

## Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in Russian

---

### Взгляд на здравоохранение: показатели ОЭСР – Выпуск 2005

Резюме на русском языке

#### Резюме

Системы здравоохранения в странах ОЭСР приобретают все большие масштабы и все большую важность. Прогресс в охране здоровья и разработка новых лекарств способствовали стабильному улучшению состояния здоровья населения в странах ОЭСР за последние десятилетия. В то же время, расходы на здравоохранение никогда еще не были такими высокими и потребляют все бóльшую долю национального дохода.

Здоровье, без сомнения, зависит не только от его охраны и расходов на него. Немало фактов свидетельствуют о том, что в развитых странах социально-экономические факторы и образ жизни людей в большей степени определяют состояние здоровья населения, чем само по себе предоставление медицинской помощи. Хорошо разработанные программы охраны здоровья населения могут способствовать профилактике заболеваний и определенному уменьшению бремени расходов, лежащих на плечах систем здравоохранения. Факторы, представляющие собой риск для здоровья, также изменяются. Например, в то время как многие страны ОЭСР достигли заметных успехов в борьбе с курением за последние несколько десятилетий, показатели по ожирению выросли во всех странах ОЭСР, отражая изменения в привычках питания и более сидячий образ жизни.

*Взгляд на здравоохранение – показатели ОЭСР 2005* содержит целый набор свежих сопоставимых показателей, отражающих различные аспекты функционирования систем здравоохранения. За основу берутся *Данные о здоровье ОЭСР 2005* - комплексная база данных, содержащая более тысячи статистических рядов о здоровье и системах здравоохранения в странах ОЭСР. Данный третий выпуск *Взгляда на здравоохранение* освещает не только состояние ресурсов и деятельность систем здравоохранения, но и содержит большее количество показателей, связанных с содействием распространению здорового образа жизни и

профилактикой заболеваний. Глава о состоянии здоровья, например, содержит больше информации о здоровье детей, включая здоровье их зубов. Кроме того, к показателям потребления табака, алкоголя, избыточного веса и ожирения в главу, посвященную факторам риска, были добавлены показатели, связанные с питанием. Данные о распространенности иммунизации пожилых людей от гриппа были добавлены к традиционным показателям иммунизации детей в качестве примеров профилактических здравоохранительных мероприятий, способствующих улучшению здоровья, а следовательно, и сокращению потребности в лечении. К тому же, отныне предоставляется разбивка расходов на здоровье, указывающая на то, как распределяются расходы на организованные программы общественного здравоохранения в различных странах ОЭСР.

Данная публикация предоставляет яркое доказательство существования значительных различий между 30 странами-членами ОЭСР в показателях состояния здоровья, видов риска для здоровья, а также в издержках, ассигновании ресурсов и достижениях систем здравоохранения этих стран. Даже если для ряда показателей имеется определенная базовая разбивка населения по полу и возрасту, в большинстве случаев она не предоставляет более детальной информации по районам (на подстрановом уровне), по социально-экономическим группам или по различным этническим/расовым группам. Поэтому читатель должен не забывать о том, что по многим показателям, представленным в данной публикации, могут существовать немало отличий как *внутри* одной страны, так и *между* странами.

Ниже приводятся тезисы основных заключений данной публикации о функционировании систем здравоохранения.

## **Состояние здоровья в странах ОЭСР существенно улучшилось**

- **Продолжительность жизни на момент рождения существенно увеличилась в странах ОЭСР за последние десятилетия**, благодаря улучшению условий жизни, образа жизни и образования, а также расширению доступа к медицинскому обслуживанию и повышению эффективности медицины. В среднем по странам ОЭСР, продолжительность жизни на момент рождения достигла 77,8 лет в 2003 г., т. е. повысилась по сравнению с 68,5 годами в 1960 г. В 2003 г. наибольшая продолжительность жизни была зафиксирована в Японии, где она составляла 81,8 лет для всего населения, затем шли Исландия, Испания, Швейцария, Австралия и Швеция (Иллюстрация 1.1).
- Трудно оценить относительный вклад многочисленных немедицинских и медицинских факторов, способных сказаться на продолжительности жизни в разных странах и во времени. **Для стран ОЭСР, как правило, чем выше национальный доход страны, тем больше там продолжительность жизни на момент рождения**, хотя эта связь и менее ярко выражена на более высоких уровнях национального дохода. Существуют также заметные различия в продолжительности жизни между странами ОЭСР со сходным доходом на душу населения. Например, в Японии и Испании продолжительность жизни выше, чем можно было бы предположить, основываясь на одном только ВВП на душу населения, в то время как в США и Венгрии продолжительность жизни меньше, чем величина, предполагаемая на основе дохода (Иллюстрация 1.3).

- **Продолжительность жизни в возрасте 65 лет в странах ОЭСР также существенно увеличилась за последние несколько десятилетий.** В 2003 г. продолжительность жизни в возрасте 65 лет составляла, в среднем по странам ОЭСР, 19,3 лет для женщин и 15,9 лет для мужчин. Она повысилась более чем на 3 года по сравнению с 1970 г. как для женщин, так и для мужчин. Как и в случае с продолжительностью жизни на момент рождения, в 2003 г. наибольшая продолжительность жизни в возрасте 65 лет наблюдалась в Японии (Иллюстрация 1.5). **В ближайшие десятилетия прогнозируется дальнейший рост продолжительности жизни в возрасте 65 лет.** Расчеты ОЭСР показывают, что к 2040 году продолжительность жизни в возрасте 65 лет достигнет, в среднем по странам ОЭСР, 21,6 лет для женщин и 18,1 лет для мужчин.
- В последние десятилетия во всех странах ОЭСР наблюдаются **заметные успехи в снижении уровня детской смертности**, благодаря общему улучшению экономических и социальных условий, а также улучшению медицинского обслуживания во время постнатального ухода, включая иммунизацию детей. Процент детской смертности в Португалии снизился более чем на 90% по сравнению с 1970 г., что позволило этой стране, в которой уровень детской смертности был ранее самым высоким в Европе, перейти в 2003 г. в категорию стран с наименьшим уровнем смертности. Процент детской смертности существенно сократился и в Мексике, Турции и некоторых других южных европейских странах, таких как Италия, Испания и Греция. В 2003 г. наименьший уровень детской смертности среди стран ОЭСР отмечался в Исландии, Японии и некоторых Северных странах (Иллюстрация 1.20).

### **Страны ОЭСР сталкиваются с ростом расходов на здравоохранение**

- В то время, как в последние десятилетия в странах ОЭСР отмечался впечатляющий рост долголетия, расходы на здравоохранение также росли во времени, при этом темпы роста расходов на здравоохранение в большинстве стран превышали общие темпы экономического роста. **В 2003 г. страны ОЭСР выделяли, в среднем, 8,8% своего ВВП на здравоохранительные расходы, что выше, чем 7,1% в 1990 г. и чуть более 5% в 1970 г.** Доля ВВП, ассигнованная на здравоохранительные расходы, существенно отличается в разных странах и колеблется от 15% в США до менее 6% в Словацкой Республике и Корее. Наибольший процент ВВП выделялся на здравоохранительные расходы в 2003 г. в США, затем шли Швейцария и Германия, в которых на здравоохранение выделялось соответственно 11,5% и 11,1% ВВП (Иллюстрация 3.7).
- **Рост расходов на здравоохранение вызван несколькими факторами.** Как правило, страны ОЭСР с наивысшим ВВП на душу населения склонны больше тратить на здравоохранение в расчете на душу населения (Иллюстрация 3.10). Тем не менее, между странами наблюдаются существенные отличия, которые, вероятно, частично отражают политические решения относительно приемлемых уровней расходов, наличие различных финансирующих и организационных структур систем здравоохранения и воспринимаемую стоимость дополнительных расходов на здоровье по сравнению с другими товарами и услугами. **Успехи медицины в профилактике, диагностике и**

лечении составляют основной фактор роста расходов на охрану здоровья. Самые разнообразные факторы влияют на развитие и распространение новых медицинских технологий и новых лекарств, включая процесс принятия решений о способах финансирования нового оборудования, лечения или лекарства. **Старение населения также способствует росту расходов на здравоохранение.** Доля населения в возрасте 65 лет или старше увеличилась во всех странах ОЭСР (Иллюстрация 5.3) и, по прогнозам, в ближайшие годы и десятилетия ожидается сохранение этой тенденции, особенно принимая во внимание старение поколения “baby-boom”(родившихся после войны), которому исполнится 65 лет, начиная с 2010 г. Поскольку более пожилое население, как правило, больше нуждается в лечении и долгосрочном уходе, то можно ожидать, что старение населения приведет к увеличению государственных расходов на эти цели.

### **Расходы на здравоохранение ложатся тяжелым бременем на государственный бюджет**

- Так как в большинстве стран ОЭСР преобладает финансирование страхования здоровья из государственных источников или прямое государственное финансирование лечения, то самая большая доля расходов на здравоохранение приходится на государственный сектор во всех странах, кроме США, Мексики и Кореи (Иллюстрация 3.17). Даже в США, где частный сектор играет особенно важную роль в финансировании, государственные расходы на здравоохранение составляют 6,6% ВВП, что сравнимо со средней величиной в странах ОЭСР.
- Прошрое десятилетие может быть поделено, примерно, на два периода с точки зрения роста государственных расходов на здравоохранение в странах ОЭСР. В период с 1992 г. по 1997 г. темпы роста государственных расходов на здравоохранение были примерно такими же, как темпы экономического роста, или даже ниже. Однако, в последние годы **во всех странах ОЭСР темпы роста государственных расходов на здравоохранение были выше, чем темпы экономического роста.** В ряде стран, таких как Великобритания и Канада, недавний рост государственных расходов на здравоохранение стал результатом целенаправленной политики снижения давления со стороны спроса, возникшего из-за сдерживания расходов в середине 90-х г.г. (Иллюстрация 3.6).
- Быстрый рост расходов на лекарства в последние годы – в среднем более 5% в год с 1997 г. – был и является важным фактором, вызывающим общий рост всех расходов на здравоохранение. Дело в том, что **в большинстве стран ОЭСР темпы роста фармацевтических расходов обогнали темпы роста общих расходов на здравоохранение** за данный период. В США и Австралии темпы роста фармацевтических расходов превысили более чем в два раза темпы роста общих расходов на здравоохранение за данный период. Высокие темпы роста наблюдались также в Ирландии и Корее, хотя в начале данного периода их исходная база в расчете на душу населения была относительно низкой. В Японии темпы роста были гораздо более умеренными (Иллюстрация 3.16).
- В среднем по странам ОЭСР, **60% фармацевтических расходов финансируются из государственных источников, остальная часть оплачивается, как правило, наличными деньгами и, в меньшей степени, частным страхованием.** Тем не

менее, за этими средними данными скрываются весьма существенные различия, колеблющиеся от такой низкой доли, как 11% в Мексике и 21% в США, до такой высокой, как 86% в Ирландии. Одна из причин этого явления кроется в том, каким образом национальные программы здравоохранения и финансируемое государством страхование покрывают фармацевтические препараты, если покрывают их вообще (Таблица 3.11).

- В 2003 г. расходы на лекарства в расчете на одного человека были самыми высокими в США (более 700 USD на человека), затем шла Франция (чуть более 600 USD), Канада и Италия (около 500 USD). Самые низкие расходы составляли чуть более 100 USD и констатировались в Мексике и Турции. Различия между странами в расходах на лекарства отражают различия в объеме, структуре потребления и уровне цен. Различия в уровне доходов между странами также оказывают влияние на расходы на лекарства. (Иллюстрация 3.14).

### **В некоторых странах нехватка ресурсов на здравоохранение может вызвать проблемы**

- Во многих странах сильную озабоченность вызывает нехватка терапевтов. На количество, распространенность и состав контингента практикующих терапевтов влияет целый ряд факторов, включая ограничительные критерии вступления в медицинскую профессию, выбор специальности, вознаграждение и другие аспекты условий труда, а также миграцию. В 2003 г. количество практикующих врачей на душу населения существенно отличалось между странами ОЭСР. Оно колебалось от такой высокой цифры, как 4 врача на 1 000 жителей в Италии и Греции, до менее 2-х на 1 000 жителей в Турции, Мексике и Корее. Количество практикующих врачей на душу населения было также относительно низким в Японии, Канаде, Великобритании и Новой Зеландии. Эта последняя группа стран, по традиции, контролировала набор учащихся в медицинские вузы.
- В некоторых странах терапевты, получившие образование за рубежом, составляют существенную долю общего контингента терапевтов. В 2000 г. доля терапевтов, получивших образование за рубежом, превысила 20% всех практикующих терапевтов в таких англоязычных странах, как Новая Зеландия, Великобритания, США и Канада. С другой стороны, доля терапевтов, получивших образование за рубежом, была намного меньше в Японии, Австрии и Франции (Иллюстрация 2.4). Международная миграция может повысить гибкость рынков труда для врачей и других профессионалов здравоохранения в принимающих странах, но проблема “утечки мозгов” вызывает серьезную озабоченность, в случае наличия чистых долгосрочных потоков персонала из стран с более низким доходом в страны с более высоким доходом.
- В данном третьем выпуске *Взгляда на здравоохранение – показателей ОЭСР 2005* представлены новые данные о вознаграждении врачей для врачей общей практики и специалистов (разделенных на терапевтов - наемных работников и терапевтов - независимых предпринимателей). По сравнению со средним доходом по стране доходы терапевтов сильно отличаются между странами. Например, доход специалистов - независимых предпринимателей относительно высок в Нидерландах, США, Бельгии и Канаде. С другой стороны, специалисты в

Венгрии и Чешской Республике (независимо от того, являются ли они наемными работниками или независимыми предпринимателями) зарабатывают сравнительно меньшую сумму по отношению к среднему доходу по стране, чем в других странах (Иллюстрация 2.9).

- Имеется также информация о нехватке в настоящий момент медсестер практически во всех странах ОЭСР за редким исключением. **Как и в случае с врачами, существенные различия в количестве медсестер отмечаются в разных странах ОЭСР**, хотя сопоставимость данных ограничена в связи с включением различных категорий медсестер. По предоставленным данным, в 2003 г. больше всего медсестер на душу населения было в Ирландии, Исландии и Нидерландах - более 13 медсестер на 1000 жителей. Наименьшее количество медсестер было зафиксировано в Турции, Корее, Мексике и Греции – менее 4-х медсестер на 1 000 жителей (Иллюстрация 2.5). Если проследить развитие тенденции во времени, то можно отметить, что в большинстве стран количество медсестер на душу населения продолжало расти - как минимум невысокими темпами - между 1990 г. и 2003 г., однако оно начало уменьшаться в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и Польше (Иллюстрация 2.6).
- Данные о **вознаграждении медсестер** имеются только в отношении медсестер, являющихся наемными работниками в больницах. Основываясь на данных дюжины стран, относительный доход медсестер по сравнению с ВВП на душу населения выше всего в Португалии, затем идут Австралия и Новая Зеландия. Относительный доход ниже всего в Чешской Республике и Венгрии, а также в Норвегии (Иллюстрация 2.11).
- В ряде стран вызывает озабоченность нехватка оборудования для диагностики и лечения, необходимого для обеспечения своевременного доступа к передовым технологиям. **Такие технологии диагностики, как компьютерные томографические и магнитно-резонансные сканеры, получили большее распространение во всех странах ОЭСР за последнее десятилетие.** Поскольку технология магнитно-резонансного сканирования новее, чем компьютерная томография, рост числа магнитно-резонансных сканеров был особенно высоким после 1990 г. (Таблица 2.8). Несмотря на это, значительные различия в распространенности этих медицинских технологий не исчезли, при этом наибольшее число компьютерных томографических и магнитно-резонансных сканеров на душу населения зафиксировано в Японии, явно опережающей другие страны по этому показателю. Принимая во внимание высокую стоимость этого оборудования, вовсе не удивительно, что наименьшее количество магнитно-резонансного оборудования на душу населения зафиксировано в Мексике, затем идут Польша, Словацкая Республика и Чешская Республика (Иллюстрации 2.13 и 2.14).

**Уделение большего внимания профилактике может предоставить возможность дальнейшего улучшения здоровья, уменьшая при этом бремя, лежащее на системах здравоохранения**

- Системы здравоохранения иногда критикуют за то, что они чрезмерно фокусируют внимание на “лечении заболевших”, за то что они лечат больных и недостаточно

делают для профилактики заболевания. Дело в том, что **только около 3% нынешних расходов на здравоохранение идут на профилактику и программы оздоровления населения в среднем по странам ОЭСР** (Иллюстрация 3.12).

- Иммунизация детей фигурирует в числе наиболее эффективных профилактических мер сокращения детской заболеваемости и смертности. **Около двух третей стран ОЭСР достигли как минимум 95%-ной вакцинации от КДС (коклюш, дифтерия, столбняк), т.е. уровня, необходимого для обеспечения общего иммунитета населения. Примерно половина стран ОЭСР констатируют такой же уровень вакцинации от кори.** Некоторые более богатые страны ОЭСР, из расчета ВВП на душу населения, такие как Ирландия, Норвегия и Австрия, констатируют, что их уровень вакцинации от дифтерии и кори ниже среднего (Иллюстрация 2.21).
- Иммунизация пожилых людей от гриппа получает все большее распространение в странах ОЭСР в течение последних десяти лет, так как является способом предупреждения заболевания, госпитализации и смертности этой категории населения, более подверженной риску появления серьезных осложнений после гриппа. **В 2003 г. уровень вакцинации пожилых людей от гриппа колебался от такой низкой отметки, как 40% в Чешской Республике, Словацкой Республике и Венгрии, до более 75% в Австралии, Корее и Нидерландах.** Уровень вакцинации от гриппа также представлял собой более 60% в большинстве стран большой семерки, за исключением Германии и Японии, где, согласно предоставленным данным, менее 50% пожилого населения были привиты от гриппа в 2003 г. (Иллюстрация 2.23).

### **Факторы риска для здоровья изменяются**

- **Во многих странах ОЭСР за два последних десятилетия были достигнуты значительные успехи в борьбе с курением,** хотя оно по-прежнему является ведущей причиной преждевременной смертности. Сокращение произошло во многом благодаря политическим мерам, направленным на снижение потребления табака при помощи кампаний информирования общественности, использования рекламы и повышения налогов и сборов. Нынешний процент взрослых, курящих каждый день, составляет менее 20% в Австралии, Канаде, Швеции и США, по сравнению с более 33% в конце 70-х г.г. В противоположность этим странам более 33% взрослых в Греции, Венгрии и Люксембурге продолжают курить каждый день (Иллюстрация 4.1).
- **Среднее потребление алкоголя в расчете на одного взрослого человека также постепенно снижается во многих странах ОЭСР в ходе двух последних десятилетий.** Меры, сдерживающие рекламу, ограничения на продажу и налогообложение доказали свою эффективность для снижения потребления алкоголя. В таких странах - традиционных производителях вин, как Италия и Франция, потребление алкоголя на душу населения существенно снизилось после 1980 г. С другой стороны, потребление алкоголя на душу населения выросло более чем на 40% в Ирландии (Иллюстрации 4.6 и 4.7).

- Во многих странах ОЭСР **рост процента детей, страдающих от избыточного веса и ожирения, быстро превращается в крупную проблему общественного здравоохранения.** Ожирение представляет собой известный фактор риска появления различных заболеваний, в том числе гипертонии, повышенного уровня холестерина, диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, астмы, артрита и некоторых форм рака. **В десяти странах ОЭСР определено, что более 50% взрослых либо имеют избыточный вес, либо страдают от ожирения:** США, Мексика, Великобритания, Австралия, Словацкая Республика, Греция, Новая Зеландия, Венгрия, Люксембург и Чешская Республика (Таблица 4.6).
- В том что касается ожирения (представляющего собой больший риск для здоровья, чем просто избыточный вес), **его распространенность среди взрослых колеблется от 3% в Японии и Корее до 31% в США.** Тем не менее, следует отметить, что оценка избыточного веса и ожирения в большинстве стран основывается на данных, *предоставляемых самими людьми*, в отличие от США, Австралии, Новой Зеландии и Великобритании, где оценка основывается на *фактических измерениях* роста и веса людей. Сведения, предоставленные самими людьми менее надежны, чем фактические измерения, как правило, из-за недооценки веса. Это означает, что, **по существующим данным, реальная распространенность ожирения недооценивается в большинстве стран ОЭСР** из-за такого рода неточностей (Иллюстрации 4.12 и 4.13).
- **Так как ожирение связано с повышением риска хронических заболеваний, оно вызывает значительные дополнительные расходы на здравоохранение.** По оценкам, полученным из США, для людей, страдающих ожирением, расходы на здравоохранительные услуги на 36% больше, а расходы на лечение на 77% больше, чем для людей с нормальным весом (Sturm, 2002). Проблемы со здоровьем приходят через несколько лет после появления ожирения, что наводит на мысль о том, что рост числа страдающих ожирением за последние два десятилетия, наблюдаемый в большинстве стран ОЭСР, будет означать повышение расходов на здравоохранение в будущем.



© ОЭСР 2005

Данное резюме не является официальным переводом ОЭСР.

Воспроизведение данного резюме разрешается при условии, что при этом будут указаны атрибуты авторского права ОЭСР и заглавие оригинала публикации.

**Многоязычные резюме - переведённые отрывки из публикаций ОЭСР, вышедших в оригинале на английском и французском языках.**

Они доступны бесплатно в онлайн-магазине ОЭСР  
[www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)

За дополнительной информацией, обращайтесь в Отдел прав и переводов ОЭСР при Директорате общественных вопросов и коммуникации.

[rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org)

Факс: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)  
2 rue André-Pascal  
75116 Paris  
France  
Франция

Посетите наш интернет сайт [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

