

Обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья за счет солидарности действий

Задача 1 – Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе

Задача 2 – Равенство в вопросах охраны здоровья

Суть формирования политики – это достижение согласия относительно перспективного видения будущего, а также путей его достижения и способов надлежащего использования ресурсов и мобилизации партнеров. Тем не менее, выбор между различными вариантами политики должен основываться на четкой системе ценностей, которые, в свою очередь, должны базироваться на важнейших этических принципах Всеобщей декларации прав человека. Как указывалось в главе 1, равенство в вопросах охраны здоровья и солидарность в предпринимаемых действиях – две основополагающие этические ценности в политике ЗДВ. В Европейском регионе они выражаются в двух измерениях, каждое из которых требует сильного программного реагирования. Одно измерение – это масштабное и растущее неравенство в области здоровья между государствами-членами, другое – широкие – а в настоящее время зачастую даже увеличивающиеся – различия в отношении здоровья между отдельными группами населения внутри каждой страны.

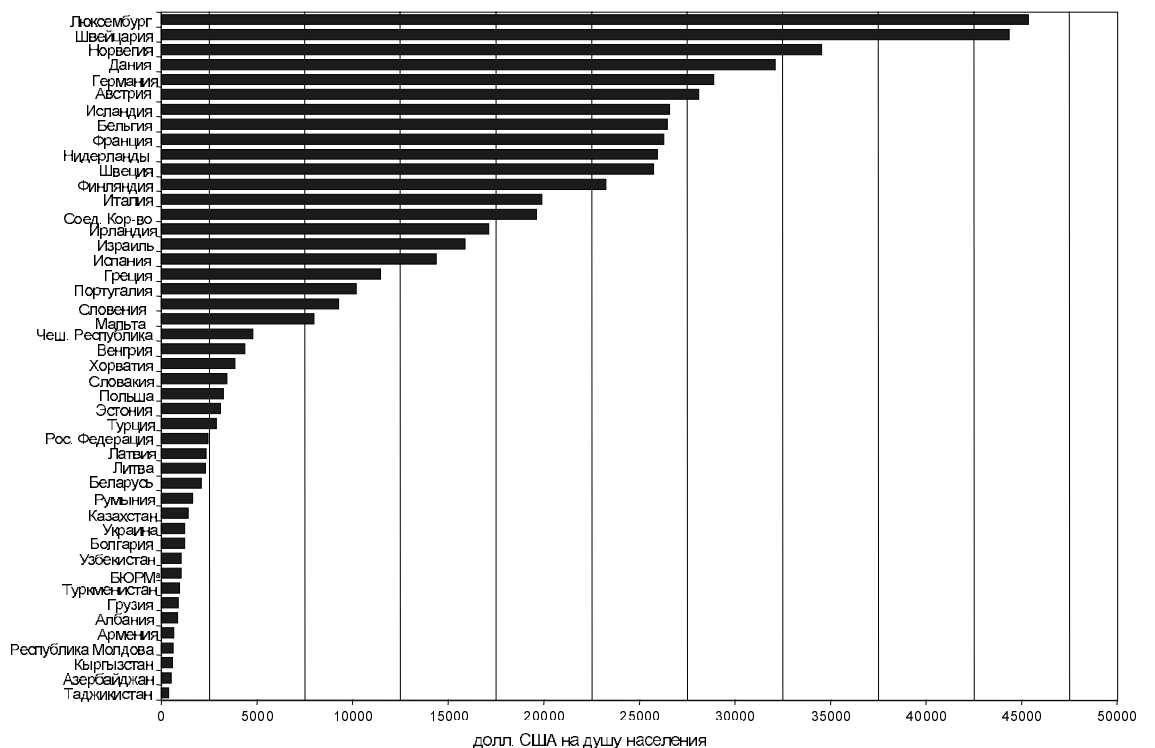
2.1 Достижение солидарности в интересах здравоохранения между европейскими странами

Как уже указывалось, в состав Европейского региона ВОЗ входит ряд самых богатых стран земного шара и ряд других, являющихся крайне бедными. Более того, в настоящее время к категории менее зажиточных стран относится значительно большая группа стран по

сравнению с положением десять лет тому назад. В 1996 г. валовый национальный продукт в расчете на душу населения составлял от 340 долл. США до более чем 45 000 долл. США, и чем дальше на восток, тем хуже и безрадостней положение (рис. 1).

По данным отчета *О гуманитарном развитии в 1997 г.* (ПРООН), “наибольшее ухудшение положения в прошлом десятилетии наблюдалось в Восточной Европе и странах Содружества независимых государств (СНГ), экономика которых находится на переходной стадии. Очень низкий уровень доходов, ранее характерный для небольшой части населения этих стран, распространяется сегодня примерно на одну треть их населения, и в настоящее время 120 миллионов человек живут ниже уровня бедности, равного 4 долл. США в день.”

Рисунок 1. ВНП на душу населения, 1996 г.⁴



⁴Бывшая Югославская Республика Македония

⁴ Большая часть данных по странам взята из последнего номера Атласа Всемирного банка и отражает положение в 1996 г. По Мальте приводятся самые последние имеющиеся данные (за 1993 г.); по Азербайджану даются сметные данные за 1997 г. Босния и Герцеговина и Сан-Марино исключены из перечня, так как самые последние имеющиеся данные относились к 1991 г. (предвоенный период) и 1983 г.

Экономические потрясения и войны в СЦВЕ и ННГ в 90-е годы расширили разрыв в состоянии здоровья между странами Региона, как это отражено в широком диапазоне различий по множеству показателей здоровья (рис. 2). В настоящее время, например, разрыв между средней продолжительностью жизни в Исландии (79,3 года) и Туркменистане (64 года) составляет 15,3 года.

Рисунок 2. Младенческая смертность в субрегиональных группах стран Европейского региона, 1970–1996 гг.



В контексте Всемирной декларации по здравоохранению 1998 г. с ее призывом к достижению как можно более высокого возможного уровня здоровья для всех, заметить такие различия в экономической жизни и здравоохранении, при всей близости между собой и взаимосвязи этих сфер и если отвлечься от области прав человека, – весьма затруднительно. Государства-члены Европейского региона ВОЗ – это неотъемлемая составная часть глобального содружества наций, и сохранение и даже рост различий в состоянии здоровья и качестве жизни между различными членами этой семьи, этого содружества в таких масштабах неприемлем и требует гораздо большего сосредоточения усилий на пропаганде и продвижении принципов равенства в вопросах здоровья и его охраны в двадцать первом столетии.

Более того, массовое и быстрое передвижение населения через национальные границы в сегодняшней Европе многократно увеличивает потенциальные возможности

распространения инфекционных болезней. Растущее влияние мощной индустрии развлечений и других технологических и культурных факторов на поведенческие и экологические детерминанты здоровья делает совместные и согласованные действия стран Региона непреложной необходимостью. Общерегionalное движение, направленное на поддержание и укрепление здоровья, с помощью общей политики, включающей сильный компонент содействия странам, находящимся в наихудшем положении, позволяя им достичь уровня стран с наилучшим положением, соответствует, в конечном счете, интересам каждого государства-члена.

Несмотря на общее увеличение объема внешней помощи для стран СЦВЕ и ННГ в 90-е годы, суммарный объем такой помощи в области здравоохранения был значительно меньше, чем то было необходимо, и общее воздействие и эффект были зачастую настолько низкими, что не могли не вызвать разочарования. Порой степень компетентности отдельных экспертов, направлявшихся для оказания помощи, уступала уровню тех, кому они должны были помогать. Значительно большего следовало, несомненно, достичь, например, при решении вопроса о долгах, которые унаследовали некоторые правительства. За некоторыми примечательными исключениями, страны-доноры, международные организации и финансирующие учреждения, предоставлявшие внешнюю помощь, зачастую действовали слишком изолированно – либо по своему собственному желанию или в соответствии с пожеланиями правительства получающей помощи страны. Данное обстоятельство не только создавало дополнительное бремя для скудных плановых ресурсов в странах-реципиентах, но и было сопряжено также со значительным риском того, что на установление приоритетов могли повлиять больше интересы доноров, нежели тщательно разработанный план развития. Вместе с тем имелись и положительные примеры обоснованных и хорошо согласованных планов развития здравоохранения на основе национальной политики достижения ЗДВ и разработанные в тесном партнерстве правительственных органов, международных партнеров и донорских организаций и учреждений (например, программа МАНАС, описание которой дается ниже).

МАНАС: КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

После формирования национальной политики ЗДВ в Кыргызстане была разработана комплексная программа реформирования здравоохранения (1994–1996 гг.) через процесс участия, охватывающий все заинтересованные стороны в стране. Программа представляет собой пример ориентированного на конечные результаты комплексного развития сектора здравоохранения и направлена на обеспечение максимально положительных результатов в интересах здоровья. С целью усиления системы первичной медико-санитарной помощи произведено слияние различных клиник для различных групп населения, с заменой на этом уровне специалистов семейными врачами. В порядке рационализации вторичного уровня медико-санитарного обслуживания сокращено число койко-мест в стационарах, с объединением или закрытием ряда медицинских учреждений. В некоторых районах используется методика “замещения”, как, например, внедрение краткосрочной противотуберкулезной химиотерапии для уменьшения числа требующихся койко-мест в стационарах.

Государственный бюджет продолжает оставаться по-прежнему основным источником финансирования для поддержания, насколько это возможно, равенства доступа. Метод выделения, ассигнования средств изменен с переходом от нормированной системы к применению формулы, основывающейся на определении потребностей. Механизмы оплаты меняются с большим переходом к принципам и правилам, основывающимся на стимулировании, как в случае подушевой системы оплаты услуг предоставляющих первичную медицинскую помощь и глобальных бюджетов для стационарного обслуживания, с обеспечением большей самостоятельности. В будущем планируется использовать контракты с дроблением средств между приобретающими медицинские услуги и предоставляющими их, хотя правительственные органы вынуждены действовать с осторожностью до тех пор, пока не будут созданы и внедрены регулирующие механизмы.

Проводятся реформы медицинского и медсестринского образования и обучения, и осуществляется программа, направленная на переподготовку имеющихся специалистов, с тем чтобы они могли работать в качестве семейных врачей. Совершенствуются информационные системы, с тем чтобы удовлетворять новым требованиям и запросам.

Источник: МАНАС – национальная программа по реформам здравоохранения. Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызстан, 1996 г.

Крупные катастрофы и бедствия – стихийные, антропогенные или комбинированные – приводят к чрезвычайным ситуациям, часто требующим быстрой и крупномасштабной внешней помощи пострадавшей стране или группе стран. В 90-е годы в Европейском регионе произошли вооруженные конфликты в десяти государствах-членах, и все они причинили огромные страдания и ущерб физическому и психическому здоровью населения этих стран. В порядке отклика и реагирования на это положение в деятельности по оказанию помощи жертвам чрезвычайных ситуаций приняли участие сотни организаций и множество стран-доноров, действовавших зачастую очень несогласованно. Тем не менее, были налицо положительные признаки и свидетельства большей готовности к сотрудничеству и более умелым действиям при этом, а также создания новых методологий, позволяющих ускорить и облегчить оценку потребностей и предоставление чрезвычайной помощи.

Задача 1 – Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе

К 2020 г. существующий в настоящее время разрыв в состоянии здоровья населения между государствами-членами Европейского региона должен быть сокращен как минимум на одну треть.

Это предполагает:

- 1.1 расхождение в отношении предполагаемой продолжительности жизни в одной трети европейских стран с наиболее высоким показателем и в одной трети стран с самым низким показателем предполагаемой продолжительности жизни должно быть сокращено по крайней мере на 30%;
- 1.2 различия в показателях заболеваемости, инвалидности и смертности между группами стран должны быть сокращены за счет ускоренного улучшения положения дел в тех из них, где население не получает достаточного обслуживания.

Предлагаемые стратегии

Для уменьшения проявлений неравенства и поддержания безопасности и сплоченности в Европе государствам-членам, интеграционным, правительственным и неправительственным организациям (НПО) необходимо прилагать значительно большие коллективные усилия в целях повышения объема, эффективности и координации поддержки и содействия наиболее нуждающимся странам Региона.

Странам и организациям, оказывающим помощь, необходимо работать и действовать более сплоченно, стремясь к достижению общих целей. Качество, степень пригодности и соответствия технических экспертов, направляемых в получающие помощь страны, должны тщательно проверяться предоставляющими помощь, а сами эксперты должны подбираться на основе убедительных фактических данных, подтверждающих высокую эффективность их деятельности в их родной стране. На донорах лежит ответственность за обеспечение того, чтобы предлагаемая ими для стран-реципиентов практика и методы были приемлемы в их собственной стране – особенно в том, что касается промышленного развития. На саму промышленность – как отдельные компании, так и промышленные группы/объединения – аналогичным образом ложится большая моральная ответственность за соблюдение и применение одного и того же принципа.

Заключение более формальных партнерских соглашений между основными интеграционными и межправительственными организациями и финансирующими учреждениями было бы важным шагом вперед, с последующим созданием конкретных механизмов сотрудничества для каждой получающей помощь страны. Такие партнерские

связи и контакты способствовали бы более комплексному подходу к созданию необходимого потенциала, разработке политики и мобилизации ресурсов в интересах здоровья и его охраны. Все национальные донорские организации и учреждения, инвестиционные банки, интеграционные и международные организации, вносящие свой вклад в здравоохранительную деятельность в Европейском регионе, должны стремиться к составлению общей программы (“общей повестки дня”) в области развития. Хорошим примером практического сотрудничества на базе разделяемых, общих приоритетов является Европейский комитет по окружающей среде и охране здоровья. Следовало бы рассмотреть возможность создания “консорциумов” стран-доноров и организаций для разработки совместных подходов и объединения ресурсов; хорошими примерами этого могут служить Международный координационный комитет по иммунизации (МККИ) и недавно учрежденная Целевая группа по вирусу иммунодефицита человека и болезням, передаваемым половым путем. В настоящее время ЕС получил большие полномочия в области общественного здравоохранения, с расширением членства этой организации, что должно способствовать более тесному сотрудничеству между значительным числом стран.

Как доноры, так и получающие помощь страны должны стремиться к достижению целей “инициативы 20/20”, согласно которой 20% суммарной помощи в области развития должны быть направлены на мероприятия социального сектора, а принимающие помощь страны должны направлять в среднем 20% своих национальных бюджетных ассигнований (“сеть помощи”) на основные социальные службы⁵. Индекс гуманитарного развития, основывающийся на данных предполагаемой продолжительности жизни, уровнях образования и доходов, является весьма полезным руководством, ориентирующим на приоритетную поддержку наиболее нуждающихся стран.

Страны-реципиенты, в свою очередь, должны обеспечивать очень высокую степень приоритетности разработки и формулирования политики достижения ЗДВ и составить, на этой основе, свои среднесрочные и долгосрочные планы в области здравоохранения и развития, с помощью которых можно было бы обеспечить тщательную координацию всей внешней поддержки, оказываемой странами, специализированными учреждениями и организациями, и направить ее на решение самых первоочередных и приоритетных проблем и задач.

Для каждой страны истинная солидарность и “личный интерес” должны заключаться в том, чтобы придерживаться разделяемой всеми ими общей политики здравоохранения и общих ценностей. Концепция ЗДВ предоставляет такой механизм и возможности, и все страны без исключения должны иметь возможность способствовать достижению ЗДВ и извлекать для себя пользу от этого и от технической деятельности ВОЗ на глобальном и

⁵ *The 20/20 Initiative. Achieving universal access to basic social services for sustainable human development* (Инициатива 20/20 достижения всеобщего доступа к базовым социальным службам в целях устойчивого гуманитарного развития). Нью-Йорк, ЮНЕСКО, 1994 г.

региональном уровнях. Поэтому для лучшего ознакомления с политикой ЗДВ и усиления связей отдельных стран с Региональным бюро каждой стране следует подумать о создании "ВОЗовской функции" у себя в стране. Это могло бы быть подразделение или отдел внутри министерства здравоохранения, сотрудничающий центр или национальная группа экспертов, которые бы отвечали за систематическую оценку целесообразности и возможные последующие меры и последствия новых курсов политики и научных рекомендаций, исходящих от ВОЗ, а также за доведение данной информации до самых высокопоставленных лиц, принимающих важнейшие решения в правительстве. Эта функция могла бы также включать систематический обзор всех новых веяний и процессов в области здравоохранения и клинической медицины в их стране, которые могли бы представлять интерес для ВОЗ, с тем чтобы эти знания можно было распространить в других странах.

Данный процесс не должен ограничиваться тем, о чем только что шла речь: для мобилизации широкой поддержки со стороны населения и общественности таких усилий странам надлежит всемерно стимулировать расширение массового обсуждения общественностью и населением проявлений неравенства в социально-экономической сфере и в области здравоохранения и их возможных последствий с точки зрения страданий людей и несправедливости, уменьшения солидарности и социальной сплоченности, а также обеспечения устойчивого экономического роста в Регионе. Такие обсуждения должны вести к лучшему пониманию общечеловеческих, социально-экономических и культурных преимуществ ликвидации разделяющих людей различий и к повышению общего уровня медико-санитарного обслуживания, а также мобилизации ресурсов и клинической экспертизы для уменьшения существующих проявлений несправедливости и неравенства. Значительная часть базовой информации, необходимой для такого обсуждения, уже имеется как результат текущего мониторинга хода работы по достижению ЗДВ, осуществляемого ВОЗ, и благодаря работе, проделанной такими организациями, как Всемирный банк, Программа развития Организации Объединенных Наций, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ЕС и НПО. В частности, важно, чтобы эти обсуждения и дебаты проводились с привлечением всех организаций и отдельных граждан, проявляющих интерес к вопросам здоровья и его охраны. Министерством иностранных дел, отвечающим за решения, касающиеся оказания поддержки и вспомоществования зарубежным странам, следует обеспечить более значительную роль и место для вопросов преодоления и ликвидации проявлений несправедливости и неравенства в своих планах и программах. В рамках же частного сектора необходимо обратить и заострить внимание транснациональных корпораций (включая держателей их акций, потребителей их продукции, международные средства массовой информации) на возможные последствия, которыми чревата их политика, для состояния здоровья населения стран, находящихся в неблагоприятном положении.

Методологии, механизмы и структуры для поддержки обеспечения выполнения и внедрения таких курсов политики включают потенциал, необходимый для анализа политики, структурные параметры сотрудничества и методы оценки воздействия на здоровье. Такая методология должна быть обоснованной в научном отношении, будучи

одновременно как можно более простой, чтобы ее можно было эффективно претворять в жизнь в широких масштабах.

Здоровье людей, пострадавших от чрезвычайных ситуаций, может быть улучшено, если страны будут лучше подготовлены к ним и если помощь, предоставляемая на гуманитарной и переходной стадиях, будет более четко и определенно нацелена на долгосрочную перспективу. На следующей после чрезвычайных ситуаций стадии здравоохранительная деятельность может использоваться в качестве эффективного “задела” и отправной точки для укрепления солидарности и усиления социальной сплоченности населения; она же может играть важную роль в активизации процессов диалога и примирения после конфликта.

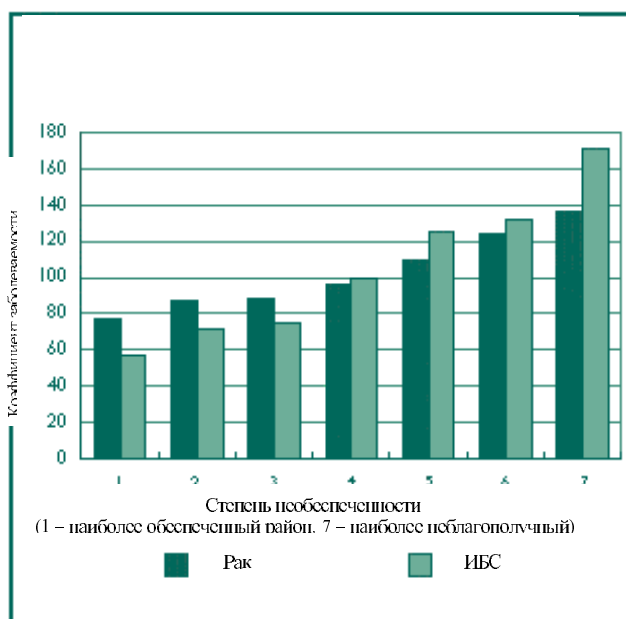
2.2 Ликвидация различий в отношении здоровья между странами

2.2.1 Бедность

Бедность – независимо от того, определяется ли она уровнями доходов, социально-экономическим положением, условиями жизни или уровнем образования, – является крупнейшим отдельным детерминантом плохого здоровья. Жизнь в бедности сопровождается более высокими уровнями употребления психотропных веществ и препаратов (табака, алкоголя и незаконных наркотических средств), депрессией, самоубийствами, антисоциальным поведением и насилием, повышенным риском в отношении безопасных продуктов питания, а также широким диапазоном соматических проблем. Значительное – и фактически все более возрастающее – число людей в европейских странах в настоящее время подвергается риску сопряженных с бедностью тягот и лишений в тот или иной период своей жизни.

Даже в считающихся благополучными обществах проявления неравенства в вопросах здоровья и его охраны усиливаются с расширением социально-экономических различий, с социальной дифференциацией между всеми различающимися в социально-экономическом плане группами населения, общества в целом и на протяжении всего жизненного цикла. Таким образом, хотя в здравоохранительной политике стран главный приоритет должен отводиться тем, кто находится в наиболее неблагоприятном положении, эта политика должна решать также проблему неравного распределения между всеми социальными группами преимуществ, льгот и пособий, являющихся следствием социально-экономического развития и более справедливого распределения общественных благ (например, доступ к образованию, трудоустройству).

Рисунок 3. Стандартизированные показатели по онкологическим болезням и ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц в возрасте до 65 лет в неблагополучных районах, 1991 г.



Источник: Агентство общих служб, Отдел информации и статистики.

2.2.2 Безработные

Среди безработных налицо четкая и однозначная связь между степенью безработицы, с одной стороны, смертностью и заболеваемостью (включая показатели невыходов на работу из-за болезни), с другой. Эта взаимосвязь сохраняется, когда делается корректировка с учетом таких факторов, как уровень образования и владение жильем. Объясняется это, по-видимому, более высокими уровнями контроля труда, спроса, требований, а также поддержки, характерной для более привилегированных категорий населения.

Как безработица, так и неуверенность в сохранении работы в будущем оказывают отрицательное воздействие на здоровье, повышая риск психических и физических расстройств и приводя даже к самоубийствам. В более молодых возрастных категориях неуверенность и боязнь потерять работу ассоциируется с плохим здоровьем, причем независимо от какой-либо взаимосвязи между социально-классовой принадлежностью и безработицей. Как долгосрочное постоянное повышение безработицы в большинстве стран Западной Европы, так и ее внезапный и резкий рост в ННГ являются причиной глубокой

озабоченности в связи с проблемой равенства доступа к медико-санитарному обслуживанию.

Важным детерминантом здоровья является образование. Следует отметить, что так же как и в случае с доходами с повышением уровня образования показатели смертности и заболеваемости снижаются. Материальные и культурные ресурсы семьи оказывают значительное влияние на достижения ребенка в плане образования. Таким образом, фактор социально-классовой принадлежности очень сильно влияет на результаты и показатели в области образования, а они, в свою очередь, с большей долей вероятности – на параметры последующей трудовой занятости и доходов в будущем. У детей, достигающих более высоких уровней образования или технического обучения, намного лучше шансы и возможности как в отношении здоровья, так и трудоустройства и уровней доходов.

2.2.3 Неравенство возможностей в отношении здоровья по причинам, обусловленным половой принадлежностью

Проблемы различий, обусловленных половой принадлежностью, следовало бы рассматривать вместе с проблемами различных в социально-экономическом отношении контингентов населения. Женщины живут дольше, чем мужчины (в среднем на 5–7 лет больше в Западной Европе и примерно на 7–15 лет в восточноевропейских странах). Тем не менее, бремя их двойной трудовой нагрузки как дома, так и на рабочем месте, сопряжено с тяжелыми последствиями с точки зрения заболеваемости, и они, как правило, страдают в большей степени от депрессий и тревожных состояний, чем мужчины. Связанные непосредственно с половой принадлежностью вопросы – такие, как материнская смерть, например, – вызывают большую озабоченность в ряде государств-членов. С другой стороны, мужчины более подвержены, например, несчастным случаям, и более всего в последние годы в СЦВЕ/ННГ ухудшилось состояние здоровья мужчин трудоспособного возраста. Несмотря на значительное недопредставление данных, случаи изнасилования женщин и избиения женщин происходят в подавляющем большинстве стран в таких количествах, которые не могут не вызывать тревоги и озабоченности; более того, в промышленно развитых странах, согласно представленным данным, насилие в кругу семьи причиняет женщинам больше травм, чем дорожно-транспортные происшествия, изнасилования и разбойные нападения вместе взятые. В разделе 3.4 рассматриваются более детально вопросы, обусловленные половой принадлежностью, и связанные с этим стратегии.

2.2.4 Этнические меньшинства, мигранты и беженцы

Особенно большому риску плохого здоровья подвергаются специальные группы, включая этнические меньшинства, кочующие группы населения (например цыгане), мигрантов и беженцев. Их потребностям и чаяниям зачастую уделяется меньше внимания, и они не всегда охватываются обычными видами и возможностями медико-санитарного

обслуживания и социального вспомоществования. Эта проблема продолжает усугубляться во многих странах.

2.2.5 Инвалиды

К категории людей с очень специфическими проблемами и потребностями относятся люди с физическими или психическими недостатками. Более подробно этот вопрос рассматривается в разделе 5.4.

Проведенный мониторинг достижения ЗДВ показал, что в настоящее время страны сообщают не только о географических различиях, но и об изменениях, обусловленных особенностями трудовой занятости и уровнем образования. В ряде случаев сказываются последствия безработицы и такие проблемные вопросы, как питание и жилищные условия. Страны, пострадавшие в результате войны и ее последствий, в частности, обращают внимание на положение со здоровьем мигрантов, перемещенных лиц и беженцев. Около четверти государств-членов сообщают о своих усилиях по совершенствованию своих информационных систем, с тем чтобы они отражали проявления неравенства в вопросах здоровья и его охраны, а некоторые страны занимались составлением новых показателей с этой целью. Произошло очень значительное увеличение числа исследований по этой проблематике, однако это касается, главным образом, определения количественных параметров проявлений несправедливости и неравной доступности медицинского обслуживания: проводится сравнительно небольшое число исследований эффективности мер, предпринимаемых для ликвидации имеющихся расхождений и несоответствий.

Задача 2 – Равенство в вопросах охраны здоровья

К 2020 г. разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен по крайней мере на одну четверть во всех государствах-членах за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания.

Это предполагает:

- 2.1 сокращение разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами по крайней мере на 25%;
- 2.2 более ровное распределение основных показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в различных социально-экономических группах;
- 2.3 значительное улучшение влияющих на здоровье социально-экономических условий, и прежде всего сокращение различий в уровне доходов, образования и доступа к трудоустройству;
- 2.4 значительное сокращение контингентов населения, проживающих в условиях бедности;
- 2.5 защиту групп населения с особыми потребностями, обусловленными состоянием их здоровья или их социальными или экономическими обстоятельствами, от какой бы ни было изоляции и предоставление им необходимого доступа к соответствующей медико-санитарной помощи.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ СТРАТЕГИИ

Очень важной стратегической установкой для решения проблем проявлений неравенства в отношении здоровья являются систематические и масштабные усилия (см. об этом выше), направленные на обеспечение массовой поддержки населением и общественностью “просвещенной” социально-экономической политики, нацеленной на преодоление основных проявлений неравенства в уровнях доходов и социальных благ (например, для обеспечения или поддержания свободного доступа к медицинскому обслуживанию, образованию и т.д.).

Непреложной предпосылкой для серьезного рассмотрения всей этой проблемы является возможность правильной оценки разрыва в отношении здоровья и его причин. Поэтому необходимы особые усилия для выявления групп, подвергающихся особому риску плохого здоровья и преждевременной смерти, и для анализа причин социальных различий в отношении здоровья. Имеющиеся источники информации следовало бы использовать лучше, однако многим странам необходимо изменить их информационные системы по вопросам здоровья и его охраны, с тем чтобы более точно регистрировать социально-экономические переменные и включить больше данных в отношении медико-санитарной информации в имеющуюся статистику по социально-экономическим вопросам. Необходимо уделять значительно больше внимания мониторингу и оценке эффективности мероприятий, осуществляемых с целью ликвидации имеющихся различий и расхождений в отношении здоровья.

ОЦЕНКА РАЗЛИЧИЙ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЕГО ПРИЧИН

1. Как часть Глобальной инициативы по обеспечению равенства в отношении здоровья и медико-санитарного обслуживания, выдвинутой ВОЗ и Шведским агентством международного развития (СИДА), в Литве (например) выявлено более 20 имеющихся источников показателей здоровья и/или социально-экономического развития, которые можно использовать для составления карты и диаграмм проявлений неравенства доступа к медицинскому обслуживанию в этой стране.
2. В Испании, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Финляндии и Швеции в последнее время созданы специальные комиссии для оценки различий в отношении здоровья.
3. В Норвегии предпринимается попытка составить новые показатели для обеспечения более точного отражения проявлений неравенства в вопросах здоровья и его охраны, а в Швеции отмечается необходимость комплексного подхода к показателям, связанным с половыми и социально-экономическими различиями.
4. Весьма значительные и смелые попытки предпринимаются сейчас в Нидерландах для сообщения и прогнозирования данных о состоянии общественного здравоохранения с целью информационного обеспечения процесса принятия ответственных политико-стратегических решений.

Источник: Exploring the process of health policy development in Europe (Исследование процесса развития политики здравоохранения в Европе). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).

Детерминанты здоровья

Более высокая степень приверженности и заинтересованного отношения и более энергичные действия необходимы в отношении определяющих факторов, или детерминант, здоровья. Наиболее успешной стратегией обеспечения и улучшения состояния здоровья населения является такая стратегия, при которой вопросы экономического роста, гуманитарного развития и здравоохранения рассматриваются комплексным образом. Различия в уровне доходов, возможности здорового выбора и защита среды обитания – все это переменные, которые могут интегрироваться в рамки государственной/общественной политики и где изменения должны привести к улучшению состояния здоровья и благополучия всего населения в целом. Бюджетно-финансовые и правовые меры являются мощными регулирующими и регламентирующими инструментами, позволяющими браться за решение основных причин плохого здоровья. В главе 5 более детально рассматриваются стратегии, которые должны повлиять на физические, экологические и социально-экономические детерминанты здоровья, а именно – способы распределения доходов, вопросы занятости и образования.

Для эффективного внедрения и претворения в жизнь таких регулирующих и регламентирующих правил и положений они должны быть поддержаны всеми соответствующими секторами и учреждениями и, кроме того, они должны пользоваться всеобщей поддержкой и доверием. Это может быть достигнуто за счет мобилизации всего общества в целом и проведения информированного обсуждения с использованием эффективных коммуникационных сетей. Необходима оценка государственной политики с точки зрения ее воздействия на вопросы обеспечения равенства в отношении здоровья, т.е. равной доступности медико-санитарного обслуживания.

С чего следует начать

Есть целый ряд возможных отправных моментов для составления планов, направленных на преодоление проявлений неравенства в вопросах охраны здоровья. Каждая страна должна выбрать такую альтернативу, которая более всего соответствует ее положению и особенностям. Одним возможным способом является сосредоточение внимания и усилий на конкретных проблемах здоровья, по которым были выявлены значительные различия между различными в социально-экономическом отношении группами и контингентами населения. Этот подход обладает тем преимуществом, что он легко понимается и воспринимается, усваивается широкой общественностью, населением и профессиональными работниками здравоохранения. Второй подход основывается на недавно сделанном выводе о том, что решение проблемы факторов риска и основных причин проявлений неравенства, т.е. неравного доступа к медицинскому обслуживанию, является более реальным тогда, когда налицо действительные и очевидные различия в уровнях доходов или когда имеются зоны значительной безработицы или плохих жилищных

условий, особенно на местном уровне. Третий подход заключается в том, чтобы начать с выявления групп населения, подвергающихся особому риску. Доказано, что факторы риска накапливаются среди одних и тех же социальных групп, и данный подход позволяет заниматься одновременно решением проблем, связанных с целым рядом факторов риска. В рамках общей здравоохранительной политики перед этими группами могут быть поставлены дифференцированные задачи.

В большинстве случаев необходимы смешанные подходы и методики. Кроме того, страны могут рассмотреть возможность интегрирования элементов равенства доступа к медицинскому обслуживанию во все основные осуществляемые программы, хотя этот подход и может оказаться не всегда достаточно избирательным.

Что же касается групп особого риска, то в их отношении должна применяться такая политика, при которой учитываются культурные и половые различия и особенно в вопросах доступности медико-санитарного обслуживания и поддержки.

Службы широкого и активного охвата населения

Обеспечение широкого охвата всего населения и сокращение финансовых и иных препятствий, мешающих доступу к обслуживанию, являются важными способами улучшения здоровья людей, живущих в бедности (эти вопросы более подробно рассматриваются в главе 6). Службы широкого охвата особенно важны применительно к таким уязвимым группам и контингентам населения, как пожилые и престарелые, этнические меньшинства и т.д., которые могут не знать о том, как обеспечить для себя столь необходимую для них поддержку, или могут сталкиваться с социальными, психологическими или даже физическими преградами, не позволяющими им воспользоваться такими службами и предоставляемыми ими возможностями. Возможность прервать “замкнутый круг бедности” за счет своевременного, на самой ранней стадии, вмешательства в жизнь младенцев и детей может обеспечить значительный выигрыш и преимущества для здоровья как настоящего, так и будущего поколений (более подробно см. главу 4).

Интегрированная политика предусматривает оказание поддержки и содействия обездоленным группам населения. Здоровье мигрантов и беженцев может быть улучшено путем обеспечения доступности целой системы служб охраны здоровья семьи, надлежащего жилья и возможностей в области образования и трудоустройства. Обездоленным группам населения в максимально возможной степени требуется финансовое обеспечение, позволяющее пользоваться правами в отношении медико-санитарного обслуживания в той же мере, что и все остальное население. Комплексные программы, разработанные на коммунальном уровне и предусматривающие участие множества секторов и специализированных учреждений, могут быть эффективным средством, позволяющим

адаптировать, приспособливать службы к конкретным культурным особенностям, отношениям и прочим характеристикам соответствующих групп населения.

Здоровье людей, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, может быть улучшено, если гуманитарная помощь будет неотложной и эффективной и если будет проводиться такая национальная и международная политика, при которой устраняются бюрократические препоны и обеспечивается незамедлительное и беспрепятственное финансирование, а также поддержка со стороны специалистов и оказывающих чрезвычайную помощь лиц. Роль сектора здравоохранения заключается в том, чтобы доказать и наглядно продемонстрировать необходимость такой стратегии, помочь устанавливать партнерские связи и контакты с соответствующими секторами и оказывать им содействие в деле оценки их политики.