

POLICY BRIEF 10

# Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?

Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy и  
Martin McKee

## Ключевые Слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE -  
organization and  
administration - trends

AGING

AGED

HEALTH SERVICES NEEDS AND  
DEMAND - trends

HEALTH CARE COSTS - trends

EUROPE

Данный документ представляет собой очередную аналитический обзор из новой серии, предназначенной для государственных деятелей, руководителей высшего звена и организаторов здравоохранения.

При подготовке таких обзоров ставится задача разработать ключевые концепции формирования политики, основывающейся на фактических данных, и редакторы обзоров – в сотрудничестве с авторами – продолжают работу по совершенствованию этой серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2009 г.

---

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

---

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?

---

## Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Стратегическая характеристика ситуации	1
Стратегические подходы	17
Резюме	30
Библиография	32

## Авторы

**Bernd Rechel** London School of Hygiene and Tropical Medicine, Соединенное Королевство, и European Observatory on Health Systems and Policies

**Yvonne Doyle** NHS South East Coast, Соединенное Королевство

**Emily Grundy** London School of Hygiene and Tropical Medicine, Соединенное Королевство

**Martin McKee** London School of Hygiene and Tropical Medicine, Соединенное Королевство, и European Observatory on Health Systems and Policies

## Редакторы

Под редакцией Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

**Главный редактор**  
Govin Permanand

## Соредакторы

Enis Bariş  
Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

## Ответственные за выпуск

Jonathan North  
Kate Willows

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за их комментарии о данной публикации.

No: 10

ISSN 1997-8073

## Основные положения

### Стратегическая характеристика ситуации

- Во всех странах Европы отмечается феномен старения населения, что выражается снижением числа людей работоспособного возраста, приходящегося на одного пенсионера.
- Тенденции показателей здоровья среди пожилых носят смешанный характер: тяжелая инвалидность снижается в одних странах, но повышается в других; инвалидность легкой степени и хроническая заболеваемость постепенно растут.
- Уменьшение численности населения работоспособного возраста приведет к снижению финансовых поступлений в системы здравоохранения и пенсионного обеспечения.
- Старение населения несомненно вызывает рост расходов на оказание длительного социального ухода, однако его влияние на собственно медицинские затраты является спорным вопросом. Ясно, что если своевременно принимать соответствующие меры, старение населения необязательно должно приводить к значительному росту расходов на здравоохранение.

### Стратегические подходы

#### *Обеспечение адекватных ответных мер со стороны систем здравоохранения*

- Чрезвычайно важным представляется улучшение координации между службами здравоохранения и социальной защиты, а также между различными уровнями системы здравоохранения в их деятельности по оказанию помощи.
- Поскольку многие пожилые люди нередко необоснованно долго находятся на стационарном лечении, можно применить ряд мер для того, чтобы расширить диапазон предоставляемых внебольничных услуг.
- Меры, направленные на снижение риска заболеваний, улучшение функционального состояния организма пожилого человека, поддержания его уверенности в себе и участия в социальной жизни, могут способствовать здоровому старению и уменьшить нагрузку на системы здравоохранения. Особо следует отметить в этом отношении программы укрепления здоровья и профилактики болезней, которые нацелены на основные причины заболеваемости и

преждевременной смертности, в частности такие, как ожирение, артериальная гипертония, нарушения психического здоровья.

- Принимаемые меры должны включать содействие физической активности и вовлечению в систему социальных отношений. Особенно важно, чтобы все эти мероприятия и вмешательства достигали людей среднего возраста и старше.

#### *Создание рациональных систем длительного ухода*

- Важнейшее значение имеет обеспечение оптимального сочетания условий для длительного ухода, включая и формальный, и неформальный уход.

#### *Поддержка экономической и социальной интеграции*

- Снижение доли людей работоспособного возраста, которые должны финансировать систему здравоохранения, можно отчасти компенсировать мерами, которые дадут возможность большему числу пожилых людей продолжать работать.
  - Стратегии в поддержку здорового старения также должны учитывать необходимость поддержания участия пожилых людей в жизни общества.
-

## Реферат

Во всех странах Европы происходит старение населения, и продолжение этой тенденции прогнозируется по крайней мере до середины двадцать первого века. Часто этот процесс считают одной из главных причин, ведущих к росту расходов на здравоохранение. Однако анализы расходов на медико-санитарную помощь показывают, что большее влияние на рост этих расходов оказывают другие факторы, прежде всего – все возрастающая сложность технологии. Кроме того, хотя старение населения и ведет к определенным дополнительным расходам, их можно снизить за счет проведения в жизнь разумных и тщательно согласованных стратегий в области здравоохранения и социальной защиты, позволяющих замедлить темпы ухудшения здоровья, связанного со старением, и, таким образом, уменьшить объем необходимых медико-санитарных услуг.

Тенденции, наблюдаемые в состоянии здоровья пожилых людей, достаточно сложны. В некоторых странах стало меньше тяжелой инвалидности, чем в прошлом, но в целом отмечается рост инвалидности средней тяжести и функциональной недостаточности. Возможность эффективно лечить одно из наиболее инвалидизирующих и распространенных расстройств – ослабление познавательной способности – ограничена, происходит накопление бремени болезней, обусловленных эпидемией ожирения. Для того, чтобы люди старшего возраста могли оставаться здоровыми и самостоятельными, необходимо обеспечить благоприятную среду, в том числе разумно спланированные жилищные условия, доступ к экономическим ресурсам и соответствующее их нуждам медицинское обслуживание. Поэтому стратегии здравоохранения и социальной защиты должны быть направлены на создание надлежащих систем, способных обеспечить удовлетворение потребностей стареющего населения. Учитывая важные долгосрочные последствия происходящих процессов, эта задача сохраняет свою актуальность даже в нынешний период финансовых и экономических неурядиц.

## Стратегические подходы

При правильных стратегических решениях в области здравоохранения, принятых сегодня, можно добиться того, что у завтрашних пожилых людей будет лучше состояние здоровья, меньше потребности в медико-санитарных услугах и длительном уходе, и они будут получать поддержку от сбалансированной и комплексной системы предоставления помощи.

### ***Обеспечение адекватных ответных мер со стороны систем здравоохранения***

У пожилых людей растет число хронических состояний и сопутствующих заболеваний, и им часто приходится обращаться к нескольким поставщикам как социальных, так и медико-санитарных услуг. Поэтому особое значение приобретает координация помощи на уровне служб здравоохранения и социальной защиты, а также на различных уровнях медико-санитарной помощи.

Можно принять ряд мер к тому, чтобы уменьшить неоправданное пользование услугами больниц, включая раннюю выписку больных домой или в другие подходящие типы заведений (такие как частные лечебницы или дома престарелых и инвалидов), для чего потребуется более тесное сотрудничество с сектором длительного ухода.

Создавая условия, при которых люди будут оставаться здоровыми в старости, эффективные меры вмешательства со стороны сектора здравоохранения, особенно программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний, нацеленные на устранение главных причин заболеваемости и смертности, могут помочь свести до минимума бремя расходов, связанных со старением. Сюда входят меры по борьбе с ожирением и артериальной гипертонией, программы иммунизации и программы профилактики падений. Физическая активность в среднем возрасте также может способствовать уменьшению ослабления познавательных способностей в старости, например, путем снижения повреждения сосудов головного мозга. Такие вмешательства могут также давать более широкие экономические выгоды, так как люди, которые могут рассчитывать на долгую и здоровую жизнь, прямо заинтересованы в том, чтобы инвестировать средства в развитие своих способностей в молодом возрасте и продлевать свою трудовую жизнь.

### ***Создание рациональных систем длительного ухода***

Влияние роста численности лиц пожилого и преклонного возраста, имеющих инвалидность, будет ощущаться преимущественно в секторе длительного ухода, а не в секторе неотложной медицинской помощи. Это делает необходимым обеспечить разумное соотношение различных условий длительного ухода, включая самопомощь с поддержкой и услуги в домашних условиях. Обязательно должны предоставляться соответствующие услуги для пожилых людей с хроническими заболеваниями, а для этого потребуется интеграция и координация помощи среди всех различных поставщиков услуг и между медицинской и социальной помощью.

### *Поддержка экономической и социальной интеграции*

Один путь решения проблемы уменьшающейся доли трудоспособного населения, которому придется финансировать системы здравоохранения и пенсионного обеспечения, – повышение пенсионного возраста, особенно в странах с ранним возрастом выхода на пенсию, при одновременном создании у людей стимулов к тому, чтобы они продолжали заниматься оплачиваемым трудом. Как следствие, это требует изменений в характере труда в пожилом возрасте: например, установление гибкого графика, создание условий для работы в нескольких местах и неполный рабочий день и принятие мер, учитывающих изменения в физических возможностях вследствие старения. В Европейском Союзе наряду с тем, что “Лиссабонская стратегия” предусматривает рост участия работников старшего возраста в трудовой деятельности, следующим шагом могло бы стать повышение пенсионного возраста (что, собственно, и происходит в некоторых странах). Мало того, что такие реформы должны учитывать различия в ожидаемой продолжительности здоровой жизни в разных государствах-членах ЕС, но пенсионные реформы также не должны усугублять проявления несправедливости, связанные с гендерной принадлежностью, разными уровнями образования и видами трудовой деятельности. Полезные уроки из этого могут извлечь и другие страны Европейского региона.

Поскольку сейчас признается, что отсутствие социального взаимодействия является фактором риска не только развития депрессии, но и снижения познавательных способностей – а именно эти тяжелые инвалидизирующие состояния, требующие больших расходов, свойственны пожилому возрасту – одним из приоритетов считается непрерывное участие в системе социальных отношений. Пожилые люди вносят вклад в жизнь общества: в то время как некоторые из них являются получателями помощи, другие пожилые люди предоставляют значительную часть этой помощи, хотя их неформальный вклад в качестве супругов, родственников или друзей часто не получает признания. Улучшение здоровья пожилых людей позволит снизить число лиц старшего возраста, которые не могут осуществлять уход за супругом или родителем из-за расстройств собственного здоровья, и тем самым реально увеличить резерв потенциальных попечителей.

---

## Краткий аналитический обзор

Одной из наиболее важных демографических тенденций, с которыми сталкивается Европа, является старение ее населения. В данном аналитическом обзоре рассматриваются последствия, вытекающие из этого процесса для здравоохранения и длительного ухода, в том числе последствия с точки зрения средств, которые будут выделяться на медико-санитарную помощь, и требуемых расходов. В нем обсуждается ряд стратегических подходов, которые могут рассматриваться при принятии мер в ответ на проблему старения населения. Каких-либо конкретных рекомендаций в нем не дается, но отмечается, что на основании имеющихся данных исследований перспективным вариантом представляется содействие здоровому старению. В обзоре показано, что, когда у пожилых людей хорошее здоровье, на них нужно будет тратить меньше ресурсов здравоохранения и также выше вероятность того, что они сохранят трудовую активность. Стратегии, обеспечивающие здоровое старение населения, включают улучшение координации медицинских услуг и услуг длительного ухода и укрепление профилактических служб.

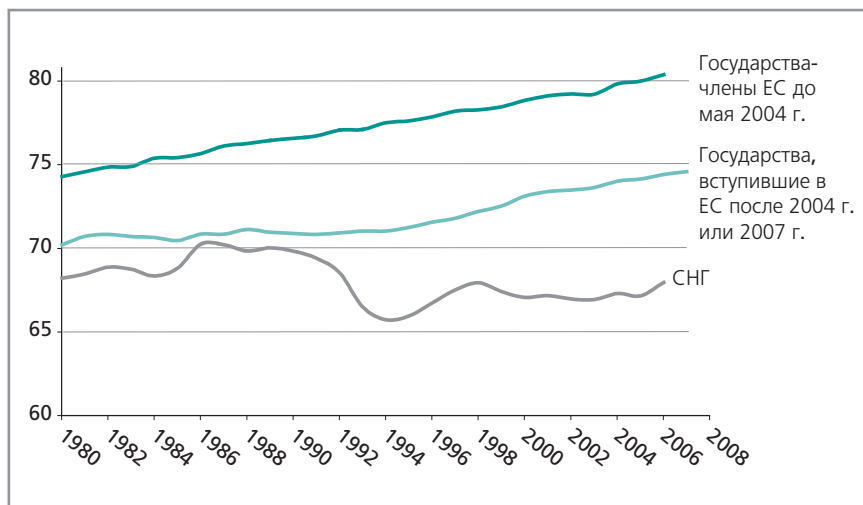
## Стратегическая характеристика ситуации

Во всех странах Европы отмечается феномен старения населения. В данном разделе рассматриваются демографические тенденции в настоящее время и в будущем, затем исследуются уровни здоровья пожилых людей и последствия, которые имеет проблема старения населения для финансовых поступлений в сектор здравоохранения, расходов на здравоохранение, организации систем здравоохранения и длительного ухода.

### *Стареющее население*

Старение населения Европы отражает сочетание снижения коэффициентов рождаемости, которое ведет к уменьшению числа молодых людей, и роста продолжительности жизни, в результате которого больше людей доживают до старости. На эти современные процессы накладываются (по крайней мере, в некоторых странах) долговременные эффекты послевоенного демографического взрыва, приведшие к пикам рождаемости сначала в конце 40-х годов, а затем опять в конце 60-х и начале 70-х годов, когда репродуктивного возраста достигли родившиеся в первом пике. В последние десятилетия в значительной части Европы наблюдались устойчивые улучшения в показателях продолжительности жизни (рисунок 1), однако в Регионе по-прежнему сохраняются значительные различия (1–3). Наибольший прогресс заметен в 15 странах, которые были членами Европейского Союза (ЕС) до мая 2004 г. (ЕС-15),

**Рисунок 1. Продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, в Европе, 1980–2007 гг.**



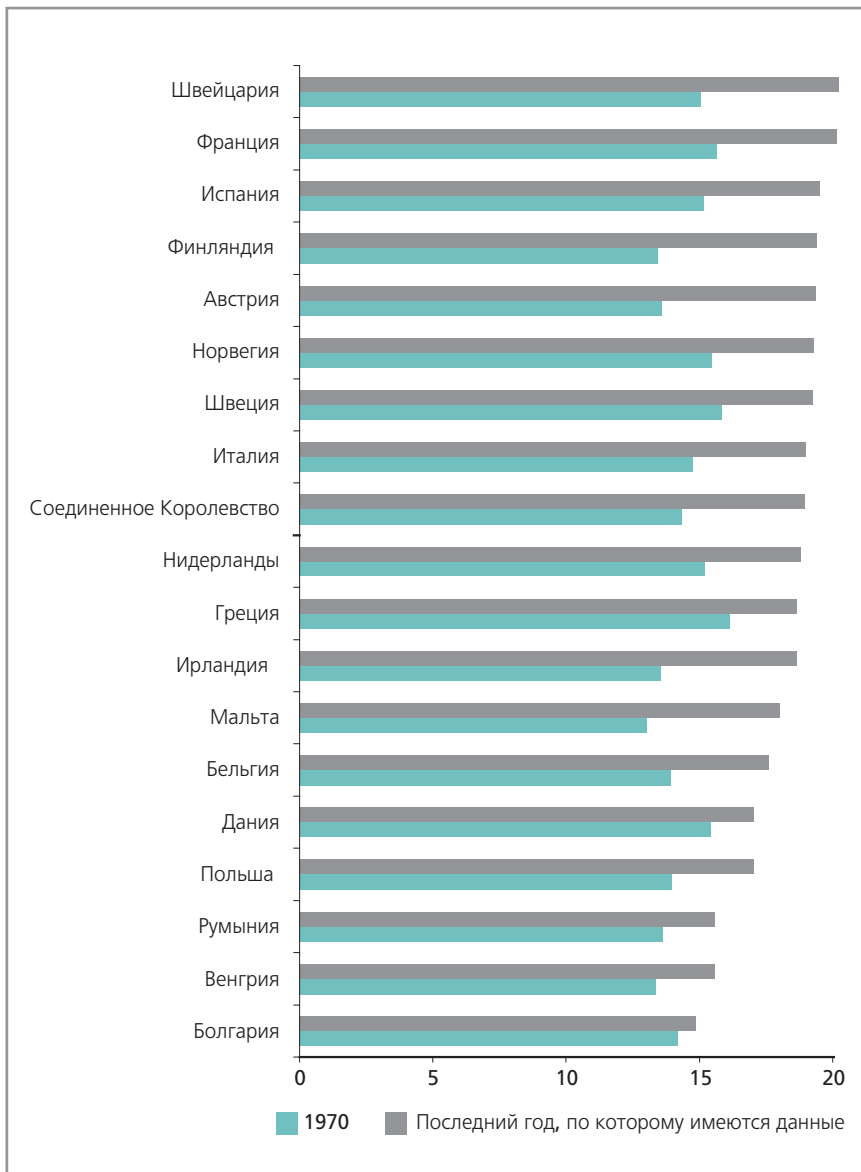
Примечание: СНГ = Содружество Независимых Государств

Источник: ВОЗ (4)

где продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, увеличилась в среднем на 6,1 года – с 74,2 лет в 1980 г. до 80,3 лет в 2006 г. В странах, вступивших в ЕС в 2004 или 2007 гг. (ЕС-10), продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, увеличилась всего на 4,4 года, причем с более низкого уровня 70,1 лет в 1980 г. до 74,5 лет в 2007 г. Но даже и в этих странах показатели лучше, чем в Содружестве Независимых Государств (СНГ), в состав которого вошло большинство стран бывшего Советского Союза, где продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, снизилась с 68,1 лет в 1980 г. до 67,9 лет в 2006 г. (4).

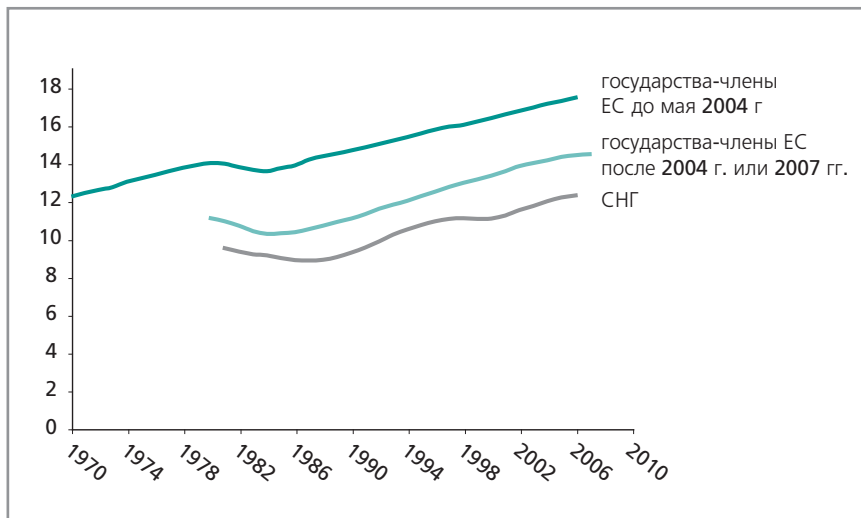
Исторически в основе значительных улучшений показателей продолжительности жизни лежало снижение смертности в грудном и детском возрасте, особенно в результате достигнутых успехов в борьбе с наиболее распространенными инфекциями. Однако в последние четыре десятилетия улучшения определялись главным образом существенным повышением показателей выживаемости в более старших возрастах (поскольку показатели младенческой и детской смертности в большинстве случаев настолько малы, что даже довольно крупные пропорциональные изменения оказывают на демографическую ситуацию ограниченное влияние). Как показано на рисунке 2, во многих

**Рисунок 2. Продолжительность жизни, ожидаемая в возрасте 65 лет, в некоторых странах Европы, 1970 г. и последний год, по которому имеются данные**



Источник: ВОЗ (4)

Рисунок 3. Процент населения в возрасте 65 лет и старше в Европе, 1970–2006 гг.



Примечание: СНГ = Содружество Независимых Государств

Источник: ВОЗ (4)

Европейских странах наблюдался значительный рост ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 65 лет, хотя общая картина далеко не однородна.

Что же касается показателей рождаемости, то они с 60-х годов, напротив, заметно снизились, и теперь в значительной части Европы уровни рождаемости ниже уровней, необходимых для простого воспроизводства населения. Между странами существуют значительные различия: показатели обычно ниже в Южной и Восточной Европе, чем в Северной и Западной Европе (5). Сочетание этих факторов привело к увеличению доли населения в возрасте старше 65 лет, хотя и в разной степени в разных частях Европы (рисунок 3).

Прогнозы неизбежно бывают неточными, а публикуемые оценки различаются между собой, однако сегодня существует единое мнение о том, что продолжительность жизни будет расти и дальше, а потому в предстоящие десятилетия население Европы будет продолжать стареть. Ожидается, что будет происходить значительный рост доли населения пожилого возраста, особенно доли людей старше 85 лет. В странах ОЭСР процент населения в возрасте 65 лет и старше увеличился с 8,5% в

1960 г. до 13,8% в 2005 г., и прогнозируется, что к 2050 г. он составит 25,2%. В 1960 г. на долю лиц в возрасте 85 лет приходилось менее 0,5% населения стран ОЭСР. К 2005 году эта доля утроилась, а к 2050 г. прогнозируется, что люди старше 85 лет будут составлять 5% населения (6).

### *Тенденции показателей здоровья среди пожилых людей*

Один из ключевых вопросов заключается в том, насколько прогнозируемый рост долголетия будет сопровождаться ростом болезней, инвалидности, уязвимости и, следовательно, более интенсивным использованием услугами. Результаты изучения изменяющихся закономерностей здоровья и инвалидности порой бывают противоречивыми, а их трактовка спорной. В значительной степени эти споры возникают вследствие проблем измерений и тех трудностей, с которыми связано проведение сравнений между показателями здоровья, выведенными разными методами (7, 8).

### *Компрессия заболеваемости?*

Один из главных вопросов касается качества жизни в старости. С одной стороны, по крайней мере, в Западной и Центральной Европе очевидно, что продолжительность жизни растет, но объясняется ли это тем, что люди живут дольше при неудовлетворительном состоянии здоровья (т.е. продлевается процесс умирания) (9, 10)? Или же они пользуются плодами более здорового образа жизни и эффективного лечения и благодаря этому наслаждаются более продолжительными периодами хорошего здоровья, а наступление сократившегося теперь последнего периода инвалидности откладывается (11)? Эту вторую точку зрения обозначили термином “компрессия заболеваемости”: средний возраст, в котором человека поражают болезнь и инвалидность, повышается в большей степени, чем средний возраст смерти (12). При всех прочих равных условиях, это должно приводить (по крайней мере, в теории) к снижению спроса на услуги здравоохранения (11, 13). В противоположной гипотезе – “расширение заболеваемости” – в качестве постулата принимается, что определенная доля в снижении смертности обусловлена тем, что сегодня больше людей выживают после тяжелой болезни, но зато и дольше живут с последствиями этой болезни. При таком сценарии стареющему населению требуется больше услуг здравоохранения. И, наконец, третья гипотеза, названная “динамическим равновесием” (14, 15), рассматривает рост долголетия как явление, связанное со снижением заболеваемости в тяжелых формах и ростом заболеваемости в легких формах. В целом доля лет жизни, прожитых при неудовлетворительном состоянии

здоровья, остается постоянной, с нейтральными последствиями с точки зрения затрат. Такая же доля более продолжительной жизни при хорошем здоровье оборачивается абсолютным увеличением числа лет, прожитых в состоянии инвалидности, когда увеличивается продолжительность жизни (отсюда и последствия с точки зрения расходов на медицинскую помощь).

#### *Противоречивые тенденции показателей здоровья*

Вся эта неопределенность отчасти объясняется наличием фактических данных, полученных в результате исследований, которые подтверждают некоторые аспекты каждого из этих сценариев и позволяют выделить разные тенденции, порой ведущие в разные направления:

- (а) снижение показателей тяжелой инвалидности в одних странах Европы, но рост в других;
- (б) рост наблюдаемой распространенности хронических заболеваний и инвалидности легкой степени тяжести;
- (в) растущее число лиц, страдающих ожирением и имеющих избыточную массу тела, и растущая распространенность диабета;
- (г) значительные различия в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между странами и внутри стран.

Эти разные тенденции свидетельствуют об очевидной необходимости выйти за рамки широких концепций заболеваемости и выделить те состояния, на которые более всего будет влиять старение (16). Лишь поняв дифференцированное воздействие старения на издержки по предоставлению помощи в разных клинических условиях, можно заниматься планированием услуг здравоохранения, соответствующих конкретной ситуации (17).

#### (а) Тяжелая инвалидность

О снижении распространенности инвалидности и в первую очередь тяжелой инвалидности сообщается в Соединенных Штатах Америки, Японии, Испании и ряде других европейских стран, что соответствует сценарию “компрессии заболеваемости” (18–22). Например, в Соединенных Штатах Америки национальные обследования потребности в длительном уходе показывают, что распространенность инвалидности в 1994 г. стала на 3,6% ниже, чем в 1981 г. (15). Примечательно, что среди людей, у которых мало факторов риска для здоровья, обусловленных поведением, отсрочка наступления инвалидности достигала 12 лет. Исследование, в котором были использованы результаты “Обследований действительных получателей помощи по программе Medicare” (на основе

репрезентативных выборок более 10 000 получателей помощи по программе Medicare в год) за период 1992–2003 гг., показало рост ожидаемой продолжительности активной жизни после достижения возраста 65 лет и снижение числа лет жизни, прожитых в состоянии тяжелой инвалидности (13, 23–25).

Ситуация в странах разная. Проведенным ОЭСР исследованием здоровья и инвалидности среди пожилых людей было установлено лишь умеренное снижение распространенности тяжелой инвалидности в период между 1980 и 1996 гг. в Австрии, Нидерландах и Соединенном Королевстве. В Канаде, Швеции и особенно в Германии, Соединенных Штатах Америки, Франции и Японии наблюдалось гораздо более значительное снижение (26). В ходе более позднего исследования, проведенного среди населения в возрасте 65 лет и старше в 12 странах ОЭСР, были получены достоверные данные о снижении инвалидности среди пожилых людей только в пяти из двенадцати стран (в Дании, Италии, Нидерландах, Соединенных Штатах Америки и Финляндии). Три страны (Бельгия, Швеция и Япония) сообщили о росте распространенности тяжелой инвалидности, а в двух странах (Австралии и Канаде) распространенность осталась неизменной. В остальных двух странах (в Соединенном Королевстве и Франции) каких-либо явных тенденций различить было невозможно (6). Результаты, полученные в некоторых скандинавских странах (где данные характеризуются высоким качеством), показывают либо отсутствие улучшений, либо даже рост показателей инвалидности (27, 28).

#### (б) Легкая степень инвалидности

Более ясная ситуация вырисовывается в отношении инвалидности легкой степени. Во многих европейских странах отмечен рост распространенности инвалидности и заболеваемости легкой степени, а также функциональной недостаточности (16, 29, 30). Это может объясняться тем, что повышение качества лечения и вторичной профилактики позволило снизить риск тяжелой инвалидности и дало возможность большему числу людей, страдающих болезнью, успешно функционировать в течение более длительного времени. Однако для этого требуются расходы на проведение необходимого лечения (31–33). Например, в одном из исследований в Швеции было показано, как у пожилых людей улучшилась способность функционировать, но при этом у них увеличивается число болезней, которые они контролируют с помощью консервативной терапии (16). Эти результаты согласуются с результатами исследования в Новой Зеландии, которое было проведено в период с 1981 по 1996 г. и установило смещение в ограничениях мобильности от значительных к умеренным (34).

## (в) Ожирение и диабет

Рост числа людей, страдающих ожирением и имеющих избыточную массу тела, во многих западных странах ведет к росту бремени инвалидности и связанных с этим расходов на медицинскую и социальную помощь. Это явление также затрагивает пожилых людей и может нейтрализовать снижение распространенности тяжелой инвалидности, которое имело место во многих странах (6, 35–37). Уже сейчас самым дорогостоящим хроническим заболеванием среди пожилых людей в Соединенных Штатах Америки является диабет, значительная доля роста распространенности которого приходится на растущие уровни ожирения: на его лечение приходится 25% всех расходов программы Medicare, тогда как на долю артериальной гипертензии и родственных заболеваний приходится около 11% (38).

## (г) Различия между странами и внутри стран

В результате анализа ожидаемой продолжительности здоровой жизни в 25 странах ЕС, проведенного в 2005 г., выяснились существенные неравенства: в Эстонии 50-летний мужчина мог бы рассчитывать на 9,1 лет здоровой жизни, а в Дании на 23,6 года. Среди женщин соответствующие цифры составили 10,4 лет и 24,1 года (39). Вероятность остаться живым и здоровым в Российской Федерации снижается быстрее, чем в Западной Европе, причем в старших возрастных группах расширяется разрыв даже между Восточной Европой и Российской Федерацией (1). Однако во всех случаях к этим сравнениям нужно подходить с осторожностью, поскольку данные не свободны от недостатков.

За средними общенациональными показателями могут скрываться проявления значительного неравенства в старости, связанные с предыдущим жизненным опытом людей, имеющих разный уровень образования, занимавшихся разными видами трудовой деятельности и принадлежащих к разному полу. В ходе обследований выясняется, что пожилые женщины обычно несут тяжелое бремя заболеваемости, поэтому их более долгая продолжительность жизни сопровождается худшим качеством жизни. Женщины в среднем живут на 3,9 лет дольше мужчин, но теряют в эквиваленте 1,9 лишних лет хорошего здоровья в результате нелетальных последствий болезни (40). Значительная часть дополнительной заболеваемости, наблюдаемой у женщин по сравнению с мужчинами, в таких непохожих друг на друга обществах, как Соединенные Штаты Америки и Россия, связана с хронической, инвалидизирующей болезнью; также у женщин выше вероятность развития депрессии (1, 41, 42).

### *Общая картина*

Имеющиеся фактические данные исследований ограничены, какие-либо прогнозы делать трудно, и существуют известные различия между странами, но, тем не менее, некоторые широкие выводы все же возможны. Во всех странах ЕС люди в целом живут дольше (хотя в некоторые годы в некоторых странах наблюдался кратковременный отход от этой тенденции). Во многих странах добавочные годы жизни проходят без тяжелой инвалидности. В некоторых случаях это может объясняться тем, что состояния, которые в прошлом вызвали бы тяжелую инвалидность, сегодня вызывают лишь легкую или умеренную степень инвалидности. Эти изменения сопровождаются ростом распространенности болезни, значительную долю которой можно контролировать, что соответствует сценарию “динамического равновесия”. Очевидная трудность кроется в том, чтобы научиться выявлять и понимать достигнутые успехи и стремиться превзойти достигнутое.

### ***Последствия с точки зрения финансовых поступлений в здравоохранение***

Старение населения создает два потенциально серьезных неблагоприятных фактора для финансов здравоохранения: рост потребления услуг здравоохранения (о чем речь идет ниже) и уменьшение финансовых поступлений (поскольку уменьшается доля экономически активного населения). Согласно прогнозам Евростата, население “трудоспособного” возраста (от 15 до 64 лет) в ЕС к 2050 году сократится на 48 миллионов человек. Прогнозируется, что к 2050 г. коэффициент иждивенчества в старости (число лиц в возрасте 65 лет и старше, поделенное на число лиц в возрасте 15–64 лет и умноженное на 100) в ЕС-25 увеличится с четырех человек трудоспособного возраста на каждого пожилого человека (коэффициент иждивенчества в старости 25) до двух (коэффициент иждивенчества в старости 50) (43, 44).

Прогнозировалось, что сокращение численности населения трудоспособного возраста приведет к снижению средних ежегодных темпов роста ВВП в ЕС-25 с 2,4% за период 2004–2010 гг. до 1,2% в период 2030–2050 гг., хотя в этих прогнозах не могли быть учтены события последнего времени (44). Кроме того и с теми же оговорками, в период между 2004 и 2050 годами в ЕС прогнозируется рост на 3-4 пункта ВВП государственных расходов, связанных с возрастными факторами, таких как расходы на пенсионное обеспечение, здравоохранение и обслуживание пожилых людей (44).

Важно, однако, помнить, что старение населения в Европе – это следствие достигнутых успехов: роста продолжительности жизни, часто при

хорошем состоянии здоровья, и улучшения возможностей выбирать, обзаводиться ли детьми и когда это делать (44). Кроме того, на соотношение “экономически активных” групп и групп “иждивенцев” влияет политика в отношении порядка выхода на пенсию, а не непреложные процессы старения, и последние цифры роста участия пожилых людей в экономической жизни в Соединенных Штатах Америки были достигнуты после того, как произошли изменения в политике и законодательной базе. Есть опасность, что нынешние экономические трудности повлекут за собой исключение пожилых людей из рабочей силы, но директивным органам нужно будет учесть, что для того, чтобы потом обратить такие изменения вспять, может потребоваться немало времени.

Пожилые люди – это не просто получатели пенсии или медицинской помощи и длительного ухода. Они также выполняют значительную часть работы по уходу за другими пожилыми людьми (включая своих супругов). Поэтому улучшение состояния их здоровья может означать, что еще больше людей смогут предоставлять такой уход супругу или родителю, и, таким образом, по существу расширяется резерв потенциальных попечителей (45). К этому можно добавить и то, что значительное число пожилых людей во многих странах занимаются добровольным трудом или помогают ухаживать за своими внуками, тем самым внося ценный трудовой вклад в жизнь общества; в противном случае эти услуги пришлось бы покупать на рынке (46).

### *Последствия с точки зрения расходов на здравоохранение*

Ввиду отмеченных выше неопределенностей очень трудно точно установить, какие последствия старение населения будет иметь с точки зрения расходов на здравоохранение. Многое будет зависеть от того, как люди будут стареть. Успешное содействие здоровому старению может ослабить влияние старения на расходы на здравоохранение.

В основе обеспокоенности по поводу того, что старение приведет к росту потребления услуг здравоохранения, лежит наблюдение, согласно которому значительная доля потребления медико-санитарной помощи приходится на пожилых людей. Поскольку пожилые люди обычно составляют примерно половину нагрузки больниц, если измерять ее койко-днями (47), часто принимается допущение о том, что старение населения повысит спрос на больничную помощь. Подушевое потребление услуг здравоохранения пожилыми людьми в 3–5 раз выше, чем людьми молодого возраста (48). В одном исследовании, проведенном в восьми странах ОЭСР, было показано, что на медицинскую помощь пожилым людям тратится от одной трети до половины всех средств,

выделяемых на здравоохранение (49). В Англии на долю лиц в возрасте старше 65 лет приходится около двух третей больничных койко-дней (50). Тем не менее, прогнозы быстрого роста спроса на больничную помощь могут быть преувеличены (51).

Часто считают, что одной из главных причин, связанных с повышением расходов на здравоохранение, является старение, однако как анализы расходов в прошлом, так и прогнозы тенденций в будущем показывают, что есть и другие факторы, особенно возрастающая сложность медицинской технологии, которые оказывают гораздо большее влияние на расходы на здравоохранение (52). Такой вывод подтверждается сравнениями между странами: например, расходы на здравоохранение в Соединенных Штатах Америки намного выше, чем в других промышленно развитых странах, хотя население США моложе (53). Анализом, в котором использовались данные ОЭСР о народонаселении и расходах за период 1965–1995 гг., какой-либо статистически значимой зависимости между старением и расходами на здравоохранение выявлено не было (54), а вот прогноз расходов на здравоохранение до 2050 года в странах ОЭСР указывает, что самой важной движущей силой предполагаемого роста расходов на здравоохранение являются демографические факторы (в частности, технические разработки) (37).

В одном исследовании, проведенном среди финского населения, явная положительная зависимость между расходами на здравоохранение и возрастом среди лиц, не являющихся объектами длительного ухода, была выявлена только в случае оказания помощи в лечебно-диагностических центрах и стационарных психиатрических учреждениях, но не в случае соматического лечения и назначения лекарств, где расходы с возрастом уменьшаются (55). Больные пожилого возраста, не стоящие на пороге смерти, нуждаются в дорогостоящей помощи не больше, чем люди молодого возраста с такой же болезнью (56). Отсюда возникает вопрос о том, есть ли такая подгруппа пожилых людей, в отношении которых можно предсказать, что они будут потреблять непропорционально много ресурсов здравоохранения. Есть мнение, что некоторые характеристики служат недобрым предзнаменованием высокого уровня потребления больничных услуг (57). К ним относятся затруднение в ходьбе и купании, диабет и госпитализация в предыдущем году. Недавняя госпитализация и в любом возрасте достаточно последовательно указывает на вероятность нового попадания в больницу, хотя прогнозирующая способность этой характеристики через два года ослабевает (58). Также ясно, что влияние старения на расходы можно смягчать. Так, было подсчитано, что улучшения в состоянии здоровья населения Франции, достигнутые в период 1992–2000 гг., позволили снизить расходы на здравоохранение на

8,6%, хотя другие факторы увеличения расходов, такие как технический прогресс, полностью свели на нет это снижение. По оценкам, издержки, обусловленные старением, привели к повышению расходов на 3,2% (59).

Укрепляется согласие в том, что старение не должно быть непременно причиной истощения ресурсов здравоохранения (60). Две нити исследования указывают на возможность того, что старение может быть связано с неизменностью или даже со снижением расходов на здравоохранение в группах лиц пожилого возраста:

- “расходы на умирание”;
- коэффициенты использования медицинской помощи у пожилых людей.

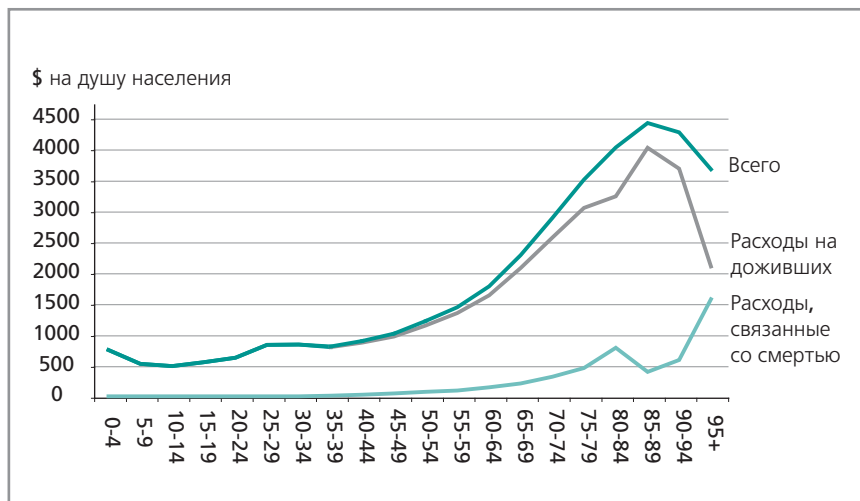
Однако данные этих исследований нужно рассматривать в контексте суммарных расходов течение всей жизни. Фактические данные о том, что расходы на здравоохранение в старших возрастных группах снижаются, не противоречат повышению суммарных расходов в течение всей жизни. Кроме того, важно отличать расходы на здравоохранение от расходов на социальное обслуживание и длительный уход.

#### *Расходы на умирание*

Изучение так называемых “расходов на умирание” показывает, что более важным прогнозирующим признаком расходов на здравоохранение, чем само старение, является близость смерти (61). Значительная доля расходов на здравоохранение на протяжении всей жизни человека приходится на последний год жизни, особенно на последние несколько недель перед смертью (62). Однако в самых старших возрастных группах “расходы на умирание” ниже (63). Например, потребление ресурсов в больницах Англии, измеряемое в койко-днях, самое высокое у тех, кто умирает в возрасте 45 лет (64), а с каждым последующим десятилетием после 65 лет оно снижается. В Австралии было отмечено, что лица, умирающие в возрасте до 75 лет, потребляют больше услуг медицинской помощи, чем те, кто умирает после 85 лет (65). В конце жизни пожилые люди обычно получают менее интенсивное лечение, чем лица более молодого возраста (66) – вместо этого им оказывают больше услуг по уходу и социальной помощи (56, 67). Тому может быть несколько причин, в том числе и бытующее среди некоторых пожилых людей мнение о том, что они уже и так “хорошо попользовались” (68). В то же время появляется все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что при распределении более дорогостоящих видов вмешательства допускается дискриминация по признаку возраста (69).

Несмотря на все эти данные, расходы на умирание часто непропорционально

**Рисунок 4. Расходы на здравоохранение на душу населения в каждой возрастной группе в Финляндии, с выделением из общих расходов на здравоохранение расходов, связанных со смертью**



Источник: Martins (37)

относят на счет старения (70, 71). В значительной мере высокие ежегодные расходы на здравоохранение, ассоциирующие с пожилыми людьми, являются следствием того, что у пожилых людей больше вероятности умереть в течение года, т.е. у них больше вероятности оказаться на пороге смерти, чем у более молодых людей. Этот факт иллюстрируется на рисунке 4, где использованы данные, полученные в Финляндии. На рисунке показано, что влиянием умирания объясняется растущая доля средних расходов в зависимости от возраста, т.е. примерно одна треть всех расходов на лиц в возрасте старше 95 лет может быть отнесена на счет расходов, связанных со смертью.

Отсюда можно сделать вывод, что старение в действительности может ассоциировать со снижением расходов на умирание. Кроме того, люди, которые были здоровее в предшествующий период жизни, по-видимому, потребляют меньше ресурсов на стадии умирания (72, 73). Однако в исследовании с использованием данных из "Обследования действительных получателей помощи по программе Medicare" за период 1992–1998 гг. было показано, что, хотя благодаря отсрочке наступления последнего года жизни и можно сэкономить ресурсы, более продолжительная жизнь также повышает вероятность развития новых и

дорогостоящих болезней, таких, например, как болезнь Альцгеймера или рак. Вытекающие из этого расходы могут быть больше, чем экономия, полученная в результате отсрочки последнего года жизни (38). Отсюда следует, что расходы на умирание нужно рассматривать в контексте суммарных расходов на медицинскую помощь в течение всей жизни.

#### *Коэффициенты использования*

Изучение использования услуг здравоохранения в старости показывает, что пик использования приходится на возраст примерно 80 лет, а у тех, кто старше, оно снижается. Если сохранятся нынешние повозрастные коэффициенты, рост численности лиц весьма преклонного возраста может, таким образом, привести не к повышению, а к снижению расходов на медицинскую помощь в этих возрастных группах. Признавая, что часто бывает трудно экстраполировать результаты разрозненных исследований, есть смысл, тем не менее, отметить несколько примеров. Исследованием лиц в возрасте старше 70 лет, проведенным в г. Готенбург (Швеция), было установлено, что люди самого преклонного возраста бывают в стационаре меньше всего дней (74), а аналогичное исследование в штате Новый Южный Уэльс в Австралии показало, что с возрастом происходит снижение расходов на больничные услуги: лица в возрасте 95 лет и старше требуют менее половины средних расходов на одного человека из тех, кто умер в возрасте 65–74 лет (62). Эти же выводы были подтверждены в “Обследовании здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе” (SHARE), в ходе которого было обследовано 20000 европейцев в возрасте старше 50 лет. Обследованием было установлено, что пользование услугами здравоохранения достигает пика в возрасте 75–79 лет, в 80 лет выравнивается, а после 85 лет падает (75). Принимая во внимание, что приведенные выше выводы могут отчасти отражать возрастную дискриминацию, вполне вероятно, что будущие изменения в социальных установках могут привести к росту интенсивности лечения людей наиболее преклонного возраста, и это будет продолжением давнишней тенденции. Кроме того, нужно помнить, что в старости затраты на уход и социальную помощь (как официальную, так и неформальную) повышаются.

#### *Расходы на здравоохранение в течение всей жизни*

Как было подчеркнуто в предыдущих разделах, необходимо рассматривать расходы на медицинскую помощь на протяжении всей жизни человека, а не только в отдельные моменты. Тут фактические данные ограничены, а порой и противоречивы (76), однако все больше исследований указывают на то, что содействие так называемому “здоровому старению” позволяет снизить расходы на медицинскую помощь на протяжении всей жизни, тогда как непринятие таких мер

ведет к увеличению этих расходов. Результаты исследований, проведенных в Соединенных Штатах Америки, свидетельствуют о том, что пожизненные медицинские расходы на тех, кто страдает ожирением, будут значительно выше, чем на людей с нормальной массой тела (77). То же самое относится и к курящим (78).

Пожалуй, неудивительно, что те, кто вступает в старость здоровым, обычно чувствуют себя лучше. Среди участников проводившегося в 1992–1998 гг. “Обследования действительных получателей помощи по программе Medicare” в Соединенных Штатах Америки у лиц, не имевших функциональных ограничений в возрасте 70 лет, была выше ожидаемая продолжительность жизни и немного ниже суммарные расходы на медицинскую помощь, чем у тех, у кого было хотя бы одно ограничение (79). В другом исследовании, в котором использовались данные из этого же обследования за 1992–1999 гг., было установлено, что суммарные расходы на медицинскую помощь были выше у лиц с хроническими болезнями (80). Эти результаты имеют большое значение, так как они показывают, что расходы на лечение перевешивают любые сокращения, обусловленные преждевременной смертью людей с плохим здоровьем. В целом же трудно точно сказать, какое воздействие противоречивые тенденции показателей здоровья будут оказывать на расходы на медицинскую помощь в течение всей жизни.

### *Последствия с точки зрения организации систем здравоохранения*

Какие последствия будут иметь нынешние и будущие демографические изменения с точки зрения организации служб здравоохранения в Европе? У стареющего населения будут другие потребности в медицинской помощи, будет больше людей с раковыми заболеваниями, переломами тазобедренного сустава, инсультом и деменцией. Кроме того, по мере старения населения проблемы здоровья будут усложняться, больше людей, страдающих множественной коморбидностью и хроническими болезнями, будут получать широкий спектр лечений, которые могут взаимодействовать друг с другом (81–83). Для удовлетворения потребностей пожилых людей в медицинской помощи системы здравоохранения должны быть надлежащим образом подготовлены.

### *Последствия с точки зрения длительного ухода*

В отличие от довольно сложной и часто неопределенной ситуации относительно медицинской помощи, расходы на длительный уход по мере старения населения неизбежно будут расти. Во всех странах Европейского Союза произошел резкий рост как использования, так и стоимости длительного ухода за пожилыми людьми, и прогнозируется

**Таблица 1. Прогнозируемый рост в процентах численности людей преклонного возраста, получателей услуг и расходов в период с 2000 по 2050 гг. при едином базовом наборе исходных допущений (центральный базисный случай)**

	Германия	Италия	Испания	Соединенное Королевство
Численность людей в возрасте 65 лет и старше (% роста)	64	56	76	67
Численность людей в возрасте 85 лет и старше (% роста)	168	168	194	152
Численность функционально зависимых людей <sup>а</sup> (% роста)	121	107	102	87
Численность получателей только неформального ухода (% роста)	119	109	100	72
Численность получателей ухода на дому (% роста)	119	119	99	92
Численность получателей помощи в стационаре (% роста)	127	81	120	111
Общая сумма расходов (% роста)	437	378	509	392
Общая сумма расходов в % от ВВП (% роста)	168	138	149	112
Общая сумма расходов в % от ВВП в 2050 г.	3,32	2,36	1,62	2,89

Примечания: <sup>а</sup> Функциональная зависимость определяется по способности выполнять основные действия повседневной жизни и/или практические повседневные действия по жизнеобеспечению; ВВП: валовой внутренний продукт.

Источник: Comas-Herrera (84)

дальнейший значительный рост этих показателей. Исследование финского населения показало, что, хотя длительный уход получают лишь 7% населения в возрасте старше 65 лет, на их долю приходится 55% всех расходов (55). Оценка будущих расходов на предоставление длительного ухода в Германии, Испании, Италии, и Соединенном Королевстве также дала прогноз роста использования и стоимости длительного ухода (84) (таблица 1).

В подавляющем большинстве случаев уход, который получают пожилые люди, является неформальным и предоставляется обычно без какого-либо денежного вознаграждения. Благоприятной кратковременной тенденцией во многих странах Европы является уменьшение доли пожилых людей, у которых нет близких родственников (супруга/супруги или детей). Во многих европейских странах среди когорт, родившихся в конце девятнадцатого – начале двадцатого века, доля женщин, не вышедших замуж, была значительно выше по сравнению с когортами, родившимися позже, – среди родившихся в 30-е и 40-е годы двадцатого столетия было нечто вроде брачного бума (85, 86) (впрочем, распространившаяся практика сожительства делает брачную статистику все более ненадежным индикатором наличия семейной поддержки). Кроме того, наблюдаемое в последнее время в Европе сужение гендерных различий в смертности, которое отчасти обусловлено замедлением роста продолжительности жизни среди женщин в результате эпидемии курения, способствовало отсрочке в наступлении вдовства (87). Отчасти вследствие этих брачных тенденций произошло также повышение уровней фертильности и снижение уровней бездетности среди женщин, родившихся в 30-е и 40-е годы, по сравнению с предыдущими (или последующими) когортами. Однако ожидается, что будет происходить сокращение неформального ухода, и уже происходит уменьшение численности оплачиваемых и неоплачиваемых попечителей (88). Во многих странах Европы растет тенденция к принятию мер, направленных на уменьшение объема услуг по уходу, предоставляемых в специальных стационарах, и на содействие развитию ухода на дому или в домашних условиях (88) (хотя в некоторых странах Южной Европы, где уровень ухода в стационаре традиционно был низок, наблюдается обратная тенденция). В некоторых случаях такие стратегии требовали большего вклада со стороны родственников, что могло иметь последствия с точки зрения их участия в трудовой деятельности (89).

### **Стратегические подходы**

Проблемы, связанные со старением населения Европы, вызывают необходимость принятия стратегических мер, способствующих поддержанию хорошего здоровья в старости. Проведенные исследования по этому вопросу указывают на то, что стратегии, обеспечивающие здоровое старение, не только улучшают благополучие постоянно растущей части населения, но и смягчают действие факторов, потенциально неблагоприятных для расходов, связанных с медицинской помощью и длительным уходом. К числу таких стратегий относятся:

- обеспечение адекватных ответных мер со стороны систем здравоохранения;

- создание рациональных систем длительного ухода;
- поддержка экономической и социальной интеграции.

### ***Обеспечение адекватных ответных мер со стороны систем здравоохранения***

Стареющее население требует адекватных ответных мер со стороны систем здравоохранения. Действенные вмешательства в сфере здравоохранения могут привести к улучшению психического и физического благополучия и тем самым помочь людям сохранить здоровье в старости. В то же время, меры, предлагаемые для содействия здоровому старению, редко подвергались оценке с экономической точки зрения, и возникает сомнение, не приведут ли некоторые из них на самом деле к увеличению расходов и ухудшению здоровья (90). Хотя их воздействие на прямые расходы по оказанию медицинской помощи остается неопределенным (91), можно ожидать, что здоровое старение даст более широкие экономические выгоды: люди, которые могут рассчитывать прожить долгую и здоровую жизнь, напрямую заинтересованы в том, чтобы инвестировать средства в развитие своих способностей, зная, что они будут пожинать плоды всю жизнь (92). Они также могут быть в большей мере склонны к тому, чтобы оставаться в рядах работающих.

Проблемы, с которыми сталкивается стареющее население, требуют принятия мер, сочетающих поддержку пожилых людей и стратегии, нацеленные на более молодые поколения, которые впоследствии будут пользоваться результатами раннего вмешательства. К числу стратегических подходов относятся улучшение координации помощи и ухода, улучшение ведения пациентов в больнице, усиление профилактики и поощрение здорового образа жизни, например, путем поддержания физической активности и содействия здоровому питанию.

#### *Улучшение координации помощи и ухода*

Вместе со старением приходит все больше хронических состояний и сопутствующих заболеваний, поэтому пожилым больным часто приходится обращаться ко многим разным поставщикам как социальных, так и медико-санитарных услуг. В связи с этим особое значение приобретает координация помощи на уровне служб здравоохранения и социальной защиты, а также на различных уровнях медико-санитарной помощи. В настоящее время появляется все больше фактических данных о том, как лучше всего вести комплексные хронические состояния (93). Главные вопросы связаны с координацией помощи, оказываемой разными учреждениями и секторами, пропагандой и распространением

самоведения, подготовкой должным образом обученных кадровых ресурсов (и, в частности, обеспечением оптимального профессионального состава), созданием вспомогательных информационных систем и механизмов финансирования, поощряющих интеграцию, а не разобщенность (90).

Рост распространенности хронических заболеваний также требует принятия мер на более ранних стадиях, чтобы предупредить ухудшение здоровья людей с такими заболеваниями до такой степени, когда им потребуется помощь в стационарных условиях (88). Важность улучшения координации можно видеть в исследовании, посвященном изучению причин, лежащих в основе роста числа случаев экстренной госпитализации среди пожилых людей в Шотландии. В этом исследовании был сделан вывод о том, что увеличение численности пожилых людей и сокращение возможности получать неформальный уход в действительности играют незначительную роль. Главным предрасполагающим фактором был неправильный подход, при котором упор делался на меры по преодолению кризиса, поскольку не было должной координации профилактической помощи (94).

Существует явная необходимость сосредоточить внимание (по крайней мере вначале) на тех состояниях, которые вносят наибольший вклад в бремя болезней среди пожилых людей. Например, во многих странах можно сделать намного больше, чем делается сейчас, для диагностики и контроля артериальной гипертензии – главного фактора риска по инсульту, а также для улучшения качества помощи и ухода за больными, перенесшими инсульт, в частности, путем более широкого проведения ранней дифференциации геморрагических и ишемических инсультов и использования специализированных отделений сосудистой неврологии, которые могут обеспечить оптимальную реабилитацию (95). Второй главнейший приоритет – деменция, либо мультиинфарктная (которую поэтому также можно предупредить путем действенного контроля артериальной гипертензии), либо обусловленная болезнью Альцгеймера. И в этом случае требуется координация широкого спектра разнообразных мер социальной и медицинской помощи. В настоящее время проявляется все больший интерес к возможностям раннего выявления деменции и своевременному проведению поддерживающих программ, которые позволяют пораженным деменцией больным максимально долго жить в обществе (96).

#### *Улучшение ведения пациентов в больнице*

Ослабление функций у пожилых людей часто происходит не постепенно, а скачкообразно, когда ослабление ускоряется вследствие периода

обострения болезни, травмы или иного аналогичного события. В результате люди часто поступают в стационарные учреждения по уходу не из дома, а из больницы. В некоторых случаях благодаря наличию более качественных услуг реабилитации у пожилых людей функции могут восстановиться настолько, что они могут вернуться домой. Было показано, что проведение оценки состояния пациента специализированными геронтологическими бригадами в сочетании с мерами вмешательства после выписки на дому ассоциирует с сокращением пребывания в больнице, снижением числа повторных поступлений в больницу и числа случаев помещения в дома престарелых (97). Существует много возможностей для того, чтобы расширять такие подходы, особенно в странах с недостаточно развитыми геронтологическими службами, и осуществлять больше вмешательств, способствующих улучшению функциональности, таких как физиотерапия и лечение стоп, вместо таких суррогатных мер, как доставка пищи на дом (в данном примере улучшение функциональности может дать возможность пожилым людям, имеющим инвалидность, готовить себе пищу) (98). В качестве одного из путей снижения необходимости экстренной госпитализации пропагандируется также улучшение координации и больший упор на профилактические услуги (94). В настоящее время есть много фактических данных, свидетельствующих о том, что госпитализацию и продолжительность пребывания в больнице можно сократить за счет осуществления целого ряда мер социальной помощи, включая ранний перевод в дома престарелых или выписку домой, где будет предоставляться поддержка служб здравоохранения и социальной помощи, действующих в местном сообществе. Уменьшение дорогостоящей практики госпитализации также требует, чтобы уделялось должное внимание вопросам питания, гигиены, поддержки мобильности, помощи в обеспечении лекарствами, уменьшения опасных факторов окружающей среды и регулярности проведения медицинских осмотров (50, 99).

#### *Поощрение более качественной самопомощи*

Благодаря росту санитарной грамотности и доступности технологий, таких как компьютеры и Интернет, создаются условия для улучшения понимания и ведения отдельных состояний и для того, чтобы пациенты могли больше заниматься самопомощью (90). Ведь не всякая инвалидность ведет к состоянию, препятствующему нормальному функционированию: препятствие для функционирования возникает вследствие взаимодействия между инвалидностью и окружающей средой, в которой живет человек. Поэтому часто многого можно достичь за счет относительно простых мер вмешательства, таких как меры, облегчающие

мобильность. Во многих странах имеются значительные возможности для более широкого использования поддерживающей технологии (100).

### *Усиление профилактики*

Меры, предпринимаемые на уровне всего населения для укрепления здоровья и профилактики заболеваний, приобретают особую значимость для пожилых людей. Самый перспективный подход – это предупреждать инвалидность или отодвигать ее наступление посредством первичной профилактики (24, 38, 72, 73). Проведенные в контролируемых условиях рандомизированные испытания программ укрепления здоровья пожилых людей в Соединенных Штатах Америки показали существенные улучшения в состоянии здоровья, особенно когда предпринимались комплексные “нестандартные меры вмешательства с использованием печатных материалов”, специально подобранные с учетом потребностей и мотивации участников. Было установлено, что эти вмешательства позволили снизить факторы риска для здоровья, а значит и пользование услугами медицинской помощи примерно на 10% в год (24). Такие результаты привели к принятию целого ряда инициатив в области политики здравоохранения, в которых была поставлена явно сформулированная цель – отодвинуть во времени наступление болезни и слабости у пожилых людей (24).

Особенно важны вмешательства по предупреждению, отсрочке и лечению болезней сердца и инсульта, так как эти болезни являются главными причинами смертности и длительной инвалидности и становятся более распространенными по мере старения (24, 95). Хотя выгоды лечения артериальной гипертонии известны еще с 60-х годов прошлого столетия, во многих странах наблюдаются серьезные недостатки в диагностике и контроле этого состояния (101, 102).

Исследование, проведенное в Соединенных Штатах Америки, позволило сделать прогноз, согласно которому действенный контроль артериальной гипертонии среди 100 миллионов пожилых людей, которые в ближайшие 25 лет получат право на участие в программе Medicare, даст возможность уменьшить суммарные расходы на медицинскую помощь на 890 миллионов долларов, а снижение распространенности ожирения до уровней 80-х годов приведет к уменьшению расходов на медицинскую помощь более чем на 1 миллиард долларов (103).

Для того, чтобы получить максимальную выгоду, программы профилактики для пожилых людей не следует строить на моделях одного заболевания, иначе это может привести к замене одной причины смерти на другую. В них должно приниматься во внимание общее бремя болезней на протяжении всей оставшейся жизни тех людей, на которых

рассчитаны меры профилактики (104). Важно также включать этот широкий подход и в экономические оценки (38).

Несмотря на широкую информационно-пропагандистскую поддержку программ иммунизации против гриппа, направленных на население пожилого возраста, их эффективность в последнее время ставится под сомнение (105), так как появились фактические данные о снижении эффективности вакцины у пожилых людей (106). В самом последнем Кокрейновском обзоре был сделан вывод о том, что многие из проводимых обследований не были рандомизированными, и это открывает возможность систематической погрешности. В этом обзоре было отмечено, что иммунизация наиболее эффективна, когда она проводится среди тех, кто находится в учреждениях длительного ухода, где благодаря вакцинам удается предупредить примерно 45% случаев пневмонии, госпитализации и смерти, связанной с гриппом. Что же касается эффективности вакцин с точки зрения предупреждения госпитализации по поводу гриппа или респираторных заболеваний среди населения в обычных условиях, то она составляет около 25% (107). Такие выводы подвели некоторых авторов к мнению о том, что более значительные выгоды может дать сплошная иммунизация, позволяющая прервать распространение болезни, и это мнение они обосновывают фактическими данными об успешной модели, примененной в канадской провинции Онтарио (108).

Одной из главных причин преждевременной смерти и инвалидности в Европейском регионе остается курение, а отказ от курения может принести пользу в любом возрасте. Программы борьбы с курением должны быть ключевым компонентом любой программы, направленной на поддержку здорового старения. Они должны быть включены в общую политику снижения табакокурения среди населения, в том числе в экономически обоснованные мероприятия против табака, такие как повышение цен и обеспечение соблюдения законов о чистом воздухе в закрытых помещениях (90).

Распространенной проблемой среди многих пожилых людей, которую часто игнорируют, является чрезмерное употребление алкоголя. Алкоголь может взаимодействовать с назначаемыми лекарствами и повышать вероятность падений. Во многих странах меры профилактики в этой области явно недостаточны (90).

Одной из важных предотвратимых причин смерти и инвалидности среди пожилых людей является травматизм вследствие падений (109). К действенным мерам предупреждения травматизма относятся вмешательства, осуществляемые одновременно в нескольких секторах и

по отношению к нескольким факторам, с целью выявления наличия факторов риска в окружающей среде (как для лиц, имеющих в анамнезе падения, так и для пожилого населения в целом), индивидуальные программы укрепления мышц и восстановления навыков сохранения равновесия, отмена психотропных лекарственных препаратов и групповые упражнения тайцзи (110).

Важным элементом укрепления здоровья в старости является качественное жилье и разумно спроектированная бытовая среда. Многие меры вмешательства по улучшению качества жизни пожилых людей идут на пользу всем возрастным группам. К числу примеров относятся меры безопасности, такие как безопасные переходы на дорогах с интенсивным движением, хороший общественный транспорт и доступные зеленые зоны для занятий физкультурой и отдыха (41). Вызывает обеспокоенность также насилие по отношению к пожилым людям как в семейной среде, так и в учреждениях (90).

Положительную связь со снижением риска развития деменции и депрессии, а также со снижением предрасположенности суставов к артрозу, уменьшением ожирения и снижением риска диабета и артериальной гипертензии имеет физическая активность в среднем и пожилом возрасте (90). Проведенное недавно в Швеции исследование показало, что мужчины, которые до 50 лет мало занимались физическими упражнениями, но затем повысили свой уровень физической активности, через 10 лет достигают такого же уровня смертности, что и люди, которые были очень активны всю жизнь (111). В одном Кокрейновском обзоре были выявлены данные о том, что аэробические физические упражнения, улучшающие функционирование сердца и легких, полезны для когнитивной функции здоровых пожилых людей: наблюдаются положительные воздействия на двигательную функцию, скорость когнитивных процессов, зрительно-слуховое внимание. Однако также отмечается и то, что большинство сравнений не дает значимых результатов (112). В другом Кокрейновском обзоре анализировались программы содействия физической активности у людей, у которых уже развилась деменция, но было установлено, что прежде всего вследствие недостатка исследований, проводимых по строгой научной методике, в настоящее время недостаточно фактических данных, чтобы можно было рекомендовать программы физической активности для восстановления или улучшения когнитивной способности, функциональности, поведения, снижения депрессии и смертности у людей с деменцией (113). Наконец, установлено, что меры физической реабилитации очень эффективны для улучшения целого ряда показателей здоровья у пожилых людей, получающих длительный уход

(114). Возможности для физической активности и общения включают целый ряд занятий, от йоги до плавания и организованных пеших прогулок (41, 115). Такие возможности должны быть недорогими, доступными и привлекательными (90).

Как и для всего населения, для здоровья пожилых людей полезны меры по содействию здоровому и достаточному в пищевом отношении питанию. Установлена связь между привычками питания и плотностью костной ткани и остеопорозом (90). Кроме того, как и в других возрастных группах, среди пожилых людей наблюдается тенденция к употреблению предварительно расфасованных и переработанных пищевых продуктов, и среди них все более распространенным становится ожирение (90). Находящимся в стационаре пожилым людям с нарушением питания угрожает повышенная смертность (116). Путем скрининга можно выявить тех, кто входит в группу самого высокого риска (117). Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что снизить смертность среди пожилых людей, входящих в группу риска по нарушению питания, можно с помощью биологически активных добавок к пище (118).

Одной из распространенных причин обращений в отделения скорой помощи является неправильное употребление лекарственных препаратов. Многие пожилые люди принимают по четыре-пять разных лекарств, а то и больше. По имеющимся оценкам, в Финляндии 40–50% случаев госпитализации пожилых людей являются следствием неправильного употребления лекарственных препаратов (90). Испытания лекарств в сочетании с другими лекарствами, которые могут одновременно приниматься больными пожилого возраста, являются исключением, к тому же у многих пожилых больных ослаблена способность организма усваивать некоторые из этих лекарств. Помочь уменьшить распространенность неправильного приема лекарственных препаратов и необходимой вследствие этого госпитализации может улучшение координации между разными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, включая аптеки, а также более точная и полная информация для больных (41).

#### *Укрепление систем сбора и анализа данных*

Несомненно, существует необходимость улучшения сбора и сопоставимости данных о последствиях старения в Европейском регионе. Значительная часть опубликованных исследований о воздействии старения на расходы на здравоохранение была проведена в Соединенных Штатах Америки, и выводы этих исследований нельзя легко перенести на системы здравоохранения Европы. Очень важно вкладывать средства в проведение более широких европейских исследований по изучению этих

вопросов, особенно таких исследований, в которых применяются наборы когортных или панельных данных (76). Кроме того, многие опубликованные исследования связаны с оценками, основанными на моделях, а не на эмпирических наблюдениях. Имеются также серьезные трудности, мешающие сравнивать разные источники данных о длительном уходе и медицинской помощи, поскольку нет последовательности и единообразия в сборе и представлении данных. В одних странах данные о пользовании услугами длительного ухода и медицинскими услугами среди пожилых людей с хроническими состояниями объединяются, в других разделяются (88). Также часто бывает трудно оценить зависимость между расходами на медицинскую помощь и старением ввиду различий в возрастной структуре, методах прогнозирования народонаселения и исходных допущениях в отношении развития долгожительства, а также различий в методиках сбора данных, расчетов и охвата расходов, поскольку методики по последним трем пунктам часто не включают расходов на длительный уход (55). Во многих национальных обследованиях в данных не используются стандартные определения, например, в том, как оценивается инвалидность (119); нет единого мнения и в отношении того, как измерять длительность жизни, увеличившуюся в результате роста ожидаемой продолжительности жизни (120, 121). Также нужны систематические исследования соотношения затрат и эффективности мер первичной профилактики, ориентированных на пожилых людей (24).

Попытки компенсировать недостаточность данных включают исследование SHARE. Это многопрофильное продольное обследование позволило собрать в 2004 г. исходные данные примерно по 22000 человек в одиннадцати странах Европы, и в настоящее время проводится его согласование с исследованием “Здоровье и выход на пенсию” (HRS) в США и “Английским продольным исследованием старения” (ELSA). Растет число стран, которые будут участвовать в следующем раунде сбора данных (46).

### ***Создание рациональных систем длительного ухода***

Старение населения будет иметь серьезные последствия для сектора длительного ухода, для чего будет необходимо наличие адекватных возможностей удовлетворять потребности пожилых людей в медицинских услугах и в надлежащих условиях постоянного проживания. Можно сделать очень много для улучшения организации и координации услуг (94).

### ***Сочетание формального и неформального ухода***

Существует несколько вариантов укрепления систем длительного ухода. Среди наиболее важных можно отметить самопомощь с поддержкой и услуги в домашних условиях, позволяющие пожилым людям оставаться у

себя дома или в обстановке, напоминающей домашнюю. Системы длительного ухода могут предоставлять поддержку родственникам, давая им возможность продолжать оказывать помощь и поддержку пожилым людям без риска для своего собственного здоровья или для своего экономического положения.

Важным здесь является вопрос, не повлечет ли за собой предоставление в большем объеме услуг по формальной поддержке вытеснение семейного ухода, или, наоборот, не позволяет ли предоставление поддержки семейным попечителям большему числу попечителей осуществлять уход в течение более длительного времени. В исследовании по этому вопросу на основе анализа данных, полученных из обследования "Фонда Содружества", было установлено, что в Германии наблюдается значительный уровень семейной поддержки и относительно щедро предоставляется формальная помощь (как и в Австрии), в то время как в Соединенных Штатах Америки уровень и той и другой помощи относительно невысок (122). Авторы пришли к выводу, что доказательств вытеснения неформальной помощи нет. В другом обзоре также подтверждается, что формальные и неформальные попечители работают как партнеры, и формальный уход не вытесняет семейный (123). Анализ данных, полученных в ходе обследований длительного ухода, проведенных в США, показал, что в период 1982–1994 гг. увеличилось пользование формальными услугами, и это объяснялось изменениями в финансировании, но это не было связано с вытеснением неформальных услуг. Скорее можно говорить о расширении комбинированного использования формального и неформального ухода (124). Аналогичным образом введение бесплатного личного ухода в Шотландии (но не в остальной части Соединенного Королевства) привело к тому, что семьи изменили вид ухода, который они осуществляют, но от оказания помощи не отказались (125). Обычно исследования показывают, что в странах, в которых оказывается более щедрый уход на дому, таких как Дания или Норвегия, пожилые люди предпочитают формальную поддержку в удовлетворении своих потребностей в личном уходе, и, по всей видимости, со временем такое предпочтение укрепилось (126). Однако в анализе различных моделей помощи, оказываемой одним поколением другому в ряде стран Европейского региона, был сделан вывод о том, что, хотя более легкий доступ к социальным услугам не вытеснил семейного ухода, он мог способствовать изменению внутрисемейных отношений и дать возможность пожилым людям поддерживать более независимые отношения со своими родными (127).

В том, что семьи должны осуществлять личный уход (а не оказывать помощь только в выполнении практических действий по повседневному жизнеобеспечению, которую, возможно, следует рассматривать как

нормальный компонент взаимоотношений между разными поколениями), могут быть свои недостатки. Во-первых, осуществление личного ухода может отрицательно сказаться на здоровье и благополучии семейных попечителей, особенно женщин, которые склонны брать на себя самое большое бремя и у которых могут быть другие стремления и обязательства, вступающие в противоречие с обязательствами по уходу (128). Во-вторых, личный уход может иметь отрицательные психологические последствия для тех пожилых людей, которые высоко ценят независимость и не хотят быть обузой (129).

#### *Обеспечение наиболее подходящих условий ухода*

Установлено, что удовлетворенность жизнью и наличие социальной поддержки независимо друг от друга приводят к тому, что предъявляется меньше требований к системе здравоохранения (58). Необходимы вмешательства, которые помогают поддерживать действия пожилых людей в повседневной жизни, помогают им встречать старость дома и предупреждают необходимость длительного ухода в специальных стационарах (55). Важное значение имеет предоставление соответствующих услуг пожилым людям с хроническими заболеваниями, при этом особый акцент нужно делать на то, где, в каких условиях оказывается уход, т.е. на дому или в центрах дневного ухода. Важно обеспечить целостность длительного ухода на всех различных уровнях его предоставления и в секторах социальной помощи и длительного ухода (88).

Королевская комиссия Соединенного Королевства по длительному уходу отметила, что в настоящее время сложился международный консенсус в отношении того, что палаты длительного пребывания в больницах общего профиля – не самые подходящие и рациональные условия для длительного ухода. Поэтому в последние десятилетия бремя предоставления пожилым людям социальной поддержки и ухода на закате жизни в значительной своей части сместилось в Европе с больниц на сектор длительного ухода, и тенденция эта, по всей вероятности, будет сохраняться (62).

#### *Поддержка экономической и социальной интеграции*

Активному участию пожилых людей в жизни общества могут способствовать стратегии в отношении занятости и выхода на пенсию. Такое участие может не только помогать в поддержании финансирования систем здравоохранения и пенсионного обеспечения; оно также содействует тому, что старение проходит без проблем и болезней (130). Когда у человека есть место работы, это помогает сохранять социальную интегрированность и чувство собственного достоинства (90).

### *Повышение участия в рабочей силе*

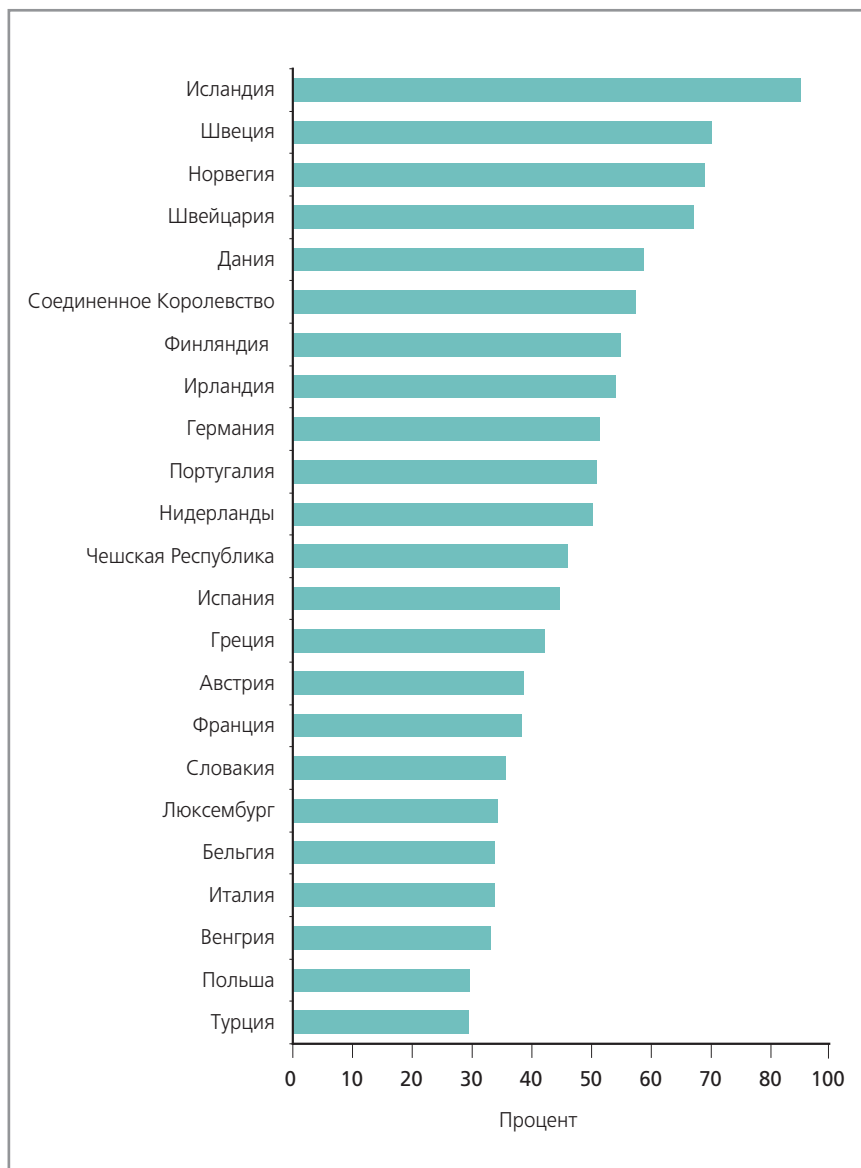
Учитывая старение населения, участие в рабочей силе пожилых работников, которые еще не достигли пенсионного возраста, будет приобретать все большее значение (75). В настоящее время многие работники в ЕС рано выходят из состава рабочей силы (в результате досрочного выхода на пенсию или инвалидности), хотя ситуация в разных странах различается в весьма широких пределах (рисунок 5).

В Лиссабонской стратегии экономического роста и создания рабочих мест, принятой ЕС в 2000 г. и пересмотренной в 2005 г., предусматривается повышение участия в рабочей силе работников в возрасте от 55 до 64 лет к 2010 году на 50%. Для достижения этой цели особенно большое значение могут иметь системы, дающие возможность гибкой организации работы и повышения квалификации в течение всей жизни (44, 131, 132). Многие страны в Европе начали ликвидировать стимулы досрочного выхода на пенсию и теперь проводят политику поощрения занятости пожилых людей (44, 48). Однако, как было отмечено в одном из недавно проведенных обзоров, фактические данные об эффективности многих проводимых в настоящее время стратегий все еще ограничены (133).

### *Повышение пенсионного возраста*

Повышения участия в рабочей силе людей, не достигших пенсионного возраста, может быть недостаточно. Еще одним стратегическим подходом может быть повышение пенсионного возраста в соответствии с увеличением ожидаемой продолжительности жизни (41). В Лиссабонской стратегии предусматривается повышение среднего возраста выхода на пенсию к 2010 году на пять лет, до 65 лет. Согласно некоторым расчетам, повышение трудоспособного возраста на 1,2 года каждые 10 лет в соответствии с ожидаемым ростом долголетия позволит стабилизировать численность работающего населения относительно экономически неактивного населения (131). Некоторые европейские страны, исходя из допущений о продлении ожидаемой продолжительности жизни и снижении инвалидности в старости, уже приступили к пенсионным реформам, в результате которых будет продлеваться трудовая жизнь (39). Изменение нынешних возрастных пределов позволит покончить с довольно странной ситуацией, когда в составе рабочей силы практически нет людей в возрасте старше 65 лет, и это при том, что наблюдается нехватка рабочей силы и некоторые люди потенциально желали бы продолжать работать и после достижения пенсионного возраста. Но для этого также потребуются изменения в характере работы в пожилом возрасте: например, нужно будет

Рисунок 5. Процент участия в рабочей силе в возрасте 55–64 лет (2007 г.)



Источник: OECD Labour Market Statistics

предоставить возможность постепенного прекращения трудовой деятельности и разрешить сочетать доходы от работы и от пенсий, а также принять меры, в которых учитываются изменения в физических способностях по мере старения. Нужно также признать, что продление трудовой жизни представляет собой немалую трудность политического характера, и в некоторых странах против таких изменений раздаются серьезные возражения. Как уже отмечалось, показатели ожидаемой продолжительности жизни широко различаются в государствах-членах ЕС. Эти различия должны приниматься во внимание в стратегиях, предполагающих повышение возраста выхода на пенсию. Важно будет также не усугублять неравенство, обусловленное гендерной принадлежностью, различием в уровне образования и видами занятости, и учитывать общее состояние экономики. В идеале реформы в сфере занятости и пенсионного обеспечения не должны быть направлены только на преодоление возможных негативных последствий старения для государственных бюджетов и экономического роста, но также должны расширять возможности выбора и улучшать перспективы на получение работы для работников пожилого возраста (44, 132).

#### *Поддержка участия в жизни общества*

Стратегии поддержки здорового старения также должны предусматривать удовлетворение потребности пожилых людей продолжать участие в системе социального общения. Имеются фактические данные, согласно которым отсутствие социального взаимодействия является фактором риска не только депрессии, но и ослабления познавательных способностей – именно эти тяжелые инвалидизирующие состояния, требующие очень больших расходов, свойственны группам пожилого возраста (134). Улучшение интеграции в общество может быть достигнуто за счет участия в общественной деятельности, например, в работе благотворительных или общинных организаций (90). Не менее важно также повышать информированность общественности о дискриминации по признаку возраста (135).

#### **Резюме**

В данном обзоре показано, что воздействие старения населения на системы здравоохранения вызовет целый ряд трудностей. Многое будет зависеть от того, удастся ли дать пожилым людям возможность сохранять хорошее состояние здоровья. В настоящее время тенденции в этом плане противоречивы. В то время как в одних странах тяжелая инвалидность

снижается, в других она растет, и повсеместно проявляется тенденция к росту распространенности легкой степени инвалидности и хронических заболеваний. Кроме того, подорвать здоровье пожилых людей угрожает повышение уровней ожирения.

Хотя повышение расходов на длительный уход параллельно со старением населения не вызывает сомнения, далеко не все ясно в отношении того, какими будут последствия для расходов на медицинскую помощь. Установлено, что более важным причинным фактором повышения расходов на медицинскую помощь, чем старение, является технология, и имеются некоторые данные, позволяющие предположить, что в более старших возрастных группах расходы на медицинскую помощь могут снижаться, хотя это все равно может привести к более высоким расходам на медицинскую помощь в течение всей жизни. Несмотря на то, что влияние на расходы на медицинскую помощь в целом остается неясным, нет никаких оснований разделять пессимистические прогнозы конца света.

Напротив, есть различные варианты стратегических подходов, с помощью которых можно ослабить вероятное воздействие феномена старения населения. Одним из наиболее перспективных путей представляется содействие здоровому старению. Когда у пожилых людей хорошее здоровье, на них нужно тратить меньше ресурсов здравоохранения и больше вероятности, что они будут продолжать свое участие в рабочей силе. К числу стратегий, обеспечивающих населению здоровое старение, относятся улучшение координации услуг здравоохранения и длительного ухода и усиление профилактической работы по борьбе с ожирением, курением и психическими заболеваниями. При их своевременном осуществлении эти стратегии могут не только дать людям возможность здорового старения, но и помогут добиться того, что системы здравоохранения будут подготовлены должным образом к работе в условиях старения населения.

### **Выражение благодарности**

Авторы выражают благодарность за конструктивные замечания по черновому варианту данного аналитического обзора, полученные от Francesca Colombo, Josep Figueras, Pavel Hrobon, Valerie Paris, Ruth Paserman, Katerina Pavlova, Govin Permanand, Tomas Roubal, Stanislav Vachuk, а также от участников семинара, состоявшегося в Праге в декабре 2008 г.

## Библиография

1. Andreev EM, McKee M, Shkolnikov VM. Health expectancy in the Russian Federation: A new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003(81):778–788.
2. Wait S, Harding E. *Moving to social integration of people with severe mental illness: from policy to practice* ([http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf\\_pdf\\_5.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_5.pdf), 2 April 2009), 2006.
3. Robine J-M et al. *Disability-free life expectancy (DFLE) in EU countries from 1991 to 2003*. Montpellier, European Health Expectancy Monitoring Unit, 2005.
4. ВОЗ. *Европейская база данных ВОЗ “Здоровье для всех”*, издание января 2009 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009.
5. d’Addio AC, d’Ercole MM. *Trends and determinants of fertility rates in OECD countries: the role of policies*. Paris, OECD, 2005.
6. Lafortune G, Balestat G, Disability study expert group members. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Paris, OECD, 2007.
7. Robine J, Michel J, Branch L. Measurement and utilization of healthy life expectancy: conceptual issues. *Bulletin of the World Health Organization*, 1992, 70(6):791–800.
8. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark (1987–2000). *European Journal of Public Health*, 2005, 15(1):20–25.
9. Gruenberg E. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1977, 55:3–24.
10. Rogers A, Rogers R, Belanger A. Longer life but worse health? Measurement and dynamics. *The Gerontologist*, 1990, 30:640–649.
11. Fries J. Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 1980, 303:130–135.
12. Fries JF. The compression of morbidity. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1983, Q 1, 61:397–419.
13. Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 139:455–459.
14. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *Journal of Gerontology* 1988, 43:S153–161.
15. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982–1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 1997, 94:2593–2598.

16. Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist*, 2007, 47:150–158.
17. Martini E et al. The boomers are coming: a total cost of care model of the impact of population aging on health care costs in the United States by Major Practice Category. *Health Services Research*, 2007, 42(1 Pt 1):201–218.
18. Freedman V, Martin L, Schoeni R. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 25:3137–3146.
19. Crimmins E. Trends in the health of the elderly. *Annual Review of Public Health*, 2004, 25:79–98.
20. Aijanseppa S et al. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the North and South: the Hale project. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:413–419.
21. Schoeni R et al. Trends in old-age functioning and disability in Japan, 1993–2002. *Population Studies*, 2006, 60:39–53.
22. Zunzunegui M et al. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2006, 18:352–358.
23. Cai L, Lubitz J. Was there compression of disability for older Americans from 1992 to 2003? *Demography*, 2007, 44(3):479–495.
24. Fries J. Frailty, heart disease, and stroke: the Compression of Morbidity paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29(5 Suppl 1):164–168.
25. Jarvis C, Tinker A. Trends in old age morbidity and disability in Britain. *Ageing and Society*, 1999, 19:603–627.
26. Jacobzine S, Cambois E, Robine JM. *The health of older persons in the OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?* Paris, OECD, 1998.
27. Winblad I et al. Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans of 10 and 20 years. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2001, 54:1019–1024.
28. Parker M, Ahacic K, Thorslund M. Health changes among the Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *Journals of Gerontology*, 2005, 60:1351–1355.
29. Perenboom R et al. Trends in disability-free life expectancy. *Disability and Rehabilitation*, 2004, 26:377–386.
30. Crimmins E, Saito Y. Change in the prevalence of diseases among older Americans: 1984–1994. *Demographic Research*, 2000, 3(9).

31. Davies A, Smeeth L, Grundy E. Contribution of changes in incidence and mortality to trends in the prevalence of coronary heart disease in the UK: 1996–2005. *European Heart Journal*, 2007, 28(17):2142–2147.
32. WHO. *Preventing chronic disease: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2006.
33. Garrett N, Martini E. The boomers are coming: a total cost of care model of the impact of population aging on the cost of chronic conditions in the United States. *Disease Management*, 2007, 10(2):51–60.
34. Graham P et al. Compression, expansion, or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(8):659–666.
35. Lang I et al. Obesity, physical function, and mortality in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, 56(8):1474–1478.
36. Mor V. The compression of morbidity hypothesis: a review of research and prospects for the future. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005, 53(9 Suppl):S308–9.
37. Martins JO, Maisonneuve Cdl, Bjørnerud S. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?* Paris, OECD, 2006.
38. Gandjour A. Aging diseases – do they prevent preventive health care from saving costs? *Health Economics*, 2009, 18(3):355–362.
39. Jagger C et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 2008, 372(2124–2131).
40. Oxford Health Alliance. *Chronic disease: an economic perspective*. [www.oxha.org/initiatives/economics/chronic-disease-an-economic-perspective](http://www.oxha.org/initiatives/economics/chronic-disease-an-economic-perspective), 2006.
41. Ritsatakis A (ed.). *Demystifying the myths of ageing*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
42. Jette AM, Branch LG. The Framingham Disability Study: II. Physical disability among the aging. *American Journal of Public Health*, 1981, 71:1211–1215.
43. Economic Policy Committee, European Commission. *The 2005 EPC projections of age-related expenditure: agreed underlying assumptions and projection methodologies*. Brussels, Economic Policy Committee, 2005.
44. European Commission. *Commission communication: The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*. Brussels, European Commission, 2006.
45. Arber S, Ginn J. The meaning of informal care: gender and the contribution of older people. *Ageing and Society*, 1990, 12:429–454.

46. Boersch-Supan A et al. (eds). *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2005.
47. McKee M, Healy J. Pressures for change. In: McKee M, Healy J (eds). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002. pp. 36–58.
48. Casey B et al. *Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reform*. Paris, OECD, 2003.
49. Anderson G, Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 2001, 20:219–232.
50. Wanless D. *Securing good care for older people: taking a long-term view*, London, King's Fund, 2006.
51. Rechel B et al. (eds). *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
52. Dormont B. Les Dépenses de Santé. *Une augmentation salubre?* Paris, Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, 2009.
53. Appelby J, Harrison A. Spending on health care: how much is enough? In: Wanless D (ed.). *Securing good care for older people: taking a long-term view*. London: King's Fund, 2006. Annex.
54. Castles FG. *Population ageing and the public purse: how real is the problem?* Canberra, Research School of Social Sciences, Australian National University, 2000.
55. Häkkinen U et al. Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland. *Health Economics, Policy and Law*, 2008, 3(Pt 2):165–195.
56. Grun RP et al. Costs of dialysis for elderly people in the UK. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2003, 18:2122–2127.
57. Reuben DB et al. Development of a method to identify seniors at high risk for high hospital utilization. *Medical Care*, 2002, 40:782–793.
58. Roos NT, Shapiro E, Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen year perspective. *The Milbank Quarterly*, 1989, 67:347–356.
59. Dormont H, Grignon M, Huber H. *Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing*. Lausanne, IEMS, Université de Lausanne, 2005.
60. Figueras J et al. (eds). *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
61. Fuchs V. "Though much is taken": reflections on ageing, health, and medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1984, 62:143–166.

62. Kardamanidis K et al. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *The Medical Journal of Australia*, 2007, 187(7):383–386.
63. McGrail K et al. Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987–88 and 1994–95 in British Columbia. *Age and Ageing*, 2000, 29:249–253.
64. Dixon T et al. Hospital admissions, age and death: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 2004, 328:1288–1290.
65. Brameld KJ et al. Hospitalisation of the elderly during the last year of life: an application of record linkage in Western Australia 1985–1994. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52 740–744.
66. Raitano M. *The impact of death-related costs on health care expenditure: a survey*. Brussels, European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI), 2006.
67. Cohen GD. Health care at an advanced age. Myths and misconceptions. *Annals of Internal Medicine*, 1994, 121:146–147.
68. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the ‘fair innings’ argument. *Health Economics*, 1997, 6:117–132.
69. Bowling A et al. Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications. *Heart*, 2001, 85:680–686.
70. Seshamani M, Gray A. Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics*, 2004, 13:303–314.
71. Seshamani M, Gray A. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics*, 2004, 23(2):217–235.
72. Gandjour A, Lauterbach K. Does prevention save costs? Considering deferral of the expensive last year of life. *Journal of Health Economics*, 2005, 24:715–724.
73. Daviglius M et al. Cardiovascular risk profile earlier in life and Medicare costs in the last year of life. *Archives of Internal Medicine*, 2005, 165:1028–1034.
74. Hessler R et al. The compression of morbidity debate in aging: an empirical test using the gerontological and geriatric population studies in Göteborg, Sweden (H70). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2003, 37(3):213–222.
75. Chawla M, Betcherman G, Banerji A. *From red to gray: the third transition of aging populations in eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank, 2007.
76. Suhrcke M et al (eds). *The economic costs of ill health in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

77. Yang Z, Hall A. The financial burden of overweight and obesity among elderly Americans: the dynamics of weight, longevity, and health care cost. *Health Services Research*. 2008, 43(3):849–868.
78. Sloan F et al. *The price of smoking*. Cambridge, MIT Press, 2004.
79. Lubitz J et al. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *New England Journal of Medicine*, 2003, 349(11):1048–1055.
80. Joyce G et al. The lifetime burden of chronic disease among the elderly. *Health Affairs*, 2005, 24 Suppl 2:W5R18–29.
81. Dubois C-A, McKee M, Nolte E. Analysing trends, opportunities and challenges. In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E (eds). *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006. pp. 15–40.
82. Hillman K. The changing role of acute-care hospitals. *Medical Journal of Australia*, 1999, 170(5 April):325–328.
83. Saltman RB, Figueras J (eds). *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.
84. Comas-Herrera A, Wittenberg R (eds). *European study of long-term care expenditure*. London, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics, 2003.
85. Coleman D (ed.). *Europe's population in the 1990s*. Oxford, Oxford University Press, 1996.
86. Grundy E. Population ageing in Europe. In: Coleman D (ed.). *Europe's population in the 1990s*. Oxford, Oxford University Press, 1996.
87. Trovato F, Lalu N. Contribution of cause-specific mortality to changing sex differences in life expectancy: seven nations case study. *Social Biology*, 1998;45(1–2):1–20.
88. Coyte PC, Goodwin N, Laporte A. *How can the settings used to provide care to older people be balanced?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
89. Sundström G, Tortosa M. The effects of rationing home help services in Spain and Sweden: a comparative analysis. *Ageing and Society*, 1999, 19:343–361.
90. Oxley H. *Policies for healthy ageing: an overview*. Paris, OECD, 2009.
91. Goldman D et al. Consequences of health trends and medical innovation for the future elderly. *Health Affairs*, 2005, 24(Suppl 2):W5R-17.
92. Suhrcke M et al. Investment in health could be good for Europe's economies. *British Medical Journal*, 2006, 333:1017–1019.
93. Nolte E, McKee M (eds). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008.

94. Kendrick S, Conway M. Demographic and social change: implication for use of acute care services by older people in Scotland. *European Journal of Population*, 2006, 22:281–307.
95. Moon L, Moise P, Jacobzone S, ARD-Stroke Experts Group. *Stroke care in OECD countries: A comparison of treatment, costs and outcomes in 17 countries*. Paris, OECD, 2003.
96. Moise P, Schwarzingler M, Um M-Y, Dementia Experts' Group. *Dementia care in 9 OECD countries: a comparative analysis*. Paris, OECD, 2004.
97. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age and Ageing*, 1999, 28:543–550.
98. O'Neil D, Hastie I, Williams B. Developing specialist healthcare for older people: a challenge for the European Union. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2004, 8:109–112.
99. Williamson J, Stokoe IH, Gray S. Old people at home: their unreported needs. *Lancet*, 1964, 1:1117–1120.
100. Freedman V et al. Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992–2001. *The Gerontologist*, 2006, 46:124–127.
101. Schelleman H et al. Prevalence and determinants of undertreatment of hypertension in the Netherlands. *Journal of Human Hypertension*, 2004, 18(5):317–324.
102. Steinberg B et al. Nine-year trends in achievement of risk factor goals in the US and European outpatients with cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 2008, 156(4):719–727.
103. Goldman DP et al. The Value of Elderly Disease Prevention ([http://www.bepress.com/fhep/biomedical\\_research/1](http://www.bepress.com/fhep/biomedical_research/1), 10 November 2008). *Forum for Health Economics & Policy*, 2006, 9(2).
104. Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive care in elderly people needs rethinking. *British Medical Journal*, 2007, 335:285–287.
105. Jackson L et al. Evidence of bias in estimates of influenza vaccine effectiveness in seniors. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:337–344.
106. Vallejo A. Immune remodeling: lessons from repertoire alterations during chronological aging and in immune-mediated disease. *Trends in Molecular Medicine*, 2007, 13:94–102.
107. Rivetti D et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, 3:Art. No.: CD004876. DOI: 10.1002/14651858.CD004876.pub2.

108. Kwong J et al. The effect of universal influenza immunization on mortality and health care use. *PLoS Medicine*, 2008, 5(10):e211.
109. Stevens J et al. Self-reported falls and fall-related injuries among persons aged  $\geq 65$  years – United States, 2006. *Journal of Safety Research*, 2008, 39(3):345–349.
110. Gillespie L et al. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, 4:Art. No.: CD000340. DOI: 10.1002/14651858.CD000340.
111. Byberg L et al. Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50 year old men: 35 year follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*, 2009, 338:b688.
112. Angevaren M et al. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, 3:Art. No.: CD005381. DOI: 10.1002/14651858.CD005381.pub3.
113. Forbes D et al. Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, 3:Art. No.: CD006489. DOI: 10.1002/14651858.CD006489.pub2.
114. Forster A et al. Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, 1:Art. No.: CD004294. DOI: 10.1002/14651858.CD004294.pub2.
115. Chen K et al, Lin H, Li C. Sleep quality, depression state, and health status of older adults after silver yoga exercises: cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2008 (21 October). [Epub ahead of print].
116. Kagansky N et al. Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2005, 82(4):784–791.
117. Henderson S et al. Do the malnutrition universal screening tool (MUST) and Birmingham nutrition risk (BNR) score predict mortality in older hospitalised patients? *BMC Geriatrics*, 2008, 8:26.
118. Milne A, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, 1:Art. No.: CD003288. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub2.
119. Murray CJL et al. *Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva, World Health Organization, 2002.
120. Barendregt JJ, Bonneaux L. Health expectancy: an indicator for change? Technology Assessment Methods Project Team. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:482–487.

121. Mathers CD. Health expectancies: An overview and critical appraisal. In: Murray CJL et al. (eds) *Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva, World Health Organization, 2002, pp. 177–204.
122. Kunemund H, Rein M. There is more to giving than receiving: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing and Society*, 1999, 19:93–121.
123. Penning M, Keating N. Self, informal and formal care: partnerships in community-based and residential long-term care settings. *Canadian Journal on Aging*, 2000, 19 (suppl):75–100.
124. Liu K, Manton K, Aragon C. Changes in home care use by disabled elderly persons: 1982–1994. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2000, 55(4):S245–253.
125. Bell D, Bowes A. *Financial care models in Scotland and the UK*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2006.
126. Daatland S. What are families for? On family solidarity and preference for help. *Ageing and Society*, 1990, 10:1–15.
127. Daatland S, Lowenstein A. Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2005, 2:174–182.
128. Evandrou M. Unpaid work, carers and health. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organisation: towards a health policy for the 21st century*. London, Routledge, 1996. pp. 204–231.
129. Lee G. Kinship and social support of the elderly: the case of the United States. *Ageing and Society*, 1985, 5:19–38.
130. Lievre A et al. Healthy working life expectancies at age 50 in Europe: a new indicator. *Journal of Nutrition, Health and Ageing*, 2007, 11(6):508–514.
131. Oliveira Martins J et al. *The impact of ageing on demand, factor markets and growth economies*. Paris, OECD, 2005.
132. Keese M, Hirsch D, Bednarzik R. *Live longer, work longer*. Paris, OECD, 2006.
133. Taylor P. Age and work: international perspectives. *Social Policy and Society*. 2004, 3(2):163–170.
134. Fratiglioni L et al. Influence of social networks on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*. 2000, 355:1315–1319.
135. Department of Health. *Better health in old age*. London, Department of Health, 2004.

## Совместные аналитические обзоры

1. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?  
*David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke*
2. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?  
*Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse*
3. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?  
*Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham*
4. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?  
*Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte*
5. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?  
*Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran*
6. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?  
*Debbie Singh*
7. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?  
*James Buchan*
8. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?  
*Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede*
9. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?  
*Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee*

---

Европейская обсерватория осуществляет подготовки аналитических обзоров в рамках независимой программы (см. [www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16)).

СФДЗ подготавливает сводные доклады и резюме (с ними можно ознакомиться на сайте: <http://www.euro.who.int/HEN/syntheses/questiontoppage>).

Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17.  
Факс: +45 39 17 18 18.  
Эл. адрес: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Данная публикация была подготовлена таким образом, чтобы ее выпуск совпал с периодом председательства Чешской Республики в Европейском союзе (январь-июнь 2009 г.), и она является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и советах, рассматриваются следующие три вопроса. Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решений данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать описание идеальных моделей или рекомендуемых подходов, а в том, чтобы на основе обобщения и анализа ключевых научных данных сформулировать возможные стратегические решения конкретных задач.

**Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)** Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств – членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/HEN>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

**Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения** – это партнерство, которое поддерживает способствует формированию политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В рамках этого партнерства широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников, основываясь на опыте всех частей Европейского региона, анализирует тенденции реформирования здравоохранения в целях выработки обоснованных рекомендаций по актуальным стратегическим вопросам. Со многими продуктами Обсерватории можно ознакомиться на сайте (<http://www.euro.who.int/observatory>).