем составлял 175 на 100 тыс. населения, то к 2014 г. сократился до 126 на 100 тыс. человек (рис. 2) [3].

В то же время в ряде стран этот показатель все еще существенно превышает среднеевропейский уровень. Наиболее неблагоприятная обстановка складывается в Румынии, Латвии, Литве и Болгарии, где отмечены самые высокие коэффициенты смертности среди всех стран Евросоюза (рис. 3) [3].

Сохраняются различия и по половому признаку. Среднее значение

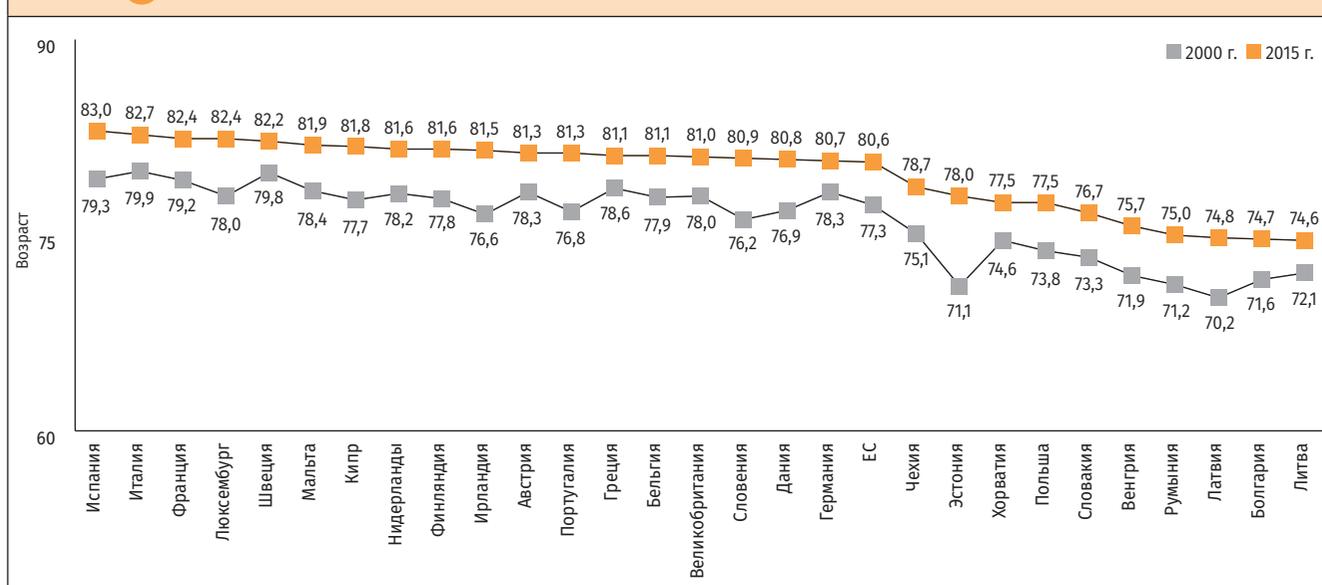
коэффициента смертности в странах Европы по итогам 2014 г. составило 97,5 на 100 тыс. населения среди женщин и 158,2 на 100 тыс. населения среди мужчин [3]. Отметим, что данный показатель выше для мужчин, чем для женщин, во всех странах Европы. При этом для женщин самые низкие значения отмечены в Испании, Франции, Люксембурге, на Кипре и в Италии, а для мужчин – во Франции, Нидерландах,

РИСУНОК 2 Динамика коэффициента смертности по странам Европы в целом, на 100 тыс. населения



Источник: OECD and World Health Organization [3]

РИСУНОК 1 Ожидаемая продолжительность жизни, лет



Источник: OECD and World Health Organization [3]

Люксембурге, Италии и Бельгии (рис. 3).

По данным ВОЗ, у российских мужчин вероятность умереть в возрасте от 15 до 60 лет выше, чем у европейских, и составляет порядка 325 на 100 тыс. населения (данные на 2015 г.) [6]. Однако в целом в нашей стране, как и на европейской территории, ситуация меняется в лучшую сторону: с 2012 по 2017 г. общий показатель смертности в России среди населения трудоспособного возраста сократился на 15,8% [7].

ВАЖНЫЕ МЕРЫ

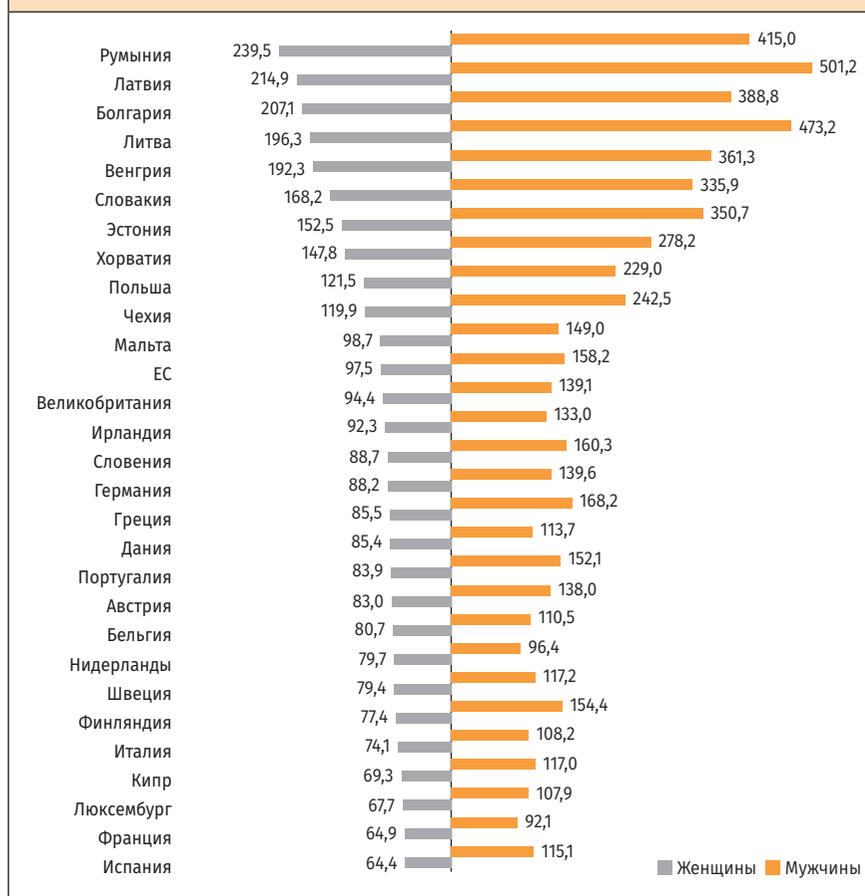
Снижению коэффициентов смертности во многом способствует грамотная работа по профилактике нарушений здоровья, в частности усиление борьбы с такими факторами риска, как курение и употребление алкоголя.

В связи с принятием Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и внедрением ряда локальных ограничений доля курящих в Европе снизилась с 24% в 2001 г. до 19% в 2013 г. Доля лиц, употребляющих алкоголь, в среднем по всем европейским странам сократилась за последние годы, но все еще остается высокой: она составила порядка 20% в 2013 г. при уровне потребления около 9,9 л на человека в год (данные 2014 г.) [3].

Меры по борьбе с употреблением алкоголя и курением в последние годы активно реализуются и в России. В 2016 г. в нашей стране потребление алкоголя в литрах чистого спирта на душу взрослого населения в год составляло 8,1 л, а к 2024 г. должно сократиться до 7,5 л [6]. В рамках действующего антитабачного законодательства ведется работа по уменьшению распространенности табакокурения и обеспечению защиты населения от последствий пассивного курения. Первые успехи уже достигнуты: доля курящих в России за последние годы снизилась на 8%

² По данным Росстата, порядка 40%.

РИСУНОК 3 Коэффициенты смертности среди женщин и мужчин по странам Европы, на 100 тыс. населения



Источник: OECD and World Health Organization [3] (данные за 2014 г.)

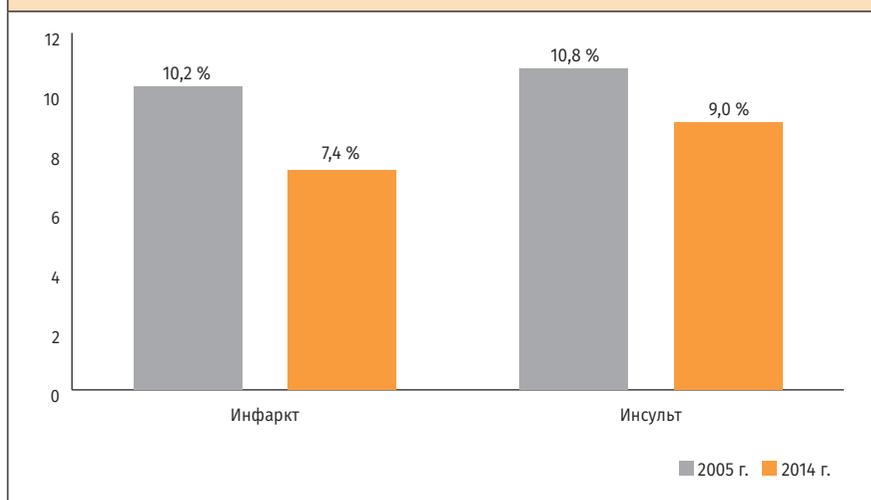
и составила в 2017 г. около 32% [8]. К 2024 г., согласно прогнозам, она должна сократиться до 25% [6]. Все большее внимание уделяется вопросам пропаганды здорового образа жизни, в частности борьбе с избыточной массой тела и ожирением. Однако эти показатели имеют тенденцию к повышению почти во всех государствах – членах ЕС: за период с 2010 по 2016 г. доля людей с избыточной массой тела увеличилась с 55,9 до 58,7%, а показатель ожирения – с 20,8 до 23,3% [2]. В России не менее 30% трудоспособного населения² имеют избыточную массу тела и 25% страдают ожирением [9].

На снижение показателей смертности в Европе в значительной степени влияют мероприятия по оказанию своевременной помощи людям с сердечно-сосудистыми

заболеваниями. Если в 2005 г. уровень смертности среди переживших инфаркт и инсульт составлял 10,2 и 10,8%, то к 2014 г. удалось добиться снижения этих показателей до 7,4 и 9,0% соответственно (рис. 4) [3].

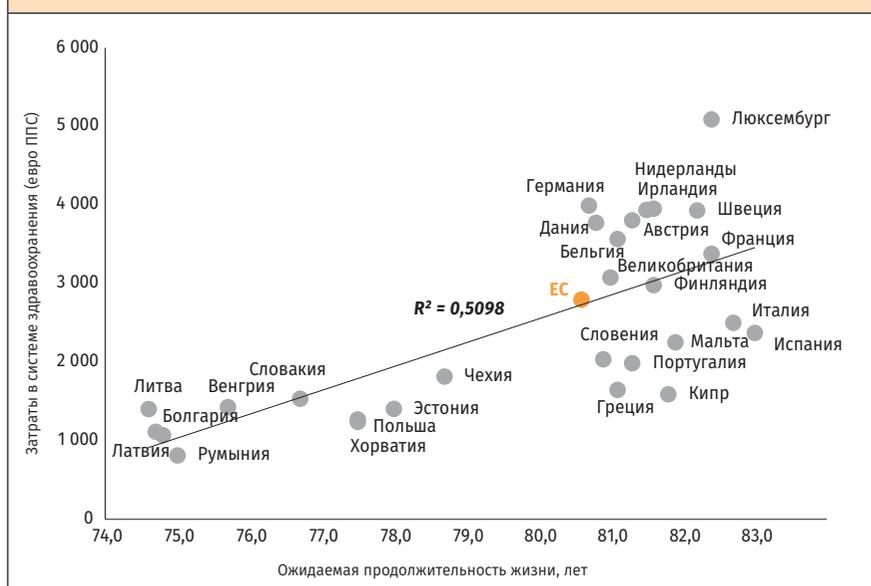
В России также уделяется большое внимание помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. С 2019 г. планируется реализация программы лекарственного обеспечения пациентов после инфаркта, инсульта и операций на сосудах, что позволит повысить качество медицинской помощи. Все большее распространение получает практика лечения инфаркта миокарда тромболитическим и стентированием сосудов, хотя до сих пор оно не стало широко доступным вмешательством в регионах, а реализуется главным образом в Москве [6].

РИСУНОК 4 Уровень смертности от инфаркта и инсульта в больничных учреждениях Европы (средневзвешенное значение по 22 странам для пациентов в возрасте старше 45 лет)



Источник: OECD and World Health Organization [3]

РИСУНОК 5 Корреляционный анализ ожидаемой продолжительности жизни (лет) и затрат в системе здравоохранения (евро ППС) в странах Европейского союза на 2015 г



Источник: анализ по данным OECD and World Health Organization [3]

ВОПРОСЫ ПАРИТЕТА

Рост продолжительности жизни в странах коррелирует с затратами на обеспечение работы системы здравоохранения в показателях паритета покупательской

способности (ППС)³ (рис. 5). Среди стран-долгожителей, в которых затраты в здравоохранении на душу населения выше среднеевропейских, можно выделить Швецию, Нидерланды, Ирландию, Австрию,

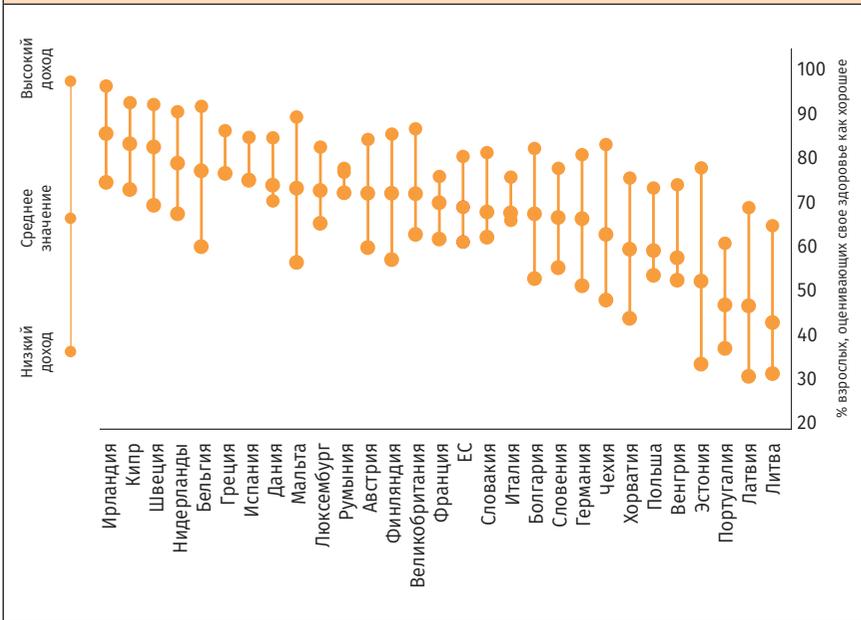
Францию, Бельгию, Данию, Великобританию, Германию и Финляндию. Абсолютным лидером в этом ряду является Люксембург, где в системе здравоохранения выделяется более 5 000 евро по ППС на человека в год, а продолжительность жизни в среднем составляет 82,4 года [3]. В то же время высокие затраты на здравоохранение не всегда выступают в качестве ключевого фактора, способствующего увеличению продолжительности жизни. Определенное влияние также оказывают климатические условия, наследственность и пр. Так, например, в Испании и Италии, лидирующих в рейтинге по показателю продолжительности жизни (83,0 и 82,7 года соответственно, рис. 1), траты на здравоохранение немного меньше (2 502 и 2 374 евро ППС соответственно) средних для Европейского союза показателей (порядка 2 900 евро ППС). Средняя продолжительность жизни в Греции (81,1 года) и на Кипре (81,8 года) – одна из самых высоких, в то время как уровень затрат в системе здравоохранения (1 650 и 1 592 евро ППС соответственно) в этих странах лишь немного превышает таковые в Венгрии (1 428 евро ППС) и Литве (1 406 евро ППС), где люди живут в среднем на 5–6 лет меньше (до 75–76 лет) [3]. В России пересчитанный по ППС объем ежегодных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, по данным за 2015 г., составил 1 414 долл., что ниже показателей, например, Великобритании почти в 3, а Германии – примерно в 4 раза. При сопоставимом пакете гарантий оказания медицинской помощи гражданам российские госрасходы на здравоохранение (в последние годы – примерно 3,2–3,4% ВВП) заметно ниже уровня расходов в странах ЕС (7,2% ВВП) [6].

СТАТУС ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Несмотря на то что сокращение неравенства в системе здравоохранения в Европе является одним из ключевых целевых ориентиров, среди факторов, влияющих на состояние здоровья, по-прежнему

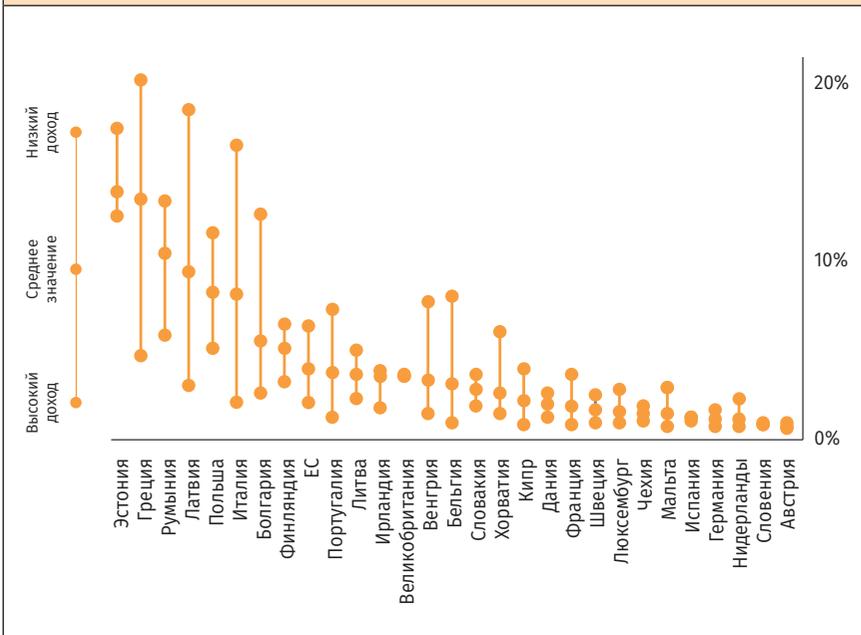
³ Паритет покупательной способности (ППС) определяется как курс конвертации валюты, который уравнивает покупательную способность разных валют, устраняя различия в уровнях цен между странами.

РИСУНОК 6 Доля лиц, оценивающих состояние своего здоровья как хорошее, по социально-экономическим группам (данные на 2015 г.)



Источник: OECD and World Health Organization [3]

РИСУНОК 7 Неудовлетворенные потребности в медицинской помощи у жителей Европы, по странам с учетом уровня дохода (%) (данные за 2015 г.)



Источник: OECD and World Health Organization

выделяют социально-экономический статус населения (рис. 6).

В группе людей с низким уровнем дохода доля оценивающих свое здоровье как хорошее, как правило, ниже (59,7% по Европе в целом),

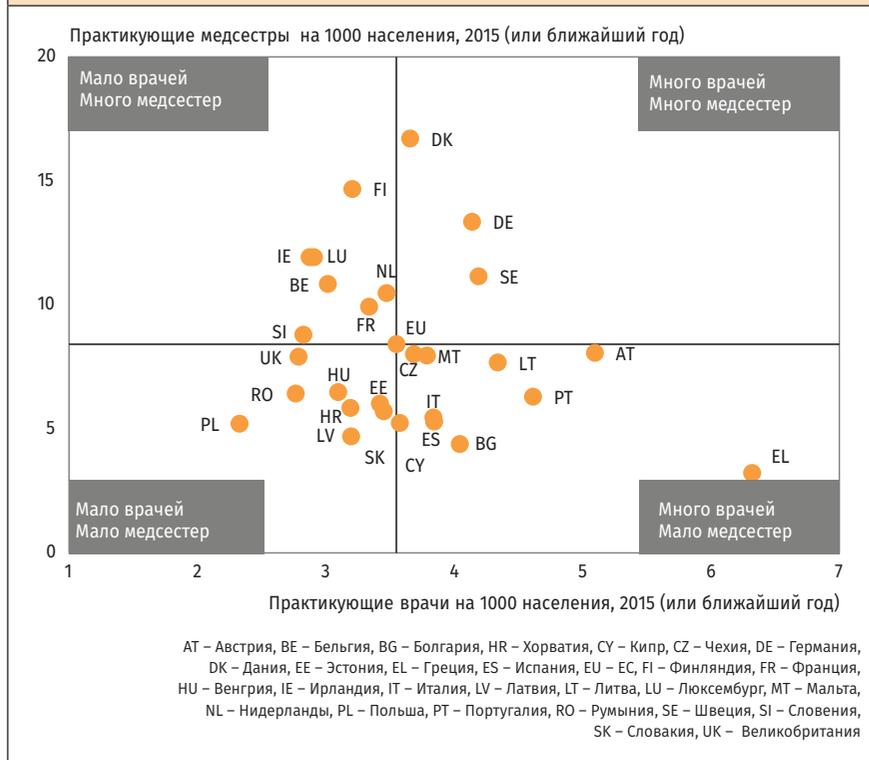
чем в среднем в популяции (67,0% по Европе) и группе лиц с высоким уровнем дохода (77,6% по Европе). Минимальный разрыв между людьми с высоким и низким уровнем дохода в оценке собственного

здоровья отмечен в Румынии, Италии, Греции и Испании, а наибольший – в Эстонии, Латвии, Чехии, Литве, на Мальте, в Хорватии и Бельгии [3]. Самые высокие показатели удовлетворенности собственным здоровьем отмечены в Ирландии, на Кипре и в Швеции, а самые низкие – в Португалии, Латвии и Литве. Для сравнения: в России менее половины взрослых российских граждан оценивают состояние своего здоровья как хорошее или очень хорошее (42% в 2017 г.), в то время как среди граждан ЕС доля таких оценок превышает две трети [6].

Что касается доступности медицинской помощи, то о неудовлетворенной потребности в ее получении в среднем сообщают порядка 3,6% всей популяции людей, проживающих в Европе. При этом ситуация значительно различается в зависимости от уровня дохода: если для лиц с высоким достатком этот показатель приближается к нулевой отметке (0,2%), то для людей с низким уровнем он существенно выше и составляет около 7,2% (рис. 7). Так, доля лиц с низким доходом, сообщивших об отсутствии медицинской помощи в связи с финансовыми сложностями, географической удаленностью или необходимостью ее длительного ожидания, составила порядка 7% в 2015 г., в то время как в 2011 г. она была значительно ниже – 4% [3].

НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ

Наличие необходимой численности медицинского персонала – важнейший фактор сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни населения. В среднем по Европе на 1000 пациентов приходится 8–9 врачей и 3–4 медицинские сестры, однако по разным странам их распределение существенно различается. Больше всего медицинского персонала, как врачей, так и медицинских сестер, в Дании, Германии и Швеции, а ниже всего эти показатели в целом ряде стран Восточной Европы (рис. 8) [3]. По количеству практикующих врачей Россия занимает одно

РИСУНОК 8 Соотношение врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Европы

Источник: OECD and World Health Organization [3]

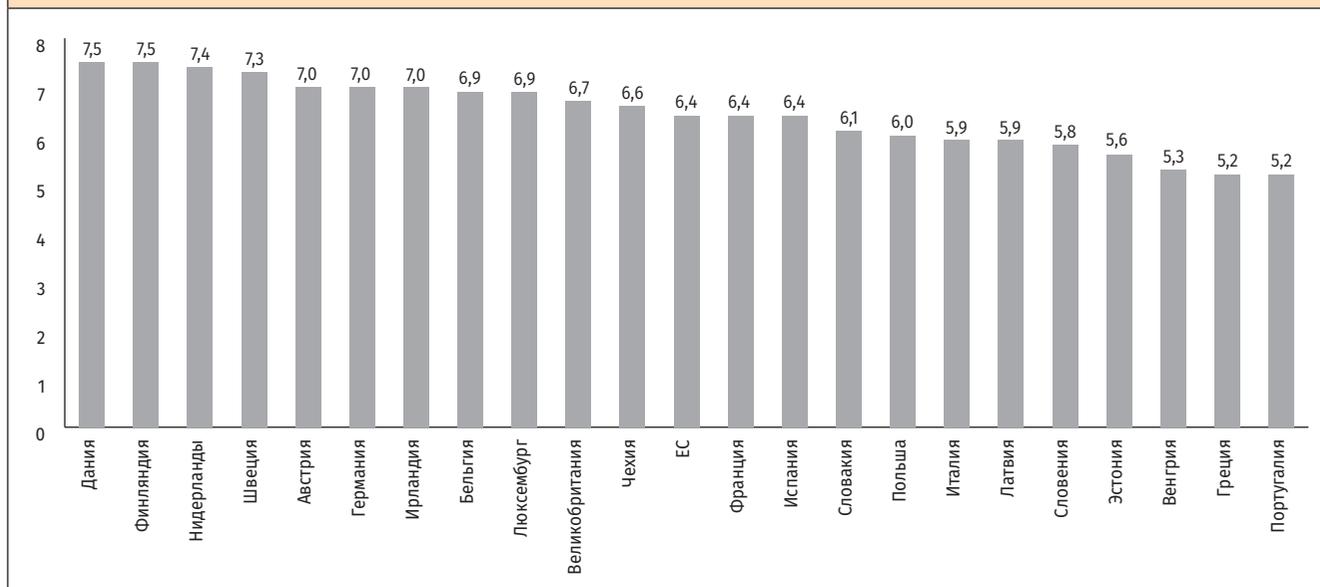
из ведущих мест среди развитых стран: приблизительно 4,6 врача на 1000 населения [10]. В то же время в нашей стране отмечается дефицит

среднего и младшего медперсонала [11], а также низкое качество первичной медико-санитарной помощи, прежде всего той, что оказывается

в участковой службе. В связи с этим в России относительно высокие показатели уровня госпитализации, числа койко-дней на одного жителя, объемов скорой медицинской помощи. Наблюдается дефицит кадров первичного звена: не хватает порядка 30% участковых терапевтов. Однако необходимые меры по улучшению ситуации уже принимаются: поставлена задача по увеличению численности участковых врачей с 70,8 тыс. (данные за 2016 г.) до 86 тыс. человек [6].

БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК НОВЫЙ ИНДИКАТОР

Как уже отмечалось ранее, одним из главных целевых ориентиров стратегии «Здоровье-2020» является повышение уровня благополучия населения во всех странах Европейского региона. Во многом он зависит от культурных факторов, ценностей, традиций и убеждений, а также от состояния здоровья. Для оценки уровня благополучия, как правило, используется параметр удовлетворенности жизнью. Он оценивается по шкале от 0 (совершенно не удовлетворен) до 10 баллов (абсолютно удовлетворен) при ответе на вопрос «Насколько вы в настоящее время

РИСУНОК 9 Уровень удовлетворенности жизнью для ряда стран Европы в 2017 г.

Источник: OECD and World Health Organization [3]

удовлетворены своей жизнью?». В целом субъективная оценка удовлетворенности жизнью в Европе составляет порядка 6,0 балла (или в среднем 6,4 балла, по данным OECD, для 22 стран по состоянию на 2017 г.) (рис. 9) [2, 11]. Уровень благополучия населения в разных странах существенно отличается: некоторые страны (Португалия, Греция, Венгрия) дают относительно низкую общую оценку – около 5 баллов, тогда как в других странах она достигает 7,3–7,5 балла (Дания, Финляндия, Нидерланды, Швеция) [2, 11]. Уровень благополучия населения в Европе – самый высокий в мире, но это распространяется не на всех жителей региона [2], и задача состоит в его повышении в тех регионах, где он оказался недостаточно высоким. Отметим, что оценка удовлетворенности жизнью в России находится на средневропейском уровне, составляя порядка 6 баллов [12]. За время, прошедшее после принятия программы «Здоровье-2020»,

достигнуто немало успехов, но многое еще предстоит сделать. Для достижения поставленных целей требуется более широкое

сотрудничество между странами Европейского региона [2].
Подготовила **Юлия ПРОЖЕРИНА**, к.б.н., «Ремедиум»

ИСТОЧНИКИ

1. Никого не оставить без внимания: отчет Регионального директора о работе ВОЗ в Европейском регионе в 2016–2017 гг. ВОЗ. Европейский региональный комитет. Рим, Италия, 17–20 сентября 2018 г.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. Основные положения. 2018. ВОЗ. 24 с.
3. State of Health in the EU. Belgium Country Health Profile. OECD and World Health Organization. 2017. 16 p.
4. Капица Л.М. Старение населения в индустриально развитых странах и миграционная политика (Часть 1). Источник: <https://www.researchgate.net>. Дата обращения: 09.01.2019.
5. Федеральная служба государственной статистики. Официальный сайт. Демография. Источник: <http://www.gks.ru>. Дата обращения: 10.01.2019.
6. Шишкин С.В. с соавт. Здравоохранение: необходимые

- ответы на вызовы времени. Центр стратегических разработок. М., февраль, 2018. 56 с.
7. Демографическая политика: некоторые важные показатели и решения за 6 лет. Источник: <http://government.ru/info/32109/>. Дата обращения: 09.01.2019.
 8. Прожерина Ю., Широкова И. Россия строит будущее без табака. Ремедиум. 2018; 1–2: 41–44.
 9. Разина А.О., Руненко С.Д., Ачкасов Е.Е. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире. Вестник РАМН. 2016; 71 (2): 154–159.
 10. Российские реформы в цифрах и фактах. Источник: <http://kaig.ru/rf/doctors.pdf>. Дата обращения: 09.01.2019.
 11. В Москве выявили дефицит старшего и младшего медперсонала. Источник: <https://www.bfm.ru/news/404164>. Дата обращения: 15.01.2019.
 12. OECD Better Life Index. Source: <http://www.oecdbetterlifeindex.org>. 10.01.2019.



2–3 апреля 2019 г.
Самара

гостиница Holiday Inn Samara

Министерство здравоохранения Самарской области • Агентство оценки технологий здравоохранения • Журнал «Фармакоэкономика: теория и практика»

Организаторы: Московское фармацевтическое общество • Конгресс Центр

XIV НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» — «ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2019»

ПРОГРАММА КОНГРЕССА

ОТКРЫТИЕ КОНГРЕССА

Ратманов М.А. — министр здравоохранения Самарской области

ПАНЕЛЬНАЯ ДИСКУССИЯ

- Клинико-экономическая оценка и возможности клинического фармаколога на региональном уровне. Что можно сделать своими силами, а что лучше делегировать экспертным организациям?

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ СЕССИИ ТЕМАТИЧЕСКИЕ БЛОКИ

- Лекарственное обеспечение наиболее затратных нозологий, финансируемых за счет федерального и регионального бюджета
- Организация лекарственного обеспечения и фармакоэкономика в онкологии
- Организация лекарственного обеспечения и фармакоэкономика сахарного диабета
- Организация лекарственного обеспечения и фармакоэкономика бронхиальной астмы

ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

- Заседание межрегиональной рабочей группы «Современная организация лекарственного обеспечения — СОЛО» (Участвуют представители региональных органов управления здравоохранением)

Дополнительная информация на сайте www.fru.ru

и по тел.: (495) 359-06-42, 359-53-38,

e-mail: fru@fru.ru, Skype: fru2012

Обращаем Ваше внимание, что Оргкомитет конгресса оставляет за собой право вносить изменения в программу и состав докладчиков

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ КОНКУРСА МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ПО ФАРМАКОЭКОНОМИКЕ НА ЛУЧШУЮ НАУЧНУЮ РАБОТУ 2019 ГОДА

Первая премия — публикация полной научной статьи в журнале «Фармакоэкономика: теория и практика» в 2019 году с размещением на сайте журнала www.pharmacoeconom.com

Вторая премия — бесплатная аккредитация с публикацией тезисов на следующий XV конгресс «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии» в 2020 году

Третья премия — бесплатная подписка на 2019 год на печатный вариант журнала «Фармакоэкономика: теория и практика» по каталогу «Почта России», подписной индекс 92646

Авторитетный профильный Конгресс, исторически основанный на результатах отечественных российских фармакоэкономических исследований, пройдет уже в четырнадцатый раз. Это единственная профильная площадка для обмена практическим опытом, в которой примут участие ведущие отечественные специалисты в области фармакоэкономики, руководители и ведущие специалисты федеральных и региональных органов управления здравоохранением и фармацевтической деятельностью, представители аптечных организаций, лечебно-профилактических учреждений, профессиональных фармацевтических ассоциаций, высших учебных заведений, предприятий-производителей лекарственных средств, отраслевой прессы и др.

РЕКЛАМА