

Отчет о результатах первого периода (2009–2010) «Программы укрепления здоровья на 2009–2020 годы»

1. Обзор результатов первого периода (2009–2010) «Программы укрепления здоровья на 2009–2020 годы»

Введение

Общая цель развивающей программы

Продолжительность здоровой жизни в Эстонии увеличится к 2020 году у мужчин в среднем до 60, а у женщин – до 65 лет, и средняя предполагаемая продолжительность жизни увеличится у мужчин до 75, а у женщин – до 84 лет.

Индикатор	Базовый уровень 2006	2012 год	2016 год	Целевой уровень 2020	Исполнение 2010
Предполагаемая продолжительность жизни на момент рождения – мужчины. Источник: ДСЭ	67,36	71,2	73	75	69,84 (2009)
Предполагаемая продолжительность жизни на момент рождения – женщины. Источник: ДСЭ	78,45	81,1	82,5	84	80,07 (2009)
Продолжительность здоровой (без ограничений) жизни на момент рождения – мужчины. Источник: ДСЭ	48,0 (2005)	56	57,5	60	54,1
Продолжительность здоровой (без ограничений) жизни на момент рождения – женщины. Источник: ДСЭ	52,2 (2005)	60,5	62,5	65	58,0

Цель «Программы укрепления здоровья на 2009–2020 годы» (в дальнейшем: ПУЗ) заключается в достижении к 2020 году уровня предполагаемой продолжительности жизни у мужчин 75 лет и у женщин 84 года. Во время составления развивающей программы самые свежие доступные данные о предполагаемой продолжительности жизни были по 2006 году, и, следовательно, в развивающей программе базовый уровень предполагаемой продолжительности жизни был установлен 67,4 года для мужчин и 78,5 года для женщин. В течение следующих после 2006 года лет предполагаемая продолжительность жизни населения Эстонии увеличивалась в умеренном темпе вместе с продолжающимся экономическим ростом.

Начиная с конца 2008 года, Эстония подверглась глобальной экономической депрессии, что в значительной мере повлияло на осуществление запланированной в ПУЗ деятельности и на большинство показателей индикаторов результативности ПУЗ. Хотя в части деятельности наблюдались сокращения, несмотря на это, удалось оперативно перепланировать мероприятия и, приспособив часть из них к новым обстоятельствам, даже добавить или финансировать их в большем объеме, чем раньше. Аналогично проявились вызванные изменившимися обстоятельствами неожиданные сдвиги в результатах индикаторов.

Одно из важнейших и, на первый взгляд, возможно, неожиданных изменений произошло в предполагаемой продолжительности жизни, увеличение которой, начиная с 2008 года (данные стали доступны в конце 2009 года) ускорилось в очень большой степени. Так предполагаемая продолжительность жизни выросла, по сравнению с 2007–2008 годами, в среднем на 1,1 года, а по сравнению с 2008–2009 годами, на 1 год, при том, что в 2007 году

наблюдалась стагнация в увеличении предполагаемой продолжительности жизни, и у мужчин, по сравнению с 2006–2007 годами, она была даже в минусе с -0,23 года. Здесь важно отметить, что, хотя, начиная с 2008 года, снова ускорился рост предполагаемой продолжительности жизни и у женщин, в период 2008–2009 годов рост предполагаемой продолжительности жизни у мужчин был в два раза выше, по сравнению с женщинами, и гендерное различие предполагаемой продолжительности жизни в Эстонии уменьшилось. Хотя данные о предполагаемой продолжительности жизни за 2010 год еще недоступны, но, опираясь на первоначальные данные о смертности, можно предположить продолжение роста предполагаемой продолжительности жизни в течение последних двух лет, хотя и в немного замедленном, по сравнению с предыдущим периодом, темпе.

Сейчас невозможно однозначно отделить влияние осуществления ПУЗ от экономической депрессии на ускорение роста предполагаемой продолжительности жизни. Влияние экономического гнета на здоровье населения может проявляться с некоторыми отклонениями и в следующие годы. О возможности такого развития свидетельствует, например, снижение продолжительности здоровой жизни, по сравнению с 2009-2010 годами – в 2010 году предполагаемая продолжительность здоровой жизни у мужчин была 54,1 года и у женщин 58,0 лет (снижение от уровня 2009 года соответственно на 0,7 и 1 год). Быстрее ожидаемого рост продолжительности здоровой жизни до 2009 года обеспечил ситуацию, при которой были достижимы цели этого индикатора к 2012 году, но обусловленные экономической депрессией изменения повлекли негативные результаты.

Чтобы понять, почему и как был возможен прежний быстрый рост предполагаемой продолжительности жизни, и каковы главные опасности ухудшения здоровья населения, нужно рассмотреть проявление других индикаторов ПУЗ в последние годы.

I область. Социальная сплоченность и равные возможности

СЦ 1. Социальная вовлеченность в Эстонии значительно возросла, и социальный капитал увеличился

Социальная сплоченность увеличилась, и неравенство в здоровье уменьшилось.

Индикатор	Базовый уровень 2006	2012 год	2016 год	Целевой уровень 2020	Исполнение 2010
Доля покрытого медицинским страхованием населения. Источник: Больничная касса, ДСЭ	95,2% м: 93,3% ж: 96,8%	99%	99%	100%	93,7% м: 91,4% ж: 95,8%
Уровень относительной бедности (доля лиц, эквивалентный доход которых ниже, чем 60% медианы годового эквивалентного дохода нетто семьи). Источник: ДСЭ	18,3% м: 16,3% ж: 20,0% (2005)	16,8%	16%	16%	15,8% м: 15,4% ж: 16,2% (2009)
Риск бедности детей (доля детей в возрасте до 15 лет, живущих ниже границы бедности). Источник: ДСЭ	19,8% м: 20,8% ж: 18,8% (2005)	19%	18%	17%	16,3% м: 16,5% ж: 16,1% (2009)
Доля долговременных (более 12 месяцев) безработных в рабочей силе. Источник: ДСЭ	2,3% м: 2,9% ж: 1,7% (2007)	1,7%	1,3%	0,8%	7,7% м: 9,4% ж: 5,9%
Коэффициент смертности от суицида на 100 000 жителей. Источник: ДСЭ, ИРЗ	18,4 м: 30,9 ж: 7,7	15	12,5	10	16,5 м: 29,3 ж: 5,5

Значительно ухудшились результаты показателей, отражающих экономическую обеспеченность – например, по сравнению с базовым уровнем 2006 года, многократно увеличилась доля долговременных безработных в рабочей силе (в 2006 и 2009 годах в среднем соответственно 2,3% и 7,7%), а доля покрытых медицинской страховкой снизилась до 94%. Вероятно, ухудшение этих показателей было бы еще большим, если бы не были повсеместно применены различные меры на рынке труда для улучшения положения.

Параллельно значительно улучшались показатели, отражающие социальное расслоение общества – степень относительной бедности снизилась на 2,5% и достигла к 2009 году уровня 15,8%, при этом риск бедности детей уменьшился еще больше и достиг к 2009 году уровня 16,3%. Итак, если общая экономическая обеспеченность населения снизилась, уменьшилось и неравенство между группами населения, и поставленная целью первой области ПУЗ социальная связь возросла.

На эффективность принятых для укрепления социальной сплоченности и снижения влияния экономической депрессии мер указывает также повышение числа самоубийств, по сравнению с 2006–2009 годами, всего на 22 случая, хотя, учитывая изменения внешней среды, оно могло быть намного больше. При этом в 2010 году заметно снизилось число самоубийств после моментного повышения в 2009 году, что еще раз подтверждает правильность применяемых в последние годы мер и позволяет надеяться на достижение промежуточной цели ПУЗ в 2012 году.

И все же в долговременной фиксации уровня теперешней безработицы кроется серьезная опасность для здоровья населения, которая состоит, прежде всего, в естественном истощении способности людей защищаться при учащении возникновения проблем психического и физического здоровья.

Исходя из этого, в течение следующего периода ПУЗ важно делать упор на предупреждение долговременной безработицы, на улучшение различных опорных систем и доступности субсидий, на расширение охвата медицинским страхованием и другие аналогичные меры.

Следовательно, общая цель в области социальной сплоченности состоит в том, чтобы избежать нового роста социально-экономического неравенства при росте экономики, а также обеспечить доступность услуг здравоохранения для всех нуждающихся.

II область. Безопасное и здоровое развитие детей и молодежи

СЦ 2. Смертность среди детей и молодежи, а также первичное заболевание психическими и поведенческими расстройствами уменьшились, и молодежь дает своему здоровью все более позитивную оценку

Смертность среди детей и молодежи, а также первичное заболевание психическими и поведенческими расстройствами уменьшились, и молодежь дает своему здоровью все более позитивную оценку.

Индикатор	Базовый уровень 2006	2012 год	2016 год	Целевой уровень 2020	Исполнение 2010
Коэффициент смертности новорожденных (число смертей детей в возрасте до 1 года в год на 1000 рожденных живыми). Источник: ДСЭ	4,4 м: 5,7 ж: 3,1	3,6	3	2,6	3,6 м: 4,2 ж: 3,0 (2009)
Коэффициент смертности детей и молодежи в возрасте 0–19 лет на 100 000 населения. Источник: ДСЭ	61,2 м: 82,2 ж: 39,1	46	39	31	40,4 м: 47,4 ж: 33,0 (2009)

Коэффициент смертности детей и молодежи в возрасте 0–19 лет из-за травм, отравлений, несчастных случаев на 100 000 населения. Источник: ДСЭ	30,1 м: 42,1 ж: 17,5	23	19	15	14,3 м: 19,0 ж: 9,3 (2009)
Коэффициент первичных заболеваний детей и молодежи в возрасте 1–19 лет психическими и поведенческими расстройствами на 100 000 населения. Источник: МСД, ИРЗ	2 251 м: 2 597 ж: 1 886	2 058	1 929	1 801	1713 м: 2 069 ж: 1 336 (2009)
Доля детей в возрасте 11, 13 и 15 лет, оценивающих свое здоровье как очень хорошее. Источник: ИРЗ, HBSC	31,5% (2005/ 2006)	32,9%	33,8%	34,7%	29,3% м: 32,1% ж: 26,6%

Как выяснилось в предыдущей части, риск детской бедности в последние годы уменьшился, и цель ПУЗ в отношении данного индикатора на 2020 год была достигнута уже к 2009 году. И все остальные результаты индикаторов других областей ПУЗ показали большие позитивные изменения, и к концу 2009 года была, например, достигнута цель 2020 года в части первичных психических расстройств у детей и молодежи. Поскольку появление психических расстройств особенно у детей в существенной мере связано с проявлением и ощущением социально-экономических различий, то увеличение социальной сплоченности позитивно повлияло и на укрепление здоровья детей. Кроме уменьшения числа психических расстройств, из индикаторов детского здоровья непременно следует упомянуть заметное сокращение смертности из-за травматизма более чем в два раза. При этом важно, что, как и в предполагаемой продолжительности жизни, снижение смертности проходило скорее у мальчиков. Более детально описываются возможные причины снижения смертности и увеличения предполагаемой продолжительности жизни индикаторами ПУЗ здорового поведения, но здесь следует подчеркнуть, что для сохранения и улучшения достигнутых результатов необходимы все более широкое и систематическое освоение и развитие уже начатой деятельности.

III область. Поддерживающая здоровье жилья, трудовая и учебная среда

СЦ 3. Исходящие из жилой, учебной и трудовой среды риски для здоровья уменьшились

Исходящие из жилой, учебной и трудовой среды риски для здоровья уменьшились.

Индикатор	Базовый уровень 2006	2012 год	2016 год	Целевой уровень 2020	Исполнение 2010
Смертность из-за болезней органов дыхания на 100 000 жителей. Источник: ДСЭ	36,9 м: 57,2 ж: 19,6	34,5	33	31,4	33,2 м: 48,6 ж: 20,2 (2009)
Число несчастных случаев на работе со смертельным исходом на 100 000 занятых. Источник: Инспекция труда ДСЭ	4,5	3,6	3	2,4	3,0
Число потерянных из-за несчастных случаев на работе рабочих дней на 100 000	20	18	17	15	15,9

занятым. Источник: Больничная касса ДСЭ					
Влияние работы на здоровье – доля занятых, считающих, что работа ухудшает их здоровье. Источник: European Working Conditions Survey	59,2% (2005)	50%	40%	30%	43,5%
Число заболевших вызванными продуктами питания инфекционными заболеваниями на 100 000 населения. Источник: Департамент Здоровья	303	250	200	200	294
Доля населения, снабжаемого отвечающей требованиям питьевой водой. Источник: Департамент Здоровья	73% (2006)	86%	88%	90%	87,5%
Доля получивших диагноз/ лечение астмы среди 16–64-летних. Источник: ИРЗ, исследование здорового поведения	2,1% м: 1,8% ж: 2,4%	1,8%	1,7%	1,5%	2,7% м: 2,3% ж: 3,0%
Средняя годовая концентрация мелких частиц (PM10) в атмосферном воздухе городов Эстонии (µг/м³). Источник: ККМ ИТК	20,7 (2005)	18	16	14	17,8

В результатах индикаторов в области здоровья среды не было крайне позитивных или негативных изменений, но тематически они на всем протяжении ПУЗ самые разноречивые. С одной стороны, улучшились все описывающие обстановку в рабочей среде показатели, также показатели качества наружного воздуха, и увеличение доли населения, снабжаемого отвечающей требованиям питьевой водой, точно следует прогнозу. С другой стороны, меньше ожидаемого снизилось появление вызванных продуктами питания инфекционных заболеваний, а тенденция первичного заболевания астмой даже противоположна ожидаемой.

Если экономическая депрессия оказала значительное влияние на общий уровень обстановки на рынке труда, то это влияние на релятивные показатели, например, число несчастных случаев на работе со смертельным исходом на 100 000 занятых (в 2010 году 3,0), число потерянных из-за несчастных случаев на работе рабочих дней на 100 000 занятых (в 2010 году 15,9) и доля людей, оценивающих трудовую среду как здоровую (56%), должно быть минимальным или полностью отсутствовать. Ключ к улучшению вышеназванных показателей следует искать в активных мерах в области трудового здравоохранения и безопасности труда, на улучшение и развитие которых в последние годы делался основной упор вместе с усилением общих мер оздоровления рынка труда, а также на спад в секторе строительства.

При этом мониторинг безопасности пищи, например, по причине сложной экономической ситуации проводился в 2010 году, по сравнению с предыдущим годом, в несколько меньшем объеме, что может быть также связано с меньшим, чем ожидалось, снижением числа связанных с продуктами питания инфекционных заболеваний.

Что касается других индикаторов безопасности среды для здоровья, то показатели питьевой воды показывают желаемые изменения, и среднегодовая концентрация мелких частиц в наружном воздухе городов Эстонии улучшалась быстрее ожидаемого. По

последнему показателю цель 2012 года была достигнута к 2010 году, когда в среднем в наружном воздухе городов Эстонии было обнаружено частиц диаметром 10 микрометров (т. н. частицы PM10) в количестве 18 микрограммов на 1 кубометр. Поскольку частицы PM10 происходят, прежде всего, из почвы, дорожного покрытия и пыли, то на улучшение обстановки мог в некоторой степени повлиять, кроме повышающей безопасности среды деятельности, также спад экономики вследствие уменьшения разрушения дорожного покрытия по причине сокращения потоков движения. И все же экономическая депрессия, очевидно, оказала большее влияние на значительное сокращение смертности вследствие заболеваний дыхательных путей, поскольку выхлопные газы средств движения являются одним из главных источников PM2,5 (частицы диаметром 2,5 микрометров в наружном воздухе), которые, в свою очередь, являются главной причиной респираторных смертей.

Опираясь на результаты индикаторов данной области ПУЗ, важно восстановить уровень мониторинговой деятельности прежних лет, увеличить инвестиции в улучшение доступности чистой питьевой воды и в постоянное уменьшение загрязнения воздуха, продолжить повышение безопасности трудовой среды для здоровья и расширять деятельность по оздоровлению среды в целях достижения еще лучшего здоровья.

IV область. Здоровый образ жизни

СЦ 4. Физическая активность населения возросла, питание стало более сбалансированным, и рискованное поведение сократилось

Физическая активность населения возросла, питание стало более сбалансированным, и рискованное поведение сократилось.

Индикатор	Базовый уровень 2006	2012 год	2016 год	Целевой уровень 2020	Исполнение 2010
Доля 16–64-летних людей с избыточным весом. Источники: ИРЗ, исследование здорового поведения	30,5% м: 37,3% ж: 26,1%	28%	26%	25%	31,7% м: 36,6% ж: 28,4%
Доля 16–64-летних людей с ожирением. Источники: ИРЗ, исследование здорового поведения	15,2% м: 14,9% ж: 16,5%	13%	13%	12%	16,9% м: 17% ж: 16,8%
Доля школьников с избыточным весом. Источник: отчеты Больничной кассы о школьном здравоохранении	7,8 % (2006/ 2007)	7%	6,5%	6%	9,8% (2009/ 2010)
Число новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 жителей. Источник: Департамент здоровья	47,2 м: 60,4 ж: 35,9 (2007)	30	20	15	27,8 м: 36,9 ж: 19,9
Доля ВИЧ-инфицированных беременных среди всех беременных. Источник: Департамент здоровья	0,3%	<1%	<1%	<1%	0,49% (2007)
Доля 15–16-летних, пробовавших нелегальные наркотики. Источник: ESPAD	33,5 (2007)	29	24	21	Данные еще не опубликованы
Несчастные случаи, отравления и травмы со смертельным	121 м 201	95	78	61	95,4 м 161,5

исходом на 100 000 жителей Источник: ДСЭ	ж: 53				ж: 28,9 (2009)
Число погибших в авариях с участием пьяных водителей. Источник: Департамент шоссе́йных дорог	53	35	25	15	28 (2009)

Все показатели индикаторов ПУЗ, измеряющих здоровое поведение, настроены на избыточный вес. Среди взрослого населения в 2006 было 30,5% лиц с избыточным весом, а целью на 2012 год ПУЗ поставила достижение уровня 28% – в 2010 году доля лиц с избыточным весом вместо уменьшения наоборот увеличилась и достигла уровня 31,7%. Параллельно увеличилась также доля лиц с ожирением от базового уровня 2006 года 15,2% до 16,9% в 2010 году, и немного увеличилась также доля школьников с избыточным весом (в 2010 году – 9,8%). Данные прежних лет показывают, что увеличение избыточного веса началось, прежде всего, среди молодежи и с годами распространилось на старшие возрастные группы.

Кроме того, в мировой научной литературе упоминается о том, что в условиях экономического спада привычки питания людей становятся менее здоровыми, поскольку во имя экономии денег сокращается потребление фруктов и овощей, и предпочтение отдается продуктам повышенной калорийности. Поскольку с увеличением богатства общества для отдельных лиц получение энергии с пищей все более упрощается, а расход энергии уменьшается, то в таких обществах необходимо прилагать большие усилия для того, чтобы сделать привычки питания более здоровыми. В Эстонии до сих пор не удалось затормозить рост числа людей с избыточным весом, и произошедший в условиях экономического спада откат привычек питания к прежним обычаям еще более усложняет задачу.

Достижение показателей несчастных случаев со смертельным исходом и числа погибших по вине пьяных водителей превысило запланированный к 2012 году уровень. Начиная с 2008 года, дважды значительно повышался акциз на алкоголь – до сих пор покупательская способность людей возрастала быстрее, чем цена алкоголя, и, следовательно, относительная цена алкоголя снижалась, доступность алкоголя повышалась, несмотря на все остальные принимаемые меры. Одновременно с повышением акциза на алкоголь снижалась вследствие экономической депрессии общая покупательская способность людей, и под влиянием этих двух факторов заметно уменьшилась денежная доступность алкоголя. В результате этого потребление алкоголя после продолжительного периода быстрого роста, стало уменьшаться, начиная с 2008 года.

Поскольку злоупотребление алкоголем является причиной возникновения более чем 60 болезней, и, например, в 2006 году чрезмерное употребление алкоголя в Эстонии привело к приблизительно 2000 смертельным случаям, уменьшение потребления алкоголя оказывает существенное влияние на предполагаемую продолжительность жизни населения. Если рассматривать индикаторы ПУЗ, то такое позитивное влияние можно увидеть в сокращении числа погибших по вине пьяных водителей, числа детских смертей в результате травм, а также всех смертей по причине травматизма, и все это напрямую способствует достижению общих целей ПУЗ относительно предполагаемой продолжительности жизни.

Индикаторы здорового поведения показывают, кроме вышеупомянутых, также позитивные тенденции в области предупреждения ВИЧ – число новых ВИЧ-инфекций к 2010 году достигло 27,8 случаев на 100 000 человек, а доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин среди всех беременных продолжает оставаться на уровне менее 1%. В результате можно утверждать, что меры по предотвращению распространения ВИЧ были эффективными, и распространение ВИЧ-инфекции от колющихся наркоманов к общему населению было медленнее ожидаемого. При этом важно продолжать расширять прежнюю деятельность, и нужно еще больше вкладывать как человеческих, так и денежных ресурсов в развитие системы лечения ВИЧ и СПИДа.

В обобщении можно назвать в качестве приоритетов в области здорового поведения большие прежних вложения в пропаганду здорового питания и повышение доступности здоровой пищи (например, различные связанные со школьным питанием меры), а также законодательное усиление ограничений употребления алкоголя, поскольку в условиях восстанавливающегося экономического роста доступность алкоголя снова станет повышаться. На снижение смертности от травматизма существенное позитивное влияние оказывает уменьшение потребления алкоголя, однако, поскольку, по сравнению с другими смертями от травматизма, скорее всего уменьшалось число смертей в результате дорожно-транспортных происшествий, на предупреждение которых сейчас обращается наибольшее внимание, то приоритетом является большее, чем прежде, принятие мер по предупреждению и других смертей от травматизма. Кроме того, исходя из расходов на эпидемию ВИЧ в Эстонии, постоянно растут потребности в ресурсах на профилактику ВИЧ и лечение ВИЧ и СПИДа.

V область. Развитие системы здравоохранения

СЦ 5. Всем нуждающимся в помощи обеспечена доступность качественных услуг здравоохранения

Всем людям обеспечена доступность качественных услуг здравоохранения за счет оптимального использования ресурсов

Индикатор	Базовый уровень 2006	2012 год	2016 год	Целевой уровень 2020	Исполнение 2010
Число врачей на 100 000 жителей. Источник: ИРЗ	322	320	320	320	329 (2009)
Число работников в сфере сестринского ухода на 100 000 жителей. Источник: ИРЗ	680	761	830	900	665,6 (2009)
Доля посетителей, вообще или очень довольных качеством медицинской помощи. Источники: МСД, исследование «Удовлетворенность жителей услугами здравоохранения»	69% (2007)	70%	71%	72%	74%
Доля считающих доступность медицинской помощи хорошей или очень хорошей. Источники: МСД, исследование «Удовлетворенность жителей услугами здравоохранения»	60% (2007)	62%	65%	68%	55%
Доля расходов семьи на здравоохранение среди общих расходов. Источник: ИРЗ	24%	<25%	<25%	<25%	20,3% (2009)

Доходная база системы здравоохранения в последние годы значительно сокращена, и покрытие населения медицинской страховкой уменьшилось. И все же индикаторы в области здоровья ПУЗ показывают, что общая удовлетворенность населения качеством медицинской помощи не уменьшилась, и в 2010 году ее оценивали как хорошую или очень хорошую целых 74% людей. Для сравнения стоит отметить, что цель этого индикатора ПУЗ к 2020 году была 72%.

Если качество услуг здравоохранения из-за сокращений не ухудшилось, то откат произошел в доступности услуг – лишь 55% людей считали доступность медицинской помощи хорошей или очень хорошей, что, по сравнению с базовым уровнем 2007 года и с целью на 2012 год (соответственно 60% и 62%), является значительным изменением в сторону ухудшения. Согласно описывающей систему здравоохранения и ожидания людей

литературе, невозможно ни в одной системе здравоохранения одновременно исполнить все три главных ожидания людей: максимальное качество, доступ всех людей к услугам и отсутствие времени ожидания. Следовательно, в условиях экономической депрессии в Эстонии приходится соглашаться на некоторое уменьшение покрытия медицинской страховкой и увеличение времени ожидания, чтобы не увеличивать собственное участие пациентов и сохранить качество врачебной помощи.

Одна из возможностей повышения эффективности затрат на систему здравоохранения кроется в изменениях структуры медицинского персонала. Изменив соотношение врачей и сестер в системе здравоохранения, и расширив возможности сестер для самостоятельной работы, можно немного смягчить и общее давление потребности в ресурсах в здравоохранении. Так в течение первого периода ПУЗ была повышена роль семейных сестер, создана возможность самостоятельного приема акушерок и осуществлены другие подобные начинания. И все же создание этих возможностей не отражено в индикаторах ПУЗ – число врачей на 100 000 жителей в 2009 году было равно 329 (320 в 2006 году), и число работающих в сестринской области на 100 000 человек с 680 в 2006 году снизилось к 2009 году до 666.

Результаты индикаторов ПУЗ указывают на необходимость постоянного улучшения финансирования здравоохранения, чтобы предотвратить возможное дальнейшее ухудшение обстановки, которое может сопровождаться и негативными изменениями в здоровье населения.

2. Обзор деятельности в следующие годы и направлений деятельности в программе деятельности на 2012 год, а также прикладного плана на 2013–2015 годы

Исходя из отчета о результатах первого периода (2009–2010) «Программы развития здоровья населения на 2009–2020 годы» и программы деятельности на 2011–2015 годы Правительства Республики, важными являются следующие меры и направления деятельности.

I область. Социальная сплоченность и равные возможности

- актуализация закона о здоровье народа;
- предупреждение долговременной безработицы (прежде всего среди молодежи);
- сокращение числа людей, не охваченных медицинской страховкой;
- обеспечение постоянства региональной сетевой работы в вопросах здоровья народа;
- развитие услуг укрепления психического здоровья;
- сохранение и улучшение качества жизни страдающих хроническими заболеваниями.

II область. Безопасное и здоровое развитие детей и молодежи

- субсидирование консультаций в кризисное время беременности и после него;
- субсидирование лечения бесплодия;
- обеспечение участия в любительском обучении;
- увеличение объема контроля здоровья;
- расширение системы контроля здоровья молодых спортсменов;
- повышение эффективности родительского образования;
- внедрение концепции укрепления здоровья в дошкольных детских учреждениях и школах;
- обновление концепции образовательных школ для детей с особыми потребностями;
- актуализация системы защиты детей.

III область. Поддерживающая здоровье жилья, трудовая и учебная среда

- оценка и предупреждение риска здоровья в дошкольных детских учреждениях и школах;
- внедрение системы страхования от несчастных случаев на работе и профессиональных заболеваний в целях улучшения условий трудовой среды;
- предупреждение вызванных продуктами питания инфекционных заболеваний;
- улучшение снабжения надлежащей питьевой водой;

- сохранение хорошего качества наружного воздуха;
- снижение уровня шума в городах.

IV область. Здоровый образ жизни

- осуществление политики предупреждения смертей вследствие травматизма для снижения смертности от травматизма в разных областях;
- сокращение доли лиц с избыточным весом среди детей и взрослых;
- субсидирование программы школьного питания, молока и фруктов;
- развитие подвижных увлечений;
- актуализация государственной политики борьбы с алкоголем и табаком;
- препятствование распространению наркотических веществ и развитие системы лечения от зависимости и реабилитационной помощи;
- предупреждение ВИЧ-инфекции.

V область. Развитие системы здравоохранения

- улучшение знаний населения в области первой помощи и самопомощи;
- повышение качества и доступности врачебной помощи;
- обеспечение постоянства финансирования здравоохранения;
- увеличение числа работающих в Эстонии работников здравоохранения, особенно сестер;
- уменьшение степени собственного участия и повышение доступности лекарств;
- развитие медицинских новшеств.