

КОНЦЕПЦИИ
И ПРИНЦИПЫ РАВЕНСТВА В ВОПРОСАХ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Margaret Whitehead



ДОКУМЕНТ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ, ПОДГОТОВЛЕННЫЙ
ДЛЯ ПРОГРАММЫ ПО ПОЛИТИКЕ И ПЛАНИРОВАНИЮ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
КОПЕНГАГЕН
1991

Настоящий документ является дискуссионным докладом, подготовленным Программой по политике и планированию в области здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках деятельности, направленной на решение нижеследующей задачи стратегии по достижению здоровья для всех.^а

ЗАДАЧА 1

Обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья

К 2000 г. наблюдаемые в настоящее время различия в состоянии здоровья между странами и между отдельными контингентами населения внутри стран сократятся по крайней мере на 25% в результате улучшения здоровья населения стран и групп лиц, находящихся в неблагоприятном положении.

Указатель терминов

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ
ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
ДОСТУПНОСТЬ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ СЛУЖБ

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить. Не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно за препровождение ему экземпляра любого перевода.

^а Задачи по достижению здоровья для всех. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 г. (Европейская серия "Здоровье для всех", № 1).

Все 32 государства-члена Европейского региона Всемирной организации здравоохранения приняли в 1980 г. общую политику здравоохранения, после чего последовало их единодушная договоренность относительно 38 региональных задач в 1984 г. Первая из этих задач касается обеспечения равенства в вопросах охраны здоровья:

К 2000 г. наблюдаемые в настоящее время различия в состоянии здоровья между странами и между отдельными контингентами населения внутри стран сократятся по крайней мере на 25% в результате улучшения здоровья населения стран и групп лиц, находящихся в неблагоприятном положении (1).

Кроме того, принцип равенства является основополагающим и во многих других задачах. В настоящее время проводится переоценка и пересмотр задач, в частности путем отхода от акцентирования состояния физического здоровья, определяемого смертностью, с целью охвата, насколько это возможно, многих других параметров здоровья и благосостояния. Тем не менее основополагающая концепция равенства в вопросах охраны здоровья считается и на 90-е годы столь же важной, как и в первоначальный период реализации программы (2).

Однако не всегда было ясно, что имеется в виду под равенством и здоровьем, и в настоящей работе ставится задача пояснения соответствующих понятий и принципов. Настоящий документ не является техническим, а ставит целью усилить понимание и стимулировать обсуждение среди самой широкой аудитории, включая всех тех, чья деятельность оказывает влияние на здоровье как внутри сектора здравоохранения, так и вне его.

ПОЧЕМУ РАВЕНСТВО В ВОПРОСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЛЬ ВАЖНЫМ?

Чтобы понять важность стремления к достижению равенства в вопросах здоровья, необходимо осознать, насколько велики различия в вопросах здоровья в настоящее время в Европе. В каждой части Региона и в социально-политических системах всех типов различия в вопросах охраны здоровья отмечены между различными социальными группами населения и между различными географическими областями внутри одной и той же страны (для сравнения см. ссылки 3-11).

Во-первых, налицо веские доказательства того, что находящиеся в неблагоприятном положении группы имеют меньшие шансы на выживание и их представители умирают в более молодом возрасте, нежели члены групп, находящихся в более благоприятном положении. Так, например, можно предполагать, что ребенок, родившийся в семье специалистов в Соединенном Королевстве, проживет примерно более пяти лет дольше, чем ребенок, родившийся в семье чернорабочего (12). Во Франции среднеожидаемая продолжительность предстоящей жизни для 35-летнего преподавателя университета на девять лет больше, чем в случае неквалифицированного рабочего той же возрастной группы (13). По данным исследования по вопросам смертности, проведенного в г. Будапеште, в Венгрии средняя ожидаемая продолжительность жизни среди мужчин, проживающих в наиболее неблагоприятных по условиям жизни кварталах, была на четыре года меньше, чем в среднем по стране, и на пять с половиной лет меньше, чем у лиц, проживающих в самом фешенебельном районе города (14). В Испании в семьях сельских рабочих умирает вдвое больше детей, чем в семьях специалистов (15).

Большие разрывы в смертности отмечаются также между контингентами городского и сельского населения, а также между различными областями и регионами в рамках одной и той же страны. Так, например, уровни ранней детской смертности в СССР в 1987 г. составляли более 21 на 1000 живорожденных в городских районах по сравнению с 31 на 1000 живорожденных в сельских районах (16).

Масштабы различий в смертности являются прямо-таки разительными. Так, например, подсчитано, что, если бы лица ручного труда и их семьи в Соединенном Королевстве имели в 1981 г. те же уровни смертности, что и их коллеги, не относящиеся к категории работников ручного труда, то в возрастных группах от 16 до 74 лет приходилось бы в этом году на 42 000 случаев смерти меньше (17).

Во-вторых, велики различия и применительно к болезни. Находящиеся в неблагоприятном положении группы не только испытывают более тяжелое бремя недугов и заболеваний по сравнению с другими, но и начинают страдать от хронических болезней и нетрудоспособности в

более раннем возрасте. Так, например, в Финляндии от хронических болезней страдают 42% лиц с более низкими уровнями доходов по сравнению с 18% лиц, относящихся к высокодоходной группе (18). В проведенном в Соединенном Королевстве исследовании лиц, умерших преждевременно в различных по своему характеру районах и кварталах, было отмечено, что у мужчин и женщин из бедных районов наблюдались случаи хронических заболеваний или нетрудоспособности на протяжении более долгого периода до наступления смерти и они страдали от большего числа различных связанных со здоровьем проблем, нежели их сверстники из мест проживания более зажиточного населения (19).

Аналогичные характеристики плохого качества жизни наблюдаются и применительно к другим параметрам здоровья и благосостояния. Во многих странах безработных характеризует более худшее психическое здоровье, и дети их ниже ростом, чем дети работающих родителей (20, 21). Как правило, различия наблюдаются и применительно к гигиене полости рта: в Норвегии свои зубы были у 44% лиц, относящихся к категории лиц с наименьшими доходами, по сравнению с 86% в группе лиц с наивысшим уровнем доходов (22). В 1986 г. в результате крупномасштабного общенационального исследования, проведенного в Соединенном Королевстве, были выявлены аналогичные различия в отношении таких физиологических показателей, как кровяное давление и легочная функция (даже с учетом привычки к курению), а также применительно к показателям психологического "дискомфорта" (23, 24).

Ниже приводятся дальнейшие примеры различий доступности и качества медико-санитарных служб, свидетельствующие в целом о том, что наиболее нуждающиеся в медицинском обслуживании, включая профилактику, лица получают, как правило, наименее высококачественную помощь.

Таким образом, исходя из практической установки на разработку действенной и эффективной политики охраны здоровья, следует самым серьезным образом отнестись к столь упорно и в столь широких масштабах проявляющимся различиям и предусмотреть все необходимые меры для сокращения этих различий.

А с экономической точки зрения – разве позволительно странам столь незначительно обходиться с талантом и способностями значительных контингентов населения и допускать это в такой степени?

И самое главное: если руководствоваться соображениями гуманности, разве можно утверждать, что национальная политика здравоохранения разработана для всего населения и стремится к достижению здоровья для всего населения, если не решать проблему снятия более тяжелого бремени недугов и нездоровья с наиболее уязвимых слоев общества? Допускаемая в отношении этих социальных

групп по вопросу обеспечения здоровья несправедливость ранит и уязвляет присущее множеству людей чувство справедливости, как только они узнают о том, что оно попирается.

Однако понятие равенства означает нечто большее, чем то, что может явствовать из приводившихся выше характеристик, и поэтому необходимо полностью объяснить значения соответствующих терминов.

Во множестве обсуждений на тему равенства возникает путаница из-за того, что одни имеют в виду проявления неравенства в уровне и качестве здоровья различных контингентов и групп населения, тогда как другие говорят о неравенстве в предоставлении и распределении служб охраны здоровья, не проводя различий между первым и вторым. В следующих двух разделах делается попытка объяснить соответствующие понятия сначала применительно к здоровью, а затем применительно к охране его.

Понятийный инструментарий

ЧТО ОЗНАЧАЕТ РАВЕНСТВО В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ*

О значительных различиях в состоянии здоровья различных стран и среди различных контингентов населения в рамках одной и той же страны уже говорилось.

Эти различия или вариации могут быть определены с помощью обычных данных медико-санитарной статистики. Однако не все из этих различий можно охарактеризовать как проявление неравенства. Термин "неравенство" имеет как моральную, так и этическую подоплеку. Он касается различий, которые не являются необходимыми и которых можно избежать и которые к тому же считаются также несправедливыми и предосудительными. Так, чтобы охарактеризовать ту или иную ситуацию как несправедливую, обусловившая ее причина должна быть рассмотрена и расценена как несправедливая в контексте того, что происходит в основной части общества.

* Неравенство в вопросах здоровья - это термин, используемый, как правило, в некоторых странах для обозначения предотвратимых, серьезных и носящих систематический характер различий. Однако этому термину присуща некоторая неопределенность, поскольку одни пользуются им для обозначения несправедливого отношения, тогда как другие имеют в виду неравенство в чисто математическом смысле. Сюда же следует добавить также проблему перевода на некоторые языки, когда одним словом обозначается понятие и "неравенства", и "несправедливости". Чтобы избежать путаницы, для Европейской стратегии достижения здоровья для всех выбраны и в последующем используются в данной работе термины "равенство" и "неравенство".

НЕИЗБЕЖНОСТЬ ИЛИ НЕПРИЕМЛЕМОСТЬ?

Итак, какие же различия в вопросах здоровья являются неизбежными и закономерными и какие - излишними и несправедливыми? В различных странах и в различное время на этот вопрос ответят по-разному, однако в целом можно определить семь основных определяющих признаков различий в вопросах здоровья.

1. Естественные биологически обусловленные градации различий.
2. Причиняющее ущерб здоровью поведение, если оно выбрано самостоятельно, без принуждения, как, например, при занятиях или участии в определенных видах спорта или времяпровождении.
3. Носящие временный, преходящий характер преимущества одной группы над другой, когда эта группа первой перешла к укрепляющему здоровье поведению (при условии, что другие группы в состоянии ликвидировать свое отставание более или менее быстро).
4. Вредное для здоровья поведение, когда степень выбора образа жизни значительнейшим образом ограничена.
5. Вынужденные нездоровые и вызывающие постоянно стрессы условия жизни и труда.
6. Недостаточный доступ к основным видам медико-санитарного и иного государственного или общественного обслуживания.
7. Естественный отбор или связанная со здоровьем социальная мобильность, обуславливающая тенденцию к движению вниз, опусканию больных в социальном плане.

По единодушному мнению, явствующему из приведенных в справочном разделе источников, различия в отношении здоровья, обусловленные факторами, приводимыми выше в разделах 1, 2 и 3, в целом не могут рассматриваться как проявления неравенства в вопросах здоровья.

Вытекающие из категорий 4, 5 и 6 различия могут приниматься многими за различия, которых можно избежать, а вытекающие из них различия в отношении здоровья могут быть найдены несправедливыми. Что же касается седьмой категории, связанной, в том числе, с тенденцией к тому, что больные люди становятся бедными, то первоначальное нездоровье, о котором идет речь, могло возникнуть

неизбежным образом, однако низкие доходы больных, представляют, по-видимому, нечто несправедливое, чего можно избежать.

Дальнейшее объяснение и примеры помогут, по-видимому, пояснить эти разграничения. Во-первых, между одним индивидуумом и другим могут быть те или иные естественные природные различия. Человеческие существа различаются по своему здоровью, как они отличаются друг от друга по всем другим своим характеристикам. Мы никогда не сможем добиться такого положения, когда у всех людей будет одинаковый уровень здоровья, когда все будут страдать от недугов одного типа и интенсивности и когда смерть будет наступать по прошествии совершенно одинакового для всех периода жизни. Такая цель недостижима, да и нежелательна. Так, эта часть разницы состояния здоровья, обусловленная естественными биологическими различиями, может считаться скорее неизбежной, чем несправедливой.

Некоторые из различий в отношении здоровья различных возрастных групп можно было бы отнести к этой категории. Так, например, большая распространенность коронарной болезни сердца среди мужчин 70-летнего возраста по сравнению с 20-летними мужчинами не вызывает чувства несправедливости, поскольку это можно считать следствием естественного процесса старения людей.

Некоторые из различий в отношении здоровья между мужчинами и женщинами также относятся к категории биологически обусловленных. Так, например, плохое здоровье, вызванное специфическими связанными с сексом проблемами, как, например, в случае рака шейки матки и яичника, а также большая распространенность остеопороза среди пожилых и старых женщин по сравнению с их мужскими партнерами объясняется, по-видимому, заведомо биологическими различиями между мужчинами и женщинами, а не несправедливостью социальных или экологических влияний и воздействий.

Однако многие различия между различными группами в обществе (включая различия между мужчинами и женщинами) не могут объясняться биологическими причинами; в данном случае действуют другие факторы. Решающих критерий того, являются ли конечные различия состояния здоровья несправедливыми, зависит, по-видимому, в значительной степени от того, сами ли люди выбирают ситуацию, вызвавшую недуг, или она не поддается в основном прямому контролю с их стороны (25). Так, например, из-за недостатка ресурсов у более бедных социальных групп может в целом не оставаться иного выбора, кроме как жить в условиях скученности и опасного для здоровья жилья, выполнять опасную и грязную работу или же часто страдать от безработицы. Высокие уровни плохого здоровья, являющиеся следствием таких экологических факторов, явно связаны с проявлениями неравенства. Чувство несправедливости усиливается в таких случаях,

когда проблемы накладываются друг на друга в целые клубки, усугубляя друг друга и делая некоторые группы очень подверженными недугам.

Многие инвалиды и нетрудоспособные страдают, по-видимому, от целого цикла проявлений несправедливости в этом отношении. Из-за обстоятельств, которые в значительной степени не поддаются контролю с их стороны, на них тяготеет тяжкое бремя плохого здоровья, и к тому же инвалидность может сократить для них возможности трудоустройства и заработков. Это, в свою очередь, означает для них возможную необходимость жить в неблагоприятных условиях, что может еще более усугубить состояние их здоровья.

Точно так же стереотипы и особенности личного поведения в отношении здоровья могут быть резко ограничены социально-экономическими соображениями. Так, например, прием менее питательной пищи может быть обусловлен ограниченными уровнями доходов или неадекватными системами распределения питания, ведущими к недостатку или отсутствию свежих поставок в магазинах. Причиной меньшей физической активности может быть недостаток либо отсутствие возможности и условий для проведения свободного времени и досуга, либо отсутствие или нехватка доходов или времени для того, чтобы ими воспользоваться. Содействие продаже продуктов, вредных для здоровья, может быть направлено на определенные контингенты общества, такие как контингент молодых рабочих, в случае рекламирования алкогольных напитков, или молодые женщины, в случае стимулирования продажи табачных изделий. В результате эти контингенты подвергаются большему давлению по сравнению с другими в направлении потребления вышеуказанной продукции.

С другой стороны, некоторые ситуации являются результатом большей свободы выбора. Так, например, повреждения в результате катания на лыжах, являющиеся более частыми среди определенных групп, вряд ли вызывают то же чувство несправедливости, поскольку причина их - катание на лыжах повсеместно рассматривается как добровольная деятельность, выбираемая теми, кто идет на связанный с ней риск и страхует от него.

Точно так же та или иная часть населения может свободно решить не пользоваться тем или иным отдельным видом медико-санитарного обслуживания в силу своих религиозных убеждений, например, а любое повышение заболеваемости по этой причине в данной группе вряд ли можно было бы объяснить проявлением несправедливости.

Причины различий в отношении здоровья, приведенные выше, не являются взаимоисключающими. Все они взаимодействуют между собой, однако имеющиеся налицо факты свидетельствуют о том, что биологические факторы и результаты ухудшения социальных условий и

положения больных играют лишь небольшую роль, поскольку основную роль играют социально-экономический и экологический факторы, включая особенности образа жизни.

ПОПЫТКА РАБОЧЕГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Подытоживая вышесказанное, можно сказать, что используемый в документах ВОЗ термин "неравенство" касается различий в отношении здоровья, которые являются не только излишними и которых можно избежать, но и, к тому же, считаются неправомерными и несправедливыми.

Суждения о том, какие ситуации являются неправомерными, могут различаться в различных местностях и в различные периоды времени, однако одним из распространенных критериев в данном вопросе является степень возможности выбора. Там, где у людей мало возможностей или совсем отсутствует возможность выбора условий жизни и труда, итоговые различия состояния здоровья будут более вероятным образом считаться несправедливыми, чем те, которые являются следствием риска или опасности для здоровья в силу добровольного выбора. Чувство несправедливости усиливается у таких групп и контингентов, у которых неблагоприятные факторы скапливаются и усугубляют друг друга, делая эти группы очень уязвимыми в плане здоровья. Поэтому рабочим определением могло бы стать следующее:

Обеспечение равенства в вопросах здоровья предполагает, что в идеальном случае всем должна предоставляться равная возможность для достижения своего полного потенциала здоровья и, в более практическом смысле, никто не должен ставиться в неблагоприятное положение, не позволяющее реализовать свои потенциальные возможности, если этого можно избежать (26).

Исходя из этого определения, цель деятельности, направленной на обеспечение равенства и здоровья, заключается не в устранении всех различий в плане здоровья так, чтобы у всех был одинаковый уровень и качество здоровья, а скорее в том, чтобы устранить те различия, которые являются следствием факторов, рассматриваемых как неправомерные, несправедливые и которых можно избежать.

Равенство поэтому связано с созданием равных возможностей для здоровья и с доведением различий в отношении здоровья до максимально низкого уровня.

РАВЕНСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В рамках стратегии достижения здоровья для всех вопрос равенства по вопросам охраны здоровья затрагивается в целом ряде задач: более конкретно этот вопрос рассматривается в задачах 27 и 28.

В основу этих задач да и вообще большинства систем здравоохранения в Европе положено убеждение в необходимости справедливого и равного использования имеющихся ресурсов на благо всего населения, хотя равенство в данном контексте может быть истолковано самым различным образом.

Ряд возможных определений равенства выдвинут исходя из практических соображений (27), но некоторые из них вряд ли смогут удовлетворить чувство справедливости в общепринятом смысле этого слова. Чтобы убедиться в этом, достаточно два примера. Во-первых, службы здравоохранения могли бы основываться на равных расходах на душу населения. По этому определению, справедливое выделение ресурсов могло бы быть достигнуто в случае равного распределения имеющихся в распоряжении бюджетных средств, предназначенных для целей здравоохранения, по географическим зонам, основываясь при этом на количестве проживающего на той или иной территории населения. Однако даже и в этом случае не были бы предусмотрены средства на покрытие разнящихся потребностей обслуживания различных возрастных и социальных групп в каждой из областей и, следовательно, такое положение дел было бы сочтено несправедливым многими.

В качестве другой крайности можно привести то, что, согласно самому, казалось бы, оптимальному определению, равенство в вопросах охраны здоровья достигается при достижении равенства в состоянии здоровья. Другими словами, цель охраны здоровья, основывающейся на принципах равенства и справедливости, заключалась бы в выравнивании уровня здоровья во всех областях и/или социальных группах или хотя бы в том, чтобы значительно сократить имеющиеся в области охраны здоровья пробелы. На практике же ставить такую цель было бы нереальным для большинства служб охраны здоровья, поскольку здравоохранение является всего лишь одним из многих факторов,

ведущих к различиям в отношении здоровья в той или иной стране, а действия в одиночку не позволили бы достичь требуемого улучшения состояния здоровья населения.

Чтобы дать рабочее определение, пришлось отказаться от вышеназванных примеров в пользу тех, где упор делается на доступности, качестве и приемлемости видов обслуживания, предоставляемого для всех слоев населения, в большем соответствии с задачами 27 и 28. На основании такого подхода достижение равенства по вопросам охраны здоровья можно определить так:

- равный доступ к имеющемуся обслуживанию и помощи при равной потребности
- равное использование применительно к равной потребности
- равное качество оказываемой помощи для всех (28)

Если рассмотреть каждое из этих положений поочередно, то равный доступ к имеющимся видам обслуживания для удовлетворения равных потребностей означает равные права и возможности в отношении имеющихся видов обслуживания для всех и каждого, справедливое распределение по всей стране, исходя из потребностей охраны здоровья и удобного доступа в каждой географической зоне, а также устранение всех препятствий для такого доступа. Крайний пример неравного доступа имеет место, когда людям возбраняется доступ или они оказываются не в состоянии воспользоваться услугами служб здравоохранения по причине недостатка или отсутствия дохода или из-за расовой или половой принадлежности, по причине возраста, религии или иных факторов, не связанных непосредственно с потребностью в соответствующей помощи. В большинстве европейских стран, к счастью, такие явления, когда жертвы несчастных случаев обречены на смерть из-за того, что они не в состоянии оплатить услуги срочной медицинской помощи в чрезвычайных случаях, отсутствуют, однако другие проявления неравенства в отношении доступа к оказанию помощи остаются. Так, например, в некоторых странах на рабочих-эмигрантов может не распространяться деятельность служб, основывающихся на системе страхования. Лица, желающие воспользоваться соответствующими услугами, сталкиваются с целым рядом финансовых, организационных и культурных препон и препятствий, в результате чего, хотя эти люди и обладают правом на медико-санитарное обслуживание в теории, на практике доступ к такому обслуживанию может быть ограничен. Так, например, весьма ошутимым

бременем для групп с низким доходом являются транспортные расходы, ограничивающие их доступ к имеющимся службам. В клиниках могут быть неудобные для пациентов часы работы, например, в результате чего лишь ограниченные группы людей могут воспользоваться их услугами. Весьма серьезными препятствиями в этом смысле для этнических меньшинств могут быть языковые и культурные барьеры (29, 30).

Неравенство в отношении доступа к соответствующим службам или видам обслуживания возникает также, когда ресурсы и соответствующие средства и возможности распределяются неравномерно по стране, сосредотачиваясь в городских и более зажиточных и благоприятных районах, при немногочисленности их в сельских и бедных районах. И поскольку общины и контингенты населения, находящиеся в неблагоприятном положении, как правило, более всех других страдают от плохого здоровья, такое неравномерное распределение означает, что медицинские службы и услуги налицо менее всего там, где в них испытывается наибольшая потребность - то есть здесь действует так называемый "обратный закон обслуживания" (31).

Доступ ограничивается также без какой-либо на то необходимости, если имеющиеся в стране ресурсы затрачиваются исключительно на высокотехнологические медицинские службы, обслуживающие небольшую часть населения, тогда как мало что делается для сбалансированного медико-санитарного обслуживания в интересах большинства.

Что же касается положения о равном использовании для удовлетворения равных потребностей, то толкование этой цели требует большой осторожности. При различных уровнях использования определенных видов обслуживания различными социальными группами это необязательно означает, что различия эти обусловлены неравенством. Это скорее всего еще одно свидетельство необходимости дальнейшего изучения вопроса о том, чем вызваны различные уровни такого использования.

В некоторых случаях небольшая доля различий будет обусловлена тем, что некоторые люди пользуются своим правом не прибегать к услугам служб здравоохранения, если они этого не хотят, возможно, по религиозным или этическим причинам. Точно так же существует опасность того, что возросшая деятельность некоторых служб может привести к лечению без особой на то необходимости. Так, например, в некоторых странах может иметь место озабоченность уже достигнутыми достаточно высокими уровнями проведения операций по гистерэктомии или по удалению миндалин (тонзиллэктомия) среди групп населения с высокими уровнями доходов с нежеланием, соответственно, стремиться к достижению высоких уровней хирургического вмешательства в таких условиях в отношении групп с иными уровнями доходов.

Однако там, где использование услуг ограничивается неблагоприятными социальными или экономическими условиями, можно стремиться к достижению равных уровней использования служб и услуг при равной потребности. Так, например, применительно к иммунизации и другим профилактическим службам "позитивная" дискриминация может быть оправдана при повышении охвата и проведении других смелых планов и программ с тем, чтобы облегчить людям использование служб там, где их услуги используются мало (32).

Что же касается концепции равного качества предоставляемой помощи, то во многих обществах весьма важно, чтобы каждый человек имел одинаковую возможность стать объектом внимания в рамках справедливой процедуры, основывающейся не столько на социальном влиянии, сколько на испытываемой потребности. Этот вопрос встает чрезвычайно остро при скудости ресурсов или же когда они урезаются. В таких условиях многим показалось бы несправедливым, если бы одна социальная группа постоянно получала преимущественное обслуживание по сравнению с группами, находящимися в менее привилегированном положении, или же, наоборот, если бы другие группы последовательно оттеснялись "в хвост очереди" ждущих лечения по причинам расовым или этнического происхождения.

На этот вид неравенства было указано в Норвегии, когда выяснилось, что шансы на проведение аборта у женщин из различных частей страны различны и обусловлено это произвольным толкованием соответствующих правил и положений региональными комитетами. Чувство несправедливости, вызванное таким положением дел среди самих женщин, привело к успешному давлению общественности с целью изменения закона, в результате чего правительство было вынуждено предоставить право на аборт по требованию вместе с обеспечением услуг по контрацепции (33).

Службы реабилитации также редки во многих странах; они часто направлены на то, чтобы вернуть людей обратно на работу и действуют, следовательно, предвзято в пользу трудоустроенных и направлены против избрания безработных, пенсионеров и домохозяек. Тем не менее реабилитация в самом широком смысле этого слова может оказать очень большое воздействие на качество жизни человека (34).

В Польше, согласно данным одного исследования, в то время, когда больничное обслуживание было дефицитным, чем выше была профессиональная принадлежность родителей, тем выше становилась доля тех, кто лично был знаком с медперсоналом, и вероятность того, что они использовали это знакомство для получения доступа в больницу (35). Аналогичная ситуация была отмечена в Нидерландах, где во время нехватки больничных коек из-за финансовых сокращений, на представителей более высокопоставленных социальных слоев выпадало

непропорционально высокое число госпитализаций; обратная этому тенденция наблюдалась при чрезмерной пропускной способности (36). Представляется, что в случаях нехваток в связи с проведением мер, направленных на повышение эффективности, существует опасность прямого возрастания неравенства.

Равное качество обслуживания каждого означает также, что предоставляющие помощь стремятся с одинаковым рвением и старанием обслуживать все слои населения с тем, чтобы каждый мог ожидать одинаково высокого уровня оказываемой профессиональной помощи. Проявления неравенства и несправедливости имеют место в этом случае, тогда, когда профессиональные работники относятся менее добросовестно к своим служебным обязанностям в отношении тех или иных социальных групп по сравнению с другими, уделяя им меньше своего времени или профессиональных знаний и умений. Так, например, есть факты, говорящие о том, что в Соединенном Королевстве врачи сокращают время консультаций, предоставляемых пациентам, находящимся на более низких ступенях социальной лестницы, менее часто дают им направления к специалистам (37, 38). Кроме того, есть свидетельства, что качество медико-санитарного обслуживания снижается из-за плохого качества помещений неблагополучных районов и кварталов и в результате нежелания более высококвалифицированного персонала работать в таких условиях.

Приемлемость является другим важным компонентом качества обслуживания. Может статься, что некоторые виды обслуживания носят на себе печать неравенства с точки зрения их организации, что делает их неприемлемыми для некоторых слоев населения, для обслуживания которых они, собственно, предназначены. Недостатки и упущения такого рода могут быть выявлены лишь путем мониторинга приемлемости с точки зрения самих пользователей предоставляемых видов обслуживания. После этого уже могут быть предприняты шаги, направленные на то, чтобы такие услуги предоставлялись более приемлемым и желательным для их пользователей образом.

Практические принципы

Целый ряд принципов вытекает из вышеизложенных концептуальных понятий обеспечения равенства и справедливости. Они приводятся здесь в качестве общих моментов, которые следует учитывать при разработке или реализации соответствующих курсов политики, с тем чтобы можно было добиваться большего равенства и справедливости применительно к здоровью и его охране. Более конкретные предложения по основополагающим установкам рассматриваются в отдельной работе.

- | |
|--|
| <p>1. Политика обеспечения равенства должна быть направлена на улучшение условий жизни и труда</p> |
|--|

Поскольку большая часть проявляющихся в настоящее время случаев несправедливости и отсутствия равенства в вопросах охраны здоровья обусловлена условиями жизни и труда, то направленные на их сокращение усилия должны быть обращены на их корневые причины с тем, чтобы воспрепятствовать дальнейшему усугублению проблем.

Потенциально это является более эффективным подходом, чем полагаться единственно на сектор здравоохранения в своем стремлении бороться с недугами и случаями нетрудоспособности и инвалидности, к которым такое неравенство ведет (5, 20, 39).

В целом ряде случаев государственная политика, хотя она и разработана в расчете на все население в целом, может иметь самые далеко идущие последствия для людей, живущих в наихудших условиях, способствуя подъему уровней их физического и социального окружения таким образом, чтобы они приблизились к уровням группы населения, находящейся в более благоприятном положении. Тем самым такая политика стимулирует обеспечение равенства в вопросах охраны здоровья. К числу таких примеров можно отнести такую политику, которая разрабатывается для обеспечения надлежащих и благоприятных жилищных условий, на обеспечение предоставления и доступности высококачественных продуктов питания вместе с информацией по вопросам питания; на повышение уровня профессиональной гигиены и безопасности; на борьбу с загрязнением, а также на обеспечение снабжения чистой водой.

Более конкретные профилактические меры, связанные с обеспечением равенства и справедливости, могут включать такие шаги, как обеспечение полной занятости и повышение доходов более бедных социально-экономических групп, сокращая тем самым разрывы, имеющиеся между богатыми и бедными (5, 17, 40).

2. Мероприятия по обеспечению равенства и справедливости должны быть направлены на то, чтобы позволить людям перейти к более здоровому образу жизни

Принцип обеспечения людям возможности перейти к более здоровому образу жизни исходит из того, что некоторые группы общества сталкиваются с большими ограничениями по сравнению с другими в выборе образа жизни, что обусловлено, например, недостаточным уровнем доходов, накладывающим ограничения на то, где и как живут люди.

Поэтому учреждения местного и общенационального уровней должны способствовать тому, чтобы максимально облегчить переход к более здоровому образу жизни. Это означает, например, содействие тому, чтобы:

- средства и возможности проведения свободного времени, досуга и спорта среди населения были доступны и предоставлялись по невысоким ценам;
- системы распределения продуктов питания обеспечивали надлежащее снабжение дешевыми и питательными пищевыми продуктами в местных магазинах;
- рекламирование и содействие продажам вредной для здоровья продукции контролировались и ограничивались;
- продукты четко этикетировались с тем, чтобы население располагало надлежащей информацией прежде, чем сделать свой выбор, и т.д.

Процесс обеспечения людям возможности перейти на более здоровый образ жизни связан также с признанием того, что некоторые социальные группы могут подвергнуться большому давлению в направлении вредного для здоровья поведения (41), что делает необходимым разумное составление политики для решения данного вопроса. В частности, в переориентации нуждаются медико-санитарное просвещение и политика

профилактики заболеваний с учетом того факта, что традиционные программы медико-санитарного просвещения были, как правило, менее успешными в плане выхода на наиболее нуждающиеся уязвимые группы. Возможно, они даже достигли обратного эффекта, если стимулировали появление в некоторых социальных группах защитных реакций из-за того, что они попрекались за свое же плохое здоровье. "Осуждение самой жертвы" может привести к тому, что люди отвергают даваемые им советы и рекомендации и отказываются принимать участие в каких бы то ни было программах, направленных на улучшение.

Необходимы новые просветительно-информационные программы, основанные на предоставлении поддержки, поощрении изменений образа жизни и на содействии развитию навыков и умений, необходимых для поддержания таких изменений для противодействия социальному давлению негативного характера (1, 42).

- | | |
|----|--|
| 3. | <p>Политика достижения равенства требует настоящей заинтересованности и стремления к децентрализации власти и процесса принятия решений, поощряя людей к участию в процессе формулирования и разработки политики на всех стадиях</p> |
|----|--|

Это слишком часто толкуется в очень ограниченном значении профессиональными планировщиками, отдающими себе хоть сколько-нибудь отчет в том, что официальные планы сработают только при условии привлечения ими широкой публики к добровольному сотрудничеству. Однако принцип этот ведет дальше к принятию положения о том, что планы и практические меры должны основываться на том, как люди представляют себе свои собственные потребности, а не на решениях, навязываемых извне.

Дело в том, что проекты и планы, направленные на сокращение проявлений неравенства, - это нечто, делаемое не для людей, а вместе с ними. Широкая публика должна иметь к планам не меньшее отношение, чем сами планирующие (33, 40, 43, 44).

Это положение справедливо для политики достижения здоровья для всех, взятой в целом, но особенно актуально оно в отношении уязвимых групп и групп, находящихся в неблагоприятном положении, у которых меньше всего спрашивают их мнение и которые менее всего участвуют в принятии ключевых решений, влияющих на их здоровье и благополучие. Более способные к волеизъявлению представители населения и лица с наибольшим властным представлением влияют, как правило, больше на других, находящихся в более слабом положении. Эта ситуация может

также возникнуть с жителями отдаленных регионов и областей той или иной страны, проживающих далеко от центра принятия решений и у которых может создаться впечатление, что их мнения и потребности игнорируются.

Это означает, что административным и профессиональным работникам необходимо приложить усилия к тому, чтобы обеспечить такие системы управления и информации, которые бы облегчали неспециалистам задачу их участия. Им необходимо изыскать пути и способы, с помощью которых люди могли бы выражать и высказывать свои потребности, в частности это касается уязвимых групп, которым могут быть неприсущи навыки или уверенность в своих силах для использования имеющихся возможностей без позитивного поощрения к этому. Чтобы такая политика сработала, необходимо должное понимание и осознание значимости вопросов равенства и справедливости на всех уровнях, и это, в свою очередь, требует просветительно-образовательного вклада со стороны профессиональных и непрофессиональных работников на всех уровнях.

4. Оценка воздействия на здоровье вместе с межсекторальными мерами

Если допустить, что определяющие неравенство и несправедливость факторы проистекают из множества различных секторов, то необходимо, очевидно, разобраться с курсами политики во всех секторах, оценивая их возможное воздействие на здоровье и особенно на здоровье наиболее уязвимых групп общества, а также координировать соответствующим образом курсы политики.

Назначение данного вида оценки заключается в том, чтобы учесть здравоохранительные соображения в процессе формирования планов. Это предполагает, как минимум, необходимость прилагать - когда цели охраны здоровья вступают в конфликт с целями в других секторах - усилия к тому, чтобы изыскать такое решение, которое бы не сказывалось неблагоприятно на здоровье, а также выявлять возможные неблагоприятные последствия. В лучшем случае этот подход ведет к признанию охраны здоровья в качестве важнейшей самодовлеющей цели развития и к тому, что она делается составной частью национальных планов социально-экономического развития (44).

Сотрудничество и координация в таких масштабах не происходят сами по себе. Препятствий на пути стоит много. Иногда лица, разрабатывающие политику, просто не отдают себе отчет в том, какие

последствия их планы будут иметь с точки зрения состояния охраны здоровья, или же воспринимают охрану здоровья, главным образом, как дело медицинских служб, имеющие поэтому мало касательства к их собственным обязанностям и ответственности. Зачастую между министерствами ведется соперничество и борьба за ресурсы, которые не столько стимулируют сотрудничество, сколько стопорят его. Взаимные притязания и их столкновения могут привести к забвению цели достижения равенства и справедливости в вопросах охраны здоровья, причем эта цель может быть представлена как малоприоритетная, особенно во время экономического спада, когда экономический рост и развитие могут считаться важнейшим императивом. Кроме того, есть препятствия и практического характера, а именно: недостаток специальных знаний и подготовки по вопросам сотрудничества, например. Чтобы преодолеть эти препятствия, необходимы, прежде всего, усилия самого сектора здравоохранения, направленные на обеспечение должного понимания и осознания истинных масштабов стоящих проблем и повышение понимания последствий различных курсов политики на состояние здоровья - особенно уязвимых групп населения. Это - двусторонний процесс, поскольку сектор здравоохранения должен в свою очередь быть в курсе многих инициативных мероприятий и начинаний, которые уже имеют место в других секторах и положительно сказываются на состоянии здоровья.

Кроме того, для содействия разработке политики обеспечения равенства и справедливости правительствам необходимо разработать административные меры на общенациональном, местном и региональном уровнях в целях регулирования межсекторальных действий (33).

5.

Взаимодействие и контроль на международном уровне

Задача 1 касается также повышения уровня здоровья стран, находящихся в неблагоприятных условиях, и из этого положения вытекает целый ряд вопросов, касающихся равенства.

Во-первых, следует признать, что то или иное улучшение в области здоровья, или сокращение проявлений несправедливости/неравенства в одной стране может вызвать ухудшение здоровья или повышение несправедливости в других странах. Так, например, европейские страны могут повысить свой уровень питания путем стимулирования менее развитых стран к тому, чтобы они переходили к иному сельскохозяйственному устройству, менее подходящему для удовлетворения потребностей местного населения. И наоборот, продукты или производственные процессы, вредные для здоровья, могут

быть запрещены, по причинам здоровья, в одной стране и разрешены для экспорта в другую без ограничения. В самой Европе, например, фармацевтические средства, на которые было наложено ограничение или запрет в западных странах, проверялись и сбывались на рынке в Восточной Европе. Для борьбы с такими явлениями должна быть разработана специальная сельскохозяйственная и импортно-экспортная политика.

Во-вторых, во времена экономического кризиса и растущей задолженности правительства и международные банковские деятели из развитых стран предлагают экономические решения для стран, переживающих кризис. Они же, эти решения, могут иметь катастрофические последствия в этих странах, если, например, они вызовут напряженность в сельскохозяйственной системе, подвергая угрозе питание детей и других уязвимых групп в этих обществах. Кроме того, предлагаемые решения связаны зачастую с ограничением спроса и правительственных расходов внутри страны при выделении большего количества ресурсов для экспортных отраслей. Правительственные затраты в социальном секторе часто раньше других приносятся в жертву такой политике, и в результате самому большому удару подвергаются находящиеся в неблагоприятном положении.

Такое положение привело к тому, что Всемирная ассамблея здравоохранения в 1986 г. была вынуждена рекомендовать следующее:

... международным финансовым учреждениям при разработке и реализации политики корректировки следует признать состояние здоровья и условия питания населения в качестве важного фактора и обеспечивать защиту минимальных уровней здоровья и питания уязвимых групп ... Учреждениям-донорам следует поддерживать страны, осуществляющие серьезную перестройку в своей экономике, с тем чтобы избежать неблагоприятного воздействия на медико-санитарные условия жизни населения (43).

Этот принцип был положен в основу работы Панамериканского регионального бюро ВОЗ, в котором был проведен анализ воздействия и последствий для здоровья в Регионе политики Международного валютного фонда по корректировке экономики, что предоставило сильнейшие аргументы для диалога с банковскими деятелями по вопросам здравоохранения. ВОЗ, несомненно, может сделать многое для дальнейшего поощрения такого международного сотрудничества.

Международное сотрудничество имеет также важнейшее значение с учетом миграционных волн, связанных с переселением из менее экономически развитых стран в более развитые страны в Европе на протяжении последних трех десятилетий. Дальнейшие миграционные потоки ожидаются вследствие событий и процессов в странах

Европейского сообщества и быстрых перемен, происходящих в странах Центральной и Восточной Европы. Миграция в таких масштабах связана с последствиями по обеспечению равенства в вопросах охраны здоровья в принимающей стране в плане охвата и наличия служб здравоохранения, например. Кроме того, это связано с последствиями в плане обеспечения равенства для стран, из которых происходит отток мигрантов, в том что касается поддержки семей с детьми, остающихся у себя дома с недостаточными средствами существования, например (30). Миграция профессиональных работников здравоохранения, ставшая возможной вследствие либерализации прежних регламентирующих положений и правил, ставит многие страны перед потенциальными проблемами, связанными с необходимостью поддерживать комплектование служб здравоохранения на справедливой основе.

В других смыслах проводимая Европейским сообществом программа, направленная на выравнивание положения, является хорошим примером потенциальных возможностей международной политики обеспечения равенства и справедливости, если нормативы и стандарты, касающиеся здравоохранения каждой из стран будут доведены до уровня лучших.

Борьба с загрязнением является, возможно, первостепенным примером необходимости международного сотрудничества, основывающегося на принципах равенства, в условиях, когда более развитые страны помогают странам, находящимся в неблагоприятном положении, в деятельности по улучшению мер охраны здоровья. В длительной перспективе такого рода деятельность оказывается благоприятной для всех стран, как богатых, так и бедных, поскольку загрязнение не останавливается перед национальными границами. Более того, эта деятельность может оказаться и наиболее эффективной с точки зрения затрат и для самих развитых стран. Так, например, если та или иная страна желает провести очистку морских вод вокруг всего своего побережья, может оказаться более эффективным помочь менее развитой стране, расположенной на противоположном берегу, решить проблему непосредственно там, откуда исходит загрязнение, чем стараться сделать все в одиночку.

6. Равенство в вопросах охраны здоровья основывается на принципе обеспечения доступности для всех здравоохранения, характеризующегося своим высоким качеством

Это означает активное проведение политики в секторе здравоохранения для повышения доступа к качеству охраны здоровья и контроля за ним вместо того, чтобы полагаться на то, что предоставляемое в

соответствии с законом всеобщее обслуживание является справедливым и обеспечивающим равенство на практике (45, 46). Это связано с необходимостью контроля за:

- ассигнованием ресурсов в соответствии с социальными нуждами и потребностями здравоохранения;
- географическим распределением служб, связанным с учетом мер потребностей и доступности в каждой области;
- опытом различных социальных групп в том, что касается их попыток обеспечить себе доступ к средствам и возможностям, используя для этого, где это целесообразно, обследование потребительских контингентов;
- качеством обслуживания, включая его приемлемость; и
- причинами слабого использования возможностей основных служб.

Реабилитационные службы могут быть также расширены, чтобы играть важную роль в деле облегчения страданий, обусловленных бедностью или нетрудоспособностью, и содействия обеспечению более равных возможностей для самореализации.

Достижение равенства в области здравоохранения сталкивается в настоящее время со многими дополнительными препятствиями, что вызвано введением программ сдерживания расходов во многих странах Европы, поскольку стоимость медицинского обслуживания резко возросла. В настоящее время для медико-санитарного персонала очень важны оценка предлагаемых курсов политики и мониторинг их влияния на доступ к медико-санитарной помощи, ее использование и качество применительно к группам, находящимся в неблагоприятном положении (8).

Меры повышения эффективности, разумеется, могут, в случае разумной их реализации, стать дополнительным средством сокращения проявлений неравенства в том, что касается доступа к обслуживанию, однако на практике слишком часто имеет место обратное. Решение данного вопроса требует чрезвычайной осторожности наряду с постановкой четких приоритетов.

7. Политика достижения равенства должна основываться на надлежащей исследовательской работе и проведении мониторинга и оценки

Действия по сокращению проявлений неравенства требуют активного поиска информации о реальных масштабах проблемы. Сюда относится систематическое выявление уязвимых групп общества путем сбора соответствующих статистических данных по вопросам здравоохранения и социальным вопросам, а также анализа социальных процессов, ведущих к ухудшению их здоровья. Во многих странах такая информация не регистрируется на общепринятой основе традиционными статистическими системами, и поэтому может потребоваться проведение корректировок в систему сбора данных.

Это требует также более тесных связей на национальном уровне для координации различных мероприятий, осуществляемых в различных областях, в целях проведения четкой и последовательной научно-исследовательской политики наряду с международным сотрудничеством, чтобы можно было проводить анализы по странам (8, 47).

Мониторинг и оценка могут также иметь исключительно важное значение для проведения любых мероприятий по сокращению проявлений неравенства в целях уточнения политики и обеспечения того, чтобы она не причиняла ущерба.

Все это может показаться совершенно очевидным делом, однако слишком часто исходят из допущения того, что если политика основана на самых лучших намерениях, она может идти только на благо. Однако, есть множество примеров из многих областей кажущихся желательными и полезными курсов политики, которые в конечном счете превращались в свою противоположность, приводя, без всякого на то намерения, к отрицательным последствиям. Так, например, те или иные положительные антидискриминационные меры в отношении этнических меньшинств, живущих в условиях бедности, чреватые тем риском, что могут вызвать раздражение и чувство несправедливости у представителей большинства, проживающего в тех же условиях (30). Рассчитанные на группы высокого риска программы могут в случае своего неразумного проведения привести к самым нежелательным последствиям, в результате чего их будут чураться и от них отмежевываться именно те, кому предполагалось помочь с помощью этих программ. Так, например, бедные родители могут отказываться от того, чтобы требовать купоны на бесплатное питание в школе для своих детей, так как это свидетельствовало бы о бедности семьи при предоставлении таких купонов в школе.

Поэтому эффективность направленной на обеспечение равенства политики должна проверяться и обеспечиваться как принципиальное условие, с должным учетом при оценке и непреднамеренных побочных эффектов и последствий.

Выводы

Концепция равенства и справедливости применительно к здоровью и охране здоровья может мыслиться различными людьми по-разному. В настоящей работе сделана попытка определить некоторые основополагающие элементы, указывая не только на то, каковы наши цели, но и то, чего мы стремимся избежать. Равенство не означает, что у всех и каждого должно быть одинаковое здоровье, например, или что каждый должен использовать для себя одинаковое количество ресурсов и возможностей служб здравоохранения независимо от потребности. Некоторые люди вообще могут игнорировать цель обеспечения равенства, если ее толковать в таком смысле.

При более четком и точном определении смысла термина равенство начать можно с разработки практической политики, учитывая при этом некоторые из вышеназванных основных принципов. Признание задачи I в качестве цели весьма важно и целесообразно, если данная проблема ставится "на повестку дня" и если это может стимулировать страны к тому, чтобы они признавали и решали проблему причин неравенства и несправедливости.

Прежде всего следует подчеркнуть, что решение проблем неравенства не может быть достигнуто лишь на одном уровне организации или одним сектором, а должно проводиться на всех уровнях и с привлечением всех и каждого в качестве партнеров в деле охраны здоровья, чтобы можно было успешно решать задачи и проблемы в будущем.

ПОДГОТОВКА ДАННОГО ДИСКУССИОННОГО ДОКУМЕНТА

Программа обеспечения равенства по связанным со здоровьем вопросам была учреждена в Европейском региональном бюро ВОЗ (ЕРБ) в конце 70-х годов в связи с изучением проблем безработицы, бедности и здоровья. Постепенно рамки этой программы расширялись для охвата широкого круга уязвимых групп. На протяжении лет в государствах-членах была создана мощная сеть, объединяющая экспертов по всему Региону. Несмотря на трудности, связанные с решением данного вопроса, за которым иногда признавалась его особая значимость, эти специалисты поставили проблему обеспечения равенства со всей определенностью "на политическую повестку дня", представляя в этой связи богатейшую информацию и данные, свидетельствующие о сложности данной проблемы.

В 1989 г. ЕРБ решило предпринять следующий шаг и перейти от исследований к действиям. Поэтому программа достижения равенства была интегрирована в программу политики и планирования в области здравоохранения, и во главу угла было поставлено использование для целей принятия решений этой важной работы, которая проводится в университетах и научно-исследовательских центрах.

В этой связи потребовалось практическое средство, чтобы довести до разрабатывающих политику лиц коллективную мудрость, разбросанную по многим публикациям в рамках программы обеспечения равенства по вопросам здравоохранения. Поэтому Margaret Whitehead было предложено рассмотреть эту богатую документацию и "извлечь" из нее определение равенства по вопросам охраны здоровья, как оно явствует из политики ВОЗ по достижению здоровья для всех.

Первый проект этого документа был представлен на рассмотрение совещания консультативной группы в марте 1990 г. Речь здесь шла о междисциплинарной группе из различных частей Региона. В данном совещании участвовали:

Д-р J.M. Freire, региональный министр здравоохранения
Басконии, Испания

Проф. Maria do Rosario Giraldez, Национальная школа
здравоохранения, Лиссабон, Португалия

Д-р В.И. Грабаускас, директор Центральной
научно-исследовательской лаборатории, Каунас, СССР

Д-р Louise Gunning, министр социального обеспечения,
здравоохранения и культуры, Нидерланды

Д-р Alex Scott-Samuel, Управление здравоохранения, Ливерпуль,
Соединенное Королевство

Margaret Whitehead, консультант, Соединенное Королевство.

Европейское региональное бюро ВОЗ было представлено:

Д-ром А. Носиковым, техническим сотрудником по вопросам
эпидемиологии, статистики и исследований, и

Д-ром А. Ritsatakis, региональным сотрудником по политике и
планированию в области здравоохранения.

Д-р Mildred Blaxter, Соединенное Королевство, и д-р Per-Gunnar
Svensson, Швеция, не смогли принять участие в совещании, но
прислали свои письменные замечания и соображения.

В настоящем документе учтены советы и рекомендации
вышеназванной группы и других лиц. Если форму и содержание
настоящего документа следует отнести за счет умения и компетенции
Margaret Whitehead и вышеназванной группы консультантов,
фактически данная работа является кульминацией усилий многих
экспертов, чье время и опыт использовались ВОЗ на протяжении целого
ряда лет.

Настоящий документ является первым в серии трех таких
практических пособий для процессов принятия решений. В последующих
документах будут рассматриваться политика и стратегия обеспечения
равенства в вопросах охраны здоровья и определение количественных
параметров такого обеспечения.

За дальнейшей информацией по программе обеспечения равенства в
вопросах охраны здоровья просьба обращаться в отделение политики и
планирования здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ,
Копенгаген, Дания (World Health Organization, Regional Office for
Europe, 8, Scherfigsvej - 2100 Copenhagen Ø).

Библиография

1. Задача по достижению здоровья для всех. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 г. (Европейская серия № 1 "Здоровье для всех").
2. *Review of EURO target 1 by EAHCRC reviewers Eino Heikkinen and Judith Shuval*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (unpublished document EUR/ICP/RPD 131).
3. *UN/WHO/CICRED — socio-economic differential mortality in industrialized societies, Volume 3*. Paris, CICRED, 1984.
4. Kohler, L. & Martin J., ed. *Inequalities in health and health care*. Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health, 1985.
5. Illsley, R. & Svensson, P.-G., ed. *The health burden of social inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
6. The Black report 1982. In: Townsend, P., Davidson, N. & Whitehead, M., ed. *Inequalities in health*. London, Penguin, 1988.
7. Whitehead, M. The health divide. In: Townsend, P., Davidson, N. & Whitehead M., ed. *Inequalities in health*. London, Penguin, 1988.
8. Gunning-Schepers, L. et al., ed. *Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations*. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1989.
9. Fox, J., ed. *Health inequalities in European countries*. London, Gower, 1989.
10. Giraldes, M. et al., ed. *Socio-economic factors in health and health care: literature review*. Brussels, Commission of the European Communities (in press).
11. Illsley, R. & Wnuk-Lipinski, E., ed. *Non-market economies and inequality in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
12. Black, D. et al., ed. *Inequalities in health: report of a research working group*. London, DHSS, London, 1980.
13. *La santé en France*. Rapport au Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et au Secrétaire d'Etat chargé de la Santé. Paris, La documentation française, 1985.
14. Jozan, P. *An ecological approach in revealing socio-economic differentials in mortality: some preliminary results of the Budapest Mortality Study*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1984.
15. *Movimento nacional de la poblacion 1979* [National population trends 1979]. Madrid, INE, 1981.

16. Mezentsewa, E. & Rimachevskaya, N. Health of the USSR population in the 70s and 80s: an approach to the comprehensive analysis. In: Illsley, R. & Wnuk-Lipinski, E., ed. *Non-market economies and inequality in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (in press).
17. Smith, A. & Jacobson, B. *The nation's health: a strategy for the 1990's*. London, King's Fund, 1988.
18. Kalimo, E. et al. *Need, use and expenses of health services in Finland, 1964-76*. Helsinki, Social Insurance Institution, 1983.
19. Phillimore, P. *Shortened lives: premature death in North Tyneside. (Bristol Papers in Applied Social Studies No. 12)*. Bristol, University of Bristol, 1989.
20. Westcott, G. et al., ed. *Health policy implications of unemployment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.
21. Rona, R. et al. Social factors and height of primary school children in England and Scotland. *Journal of epidemiology and community health*, 32: 147-154 (1978).
22. Maseide, P. Norway. In: Illsley, R. & Svensson, P.-G., ed. *The health burden of social inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
23. Cox, B. et al. *Health and lifestyle survey*. Cambridge, Health Promotion Research Trust, 1987.
24. Blaxter, M. *Health and lifestyles*. London, Tavistock, 1990.
25. Le Grand, J. *The strategy of equality: redistribution and the social services*. London, George Allen and Unwin, 1982.
26. *Social justice and equity in health: report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985)*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR 804/m02).
27. Mooney, G. *Equity in health care: confronting the confusion*. Aberdeen, University of Aberdeen (Health Economics Research Unit, Discussion paper No. 11/82), 1982.
28. Leenan, H. *Equality and equity in health care*. Paper presented at the WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting, Leeds, 22-26 July 1985.
29. Richie, J. et al. *Access to primary health care*. London, HMSO, 1981.
30. Colledge, M. et al., ed. *Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
31. Tudor Hart, J. The inverse care law. *Lancet*, 1: 405-412 (1971).
32. Giraldes, M. The equity principle in the allocation of health care expenditure on primary health care services in Portugal: the human capital approach. *International journal of health planning and management*, 3: 167-183 (1988).

33. Barnard, K. et al., ed. *Equity and intersectoral action for health*. Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health, 1987.
34. Blaxter, M. Health services as a defence against the consequences of poverty in industrialized societies. *Social science and medicine*, 17: 1139-1148 (1983).
35. Ostrowska, A. *The elements of health culture of the Polish society*. Warsaw, OBOP, 1980.
36. Rutten, F.H. An economic approach to equality in health care. *De ongelijke verdeling van Gezondheid, WRR V58*, The Hague, 1987.
37. Cartwright, A. & O'Brien, M. Social class variations in health care. Stacey, M., ed. *The sociology of the NHS*. Sociological review monograph, University of Keele, Keele, 1976.
38. Blaxter, M. Equity and consultation rates in general practice. *British medical journal*, 288: 1963-1967 (1984).
39. Blaxter, M. Fifty years on — inequalities in health. In: Hobcraft, J. & Murphy, M., ed. *Proceedings of the British Society for Population Studies*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
40. Starria, B. et al., ed. *Unemployment, poverty and the quality of working life: some European experiences*. Berlin, WHO/European Centre for Social Welfare, Training and Research, 1989.
41. Graham, H. Women and smoking in the UK: the implications for health promotion. *Health promotion*, 3: 371-382 (1989).
42. Kickbusch, I. Involvement in health: a social concept of health education. *International journal of health education*, 24 (4 Suppl): 1-15 (1981).
43. *Report of the technical discussions on the role of intersectoral co-operation in national strategies for HFA, Thirty-Ninth World Health Assembly*. WHO, Geneva, 1986 (A39/Technical Discussions/4).
44. *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. Geneva, World Health Organization, 1986 (Non serial publication).
45. Tsouros, A. Equity and the Healthy Cities project. *Health promotion*, 4: 73-75 (1989).
46. Draper, R. Making equity policy. *Health promotion*, 4: 91-95 (1989).
47. *Priority research for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (European Health for All Series No. 3).