



Тема номера: Обеспечение справедливого доступа к службам здравоохранения

Часть I. Обзор Документационного центра ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения серьезно обеспокоена влиянием бедности на здоровье людей и уделяет этой проблеме большое внимание. За последние 10 лет ВОЗ выпустила несколько материалов, посвященных разработке стратегии и подходов к защите здоровья бедных и социально незащищенных слоев общества. В частности, на 51 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (Мадрид, 10-13 сентября 2001 г.) этой проблеме посвящен отдельный пункт повестки дня.

ВОЗ не случайно уделяет проблеме бедности столь значительное внимание, поскольку она является делом не только развивающихся стран. По оценкам ВОЗ в 1998 г. в Европейском регионе 2% населения (приблизительно 24 миллиона человек) жили в условиях абсолютной бедности. Относительная бедность - это также серьезная проблема в ряде европейских стран.

В 18 странах Центральной и Восточной Европы и СНГ в середине 1990-х годов свыше 165 миллионов человек жили на менее чем 4 долл. США в день: в 8 странах доля населения, живущего с такими ограниченными ресурсами, составила 50% или выше¹. В странах, являющихся членами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), относительная бедность - также существенная проблема. Так, например, в 1995 г. в условиях относительной бедности жило 11% населения Великобритании, а в Италии в 1999 г. соответствующий показатель был равен 13%.²

Бедность и плохое здоровье образуют порочный круг. Бедность ведет к нездоровью в силу таких механизмов, как повышение личностных и экологических факторов риска, более высокий риск недостаточного питания, меньший доступ к знаниям и информации, сниженные возможности получения медицинской помощи. В свою очередь, плохое состояние здоровья также может стать причиной бедности, поскольку оно связано со снижением доходов домашнего хозяйства и способности людей к обучению, с ухудшением их работоспособности и качества жизни.

Таким образом, бедность - это одна из важнейших детерминант плохого здоровья. Жизнь в бедности ассоциируется с более низкой продолжительностью жизни, высокой младенческой смертностью, неудовлетворительным репродуктивным здоровьем, более высокими показателями инфекционных болезней, особенно туберкулеза и ВИЧ-инфекции, более высокими показателями потребления психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотические средства), более высокими показателями неинфекционных болезней, депрессий и самоубийств, а также повышенным воздействием вредных для здоровья факторов окружающей среды.

К группам особого риска относятся люди с низкими доходами или недостаточным уровнем образования, семьи с одним из родителей, одинокие пожилые и престарелые или инвалиды, безработные, рабочие-мигранты и лица, работающие на производствах, связанных с возникновением особых стрессов или физического ущерба.

¹ UNDP. Human Development Report 2000. New York. Oxford University Press. 2000.

ВОЗ уже давно осознала, что стратегии сокращения бедности имеют важнейшее значение для улучшения здоровья населения в самом широком смысле этого слова. «Характерной особенностью, присущей всем странам, является то, что находящиеся в более неблагоприятном социальном отношении группы общества несут на себе более тяжкое бремя заболеваний, недугов и в большей степени подвергаются неблагоприятным для здоровья факторам. Кроме того, положение дел осложняется тем, что службы здравоохранения зачастую являются менее доступными и характеризуются более худшим качеством в находящихся в более невыгодном и неблагоприятном положении местностях и районах (где потребность в них является, кстати, наиболее острой)³».

Имеется значительное число фактов, свидетельствующих об ограниченном доступе к службам здравоохранения для некоторых слоев или категорий населения в европейских странах. Сравнение географического распределения служб и услуг, например, часто показывает, что в сельских или экономически отсталых районах медицинское обслуживание значительно хуже, чем в богатых городских районах. Экономический анализ свидетельствует о худшей обеспеченности соответствующими услугами групп с низкими доходами.

Условно доступность медико-санитарной помощи можно подразделить на географическую и экономическую.

Под **географической доступностью** подразумевается справедливое распределение соответствующих услуг по территории страны или в каждом населенном пункте. Для улучшения географической доступности необходимо оптимизировать распределение имеющихся ресурсов в соответствии с местными потребностями. При этом имеется в виду, что индекс выделения ресурсов, основывающийся на численности и возрастной структуре населения (как это делается в настоящее время) должен быть дополнен информацией о социально-экономической структуре подлежащего обслуживанию населения. Для России с ее крайне неравномерным расселением по территории страны проблема географической доступности медицинской помощи имеет непосредственное значение, прежде всего, для жителей регионов с низкой плотностью населения (Сибирь, Дальний Восток, Северные территории), а также сельского населения. Наиболее оптимальным вариантом обеспечения географической доступности медицинской помощи для населения является развитие первичной медико-санитарной помощи, особенно в отдаленных и труднодоступных районах.

Экономическая доступность предусматривает, что люди имеют равный доступ к качественному обслуживанию независимо от способа оплаты услуг. Доступность в этом смысле определяется отчасти тем методом, который выбирается для финансирования системы здравоохранения. Системы, которые изначально основываются на прямом взимании платы за услуги и на добровольных частных системах страхования, являются, как правило, наименее справедливыми с точки зрения экономической доступности, поскольку значительные слои населения оказываются не в состоянии оплачивать услуги, в которых они нуждаются. Качество оказываемой медико-санитарной помощи может также различаться в зависимости от того, какой системой страхования - государственной или частной - пользуется человек.

В случаях, когда системы страхования являются универсальными и финансируются государством или же основываются на принципах социального страхования здоровья, теоретически каждая категория населения имеет экономический доступ к равноценным услугам в той мере, в какой предоставляемое обслуживание удовлетворяет запросы населения.

ВОЗ подчеркивает, что каждой из стран необходимо провести оценку характера и масштабов различий в доступе к услугам здравоохранения различных социальных групп населения не только с точки зрения географической доступности, но и в связи с экономическими и культурными аспектами. Такого рода оценка является тем более необходимой, что многими странами в настоящее время осуществляется пересмотр и реформирование своих систем здравоохранения.

² Там же.

³ Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах здоровья. - ЕРБ ВОЗ. Копенгаген. 1992.

- **Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. - ВОЗ. Женева. 2000. - 232 с.**

В докладе представлен экспертный анализ, как системы здравоохранения могут воздействовать на улучшение здоровья населения в странах. В нем подробно описаны факторы, обуславливающие эффективную работу систем здравоохранения. В 2-й главе Доклада подробно описываются механизмы обеспечения качества и справедливости в системах здравоохранения и показатели их оценки.

Полный текст доклада на русском языке доступен в Интернет по адресу:
http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_ru.pdf

- **I. K. Crombie, L. Irving, L. Elliott, H. Wallace. Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective (Сокращение разрывов в несправедливости в отношении здоровья: международные перспективы) - Европейское региональное бюро ВОЗ. 2005 г. - 81 стр.**

В отчете проводится анализ официальных документов из 13 развитых стран по сокращению несправедливости в отношении здоровья граждан. В Швеции и Северной Ирландии были проведены структурные изменения своей политики в области общественного здравоохранения для ликвидации неравенства различных слоев населения по обеспечению медицинской помощью. Но все же в настоящее время только Великобритания является страной, где разработана всеобъемлющая политика по обеспечению доступности медицинской помощи для всего населения. Лица, принимающие решения, стоят перед двумя проблемами: создания макроэкономической стратегии по ликвидации несправедливости и разработки конкретных механизмов обеспечения доступности медицинской помощи для всех слоев населения.

Документ доступен на английском языке в электронном виде в Интернет по адресу:
<http://www.euro.who.int/Document/E87599.pdf>

- **Системы здравоохранения против бедности. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2003 г.-211 с.**

В настоящей публикации приведена подборка разнообразных примеров того, как системы здравоохранения в разных странах решают проблемы взаимосвязи бедности и здоровья. В публикации признается, что проблема бедности в странах Европы связана не только с плохим материальным положением, но и с низким уровнем образования, уязвимостью к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, тяжелыми условиями труда, а следовательно и плохим здоровьем. В книге приведены также примеры положительного опыта по решению вопроса обеспечения бедных слоев населения надлежащей медицинской помощью.

Книга доступна на русском языке в электронном виде в Интернет по адресу:
<http://www.euro.who.int/document/e80225r.pdf>

- **Health, Economic Growth, and Poverty Reduction. Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health (Здоровье, экономический рост и ликвидация бедности. Отчет о Первой рабочей группе Комиссии по макроэкономике и здоровью). - ВОЗ. Женева. 2002. -114 стр.**

Комиссия по макроэкономике и здоровью была организована в январе 2000 г. по поручению Генерального директора ВОЗ. Целью данной Комиссии являлся анализ взаимосвязи между здоровьем населения и экономическим развитием разных стран. Первая рабочая группа занималась вопросами ликвидации бедности. Настоящий отчет посвящен работе Первой рабочей группы и состоит из обзора целей, анализа демографической ситуации в странах и ее связи с экономическим ростом, состояния питания и рынка труда. Отдельные главы посвящены влиянию бедности на здоровье, вопросам несправедливости в доступе к медицинскому обслуживанию различных социальных групп и четырем болезням бедности: туберкулезу, малярии, психическим болезням и СПИДу.

Книга доступна на английском языке в Интернет по адресу
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241590092.pdf>

- ***Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants (Инвестиции в здоровье: дискуссия о роли экономических и социальных детерминант).* - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2002. - 96 стр.**

В документе представлены материалы совещания ВОЗ «Укрепление благосостояния людей: выбор и помехи», которое состоялось в сентябре 2000 г. В Анакапри, Италия. Участники совещания проанализировали пути укрепления общественного здравоохранения в целях повышения доступности медицинского обслуживания для разных слоев населения и влияние социального и экономического неблагополучия на состояние здоровья.

Книга доступна на английском языке в электронном виде в Интернет по адресу <http://www.euro.who.int/Document/E77971.pdf?language=Russian>

- ***E. Mossialos, M. Mrazek, T. Walley. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality (Регулирование фармацевтических препаратов в Европе: борьба за эффективность, справедливость и качество).* - Европейское региональное бюро ВОЗ. Open University Press. 2004 г. - 395 с.**

Одна из последних публикаций Обсерватории систем здравоохранения в Европе, созданной при Европейском региональном бюро ВОЗ, посвящена проблеме обеспечения эффективности и качества фармацевтических препаратов, а также справедливого доступа к ним для всех слоев населения. В книге рассматриваются, в частности, такие вопросы, как регулирование фармацевтического рынка, политика в области лекарственных препаратов Европейского Союза и доступность лекарств для населения на разных уровнях оказания медицинской помощи (амбулаторном, стационарном и др.).

Книга доступна на английском языке в электронном виде в Интернет по адресу: <http://www.euro.who.int/document/e83015.pdf>

- ***S.Bennett; J.D.Quick; G. Velasquez. Public-private roles in the pharmaceutical sector. Implications for equitable access and rational drug use (Роль государственного и частного секторов в фармацевтической отрасли. Предложение по справедливому доступу и рациональному использованию лекарственных препаратов).*- ВОЗ. Женева. 1997 г. - 103 с.**

В книге приводится анализ лекарственного обеспечения населения в условиях реформы здравоохранения: развитие государственного и частного секторов здравоохранения; рыночных отношений фармацевтической области и т.д. Справедливый доступ к лекарственным препаратам рассматривается в книге с позиции экономики здравоохранения: возросших цен на лекарственные препараты в разных странах; появление новых поколений дорогостоящих лекарств, с одной стороны, и развитию дженериков, с другой. Также в книге поднимаются вопросы обеспечения безопасности и качества лекарств.

Документ доступен на английском языке в электронном виде в Интернет по адресу: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_DAP_97.12.pdf

- ***Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative (Справедливость и здоровье в здравоохранении: инициатива ВОЗ и Шведского агентства по международному развитию (SIDA).* - ВОЗ. Женева. 1996 г. - 57 с.**

Социальные разрывы в состоянии здоровья населения и обеспеченности службами здравоохранения между бедными и богатыми странами очень значительные. Развивающиеся страны стоят перед проблемой обеспечения справедливости в доступе населения к службам здравоохранения и созданию таких социально-экономических условий, которые способствовали бы улучшению здоровья населения. Настоящий документ, созданный в результате сотрудничества ВОЗ и Шведского агентства по международному развитию предлагает конкретные пути по разработке политики справедливости в здравоохранении, а также проводит оценку практических подходов к решению этой проблемы. Книга предназначена руководителям здравоохранения.

Документ доступен в английском языке в электронном виде в Интернет по адресу: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_ARA_96.1.pdf

- **G. Dahlgren, M. Whitehead. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 1992 г. - 56 с.**

Одной из главных и ответственных задач политики здравоохранения в 90-е годы является уменьшение проявлений неравенства и несправедливости в вопросах охраны здоровья. Однако, в настоящее время в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ на фоне экономических реформ наблюдается увеличение разрыва в уровне состояния здоровья различных слоев населения и в доступности медицинской помощи. Данная книга не ставит перед собой цель разработки универсальной стратегии в данном вопросе. В ней использованы данные ряда научных исследований и практической деятельности, накопленные в Европейском регионе, в решении проблем ликвидации социальной несправедливости в области здравоохранения. Книга предназначена для широкого круга читателей, включая лиц, разрабатывающих политику в области здравоохранения, научных работников и практических врачей. Несмотря на то, что книга издана в 1992 г., она до сих пор остается одним из важнейших документов ВОЗ в области обеспечения справедливости в здравоохранении.

Документ имеется на русском языке в Документационном центре ВОЗ и доступен в английском языке в электронном виде в Интернет по адресу:
[http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf)

- **Poverty and health (Бедность и здоровье). - ВОЗ. Женева. 2003. - 92 стр.**

Настоящее руководство посвящено изучению влияния бедности на состояние здоровья населения, а также поиску рациональных экономических путей по улучшению финансирования здравоохранения и мобилизации внутренних ресурсов для этой цели.

Книга доступна на английском языке в Интернет по адресу
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf>

Часть II. Обзор Библиотеки проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ»

- **Поддержка осуществления реформ здравоохранения в Республике Карелия**

Продолжительность проекта: 1997-1999
Донор: Европейское Сообщество (ЕС)
Регионы: Республика Карелия

Результаты проекта: Общей целью проекта было улучшение благосостояния населения республики Карелия благодаря поддержке реформ в области здравоохранения и социальной сферы, которые должны способствовать созданию эффективной и гибкой системы качественных медицинских услуг, ориентированных на потребителя.

Проектом были созданы пять центров здоровья, приоритетом работы которых была реструктуризация системы здравоохранения на местном уровне. Наиболее весомыми компонентами работы данного проекта были законодательная реформа здравоохранения, разработка общих подходов между социальным сектором и сектором здравоохранения на республиканском и местном уровне и создание республиканской сети с новым программным обеспечением.

Полная информация о проекте и документы проекта в электронном виде:
http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=10

- **Помощь в реформировании системы здравоохранения Самарской области**

Продолжительность проекта: 1996-2000
Донор: DFID
Регионы: Самарская область, г. Самара

Результаты проекта: Реорганизация и реформирование ряда выбранных служб первичной и вторичной медицинской помощи в г. Самара в соответствии с планами Самарской области и г. Самары.

Полная информация о проекте и документы проекта в электронном виде:
http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=99

- **Программа ЗдравРеформа**

Продолжительность проекта: 1992-1996
Донор: USAID

Информация о проекте: Программа нацелена на сотрудничество с представителями государственной власти как на федеральном, так и на местном уровнях, а также руководителями и работниками медицинских учреждений в сфере здравоохранения России. Предметом сотрудничества служит разработка, внедрение и оценка новых моделей финансирования, организации и управления здравоохранением. Конечной целью проводимых мероприятий является повышение экономической эффективности и качества медицинской помощи при сохранении ее доступности для широких слоев населения. Практическая реализация программы "ЗдравРеформ" осуществлялась в 1994-1996 годах американской компанией "Абт Ассоушиэйтс Инк" на основе контракта с Агентством США по международному развитию.

Все документы в электронном виде по данному проекту имеются в наличии в Библиотеке и в ближайшее время будут выложены в базу данных по адресу:
http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=304

- **Развитие системы первичной медицинской помощи по принципу семейного врача**

Продолжительность проекта: 2002-2005
Донор: Европейское Сообщество (ЕС)

Результаты проекта: Целью проекта является внедрение модели Врача общей практики в двух экспериментальных регионах, что, в конечном итоге, должно привести к заметному улучшению качества медицинского обслуживания в России. Европейские и российские эксперты, работающие в рамках проекта, проводят совместную работу с сотрудниками Кафедры Семейной Медицины ММА им.И.М. Сеченова, представителями Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Северной Ирландии и Каталонии. Проект работает над развитием модели Семейной медицины на 20 различных площадках Московской и Белгородской областях, включающие как сельские, так и городские местности. Вы можете найти более подробную информацию о работе наших экспертов по роли ВОП, рекомендациям по распространенным болезням, перечню услуг, нормативно-правовым документам, если щелкнете на любую из рубрик, расположенных с левой стороны нашей веб-страницы. Успешная работа ВОП в этих областях станет гарантией дальнейшего применения модели в других регионах РФ, что несомненно приведет к усовершенствованию медицинского обслуживания на благо каждого пациента.

Полная информация о проекте и документы в электронном виде доступны в Библиотеке и на сайте
<http://familymedicine.ru>

- **Оказание медицинской и социальной помощи бездомным**

Продолжительность проекта: 2001-2002
Донор: Врачи без границ (MSF) Регион:
Москва

Контактная информация

Документационный центр ВОЗ на базе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, комната 208

<http://www.mednet.ru/whodc>

*Кайгородова Татьяна Вадимовна,
Руководитель Документационного центра ВОЗ*

Тел.: (495)619 38 43;

Факс: (495)618 11 09

E-mail: kaidoc@mednet.ru

Библиотека «Здравинформ»

www.zdravinform.mednet.ru

Программа ВОЗ/CIDA «Политика и управление в области здравоохранения в РФ»

119034, г. Москва, ул. Остоженка, 28, 2 этаж. Тел: (495) 787 77 15; факс: (495) 787 77 19

E-mail: v.benediktova@who.org.ru

Подписка на Бюллетень

Информационный бюллетень распространяется свободно по электронным адресам, включенным в список рассылки. Добавить новый адрес в список, а также отказаться от рассылки можно по адресу:

bulletinWHO@mednet.ru

Предыдущие выпуски Информационного бюллетеня

- **№1, Декабрь 2004 «Вводный выпуск»** (опубликован в №1.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 39-43)
- **№2, Январь 2005 «Финансирование здравоохранения»** (опубликован в №3.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 46-52)
- **№3, Февраль 2005 «Политика здравоохранения»** (опубликован в №4.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76-80)
- **№4, Март 2005 «Охрана здоровья матери и ребенка»** (опубликован в №5.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 75-78)
- **№5, Апрель 2005 «Политика в области лекарственных препаратов»** (опубликован в №6.2005 журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76-79)
- **№6, Май 2005 «Качество медицинской помощи»** (опубликован в №7.2005 журнала «Менеджер здравоохранения»)
- **№7 Июнь 2005 «Первичная медико-санитарная помощь»** (опубликован в №8.2005 журнала «Менеджер здравоохранения»)
- **№8 Июль 2005 «Укрепление здоровья и профилактика болезней»** (опубликован в №9.2005 журнала «Менеджер здравоохранения»)
- **№9 Август 2005 «ВИЧ/СПИД»**