



Для Комиссии по социальным детерминантам здоровья преодоление неравенства в отношении здоровья – это моральный долг. Масштабы гибели людей из-за социальной несправедливости громадны.



Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения

Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья





WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. 1. Socioeconomic factors. 2. Health care rationing. 3. Health services accessibility. 4. Patient advocacy. I. Commission on Social Determinants of Health. ISBN 978 92 4 456370 0 (NLM classification: WA 525)

© Всемирная организация здравоохранения, 2009

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27,

Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются

без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Издание доклада на русском языке подготовлено Издательством «Весь Мир» для Всемирной организации здравоохранения.

Переводчики: Л. Головина, С. Ештушенко.

Отпечатано в России в типографии Издательского дома «Идел-Пресс» (Казань).

Suggested Citation

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Фотографии

ВОЗ/Марко Кокич; ВОЗ/Кристофер Блэк; ВОЗ/Крис Де Бодэ
Информацию об авторстве по каждой фотографии можно получить в ВОЗ.

Комиссия призывает ликвидировать разрыв в здоровье в течение жизни одного поколения

Социальная справедливость – это вопрос жизни и смерти. Она влияет на образ жизни людей, вероятность появления у них болезни и риск преждевременной смерти. Мы наблюдаем с изумлением за продолжающимся увеличением средней продолжительности жизни и укреплением здоровья в одних частях мира и с тревогой за отсутствием их улучшения в других. Родившаяся сегодня девочка может рассчитывать прожить более 80 лет, если она родилась в определенных странах, но менее 45 лет, если она родилась в других странах. Внутри стран существуют глубокие различия в состоянии здоровья, которые тесно связаны со степенью социального неблагополучия. Столь глубокие различия внутри стран и между ними просто не должны иметь места.

Эти проявления несправедливости и предотвратимого неравенства в области здоровья возникают в силу обстоятельств, в которых люди растут, живут, работают и стареют, и систем, созданных для противодействия болезням. Условия, в которых живут и умирают люди, определяются в свою очередь политическими, социальными и экономическими силами.

От социальной и экономической политики зависит в решающей мере, сможет ли ребенок вырасти и реализовать в полной мере свой потенциал развития и прожить здоровую жизнь или будет ли его жизнь загублена. Проблемы здоровья, которые приходится решать богатым и бедным странам, все более совпадают по своему характеру. О развитии того или иного общества, будь то богатого или бедного, можно судить по качеству здоровья его населения, тому, насколько справедливо распределяется здоровье среди различных социальных слоев, по степени предоставляемой защиты от неблагоприятных последствий плохого состояния здоровья.

Комиссия по социальным детерминантам здоровья была учреждена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2005 году в духе социальной справедливости для того, чтобы представить фактические данные о том, чтобы можно было предпринять для содействия укреплению справедливости в здравоохранении и усилению всемирного движения за его достижение.

В процессе исполнения Комиссией своей работы несколько стран и учреждений стали партнерами, стремясь сформулировать меры политики и программы, охватывающие все общество, чтобы влиять на социальные детерминанты здоровья и повышать справедливость в здравоохранении. Эти страны и партнеры находятся на передовом рубеже глобального движения.

Комиссия призывает ВОЗ и все правительства быть лидерами глобальных усилий в отношении социальных детерминант здоровья, чтобы достичь равноправия в здравоохранении. Важно, чтобы правительства, гражданское общество, ВОЗ и другие глобальные организации объединили сегодня свои усилия по улучшению жизни людей на планете. Равноправие в здравоохранении можно достичь в течение жизни одного поколения, это то, что необходимо делать, и сегодня для этого подходящее время.

Содержание

РЕЗЮМЕ	1
ЧАСТЬ 1. О ГЛОБАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ	25
Глава 1. Комиссия по социальным детерминантам здоровья выдвигает новую глобальную повестку дня	26
Глава 2. Глобальная несправедливость в отношении здоровья: необходимость действий	29
Глава 3. Причины и решения	35
ЧАСТЬ 2. ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ДЕЙСТВИЯ, УЧАСТНИКИ	41
Глава 4. Характер фактических данных и действий	42
Сбор фактических данных	42
Концептуальная схема, предложенная Комиссией	42
Оценка фактических данных	43
Ключевые области действий и рекомендаций Комиссии	43
Выводы для участников действий	44
Привязка рекомендаций к местным условиям	46
ЧАСТЬ 3. УСЛОВИЯ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ: РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ	49
Глава 5. Справедливость с самого начала	50
Действия, направленные на уравнивание условий жизненного старта	51
Изменение умястроения	51
Всеобъемлющий подход к раннему детству на практике	52
Масштаб образования	56
Препятствия к получению образования	58
Обучение девочек	59
Глава 6. Здоровое место жительства – здоровые люди	60
Действия, направленные на создание условий для здоровой полноценной жизни	63
Городское управление с широким участием	63
Улучшение городских условий жизни	63
Городское планирование и проектирование способствующее здоровому образу жизни и безопасности	66
Права на землю	69
Средства к существованию сельских жителей	69
Сельская инфраструктура и услуги	70
Миграция из села в город	71
Природная среда	71
Глава 7. Справедливые условия найма и достойная работа	72
Обеспечение справедливых условий найма и достойной работы	76
Благоприятная международная среда	76
Справедливое представительство работников при разработке повестки дня национальной социально-экономической политики	77
Стандарты безопасного и достойного труда	80
Случайная работа	80
Улучшение условий труда	82
Глава 8. Социальная защита на протяжении всей жизни	84
Действия, направленные на всеобщую социальную защиту	87
Всеобщий системы социальной защиты в течение всей жизни	87
Щедрость систем социальной защиты	90
Целевая помощь	90
Распространение систем социальной защиты на социально исключенные группы	91
Глава 9. Всеобщий доступ к медицинской помощи	94
Действия по обеспечению всеобщего доступа к медицинской помощи	96
Всеобщая первичная медико-санитарная помощь	96
Первичная медико-санитарная помощь: участие общин и расширение прав и полномочий	96
Профилактика заболеваний и укрепление здоровья	97
Использование целевой медико-санитарной помощи для создания всеобщего охвата	99
Финансирование медицинской помощи – налоги и страхование	100
Материальная помощь медицинским работникам	105
ЧАСТЬ 4. ВЛАСТЬ, ДЕНЬГИ И РЕСУРСЫ: РЕКОМЕНДАЦИИ К ДЕЙСТВИЯМ	109
Глава 10. Принципы справедливости в отношении здоровья при разработке любых стратегий, систем и программ	110
Формирование согласованного подхода для обеспечения справедливости в отношении здоровья	111
Справедливость в отношении здоровья, как показатель прогресса в развитии общества	111
Согласованность политики – основной политический механизм обеспечения справедливости в здравоохранении	112
Влияние проводимой политики на обеспечение справедливости в отношении здоровья	114
Меры в рамках сектора здравоохранения	116
Укрепление институциональной основы	116
Сектор здравоохранения как катализатор активности негосударственного сектора	118
Глава 11. Справедливое финансирование	120
Меры, направленные на справедливое финансирование	123
Прогрессивное налогообложение	123
Налоги в глобализированном мире	124
Помощь на цели развития в интересах здоровья	126
Система социальных детерминантов и финансовая помощь	126
Освобождение от уплаты долга	129
Будущая ответственность за погашение долга	129
Справедливое выделение средств	130
Глава 12. Ответственность рынка	132
Действия, направленные на повышение ответственности рынка	135
Оценка влияния справедливости в отношении здоровья при заключении экономических соглашений	136
Гибкость при заключении соглашений	136
Ответственность частного сектора	142
Глава 13. Гендерное равенство	145
Действия по увеличению уровня гендерного равенства в области здоровья	147
Законодательство	147
Системный подход к обеспечению гендерного равенства	148
Отражение экономического вклада женщин в национальных счетах	150
Образование и профессиональная подготовка	151
Участие в экономической деятельности	152
Сексуальное и репродуктивное здоровье и права	153
Глава 14. Предоставление политических полномочий: включение и право голоса	155
Действия по достижению справедливости в отношении включения и права голоса	158
Власть и несправедливость в отношении здоровья	158
Справедливое участие в разработке политики	160
Принцип инициативы снизу к справедливости в отношении здоровья	162
Глава 15. Эффективное глобальное управление	166
Действия, направленные на создание эффективного глобального управления	170
Справедливость в отношении здоровья как глобальная цель	170
Многостороннее согласование	170
Цели развития, сформулированные в Декларации тысячелетия	171
Борцы за глобальное управление здравоохранением	173

ЧАСТЬ 5.	ЗНАНИЕ, МОНИТОРИНГ И УМЕНИЕ: ОСНОВА ЭФФЕКТИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ	177
Глава 16.	Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследование и подготовка кадров	178
	Действия по наращиванию потенциала для мониторинга, исследований и вмешательства	179
	Системы регистрации рождений	179
	Национальные системы контроля справедливости в отношении здоровья	180
	Глобальная система контроля справедливости в отношении здоровья	184
	Расширение базы данных	186
	Подготовка и обучение в области социальных детерминантов здоровья	188
ЧАСТЬ 6.	ФОРМИРОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ	193
Глава 17.	Поддержка действий, направленных на социальные детерминанты здоровья, вне рамок деятельности Комиссии	194
	Фундамент для устойчивых действий	194
	Непроработанные вопросы	196
	Цели и задачи для обеспечения справедливости в отношении здоровья	196
	Вехи на пути к справедливости в отношении здоровья – краткосрочные и среднесрочные результаты	198
ПРИЛОЖЕНИЕ А: СПИСОК ВСЕХ РЕКОМЕНДАЦИЙ		200
БИОГРАФИИ ЧЛЕНОВ КОМИССИИ		207
БИБЛИОГРАФИЯ		208
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ		225
СПИСОК ВСТАВОК, РИСУНКОВ И ТАБЛИЦ		227
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ		232

Выражение признательности

Работу Комиссии поддерживали, формировали и направляли Глава и члены Комиссии.

Авторский коллектив доклада: Майкл Мармот, Шерон Фрайэл, Рут Белл, Танджа А.Дж. Хауэлинг и Себастиан Тейлор. Коллектив признателен всем тем, кто внес свой вклад в разработку доклада, в том числе членам Комиссии, Сетям знаний, партнерам в разных странах, активистам гражданского общества и коллегам во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Женеве. Особая благодарность выражается Рону Лабонту, Дону Матесону, Эрнану Сандовало (специальному консультанту при Комиссии) и Дэвиду Вудварду.

Секретариат Комиссии в Колледже Лондонского университета возглавляла Шерон Фрайэл. В состав группы входили: Рут Белл, Фелисити Поррит, Элен Рейнертсен, Себастиан Тейлор, Ян Форд и Танджа А. Дж. Хауэлинг. Секретариат Комиссии в ВОЗ возглавляли Джанет Вега (2004–2007) и Ник Дрэггер (2008). В создании и управлении рабочими потоками Комиссии оказывали помощь следующие сотрудники ВОЗ: Эрик Блас, Крис Браун, Хилари Браун, Николь Валентин, Эухенио Рауль Виллар Монтесинос, Алек Ирвин, Рене Левенсон (консультант), Ричард По, Габриэль Росс, Ригу Садана, Сара Симпсон и Орелья Солар. В работе также участвовали следующие сотрудники: Эльмира Аденова, Даниэль Альбрехт, Лекси Бамбас-Нолан, Теадора Коллер, Люси Мшана, Сюзанна Накалембе, Джореллей Ньезен, Бонгив Пегиллан, Амит Прасад, Кумманан Расанатан, Китт Расмуссен, Лиана Рейндерс, Ананд Сивасанкара Курул, Нико Спейбрук, Мишель Тьерен и Ахмад Реза Хоссейнпур.

ВОЗ оказывала поддержку Комиссии во многих отношениях. В частности, мы благодарны бывшему Генеральному директору Ли Чон-вуку и нынешнему Генеральному директору Маргарет Чен. Комиссия благодарит помощника Генерального директора Тима Эванса за поддержку нашей работы в рамках организации, а также – за постоянное содействие – директоров региональных отделений: Марка Дансона, Хуссейна Абдель-Раззака Аль-Джезайри, Нату Менабде, Сигеру Оми, Самли Плиангбангчанга, Мирту Россес Перильяго и Луиша Гомеша Самбу. Мы также благодарим региональные координационные центры ВОЗ и их персонал: Анану Бхушан, Ниунт-У (WPRO); Криса Брауна (EURO); Луиса Галвао, Марко Акермана (PAHO-AMRO); Дэвисона Мундовафу, Тана Сейна (SEARO); Бенджамина

Нганду, Энтони Мавайя, Криса Мвекису (AFRO); Самин Сиддики, Сьюзен Уоттс и Мохаммеда Ассаи (EMRO). Выражаем также благодарность многочисленным другим коллегам из ВОЗ, которые оказывали поддержку работе Комиссии, в том числе экспертам по странам ВОЗ: Минне Кабрал ди Меллу, Карлосу Корвалану, Клаудии Гарсиа-Морено, Амине Кебе, Якобу Кумаресану и Эрио Зиглио.

Мы признательны партнерам Комиссии в разных странах – многочисленным министерствам и государственным служащим, которые поддерживали нашу работу идеями, экспертным руководством и неоценимой критикой, а также финансами. В частности, мы благодарим Фиону Эдшид и Мэгги Дэвис (Англия и Соединенное Королевство); Дэвида Батлер-Джонса, Сильви Стаченко, Джима Болла и Хизер Фрэйзер (Канада); Марию Соледад Барриа, Педро Гарсию, Франсиску Инфанте, Патрисию Френс (Чили); Паулу Бусса, Альберту Пеллегрини Филью (Бразилия); Голама Резу Хейдари, Биджана Садридзаде, Алирезу Олива Манеша (Исламская Республика Иран); Стивена Мучири (Кения); Пауло Иво Гарридо, Гертрудиш Машатине (Мозамбик); Анну Хедин, Бернта Лундгрена, Боссе Петерсона (Швеция); Палиту Абейкун, Сару Самарадж (Шри Ланка); Дона Матесона, Стивена Маккернана, Тересу Уолл (Новая Зеландия); Утрида Джиндаватхану, Амфона Милингангкула (Таиланд).

Мы благодарим активистов гражданского общества, которые снабжали Комиссию информационными материалами и использовали свою базу данных для адвокатирувания концепции здоровья и справедливости в отношении здоровья, основанной на социальных детерминантах: Диуфа Амакоду, Франсуазу Бартен, Амита Сен-Гупту, Према Джона, Мваджуму Масаганана, Алисию Мьюнос, Хани Серга, Алаа Ибрахиима Шукрарлу, Патрика Мубангизи Тибасимбу, Маурицио Торреса и Уолтера Варильяса.

Мы также очень признательны всем членам Сетей знаний за самоотверженный труд по обработке и обобщению базы мировых данных о социальных детерминантах здоровья и справедливости в отношении здоровья. В частности, мы благодарим руководителей ячеек и координаторов этих Сетей: Джован Бенач, Жосиану Боннефуа, Джейн Дозрти, Сару Эскорел, Люси Гилсон, Марию Эрнандеса, Клайда Герцмана, Лори Ирвина, Хайди Джонстон, Майкла П. Келли, Торда Хельстрема, Рональда Лабонта, Сьюзен Меркадо,

Энтони Моргана, Карлеса Монтанера, Пироску Остлин, Джени Полай, Летицию Риспел, Вильму Сантана, Теда Шрекера, Гиту Сен и Арджуманда Сиддики.

Мы благодарим также всех 25 рецензентов заключительных докладов Сетей знаний и авторов замечаний и предложений к работе Комиссии, в том числе тех, кто присутствовал на встрече в Ванкувере, в частности, Паскаль Аллота, Суджиря Ананда, Дебедара Банерджи, Адриенну Жермен, Годфри Гунатилеке и Ричарда Хортонна. На протяжении всего периода деятельности Комиссии мы тесно сотрудничали также и с другими учеными и исследователями. В частности, особую благодарность мы выражаем Роберту Н. Баттеру, Хибеки Хасимото, Олле Лундбергу, Тони Макмайклу, Ричарду Сузману, Элизабет Уотерс и Сьюзен Уотс.

Важными идеями и фактическими данными Комиссию обогатили Симпозиум по вопросам здоровья коренных народов, проходивший в Аделаиде (Австралия), Встреча Трех Городов в Лондоне и совещание в Новом Орлеане (США). В частности, мы благодарим Нэнси Адлер, Клайва Аспина, СьюАткинсон, Паулу Браверман, Люсию Эллис, Дараг Фахей, Гейла Финдлея, Эванджелину Франклин, Хизер Гиффорд, Майка Гуду, Сандру Гриффин, Шейн Хьюстон, Адама Карпати, Джойса Ноттингема, Пола Планта, Бена Спринггейта, Карол Таннахилл, Дона Уокера и Дэвида Уильямса.

Совещания Комиссии в Бразилии, Канаде, Чили, Китае, Египте, Индии, Исламской Республике Иран, Японии, Кении, Швейцарии и США были бы невозможны без поддержки тех политических лидеров, правительственных чиновников, служащих ВОЗ, ученых и сотрудников неправительственных организаций, которые помогали нам во время этих визитов. Комиссия и ее различные рабочие потоки весьма признательны тем организациям и странам, которые обеспечили финансовую поддержку, в том числе: Исследовательскому центру международного развития, Институту «Открытое Общество», Организации общественного здравоохранения Канады, Фонду «Перлвилл», Фонду Роберта Вуда Джонсона, Шведскому национальному институту общественного здравоохранения, Правительству Соединенного Королевства и ВОЗ.

Редактор доклада Люси Хайатт. Дизайн: Бен Мёррей и коллектив BMD Graphic Design. Составитель Предметного указателя Лиза Фернивал.

Комментарий Главы Комиссии

Комиссия по социальным детерминантам здоровья была создана бывшим Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения Ли Чон-вуком. Перед ней была поставлена задача собрать, обработать и обобщить мировые данные о социальных детерминантах здоровья и их влиянии на несправедливость в отношении здоровья, а также сформулировать рекомендации для практических действий, направленных на преодоление этой несправедливости.

Членов Комиссии, секретариат и, фактически, всех, кто сотрудничал с Комиссией, объединяли три общих интереса: стремление к достижению социальной справедливости, уважительное отношение к фактам и неудовлетворенность недостаточностью действий, направленных на социальные детерминанты здоровья. Безусловно, есть страны, которые добились в здравоохранении замечательных успехов, по меньшей мере, часть которых можно приписать воздействию на социальные условия. Эти примеры воодушевляли нас. Однако по Земле бродит призрак несправедливости в отношении здоровья. Основная цель Комиссии состояла в том, чтобы содействовать мировому движению в области социальных детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья. Нас вдохновляют признаки его нарастания.

Мы полагаем, что имеется достаточно знаний для того, чтобы рекомендовать конкретные действия уже сейчас, но в то же время существует потребность в активной программе исследований в области социальных детерминантов здоровья. В Заключительном докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья определены ключевые сферы (условия повседневной жизни и влияющие на них структурообразующие факторы), в отношении которых необходимо предпринимать действия. В докладе дан анализ социальных детерминантов здоровья и приводятся конкретные примеры эффективных действий в области улучшения здоровья и достижения справедливости в отношении здоровья в странах, стоящих на разных уровнях социально-экономического развития.

В **Части 1** дается общая характеристика ситуации, которая служит обоснованием для развертывания мирового движения за достижение справедливости в отношении здоровья путем действий, направленных на социальные детерминанты здоровья. В ней показана сфера распространения проблемы, как в разных странах, так и в пределах одной страны, и описывается, что именно, по мнению Комиссии, составляет причины не-

справедливости в отношении здоровья, а также предлагаются возможные решения.

В **Части 2** раскрывается подход, примененный Комиссией по отношению к фактическим данным и к непреложной ценности признания и использования широкого многообразия различных типов знаний. В ней формулируются основания, примененные при выборе социальных детерминантов исследования, и, при помощи концептуальной структурной схемы, прогнозируется, как эти детерминанты могут взаимодействовать друг с другом.

В **Частях 3, 4 и 5** более подробно излагаются результаты и рекомендации Комиссии. В главах Части 3 рассказывается об условиях повседневной жизни – наиболее очевидных аспектах рождения, развития, образования, быта и труда, а также использования медицинской помощи. В главах Части 4 рассматриваются условия, которые носят более «структурный» характер: социально-экономическая политика, формирующая развитие, жизнь и труд; роли государства и рынка в обеспечении крепкого здоровья и справедливости в отношении здоровья; а также общие международные и глобальные условия, которые могут способствовать или препятствовать действиям на национальном и локальном уровнях для достижения справедливости в отношении здоровья. В центре внимания Части 5 – огромная важность фактических данных – не просто результатов традиционных исследований, но живых свидетельств улучшения или ухудшения качества жизни и состояния здоровья людей. Эти данные могут быть получены только благодаря приверженности принципу справедливости в отношении здоровья, а также потенциалу надзора и мониторинга в этой сфере.

Наконец, в **Части 6** представлены созданные Комиссией всемирные сети – региональные связи с гражданским обществом всего мира, растущее общение стран-партнеров, продвигающих вперед осуществление повестки дня социальных детерминантов здоровья, программ жизненно важных исследований, а также изменений, воплощающих благоприятные возможности на уровне глобального руководства и мировых институтов, – от которых будет зависеть будущее мирового движения за справедливость в отношении здоровья.

В частности, мы благодарны членам Комиссии за неоценимую и, по-видимому, неиссякаемую целеустремленность и плодотворное участие. Всё, чего достигла Комиссия, основано на их коллективных действиях и руководстве.



Майкл Мармот, глава Комиссии по социальным детерминантам здоровья

Члены Комиссии

Майкл Мармот
Уильям Х. Фэйти
Пашкуал Мокумби
Дэвид Сэтчер
Франс Баум

Ян Гуо
Ндиоро Ндайе
Анна Тибайджука
Моника Бежен
Киёси Курокава

Чарити Калуки Нгилу
Денни Ватере
Джованни Берлингуэр
Рикардо Лагос Эскобар
Хоша Рашад

Гейл Виленски
Мираи Чаттерджи
Алиреза Маранди
Амартя Сен

Новая глобальная повестка дня для обеспечения справедливости в отношении здоровья

Наши дети обладают совершенно различными жизненными возможностями в зависимости от того, где они родились. В Японии или Швеции можно ожидать, что они проживут более 80 лет; в Бразилии – 72 года; в Индии – 63 года; а в одной из ряда африканских стран – менее 50 лет. Жизненные возможности резко различаются и внутри стран, и в масштабах всей планеты. У беднейших из бедных наблюдаются высокие уровни заболеваемости и преждевременной смертности. Но плохое здоровье не является уделом лишь самых обездоленных. В странах с различными уровнями доходов социальный градиент здоровья и болезни имеет одно направление: чем ниже социальное и экономическое положение человека, тем хуже здоровье.

Так не должно быть, и несправедливо, что так есть. В тех случаях, когда есть основание считать, что систематических различий в отношении здоровья можно избежать, применив разумные действия, совершенно резонно эти различия считать несправедливыми. Именно такое положение вещей мы называем несправедливостью в отношении здоровья. Устранение такой несправедливости – серьезных, но предотвратимых различий в отношении здоровья между странами и внутри стран – является делом социальной справедливости. Для Комиссии по социальным детерминантам здоровья (далее по тексту Комиссии) сокращение несправедливости в отношении здоровья является этическим императивом. Социальная несправедливость убивает людей в массовых масштабах.

Социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья

Комиссия, созданная для того, чтобы упорядочить имеющиеся фактические данные с целью разработки действий по пропаганде идей справедливости в отношении здоровья и содействия всеобщему движению к ее достижению, является глобальным форумом содружества лиц, принимающих решения, исследователей и гражданского общества, возглавляемым членами Комиссии, обладающим уникальным сплавом опыта работы в политической, академической и пропагандистской сферах. И, что важно, вниманием охватываются страны со всеми уровнями доходов и находящиеся на различных уровнях развития: Юг и Север в глобальном масштабе. Справедливость в отношении здоровья является проблемой во всех наших странах, состояние которой в значительной степени зависит от глобальной, экономической и политической системы.

Комиссия применяет целостный подход к вопросу социальных детерминант здоровья. Плохое здоровье бедных, социальный компонент здоровья в странах, и выраженная несправедливость в отношении здоровья между странами вызваны неравным распределением власти, доходов, товаров и услуг на глобальном и национальном уровнях, последующая несправедливость сказывается непосредственно на реальных условиях жизни людей – на их доступе к медицинской помощи, школам и образованию, на их условиях работы и отдыха, домашнего обихода, жизни общин, малых и крупных городов – и, наконец, на возможностях, которые они имеют для преуспевающей жизни. Такое несправедливое распределение разрушительно сказывающихся на здоровье обстоятельств жизни ни в коей мере не является «естественным» явлением, но результатом нездорового сочетания плохой социальной политики и программ, несправедливых экономических механизмов и неправильной политической деятельности. Структурные детерминанты и условия повседневной жизни вместе взятые составляют социальные детерминанты здоровья и отвечают за большую часть несправедливости в отношении здоровья между странами и в рамках каждой страны.

Глобальное сообщество может исправить ситуацию, но для этого потребуются безотлагательные и постоянные действия на глобальном, национальном и местном уровнях. Глубоко укоренившаяся несправедливость в распределении власти и экономических условий в глобальном масштабе имеет непосредственное отношение к справедливости в отношении здоровья. Это ни в коей мере не отрицает действий на других уровнях. Национальные и местные правительства могут сделать очень много; Комиссия дала высокую оценку влиянию гражданского общества и местных движений, которые непосредственно предоставляют необходимую помощь на местном уровне и побуждают правительства к переменам.

И конечно, изменение климата имеет глубокие последствия для глобальной системы – то, каким образом оно воздействует на образ жизни и здоровье человека и планеты в целом. Нам необходимо свести воедино две повестки дня: справедливость в отношении здоровья и изменение климата. Наши чаяния, связанные с обеспечением справедливости в отношении здоровья, должны занять свое место в поиске международным сообществом взвешенного подхода к решению вопросов потребностей социального и экономического развития всего населения в целом, справедливости в отношении здоровья и актуальности решения проблем, связанных с изменением климата.

Новый подход к развитию

Комиссия в своей работе претворяет в жизнь новый подход к развитию. Как здоровье, так и справедливость в отношении здоровья могут не являться целью всех направлений социальной политики, но они являются их основополагающим результатом. Возьмем, к примеру, главную роль, которая отводится политике в вопросах экономического роста: экономический рост, безусловно, является важным аспектом, особенно для бедных стран, поскольку он дает возможность обеспечения ресурсов для инвестиций в улучшение жизни всего населения. Но сам по себе экономический рост без надлежащей социальной политики, направленной на обеспечение разумной справедливости распределения его преимуществ, крайне мало способствует обеспечению справедливости в отношении здоровья.

Традиционно сложилось так, что ожидания общества в отношении решения проблем, связанных со здоровьем и болезнями, связывались с сектором здравоохранения. Безусловно, одной из социальных детерминант здоровья является неравномерное распределение медицинской помощи, когда те, кто наиболее в ней нуждаются, ее не получают. Но значительное бремя болезней, вызывающих ужасающие преждевременные потери жизни, в большой степени зависит от условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся. Плохие и неравноправные условия жизни, в свою очередь, являются следствием неправильной социальной политики и программ, несправедливых экономических условий и неправильной политической деятельности. К действиям по социальным детерминантам здоровья должно быть привлечено все правительство, гражданское общество и местные сообщества, деловые круги, глобальные форумы и международные учреждения. Политика и программы должны охватывать все ключевые сектора общества, а не только сектор здравоохранения. При этом, однако, не следует упускать из виду того факта, что важнейшая роль в глобальных изменениях отводится министру здравоохранения и работе министерства. Они могут бороться за то, чтобы подход, основанный на социальных детерминантах здоровья, укоренился на высшем уровне общества, они могут продемонстрировать эффективность, применяя надлежащие методы работы, и наконец, они могут поддерживать другие министерства в создании политики, которая содействует обеспечению справедливости в отношении здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая является глобальным органом здравоохранения, должна делать то же самое на мировой арене.

Ликвидация разрыва в отношении здоровья за одно поколение

Комиссия призывает к ликвидации разрыва в отношении здоровья за одно поколение. Это не прогноз, это наше устремление. За последние 30 лет произошли значительные улучшения в здоровье как на глобальном уровне, так и в странах. Мы оптимистичны: мы располагаем необходимыми знаниями для того, чтобы коренным образом изменить жизненные возможности людей, таким образом обеспечить заметные улучшения в обеспечении справедливости в отношении здоровья. Мы реалистичны: начинать действовать надо сейчас. В данном Докладе Комиссии содержится материал для разработки путей решения проблемы грандиозной несправедливости, существующей между странами и внутри стран.

Основополагающие рекомендации Комиссии

1 Улучшение условий повседневной жизни

Повысить благополучие девушек и женщин, а также условий, в которых рождаются их дети, уделять основное внимание раннему развитию ребенка и образованию девочек и мальчиков, улучшать жилищные и рабочие условия, а также сформировать политику социальной защиты всего населения, создать условия для здоровой жизни людей на более поздних этапах жизни. Для осуществления политики, направленной на достижение этих целей, потребуется участие гражданского общества, правительств и международных учреждений.

2 Преодоление несправедливого распределения власти, денег и ресурсов

Чтобы добиться решения проблем несправедливости в отношении здоровья и неравноправных условий повседневной жизни, необходимо решать эти проблемы – такие, например, как несправедливость между мужчинами и женщинами, – в соответствии с формой организации общества. Для этого требуется слаженная работа государственного сектора с обеспечением приверженности, надлежащего потенциала и финансирования. Чтобы добиться этого, требуется больше чем усиление правительств – требуется усиление руководства. Легитимность, обеспечение организационного пространства и поддержки для того, чтобы гражданское общество, подотчетный частный сектор и население всех слоев общества могли согласовать общественные интересы и заново инвестировать ресурсы в ценность коллективных действий. В глобализованном мире необходимость ориентации в процессе руководства на соблюдение принципа справедливости одинаково применима ко всем уровням – от общинного до глобального.

3 Измерение и понимание масштаба проблемы и оценка последствий действий

Крайне необходимой платформой для действий является признание факта существования проблемы и обеспечение измерения масштаба проблемы несправедливости в отношении здоровья – на страновом и глобальном уровнях. Национальным правительствам и между народным организациям при поддержке ВОЗ следует создавать национальные и глобальные системы надзора в сфере справедливости в отношении здоровья для осуществления в плановом порядке контроля за состоянием проблемы несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья, следует также провести оценку влияния политики и действий на соблюдение принципа справедливости в отношении здоровья. Для формирования организационного пространства и потенциала в целях эффективной работы по вопросам справедливости в отношении здоровья требуются инвестиции в подготовку лиц, принимающих решения, работников практического здравоохранения и в обеспечение понимания общественностью социальных детерминант здоровья. Требуется также уделять больше внимания социальным детерминантам при проведении научных исследований в области общественного здравоохранения.

Три принципа действий

- 1 Улучшение условий повседневной жизни – условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся.
- 2 Преодоление несправедливости распределения власти, денег и ресурсов – структурных движущих сил этих условий повседневной жизни – на глобальном, национальном и местном уровнях.
- 3 Измерение масштаба проблемы, оценка действий, расширение информационной базы, развитие кадровых ресурсов, которые подготавливаются по вопросам социальных детерминант здоровья, и повышение информированности общества относительно социальных детерминант здоровья.

Эти три принципа действий отражены в трех представленных ниже основополагающих рекомендациях. Далее Краткий обзор и заключительный Доклад Комиссии структурированы в соответствии с этими тремя принципами.

1. Улучшение условий повседневной жизни

Несправедливая система организации общества означает, что свобода вести здоровую жизнь и обладать хорошим здоровьем несправедливо распределяется между обществами и внутри каждого общества. Эта несправедливость просматривается в условиях раннего детства и школьных лет, в характере занятости и условий работы, в физическом воплощении созданной среды обитания, и в качестве природной среды, в которой живут люди. В зависимости от характера всех этих видов окружающей среды различные группы населения будут иметь различный опыт в отношении материальных условий, социально-психологической поддержки и вариантов образа жизни, что делает их в определенной мере уязвимыми к ухудшению здоровья. Аналогичным образом, социальное расслоение определяет дифференциацию доступа к медицинской помощи и пользования ею с отрицательными последствиями для укрепления здоровья и благополучия, профилактики болезней, выздоровления и выживания.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ С САМОГО НАЧАЛА

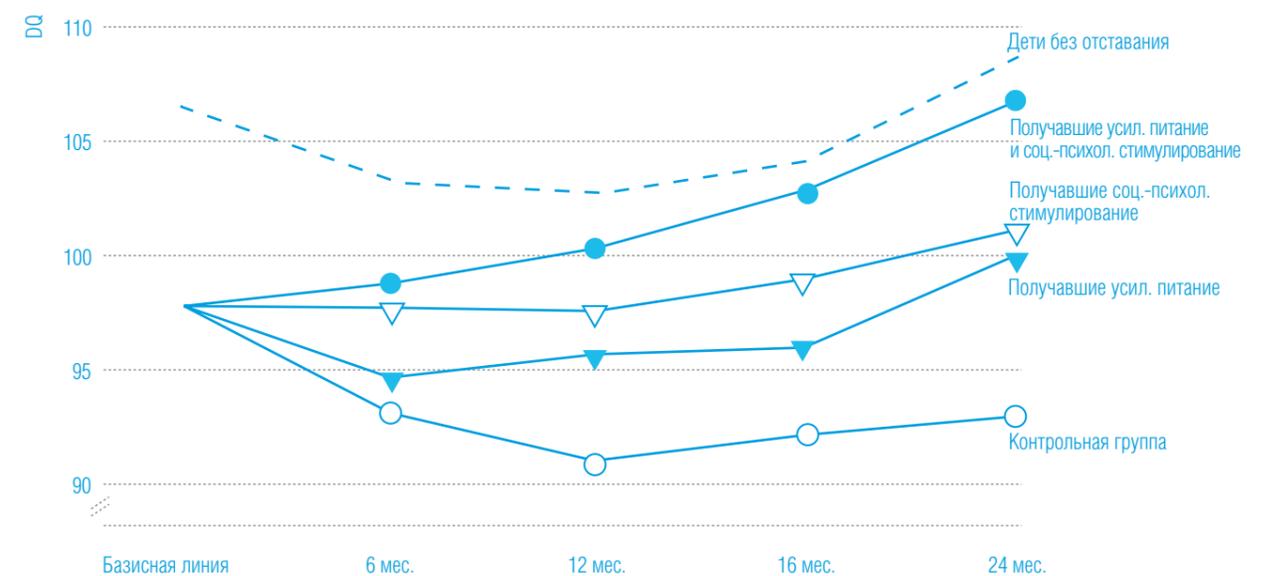
Раннее развитие детей (РВД), – включая физическую, социальную/ эмоциональную и речевую/познавательную составляющие, – имеет определяющее влияние на последующие жизненные возможности и здоровье, которое осуществляется посредством развития навыков, образования и профессиональных возможностей. Раннее детство, как через эти механизмы, так и непосредственным образом, влияет на последующий риск ожирения, неправильного питания, проблем психического здоровья, сердечных болезней и преступности. Не менее

200 миллионов детей не достигают своего потенциала развития в полной мере (Grantham-McGregor et al., 2007). Это имеет огромные последствия для их здоровья и общества в целом.

Фактические данные для действий

Инвестирование в ранние годы жизни обеспечивает значительную часть потенциала для сокращения несправедливости в отношении здоровья за одно поколение (ECDKN, 2007a). Опыт раннего детства (которое определяется как период жизни, начиная с пренатального развития до 8-летнего возраста), а также раннего и более поздних этапов обучения закладывают важнейшие основы на всю жизнь (ECDKN, 2007a). Исследования РДРВ показывают, что развитие мозга высоко чувствительно к внешним влияниям в раннем детстве с пожизненными последствиями. Важнейшим фактором является хорошее питание, которое начинается in utero, если матери питаются надлежащим образом. Матерям и детям необходим постоянный доступ к медицинской помощи, начиная с периода до зачатия, в течение беременности и родов, и до ранних дней и лет жизни (ВНЗ, 2005b). Детям необходимо безопасное, здоровое, поддерживающее, воспитывающее, заботливое и отзывчивое окружение. Дошкольные образовательные программы и школы как составная часть окружающей среды в более широком смысле, которая вносит вклад в развитие детей, могут сыграть жизненно важную роль в формировании их способностей. Необходимо более всеобъемлющий подход к раннему периоду жизни, основывающийся на существующих программах выживания детей

Воздействие комбинированного применения усиленного питания и социально-психологического стимулирования детей с низким ростом по отношению к возрасту в течение двухлетнего интервенционного исследования на Ямайке



^a Средние баллы развития (Mean development scores, DQ) групп детей с низким ростом по отношению к возрасту, скорректированные по начальному возрасту и баллу, в сравнении с показателями группы детей, развивавшихся без отставания, скорректированными только по возрасту, с использованием Шкал психического развития Гриффитса, модифицированных для Ямайки.

Перепечатано, с разрешения издателя, из Grantham-McGregor et al. (1991).

и распространяющий соответствующие мероприятия в раннем периоде жизни, также на социальное/эмоциональное и речевое/познавательное развитие.

Что необходимо сделать

Всеобъемлющий подход к ранним годам жизни требует последовательной политики приверженности и к руководству на международном и национальном уровнях. Требуется также всеобъемлющий пакет образовательных программ и программ и служб РРР для всех детей мира.

Проявить приверженность и осуществлять всесторонний подход к раннему периоду жизни, основываясь на существующих программах выживания ребенка и распространяя соответствующие мероприятия на ранний период жизни, включая социальную/эмоциональную и речевую/познавательную составляющие развития.

- Создание межучрежденческого механизма обеспечения последовательной политики для раннего этапа развития ребенка таким образом, чтобы по всем учреждениям применялся всеобъемлющий подход к раннему периоду развития ребенка.
- Обеспечение такого положения вещей, при котором все дети, матери и другие лица, осуществляющие уход, охватываются комплексным пакетом качественных программ и услуг по раннему периоду развития ребенка, вне зависимости от платежеспособности.

Расширение предоставления и масштабов образования с ориентацией на принципы раннего развития ребенка (физическое, социальное/эмоциональное, и речевое/познавательное развитие).

- Обеспечение качественного обязательного начального и среднего образования для всех мальчиков и девочек вне зависимости от платежеспособности. Выявление факторов, препятствующих девочкам и мальчикам поступать в школу и продолжать в ней обучение и работа по устранению таких факторов; упразднение оплаты обучения в начальной школе.

ЗДОРОВЫЕ МЕСТА – ЗДОРОВЫЕ ЛЮДИ

То, где живут люди, оказывает воздействие на их здоровье и возможности вести преуспевающую жизнь. В 2007 г. впервые численность городского населения превысила численность сельского (WorldWatch Institute, 2007). Почти 1 миллиард людей живут в трущобах.

Фактические данные для действий

В определенных регионах и группах населения по всему миру и далее будут существовать такие проблемы, как инфекционные болезни и недостаточное питание. Вместе с тем, с урбанизацией происходит перераспределение проблем здравоохранения, особенно среди городской бедноты. При этом больший удельный вес приобретают неинфекционные болезни, травматизм в результате несчастных случаев и насилия, а также случаи смерти и последствия экологических бедствий (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et al., 2001).

Повседневные условия, в которых живут люди, оказывают большое влияние на вопросы справедливости в отношении здоровья. Доступ к качественному жилью, крыше над головой и чистой воде и санитарно-гигиеническим условиям являются правами человека и базовыми потребностями для здоровой жизни (UNESCO,

2006a; Shaw, 2004). Всевозрастающая зависимость от автотранспорта, изменения, происходящие в землепользовании, в угоду пользования автотранспортом, и все большие неудобства, связанные с передвижением на моторизованных видах транспорта, имеет прямое воздействие на качество воздуха, выбросы газов с парниковых эффектом и сокращение физической активности (NHF, 2007). Планировка и обустройство городской среды имеет большое воздействие на справедливость в отношении здоровья, поскольку влияют на поведение людей и безопасность.

Соотношение между городскими и сельскими поселениями значительно варьируется между территориями: от менее 10% в Бурунди и Уганде до 100% или близко к этому в Бельгии, Кувейте, Сингапуре и Специальном Административном Районе Гонконг. В условиях, когда характер политики и инвестиции отражают концепцию роста с ориентацией на город (Vlahov et al., 2007) по всему миру можно наблюдать, как сельское население, включая Коренные народы (Indigenous Health Group, 2007) страдают от нарастающей проблемы недостаточного инвестирования в инфраструктуру и бытовые удобства, с несоразмерно высокими уровнями бедности и плохих условий жизни (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), которые являются одной из причин миграции населения в незнакомые городские центры.

Настоящая модель урбанизации ставит значительные проблемы, касающиеся окружающей среды, особенно в отношении изменения климата, – воздействие которого значительно больше в странах с низким уровнем доходов, и среди уязвимых подгрупп населения (McMichael et al., 2008; Stern, 2006). В настоящее время выбросы парниковых газов определяются преимущественно структурами потребления в крупных городах развитых стран. Вклад транспортных средств и зданий в общее количество выбросов CO₂ составляют 21%, сельскохозяйственной деятельности (IPCC, 2007) – около одной пятой. И все-таки урожай зерновых в значительной степени зависит от преобладающих климатических условий. Дестабилизация и истощение климатической системы и задача сокращения несправедливости в отношении здоровья в глобальном масштабе неотделимы друг от друга.

Что необходимо сделать

В обеспечении справедливости в отношении здоровья крайне важную роль играют общинные и местные мероприятия, которые обеспечивают доступ к основным товарам, являются социально сплоченными и нацелены на укрепление физического и психологического благополучия, и бережно относятся к природной среде.

Центральное место в городском управлении и планировании – вопросам здоровья и справедливости в отношении здоровья.

- Осуществлять городское развитие таким образом, чтобы обеспечить большое количество доступного жилья; инвестировать средства в модернизацию городских бедных районов с ориентацией, в первую очередь, на обеспечение водой и санитарно-гигиеническими условиями, электричеством и асфальтированием улиц во всех районах, независимо от платежеспособности жителей.
- В городском планировании создавать справедливые возможности для здорового и безопасного образа жизни посредством инвестирования в эффективное транспортное обеспечение, планирования розничной торговли для сокращения доступа к нездоровым продуктам питания и посредством благоприятного устройства территорий и соблюдение регулирующих мер контроля, включая контроль за количеством торговых точек, продающих алкогольных напитков.

Способствовать справедливости в отношении здоровья между сельской и городской местностью посредством устойчивого инвестирования средств в сельское развитие, отлаживая политику и процессы «исключения», которые ведут к сельскому обнищанию, безземелью и перемещению людей с обжитых мест.

- Противостоять несправедливым последствиям городского роста посредством осуществления действий, направленных на решение проблем, связанных с землеванием сельской местностью и правами на землю, а также на обеспечение средств к существованию в сельской местности в поддержку здоровой жизни, надлежащих инвестиций в сельскую инфраструктуру и политики, направленной на оказание помощи мигрантов из сельской местности в города.

Обеспечение такого положения вещей, при котором экономическая и социальная политика, направленная на решение проблем изменения климата и других аспектов деградации окружающей среды, учитывает вопросы справедливости в отношении здоровья.

Справедливые условия найма и достойная работа

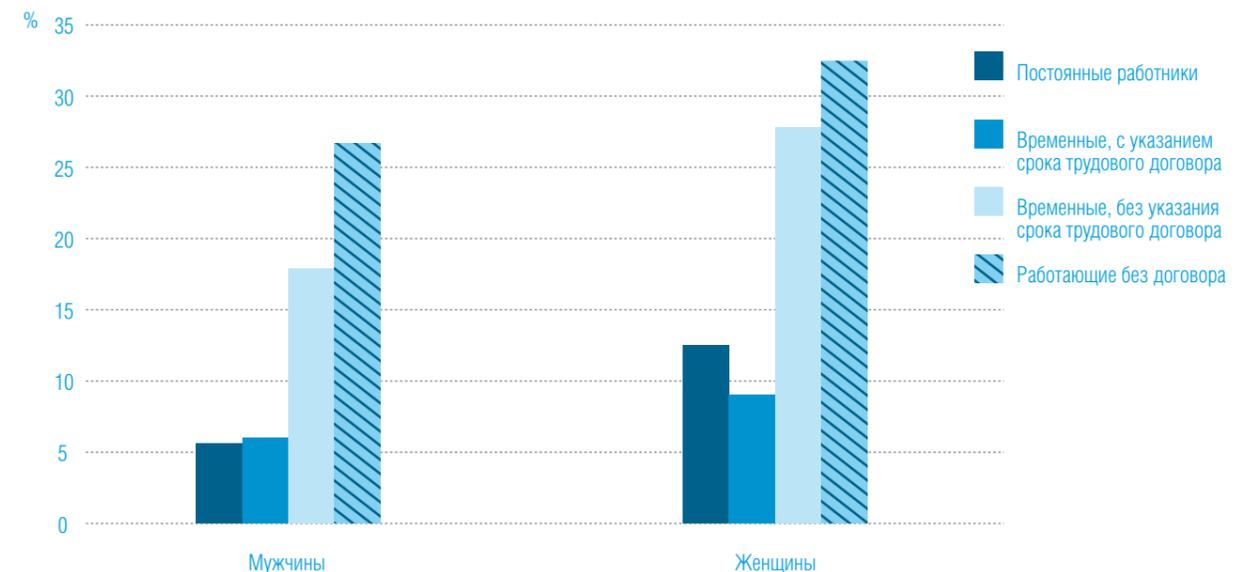
Условия найма и работы имеют серьезные воздействия на справедливость в отношении здоровья. При благоприятных обстоятельствах это может обеспечить устойчивое финансовое положение, социальный статус, личностное развитие, социальные отношения и чувство собственного достоинства, а также защиту от физических, социально-психологических опасных факторов. Действия по улучшению условий найма и работы должны носить глобальный, национальный и местный характер.

Фактические данные для действий

Работа – это сфера, где многие важные факторы, влияющие на здоровье, не учитываются (Marmot & Wilkinson, 2006). Сюда входят как условия найма, так и характер самой работы. Гибкая рабочая сила воспринимается позитивно с точки зрения экономической конкурентоспособности, но с точки зрения здоровья здесь неизбежны отрицательные моменты (Benach & Muntaner, 2007). Фактические данные свидетельствуют о значительно больших уровнях смертности среди временных работников в сравнении с постоянными (Kivimaki et al., 2003). Ненадежная занятость (например, временные контракты с нефиксированным сроком, занятость без оформления контракта и неполная занятость) может приводить к проблемам с психическим здоровьем (Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006). Работники, осознающие ненадежность работы, испытывают серьезные неблагоприятные воздействия на физическое и психическое здоровье (Fergie et al., 2002).

Условия работы также влияют на здоровье и справедливость в отношении здоровья. Неблагоприятные условия работы могут подвергать человека воздействию целого ряда опасных факторов, влияющих на физическое здоровье, причем такие условия труда в основном характерны для мало престижных профессий. Более благоприятные условия труда в странах с высоким уровнем доходов завоевания, которого удалось добиться в результате многолетних организованных усилий и процесса регулирования, к сожалению, отсутствуют во многих странах со средним и низким уровнем доходов. Стресс на работе повышает риск возникновения коронарной болезни сердца на 50% (Marmot, 2004; Kivimaki et al., 2006), и убедительные данные свидетельствуют о том, что высокий спрос на работу, низкий уровень контроля и отсутствие надлежащего поощрения в зависимости от проделанной работы, – всё это факторы риска возникновения проблем психического и физического здоровья (Stansfeld & Candy, 2006).

Распространенность нарушений психического здоровья среди работников физического труда в Испании в зависимости от типа трудового договора



Источник: Artazcoz et al., 2005.

Что необходимо сделать

Посредством обеспечения справедливых условий найма и достойных условий работы правительство, предприниматели и работники могут помочь искоренить нищеты, уменьшить социальную несправедливость, сократить воздействие психических и социально-психологических опасных факторов, и увеличить возможности для здоровья и благополучия. И, конечно, здоровая рабочая сила способствует повышению эффективности производства.

Сделать полную занятость, справедливые условия найма и достойную работу основной целью при формировании международной, социальной и экономической политики.

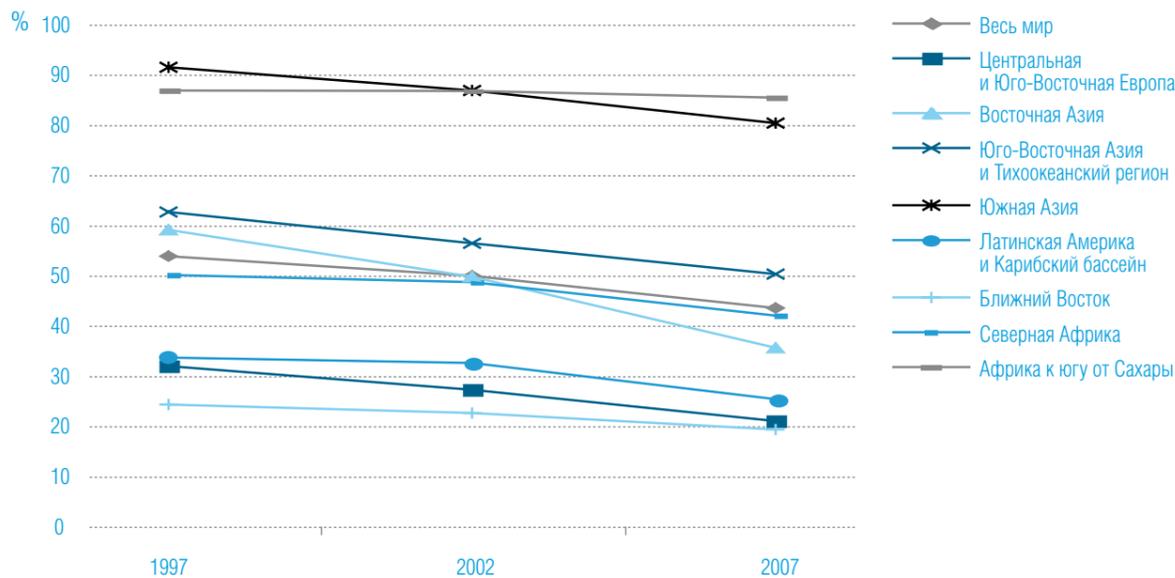
- Полная занятость, справедливые условия найма и достойная работа должны стать общей задачей международных учреждений и занять центральное место в повестках дня национальной политики и стратегий развития, с более весомой представленностью работников в создании политики, законодательства и программ, имеющих отношение к занятости и работе.

Для достижения справедливости в отношении здоровья требуется безопасная, обеспеченная и справедливо оплачиваемая работа, круглогодичные возможности найти работу и здоровый баланс между работой и жизнью для всех.

- Обеспечить качественную работу для мужчин и женщин с таким размером заработной платы, которая учитывает реальную текущую стоимость здоровой жизни.
- Защитить всех работающих. Международные учреждения должны оказывать поддержку странам в осуществлении ключевых трудовых стандартов для официальных и неофициальных работников; разработать политику по обеспечению сбалансированной жизни работа-дом; и сократить отрицательные последствия незащищенности в ненадежных условиях работы.

Улучшить условия работы для всех работников таким образом, чтобы сократить подверженность воздействию материальных опасных факторов, связанному с работой стрессу и разрушающее здоровье стилю поведения.

Доля трудящихся, живущих не более чем на 2 долл. в день, в различных регионах (%)



Предварительные оценочные данные за 2007 г. Перепечатано, с разрешения автора, из: ILO (2008).

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ ЖИЗНИ

Все люди нуждаются в социальной защите в течение всей жизни, будь то на ранних этапах жизни, в трудовые годы и в старости. Людям также нужна защита в особых ситуациях, таких как болезнь, инвалидность и потеря дохода и работы.

Фактические данные для действий

Низкие жизненные стандарты являются серьезной детерминантой несправедливости в отношении здоровья. Они оказывают влияние по протяжении всего жизненного пути, среди прочего, оказывая воздействие на РРР. Детская нищета и передача нищеты из поколения в поколение являются основными факторами, препятствующими улучшению здоровья населения и сокращению несправедливости в отношении здоровья. Четыре пятых населения мира лишены поддержки в виде базового социального обеспечения (ILO, 2003).

Перераспределительная система социального обеспечения в сочетании с мерой способности людей заработать на здоровую жизнь на рынке труда влияет на уровни бедности. Прослеживается связь между щедрыми всеобщими системами социальной защиты и более высоким уровнем здоровья населения, в том числе и с более низкими уровнями дополнительной смертности среди людей пожилого возраста и с более низкими уровнями смертности среди социально-неблагополучных групп населения. В странах с всеобщими системами защиты и к большей устойчивости их обеспечения; в этих странах также наблюдается тенденция к сокращению масштабов нищеты и неравенства

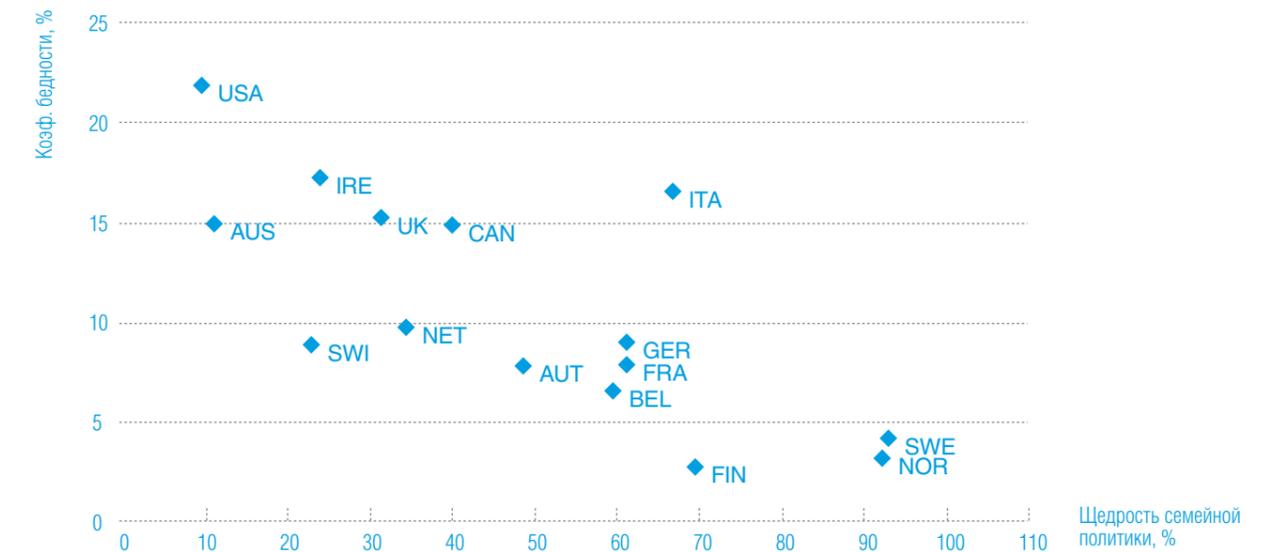
доходов по сравнению со странами, в которых действуют системы адресной помощи бедным.

Серьезным шагом на пути обеспечения справедливости в отношении здоровья за одно поколение является распространение социальной защиты на все население каждой отдельно взятой страны и в глобальном масштабе. Подразумевается распространение социальной защиты на лиц с ненадежной занятостью, включая неформальную занятость, работу по дому и работу по уходу. Всё это крайне важно для бедных стран, где большая часть населения работает в условиях неформальной занятости, а также для женщин, поскольку семейные обязанности часто закрывают для них возможности получения соответствующих льгот в рамках схем социальной защиты. Хотя ограниченные институциональные инфраструктура и финансовые возможности во многих странах по-прежнему являются препятствующим фактором, международный опыт показывает, что возможно создавать начальные системы социальной защиты даже в странах с низким уровнем доходов.

Что необходимо сделать

Для сокращения разрыва в вопросах здоровья за одно поколение требуется создание правительствами систем, обеспечивающих здоровый уровень жизни, ниже которого никто не должен опускаться в связи с обстоятельствами, неподконтрольными человеку. Схемы социальной защиты не должны зависеть от достижения целей развития, а наоборот, могут быть весьма полезны в реализации этих целей – они могут оказаться эффективными средствами сокращения масштабов нищеты и служить на благо местному экономическому развитию.

Совокупная щедрость семейной политики и детская нищета в 20 странах, около 2000 г.



Чистая щедрость социальных выплат в процентах от средней чистой заработной платы промышленного рабочего. Черта бедности составляет 50% медианного уравниваемого располагаемого дохода. AUS = Австралия; AUT = Австрия; BEL = Бельгия; CAN = Канада; FIN = Финляндия; FRA = Франция; GER = Германия; IRE = Ирландия; ITA = Италия; NET = Нидерланды; NOR = Норвегия; SWE = Швеция; SWI = Швейцария; UK = Соединенное Королевство; USA = США. Перепечатано, с разрешения издателя, из: Lundberg et al. (2007).

Создать и укрепить политику всеобщей комплексной социальной защиты, которая поддерживает уровень дохода, достаточный для здоровой жизни для всех.

- Постепенно повышать щедрость систем социальной защиты до уровня, достаточного для обеспечения здоровой жизни.
- Обеспечить охват системами социальной защиты тех, кто обычно остается без внимания: лиц с ненадежной занятостью, включая неформальную занятость и работу по дому и по уходу.

ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для достижения хорошего здоровья и равноправия в отношении здоровья крайне важно обеспечить доступ к медицинской помощи и ее предоставлению. Система медицинского обслуживания сама по себе является социальной детерминантой здоровья, на которую оказывают влияние другие социальные детерминанты, на которые и она, в свою очередь, оказывает влияние. Гендерные аспекты, образование, профессия, доход, этническая принадлежность и место жительства – всё это тесно связано с доступом людей к медицинской помощи, реальным опытом ее получения и приобретенными в результате преимуществами. Руководителям здравоохранения принадлежит важная роль во всех сферах общества по обеспечению такого положения вещей, при котором политика и действия других секторов будут ориентироваться на улучшение справедливости в отношении здоровья.

Фактические данные для действий

В отсутствие медицинской помощи многие возможности для фундаментального улучшения здоровья упускаются. При наличии систем частичного оказания медицинской помощи или систем, не обеспечивающих справедливого его предоставления, теряются возможности для достижения всеобщего здоровья как дела социальной справедливости. Существуют вопросы, которые являются насущными для всех стран. При этом для стран с низким уровнем доходов более актуальными являются задачи создания доступных и надлежащим образом спланированных и управляемых систем медицинского обслуживания, что внесет значительный вклад в достижение Целей тысячелетия в области развития (ЦТР). В отсутствие таких систем шансы достижения ЦТР значительно снижаются. И все-таки во многих странах системы медицинского обслуживания невероятно слабы, при этом наблюдается массовая несправедливость предоставления доступа и использовании служб здравоохранения между богатыми и бедными.

Комиссия считает оказание медицинской помощи общим благом, а не предметом экономической конъюнктуры. По существу, все страны с высоким уровнем доходов создают свои системы медицинского обслуживания на основе принципа всеобщего охвата (считая финансирование и предоставление медицинской помощи). Всеобщий охват означает, что каждый житель страны имеет доступ к одному и тому же набору услуг (хорошего качества) в соответствии со своими потребностями и предпочтениями, вне зависимости от уровня доходов, социального статуса или места жительства; это означает также, что люди наделены правами и возможностями использования этих

услуг. В рамках всеобщего охвата одинаковый набор льгот распространяется на все население. Не существует убедительных аргументов против того, чтобы другие страны, включая беднейшие, не могли стремиться к всеобщему охвату медицинской помощью при условии надлежащей поддержки в течение на долгосрочной основе.

Комиссия выступает за финансирование системы медицинского обслуживания посредством общего налогообложения и/или обязательного всеобщего страхования. Как оказалось, одна страна за другой вводили принцип перераспределения в систему государственных расходов в сфере медицинского обслуживания. Фактические данные настоятельно свидетельствуют в пользу государственного финансирования в системы медицинской помощи. В частности, особенно важно свести к минимуму оплату медицинских услуг наличными. Политика возложения оплаты за медицинские услуги на потребителя в странах с низким и средним уровнем доходов привела к общему сокращению использования этих услуг и к ухудшению результатов в отношении здоровья. Свыше 100 миллионов человек ежегодно ввергаются в нищету в результате катастрофических семейных расходов на здоровье. Это совершенно неприемлемо.

Системы медицинского обслуживания, основанные на первичной медико-санитарной помощи (ПМП) обеспечивают лучшие результаты в отношении здоровья – то есть, как модель ПМП, в которой основное внимание уделяется необходимым в местных условиях действиям по всему диапазону социальных детерминант, и где существует баланс между профилактикой и укреплением здоровья и инвестициями в лечебные мероприятия, так и модель ПМП, которая ориентируется на первичный уровень помощи с надлежащей системой направления на более высокие уровни оказания медицинской помощи.

Во всех странах, но особенно в беднейших и тех, которые испытывают на себе утечку квалифицированных специалистов, основополагающим условием расширения охвата и улучшения качества помощи является надлежащее количество соответствующим образом подготовленных квалифицированных работников здравоохранения на местном уровне. Для необходимого развития систем медицинского обслуживания требуются инвестиции в подготовку и сохранение работников практического здравоохранения. Для этого необходимо внимательное отношение к потокам персонала здравоохранения в глобальном масштабе, равно как и внимательное отношение к инвестициям и развитию навыков на национальном и местном уровнях. При формировании концепций общества и принятии решений по вопросам здоровья большое значение имеет авторитетное мнение медицинских специалистов и других работников здравоохранения – от ВОЗ до местных клиник. Они свидетельствуют о необходимости решения задач этического характера, не в меньшей степени, чем задач, связанных с эффективностью, посредством более согласованной работы в рамках системы медицинского обслуживания над социальными причинами плохого здоровья.

Что необходимо сделать

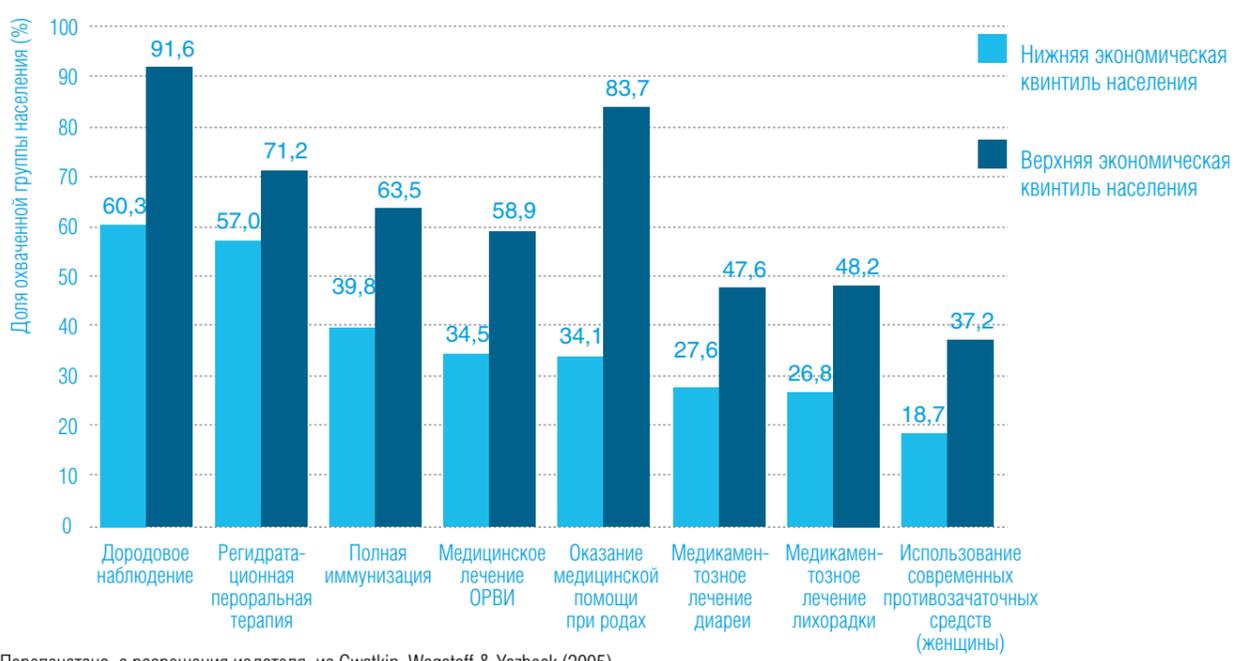
Создать системы оказания медицинской помощи, основанные на принципах справедливости, профилактики болезней и укрепления здоровья.

- Создать качественные службы оказания медицинской помощи с всеобщим охватом, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь.
- Укреплять лидерство государственного сектора в справедливом финансировании систем оказания медицинской помощи с обеспечением всеобщего доступа к помощи вне зависимости от платежеспособности.

Создавать и укреплять кадры здравоохранения и расширять возможность действий по социальным детерминантам здоровья.

- Инвестировать средства в национальные кадры здравоохранения, используя взвешенный подход к формированию численного состава работников здравоохранения в сельской и городской местности.
- Предпринимать действия, направленные на исправление ситуации с утечкой кадров здравоохранения, с акцентом на инвестиции средств в увеличение численности кадров здравоохранения и их обучение, а также в создании двусторонних соглашений для регулирования преимуществ и потерь.

Использование медицинских услуг в области охраны здоровья матери и ребенка нижней и верхней экономическими квинтилями населения более чем в 50 странах



Перепечатано, с разрешения издателя, из Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005).

2. Преодоление несправедливого распределения власти, денег и ресурсов

Причинами отсутствия справедливости в условиях повседневной жизни являются более глубокие социальные структуры и процессы. Несправедливость является систематической, порождается общественными нормами, политикой и практикой, которые допускают или фактически поощряют несправедливое распределение и доступ к власти, богатству и другим необходимым общественным ресурсам.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕХ МЕРАХ ПОЛИТИКИ, СИСТЕМАХ И ПРОГРАММАХ

Каждый аспект государственного управления и экономики может повлиять на здоровье и справедливость в отношении здоровья, достаточно перечислить лишь шесть из них: финансы, образование, жилье, занятость, транспорт и здравоохранение. Гармоничные действия правительства на всех уровнях имеют важное значение для улучшения справедливости в отношении здоровья.

Фактические данные для действий

Различные политические направления, в зависимости от их характера, могут улучшать или ухудшать здоровье и справедливость в отношении здоровья (Kickbusch, 2007). Городское планирование, например, создающее условия проживания боль-

шого количества людей в тесноте и без надлежащих удобств, без регулярного и доступного транспорта, не содействует хорошему здоровью для всех (NHE, 2007). Хорошая общественная политика может дать преимущества для здоровья сразу же и в будущем.

Чрезвычайно важно, чтобы политика была последовательной – это означает, что различные политические направления департаментов правительства должны скорее дополнять, чем противоречить друг другу, для улучшения здоровья и справедливости в отношении здоровья. Например, торговая политика, которая фактически поощряет бесконтрольное производство, торговлю и потребление пищевых продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров в ущерб фруктам и овощам, противоречит политике здравоохранения, которая рекомендует потреблять относительно мало продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров и больше потреблять фруктов и овощей (Elinder, 2005). Межсекторальные действия (МСД) в целях здоровья – скоординированные политика и действия сектора здравоохранения и других секторов – могут быть главной стратегией для достижения этого (PHAS, 2007).

Выход за пределы правительства для привлечения гражданского общества, а также добровольного и частного секторов является важным шагом в направлении обеспечения справедливости в отношении здоровья. Больше привлечение общин

и социальное участие в политических процессах способствует принятию справедливых решений - будь то разработка общинной своего плана в области здравоохранения (Программа здорового города Дар-эс-Салам, Танзания) или привлечение всего населения, включая местное правительство, к созданию условия для пешей ходьбы и езды на велосипеде (Healthy by Design, Виктория, Австралия) (Mercado et al., 2007).

Превращение идеи здоровья и справедливости в отношении здоровья в общую ценность для всех секторов является политически перспективной стратегией, но и стратегией, которая необходима во всем мире.

Что необходимо сделать

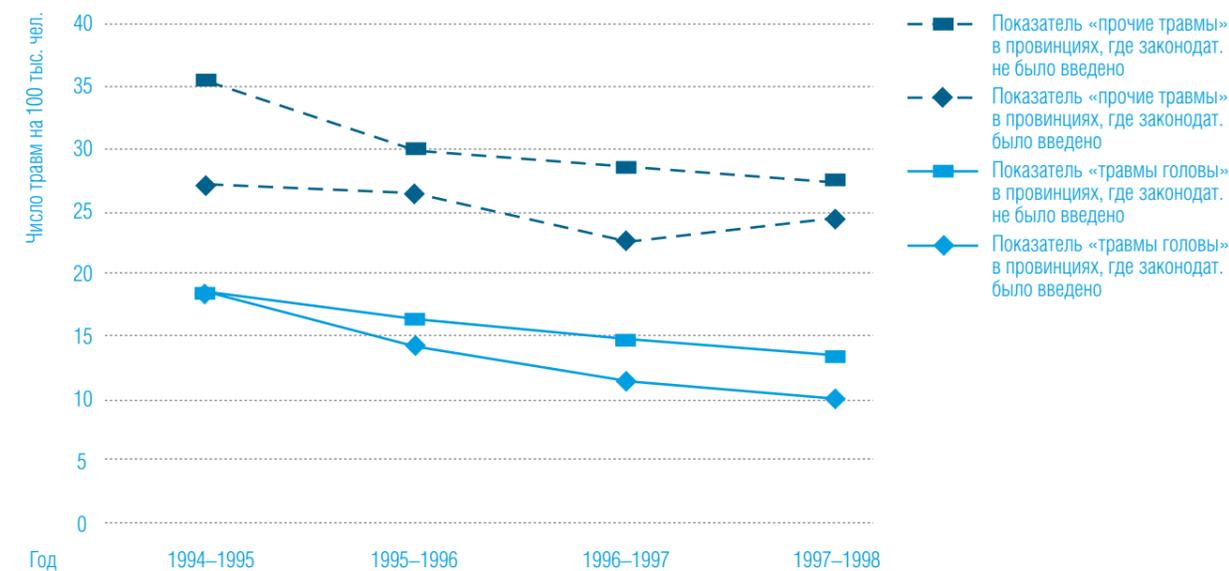
Установить ответственность за действия в области здоровья и справедливости в отношении здоровья на самом высоком уровне правительства и обеспечить последовательный учет таких действий во всех политических направлениях.

- Сделать здоровье и справедливость в отношении здоровья корпоративными вопросами для всего правительства при поддержке главы государства, установив справедливость в отношении здоровья в качестве показателя эффективности работы правительства.
- Оценить воздействие всех политических направлений и программ в области здравоохранения и справедливости в отношении здоровья, обеспечивая последовательность всех действий правительства.

Принять рамки социальных детерминант во всех политических и программных функциях министерства здравоохранения и укрепить его руководящую роль в поддержке применения подхода, основанного на социальных детерминантах, во всем правительстве.

- Сам сектор здравоохранения располагает всеми возможностями для начала формирования поддержки и структур, которые будут поощрять воздействие на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья. Это требует сильного лидерства министра здравоохранения при поддержке со стороны ВОЗ.

Динамика черепно-мозговых и других травм, связанных с ездой на велосипеде в провинциях Канады и принятие законодательства об обязательном ношении шлема



Законодательство вводилось в провинциях в период с 1995 по 1997 г.
 Перепечатано, с разрешения издателя, из Macpherson et al. (2002).



Справедливое финансирование

Государственное финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья имеет фундаментальное значение для благополучия и справедливости в отношении здоровья.

Фактические данные для действий

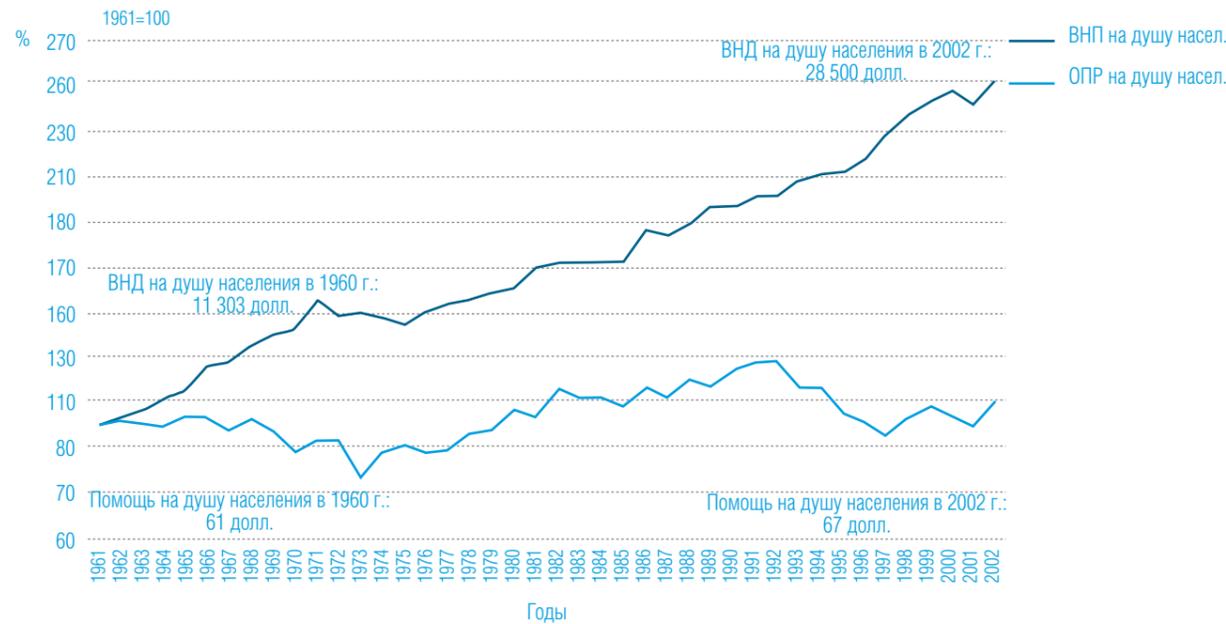
Для стран, находящихся на всех уровнях экономического развития, увеличение государственного финансирования действий в отношении всех социальных детерминант здоровья – от развития ребенка и образования, до создания хороших условий для жизни и работы и до медицинской помощи – является фундаментальным для благополучия и справедливости в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют о том, что социально-экономическое развитие богатых стран получало сильную поддержку со стороны финансируемой государством инфраструктуры и постепенно ставших всеобщими общественных служб. Акцент на государственное финансирование, учитывая явную неудачу рынка справедливым образом обеспечить жизненно важные товары и услуги, предполагает сильное лидерство государственного сектора и адекватные государственные расходы. Это, в свою очередь, предполагает прогрессивное налогообложение – как показывают данные, скромные уровни перераспределения оказывают значительно большее воздействие на уменьшение распространенности нищеты, чем один только экономический рост. А в случае более бедных стран это подразумевает гораздо большую международную финансовую помощь.

Страны с низкими уровнями доходов имеют относительно слабые учреждения, и механизмы взимания прямых налогов и большая часть трудовых ресурсов работает в неформальном

секторе. Во многих случаях эти страны полагаются на косвенные налоги, такие как торговые тарифы для правительственного дохода. Экономические соглашения между богатыми и бедными странами, требующие уменьшения тарифов, могут снизить внутренние поступления в странах с низкими доходами до создания альтернативных потоков финансов. Увеличение потенциала прогрессивного налогообложения является важным источником государственного бюджета и необходимой предпосылкой для любых дальнейших соглашений о сокращении тарифов. В то же время меры по борьбе с оффшорными финансовыми центрами для снижения неэтичного уклонения от уплаты налогов в стране могут предоставить ресурсы для развития, по меньшей мере сравнимые с получаемыми с помощью новых налогов. Поскольку глобализация увеличивает взаимозависимость между странами, аргументы в пользу глобальных подходов к налогообложению становятся более сильными.

Важное значение имеет помощь. Хотя данные и свидетельствуют о том, что она может содействовать и содействует экономическому росту и может прямо способствовать лучшему здоровью, по мнению Комиссии, главная ценность помощи в том, что она обеспечивает механизм для рационального распределения ресурсов во всей деятельности по социальному развитию. Однако объем помощи является чрезвычайно малым. Он мал в абсолютном выражении (как в целом, так и для здравоохранения); он мал по отношению к богатству стран-доноров; по отношению к обязательству достичь уровня помощи приблизительно в 0,7% их валового внутреннего продукта (ВВП), сделанному донорами в 1969 г.; и по отношению к суммам, необходимым для устойчивого воздействия на достижение ЦТР. Необходимо намного увеличить объем помощи. Независимо от увеличения помощи, Комиссия призывает к более широкому и глубокому решению вопроса облегчения бремени задолженности.

Разрыв расширяется: отношение объема помощи стран-доноров на душу населения к уровню благосостояния на душу населения, 1960–2000 гг.



Перепечатано, с разрешения издателя, из Randel, German & Ewing (2004).

Качество помощи в соответствии с Парижским соглашением также должно быть улучшено; при этом следует сосредоточиться на лучшей координации между донорами и более сильной согласованности с планами развития стран-получателей. Донорам следует рассмотреть возможность направления большей части своей помощи через один многосторонний механизм, тогда как планирование уменьшения бедности, осуществляемое на национальном и местном уровнях в странах - получателях помощи, получит преимущества от основанных на социальных детерминантах рамок здравоохранения для создания последовательного, общего для всех секторов финансирования. Такие рамки могут помочь улучшить подотчетность в странах-получателях и продемонстрировать, как распределяется помощь и какое воздействие она оказывает. В частности, правительства стран-получателей должны укрепить свой потенциал и свою подотчетность для справедливого распределения имеющегося государственного бюджета между регионами и группами населения.

Что необходимо сделать

Укрепить государственное финансирование для воздействия на социальные детерминанты здоровья.

- Создать национальный потенциал для прогрессивного налогообложения и оценить возможности создания новых национальных и глобальных механизмов государственного финансирования.

Увеличить международное финансирование для обеспечения справедливости в отношении здоровья и координировать больший объем финансов посредством рамок воздействия на социальные детерминанты здоровья.

- Выполнить существующие обязательства посредством увеличения глобальной помощи до 0,7% ВВП и расширить Многостороннюю инициативу по облегчению бремени задолженности; усилить действия по обеспечению справедливости в отношении здоровья посредством обращения особого внимания на социальные детерминанты здоровья в таких существующих рамках, как Документ по стратегии сокращения бедности.

Справедливо распределять правительственные ресурсы для воздействия на социальные детерминанты здоровья.

- Создать механизмы для финансирования перекрестных правительственных мер по воздействию на детерминанты здоровья и для справедливого распределения финансовых средств между регионами и социальными группами.



Ответственность рынка

Рынок дает преимущества здоровью в виде новых технологий, товаров и услуг, а также повышения уровня жизни. Однако он создает также отрицательные условия для здоровья в виде экономических неравенств, истощения ресурсов, загрязнения окружающей среды, нездоровых условий работы и обращения опасных и нездоровых товаров.

Фактические данные для действий

Здоровье является рыночным товаром. Это является вопросом прав и обязанностей государственного сектора. Сами по себе ресурсы для здоровья должны быть справедливыми и всеобщими. Здесь есть три взаимосвязанных вопроса. Во-первых, опыт показывает, что коммерциализация жизненно важных общественных благ, таких как образование и здравоохранение, порождает несправедливость в отношении здоровья. Предоставление таких жизненно важных общественных благ должно скорее управляться государственным сектором, чем оставаться на усмотрение рынка. Во-вторых, государственный сектор должен эффективно руководить национальным и международным регулированием продуктов, деятельности и условиями, наносящими вред здоровью или ведущими к неравенствам в отношении здоровья. А это вместе означает, что, в-третьих, компетентная и регулярная оценка воздействия разработки политики и регулирования рынка на справедливость в отношении здоровья должна быть создана на национальном и международном уровнях.

Комиссия считает некоторые товары и услуги необходимыми для удовлетворения базисных потребностей человека и общества: например, это относится к доступу к чистой воде и обеспечению медицинской помощи. Такие товары и услуги должны быть обеспечены для всех, независимо от платеже-

способности. Следовательно, в таких случаях адекватные поставки и доступ должны обеспечивать скорее государственный сектор, чем рынок.

В отношении как обеспечения товаров и услуг, жизненно важных для здоровья и благополучия (например, воды, медицинской помощи и достойных условий работы), так и борьбы с обращением товаров, наносящих вред здоровью (например, табака и алкоголя), необходима сильная руководящая роль государственного сектора. Организация труда и условия работы во многих странах, бедных и богатых, также слишком часто являются несправедливыми, эксплуатирующими, нездоровыми и опасными. Чрезвычайно важное значение хорошей организации труда и условий работы для здорового населения и здоровой экономики требует руководящей роли государственного сектора в обеспечении постепенного достижения глобальных стандартов труда при одновременном оказании поддержки росту предприятий на микроуровне. Все более необходимы обеспечивающие руководящую роль глобальные механизмы, такие как Рамочная конвенция по борьбе против табака, так как рыночная интеграция расширяет и ускоряет обращение товаров, наносящих ущерб здоровью, и доступ к ним. Обработанные продукты и алкоголь - это два первых кандидата для принятия более строгих мер регулирования и контроля на глобальном, региональном и национальном уровнях.

В последние десятилетия в условиях глобализации увеличилась рыночная интеграция. Это проявилось в новых производственных соглашениях, включая значительные изменения в организации труда, занятости и условиях работы, в расширении областей, охваченных международными и глобальными экономическими соглашениями, и в ускорении коммерциализации товаров и услуг, - некоторые из которых, без сомнения, оказались благо-

творными для здоровья, другие - катастрофическими. Комиссия настоятельно призывает к тому, чтобы участвующие страны проявляли осторожность при рассмотрении новых глобальных, региональных и двусторонних экономических - торговых и инвестиционных - политических обязательств. До взятия таких обязательств важно понять воздействие существующих соглашений на здоровье, социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья. Кроме того, оценка воздействия на здоровье во времени безусловно свидетельствует о том, что с самого начала следует обеспечить определенную гибкость, позволяющую подписавшим странам изменить свои обязательства по международному соглашению, если возникает неблагоприятное воздействие на здоровье или справедливость в отношении здоровья, предусмотрев также четкие и транспарентные критерии инициирования изменений.

Руководящая роль государственного сектора не снимает ответственности и обязанности с других действующих сторон - гражданского общества и частного сектора. Участники частного сектора являются влиятельными и имеют возможности много сделать для глобальной справедливости в отношении здоровья. Хотя, на сегодняшний день, инициативы, например принимаемые в рамках корпоративной социальной ответственности, дали ограниченные свидетельства реального воздействия. Корпоративная социальная ответственность может быть ценным средством продвижения вперед, однако для демонстрации этого необходимы фактические свидетельства. Корпоративная подотчетность вполне может стать более прочной основой, на которой могут быть установлены ответственные и общие связи между частным сектором и общественными интересами.

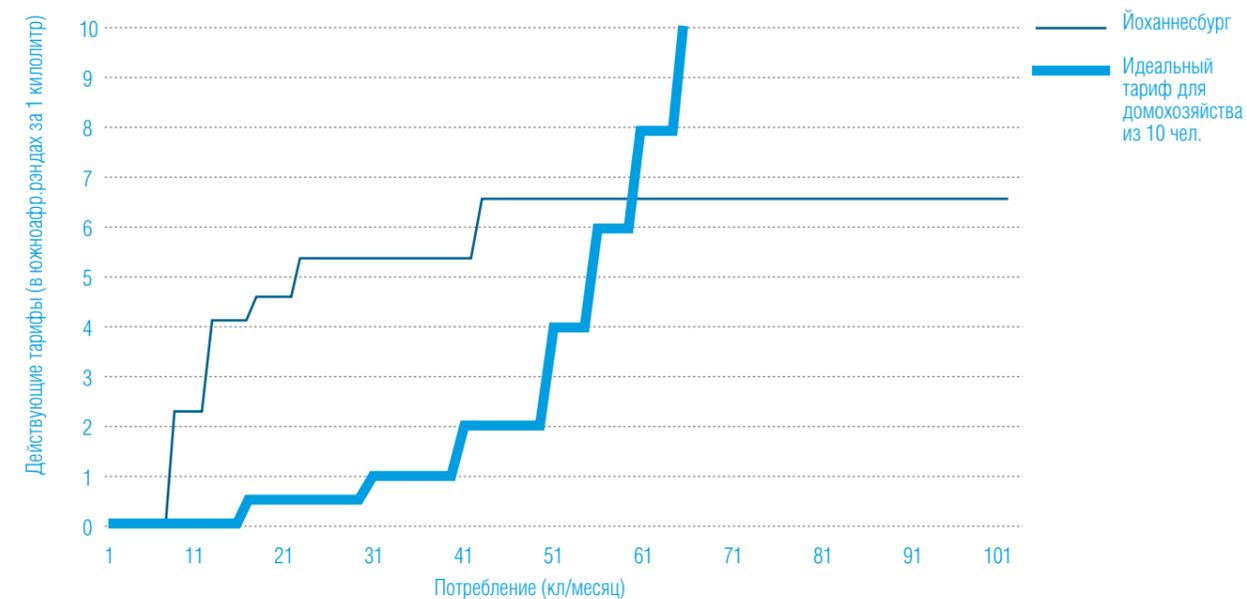
Что необходимо сделать

Придать официальный статус рассмотрению воздействия на здоровье и справедливость в отношении здоровья положений национальных и международных экономических соглашений и при разработке политики.

- Официально закрепить и усилить технические возможности для оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья всех международных и национальных экономических соглашений.
- Усилить представленность участников из сектора здравоохранения в обсуждении внутренней и международной экономической политики.

Усилить главную роль государства в предоставлении базисных услуг, имеющих важное значение для здоровья (например, в области водоснабжения и санитарии), а также в регулировании товаров и услуг, оказывающих серьезное воздействие на здоровье (таких, как табак, алкоголь и пищевые продукты).

Установление цен на воду в Йоханнесбурге. Существующая структура субсидирования (тонкая линия) благоприятствует более богатым потребителям (и допускает злоупотребления), в то время как идеальная тарифная структура (толстая линия) способствует адекватному субсидированию более бедных потребителей, при наличии мер, сдерживающих повышенное потребление



Перепечатано, с разрешения автора, из GKN (2007).



Гендерная справедливость

Сокращение различий в отношении здоровья за одно поколение возможно лишь в том случае, если будет улучшена жизнь мальчиков и девочек (приблизительно половины всего человечества) и если будут преодолены гендерные неравенства. Предоставление полномочий женщинам является ключом к справедливому распределению здоровья.

Фактические данные для действий

Гендерные несправедливости пронизывают все общества. Разное отношение к полам, проявляющееся в полномочиях, ресурсах, правах, нормах, ценностях, а также в способе структурирования организаций и осуществления программ, наносит ущерб здоровью миллионов девочек и женщин. Положение женщины в обществе связано также со здоровьем и выживанием детей – мальчиков и девочек. Гендерные несправедливости влияют на здоровье в результате, в частности, дискриминационных структур питания, насилия в отношении женщин, отсутствия полномочий принимать решения и несправедливого разделения труда, отдыха и возможностей улучшать свою жизнь.

Гендерные несправедливости порождаются обществом и поэтому могут быть изменены. Несмотря на то, что положение женщин во многих странах в течение последнего столетия значительно улучшилось, прогресс был неровным и многие проблемы остаются нерешенными. Женщины зарабатывают меньше, чем мужчины, даже выполняя равную работу; девочки и женщины имеют меньше возможностей для образования и занятости. Материнская смертность и заболеваемость продолжают оставаться высокими во многих странах, а службы репродуктивного здоровья по-прежнему в значительной степени распространены неравномерно внутри стран и между странами. Воздействие гендерной несправедливости на связи между поколениями настоятельно требует принять еще более энергичные меры. Незамедлительные действия по улучшению гендерной справедливости и предоставлению женщинам полномочий являются крайне важными для сокращения разрыва в здоровье за одно поколение.

Что необходимо сделать

Гендерные неравенства не только являются несправедливыми, но и являются причиной более низкой эффективности и продуктивности. Оказывая поддержку гендерной справедливости, правительства, доноры, международные организации и гражданское общество могут улучшить жизни миллионов девочек, женщин и их семей.

Учитывать гендерные предвзятости в структурах общества – в законах и их применении, в способе функционирования организаций и в разработке мероприятий, а также в способе измерения экономической эффективности страны.

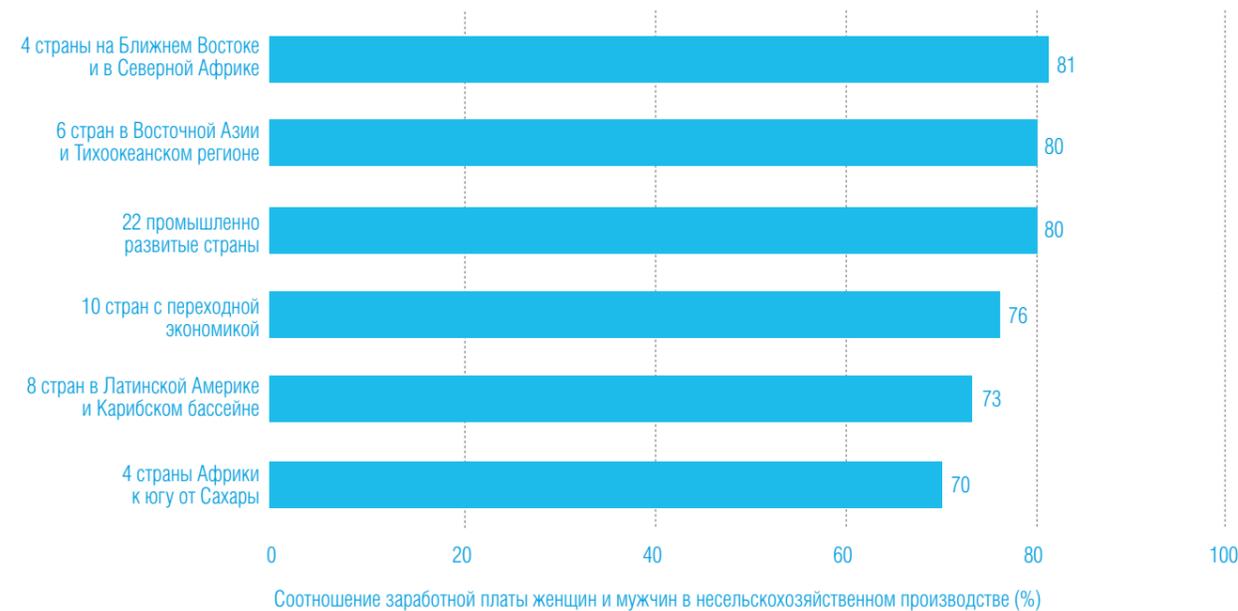
- Разработать и усилить законодательство, способствующее гендерной справедливости и делающее противозаконной дискриминацию по признаку пола.
- Усилить учет гендерных вопросов в основной деятельности посредством создания и финансирования подразделений по вопросам гендерной справедливости в центральной администрации правительств и международных учреждений.
- Включить в национальные счета экономической вклад домашней работы, работы по уходу и добровольной работы.

Разработать и финансировать политику и программы, направленные на ликвидацию разрыва в образовании и профессиональных навыках и поддерживающие участие женщин в экономической деятельности.

- Инвестировать в формальное и профессиональное образование и подготовку, с помощью закона гарантировать равную оплату труда, обеспечить равные возможности для занятости на всех уровнях и принять политику, ориентированную на семьи.

Увеличить инвестиции в службы и программы сексуального и репродуктивного здоровья, обеспечивая всеобщий охват и соблюдение прав.

У женщин номинальная заработная плата значительно ниже, чем у мужчин



Соотношение заработной платы женщин и мужчин в несельскохозяйственном производстве (%)

Перепечатано с разрешения автора, из UNICEF (2006).



ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛИТИЧЕСКИХ ПОЛНОМОЧИЙ – ВКЛЮЧЕНИЕ И ПРАВО ГОЛОСА

Включение в жизнь общества, в котором мы живем, имеет жизненно важное значение для материальных, психосоциальных и политических полномочий, которые являются основополагающими для общественного благополучия и справедливости в отношении здоровья.

Фактические данные для действий

Право иметь условия, необходимые для обладания наивысшим достижимым уровнем здоровья, является всеобщим. Риск того, что эти права будут нарушены, является результатом укоренившихся структурных несправедливостей (Farmer, 1999).

Социальная несправедливость проявляется в различных перекрещивающихся социальных категориях, таких как класс, образование, гендер, возраст, этническая принадлежность, инвалидность и географическое положение. Она сигнализирует не просто об отличии, но и об иерархическом положении и отражает глубокие несправедливости в благосостоянии, властных полномочиях и престиже различных людей и общин. Люди, уже лишенные прав, попадают в еще более тяжелое положение в отношении своего здоровья – свобода участия в экономических, социальных, политических, культурных отношениях имеет внутренне присущую ценность (Sen, 1999). Включение, участие и контроль – все это является важным для социального развития, здоровья и благополучия. А ограниченное участие приводит к ограничению человеческих возможностей, помещению в контекст несправедливости, например в отношении образования, занятости и доступа к биомедицинским и техническим достижениям.

Любые серьезные усилия по уменьшению несправедливости в отношении здоровья будут включать изменение распределения полномочий в обществе и регионах мира, предоставление полномочий отдельным людям и группам людей для сильной и эффективной представленности их потребностей и интересов и в то же время преодоление и изменение несправедливого и постепенно

ухудшающегося распределения общественных ресурсов (условий для здоровья), права на которые имеют все граждане.

Изменения взаимосвязей полномочий могут происходить на различных уровнях, от «микро» уровня отдельных людей, домашних хозяйств или общин до «макро» сферы структурных связей между экономическими, социальными и политическими действующими лицами и учреждениями. Хотя предоставление полномочий социальным группам посредством их участия в разработке связанных с политикой повесток дня и в принятии решений является важным для реализации всеобъемлющего комплекта прав и обеспечения справедливого распределения основных материальных и общественных благ между группами населения, столь же важным является предоставление полномочий для действий посредством направленных снизу вверх и охватывающих широкие массы людей подходов. Борьба против несправедливости, с которой сталкиваются наиболее обездоленные члены общества, и процесс организации таких людей формируют лидирующую роль местного населения. Она может дать полномочия и дает людям большее чувство контроля над своей жизнью и будущим.

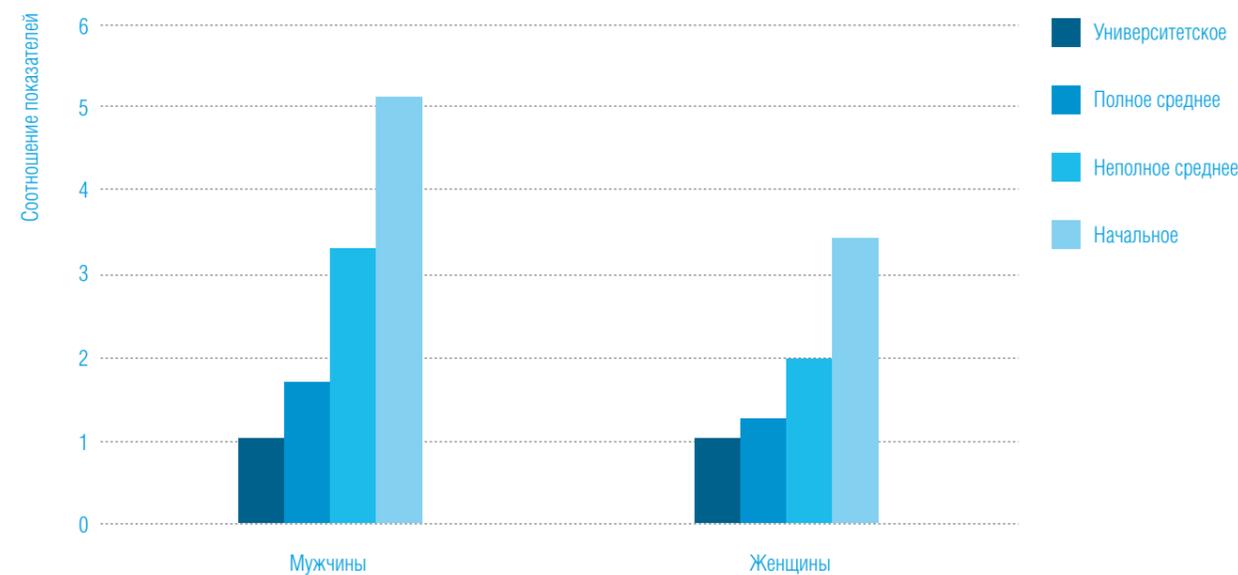
Действия общины или гражданского общества для преодоления несправедливости в отношении здоровья невозможно отделить от обязанности государства гарантировать всеобъемлющий объем прав и обеспечить справедливое распределение основных материальных и общественных благ между группами населения. В равной степени важными являются подходы, направленные сверху вниз и снизу вверх.

Что необходимо сделать

Предоставить полномочия всем группам в обществе посредством справедливой представленности в принятии решений, влияющих на то, как функционирует общество, особенно в связи с его воздействием на справедливость, а также создать и поддерживать социально открытые рамки для принятия политики.

- Укрепить политические и правовые системы для защиты прав человека, обеспечить юридическую идентичность и поддержку потребностей и требований маргинализированных групп, особенно групп коренного населения.

Стандартизованная по возрасту смертность среди мужчин и женщин в Республике Корея, с разбивкой по уровням образования, 1993–1997 гг.



Источник: Son et al., 2002.

- Обеспечить справедливую представленность и участие отдельных людей и общин в принятии решений, связанных со здоровьем, в качестве неотъемлемого элемента права на здоровье.

Предоставить возможности гражданскому обществу организоваться и действовать таким образом, который содействует и реализует политические и социальные права, влияющие на справедливость в отношении здоровья.

Хорошее глобальное управление

Огромные различия в шансах на здоровье и жизнь людей во всем мире отражают дисбаланс мощи и процветания народов. Бесспорные преимущества глобализации по-прежнему в огромной степени распределены неравномерно.

Фактические данные для действий

Послевоенный период характеризовался повсеместным ростом. Однако рост благосостояния и знаний в мире не преобразовался в увеличение справедливости в отношении здоровья в мире. Вместо конвергенции, при которой более бедные страны догоняют страны Организации экономического сотрудничества и развития, последний период глобализации (после 1980 г.) характеризуется победившими и проигравшими странами мира с особенно тревожной стагнацией и обращением вспять ожидаемой продолжительности жизни при рождении в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, и в некоторых других странах бывшего Советского Союза (GKN, 2007). Прогресс в экономическом росте и обеспечении справедливости в отношении здоровья, достигнутый в период между 1960 и 1980 гг. особенно замедлился в последующий период (1980–2005 гг.), так как глобальная экономическая политика сильно ударила по расходам общественного сектора и социальному развитию. Также на втором этапе глобализации (после 1980 г.) в мире произошли значительное увеличение и регулярность финансовых кризисов,

распространение конфликтов, а также вынужденная и добровольная миграция.

Посредством признания в условиях глобализации общих интересов и взаимозависимого будущего совершенно необходимо, чтобы международное сообщество вновь выразило приверженность многосторонней системе, в которой все страны – бедные и богатые – будут участвовать с равным голосом. Лишь при такой системе глобального управления, когда справедливость в отношении здоровья займет центральное место в повестки дня развития, а действительное равенство влияния станет центральным в принятии ее решений, станет возможным последовательное внимание к глобальной справедливости в отношении здоровья.

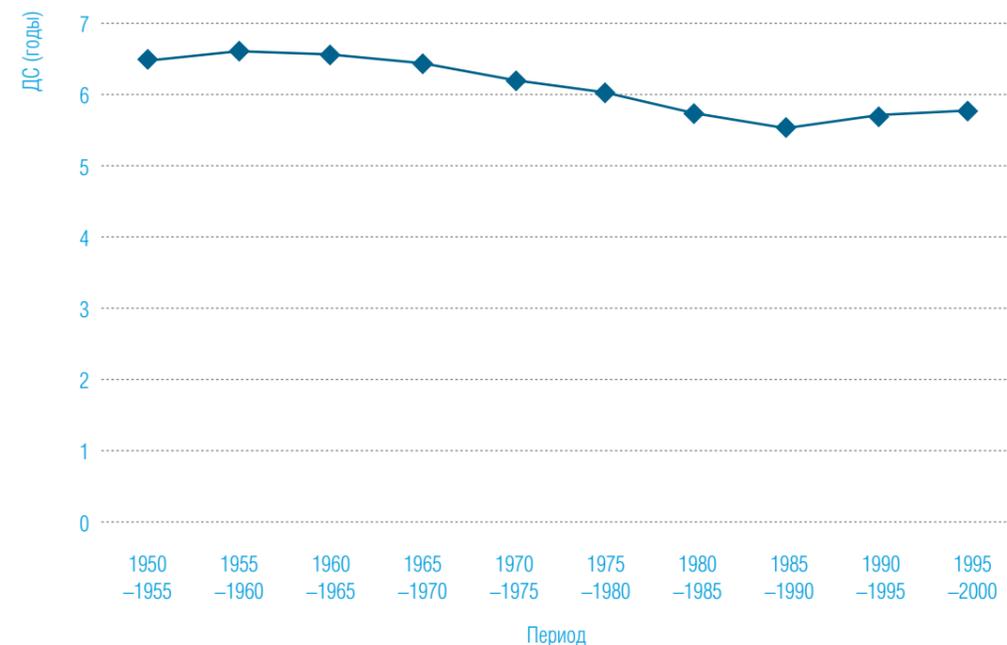
Что необходимо сделать

Сделать справедливость в отношении здоровья глобальной целью в области развития и принять социальные детерминанты здоровья в качестве рамок для укрепления международных действий в области развития.

- Организации Объединенных Наций через ВОЗ и Экономический и Социальный Совет принять справедливость в отношении здоровья в качестве основной глобальной цели в области развития и использовать социальные детерминанты показателей здоровья для мониторинга прогресса.
- Организации Объединенных Наций создать многосторонние рабочие группы по тематическим социальным детерминантам здоровья - первоначально в отношении развития детей раннего возраста, гендерной справедливости, занятости и условий работы, систем медико-санитарной помощи и управления при широком участии.

Укрепить лидерство ВОЗ в глобальных действиях по социальным детерминантам здоровья в качестве руководящего принципа во всех департаментах ВОЗ и страновых программах.

Тенденция в дисперсии смертности (ДС) для ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1950–2000 гг.



Перепечатано с разрешения издателя из работы: Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

3. Измерение и понимание проблемы и оценка влияния действия

Мир быстро изменяется и часто непонятно, какое воздействие социальные, экономические и политические изменения окажут на здоровье в целом и на справедливость в отношении здоровья в странах или во всем мире. Воздействие на социальные детерминанты здоровья будет более эффективным, если будут существовать базисные системы данных, включая записи актов гражданского состояния, и регулярный мониторинг несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья и если будут созданы механизмы, обеспечивающие понимание и применение данных для разработки более эффективной политики, систем и программ. Чрезвычайно важное значение имеют обучение и подготовка по социальным детерминантам здоровья.

Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследование и подготовка

Отсутствие данных часто означает отсутствие признания проблемы. Хорошие фактические данные об уровнях здоровья и его распределении, а также о социальных детерминантах здоровья являются важными для понимания масштабов проблемы, оценки влияния действий и мониторинга прогресса.

Фактические данные для действий

Опыт показывает, что страны, не имеющие базисных данных о смертности и заболеваемости по социально-экономическим показателям испытывают трудности в выполнении повестки дня по обеспечению справедливости в отношении здоровья. Страны с самыми серьезными проблемами здоровья, в том чис-

ле страны в состоянии конфликта, имеют самые плохие данные. Многие страны даже не имеют базисных систем регистрации рождений и смерти. Отсутствие систем регистрации рождений имеет серьезные последствия для результатов здоровья и развития ребенка.

Необходимо далее укреплять базу фактических данных о несправедливости в отношении здоровья, социальных детерминантах здоровья и практических способах их улучшения. К сожалению, большинство финансирования исследований в области здравоохранения чрезмерно сосредоточено на биомедицинских исследованиях. Кроме того, большинство исследований по-прежнему имеют гендерный перекос. Традиционная иерархия фактических данных (в соответствии с которой в самом верху находятся рандомизированные контролируемые испытания и лабораторные эксперименты), как правило, не применяется для исследований в области социальных детерминант здоровья. Судить о фактических данных необходимо по их пригодности для цели - то есть, дают ли они убедительный ответ на поставленный вопрос.

Фактические данные – это лишь одна часть того, что может повлиять на политические решения, – также важными являются политическая воля и учрежденческий потенциал. Политикам необходимо понимать, что влияет на здоровье населения и как действуют отклонения. Воздействие на социальные детерминанты здоровья также требуют создания потенциала среди практиков, в том числе включения преподавания по социальным детерминантам здоровья в учебные планы медико-санитарного и медицинского персонала.

Незарегистрированные дети (тыс.) в 2003 г., по регионам и уровням развития

Регион	Число рождений	Незарегистрированные дети,
Весь мир	133 028	48 276 (36%)
Африка к югу от Сахары	26 879	14 751 (55%)
Ближний Восток и Северная Африка	9790	1543 (16%)
Южная Азия	37 099	23 395 (63%)
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	31 616	5901 (19%)
Латинская Америка и Карибский бассейн	11 567	1787 (15%)
ЦВЕ/СНГ и страны Балтии	5250	1218 (23%)
Промышленно развитые страны	10 827	218 (2%)
Развивающиеся страны	119 973	48 147 (40%)
Наименее развитые страны	27 819	19 682 (71%)

ЦВЕ = Центральная и Восточная Европа; СНГ = Содружество Независимых Государств.
Источник: UNICEF, 2005.

Что необходимо сделать

Чтобы начать действия, имеется достаточно фактических данных о социальных детерминантах здоровья. Правительства при поддержке международных организаций могут воздействовать на социальные детерминанты здоровья еще более эффективно посредством улучшения инфраструктуры для местного, национального и международного мониторинга, исследований и подготовки.

Обеспечить наличие систем регулярного мониторинга справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья на местном, национальном и международном уровнях.

- Обеспечить, чтобы все дети регистрировались при рождении без финансовых затрат для домашнего хозяйства.
- Создать национальные и глобальную системы надзора за справедливостью в отношении здоровья с регулярным сбором данных о социальных детерминантах и несправедливости в отношении здоровья.

Инвестировать в получение новых фактических данных и обмен новыми фактическими данными о способах влияния социальных детерминант на здоровье населения и на справедливость в отношении здоровья, а также на эффективность мер по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты.

- Выделить специальный бюджет на получение фактических данных и глобальный обмен фактическими данными о социальных детерминантах здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Обеспечить подготовку по социальным детерминантам здоровья для политиков, заинтересованных участников и практиков и инвестировать в повышение информированности общественности.

- Включить социальные детерминанты здоровья в медицинскую и медико-санитарную подготовку и более широко улучшить знания о социальных детерминантах здоровья. Обеспечить подготовку политиков и планировщиков по использованию оценки воздействия справедливости в отношении здоровья.
- Укрепить потенциал в ВОЗ для поддержки действий по социальным детерминантам здоровья.



УЧАСТНИКИ

Выше мы изложили основные действия, предложенные в рекомендациях. Здесь мы покажем, от кого зависят эффективные действия. Роль правительств во всех действиях государственного сектора является фундаментальной для справедливости в отношении здоровья. Однако эту роль выполняет не только правительство. Реальные действия для обеспечения справедливости в отношении здоровья становятся возможными благодаря демократическим процессам участия гражданского общества и общественного принятия политики при поддержке на региональном и местном уровнях, а также при поддержке исследований того, что является эффективным, и в сотрудничестве с частным сектором.

Многосторонние учреждения

Самой главной рекомендацией Комиссии является необходимость обеспечить межсекторальную последовательность как при разработке политики, так и в практических действиях, для усиления эффективности воздействия на социальные детерминанты здоровья и улучшения справедливости в отношении здоровья. Многосторонние специализированные и финансовые учреждения могут много сделать для усиления их коллективного воздействия на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья, включая:

- **Последовательность глобального мониторинга и действий:** Принятие справедливости в отношении здоровья в качестве основной общей цели и использование общих глобальных показателей для мониторинга прогресса в области развития; и сотрудничество в многоучрежденческих тематических рабочих группах для согласования действий в отношении социальных детерминант здоровья.
- **Последовательность и подотчетность финансирования:** Обеспечение поддержки в результате увеличения помощи и облегчения бремени задолженности разработки политики и действий в отношении социальных детерминант здоровья со стороны получающих помощь правительств, используя показатели справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья в качестве основных условий получения помощи.
- **Улучшение участия государств – членов ООН в глобальном управлении:** Поддержка справедливого участия государств-членов и других участников в глобальных форумах по разработке политики.

ВОЗ

ВОЗ является полномочным лидером в глобальном здравоохранении. Настало время укрепить лидирующую роль ВОЗ посредством повестки дня для воздействия на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья во всем мире. Это включает ряд действий, в том числе:

- **Последовательность политики на глобальном и национальном уровнях:** Принятие руководящей роли в поддержку создания потенциала по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечения последовательности политики всеми партнерскими учреждениями в рамках многосторонней системы; укрепление технического потенциала во всем мире и среди государств-членов для представления общественно-здравоохранения на главных международных форумах; и поддержка государств-членов в разработке механизмов для последовательной политики и МСД в отношении социальных детерминант здоровья.
- **Измерение и оценка:** Поддержка ориентации на справедливость в отношении здоровья и мониторинг прогресса в достижении справедливости в отношении здоровья между странами и внутри стран в качестве основной цели развития; поддержка создания в государствах-членах национальных систем надзора за справедливостью в отношении здоровья, а также разработка и использование средств оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья и других средств, связанных со справедливостью в отношении здоро-

вья, в качестве национального показателя справедливости; и созыв регулярного глобального совещания для периодического рассмотрения ситуации в мире.

- **Усиление возможностей ВОЗ:** Создание внутреннего потенциала по социальным детерминантам здоровья во всей ВОЗ – от штаб-квартиры до региональных бюро и страновых программ.

Национальные и местные правительства

Основополагающее воздействие на социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья обеспечивает полномочный государственный сектор, основанный на принципах справедливости, участия и межсекторального сотрудничества. Это потребует укрепления основных функций правительства и государственных учреждений на национальном и субнациональном уровне, особенно в связи с последовательностью политики, широким управлением, планированием, разработкой и применением мер регулирования и установлением стандартов. Это будет также зависеть от лидерства и руководства со стороны министерства здравоохранения при поддержке ВОЗ. Правительственные действия включают:

- **Последовательность политики во всем правительстве:** Возложение ответственности за воздействие на здоровье и справедливость в отношении здоровья на самый высокий правительственный уровень и обеспечение ее последовательного рассмотрения при разработке политики всего министерства и его департаментов. Министры здравоохранения могут помочь обеспечить глобальные изменения – они могут сыграть решающую роль в принятии такой ответственности главой государства и другими министерствами.
- **Укрепление действий для обеспечения справедливости:** Взятие обязательства по постепенному созданию всеобщих служб медико-санитарной помощи; создание центрального подразделения по гендерным вопросам для содействия гендерной справедливости во всей политике правительства; улучшение средств к существованию в сельской местности; обеспечение инфраструктурных инвестиций и служб; улучшение жизни в трущобах и укрепление здорового городского планирования при участии местного населения; инвестиции в полную занятость и соответствующие политику и программы в области труда; инвестиции в ECD; работа в направлении всеобщего обеспечения жизненно важных услуг и программ по социальным детерминантам здоровья, независимо от платежеспособности, при поддержке всеобщей программы социальной защиты; и создание национальных рамок регулирующего контроля над товарами, наносящими вред здоровью.
- **Финансы:** Упорядочение поступающих международных финансовых средств (помощь, облегчение бремени задолженности) с помощью рамок воздействия на социальные детерминанты здоровья и с транспарентной подотчетностью; увеличение доходов посредством улучшенного внутреннего налогообложения; и сотрудничество с другими государствами-членами в разработке региональных и/или глобальных предложений о новых источниках международного государственного финансирования.
- **Измерение, оценка и подготовка:** Обеспечивать всеобщую регистрацию рождений; установить для правительства перекрестные показатели справедливости в отношении здоровья посредством создания национальной системы надзора за справедливостью в отношении здоровья; создать потенциал для использования оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья в качестве стандартного протокола во всех основных учреждениях по разработке политики; обеспечить подготовку практиков и политиков по социальным детерминантам здоровья; и повысить среди населения осознание социальных детерминант здоровья.

Гражданское общество

Включение в общество, в котором мы живем, является важным для материальных, психосоциальных и политических аспектов

предоставления полномочий, которые лежат в основе социального благополучия и справедливого здоровья. Являясь членами общины, местные сторонники, поставщики услуг и программ, контролеры эффективности, участники гражданского общества на глобальном и местном уровнях образуют чрезвычайно важный мостик между политикой и планами и реальностью изменений и улучшений в жизни всех людей. Помогая организовать различные голоса в различных общинах и содействуя им, гражданское общество может стать самым сильным пропагандистом справедливости в отношении здоровья. Многие из перечисленных выше действий могут, по крайней мере частично, быть результатом давления и поощрения со стороны гражданского общества; многие вехи в направлении достижения справедливости в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения будут поставлены, достигнуты или не достигнуты в результате внимательного наблюдения участников гражданского общества. Гражданское общество может играть важную роль в воздействии на социальные детерминанты здоровья посредством:

- **Участия в политике, планировании, программах и оценке:** Участие в разработке политики, планировании, осуществлении программ и оценке на глобальном уровне деятельности по детерминантам здоровья посредством национальных межсекторальных форумов для оценки потребностей на местном уровне, оказания услуг и поддержки; и мониторинг качества, справедливости и воздействия услуг.
- **Мониторинга эффективности деятельности:** Осуществлять мониторинг, сообщать и проводить кампании по конкретным детерминантам здоровья, таким как улучшение условий жизни и обслуживания в трущобах, условия формальной и неформальной занятости, детский труд, права коренного населения, гендерная справедливость, службы здравоохранения и образования, корпоративная деятельность, торговые соглашения и охрана окружающей среды.

Частный сектор

Частный сектор оказывает глубокое воздействие на здоровье и благополучие. Хотя Комиссия и признает жизненно важную руководящую роль государственного сектора в действиях по обеспечению справедливости в отношении здоровья, это не подразумевает уменьшения значения деятельности частного сектора. Но это подразумевает и необходимость признать потенциально отрицательные последствия его деятельности и необходимость в ответственности за регулирование в отношении этих последствий. Наряду с контролем нежелательного воздействия на здоровье и справедливость в отношении здоровья, энергичность частного сектора может сделать много для улучшения здоровья и благополучия. Конкретные действия включают:

- **Усиление подотчетности:** Признать и четко выполнять международные соглашения, стандарты и кодексы практики по найму на работу; обеспечить справедливые условия работы и приема на работу для мужчин и женщин; уменьшить и ликвидировать детский труд; обеспечить соблюдение стандартов профессиональной гигиены и безопасности труда; поддерживать в качестве условий занятости возможности образования и профессиональной подготовки, обращая особое внимание на возможности для женщин; и обеспечить такое положение, при котором деятельность и услуги частного сектора (такие, как производство и патентование лекарств, спасающих жизнь, обеспечение систем страхования здоровья) будут способствовать справедливости в отношении здоровья, а не наносить ей вред.
- **Инвестиции в исследования:** Обеспечить приверженность исследованиям и разработкам по лечению забытых болезней и болезней бедности, а также обмениваться знаниями в областях (таких, как патенты на фармацевтические препараты), имеющих потенциал для спасения жизней.

Исследовательские учреждения

Знание того, какой является ситуация в отношении здоровья на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях;

что можно сделать в отношении этой ситуации; и что эффективно работает для изменения несправедливости в отношении здоровья с помощью воздействия на социальные детерминанты здоровья, – находится в центре внимания Комиссии и лежит в основе ее рекомендаций. Исследования являются необходимыми. Но не просто как академические упражнения, а для генерирования нового понимания и распространения такого понимания с помощью практически доступных способов среди всех партнеров, перечисленных выше. Исследования и знания социальных детерминант здоровья будут основываться на постоянной приверженности академических кругов и практиков, но также на новых методологиях, признающих и использующих разнообразные фактические данные, признающих гендерную дискриминацию в процессах исследований и признающих добавленную стоимость глобального расширения сетей знаний и общин. Действия в этой области включают:

- **Получение и распространение знаний о социальных детерминантах здоровья:** Обеспечение исследовательского финансирования на работу в области социальных детерминант здоровья; поддержка глобальной обсерватории здоровья, а также многосторонней, национальной и локальной перекрестно-секторальной работы посредством разработки и тестирования показателей социальных детерминант здоровья и оценки воздействия практических мер; создание и расширение виртуальных сетей и информационных центров, основанных на принципе открытого доступа, ориентированных на увеличение доступности из мест с высокими, средними и низкими доходами; содействие возвращению специалистов, уехавших из стран с низкими и средними доходами; а также учет и устранение гендерной дискриминации в исследовательских группах, предложениях, проектах, практике и отчетах.

ВОЗМОЖНА ЛИ ЛИКВИДАЦИЯ РАЗРЫВА В ЗДОРОВЬЕ ЗА ОДНО ПОКОЛЕНИЕ?

Этот вопрос – является ли возможной ликвидация разрыва в здоровье за одно поколение – имеет два четких ответа. Если все продолжится так же, как и было, то шансов нет совсем. Если будет истинное желание изменить ситуацию, если сформируется видение лучшего и более справедливого мира, в котором шансы людей на жизнь и здоровье не будут более зависеть от того, где они родились, от цвета их кожи или от отсутствия возможностей их родителей, то ответ является следующим: нам предстоит долгий путь, прежде чем мы добьемся этого.

Меры могут быть приняты, и мы показали это во всем докладе. Однако последовательные действия должны быть разработаны в отношении всех детерминант, во всех областях, изложенных выше, и должны быть направлены как на ликвидацию структурной несправедливости, так и на обеспечение более непосредственного благополучия. Для достижения этого изменения должны начинаться в начале жизни и происходить на протяжении всей жизни. Призыв ликвидировать разрыв за одно поколение, мы вовсе не предполагаем, что социальный градиент здоровья в странах или резкие различия между странами будут ликвидированы за 30 лет. Однако фактические данные, изложенные в Заключительном докладе в отношении как возможных темпов улучшения здоровья, так и средств, необходимых для достижения изменений, свидетельствуют о том, что значительное сокращение разрыва, безусловно, является достижимым.

Это долгосрочная повестка дня, требующая начать инвестиции незамедлительно и внести серьезные изменения в социальную политику, экономические соглашения и политические действия. В центре этих действий должно быть предоставление полномочий отдельным людям, общинам и странам, которые в настоящее время не имеют свою справедливую долю. Знания и средства для изменений у нас есть и все они изложены в докладе. Сейчас необходима политическая воля осуществить эти исключительно трудные, но возможные изменения. Отсутствие действий с нашей стороны в последующие десятилетия будет признано как крупномасштабная неспособность взять на себя ответственность, возложенную на всех нас.



ГЛАВА 1

Комиссия по социальным детерминантам здоровья выдвигает новую глобальную повестку дня

Наши дети обладают совершенно разными жизненными возможностями в зависимости от того, где они родились. В Японии или Швеции они могут рассчитывать на то, что проживут более 80 лет; в Бразилии – 72 года; в Индии – 63 года, а в некоторых африканских странах – менее 50 лет. Жизненные возможности резко различаются также и внутри стран. Это наблюдается везде, даже в самых богатых государствах. В странах с низким доходом соотношение между бедностью и зажиточностью может быть иным, однако повсюду более богатые процветают, а более бедные – нет.

Но ведь это неправильно, и так не должно быть. Здоровье людей в некоторых странах и группах населения постоянно остается на более низком уровне, чем в других, вовсе не из-за неудачного стечения обстоятельств или вследствие особенностей индивидуального образа жизни. Там, где систематические различия в отношении здоровья считаются предотвратимыми с помощью разумных действий на международном уровне или в масштабах общества, они, разумеется, необоснованны. Именно такое положение вещей мы называем несправедливостью в отношении здоровья.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

По традиции для решения своих проблем, связанных со здоровьем и болезнями, люди обращаются в сектор здравоохранения. Безусловно, одной из социальных детерминант здоровья является неравномерное распределение медицинской помощи, когда те, кто больше всего в ней нуждается, её не получают. Однако тяжелое бремя болезней, приводящих к ужасающей преждевременной потере жизни, возникает в значительной степени из-за условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся – условий, которые в совокупности обеспечивают свободу, необходимую людям для того, чтобы вести ту жизнь, которая представляет для них ценность (Sen, 1999; Marmot, 2004).

В свою очередь, неудовлетворительные и неравные условия жизни являются следствием более общих структурных условий – неэффективных социальных мероприятий и программ, несправедливых экономических механизмов и нездорового политического климата, – которые в своей совокупности формируют способ организации общества. Эти «структурообразующие факторы» действуют в пределах стран, управляемых своими правительствами, а кроме того, в последние полтора столетия под влиянием глобализации во всевозрастающей степени проявляются в международных отношениях. Эта ядовитая смесь порочных социально-экономических мероприятий, хозяйственных механизмов и политического климата в значительной мере ответственна за то, что состояние здоровья большинства населения Земли, по сравнению с его биологическими возможностями, оставляет желать лучшего. Условия повседневной жизни, сами являющиеся результатом воздействия этих структурообразующих факторов, в совокупности представляют собой социальные детерминанты здоровья.

Исправление всего этого неравенства является предметом социальной справедливости. Для Комиссии по социальным детерминантам здоровья (далее – «Комиссии»), уменьшение несправедливости в отношении здоровья – это моральный императив. Право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья зафиксировано в Уставе (Конституции) Всемирной орга-

низации здравоохранения (ВОЗ) и многочисленных международных соглашениях (UN, 2000a). Однако степень соблюдения этих прав в разных уголках мира явно неодинакова. Социальная несправедливость убивает людей в огромных масштабах.

НОВАЯ ПОВЕСТКА ДНЯ В ИНТЕРЕСАХ ЗДОРОВЬЯ, СПРАВЕДЛИВОСТИ И РАЗВИТИЯ

Мы начали с предположения о том, что не существует никакой биологической причины, по которой у девочки в одной точке земного шара, скажем в Лесото, ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖР) неизбежно должна быть на 42 года меньше, чем у девочки в другой точке земного шара, например в Японии. Точно так же нет никакой биологической причины, по которой между социальными группами в любой отдельно взятой стране обязательно должна существовать разница по показателю ОПЖР в 20 и более лет. Измените социальные детерминанты здоровья – и уровень справедливости в отношении здоровья резко повысится.

Мы призываем ликвидировать разрыв в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения. Этот призыв отражает наше мнение о том, что действия – в социальной, политической и экономической сферах – способны привести к резкому сокращению различий в состоянии здоровья населения между странами и внутри стран. Речь идет не о прогнозе того, что социальный градиент здоровья внутри стран или резкие различия между странами будут ликвидированы через 30 лет; а о требовании, чтобы проблема ужасающей несправедливости, которую мы наблюдаем по всему миру, была поставлена на первое место в повестке дня глобальных, региональных и национальных действий. Приведенные в этом докладе данные о том, какими темпами может улучшаться состояние здоровья, и какие средства нужны для достижения перемен, вселяет в нас надежду на то, что преодоление разрыва достижимо, однако оно потребует действий уже сейчас.

ТРИ ПРИНЦИПА ДЕЙСТВИЙ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Анализ, проведенный Комиссией в соответствии с вышеперечисленными социальными детерминантами здоровья, позволяет сформулировать три принципа действий:

- 1 Улучшение условий повседневной жизни – условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся.
- 2 Преодоление – на глобальном, национальном и местном уровнях – несправедливости в распределении власти, денег и ресурсов – структурообразующих факторов, которыми определяются эти условия повседневной жизни.
- 3 Измерение масштаба проблемы, оценка действий, расширение базы знаний, подготовка кадров, обладающих квалификацией в области социальных детерминантов здоровья, и повышение информированности общества о значении этих детерминантов.

Хотя структура представленного ниже доклада строится вокруг этих трех принципов, в нем не предусмотрено какой-либо четкой последовательности действий. Измерение масштаба проблемы и принятие мер по ее решению должны происходить одновременно. Воздействие на условия повседневной жизни и на структурообразующие факторы этих условий также следует осуществлять одновременно, поскольку они не альтернативны по отношению друг к другу.

В работе Комиссии воплощается новый подход к развитию. Здоровье и справедливость в отношении здоровья могут не являться целью всех мероприятий социальной политики, но они будут ее фундаментальным результатом. Возьмем, к примеру, центральную роль, отводимую в социально-экономической политике экономическому росту: экономический рост, несомненно, важен, особенно для бедных стран, поскольку он дает возможность обеспечить ресурсы для инвестиций в улучшение жизни населения. Но сам по себе экономический рост без адекватной социальной политики, обеспечивающей разумную справедливость механизма распределения порожденных им благ, не приносит никакой пользы для здоровья.

Системам здравоохранения принадлежит важная роль. Не менее важна ответственность министерств здравоохранения за ту руководящую роль, которую они играют. Сектор здравоохранения должен действовать в согласии с другими секторами общества. Здоровье и справедливость в отношении здоровья являются важными критериями успеха социальной политики. Но кроме сектора здравоохранения, в воздействии на социальные детерминанты здоровья должны участвовать все органы власти, гражданское общество¹ и местные общины, деловые круги, глобальные форумы и международные специализированные учреждения.

По мере того как процессы глобализации сближают народы и страны, мы всё отчетливее видим взаимозависимость наших стремлений – стремления к безопасности человечества, включая защиту от бедности и исключенности, и стремления к человеческой свободе (Sen, 1999), – направленных не только на то, чтобы расти и процветать лично, но и на то, чтобы расти и процветать сообща. Мы признаём наличие преград на пути к глобальному общему процветанию, в частности, столкновение интересов некоторых социальных групп и стран. Но мы также признаем ценность и необходимость коллективных действий – на национальном и глобальном уровнях, – нацеленных на исправление разрушительных последствий неравенства жизненных возможностей.

ДВЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ НЕОТЛОЖНЫХ ДЕЙСТВИЙ: СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Широкая общественность наконец-то признала, что разрушение и истощение природных экологических систем, включая изменение климата, являются не просто предметом технической дискуссии в среде специалистов-экологов, но имеют далеко идущие последствия для образа жизни людей во всем мире, а также для всех живых существ. В обязанности и компетенцию Комиссии не входила задача разработки нового международного

экономического порядка, который обеспечивал бы равновесие между потребностями социально-экономического развития всего человечества, осуществлением справедливости в отношении здоровья и безотлагательным решением проблемы глобального потепления. Однако обе эти повестки дня требуют в подходе к себе ощущения необходимости неотложных действий и готовности экспериментировать с новаторскими решениями.

КОМИССИЯ И ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Исходя из духа социальной справедливости, Комиссия была создана ныне покойным Генеральным директором ВОЗ д-ром Ли Чон-вук. Он рассматривал воздействие на социальные детерминанты здоровья как путь к достижению справедливости в отношении здоровья. Комиссия, созданная с целью систематизации фактических данных о том, что можно сделать для поощрения справедливости в отношении здоровья и содействия всемирному движению, направленному на достижение этой цели, представляет собой инструмент глобального сотрудничества разработчиков политики, ученых и гражданского общества, во главе с членами Комиссии, обладающими гигантским арсеналом опыта в области политики, научных исследований и адвокатирувания. Обеспечение справедливости в отношении здоровья неизбежно является подлинно глобальной задачей. Нынешний Генеральный директор д-р Маргарет Чен отнеслась к Комиссии с энтузиазмом. Она заявила:

«Никто не должен быть лишен доступа к мерам вмешательства, направленным на спасение жизни или улучшение здоровья, на несправедливых основаниях, в том числе по экономическим или социальным причинам. Этими и другими проблемами занимается Комиссия по социальным детерминантам здоровья... Когда речь идет о здоровье, справедливость поистине является вопросом жизни и смерти». (Chan, 2007)

Генеральный директор Чен поручила ВОЗ осуществление деятельности, связанной с социальными детерминантами здоровья, не только потому, что у Организации имеются соответствующие властные полномочия, но и потому, что она обладает необходимым моральным авторитетом.

СОДЕЙСТВИЕ ВСЕМИРНОМУ ДВИЖЕНИЮ ЗА ПЕРЕМЕНЫ

Комиссия стремится содействовать всемирному движению за перемены. Причины этого ясны: здоровье является универсальной ценностью, а люди стремятся к справедливости. При изучении этого вопроса получены убедительные доказательства беспочвенности несправедливости в отношении условий жизни (YouGov Poll, 2007), приводящих к различиям в состоянии здоровья (RWJF Commission, 2008). Наши основные выводы уже получили широкую поддержку. Хотя ВОЗ является основным и жизненно важным участником осуществления повестки дня в области справедливости в отношении здоровья, глобальное движение создается множеством заинтересованных сторон. Понятно также, что изменение социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья представляет собой долгосрочную повестку дня, требующую непрерывной поддержки и инвестиций.

¹ Под гражданским обществом понимается сфера добровольной коллективной деятельности, объединенной общими интересами, целями и ценностями. Теоретически его институциональные формы отличаются от государственных, семейных и рыночных институтов, хотя на практике границы между государством, гражданским обществом, семьей и рынком носят сложный характер. Нередко гражданское общество включает в себя такие структуры, как зарегистрированные благотворительные организации, неправительственные организации в области развития, группы, действующие на уровне общин, женские, религиозные организации, профессиональные ассоциации, профсоюзы, группы самопомощи, общественные движения, ассоциации бизнеса, коалиции и группы адвокатирувания.

ВЫЙТИ ЗА РАМКИ РУТИНЫ

С самого начала существования Комиссии главным предметом ее заботы было то, что осуществление реальных перемен может показаться нереалистичным, а поверхностные изменения будут выглядеть более привлекательными для тех, кто предпочитает ничего не менять в своей работе. Многочисленные примеры неопровержимо свидетельствуют о том, что «ничего не менять» становится все труднее. При оценке работы Комиссии, кроме энтузиазма, мы столкнулись с двумя видами критики в адрес социальных детерминантов здоровья: «Все это нам уже известно» и «У вас нет никаких доказательств в поддержку ваших действий». Подвергаясь критике с этих двух позиций, Комиссия стремится проложить новый путь к действиям. Мы действительно многое знаем о социальных детерминантах здоровья. Тем не менее процесс разработки политики слишком часто происходит так, словно никаких знаний в этой области не существует. К тому же того, что мы знаем, *всё ещё недостаточно*. Существует настоятельная потребность вкладывать гораздо больше средств в исследования, объединяя различные дисциплины и области знаний, чтобы определить, как социальные детерминанты создают неравенство в отношении здоровья и как воздействие на эти детерминанты может сделать здравоохранение более совершенным и справедливым.

В отличие от многих других подобных органов, Комиссия с самого начала поощряла и поддерживала конкретные действия в реальном мире. За три года ее концепцию принял на вооружение целый ряд стран. Бразилия, Великобритания, Исламская Республика Иран, Канада, Кения, Мозамбик, Чили, Шри-Ланка и Швеция стали партнерами Комиссии и добились успехов в разработке различными правительственными структурами политических мероприятий по воздействию на социальные детерминанты справедливости в отношении здоровья. Их примеру собираются последовать и другие страны. (Горячее желание присоединиться уже выразили Аргентина, Мексика, Новая Зеландия, Норвегия, Польша и Таиланд.) Впрочем, по сравнению с общим перечнем наций, список государств – партнеров Комиссии всё ещё сравнительно невелик. Во многих странах положение не изменилось и, несомненно, для изменений потребуется время. Но наши страны-партнеры представляют собой поразительные примеры политической воли и практической приверженности делу. Можно ли изменить ситуацию к лучшему? Да, можно. В перечисленных нами странах это уже происходит. Как показано в Части 3 и Части 4 данного доклада, для осуществления мер воздействия на социальные детерминанты здоровья жизненно важны партнерские отношения с другими странами, гражданским обществом, ВОЗ, другими международными организациями и средствами формирования общественного мнения.

ПОЧЕМУ СЕЙЧАС?

Шестьдесят лет назад, в момент своего рождения, и еще раз – 30 лет назад в Алма-Ате – ВОЗ сделала вдохновляющие заявления. Эти заявления соответствуют нашему сегодняшнему призыву. Что изменилось с тех пор?

Больше информации

Сейчас в мире распространяется значительно больше информации как о характере проблемы несправедливости в отношении здоровья, так и о том, что можно предпринять, чтобы воздействовать на социальные детерминанты здоровья.

Более высокий уровень развития

Доминирующая модель развития меняется. Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРДТ), отражают беспрецедентную глобальную задачу осуществления реальных устойчивых изменений в жизни людей в бедных странах. Растет потребность в новом подходе к социальному развитию – подходе, который выходит за рамки всепоглощающей сосредоточенности на экономическом росте, позволяя взглянуть на построение благосостояния через призму совокупного воздействия экономического роста и расширения прав и возможностей (Stern, 2004).

Более активное лидерство в сфере здравоохранения

Создав Комиссию, ВОЗ тем самым выразила свое стремление к переменам. Со своей стороны, государства – члены ВОЗ все громче призывают к созданию новой модели здравоохранения – как в интересах социальной справедливости, так и ввиду всевозрастающей экологической неустойчивости традиционной модели медицинской помощи.

Экологически неустойчивый статус-кво

Сегодня то, что происходит в каком-либо одном районе мира – финансовые кризисы, конфликты, миграция населения, торговля и труд, производство и безопасность продуктов питания, а также заболеваемость, – оказывает воздействие повсюду. Масштабы проявления несправедливости чреват экологической неустойчивостью. Подтверждая обоснованность призыва к обеспечению социальной справедливости в мировом масштабе, неопровержимые данные об изменении климата и загрязнении окружающей среды устанавливают четкие пределы будущего, основанного на сохранении существующего положения, и способствуют укреплению во всем мире политической воли к осуществлению перемен.

МОЖЕТ ЛИ ПОЛОЖЕНИЕ ИЗМЕНИТЬСЯ?

На вопрос, можно ли преодолеть разрыв в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения, существуют два четких ответа. Если мы будем продолжать жить так, как живем сейчас, то никаких шансов нет. Если же у нас появится искреннее желание изменить ситуацию, если будет сформулирована концепция лучшего и более справедливого мира, в котором жизненные перспективы людей и их здоровье больше не будут зависеть от того, где им довелось родиться, от цвета их кожи или отсутствия благоприятных возможностей у их родителей, то ответ будет следующим: нам предстоит долгий путь, прежде чем мы добьемся этого.

Осуществление этой концепции потребует серьезных изменений в социальных мероприятиях, экономических механизмах и политических действиях. В центре этих действий должно быть расширение прав и возможностей людей, общин и стран, которые в настоящее время не получают причитающейся им доли. Знания и средства для осуществления перемен – у нас под руками и рассмотрены в настоящем докладе. Требуется лишь политическая воля для осуществления этих трудных, но достижимых изменений.

Это долгосрочная повестка дня, выполнение которой требует инвестиций в течение всей жизни и начинается прямо сейчас. Бездействие в ближайшие десятилетия будет выглядеть как грандиозная неспособность осознать ответственность, которая лежит на наших плечах.

ГЛАВА 2

Глобальная несправедливость в отношении здоровья: необходимость действий

НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕХ СТРАНАХ

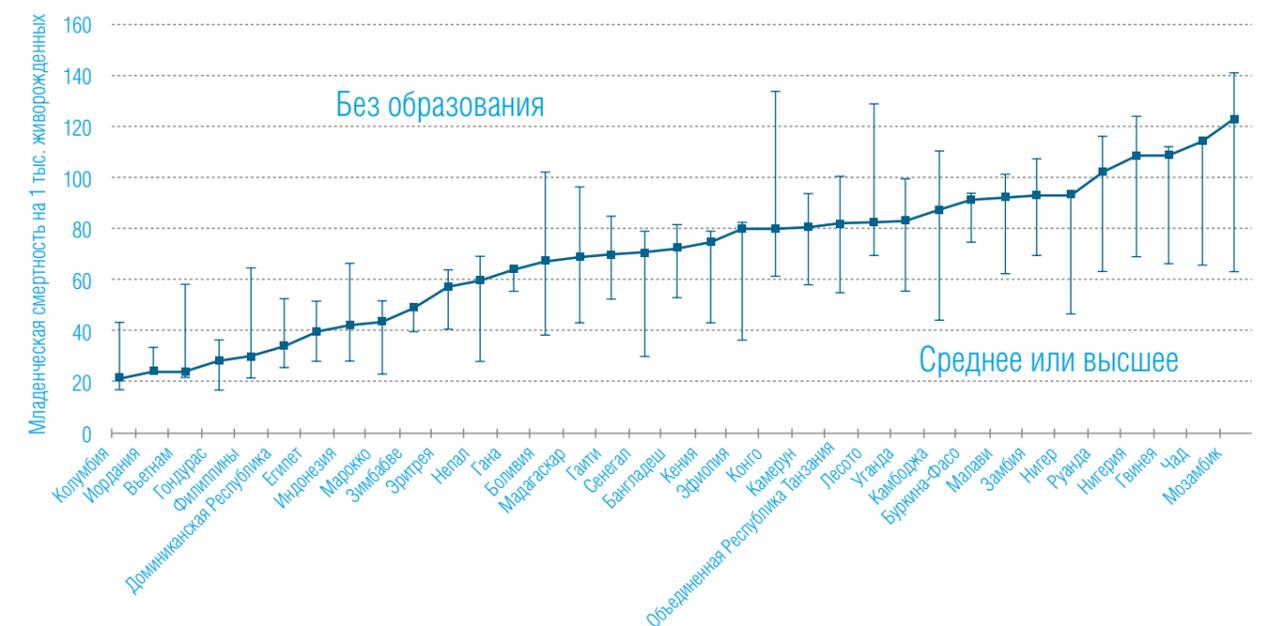
«Нет таких условий, к которым человек не мог бы привыкнуть, в особенности если он видит, что все окружающие его живут так же». (Лев Толстой, 1877)*

Мы слишком привыкли к преждевременной смерти, болезням и к тем условиям, которые их порождают. Однако большая часть глобального бремени болезней и преждевременной смерти предотвратима, а потому неприемлема. Такое положение вещей несправедливо. У справедливости в отношении здоровья есть два важных аспекта: повышение среднего уровня состояния здоровья населения стран и ликвидация предотвратимого неравенства в отношении здоровья внутри страны. В обоих случаях – применительно к среднему уровню состояния здоровья и его распределению внутри страны – цель должна состоять в том, чтобы довести состояние здоровья тех, кто находится в наиболее неблагоприятном положении, до уровня самых благополучных групп. Если бы во всем мире был такой показатель младенческой смертности, как в Исландии (WHO, 2007с), то из каждой тысячи живорожденных младенцев умирали бы только два, и тогда ежегодно

в мире количество случаев младенческой смертности было бы на 6,6 млн меньше.

Однако распределение случаев младенческой смертности весьма неравномерно, как между странами, так и внутри отдельно взятой страны. На рис. 2.1 показана межстрановая вариация показателя младенческой смертности – от 20 случаев на 1 тыс. живорожденных в Колумбии до более 120 в Мозамбике. Рисунок также свидетельствует о вопиющем неравенстве, существующем внутри стран: шансы младенца на выживание тесно связаны с уровнем образования матери. В Бразилии показатель смертности среди младенцев, рожденных женщинами без образования, превышает 100 случаев на 1 тыс. живорожденных; показатель младенческой смертности среди детей, рожденных матерями, которые имели среднее или высшее образование, не достигает 40 на 1 тыс.. Во всех странах, включенных в график на рис. 2.1, дети, рожденные женщинами без образования, находятся в уязвимом положении. Если для стран с низким доходом показатель младенческой смертности, составляющий 2 случая на 1 тыс. живорожденных, представляется слишком нереалистичным, мы обязаны, по крайней мере, учитывать масштабы улучшения выживаемости младенцев, которое явно может быть достигнуто благодаря повышению образовательного уровня девочек и женщин.

Рисунок 2.1. Межстрановое и внутривосточное неравенство по показателю младенческой смертности в зависимости от уровня образования матери



Данные Программы обследований в области народонаселения и здравоохранения (DHS, nd), полученные на её веб-сайте с помощью компьютерной программы STATAcompiler. Сплошная темная линия отражает средний показатель младенческой смертности для стран; конечные точки вертикальных отрезков указывают на показатель младенческой смертности для матерей без образования и матерей со средним или высшим образованием.

* Толстой Л.Н. Анна Каренина // Л.Н. Толстой. Собр. соч. в 20 т.– М., ГИХЛ, 1963, Т. 9, с. 317. – Примеч. пер.

НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

ОПЖР для коренных австралийцев (59,4 у мужчин и 64,8 у женщин в период 1996–2001 гг.) значительно ниже, чем средняя ОПЖР для всего населения Австралии (соответственно, 76,6 и 82,0 в период 1998–2000 гг.) (Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner, 2005).

В Европе избыточный риск смерти среди взрослых среднего возраста в группах низшего социально-экономического уровня располагается в диапазоне от 25 до 50 и даже до 150% (Mackenbach, 2005).

Несправедливость в отношении здоровья наблюдается среди людей наиболее преклонного возраста. Распространенность долгосрочной инвалидности среди европейских мужчин в возрасте более 80 лет составляет 58,8% среди менее образованных против 40,2% среди высокообразованных (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003).

В Соединенных Штатах Америки в период с 1991 по 2000 г. можно было бы предотвратить 886 202 случая смерти, если бы удалось уравнивать показатели смертности белого и афро-американского населения. Для сравнения, за тот же период благодаря достижениям медицины были спасены 176 633 жизни (Woolf et al., 2004).

Во всем мире сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стоят на первом месте среди патологических состояний, приводящих к смертельному исходу. По оценкам, в 2005 г. от ССЗ умерло 17,5 млн чел., что составляет 30% всех смертей в мире. Свыше 80% случаев смерти от ССЗ происходит в странах с низким и средним доходом (WHO, nd, a).

Восемьдесят процентов лиц, страдающих диабетом, живут в странах с низким и средним доходом. Если не принять срочных мер, количество смертей от диабета в ближайшие 10 лет может увеличиться более чем на 50% (WHO, nd, c).

Проблемы с психическим здоровьем будут становиться всё более серьезными. Согласно оценкам, в 2030 г. в странах с высоким доходом основную причину заболеваемости будут составлять униполярные депрессивные расстройства, а в странах со средним и низким доходом они, по степени распространенности, станут заболеваниями номер два и номер три, соответственно (Mathers & Loncar, 2005).

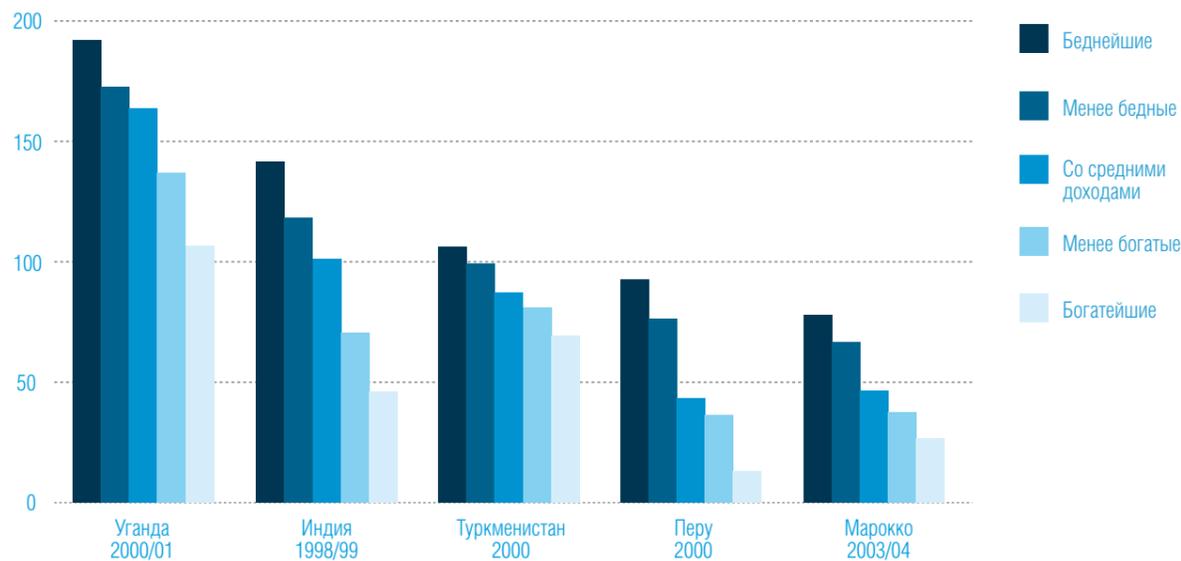
В Афганистане риску материнской смерти подвергается в течение жизни каждая восьмая женщина, в Швеции – одна из 17 400 (WHO et al., 2007).

В Индонезии среди бедных женщин материнская смертность в три-четыре раза выше, чем среди богатых (Graham et al., 2004).

Ежедневно во всем мире более 13 500 чел. умирают от последствий потребления табака. В течение ближайших 20 лет общее число смертных случаев среди курильщиков увеличится с 5 до 8 млн. Вскоре табакокурение станет главной причиной смертности в развивающихся странах (как в настоящее время в странах с высоким доходом) (Mathers & Loncar, 2005).

Во всем мире употребление алкоголя вызывает 1,8 млн смертей (3,2% общего числа смертных случаев). Из них примерно треть происходит от неумышленных травм (WHO, nd, b).

Рисунок 2.2. Детская смертность в возрасте до 5 лет на 1 тыс. живорожденных в зависимости от уровня благосостояния домохозяйства



Источник: Gwatkin et al. (2007), с использованием данных DHS. Социальный градиент проявляется не только в бедных странах. На рис. 2.3 представлены данные национальной статистики по некоторым регионам Соединенного Королевства (Англии и Уэльсу) о населении, классифицированном по уровню депривации в низовых территориальных сообществах. Как можно заметить, показатель смертности последовательно изменяется в соответствии с уровнем депривации (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). Разброс значений широк: показатели смертности в наиболее и наименее обездоленных группах населения различаются более чем в 2,5 раза.

ГРАДИЕНТ

Во всем мире самое плохое состояние здоровья наблюдается у беднейших слоев населения. Те, кто находится в самом низу шкалы распределения мирового и национального богатства, кто маргинализирован и обездолен в своей стране, а также целые государства, поставленные в невыгодное положение в результате многовековой эксплуатации и укоренившейся несправедливости мировых институтов власти и разработки политики, с моральной и практической точек зрения представляют собой главный объект неотложных действий. Но сосредоточение усилий на самых обездоленных группах населения, на «разрыве» между беднейшими и остальными – это лишь часть ответа. На рис. 2.2 представлены показатели детской смертности в возрасте до 5 лет в зависимости от уровня благосостояния домохозяйства. Вывод ясен: связь между социально-экономическим уровнем и состоянием здоровья имеет свою градиацию. В квинтили, занимающей второе место по уровню благосостояния, смертность потомства выше, чем в верхней квинтили. Мы назвали это явление социальным градиентом здоровья (Marmot, 2004).

Социальный градиент проявляется не только в бедных странах. На рис. 2.3 представлены данные национальной статистики по некоторым регионам Соединенного Королевства (Англии и Уэльсу) о населении, классифицированном по уровню депривации в местах проживания. Как можно заметить, показатель смертности последовательно изменяется в соответствии с уровнем депривации (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). Разброс значений широк: показатели смертности в наиболее и наименее обездоленных группах населения различаются более чем в 2,5 раза.

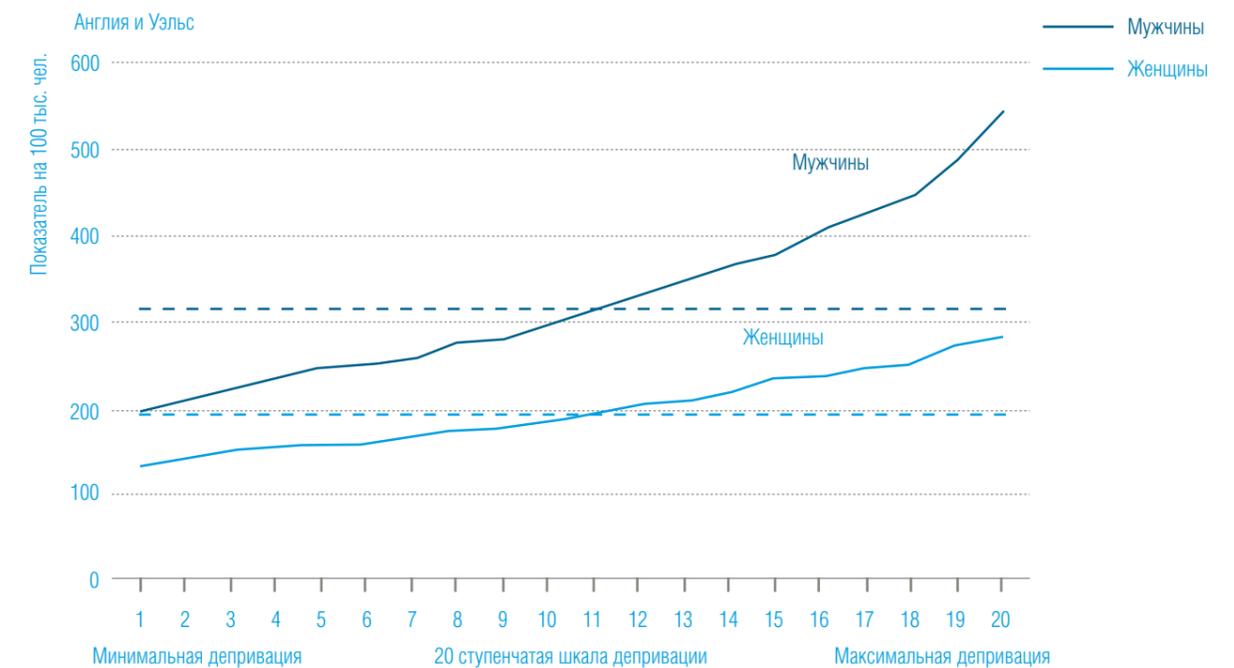
БЕДНЕЙШИЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ ЗДОРОВЬЯ

Смысл рисунков 2.1, 2.2 и 2.3 ясен. Нас должны беспокоить не только материальная депривация – плохие материальные условия у 40% населения мира, живущих не более чем на 2 долл. США в день, но и социальный градиент здоровья, влияющий на жителей как богатых, так и бедных стран.

Бедность – это не только отсутствие дохода. Вывод, вытекающий из социальной градиентности здоровья и плохого его состояния у беднейших слоев населения, заключается в том, что несправедливость в отношении здоровья вызвана несправедливым распределением доходов, товаров, и услуг, а, следовательно, и шансов на процветание. Это несправедливое распределение не является в каком-либо смысле «естественным» феноменом, но представляет собой результат политики, при которой интересы одних ценятся выше, чем интересы других, иными словами, – интересы богатого и могущественного меньшинства слишком часто ценятся выше интересов большинства, лишенного прав и возможностей.

Люди, отнесенные к нижней ступени диапазона на рис. 2.3, по мировым стандартам являются богатыми. Все они тратят на жизнь сумму, намного превышающую 2 долл. США в день, пользуются чистой питьевой водой, живут в комфортных санитарно-гигиенических условиях, а показатель младенческой смертности здесь составляет менее 10 на 1 тыс. живорожденных. Тем не менее у них более высокий коэффициент смертности, чем в средней части данного социально-экономического диапазона. Конечно, те, что в середине, в этом смысле тоже не испытывают материальных лишений, но смертность у них выше, чем у тех, кто занимает более высокие ступеньки: чем выше со-

Рисунок 2.3. Показатели смертности, стандартизированные по возрасту, для всех причин смерти, в зависимости от уровня депривации, измеряемого по двадцатиступенчатой шкале; лица в возрасте 15–64 лет, 1999–2003, Соединенное Королевство (Англия и Уэльс)



Пунктирные линии соответствуют средним показателям смертности для мужчин и женщин в некоторых регионах Соединенного Королевства (Англии и Уэльсе).

Таблица 2.1
Средняя ожидаемая продолжительность жизни мужчин в некоторых странах: неравенство между странами и внутри страны

Страна	Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении
Соединенное Королевство, Шотландия, Глазго (район Калтон) ^b	54
Индия ^a	62
США, Вашингтон, округ Колумбия (чернокожие) ^c	63
Филиппины ^a	64
Литва ^a	65
Польша ^a	71
Мексика ^a	72
США ^a	75
Куба ^a	75
Соединенное Королевство ^a	77
Япония ^a	79
Исландия ^a	79
США ^a , округ Монтгомери (белые) ^c	80
Соединенное Королевство, Шотландия, Глазго (район Сев. Лензи) ^b	82

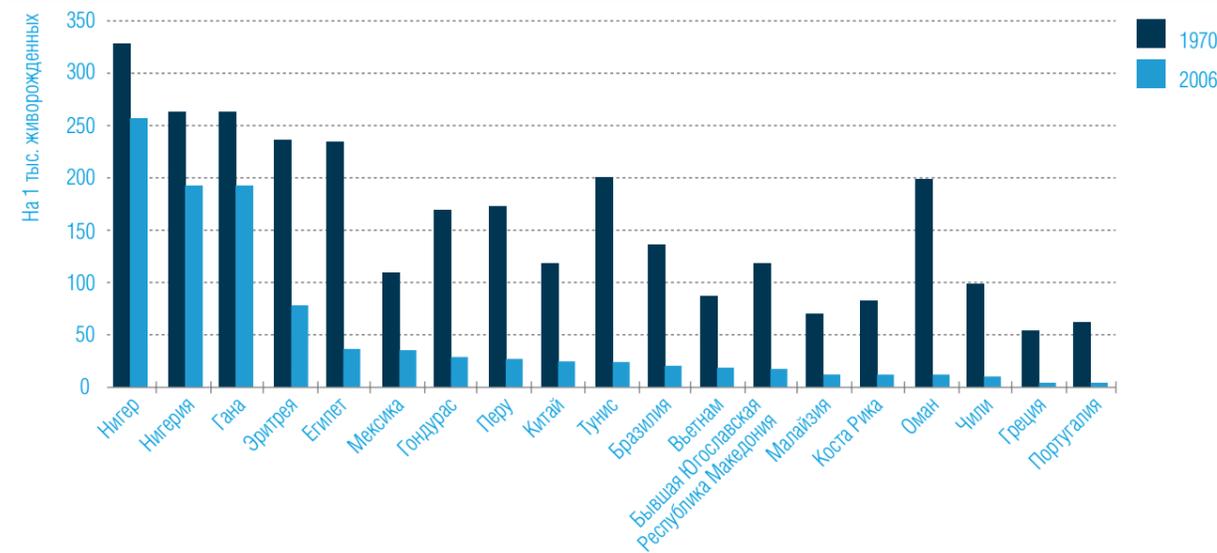
a) Данные по странам: статистика за 2005 г. из сборника World Health Statistics (WHO, 2007c).
b) Сводные данные, 1998–2002 (Hanlon, Walsh & Whyte, 2006).
c) Сводные данные, 1997–2001 (Murray et al., 2006).

циальная обездоленность, тем хуже состояние здоровья. Крутизна градиента варьируется по времени и в пределах страны. Таким образом, представляется вероятным, что воздействие на социальные детерминанты здоровья приведет к снижению социального градиента здоровья (Магмот, 2004).

В богатых странах низкое социально-экономическое положение ассоциируется с плохим образованием, отсутствием комфорта, потерей работы и нестабильностью рабочего места, неудовлетворительными условиями труда и небезопасной средой проживания, что, в свою очередь, оказывает воздействие на семейную жизнь. Все вышесказанное относится и к социально обездоленным слоям населения в странах с низким доходом, которые, кроме того, страдают от значительного бремени материальной депривации и уязвимости перед стихийными бедствиями. Таким образом, эти характеристики социальной обездоленности, – а именно то, что в ряде вопиющих случаев состояние здоровья менее обеспеченных слоев общества в странах с высоким доходом оказывается ниже среднего уровня здоровья в странах с не столь высоким доходом (табл. 2.1), – являются важными для здравоохранения.

Как показывают вышесказанные данные, несправедливость в отношении здоровья является предметом озабоченности для всех людей и всех стран мира. Неотложный характер этой озабоченности усиливается благодаря тому, что проблемы в области здоровья, с которыми сталкиваются страны, а также меры, необходимые для их решения, все больше сближаются. В то время как в беднейших странах тяжелое бремя заболеваний включает и инфекционные и неинфекционные болезни, а также травмы, во всех других регионах мира преобладают неинфекционные болезни (WHO, 2005c). Причины сердечных заболеваний, рака и диабета всюду, где эти болезни встречаются, одни и те же. Поэтому меры, необходимые для борьбы с ними, должны быть, по-видимому, одинаковыми как в богатых, так и в бедных странах. Глобальная картина распространения неинфекционных и инфекционных болезней диктует необходимость согласованных рамок для осуществления глобальных действий в отношении здоровья.

Рисунок 2.4. Детская смертность в возрасте до 5 лет на 1 тыс. живорожденных в некоторых странах, 1970 и 2006 гг.



Но точно так же, как ситуация может с замечательной скоростью улучшаться, она может столь же быстро и ухудшаться. За 30-летний период с 1970 по 2000 г. детская смертность снижалась как в Российской Федерации, так и в Сингапуре. Однако ОПЖР в Сингапуре выросла на 10 лет, а в Российской Федерации снизилась на четыре года. Это отклонение возникло из-за повышения смертности взрослого населения в Российской Федерации; само же повышение смертности связано с вызванными «шоковой терапией» изменениями в политической, экономической и социальной системах, происходившими в стране начиная с 1992 г. На рис. 2.5 показано, насколько быстро магниту социального градиента здоровья может измениться в сторону ухудшения, а также представлена связь этого показателя с уровнем образования.

Источник: (UNICEF, 2007c).

МОЖНО ЛИ ЛИКВИДИРОВАТЬ РАЗРЫВ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ЖИЗНИ ОДНОГО ПОКОЛЕНИЯ?

Проиллюстрированные нами различия в состоянии здоровья настолько велики, что могут вызвать сомнения в том, что разрыв в отношении здоровья можно ликвидировать в течение жизни одного поколения. Однако то, что состояние здоровья населения может резко измениться за чрезвычайно короткое время, – это факт. Благодаря соблюдению справедливости в отношении здоровья, может улучшиться то, что в противном случае могло бы ухудшиться. Об этом свидетельствуют фактические данные. Детская смертность на уровне 50 случаев на 1 тыс. недопустимо высока. Такой была ситуация в Греции и Португалии 40 лет назад (рис. 2.4). Новейшие цифры свидетельствуют о том, что сегодня этот показатель у них несколько выше, чем в Исландии, Швеции и Японии. Возможно, самым поразительным примером быстрых изменений является Египет, где за 40 лет показатель детской смертности снизился с 235 до 35 на 1 тыс. живорожденных. Сейчас показатель Египта ниже, чем в Греции или Португалии 40 лет назад.

Впрочем, положение может не только стремительно улучшаться, но и не менее резко ухудшаться. За 30-летний период с 1970 по 2000 г. детская смертность снижалась как в Российской Федерации, так и в Сингапуре. Однако ОПЖР в Сингапуре выросла на 10 лет, а в Российской Федерации снизилась на четыре года. Это отклонение возникло из-за повышения смертности взрослого населения в Российской Федерации; само же повышение смертности связано с вызванными «шоковой терапией» изменениями в политической, экономической и социальной системах, происходившими в стране начиная с 1992 г. На рис. 2.5 показано, насколько быстро социальный градиент здоровья может измениться в сторону снижения, а также представлена связь этого показателя с уровнем образования.

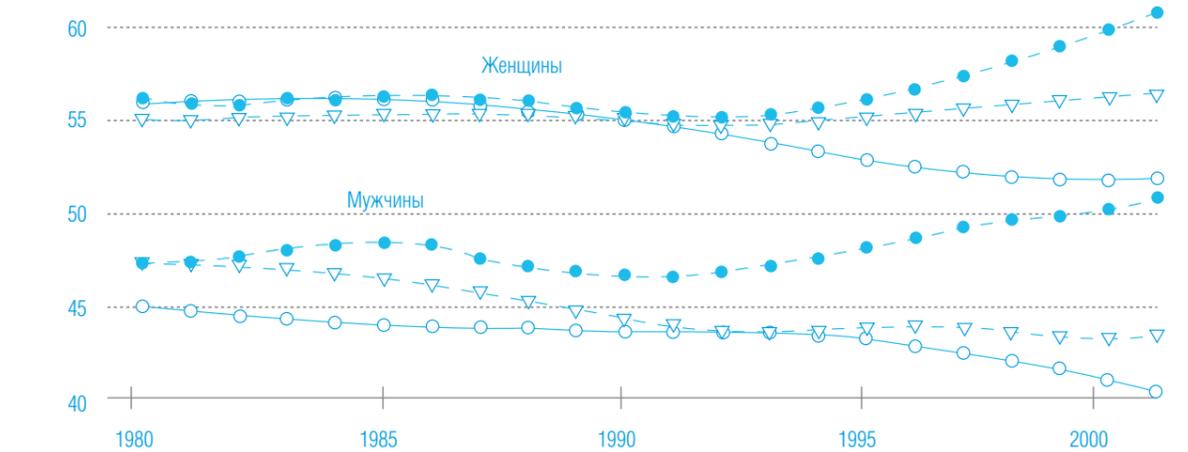
ОПОРА НА ПРОЧНЫЙ ФУНДАМЕНТ: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Объединение глобальных действий за справедливость в отношении здоровья под рубрикой воздействия на его социальные детерминанты – явление новое. Однако идеи, стоящие за этим, не новы. Под тем или иным названием существует многолетний опыт, имеющий отношение к нашим нынешним проблемам. В течение столетий такие коллективные действия, как движение за эмансипацию женщин, движение за введение всеобщего избирательного права, рабочее движение и движение за гражданские права, способствовали улучшению условий жизни и труда миллионов людей во всем мире. Хотя такие движения лишь косвенно затрагивали вопросы здоровья, они в мировом масштабе расширили для людей возможности процветания.

Уже давно привлекает к себе внимание хорошее состояние здоровья жителей скандинавских стран. Анализ достижений этих стран в области здравоохранения за период с конца XIX в. свидетельствует о значительной роли соблюдения гражданских, политических и социальных прав (Lundberg et al., 2007). К числу важных особенностей скандинавского опыта относятся приверженность универсалистской политике, основанной на равенстве прав при распределении благ и услуг, полной занятости, гендерной справедливости и низком уровне социальной исключенности. Эти особенности связаны с относительно равномерным распределением доходов и отсутствием значительных различий в уровне жизни между группами населения и отдельными индивидами.

Некоторые страны с низким доходом, такие как Индия (штат Керала), Коста-Рика, Китай и Шри-Ланка, достигли несравнимо более высокого уровня здоровья населения, чем можно было бы ожидать на основании прогноза, опирающегося на показатель их национального дохода. Это убедительно показывает, что хорошее здоровье и его равномерное распределение не за-

Рисунок 2.5. Тенденции средней ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин и женщин в возрасте 20 лет в зависимости от уровня образования, Российская Федерация



Уровень образования: ○ начальное (белый кружок), ▽ среднее (треугольник), и ● университетское (темный кружок).
Перепечатано, с разрешения издателя, из Murphy et al. (2006).

висят от высокого уровня национального богатства. Еще один пример – Куба. Уроки, которые можно извлечь из опыта этих стран, свидетельствуют о важности пяти общих политических принципов (Irwin & Scali, 2005):

- исторической приверженности здоровью как социальной цели;
- ориентации системы социального обеспечения на развитие;
- участия общественности в процессах принятия решений по вопросам, связанным со здравоохранением;
- охвата всех социальных групп медицинскими услугами;
- развития межсекторальных связей в интересах здоровья.

Основанная в 1948 г. ВОЗ воплотила в себе новое видение всемирного здравоохранения, определяя здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов». Тридцать лет спустя, в 1978 г., сообщество государств вновь собралось в Алма-Ате, где тогдашний Генеральный директор Халфдан Малер выдвинул идею, согласно которой движение «Здоровье для всех» в такой же мере устраняет препятствия на пути к здоровью, в какой это достигается благодаря решению чисто медицинских задач. В Алма-Атинской декларации (WHO & UNICEF, 1978) была выдвинута концепция первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как главного средства достижения приемлемого и справедливого уровня здоровья в мире. Она подразумевала не просто медицинское обслуживание на уровне первичной медико-санитарной помощи (хотя это тоже было важно), а, скорее, такую модель системы здравоохранения, которая влияет также на коренные социальные, экономические и политические причины неудовлетворительного состояния здоровья.

Тем не менее в последующие десятилетия социальная модель здравоохранения не часто встречалась в жизни (Irwin & Scali, 2005). Ни межсекторальные действия (МСД), ни всеобъемлющая первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) фактически не были осуществлены на практике. Под давлением преобладающего в мире пакета рыночно-ориентированных мер экономической политики, включая значительное сокращение роли государства и снижение уровня государственных расходов и инвестиций, с 1980-х гг. была взята на вооружение

иная модель развития. Эта модель стала объектом широкой и вполне обоснованной критики. Программы структурного регулирования, построенные на принципах Вашингтонского консенсуса, характеризовались и – в других политических и программных формах – продолжают характеризоваться чрезмерной опорой на рынки при решении социальных проблем, что на практике принесло значительный ущерб. Также отмечалось, что набор экономических принципов, пропагандируемый в странах с низким доходом, отличался от тех принципов, которые применяются в странах с высоким доходом (Stiglitz, 2002; Stiglitz, 2006).

Сторонники «Здоровья для всех» не исчезли. Их много во всем мире, и они продолжают активно выступать. У движения за ПМСП есть убежденные приверженцы. Фактически, ПМСП играет центральную роль в текущей повестке дня ВОЗ и является главной темой «Доклада о состоянии здравоохранения в мире» 2008 г. В Оттавской Хартии укрепления здоровья 1986 г., и ее обновленной редакции, принятой в Бангкоке в 2005 г., содержатся глобальная концепция действий в области общественного здравоохранения, а также понимание важности подхода на основе социальных детерминант (WHO, 1986; Catford, 2005). Латиноамериканское движение за социальную медицину, модель социально-ориентированной первичной медико-санитарной помощи, разработанная в ЮАР в период до апартеида (Kark & Kark, 1983) и получившая распространение в Великобритании (Уэльс), Израиле, Канаде и США (Abramson, 1988), движение за общественное здравоохранение в США (Geiger, 1984; Geiger, 2002; Davis et al., 1999), Канаде (Hutchison, Abelson & Lavis, 2001) и Австралии (Baum, Fry & Lennie, 1992; Baum, 1995), Движение сельских работников здравоохранения (Sanders, 1985) и Народное движение за здоровье, а также «Общий комментарий о праве на здоровье» и широкая социальная концепция Целей ООН в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРДТ) – все это служит подтверждением первостепенного значения здоровья, потребности в социально-направленной общественной деятельности в области здравоохранения, а также непреходящей человеческой ценности принципа справедливости в здравоохранении (Tajer, 2003; PHM, 2000; UN, 2000a; UN, 2000b). Комиссия признает, что многим обязана этим движениям, она опирается на их достижения и действующую концепцию.

ГЛАВА 3

Причины и решения

Не подлежит сомнению, что различия в состоянии здоровья населения внутри страны и между странами можно быстро сократить. По нашей оценке, этому процессу могут способствовать более совершенные экономические и социальные механизмы.

СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ, ЭКОНОМИКА И ПОЛИТИКА, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ЧЕЛОВЕКА

В основе нашей заботы лежит создание условий, при которых люди могли бы жить полноценной жизнью. Чтобы жить полноценной жизнью, люди нуждаются в хороших материальных условиях; они должны управлять своей жизнью; а, кроме того, люди, сообщества и отдельные страны нуждаются в политическом голосе (Sen, 1999). Правительства могут создать условия для хорошего здоровья и его равномерного распределения путем разумного использования социально-экономической политики и мер регулирования. Обеспечение справедливости в отношении здоровья потребует действий на всех уровнях правительственной структуры, при поддержке той части международной политической среды, которая ценит комплексный подход к социальному развитию и экономический рост. Деньги, отнюдь не являясь единственным средством решения проблемы, все же играют жизненно важную роль. Министр финансов может оказать большее влияние на справедливость в отношении здоровья, чем министр здравоохранения, а мировая финансовая архитектура – более сильное воздействие, чем международная помощь здравоохранению.

Но действовать обязано не только правительство. Там, где правительству не хватает потенциала или политической воли, необходимы техническая и финансовая поддержка извне, а также давление со стороны общественных движений. Когда люди организуются – объединяются и создают свои собственные организации и движения, – правительства и разработчики политики отвечают на это более социально-ориентированной политикой.

НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ УСЛОВИЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Из 3 млрд людей, живущих в городах, приблизительно 1 млрд проживает в трущобах. Почти во всех африканских странах в трущобах живет большинство городского населения: например, в Кении – 71%, а в Эфиопии – 99%. Во многих странах Африки для того чтобы численность городского населения удвоилась, требуется лишь 10–20 лет (World Bank, 2006b).

Половине сельских жителей Мозамбика приходится ходить за водой пешком; каждый раз это отнимает у них больше 30 мин. Только 5% сельского населения имеет доступ к водопроводной воде (DHS, nd).

Около 126 млн детей в возрасте от 5 до 17 лет работают в опасных условиях (UNICEF, nd, a).

В Индии 86% женщин и 83% мужчин, занятых в несельскохозяйственном секторе, трудятся в неформальной экономике. (ILO, 2002).

В африканском регионе системой пенсионных отчислений охвачено менее 10% рабочей силы (ILO, nd).

Более 900 докторов и 2 200 медсестер, получивших образование в Гане, работают в странах с высоким доходом. В самой Гане на 1 тыс. жителей приходится 0,92 медсестры, тогда как в Великобритании – более чем в 13 раз больше. (WHO, 2006a).

Как при осуществлении программ борьбы с заболеваниями, так и при совершенствовании систем охраны здоровья, несомненно, потребуется наладить партнерские связи с сектором здравоохранения. Вполне возможно, что внимание к социальным детерминантам здоровья, включая медицинскую помощь, сделает медицинские услуги более эффективными. Кроме того, при разработке стратегий, связанных с социальными детерминантами здоровья, сектор здравоохранения будет играть руководящую и агитационно-пропагандистскую роль. Однако огромное бремя болезней во всем мире порождается отнюдь не отсутствием медицинской помощи. Причиной распространения заболеваний, передаваемых через воду, является не отсутствие антибиотиков, а загрязнение воды, а также политические, социальные и экономические факторы, из-за которых не представляется возможным сделать чистую воду доступной для всех. Болезни сердца вызваны не отсутствием отделений кардиореанимации, а жизнью людей, которая формируется окружающей средой, в котором они живут. Ожирение порождается не моральной несостоятельностью части населения, а чрезмерной доступностью пищевых продуктов с высоким содержанием сахара и жиров. Поэтому основное воздействие на социальные детерминанты здоровья должно происходить за пределами сектора здравоохранения.

Подход к здоровью и его справедливому распределению как к показателям социально-экономического развития имеет глубокое значение. Там, где социально-экономическая политика – в любой сфере деятельности – нацелена на улучшение благосостояния населения, здоровье служит мерилем успеха этой политики. Справедливость в отношении здоровья – критерий того, в какой степени эта политика способствует справедливому распределению благосостояния.

Ряд рекомендаций Комиссии связан с условиями, в которых рождаются, растут, живут, работают и старятся люди. Однако жизнь людей формируется более широким спектром факторов: экономикой, социальными стратегиями и политикой. Их тоже необходимо учитывать, и этому посвящена большая часть доклада и его рекомендаций.

Мы отмечали, что пагубное сочетание неэффективных социальных стратегий, несправедливых экономических механизмов и нездорового политического климата в значительной степени ответственно за несправедливость в отношении здоровья. В странах с низким доходом и некоторых бедных общинах богатых

стран оно оборачивается материальной депривацией, отсутствием материальных условий для достойной жизни. Тот, кто жил в трущобах, в которых во всем мире проживает 1 млрд чел., кто наблюдал отсутствие возможностей у сельской бедноты всего мира заработать себе на жизнь, не усомнится в важности борьбы с нищетой. Это пагубное сочетание ответственно также за социальный градиент здоровья тех, кто не достиг уровня материальной депривации, но, тем не менее, испытывает недостаток в товарах и услугах, необходимых для полноценной жизни.

СТРУКТУРООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

На долю верхней квинтили населения Земли, проживающей в самых богатых странах, приходится 82% расширяющейся экспортной торговли и 68% прямых иностранных инвестиций, в то время как на нижнюю квинтиль – чуть больше 1% (UNDP, 1999).

В 1999 г. на каждый доллар США, полученный в виде грантов, развивающиеся страны тратили 13 долл. США на выплату долгов (World Bank, 1999).

20% населения развитых стран потребляют 86% мировых товаров (UNDP, 1998).

Восточно-Азиатский финансовый кризис 1997 г. был вызван оттоком капитала в сумме примерно 105 млрд долл. США; это относительно небольшая сумма в мировом масштабе, которая, однако, эквивалентна 10% совокупного валового внутреннего продукта (ВВП) региона. Затем аналогичные удары поразили Россию и Бразилию (ODI, 1999).

С 1990 г. в результате конфликтов погибли 3,6 млн чел. (UNICEF, 2004) В Судане находятся 5,4 млн лиц, перемещенных внутри страны, в Колумбии – 3 млн, в Уганде – 2 млн, в Конго – 1,7 млн, в Ираке – 1,3 млн (UNHCR, 2005).

Во многих странах военные расходы составляют значительно большую сумму, чем расходы на здравоохранение. Эритрея (крайний случай) тратит на оборону 24% ВВП и лишь 2% – на здравоохранение. В Пакистане расходы на здравоохранение и образование, вместе взятые, в два раза меньше, чем на вооружение (UNDP, 2007).

На каждую европейскую корову приходится субсидия в 2 долл. США в день. Это больше, чем дневной доход половины населения мира. Такие субсидии обходятся налогоплательщикам Европейского союза (ЕС) – приблизительно в 2,5 млрд в год. Половина этих денег тратится на экспортные субсидии, которые наносят ущерб местным рынкам в странах с низким доходом (Oxfam, 2002).

ВСТАВКА 3.1. НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ И КОРЕННЫЕ НАРОДЫ: ПОСЛЕДСТВИЯ ПАГУБНОГО СОЧЕТАНИЯ СТРАТЕГИЙ

Коренные народы во всем мире подвержены риску безвозвратной потери земли, языка, культуры и средств к существованию, происходящей без их согласия или контроля. Эта потеря является для них невозполнимой, в отличие от поколений иммигрантов, язык и культура которых сохраняются в стране их происхождения. В культурном, историческом, экологическом, географическом и политическом отношениях коренные народы уникальны благодаря оригинальным и устоявшимся национальным особенностям их предков, а также их землевладению и землепользованию. Колонизация коренных народов лишила их земли и навязала им социальные, политические и экономические структуры без каких-либо консультаций, согласия или права на выбор. Жизнь коренных народов продолжает управляться специфическими и особыми

законами и регламентами, которые не применяются к каким-либо другим гражданам государств. Коренные народы продолжают жить на ограниченных или обособленных территориях и часто, да и в вопросах юрисдикции часто становятся источником разногласий между государственными органами различных уровней, особенно в тех областях, которые связаны с распределением средств, финансовыми программами и услугами. Как таковые, коренные народы имеют особое положение и специфические потребности, по сравнению с другими группами населения. Поэтому уникальный статус коренных народов необходимо рассматривать вне связи с общими и более универсальными вопросами социальной исключенности.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РОСТ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

Благополучие имеет большое значение для здоровья. Связь между национальным доходом и ОПЖР показана на рис. 3.1 в виде кривой Престона (Deaton, 2003; Deaton, 2004). При низких уровнях национального дохода связь между ним и ОПЖР отражается на графике в виде крутой кривой. Это соответствует улучшению жизненных возможностей и состояния здоровья за счет преимуществ экономического роста. Но здесь есть два серьезных возражения. Во-первых, при более высоких уровнях дохода, приблизительно выше 5 000 долл. США по паритету покупательной способности², связь между национальным доходом и ОПЖР незначительна. Во-вторых, у этой зависимости наблюдаются большие вариации. Как было описано ранее, известны замечательные примеры – Коста-Рика, Индия (штат Керала), Шри-Ланка – относительно бедных стран и территорий, достигших превосходного уровня здоровья населения, не обладая преимуществом крупного национального богатства. Одним из уроков этих стран является важность правильной социальной политики, в которой делается упор на образовании, особенно для девочек и женщин.

Экономический рост дает возможность обеспечить ресурсы для инвестирования в улучшение жизни людей. Но рост сам по себе, без адекватной социальной политики, не приносит никакой пользы для здоровья. Экономист Ангус Дейтон предупреждает: «Экономический рост весьма желателен, потому что он снижает тяжелое бремя материальной бедности для значительной части населения мира. Но экономический рост, сам по себе, недостаточен для того, чтобы улучшить состояние здоровья населения, по крайней мере, в течение какого-либо приемлемого

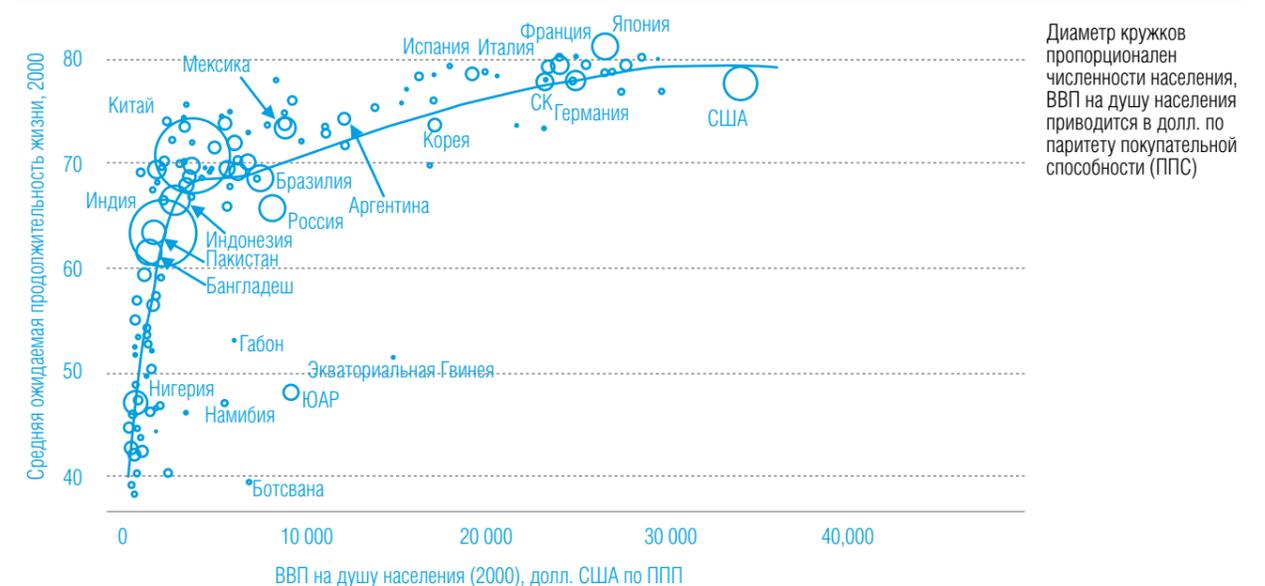
срока... В том, что касается здоровья, рынок сам по себе не является заменой коллективных действий» (Deaton, 2006a; Deaton, 2006b). Ключевым фактором является рост при условии справедливого распределения благ среди населения. Коллективные действия могут включать в себя построение социальных институтов и принятие норм и правил, которые, с одной стороны, удовлетворяют потребности людей в жилье, образовании, пище, гарантированной занятости, охране и восстановлении окружающей среды, социальном обеспечении, а, с другой стороны, исправляют провалы рынка (Stiglitz, 2006).

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РОСТ И ЕГО РАСПРЕДЕЛЕНИЕ

Для любой страны (и, может быть, в первую очередь – для стран с низким доходом) экономический рост приносит с собой возможности извлечения значительных выгод. Но к настоящему времени уже достигнут огромный глобальный рост богатства, технологий и жизненного уровня. Проблема для мира состоит не в том, нуждается ли человечество в дальнейшем экономическом росте, чтобы сократить бедность и осуществить ЦРДТ. Для этого в изобилии есть богатство и доходы. Вопрос состоит в том, как они распределяются и используются.

Во-первых, выгоды экономического роста в течение прошедших 25 лет – периода быстрой глобализации – распределялись между странами в высшей степени неравномерно. В табл. 3.1 показано, что в 1980 г. валовой национальный доход самых богатых стран, в которых проживает 10% населения Земли, в 60 раз превышал ВНД самых бедных стран, в которых также живет 10% населения всего мира. К 2005 г. это соотношение увеличилось до 122.

Рисунок 3.1. Кривая Престона в 2000 г.



Диаметр кружков пропорционален численности населения, ВВП на душу населения приводится в долл. по паритету покупательной способности (ППС)

² Обменный курс валют по паритету покупательной способности уравнивает покупательную способность различных национальных валют в их странах для конкретной потребительской корзины.

Таблица 3.1
Увеличение неравенства доходов между странами

Год	Валовой национальный доход на душу населения в номинальных долларах США		
	Богатейшие страны*	Беднейшие страны*	Соотношение
1980	11 840	196	60
2000	31 522	274	115
2005	40 730	334	122

* Страны, в которых живет 10% населения всего мира. Данные взяты из Таблицы 1 Доклада о мировом развитии Всемирного банка за 1982, 2002 и 2007 гг.; рыночный обменный курс соответствует этим годам. Соотношения между этими номинальными значениями сумм в долларах США позволяют проводить сравнение по годам.

Перепечатано, с разрешения издателя, из работы Pogge (2008).

Во-вторых, международные потоки финансовой помощи – сами по себе совершенно недостаточные и значительно отстающие от уровней, обещанных в 1970 г. странами-донорами из Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), – несоизмеримы с масштабами долговых обязательств многих бедных стран (UNDESA, 2006). В результате в целом ряде случаев наблюдается чистый отток финансовых средств из более бедных в более богатые страны, что не может не вызывать тревоги. Сами по себе эти финансовые потоки незначительны по сравнению с огромными масштабами движения капитала на глобальных финансовых рынках, достигавшими в 2007 г. 3,2 трлн долл. США в день (HIFX, 2007). Однако они обладают огромным потенциалом подрыва социально-экономического

развития стран с низким и средним доходом, посредством бегства капитала.

Согласно подсчетам, для того чтобы повысить до 2 долл. США в день расходы на жизнь 40% населения Земли, живущих в настоящее время ниже этого уровня, требуется 300 млрд долл. США в год, т.е. менее 1% валового национального дохода стран с высоким доходом (Pogge, 2008). На протяжении всего доклада мы будем подчеркивать мысль о том, что основная проблема заключается не в деньгах. Более важными являются способ, при помощи которого деньги используются для распределения товаров и услуг, и создание соответствующих институтов в странах с низкими доходами. К тому же, эти простые расчеты показывают, что никакой глобальной нехватки денег нет.

В-третьих, неравенство доходов наблюдается не только между странами, но также и внутри стран. За последние 15 лет во многих странах прослеживалась тенденция к уменьшению доли беднейшей квинтили населения в национальном потреблении (MDG Report, 2007). Ведутся бурные споры о том, является ли само по себе неравенство доходов важным фактором состояния здоровья населения страны (Wilkinson, 1996; Deaton, 2003). Однако, неравенство доходов – это один из показателей несправедливого распределения товаров и услуг. Поэтому существует серьезное эмпирическое основание для беспокойства растущим неравенством доходов. У правительств есть власть, позволяющая уменьшить последствия неравенства валовых доходов. На рис. 3.2 показаны последствия политики в отношении бедности в ряде стран с высоким доходом (Lundberg et al., 2007). В ней использован относительный показатель бедности, составляющий менее 60% медианного дохода, и показано, что в скандинавских странах налоговая политика приводит к гораздо меньшему распространению бедности, чем в Соединенном

Королевстве или США. Таким образом, политика имеет значение.

Для стран с более низким уровнем национального дохода представляется очевидным, что чем сильнее неравенство доходов, тем меньше воздействие экономического роста будет оказывать на бедность. Расчеты, выполненные Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), показывают, что, например, в Кении при нынешних темпах экономического роста и существующем уровне неравенства доходов семья, занимающая медианное положение по уровню нищеты, не пересечет черту бедности до 2030 г. Удвоение доли прироста доходов бедных подразумевало бы, что сокращение бедности произойдет к 2013 г. Другими словами, ЦРДТ по сокращению бедности предполагает внимание не только к экономическому росту, но и к распределению доходов.

ОТДАЧА ОТ ИНВЕСТИЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В той же мере, в какой экономический рост и распределение его благ жизненно важны для здоровья, инвестирование в здоровье и его детерминанты является важной стратегией стимулирования экономического развития (СМН, 2001). Повышение состояния здоровья людей, находящихся на нижних ступенях социальной иерархии, даже до медианного уровня оказало бы серьезное воздействие на общее состояние здоровья населения и способствовало бы повышению производительности (Вставка 3.2) (Health Disparities Task Group, 2004; Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

ВСТАВКА 3.2. ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ (КАНАДА)

Исследование, проведенное в Канаде, показывает, что уменьшение неравенства в отношении здоровья обладает потенциалом для получения значительных экономических выгод, связанных как с уменьшением потребности в услугах здравоохранения, так и с сокращением издержек, связанных с упущенной производительностью.

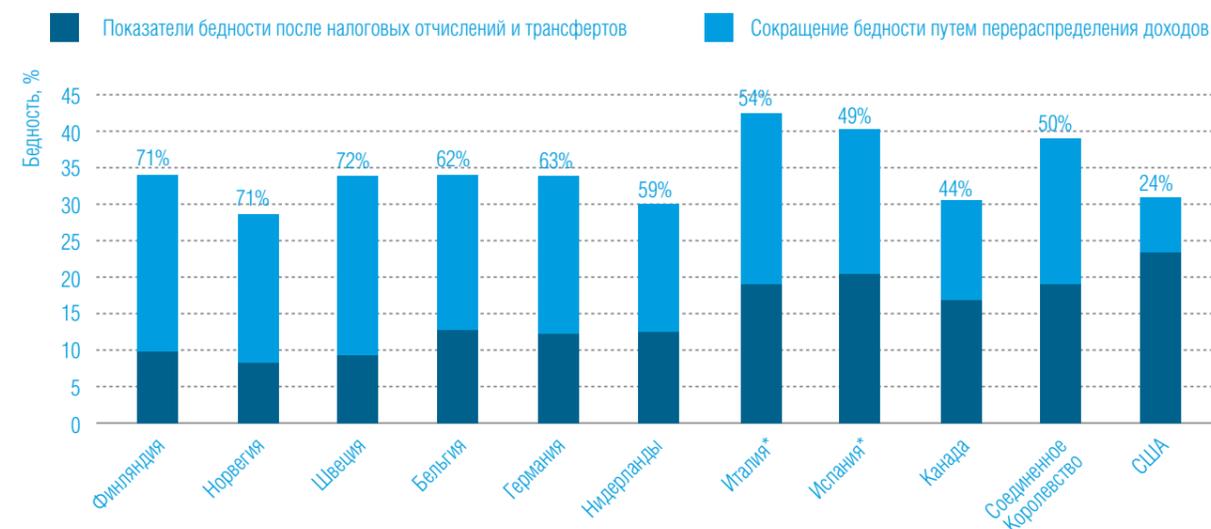
Расходы на здравоохранение в Канаде составляют приблизительно 120 млрд канадских долларов в год (из которых 26 млрд расходуется на «институционализированное» население, а 94 млрд – на домохозяйства). На долю нижней квинтили домохозяйств по уровню доходов приходится около 31% указанной суммы в 94 млрд канадских долларов. Это примерно в два раза больше, чем получает верхняя квинтиль по дохо-

дам. В исследовании сообщается, что если бы удалось уравнивать состояние здоровья и формы использования расходов группами населения с низким и средним доходами, то была бы достигнута значительная экономия затрат на медицинскую помощь.

Кроме того, в исследовании указывается, что улучшение состояния здоровья позволяет большему количеству людей участвовать в экономической деятельности. Результатом уменьшения потерь, связанных с упущенной производительностью, всего лишь на 10-20% может стать приток в экономику миллиардов долларов.

Источник: Health Disparities Task Group, 2004.

Рисунок 3.2. Доля сравнительно бедного населения до и после перераспределения доходов государством всеобщего благоденствия в различных странах



Порог бедности равен 60% медианного эквивалентного располагаемого дохода.

* Для этих стран порог бедности до перераспределения рассчитан по подоходному налогу на чистую прибыль.

Данные взяты из: Luxembourg Income Study.

Перепечатано, с разрешения авторов, из работы Lundberg et al. (2007), в которой цитируется Ritakallio & Fritzell (2004).

ГЛАВА 4

Характер фактических данных и действий

СБОР ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

В Части 1 были рассмотрены ценности, лежащие в основе подхода Комиссии к своей задаче: значение здоровья и социальной справедливости, и убеждение в том, что ко всем людям следует относиться с равным уважением. Однако для стратегии, каким бы важным ни был моральный долг, одних лишь ценностей недостаточно. Необходимы фактические данные о том, что можно предпринять и что, по-видимому, окажется эффективным в практике улучшения состояния здоровья и снижения несправедливости в отношении здоровья.

Необходимо было заранее определить, что является фактическими данными. В сфере медицинского обслуживания иерархия данных предельно ясна. Действительно ли новая мера медицинского воздействия более эффективна, чем существующие виды терапии? Подвергните её сравнительному рандомизированному контролируемому испытанию, и это даст беспристрастную оценку результатов в тщательно проконтролированных условиях.

Однако когда речь заходит о социальных детерминантах здоровья, возникают две взаимосвязанные проблемы, которые делают такую оценку неосуществимым идеалом: характер меры воздействия и нехватка данных в тех областях, где это имеет значение. По нашему мнению, изложенному в настоящем докладе, глобальные и национальные экономические механизмы и социальная политика имеют ключевое значение для жизни людей и условий труда, а, следовательно, для справедливости в отношении здоровья. Трудно представить себе во многих из этих областей возможность проведения рандомизированных контролируемых испытаний. Страны не прибегают к рандомизации. Например, такие меры вмешательства, как разработка и применение законов, защищающих гендерную справедливость, не могут быть рандомизированы в разных странах. Если бы Комиссия решила полагаться исключительно на данные тщательно контролируемых экспериментов, этот доклад был бы коротким и содержал бы только медико-биологические рекомендации на основе полученных данных, а также вывод о том, что необходимы дальнейшие исследования. При этом не наблюдалось бы особого прогресса в вопросах равенства и социальной справедливости, даже в отношении здоровья.

Необходимо проводить больше исследований. Учитывая характер мер вмешательства, рассматриваемых в частях 3–5 настоящего доклада, он лишь в очень незначительной части будет похож на медицинское рандомизированное контролируемое испытание. Но этот недостаток не может служить преградой для формулирования суждений на основании имеющихся в настоящее время данных. Комиссия приняла более широкий взгляд на то, что следует считать фактическими данными (Kelly et al., 2006). В настоящем докладе читатель найдет данные, полученные в результате обсервационных исследований (включая эксперименты в естественных условиях и межстрановые сопоставления), путем анализа конкретных ситуаций и работы на местах; это будет информация, поступившая как от экспертов, так и от непрофессионалов, а также – там, где это было возможно, – результаты исследования мер вмешательства на уровне общин. Хотя Комиссия стремилась собирать данные, которые являлись бы репрезентативными на глобальном уровне, неизбежно возникали пробелы,

особенно в странах с низким и средним доходом, – возможно, из-за того, что необходимая информация отсутствовала, была опубликована в неудобной форме или не была доступна на английском языке, который является рабочим языком Комиссии.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ СХЕМА, ПРЕДЛОЖЕННАЯ КОМИССИЕЙ

Укрепление справедливости в отношении здоровья – на мировом уровне и внутри страны – означает выход за пределы характерной для нашего времени концентрации на непосредственных причинах болезней. В большей степени, чем в каком-либо другом мероприятии в области здравоохранения, предпринимаемом на глобальном уровне, Комиссия сосредоточивается на «причинах причин» – фундаментальных глобальных и национальных структурах социальной иерархии, а также создаваемых ими социально детерминированных условиях, в которых люди растут, живут, работают и старятся. На рис. 4.1 показана концептуальная схема, которая была разработана для Комиссии (Solar & Irwin, 2007). Из этой схемы следует, что объектами воздействия мер вмешательства могут быть:

Обстоятельства повседневной жизни:

- дифференцированная подверженность болезнетворным воздействиям в детстве, общественной и физической среде, и на работе, связанная с социальной стратификацией. В зависимости от характера этих воздействий разные группы населения будут обладать неодинаковым опытом в области материальных условий, социально-психологической поддержки и поведенческого выбора, делающим их более или менее подверженными заболеваниями;
- изменение отношения к здоровью под действием пропаганды здорового образа жизни, профилактики и лечения болезней;

А также структурообразующие факторы:

- характер и степень социальной стратификации в обществе: масштабы несправедливости по перечисленным измерениям;
- отклонения, нормы и ценности внутри общества;
- глобальная и национальная экономическая и социальная политика;
- процессы государственного управления на глобальном, национальном и местном уровнях.

По своему характеру многие социальные детерминанты, рассмотренные Комиссией, относительно далеки, как в пространственном, так и во временном отношении, от конкретных людей и состояния их здоровья. Это создает трудности – как теоретические, так и эмпирические – при попытке установить причинную связь и продемонстрировать эффективность воздействия на справедливость в отношении здоровья. При отборе ряда социальных детерминантов, которым необходимо уделить первостепенное внимание, выбор Комиссии основывался на согласованности базы глобальных данных (т.е. на сочетании концептуального правдоподобия, доступности подтверждающих эмпирических данных и устойчивости отношений между группами населения и внутри них), а также на доказательствах того, что эти детерминанты подда-

ются воздействию. Кроме того, было определено несколько детерминантов, по которым, несмотря на их прочную, правдоподобную связь с несправедливостью в отношении здоровья, отсутствовали данные о том, что делать, чтобы добиться изменений.

На этой основе и на базе данной концептуальной схемы рабочий информационный поток Комиссии охватывал, в первую очередь, девять сетей знаний, тематика которых включала глобальные вопросы, проблемы уровня систем здравоохранения и подход к здоровью с точки зрения жизненного процесса. Сети знаний фокусировались на следующих вопросах: раннее развитие детей (PPA) (сеть знаний ECDCN), условия занятости (сеть знаний ECOMNET), городская среда (сеть знаний KNUS), социальная исключенность (сеть знаний SEKN), положение женщин и гендерная справедливость (сеть знаний WGEKN), глобализация (сеть знаний GKN), системы здравоохранения (сеть знаний HSKN), приоритетные условия общественного здравоохранения (сеть знаний PRHCKN) и измерение факторов и фактические данные (сеть знаний MEKN). В рамках каждой из тем систематически рассматривались гендерные вопросы. Другие проблемы, включая продовольствие и питание, факторы сельской жизни, насилие и преступность, а также изменения климата, не охватывались отдельной сетью знаний, однако были признаны важными факторами осуществления справедливости в отношении здоровья. Комиссия рассматривает эти вопросы в последующих главах, предлагая некоторые общие рекомендации, но не формулируя конкретных этапов действий.

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Формулирование Комиссией рекомендаций о том, что необходимо предпринять для повышения справедливости в отношении здоровья в мире, включало в себя сбалансированное использование разных видов фактических данных, учет их масштабов и полноты, а также оценку того, насколько возможным и эффективным представлено воздействие на указанные социальные детерминанты здоровья. Сформулированные Комиссией рекомен-

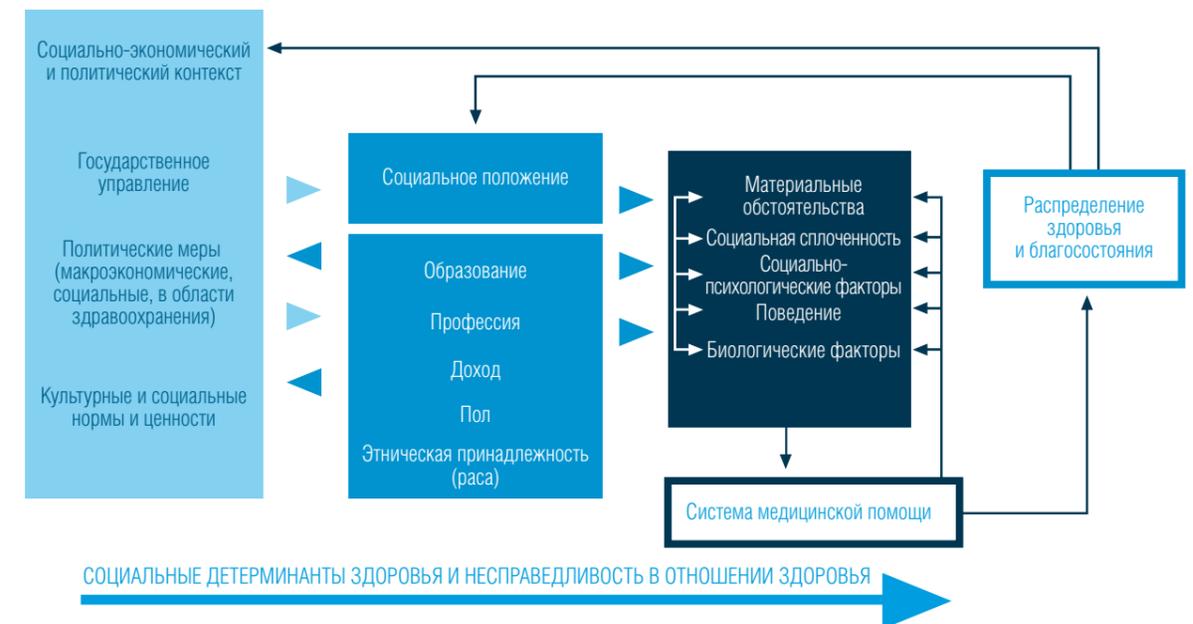
дации подкреплены: а) этиологической концептуальной схемой, б) обширной глобальной базой фактических данных, показывающих влияние действий на указанные социальные детерминанты здоровья и на несправедливость в отношении здоровья (т.е. эффективность действий), в) фактическими данными об осуществлении действий при различных сценариях и г) фактическими данными, показывающими согласованность результатов действий применительно к различным группам населения и странам с различным уровнем национального экономического развития.

КЛЮЧЕВЫЕ ОБЛАСТИ ДЕЙСТВИЙ И РЕКОМЕНДАЦИЙ КОМИССИИ

В настоящее время люди во всем мире лучше, чем в какой-либо другой исторический момент, понимают, как социальные факторы влияют на здоровье и справедливость в отношении здоровья. Хотя информация всегда является неполной, и потребность в более точных фактических данных сохраняется, мы располагаем знаниями о том, как проводить эффективные действия. Связывая воедино наше представление о бедности и социальный градиент, мы сегодня выделяем общие проблемы, лежащие в основе несправедливости в отношении здоровья. Признавая характер и масштабы инфекционных и неинфекционных болезней, мы показываем неразрывную связь между богатыми и бедными странами. Необходимы действия, направленные на детерминанты здоровья – от структурных условий построения общества до повседневных условий, в которых люди растут, живут и трудятся на всех уровнях, от глобального до локального; эти действия должны осуществляться всеми государственными структурами и охватывать всех заинтересованных представителей гражданского общества и частного сектора.

В процессе нашей работы мы убедились, что разрыв в состоянии здоровья можно ликвидировать в течение жизни одного поколения. Для этого потребуются огромные усилия, но это возможно. В последующих главах Частей 3–5 показано, что существует насущная потребность в изменениях. Нам необходимо изменить

Рисунок 4.1. Концептуальная рамочная схема, разработанная Комиссией по социальным детерминантам здоровья



Источник: Solar & Irwin, 2007, с дополнениями.

понимание причин несправедливости в отношении здоровья, восприятие и использование различных видов фактических данных, формы сотрудничества и различные виды действий, предпринимаемых для преодоления несправедливости в отношении здоровья на мировом и национальном уровнях. Действия по осуществлению этих мер вмешательства будут проводиться на глобальном, национальном, локальном и индивидуальном уровнях.

В Главе 1 мы отмечали, что анализ, проведенный Комиссией, позволяет сформулировать три принципа действий:

- 1 Улучшение условий повседневной жизни – условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся.
- 2 Преодоление – на глобальном, национальном и местном уровнях – несправедливости в распределении власти, денег и ресурсов – структурообразующих факторов, которыми определяются эти условия повседневной жизни.
- 3 Измерение масштаба проблемы, оценка действий, расширение базы знаний, подготовка кадров, обладающих квалификацией в области социальных детерминантов здоровья, и повышение информированности общества о значении этих детерминантов.

Три принципа действий, сформулированные Комиссией, воплощены в трех основополагающих рекомендациях, приведенных ниже. Если действия будут осуществляться в соответствии с этими рекомендациями, а также в соответствии с более подробными рекомендациями, приводимыми в последующих главах, то можно будет достигнуть более справедливого осуществления прав на условия, необходимые для обеспечения наивысшего достижимого стандарта здоровья.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ

1. Улучшение условий повседневной жизни

Повысить благополучие девочек и женщин, а также улучшить условия, в которых рождаются их дети, уделять основное внимание раннему развитию ребенка и образованию девочек и мальчиков, улучшать условия труда и быта, разработать политику социальной защиты всего населения, создать условия для полноценной жизни людей в пожилом возрасте. В осуществлении политики, направленной на достижение этих целей, потребуются участие гражданского общества, правительств и международных институтов.

2. Преодоление несправедливого распределения власти, денег и ресурсов

Чтобы бороться с несправедливостью в отношении здоровья и неравноправными условиями повседневной жизни, необходимо бороться против несправедливости (например, неравенства между мужчинами и женщинами) в организации общества. Для этого требуется сильный государственный сектор, преданный делу, обладающий надлежащим потенциалом и достаточными финансовыми средствами. Чтобы достичь этого, требуется не просто укрепление правительства, – требуется укрепление государственного управления: обеспечение легитимности, организационного пространства и поддержки гражданского общества, подотчетного

частного сектора и всех слоев общества для согласования общественных интересов и реинвестирования средств в ценности коллективных действий. В глобализованном мире необходимость государственного управления, преданного идеалам справедливости, одинаково применима на всех уровнях – от общины до глобальных институтов.

3. Измерение и осмысление проблемы, оценка последствий действий

Жизненно важной платформой для действий являются признание факта существования проблемы и обеспечение измерения масштабов несправедливости в отношении здоровья внутри страны и на глобальном уровне. Национальным правительствам и международным организациям, при поддержке ВОЗ, следует создавать национальные и глобальные системы надзора за соблюдением справедливости в отношении здоровья в целях регулярного мониторинга несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья, а также оценивать влияние политики и действий на соблюдение справедливости в отношении здоровья. Создание организационного пространства и потенциала для осуществления эффективных действий, направленных на преодоление неравенства в отношении здоровья, требует инвестиций в обучение разработчиков политики и медицинских работников, а также понимания общественностью значения социальных детерминантов здоровья. Это также требует более пристального внимания к социальным детерминантам при проведении научных исследований в области общественного здравоохранения.

Структура Частей 3–5 доклада определена в соответствии с этими тремя принципами. Хотя в целом рекомендации Комиссии касаются как условий повседневной жизни, так и структурообразующих факторов, формирующих распределение этих условий, в каждой из тематических глав (5–16 в частях 3–5) даются рекомендации, касающиеся действий, направленных на структурообразующие факторы и непосредственные причины несправедливости в рассматриваемых областях. Диапазон рекомендаций по своему характеру варьируется от вопросов государственного управления и социально-экономической политики до действий на уровне общин; таким образом, обеспечивается сочетание подходов к проблемам «сверху вниз» и «снизу вверх» на глобальном, региональном, национальном и субнациональном уровнях.

ВЫВОДЫ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ДЕЙСТВИЙ

Хотя Комиссия решительно отстаивает центральную роль правительства и государственного сектора в действиях, направленных на социальные детерминанты здоровья в интересах справедливости в отношении здоровья, она также признает множественность заинтересованных сторон в данной области. В их числе – международные институты и учреждения, органы власти как таковые (национальные и местные), гражданское общество, научно-исследовательские и академические сообщества, а также частный сектор. Каждый из этих участников сможет найти четкое описание своей роли в последующих главах Частей 3–5, а также в пунктах рекомендаций. Ниже приводится краткий обзор ключевых областей действий, а также даются рекомендации для каждого их участника. В них содержатся ссылки на более конкретные рекомендации, которые можно найти в каждой из последующих тематических глав.

Многосторонние учреждения

Самой главной рекомендацией Комиссии является необходимость обеспечить межсекторальную согласованность мероприятий – как

при разработке политики, так и в практических мерах, – для усиления эффективности воздействия на социальные детерминанты здоровья и повышения справедливости в отношении здоровья. Многосторонние специализированные и финансовые учреждения могут многое сделать для усиления их коллективного воздействия на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья, и, в частности осуществлять:

- *согласованные глобальные мониторинг и действия*: выдвинуть справедливость в отношении здоровья в качестве фундаментальной общей цели и использовать систему общих глобальных индикаторов для наблюдения за прогрессом в области развития; сотрудничать в рамках межучрежденческих тематических рабочих групп для согласованного воздействия на социальные детерминанты здоровья;
- *согласованное и подотчетное финансирование*: обеспечивать, чтобы увеличение объемов финансовой помощи и списания задолженности содействовали согласованной разработке политики и действий в отношении социальных детерминантов здоровья правительствами стран-получателей, используя индикаторы справедливости в отношении здоровья и его социальных детерминантов в качестве основных критериев получения помощи;
- *совершенствование участия государств – членов ООН в глобальном управлении*: поддерживать равноправное участие государств-членов ООН и других заинтересованных сторон в форумах по выработке глобальных стратегий.

ВОЗ

ВОЗ является полномочным лидером в мировом здравоохранении. Настало время укрепить лидирующую роль ВОЗ благодаря повестке дня, которая предусматривает действия, направленные на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья во всем мире. Эта повестка дня включает ряд действий, в число которых входят:

- *согласование политики на глобальном и национальном уровнях*: принять на себя руководящую роль, поддерживающую создание потенциала в области социальных детерминантов здоровья и осуществление согласованной политики всеми партнерскими учреждениями в рамках многосторонней системы; укреплять технический потенциал на мировом уровне и среди государств-членов для представления общественного здравоохранения на всех важных многосторонних форумах; поддерживать государства-члены в разработке механизмов согласованной политики и межсекторальных действий (МСД) в отношении социальных детерминантов здоровья;
- *измерение и оценка*: поддерживать постановку задач в области обеспечения справедливости в отношении здоровья как основной цели развития и осуществлять мониторинг прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья в межстрановом аспекте и внутри стран на основе глобальной системы надзора за обеспечением справедливости в отношении здоровья; поддерживать создание национальных систем надзора за обеспечением справедливости в отношении здоровья в государствах-членах, и создавать необходимый технический потенциал в странах; поддерживать разработку и использование государствами-членами средств оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья и других средств, связанных со справедливостью в отношении здоровья, таких как национальный показатель справедливости; и регулярно созывать всемирное совещание для периодического рассмотрения ситуации в мире;
- *усиление возможностей ВОЗ*: создавать внутренний потенциал по социальным детерминантам здоровья во всех подразделениях ВОЗ, от штаб-квартиры до региональных бюро и страновых программ.

Национальные и местные органы власти

Основополагающее воздействие на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья обеспечивает наделенный соответствующими полномочиями государственный сектор, опирающийся на принципы справедливости, партисипативности и межсекторального сотрудничества. Это потребует усиления основных функций правительства и государственных учреждений, на национальном и субнациональном уровнях, особенно в отношении согласованности политики, партисипативного государственного управления, планирования, разработки и осуществления норм и правил и установления стандартов. Это также зависит от сильной руководящей и направляющей роли министерства здравоохранения при поддержке ВОЗ. Действия правительства включают следующие меры:

- *обеспечение согласованности политики во всех органах власти*: возложить ответственность за воздействие на здоровье и справедливость в отношении здоровья на высший уровень правительства и обеспечить согласованное рассмотрение этих вопросов при разработке политики на уровне министерств и департаментов;
- *усиление действий по обеспечению справедливости*: взять на себя обязательство по постепенному формированию всеобщих служб медико-санитарной помощи; создать центрального подразделения по гендерным вопросам для содействия гендерной справедливости при разработке всей политики правительства; улучшение материального положения сельских жителей, обеспечение инфраструктурных инвестиций и услуг в сельской местности; улучшение условий жизни в трущобах и укрепление на местном уровне городского планирования здравоохранения при широком участии местных жителей; инвестирование в стратегии и программы полной занятости и достойного труда; инвестирование в РРД; работа в направлении всеобщего обеспечения жизненно важными услугами и программами в области социальных детерминантов здоровья, независимо от платежеспособности населения, при поддержке всеобщей программы социальной защиты; и создание национальной структуры регулирующего контроля над товарами, вредными для здоровья;
- *финансы*: упорядочение поступающих международных финансовых средств (финансовая помощь, списание задолженности) посредством рамочных механизмов воздействия на социальные детерминанты здоровья и в условиях транспарентной подотчетности; увеличение доходов на основе совершенствования прогрессивного внутреннего налогообложения; и сотрудничество с другими государствами-членами в разработке региональных и/или глобальных предложений о новых источниках международного государственного финансирования;
- *измерение проблем, оценка действий и обучение кадров*: обеспечить всеобщую регистрацию рождений; установить для правительства перекрестные показатели результативности деятельности в области справедливости в отношении здоровья путем создания национальной системы надзора за справедливостью в отношении здоровья; формировать потенциал для использования оценки результатов воздействия на справедливость в отношении здоровья в качестве стандартного протокола для разработки важнейших стратегий; обеспечить повышение квалификации специалистов-практиков и разработчиков политики в области социальных детерминантов здоровья; и повышать информированность общественности о социальных детерминантах здоровья.

Гражданское общество

Участие людей в жизни общества, в котором они живут, жизненно важно с точки зрения материальных, социально-психологических и политических аспектов расширения прав и возможностей, что, в свою очередь, имеет основополагающее значение для социально-

го благополучия и справедливости в отношении здоровья. Являясь членами общин, представители низовых общественных организаций, поставщики услуг и программ, контролеры эффективности мероприятий, субъекты гражданского общества, как на глобальном, так и на локальном уровне образуют важное связующее звено между политикой и планами, с одной стороны, и реальностью изменений к лучшему в жизни людей, с другой. Помогая различным группам населения в рамках общины самоорганизоваться и обрести голос, гражданское общество способно стать влиятельным защитником справедливости в отношении здоровья. Многие из вышеупомянутых действий, по крайней мере, частично, могут быть результатом давления и поддержки со стороны гражданского общества; многие достижения или потери на пути к обеспечению справедливости в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения останутся в памяти благодаря внимательному наблюдению со стороны субъектов гражданского общества. Гражданское общество может сыграть важную роль в воздействии на социальные детерминанты здоровья посредством:

- *участия в политике, планировании, программах и оценке:* участвовать в разработке политики, планировании, осуществлении программ и оценке действий в отношении социальных детерминантов здоровья начиная с глобального уровня и участия в национальных межсекторальных форумах, и кончая оценкой потребностей, предоставлением услуг и поддержкой на локальном уровне; и осуществлять мониторинг качества, справедливости и результатов предоставления услуг;
- *мониторинга эффективности работы:* осуществлять мониторинг, сообщать о результатах и проводить кампании по конкретным социальным детерминантам здоровья, таких как улучшение условий жизни и качества услуг в трущобах, условия занятости в формальном и неформальном секторах, детский труд, права коренных народов, гендерная справедливость, услуги в области здравоохранения и образования, корпоративная деятельность, торговые договоры и охрана окружающей среды.

Частный сектор

Частный сектор оказывает глубокое воздействие на здоровье и благополучие людей. В тех случаях, когда Комиссия подтверждает важную руководящую роль государственного сектора в действиях по обеспечению справедливости в отношении здоровья, это не подразумевает снижения значения деятельности частного сектора. Тем не менее, это подразумевает необходимость признания потенциально неблагоприятного воздействия частного сектора, а также необходимость ответственности, зафиксированной в нормах и правилах, в отношении такого воздействия. Наряду с контролем нежелательных последствий для здоровья и справедливости в отношении здоровья, частный сектор, благодаря своей энергии, может многое предложить для улучшения здоровья и благополучия людей. Конкретные действия включают:

- *усиление подотчетности:* признавать и ответственно выполнять международные соглашения, стандарты и правовые нормы в сфере занятости; обеспечивать справедливые условия труда и занятости на работу для мужчин и женщин; сокращать и ликвидировать детский труд; обеспечивать соблюдение норм безопасности и гигиены труда; поддерживать возможности образования и повышения профессионального уровня в качестве элемента условий занятости, уделяя особое внимание созданию благоприятных возможностей для женщин; и обеспечивать, чтобы деятельность и услуги, осуществляемые частным сектором (например, производство и патентование лекарств, обеспечивающих спасение жизни, предоставление схем страхования от болезней), способствовали справедливости в отношении здоровья и не наносили ей ущерб.
- *Инвестирование в исследования:* принять на себя обязательства по проведению исследований и разработок в области лечения «забытых» болезней и болезней, связанных с бедностью, и обмен знаниями в областях (таких как патентование

фармацевтических препаратов), обладающих потенциалом спасения жизней.

Научно-исследовательские учреждения

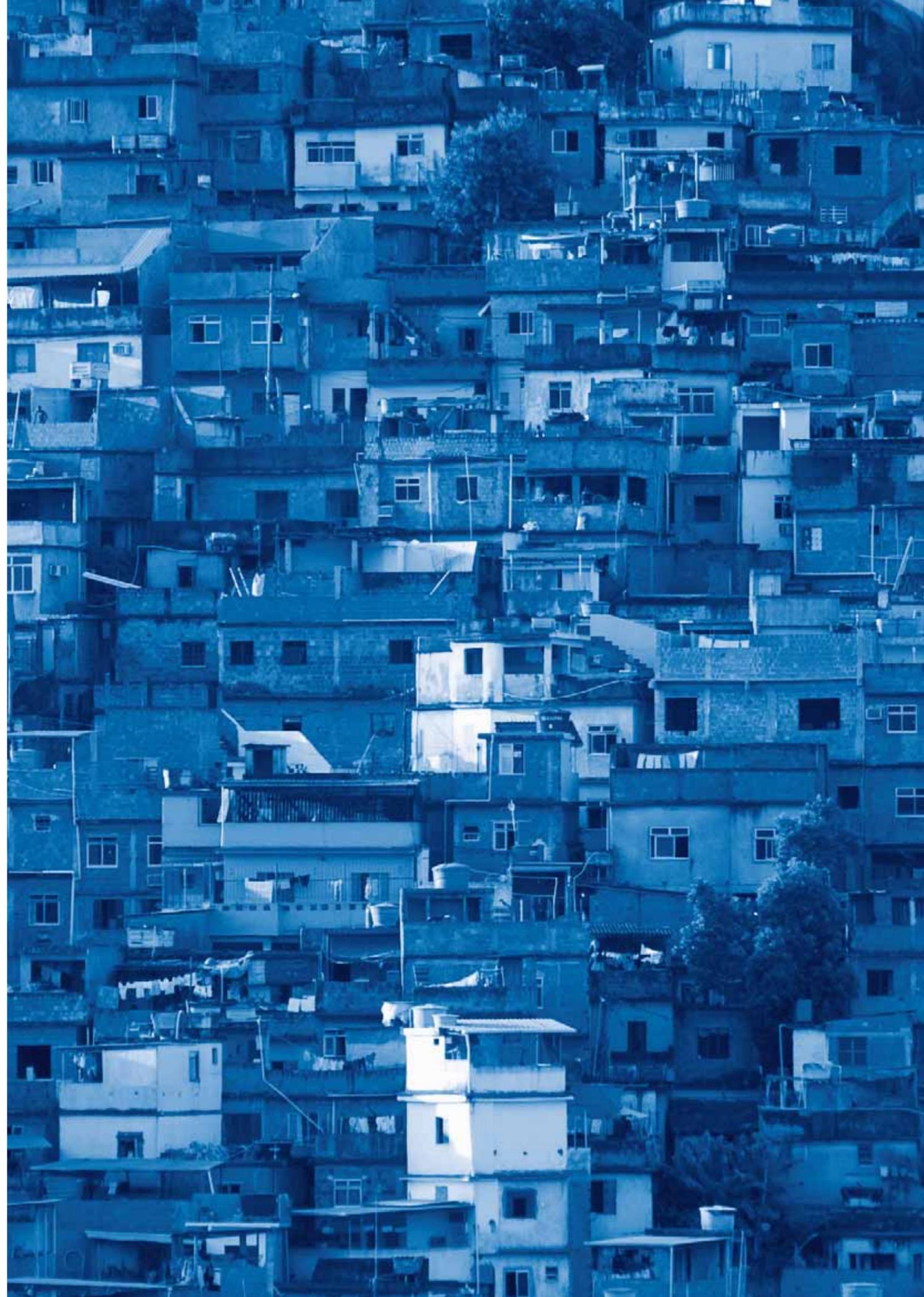
В центре внимания Комиссии и в основе всех ее рекомендаций лежит знание ситуации в области здоровья на мировом, региональном, национальном и местном уровнях; знания о том, что можно предпринять в данной ситуации; а также о том, какие меры могут эффективно влиять на несправедливость в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья. Нужны исследования. Но нужно и нечто большее, чем просто теоретические упражнения. Необходимы исследования, порождающие новое понимание и распространяющие это понимание практически доступными способами среди всех вышеперечисленных партнеров. Исследования и знания в области социальных детерминантов здоровья и способов воздействия на справедливость в отношении здоровья будут опираться на твердые моральные обязательства ученых и практиков, но они также будут основываться на новых методологиях, признавая и используя широкий диапазон фактических данных, не допуская «гендерной необъективности» в научных исследованиях и признавая добавленную стоимость, получаемую от расширения по всему миру сетей и сообществ знаний. Действия в этой сфере включают:

- *накопление и распространение знаний о социальных детерминантах здоровья:* обеспечивать, чтобы в проведение научных исследований в области социальных детерминантов здоровья вкладывались финансовые средства; поддерживать глобальную обсерваторию здоровья, а также кросс-секторальную работу на многостороннем, национальном и местном уровнях путем разработки и тестирования индикаторов социальных детерминантов здоровья и оценки воздействия мер вмешательства; создавать и расширять виртуальные сети и центры анализа и синтеза информации, организованные на принципах открытого доступа, приспособленные для расширения доступа специалистов из стран и территорий с высоким, средним и низким доходом; содействовать восполнению «утечки мозгов» из стран с низким и средним доходом; а также не допускать проявлений «гендерной необъективности» в составах исследовательских групп, предложениях, проектах, практике работы и докладах.

ПРИВЯЗКА РЕКОМЕНДАЦИЙ К МЕСТНЫМ УСЛОВИЯМ

Главная проблема для Комиссии возникает в результате устойчивого несправедливости в отношении здоровья. В одних странах она проявляется сильнее, чем в других, но, тем не менее, распространена чрезвычайно широко. Как будет показано в последующих главах Части 3–5, существуют общие принципы, которые применимы во всех странах. Потребуется различия в стратегиях для стран с низким и средним доходом. Этот вопрос отчасти рассматривается в данных главах. Опыт показывает, что, несмотря на наличие общих принципов, конкретный характер стратегических решений должен быть привязан к национальным и местным условиям.

Для того чтобы предложения Комиссии были полезными для здоровья людей в беднейших странах, а, следовательно, для повышения справедливости в отношении здоровья во всем мире, требуются изменения в глобальной экономической ситуации. Необходимы действия по облегчению внешнего экономического давления, расширению организационного пространства для государственной политики, воздействующей на справедливость в отношении здоровья, корректировке финансовых ограничений государственного сектора, совершенствованию национальной инфраструктуры и человеческого потенциала, а также по повышению уровня образования женщин. Для выполнения рекомендаций Комиссии нужны изменения в функционировании мировой экономики, которые не позволят давлению рынка и международным обязательствам воспрепятствовать выполнению этих рекомендаций или привести к непредусмотренным неблагоприятным последствиям.



УЛУЧШЕНИЕ УСЛОВИЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Первый из трех принципов действий, сформулированных Комиссией:

Улучшение условий повседневной жизни – условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся.

Несправедливая система организации общества означает, что свобода вести полноценную жизнь и обладать хорошим здоровьем распределяется между обществами и внутри общества несправедливо. Эта несправедливость просматривается в условиях раннего детства и школьных лет, в характере занятости и условий труда, в физическом воплощении искусственной среды и качественных характеристиках природной среды обитания людей. В зависимости от характера всех этих видов окружающей среды различные группы населения будут обладать неодинаковым опытом в отношении материальных условий, социально-психологических влияний и вариантов поведения, что делает их в той или иной степени уязвимыми к ухудшению здоровья. Аналогичным образом, социальное расслоение порождает дифференциацию доступности и использования медицинской помощи.

Последствиями этого являются неодинаковый уровень воздействия здоровью и благополучию, профилактики болезней, показателей выздоровления и выживания.

Исходя из концепции жизненного цикла человека Комиссия рассматривала действие социальных детерминантов здоровья на каждом уровне развития – беременность и роды, раннее детство, детство, подростковый период, зрелость, – выделяя как непосредственное влияние на здоровье, так и создание основы для здорового/нездорового состояния на позднейших этапах жизни.

Последующие главы 5–9 посвящены условиям повседневной жизни. В них последовательно формулируются рекомендации для практических действий, относящиеся к условиям дошкольного и школьного возраста, социальной и физической среде обитания (главным образом в городах), а также к характеру занятости и условий труда. В качестве основного ресурса повседневной жизни рассматривается характер социальной защиты и, в частности, защиты доходов. Заключительная глава Части 3 посвящена системе медицинской помощи.

ГЛАВА 5

Справедливость с самого начала

«Каждый из вас представляет собой личность, наделенную правами, заслуживающую уважения и почтения. Каждый из вас достоин того, чтобы совершить, по возможности, наилучший жизненный старт и получить основное образование высочайшего качества. Каждому из вас должно быть позволено в полной мере развить свой потенциал и должны быть предоставлены возможности для осмысленного участия в жизни ваших сообществ».

Нельсон Мандела и Граса Машел (UNICEF, 2000)

РАННЕЕ РАЗВИТИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ – МОЩНЫЕ ФАКТОРЫ УРАВНИВАНИЯ

Ежегодно во всем мире умирает 10 млн детей в возрасте до 5 лет (Black, Morris & Bryce, 2003). Подавляющее большинство этих детей родились в странах с низким или средним доходом, и, в частности, в обездоленных домохозяйствах и общинах (Houweling, 2007). Даже в странах с высоким доходом, таких как Соединенное Королевство, среди обездоленных слоев населения отмечается более высокий показатель детской смертности (Department of Health, 2007). Существует настоятельная необходимость преодолеть это неравенство в отношении смертности. Не менее важно и то, что, по крайней мере, 200 млн детей не достигают в полной мере своего потенциала развития. Это имеет огромные последствия для их здоровья и для общества в целом. (Grantham–McGregor et al., 2007). Разумеется, 200 млн – это заниженная оценка, поскольку она основана на определении бедности, при котором средства на существование составляют 1 долл. США в день; в то же время благосостояние оказывает скачкообразное влияние на развитие детей (ECDKN, 2007a). Опыт раннего детства (которое определяется как период жизни от пренатального развития до 8-летнего возраста), а также раннего и более поздних этапов образования закладывает важнейшие основы на всю жизнь. (ECDKN, 2007a). Для отдельно взятого ребенка и для всего общества (как в богатых, так и в бедных странах) лучше обеспечить детям благоприятный жизненный старт, чем впоследствии прибегать к корректирующим действиям. Опираясь на меры по повышению выживаемости детей, правительства могут добиться значительного и устойчивого улучшения состояния здоровья населения, а также показателей развития, при соблюдении обязательств в рамках Конвенции ООН о правах ребенка, путем использования более всеобъемлющего подхода к ранним годам жизни (ECDKN, 2007a).

Более всеобъемлющий подход к ранним годам жизни

Научные разработки в области РРД показывают, что развитие мозга очень чувствительно к внешним влияниям в раннем детстве, начиная с периода беременности, а их последствия проявляются в течение всей жизни. Условия, воздействию которых подвергаются дети, включая качество межличностных отношений и языковую среду, буквально «лепят» развивающийся мозг (Mustard, 2007). Воспитание здоровых детей означает стимулирование их физического, речевого/познавательного и

социально-эмоционального развития (ECDKN, 2007a). Здоровое развитие в ранние годы жизни создает фундамент, позволяющий людям вести полноценную жизнь во многих областях, включая социальное, эмоциональное, познавательное и физическое благополучие (ECDKN, 2007a).

Образование, дошкольное и последующее, также коренным образом формирует жизненный путь людей и их возможности в отношении здоровья. Тем не менее, несмотря на произошедший в последнее время прогресс, по имеющимся оценкам, 75 млн детей младшего школьного возраста не учатся в школе (UIS, 2008). Уровень образования связан с улучшенными показателями здоровья, отчасти благодаря его влиянию на доход, занятость и условия жизни взрослого человека (Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Bloom, 2007). Существует прочная связь между поколениями: уровень образования матерей является детерминантом здоровья, выживания и будущего уровня образования их детей (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988).

Многие вызовы, стоящие перед взрослыми людьми, уходят своими корнями в ранние годы жизни, включая такие серьезные проблемы общественного здоровья, как ожирение, болезни сердца и нарушения психического здоровья. Опыт в раннем детстве связан также с преступностью, овладением навыками чтения, письма и счета, а также с участием в экономической деятельности (ECDKN, 2007a).

Благодаря РРД и уровню образования социальная несправедливость в ранние годы жизни способствует несправедливости в отношении здоровья в более поздний период жизни. Для детей из обездоленных слоев населения выше вероятность того, что они будут плохо учиться в школе, а впоследствии, став взрослыми, – иметь более низкие доходы и более высокий показатель рождаемости, а также будут наделены недостаточными правами и возможностями, чтобы обеспечить своим детям качественную медицинскую помощь, полноценное питание и жизненные стимулы, тем самым способствуя передаче обездоленности из поколения в поколение (Grantham–McGregor et al., 2007). Основы гендерной несправедливости среди взрослых также закладываются в раннем детстве. В ранние годы жизни гендерная социализация и гендерные предрассудки оказывают влияние на развитие детей, особенно девочек. Гендерная несправедливость в раннем возрасте, подкрепленная властными отношениями, искаженными нормами поведения и повседневным опытом, продолжает оказывать глубокое воздействие на гендерную несправедливость среди взрослых (ECDKN, 2007a).

В большинстве случаев выживание и развитие детей зависит от факторов, рассматриваемых в других главах этого доклада. В раннем возрасте система медико-санитарной помощи должна играть центральную роль (ECDKN, 2007a). Матери и дети нуждаются в постоянной заботе, начиная с периода до зачатия, в течение беременности и родов, вплоть до первых дней и лет жизни ребенка (WHO, 2005b) (см. главу 9: «Всеобщее здравоохранение»). Детей необходимо регистрировать при рождении (см. главу 16: «Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследования и обучение»). Они нуждаются в безопасной и здоровой среде обитания: высококачественном жилище,

чистой воде и канализационном оборудовании, безопасном окружении и защите от насилия (см. главу 6 «Здоровые места – здоровые люди»). Важнейшим фактором является хорошее питание, которое начинается in utero с надлежащего питания матери. Тем самым подчеркивается важность подхода к преодолению несправедливости в отношении здоровья с точки зрения жизненного цикла (ECDKN, 2007b). Важно содействовать началу кормления грудью в течение первого часа жизни, близкому контакту матери и ребенка сразу после его рождения, кормлению только грудью в первые шесть месяцев жизни и продолжению кормления грудью в течение второго года жизни, что гарантирует младенцам и маленьким детям доступ к здоровой пище благодаря повышению безопасности продуктов питания (РРНСКН, 2007a; Black et al., 2008; Victora et al., 2008).

В более отдаленной перспективе, выживание и развитие детей зависят от того, насколько хорошо и справедливо организуют свою деятельность общество, правительство и международные учреждения (см. главы 10 и 14: «Справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах»; «Предоставление политических полномочий – включенность и голос»). Гендерная справедливость, проявляющаяся благодаря образованию, доходу, правам и возможностям матери, играет важную роль в выживании и развитии детей (см. главу 13: «Гендерная справедливость»). Дети получают пользу, когда национальные правительства осуществляют благоприятные для семьи стратегии социальной защиты, дающие возможность всем получать достаточные доходы (см. главу 8: «Социальная защита в течение всей жизни») и позволяющие родителям, а также медицинским и социальным работникам обеспечивать оптимальный баланс времени, проводимого на работе и дома (см. главу 7: «Справедливая занятость и достойная работа»). Политические лидеры, на национальном и международном уровнях, должны играть ключевую роль в предотвращении серьезных угроз развитию маленьких детей, включая войны и насилие, детский труд и эксплуатацию (WHO, 2005a). Однако глобальная несправедливость в сфере власти влияет на возможности бедных стран, в частности, на их способность осуществлять стратегии, являющиеся оптимальными для развития детей (ECDKN, 2007a) (см. главы 11, 12 и 15: «Справедливое финансирование»; «Ответственность рынка»; «Надлежащее глобальное управление»).

Дети нуждаются в поддержке, питании, уходе и чутком окружении. Кроме того, они нуждаются в возможностях исследовать мир, играть, а также учиться говорить и слушать других. Школы, как часть окружающей среды, которая вносит свой вклад в развитие детей, играют очень важную роль в формировании способностей детей и, если они являются подлинно инклюзивными, в достижении справедливости в отношении здоровья. Правильно разработанные программы РРД могут помочь гармонизировать переход детей к обучению в начальной школе, с пользой для последующего обучения в школе (UNESCO, 2006b).

Создание условий для полноценной жизни всех детей требует согласованной разработки стратегий в разных секторах. Родители, медицинские и социальные работники могут сделать многое, однако необходима поддержка со стороны правительства, организаций гражданского общества и широкой общественности.

Пренебрежение проблемами детей во всем мире происходит в значительной степени с ведома правительств. Поэтому важную роль в защите и улучшении условий для здорового развития детей должны играть организации гражданского общества.

Хотя на РРД сильно влияет среда, дети являются участниками социума, которые сами формируют среду и формируются ею (ECDKN, 2007b). Учет взаимоотношений ребенка и среды имеет большое значение для действий и научных исследований; при этом необходимо понимать важность расширения голоса и повышения агентности детей (Landon Pearson Resource Center for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007).

Раннее развитие детей: мощный фактор уравнивания

Инвестиции в РРД являются одними из наиболее эффективных инвестиций как средство снижения возрастающего бремени хронических болезней среди взрослых, уменьшения затрат на содержание судебной и тюремной систем, а также предотвращения большому количеству детей возможности превратиться в здоровых взрослых, способных вносить позитивный вклад в общество, как в социальном, так и в экономическом отношении (ECDKN, 2007a; Engle et al., 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). Кроме того, инвестиции в РРД могут быть мощным фактором уравнивания, благодаря мерам вмешательства, оказывающим преимущественное влияние на наиболее обездоленных детей (Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007). Если правительства в богатых и бедных обществах будут действовать, пока дети еще маленькие, и начнут внедрять высокоэффективные программы и услуги РРД в рамках более общих планов развития, то эти инвестиции со временем многократно окупятся (Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004). К сожалению, большинство расчетов по инвестициям в здравоохранение и другие секторы недооценивают эти будущие выгоды и несоизмерно переоценивают прибыль, получаемую в краткосрочном периоде.

Уменьшение несправедливости в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения требует принятия новой концепции развития детей. Необходим подход, который включает более всеобъемлющее понимание развития маленьких детей, включая не только физическое выживание, но и социально-эмоциональное и речевое/познавательное развитие. Признание роли РРД и образования включает в себе огромный потенциал для уменьшения несправедливости в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения. Оно создает сильный побудительный мотив к тому, чтобы действовать в ранний период жизни, и действовать немедленно. Пагубные последствия бездействия могут продлиться дольше человеческой жизни.

ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УРАВНИВАНИЕ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕННОГО СТАРТА

Комиссия заявляет, что всеобъемлющий подход к развитию детей, включающий не только выживание и физическое развитие детей, но также и социально-эмоциональное и речевое/познавательное развитие, должен занять центральное место в повест-

СПРАВЕДЛИВОСТЬ С САМОГО НАЧАЛА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 5.1

Принять и осуществить на практике всеобъемлющий подход к раннему периоду жизни, основываясь на существующих программах обеспечения выживания детей и расширяя сферу вмешательства в раннем периоде жизни, включив в нее социально-эмоциональное и речевое/познавательное развитие.

ке дня мероприятий социально-экономической политики. Это требует обязательств, руководящей роли и согласованности стратегий на международном и национальном уровнях. Это также требует осуществления всеобъемлющего комплекса мер вмешательства в области РРД для всех детей во всем мире.

Изменение унаследования

Комиссия рекомендует:

5.1. ВОЗ и Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) – создать межучрежденческий механизм, обеспечивающий согласованность стратегий раннего развития детей с тем, чтобы во всех специализированных учреждениях применялся всеобъемлющий подход к раннему развитию детей (см. Рес 15. 2; 16. 8).

На развитие маленьких детей влияют действия, осуществляемые в широком диапазоне секторов, включая здравоохранение, продовольствие, образование, труд, водоснабжение и канализацию. Аналогичным образом, на РРД оказывают влияние множество заинтересованных сторон внутри и вне системы ООН. В их число входят: ПРООН, Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев, ЮНИСЕФ, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Мировая продовольственная программа (ВПП), Программа ООН по населенным пунктам (ООН-ХАБИТАТ), Международная организация труда (МОТ), Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), ВОЗ, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирный банк, Международный валютный фонд (МВФ) и Международная организация по миграции (МОМ), а также организации гражданского общества. Многие из этих специализированных учреждений не ставят перед собой в качестве непосредственной цели улучшение РРД, но, тем не менее, могут оказывать на него значительное влияние, как положительное, так отрицательное.

Необходимо создать межучрежденческий механизм для обеспечения всеобъемлющего, согласованного подхода к РРД. Межучрежденческий механизм может иметь различные формы. Эффективной моделью является так называемый подкомитет, например, Постоянный комитет системы ООН по вопросам питания (ПКПООН) (Вставка 5.1). Такой комитет объединил бы вместе не только соответствующие специализированные организации ООН и участвующие правительства, но также орга-

низации гражданского общества и профессиональные сети РРД (см. главу 15: «Надлежащее глобальное управление»).

Согласно модели ПКПООН, ключевые виды деятельности межучрежденческого механизма могут включать: (i) разработку и осуществление стратегии адвокатирувания на высоком уровне и стратегической коммуникации, (ii) отслеживание и отчетность о прогрессе в деле обеспечения здорового жизненного старта для всех детей, (iii) облегчение интеграции РРД с деятельностью, связанной с ЦРАТ на уровне страны посредством системы координации ООН, (iv) включение правозащитных подходов (в частности, концепции прав в раннем детстве, изложенной в Замечании общего порядка № 7 «Осуществление прав ребенка в раннем детстве») (UN, 2006a) в повседневную деятельность межучрежденческого механизма, и (v) выявление ключевых научных и операционных разрывов (Standing Committee on Nutrition, nd, b). На уровне страны межучрежденческая группа может поощрять применение подхода, при котором разработчики политики, специалисты-практики, ученые и субъекты гражданского общества формируют интегрированные сети РРД, обеспечивающие общедоступность и распространение результатов исследований и практических выводов.

Обеспечение согласованности стратегий в области РРД на национальном и международном уровнях требует, чтобы международные организации, в частности, ВОЗ и ЮНИСЕФ, укрепили свою руководящую роль и институциональные обязательства в отношении к РРД. В рамках этих организаций многие программы оказывают влияние на развитие детей, в том числе программы по выживанию, иммунизации, репродуктивному здоровью детей, а также по проблеме ВИЧ/СПИДа. Во всех этих программах должны непосредственно учитываться задачи РРД. Это требует наличия специалистов и финансирования РРД с тем, чтобы эти программы:

- играли важную роль в пропаганде РРД как ключевого социального детерминанта здоровья;
- обеспечивали техническую поддержку включения РРД в стратегии на национальном уровне и в международные механизмы развития (такие как Документы по стратегии сокращения бедности);
- предоставляли техническую поддержку регионам, странам и партнерам, направленную на включение простых мер вмешательства в области РРД (таких как Комплексное ведение детских болезней, Медицинская помощь для развития – см.

Вставку 5.7) в состав медико-санитарных услуг и инициатив в области здоровья на общинном уровне;

- несли ответственность за сбор данных об эффективности мер вмешательства в области РРД, особенно тех, которые связаны с деятельностью системы медико-санитарной помощи;
- оказывали поддержку странам в сборе национальной статистики и создании систем мониторинга в области РРД.

Обеспечение всеобъемлющего подхода к РРД требует, чтобы для осуществления такого подхода международные организации и страны-доноры оказывали поддержку национальным правительствам в создании потенциала и разработке механизмов финансирования. Должна быть создана глобальная стратегия финансирования для оказания помощи странам, являющимся участниками Конвенции ООН о правах ребенка с тем, чтобы Комитет ООН по правам ребенка на практике реализовал «Замечание общего порядка № 7. Осуществление прав ребенка в раннем детстве».

Всеобъемлющий подход к раннему детству на практике

Комиссия рекомендует:

5.2. Правительствам обеспечить всеобщий охват всеобъемлющим комплексом качественных программ раннего развития детей и услуг для детей, матерей и других лиц, осуществляющих уход за детьми, независимо от их платежеспособности (см. Рекомендации 9.1; 11.6; 16.1).

Интегрированная схема осуществления стратегии раннего развития детей

Здоровый жизненный старт для всех детей наилучшим образом обеспечивается при помощи интегрированной схемы осуществления стратегии РРД, которая предназначена для охвата всех детей. Это требует межведомственной координации и согласованности стратегий, с четким определением ролей и обязанностей каждого сектора и способов их сотрудничества. Например, более успешное сотрудничество между секторами социального обеспечения и образования может способствовать переходу от дошкольных программ к начальному образованию (OECD, 2001). РРД должно быть включено в программы каждого сектора; при этом необходимо, чтобы оно постоянно учитывалось при принятии решений (см. главу 10: «Справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах»).

Осуществление более всеобъемлющего подхода к раннему возрасту включает в себя расширение сферы применения качественных мер вмешательства с тем, чтобы они, кроме обеспечения выживания и физического развития детей, охватывали социально-эмоциональное и речевое/познавательное развитие.

Программы и услуги РРД должны включать (но не ограничиваться этим) кормление грудью и поддержку питания, комплексную поддержку и медико-санитарную помощь матерям до, во время и после беременности, включая меры вмешательства, помогающие решать дородовые и послеродовые проблемы психического здоровья матерей (Patel et al., 2004) (см. главу 9: «Всеобщий доступ к медицинской помощи»), поддержку в воспитании и обслуживании детей, услуги по уходу за детьми и дошкольное образование, примерно с 3-летнего возраста (см. ниже: Сфера действий 2) (ECDKN, 2007a). Кроме того, необходимы услуги для детей с особыми потребностями, в том числе с психическими и физическими проблемами. Такие услуги включают: раннее выявление проблем, обучение лиц, осуществляющих уход за детьми, умению играть и общаться со своими детьми дома, социальные программы раннего вмешательства, направленные на то, чтобы помочь детям достичь своего потенциала, а также образование и адвокатирувание на уровне общины для предотвращения дискриминации детей-инвалидов (UNICEF, 2000; UNICEF, 2007a). Наиболее эффективными меры вмешательства бывают в том случае, когда они предоставляют опыт непосредственного обучения детям и лицам, осуществляющим уход за ними, обладают высокой интенсивностью, высоким качеством, большой продолжительностью, предназначаются для малолетних и обездоленных детей, и включены в рамки уже осуществляемых программ выживания и здоровья детей, что делает программы РРД легко доступными (Engle et al., 2007).

Осуществление интегрированной схемы реализации стратегии РРД требует проведения работы с организациями гражданского общества, общинами и лицами, осуществляющими уход за детьми. Гражданское общество может адвокатирувать и выступить с инициативой проведения действий по РРД, а также может оказать помощь в организации стратегий на местном уровне, обеспечивая семьи и детей эффективными услугами РРД, улучшая безопасность и функциональность микросреды, а также повышая потенциал местных и соседних общин по улучшению жизни детей (ECDKN, 2007a).

В большинстве стран отсутствует интегрированная схема осуществления стратегии РРД. В то же время во всем мире есть примеры мер вмешательства, которые показывают, какие действия можно предпринять.

От отдельных услуг до всеобъемлющих комплексов услуг по РРД

Осуществление программ и услуг, нацеленных на совершенствование развития маленьких детей, может строиться на основе ряда моделей. Некоторые из них направлены на решение

ВСТАВКА 5.1. ПРИМЕР МЕЖУЧРЕЖДЕНЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА: ПОСТОЯННЫЙ КОМИТЕТ СИСТЕМЫ ООН ПО ВОПРОСАМ ПИТАНИЯ (ПКПООН)

Мандат ПКПООН предусматривает содействие сотрудничеству между специализированными учреждениями ООН и организациями-партнерами в поддержку усилий на общинном, национальном, региональном и международном уровнях по ликвидации недостаточного питания во всех его формах в течение нынешнего поколения. Комитет осуществляет эту задачу путем совершенствования руководства, увеличения масштабов и усиления согласованности и эффективности мер, принимаемых против недостаточного питания во всем мире. Он также информирует общественность о проблемах питания и мобилизует решимость преодолевать их на глобальном, региональном и национальном уровнях. ПКПООН подотчетен Совету руководителей системы ООН. Членами ПКПООН являются: Экономическая комиссия для Африки, ФАО, Международное

агентство по атомной энергии, Международный фонд сельскохозяйственного развития, Международная организация труда, ООН, ЮНЭЙДС, ПРООН, Программа ООН по окружающей среде, ЮНЕСКО, Фонд ООН в области народонаселения, Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, ЮНИСЕФ, Научно-исследовательский институт социального развития ООН, Университет ООН, ВПП, ВОЗ и Всемирный банк. Членскими комитетами также являются Международный научно-исследовательский институт продовольственной политики и Азиатский банк развития (АБР). С момента создания ПКПООН представители двусторонних партнеров активно участвуют в работе Комитета, так же как и неправительственные организации.

Перепечатано, с разрешения ООН, из Standing Committee on Nutrition (nd, a)

ВСТАВКА 5.2. США: ПООЩРЕНИЕ ЧТЕНИЯ ВСЛУХ

Национальная некоммерческая организация США Reach Out and Read («Возьми и прочти») пропагандирует овладение грамотностью в раннем возрасте. Ее активисты раздают детям книги и рассказывают родителям, пришедшим в детскую поликлинику вместе с детьми, о важности, которую имеет чтение вслух для развития детей и подготовки к школе. При каждом посещении детской поликлиники врачи и медсестры рекомендуют родителям читать своим чадам вслух, подбадривают их и дают полезные советы, соответствующие возрасту детей. Родителям, которые не в ладах с чтением, рекомендуется придумывать рассказы на основе книжек с картинками и вместе с детьми разбирать, что нарисовано на кар-

тинках. «Книгоноши» выдают на дом каждому ребенку в возрасте от 6 месяцев до 5 лет соответствующие его развитию детские книги. В приемной врача, где много книг и журналов и часто можно встретить любителей чтения, родители и дети вместе постигают удовольствие и способы совместного просмотра книг. Родители, которым была оказана такая услуга, чаще будут читать детям вслух и покупать детские книги. Важнее всего то, что дети-дошкольники, к которым была применена эта мера вмешательства, показали значительно более высокий уровень владения речью, что является залогом дальнейших успехов в овладении грамотностью.

Источник: ECDKN, 2007a

конкретных проблем, таких как овладение грамотностью в раннем возрасте (Вставка 5.2), в то время как для других характерен более комплексный подход к РРД (см. Вставки 5.3 и 5.4).

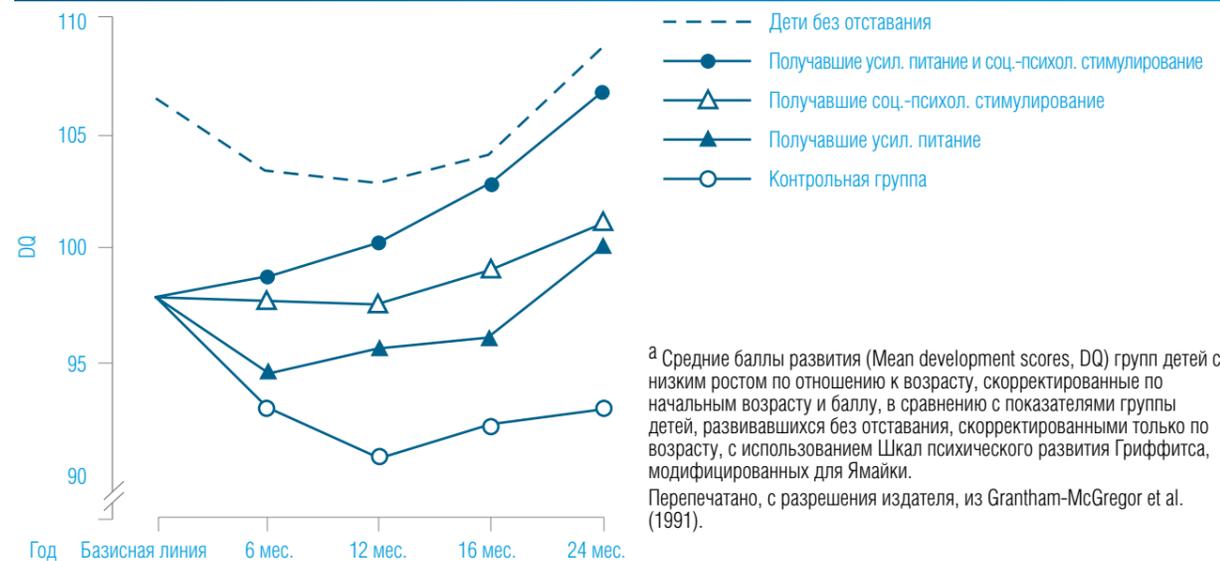
Особенно успешными являются меры вмешательства, объединяющие в себе различные аспекты развития детей и, в частности, предусматривающие стимулирование (взаимодействие между воспитателями и детьми, связанное с развитием мозга) и питание (Engle et al., 2007). Как правило, они приводят к устойчивому улучшению физического, социально-эмоционального и речевого/познавательного развития, одновременно уменьшая бремя болезней в настоящем и будущем, особенно среди наиболее социально уязвимых и обездоленных детей (ECDKN, 2007a). Это иллюстрируется на рис. 5.1, показывающем, что психическое развитие детей с низким ростом по отношению к возрасту, которые получали усиленное питание и социально-психологическое стимулирование, было почти таким же, как у детей с нормальным ростом (рис. 5.1).

Можно обеспечить еще более комплексные пакеты услуг, включив в них стимулирование, питание, занятия с родителями и различные формы поддержки со стороны членов семьи (Вставка 5.3).

Ранний жизненный старт с использованием подхода с точки зрения жизненного цикла

Дети младшего возраста, как правило, получают больше пользы от мер вмешательства в рамках РРД, чем более старшие дети, что свидетельствует о важности осуществления программ и услуг в как можно более ранний период жизни (Engle et al., 2007). На некоторые факторы нужно обратить внимание еще до рождения – и даже до зачатия. Во вставке 5.4 показано, как можно решать проблемы развития и питания детей с учетом перспективы жизненного цикла, охватывая не только детей, но также беременных и кормящих матерей и девочек-подростков.

Рисунок 5.1. Воздействие комбинированного применения усиленного питания и социально-психологического стимулирования детей с низким ростом по отношению к возрасту в течение двухлетнего интервенционного исследования на Ямайке



ВСТАВКА 5.3. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ НА ЯМАЙКЕ

Маленькие дети в бедных общинах Ямайки живут в исключительно неблагоприятных условиях, включая нищету. Программа для детей с недостаточным питанием направлена на пищевые и социально-психологические потребности детей, госпитализированных вследствие недоедания. Сотрудники больницы наблюдали, что перед началом программы помощи нуждающимся многие дети, которые выздоравливали и возвращались домой, вскоре после этого снова попадали в больницу с тем же заболеванием. Для решения этой проблемы была введена практика посещения семей детей, выписанных из больницы, с целью мониторинга их состояния. Во время посещения семей специалисты уделяли основное внимание мерам стимулирования, потенциально вредным для здоровья ребенка факторам среды, состоянию питания ребенка и возможной

потребности в усиленном питании. Родители участвуют в систематических еженедельных занятиях по педагогике и охвачены программой социального обеспечения. Им помогают развивать навыки экономической деятельности, после чего они начинают заниматься самосовершенствованием, находят работу или жилище. Безработных родителей также обеспечивали продовольственными наборами, постельными принадлежностями и одеждой. Кроме того, существует программа помощи нуждающимся из бедных общин, включающая регулярное социально-психологическое стимулирование в возрасте до трех лет, при содействии мобильного пункта проката игрушек.

Адаптировано, с разрешения издателя, из Scott-McDonald (2002).

Установление приоритетности мер вмешательства по отношению к наиболее обездоленным детям

В рамках схемы всеобщего доступа проявление особого внимания к социально обездоленным и отстающим в развитии детям поможет значительно уменьшить несправедливость в отношении РРД. Важным основанием для такого подхода является то, что меры вмешательства в рамках РРД, как правило, дают наибольший эффект именно в этих обездоленных группах (ScottMcDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al., 2007).

К сожалению, дети из беднейших семей и общин обычно реже имеют доступ к программам и услугам РРД (UNESCO, 2006b). При внедрении новых мер вмешательства, как правило, первыми получают пользу более обеспеченные дети (Victora et al., 2000; Houweling, 2007). По-видимому, именно такой результат приносит программа Интегрированного лечения детских болезней (ИЛДБ), которая в обычных условиях не ориентирова-

на на бедных (РРНСКН, 2007a). С другой стороны, примеры некоторых стран, таких как Филиппины, показывают, что охват обездоленных детей возможен (Вставка 5.5). В странах, где ресурсы ограничены, должны быть установлены приоритеты, предусматривающие первоочередное обслуживание наиболее уязвимых детей, при сохранении всеобщего охвата в качестве долгосрочной цели (ECDKN, 2007a).

Всеобщий охват детей

Основной целью должен быть всеобщий охват качественными мерами вмешательства по РРД (Вставка 5.6), с особым вниманием к наиболее обездоленным слоям. Само собой разумеется, всеобщая доступность должна включать равный доступ к услугам для девочек и мальчиков. Страны с низким доходом должны бороться за постепенное осуществление всеобщего охвата, начиная с наиболее уязвимых групп. Правительствам необходимо разрабатывать стратегии расширения масштабов эффек-

ВСТАВКА 5.4. ПРИМЕНЯТЬ МЕРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЕЩЕ ДО ЗАЧАТИЯ. ICDS – КОМПЛЕКСНЫЕ УСЛУГИ ПО РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ (ИНДИЯ)

ICDS – одна из самых масштабных программ развития и питания детей в мире. В настоящее время она обслуживает более 30 млн детей. Услуги включают поддержку беременных и кормящих матерей и девочек-подростков, в частности, посредством улучшения возможностей питания. Кроме того, программа предусматривает создание дошкольных детских учреждений, дошкольное образование, мониторинг развития детей в возрасте до 5 лет, дополнительное питание детей, страдающих от недоедания, помощь в иммунизации детей и осуществлении неотложной медицинской помощи (Engle et al., 2007). Результаты программы неоднозначны; хотя в некоторых штатах достигнут положительный эффект от мероприятий по борьбе с недоеданием и обеспечению

двигательного и психического развития детей (Engle et al., 2007; Lokshin et al., 2005). Внутри штатов помощь чаще оказывалась бедным деревням. Однако в штатах с высоким уровнем недоедания детей наблюдается самый низкий охват населения мероприятиями программы и самые низкие бюджетные ассигнования со стороны центрального правительства (Das Gupta et al., 2005). По данным оценки, проведенной Всемирным банком, был выявлен «лишь скромный положительный эффект, вероятно, из-за малого объема выделяемых средств, чрезмерной трудовой нагрузки на работников в общинах и недостаточной подготовки кадров»/ (Engle et al., 2007).

ВСТАВКА 5.5. ОХВАТ МАРГИНАЛИЗИРОВАННЫХ ОБЩИН НА ФИЛИППИНАХ

«Программа на Филиппинах обеспечивает детей младшего возраста в маргинализованных общинах медико-санитарной помощью, питанием и услугами дошкольного образования. Привлекая различные национальные министерства, а также – на уровне общин – инструкторов и сотрудников Службы детского развития, программа помогает отслеживать развитие

каждого ребенка; фиксирует доступ детей к йодированной соли, питательным микроэлементам, чистой воде и канализации, а также организует консультации для родителей о детском питании и развитии».

Перепечатано, с разрешения автора, из UNICEF (2001).

ВСТАВКА 5.6. ВСЕОБЩАЯ СЛУЖБА РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ НА КУБЕ

Программа «Educa a Tu Niño» («Растить вместе с ребенком») рассматривается как важный фактор достижений в сфере начального образования на Кубе (UNICEF, 2001). Эта программа, действующая с 1985 г., является неформальной, неинституциональной, осуществляемая на уровне общин и ориентированная на семьи служба РРД под эгидой Министерства просвещения (дошкольного образования). Программа функционирует при участии Министерства здравоохранения, Министерства культуры и спорта, Федерации кубинских женщин, Национальной ассоциации мелких фермеров, Национального комитета

по защите революции и студенческих ассоциаций. Эта расширенная сеть включает в себя 52 тыс. активистов (преподавателей, педагогов, врачей и других квалифицированных специалистов), 116 000 тыс. исполнителей (учителей, врачей, медсестер, квалифицированных специалистов на пенсии, студентов и добровольцев), и более 800 тыс. семей. В течение 1990-х гг. программа была расширена, охватив в 2000 г. 99,8 % детей в возрасте до 5 лет. Вероятно, это самый высокий показатель в мире.

Источник: CS, 2007.

тивных программ от локального до национального уровня, без ущерба для тех характеристик программ, которые делают их эффективными. Важно, чтобы на местном уровне комплексность и подотчетность осуществления программ сохранялись даже в том случае, когда происходит внедрение программы в общенациональном масштабе (ECDKN, 2007a).

Опора на действующие программы обеспечения выживания и здоровья детей с целью повышения доступности мер вмешательства в области раннего развития детей

Уникальное положение, занимаемое системами здравоохранения, позволяет им вносить вклад в РРД (см. главу 9: «Всеобщий доступ к медицинской помощи»). Учитывая что сферы воздействия базовых детерминантов выживания/физического развития, социально-эмоционального и речевого/познавательного развития пересекаются, система здравоохранения может быть эффективной площадкой для содействия развитию во всех областях. Для многих беременных женщин сфера медико-санитарной помощи является первым представителем системы здравоохранения, с которым они сталкиваются, а во многих случаях единственными специалистами, с которыми контактируют семьи в первые годы жизни ребенка, являясь поставщиками медицинской помощи (ECDKN, 2007a). Системы здравоохранения могут служить платформой для информирования и поддержки родителей в отношении РРД, а также связать детей и семьи с действующими службами РРД на уровне общины. Когда программы и услуги РРД являются составной частью действующих услуг медико-санитарной помощи, таких как ИЛДБ (Вставка 5.7), они могут стать весьма эффективным способом поощрения РРД (ECDKN, 2007a).

Воздействие на гендерное неравенство

Важным аспектом качества программ и услуг РРД является обеспечение гендерной справедливости. Ранняя гендерная социализация, изучение культурных ролей в соответствии с половой принадлежностью индивида и нормами, определяющими «мужское» и «женское», может иметь большие последствия в течение всей жизни. Например, на девочек может быть возложена забота о младших сестрах и братьях, что способно помешать им посещать школу. Решению этой проблемы могут содействовать программы предоставления услуг по уходу за малолетними детьми.

Важная стратегия обеспечения позитивной гендерной социализации для мальчиков и девочек осуществляется с помощью программ семейного воспитания, соответствующих развитию и полу детей и значимых в культурном отношении (Kosak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003). Эти программы направлены

на более глубокое понимание родителями и другими лицами, осуществляющими уход за детьми, своей роли в том, чтобы помочь детям с самого начала из жизненного пути развить в себе чувство собственного достоинства и уверенности в своих силах в качестве мальчика или девочки. Связанные с половыми различиями ожидания взрослых в отношении мальчиков и девочек могут быть вынесены на обсуждение во время дискуссий с участием отцов и матерей, других лиц, осуществляющих уход за детьми, а также дошкольных воспитателей.

Еще одной важной стратегией улучшения здоровья и результатов развития детей, одновременно способствующей обеспечению гендерной справедливости, является привлечение отцов к воспитанию детей с момента рождения. Отцы могут выполнять свою отцовскую роль, устанавливая позитивные и полноценные взаимоотношения с детьми, и могут стать образцом для подражания как для дочерей, так и для сыновей. Программы семейного воспитания, осуществляемые, в частности, в Бангладеш, Бразилии, Вьетнаме, Иордании, Турции и ЮАР, включают в себя определенные виды деятельности при более активном привлечении отцов к воспитанию детей (Kosak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003).

Привлечение членов общин

Привлечение членов общин, включая матерей, бабушек и других лиц, осуществляющих уход за детьми, имеет ключевое значение для устойчивости действий в области РРД. Сюда входит участие в развитии, реализации, мониторинге и анализе стратегий, программ и услуг в области РРД (ECDKN, 2007a). Эти меры могут помочь определить общую цель и установить консенсус в отношении результатов, связанных с потребностями данных групп населения, способствовать установлению партнерских отношений между членами общины, поставщиками услуг, родителями и другими лицами, осуществляющими уход за детьми, и повысить потенциал общины путем активного привлечения к работе семей и других заинтересованных сторон (ECDKN, 2007a). Вставка 5.8 показывает, как в Лаосской Народно-Демократической Республике движущими силами проекта в области РРД на всех его этапах – от выявления потребностей до внедрения – выступали общины. Участие общин и меры вмешательства, ориентированные на их потребности, не освобождают правительство от выполнения своих обязанностей. Однако они могут обеспечить более прочные связи между правительством, поставщиками услуг, общинами и родителями (ECDKN, 2007a) (см. главу 14: «Предоставление политических полномочий – включенность и голос»).

Масштаб образования

Хотя Комиссия не исследовала вопросы образования с помощью специальной Сети знаний, в результате проделанной ра-

боты выявились обширные области, заслуживающие внимания. Комиссия признает исключительную важность образования для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Образование, формальное и неформальное, понимается как процесс, начинающийся с рождения и продолжающийся на протяжении всей жизни. В центре внимания в этом разделе находится образование – от дошкольного до окончания средней школы, с упором на распространение всеобъемлющего подхода к образованию, который предусматривает внимание к физическому, социально-эмоциональному и речевому/познавательному развитию детей.

Комиссия рекомендует:

5.3. Правительствам обеспечить качественное образование, в котором внимание уделяется физическому, социально-эмоциональному и речевому/познавательному развитию детей, начиная с дошкольного обучения.

В каждой стране дети, особенно принадлежащие к беднейшим групп населения, могут получить большую пользу от программ образования в раннем возрасте. Расширение и улучшение услуг по уходу за детьми и образованию детей в раннем возрасте являются частью стратегии ЮНЕСКО «Образование для всех»

(UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a). Комиссия поддерживает цели стратегии ЮНЕСКО «Образование для всех» (краткое описание стратегии приводится во Вставке 5.9).

Обеспечение качественного дошкольного образования

Расширение доступности для всех детей качественного дошкольного обучения, основанного на принципах РРД, и осуществление особых усилий по охвату детей из социально обездоленных слоев населения, предполагает принятие обязательств на самом высоком уровне со стороны правительства и министерств, ответственных за уход за маленькими детьми и их образование. Это требует совместной работы в секторах здравоохранения и образования, а также анализа существующего обеспечения дошкольного образования, включая широкие консультации с семьями, сообществами, неправительственными организациями, организациями гражданского общества и поставщиками услуг дошкольного образования с тем, чтобы выявить потребности и разработать всеобъемлющую стратегию. В число сфер, в которых необходимо проводить работу при подготовке стратегии, входят: уровни финансирования, инфраструктура (включая здания и оборудование), поддержка детей с особыми образова-

ВСТАВКА 5.8. РАЗРАБОТКА УЧЕБНОГО ПЛАНА РАННЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДЛЯ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ В ЛАОССКОЙ НАРОДНО-ДЕМОКРАТИЧЕСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Проект развития женщин провел работу по содействию различным инициативам в области развития женщин в пяти провинциях Лаоса. Через пять лет интерес к проекту повысился, и выявилась необходимость непосредственно обратиться к решению проблем развития детей. На этой основе возник Проект развития «Раннее детство и семья». На начальных этапах его разработки и реализации в деревнях были организованы рабочие группы по планированию проекта. В результате планирования на сельском уровне сложился консенсус в отношении задач и целей работы, понимания проекта, оценки ресурсов и ограничений, планирования деятельности, создания проектного комитета и критериев отбора добровольцев из числа сельских жителей. Процесс разработки учебного плана для условий общины был сосредоточен на со-

вместных действиях на локальном уровне по разработке учебного плана, который можно адаптировать к конкретным потребностям различных этнических групп. Этот процесс в основном включал в себя сбор данных в деревнях и оценку потребностей. В качестве базы для разработки учебного плана был использован анализ существующих традиционных знаний. Одним из характерных действий стало соглашение об активном участии, подписанное представителями деревни и сельским комитетом развития. Оно было основано на структурной схеме прав ребенка и предусматривало действия, которые можно было предпринять немедленно, в ожидании необходимой помощи извне.

Источник: ECDKN, 2007a.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ЕГО МАСШТАБ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 5.2

Расширить обеспечение и масштаб образования с тем, чтобы они включали принципы развития детей в раннем возрасте (физического, социально-эмоционального и речевого/познавательного развития).

ВСТАВКА 5.9. ЦЕЛИ ПРОГРАММЫ ЮНЕСКО «ОБРАЗОВАНИЕ ДЛЯ ВСЕХ»

Расширение и повышение качества услуг по уходу за детьми и образованию детей в раннем возрасте.

Обеспечение к 2005 г. бесплатного и обязательного всеобщего начального образования, а к 2015 г. – всех ступеней образования.

Обеспечение равноправного доступа к программам обучения и навыкам самостоятельности.

Достижение 50%-ного улучшения показателей грамотности среди взрослых.

Устранение гендерных различий на начальной и средней ступенях образования к 2015 г.

Улучшение всех аспектов качества образования.

Источник: UNESCO, 2007a.

ВСТАВКА 5.7. ИНТЕГРАЦИЯ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ И УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В партнерстве с ЮНИСЕФ ВОЗ разработала специальный компонент раннего развития детей, под названием «Забота в интересах развития», который предназначен для включения в существующие программы ИЛДБ. Целью «Заботы в интересах развития» является разъяснение родителям и другим лицам, осуществляющим уход за детьми, важности игр и общения с детьми путем предоставления им информации и инструкций во время посещения детей в больнице. Данные показали, что «Забота в интересах развития» представляет собой эффективный метод поддержки усилий родителей и других лиц, осуществляющих

уход за детьми, по созданию для детей стимулирующей среды на основе уже существующих у детей навыков. Специалистов-медиков побуждают рассматривать посещения детей в больнице, где они находятся в связи острым, но неопасным заболеванием, как возможность распространения идей «Заботы в интересах развития», например, о важности активного и чуткого вскармливания ребенка для улучшения его питания и роста, а также о значении игр и общения для перехода детей на следующие стадии развития.

Источники: ECDKN, 2007a; WHO, nd, d.

тельными потребностями, соотношение численности персонала и учащихся, комплектование кадров, поддержка и обучение дошкольных воспитателей и характер дошкольной программы.

Высококачественное начальное и среднее образование

Имеются данные о том, что интеграция социального и эмоционального обучения в учебных планах начальных и средних школ, а также внимание к физическому и познавательному/речевому развитию детей улучшает посещаемость школ и уровень образования (CASEL, nd), и потенциально оказывает впоследствии долгосрочное благоприятное влияние на здоровье. Социальное и эмоциональное обучение относится к более общему разделу «обучения жизненным навыкам», которое включено в определении высококачественного образования, данное ЮНИСЕФ (UNICEF, nd, b). Цели программы «Образование для всех» включают равноправный доступ к «жизненным навыкам» как базовой потребности обучения молодежи, реализуемой либо посредством систематического образования, либо через неформальное окружение (UNESCO, 2007a). Комиссия одобряет возросшее во всех странах внимание к образованию на основе приобретения жизненных навыков как способу поддержания здорового образа жизни и предоставления молодежи прав и возможностей для осуществления контроля над своей жизнью. ЮНИСЕФ выдвинула на первый план важность обучения жизненным навыкам для профилактики ВИЧ/СПИДа и осуществления всеобъемлющего подхода к качественному образованию, отвечающему потребностям учащихся и принципу гендерной справедливости (UNICEF, nd, c).

Превращение школы в оплот здорового образа жизни для детей является основой для Стартового подхода FRESH («Концентрация ресурсов для эффективного здравоохранения в школе») (Partnership for Child Development, nd) – объединенной инициативы ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, Всемирного банка и других партнеров. В ее рамках координируются действия, направленные на то, чтобы сделать школу оплотом здорового образа жизни для детей и повысить качество и справедливость в образовании, способствуя развитию школ, «дружелюбных по отношению к ребенку» (Вставка 5.11).

Для решения проблем со здоровьем, с которыми сталкивается молодежь, могут быть разработаны инновационные, адапти-

рованные к конкретным условиям меры вмешательства на базе школы. Например, в Австралии для обеспечения психического здоровья в школах была разработана программа MindMatters (Curriculum Corporation, nd); осуществляемая в США программа «Действия для здоровых детей» направлена на решение проблем, связанных с распространяющейся эпидемией ожирения (Action for Healthy Kids, 2007). Эти программы показывают, что работа в секторах и привлечение целого ряда правительственных и неправительственных организаций может содействовать решению проблем со здоровьем в школьных учреждениях. Кроме того, для достижения этих целей с использованием указанного подхода могут быть разработаны внешкольные программы в неформальной среде.

Препятствия к получению образования

Комиссия рекомендует:

5.4 Правительствам обеспечить качественное обязательное начальное и среднее образование для всех мальчиков и девочек, независимо от платежеспособности, выявить и преодолеть препятствия в обучении для зачисленных и продолжающих посещать школу девочек и мальчиков, а также отменить плату за обучение в начальной школе (см. Рекомендации 6.4; 13.4).

В число препятствий к получению образования входят проблемы доступа к образованию, а также качества и приемлемости образования. Во многих странах, особенно с низким доходом, дети из семей с низким доходом и малообразованными родителями реже посещают школу и чаще бросают учебу. Облегчение бремени бедности и деятельность, приносящая доход (эти вопросы обсуждаются в главах 7 и 8: «Справедливая занятость и достойная работа»; «Социальная защита на протяжении всей жизни»), наряду с мерами по уменьшению семейных расходов на посещение школы, учебники, школьную форму и других затрат являются очень важными элементами всеобъемлющей стратегии, направленной на то, чтобы сделать реальным для миллионов детей доступ к качественному образованию.

Другие стратегии, направленные на то, чтобы побудить родителей отпускать детей в школу, варьируются в зависимости от страны, но включают в себя обеспечение бесплатного или субсиди-

дируемого школьного питания (Vajpai et al., 2005) и применение денежного поощрения за посещение школы, отмену платы за обучение (Glewwe, Zhao & Binder, 2006), а также обеспечение бесплатными таблетками от гельминтоза или другие меры медико-санитарного вмешательства, примером которых может служить Инициатива «Здоровье в школе», осуществляемая в Малави (Pasha et al., 2003). Чтобы выявить препятствия к получению образования, разработать и оценить стратегии поощрения родителей к тому, чтобы их дети ходили в школу, необходимы адаптированные к конкретным условиям исследования.

Известно, что в последние годы наблюдается быстрое развитие начального образования в странах с низким доходом, – тенденция, частично объясняемая отменой во многих странах платы за обучение. Как ярко показывает кенийский опыт (Вставка 5.12), отмену платы за обучение в начальной школе необходимо дополнить наймом и подготовкой преподавателей, строительством большого количества школ и учебных классов, а также обеспечением учебными пособиями. Расширившийся доступ к обучению в начальной школе должен сопровождаться повышением внимания к качеству образования. Кроме того, развитие начального образования требует, чтобы инвестиции в среднее образование способствовали повышению потенциала вновь поступающих, при условии, что они завершат среднее образование. Переход из начальной в среднюю школу является важным моментом для девочек и для обеспечения гендерной справедливости (Grown, Gupta & Pande, 2005).

Со стороны национальных правительств необходимы значительные инвестиции, позволяющие направить достаточные средства в развитие школьной инфраструктуры, наём, подготовку и оплату труда преподавательского состава, а также обеспечение учебными пособиями. Поддержка с этой целью стран с низким и средним доходом требует, чтобы страны-доноры выполняли свои обязательства по оказанию помощи (см. главу 11: «Справедливое финансирование»). Согласно оценкам, потребность в ежегодном внешнем финансировании для реализации целей программы «Образование для всех» составляет 11 млрд долл. США в год (UNESCO, 2007a).

Обучение девочек

Для обеспечения начального и среднего образования для девочек, особенно в странах с низким доходом, необходимы особые усилия (UNESCO, 2007a, Levine et al., 2008). Ключевой ме-

рой является отмена платы за начальное образование. В ответ на продолжающиеся проблемы с гендерной справедливостью в образовании, Рабочая группа 3 в рамках Проекта тысячелетия ООН по проблемам образования и гендерного равенства выявила необходимость в расширении возможностей получения среднего образования для девочек, при одновременном выполнении обязательства по всеобщему начальному образованию, поскольку ключом к достижению ЦРТГ 3 является обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин (Grown, Gupta & Pande, 2005).

Стратегии обеспечения среднего образования для девочек включают расширение доступа к образованию и удержание девочек в учебном заведении. Меры вмешательства по улучшению как физической, так и социальной среды (Rihani, 2006) включают обеспечение функциональных туалетов (выгребных уборных) для девочек и женщин-преподавателей и создание безопасной среды для девочек (WHO, 2005a) посредством введения и выполнения кодексов поведения. Меры по улучшению релевантности и качества обучения (Rihani, 2006) включают подготовку преподавателей и реформу учебного плана с целью уменьшения гендерной дискриминации и создания механизмов участия девочек в принятии решений, связанных с их обучением. Другие меры вмешательства включают целевые стипендии для девочек, такие как, например, «Женская программа помощи в средней школе» в Бангладеш (WGEKN, 2007; SEKN, 2007), и программы, направленные на решение проблем беременных школьниц, например, Botswana Diphphala Initiative (WGEKN, 2007).

Раннее детство открывает огромные возможности для уменьшения несправедливости в отношении здоровья на протяжении жизни одного поколения. Важность раннего развития детей и образования для здоровья на протяжении всей жизни дает мощный побудительный импульс к действию действовать уже сейчас. Бездействие будет иметь пагубные последствия, продолжительность которых может превысить срок человеческой жизни. Необходим новый подход, включающий более всестороннее понимание раннего развития детей и включает в себя не только физическое выживание, но и социально-эмоциональное и речевое/познавательное развитие. Этот подход должен быть интегрирован в учебный процесс на протяжении всей жизни.

ВСТАВКА 5.10. СТРАНОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДОШКОЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

В Чили развитие дошкольного образования за счет привлечения социально обездоленных детей началось с охвата 5–6-летних, а затем 4–5 и, наконец, 3–4-летних детей. В этой Программе внимание сосредоточено на соединении высококачественного образования, медико-санитарной помощи, питания и социальной помощи ребенку с уходом за ним в семье (JUNJI, nd). Расширение дошкольного образования в Швеции

было достигнуто благодаря принятым обязательствам правительства, согласно которым в дошкольном образовании особое значение должно придаваться играм, стратегиям естественного обучения детей и их всестороннему развитию. Цель стратегии состояла в интеграции этого всеобъемлющего подхода к образованию в общую систему образования (Choi, 2002).

ВСТАВКА 5.11. ШКОЛЫ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ

ЮНИСЕФ разработала основные принципы школ, «дружественных для детей». В нем был применен подход к образованию, основанный на правах. Школы, дружественные для детей, создают безопасную, здоровую, гендерно-чувствительную обстановку обучения, с участием родителей и местного сообщества, и

дают детям высококачественное образование и жизненные навыки. Эта модель или другие подобные ей модели уже разработаны или разрабатываются более чем в 90 странах, а в 54 странах адаптированы в качестве национального стандарта качества.

Источник: UNICEF, nd, d

ВСТАВКА 5.12. КЕНИЯ: ОТМЕНА ПЛАТЫ ЗА ОБУЧЕНИЕ В ШКОЛЕ

Когда в 2003 г. в Кении была отменена плата за обучение в школе, немедленно произошел приток в школьную систему 1,3 млн детей, что стало шоком для школьной инфраструктуры и учителей. Наем персонала для работы в школе с 2002 г. увеличился на 28%. Хотя общее ко-

личество учителей с 2002 по 2004 гг. возросло лишь на 2,6%, в некоторых районах соотношение численности учителей и учеников повысилось до уровня: 1 учитель на 100 учеников.

Источник: Chinyama, 2006

ВСТАВКА 5.13. АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ: СПРОС НА ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Суммарный коэффициент рождаемости в странах Африки к югу от Сахары составляет 5,5 (UNDP, 2007); в Нигере и Уганде этот показатель особенно высок (в Нигере – 7,4, в Уганде – 6,7). Почти 44% населения стран Африки к югу от Сахары – дети и молодежь в возрасте до 15 лет (для сравнения, в странах с высо-

кими доходами – членах ОЭСР численность этой возрастной группы составляет 18%). При таком большом количестве детей школьного возраста некоторые страны Африки к югу от Сахары сталкиваются с особыми трудностями в обеспечении высококачественного образования для всех.

ГЛАВА 6

Здоровое место жительства – здоровые люди

«Быстрая и хаотическая урбанизация сопровождается увеличением неравенства, которое создает огромные проблемы для безопасности человека».

Анна Тибайджука, исполнительный директор Программы ООН по населенным пунктам (UN-HABITAT, 2007b)

ПОЧЕМУ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА ВАЖНО ДЛЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Место где живут люди, влияет на их здоровье и на шансы добиться процветания в жизни. Для обеспечения справедливости в отношении здоровья необходимо, чтобы сообщества и социальное окружение, обеспечивали доступ к элементарным благам, которые оказывают связующее воздействие в социальном отношении, предназначены для улучшения физического и психологического благополучия и обеспечивают защиту природной среды.

Рост урбанизации

В 2007 г. впервые большинство людей на планете стало жить в городских условиях (WorldWatch Institute, 2007). При этом почти 1 миллиард людей живет в опасных для жизни условиях в городских трущобах³ и неофициальных поселениях. Ожидается, что к 2010 г. 3,48 миллиарда людей во всем мире будут жить на территориях городов. Рост «мегаполисов», многолюдных городских агломераций, насчитывающих по 10 миллионов жителей и больше, является серьезной проблемой с точки зрения глобального здоровья и справедливости в отношении здоровья. Но вполне реальную проблему для будущего представляет и рост примерно 500 «меньших» городов по 1–10 миллионов человек – городов, для которых характерен беспорядочный рост вширь.

Те регионы мира, где городское население растет наиболее быстрыми темпами – являются одновременно и регионами с самым высоким процентом обитателей трущоб (таблица 6.1). Данные за 2003 г., показывают, что почти половина всех городских жителей в развивающихся регионах мира, живут в трущобах, и этот показатель повышается до четырех из пяти жителей городов в беднейших странах. Но трущобы являются проблемой не только стран с низкими и средними доходами; в регионах с высокими доходами в трущобах живут 6% городских жителей.

В Найроби, где 60% населения города живет в трущобах, детская смертность в трущобах в 2,5 раза выше, чем в других районах города.

В трущобах Манилы до 39% детей в возрасте от 5 до 9 лет уже инфицированы туберкулезом – это вдвое выше среднего по стране показателя.

Вынужденное переселение жителей села в город

Если в глобальном масштабе большинство людей ведет городской образ жизни, то в разных регионах мира соотношения

между сельской и городской формой жительства чрезвычайно варьируется: от менее 10% горожан в Бурунди и Уганде до почти 100% в Бельгии, Гонконге (САР), Кувейте и Сингапуре. Со стратегиями и инвестиционными схемами, отражающими парадигму первоочередного значения городов для обеспечения роста (Vlahov et al., 2007), уже столкнулись сельские общины во всем мире, включая коренные народы (Indigenous Health Group, 2007), и уже пострадали от прогрессирующего недофинансирования инфраструктуры и коммунальных удобств при непропорционально высоком уровне бедности и плохих условиях жизни (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000), что частично способствовало переселению в незнакомую обстановку городских центров. Именно это явление, в сочетании с ростом численности населения и стагнацией производительности сельского хозяйства, объясняет, почему именно страны Африки к югу от Сахары с 1960-х и по 1990-е гг. демонстрировали один из самых высоких темпов роста урбанизации в мире (140%), причем примерно половина этого роста пришла на счет миграции жителей из села в город (Barríos et al., 2006). Эти основные неравенства, складывающиеся не в пользу условий жизни на селе, ответственны за общее неравенство в отношении здоровья между городскими и сельскими жителями во многих странах с низкими доходами (Houweling et al., 2007).

Уязвимость в городских условиях

Следуя нынешней тенденции городского роста, городские популяции будут стареть, будет усиливаться расползание городов вширь и все большее число людей, станет жить в бедности, в трущобах, и в стихийно возникающих поселениях (Campbell & Campbell, 2007). Доля пожилых во взрослом населении городов в странах с высоким доходом соответствует доле более молодых возрастных групп, и будет расти с той же скоростью. Однако в странах с низким и средним доходом доля пожилых людей в городских сообществах умножится в 16 раз – примерно с 56 миллионов в 1998 г. до более 908 миллионов в 2050 г. (WHO, 2007d). Угрозе подвергается и здоровье инвалидов живущих в городских районах, чьи проблемы вызваны высокой плотностью населения, столпотворением, неподходящими для них конструктивными решениями всей среды обитания и отсутствием социальной поддержки (Frumkin et al., 2004).

«Более теплый мир с более интенсивным круговоротом воды и повышающимся уровнем моря повлияет на многие ключевые детерминанты богатства и благосостояния, включая водоснабжение, производство продуктов питания, здоровье человека, доступность земель, и окружающую среду» (Stern, 2006)

Нынешняя модель урбанизации порождает значительные экологические проблемы, особенно изменение климата, -- влияние которых сильнее сказывается на странах с низким доходом и на положении уязвимых групп населения (McMichael et al., 2008; Stern, 2006) (рис. 6.1). В настоящее время выброс парниковых

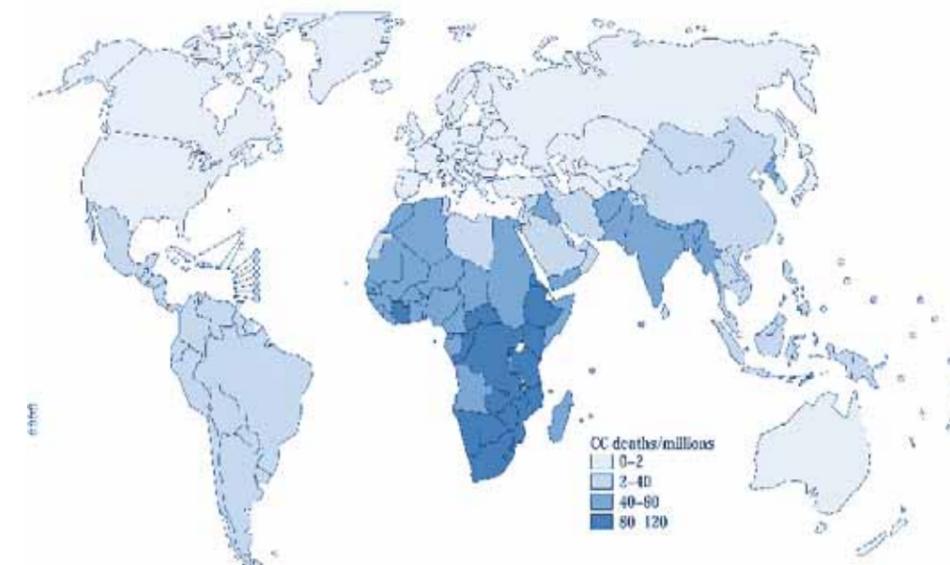
³ Общее определение трущоб, используемое UN-HABITAT, означает «широкий ряд поселений жителей с низкими доходами, и (или) с плохими условиями для жизни людей». Эти районы обычно имеют четыре общие характеристики: низкое качество строений; перенаселенность (например, по количеству людей на комнату); неадекватное обеспечение инфраструктуры и коммунальных услуг; и относительно низкие цены. Во многих случаях есть и пятая характеристика – небезопасность – возникающая вследствие незаконности поселения (это относится к сквоттерам) или отсутствия правовой защиты для жителей (снимающих жилье).

Таблица 6.1. Городское население и население городских трущоб, около 2003 г.

	Общая численность городского населения (млн чел.)	Доля городского населения в общей численности населения (%)	Население городских трущоб (млн чел.)	Доля населения городских трущоб в общей численности населения (%)
Весь мир	2923	47,7%	924	31,6%
Развитые регионы	902	75,5%	54	6,0%
Европа	534	73,6%	33	6,2%
Другие	367	78,6%	21	5,7%
Развивающиеся регионы	2022	40,9%	870	43,0%
Северная Африка	76	52,0%	21	28,2%
Африка к югу от Сахары	231	34,6%	166	71,9%
Латинская Америка и Карибский бассейн	399	75,8%	128	31,9%
Восточная Азия	533	39,1%	194	36,4%
Восточная Азия без Китая	61	77,1%	16	25,4%
Южная часть Центральной Азии	452	30,0%	262	58,0%
Юго-Восточная Азия	203	38,3%	57	28,0%
Западная Азия	125	64,9%	41	33,1%
Океания	2	26,7%	0	24,1%
Страны с переходной экономикой	259	62,9%	25	9,6%
Содружество Независимых Государств	181	64,1%	19	10,3%
Другие европейские страны	77	60,3%	6	7,9%
Наименее развитые страны	179	26,2%	140	78,2%

Источник: UN-HABITAT 2003 и другие данные ООН: Перепечатано из KNUS (2007).

Рисунок 6.1. Смертность от изменений климата



Оценочные данные по субрегионам ВОЗ для 2000 г. (WHO World Health Report, 2002). Copyright WHO 2005. Все права защищены.

Перепечатано, с разрешения издателя, из WHO (2005e).

газов происходит преимущественно по модели потребления, существующей в городах стран с высоким доходом. Однако быстрое развитие и сопутствующая урбанизация в более бедных регионах означают, что страны с низким и средним доходом будут одновременно и страдать от опасности для здоровья из-за изменения климата, и все больше будут ответственны за наличие этой проблемы (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007).

Транспорт и здания дают 21% общего объема выбросов CO₂ (IPCC, 2007). Большую проблему создает сельское хозяйство. Урожайность, благодаря которой получают пищу как сельские, так и городские жители, в значительной степени зависит от преобладающих климатических условий. Сельскохозяйственная деятельность в целом дает одну пятую часть всех глобальных выбросов парниковых газов (McMichael et al., 2007).

Новое городское здравоохранение

В отдельных регионах и группах населения мира продолжают наблюдаться инфекционные заболевания и недоедание. Однако, сама по себе урбанизация меняет картину болезней населения, особенно городских бедных, повышая долю неинфекционных болезней и травм, алкоголизма и наркомании, а также пагубного влияния экологических бедствий (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et al., 2001).

Ожирение является одной из самых тяжелых проблем здоровья, которая возникла в последние десятилетия. Это неотложная проблема, особенно среди социально обездоленных групп во многих городах мира (Hawkes et al., 2007; Friel, Chopra & Satcher, 2007). Смещение среднего веса тела населения в сторону ожирения связано с изменениями в питании – увеличением потребления жиров, подсластителей, высококалорийных пищевых продуктов и пищевых продуктов глубокой переработки. Считается, что вместе с заметным сокращением расхода энергии, это внесло свой вклад во всемирную эпидемию ожирения. Изменения в питании, как правило, начинаются в городах. Это происходит из-за разнообразных факторов, включая в их число широкий выбор, доступность и возможность осуществления оптовых покупок, наличие пищевых полуфабрикатов для бы-

строго приготовления и употребление «сверхизбыточных» порций (Dixon et al., 2007). На физическую активность сильно влияет городская планировка с ее плотностью мест проживания, смешанным землепользованием, степенью связанности улиц; наличие возможности дойти пешком от одного места до другого, а также обеспеченность общественными местами для проведения досуга, пространствами для отдыха, игр и их доступности. Каждый фактор в отдельности, а также увеличивающаяся зависимость от автомобилей, оказывает серьезное влияние на увеличение физической малоподвижности в странах с высоким и средним доходом (Friel, Chopra & Satcher, 2007).

Серьезными городскими проблемами, связанными со здоровьем, являются насилие и преступность. Из 1,6 миллиона насильственных смертей во всем мире (включая гибель в результате конфликтов и самоубийств), происходящих ежегодно, 90% приходится на страны с низким и средним доходом (WHO, 2002a). В неофициальных поселениях больших городов весьма распространены социальная изоляция и угроза насилия (Roberts & Meddings, 2007). В североамериканских и европейских городах, и все больше в городах других стран с высоким доходом, насилие и преступность стали концентрированными проблемами городских окрестностей, особенно с крупными жилыми массивами в предместьях. Алкоголь приводит к травматизму и насилию в странах с низким, средним и высоким доходом. Цифры ВОЗ говорят о том, что из большого количества смертельных случаев, связанных с употреблением алкогольных напитков во всем мире, 32% происходят из-за неумышленных травм, а 14% из-за намеренно нанесенных увечий (Roberts & Meddings, 2007). Самое высокое в мире бремя болезней, связанных с алкоголизмом, приходится на регион бывшего Советского Союза и Средней Азии, где оно составляет 13% всего бремени болезней (PPHCKN, 2007b).

Безусловно, городские районы в наибольшей степени подвержены дорожно-транспортному травматизму и загрязнению воздуха транспортными средствами, ежегодно в них наблюдается примерно 800 000 случаев смерти из-за загрязнения городского воздуха и 1,2 миллионов случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий (Roberts & Meddings, 2007; Pruss-

Ustun & Corvalan, 2006). Уменьшение количества случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий с 1987 по 1995 гг. в высоко автомобилизированных странах (рис. 6.2) дает надежду другим странам, где резко растет автомобилизация, показывая положительные результаты таких стратегических инициатив как планирование уличного движения, создание более безопасных дорог и автомобилей, а также более безопасное вождение благодаря, например, всеобщему и обязательному применению ремней безопасности и наказаний за вождение автомобилем в состоянии алкогольного опьянения.

Около 14% глобального бремени болезней относят на счет психоневрологических расстройств, главным образом из-за депрессии и других общих психических заболеваний, расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем и наркотиками, а также психозов (Prince et al., 2007). Предполагается, что бремя заболеваний глубокой депрессией вырастет и в 2030 г. станет второй по значимости причиной потери трудоспособности (лет жизни) и будет представлять серьезную проблему для здравоохранения в городах.

Эти возникающие проблемы здоровья в странах с разным уровнем инфраструктуры и подготовленности систем здравоохранения, создадут в XXI веке значительные проблемы с обеспечением справедливости в отношении здоровья. Улучшение за последние 50 лет показателей смертности и заболеваемости в высоко урбанизированных странах таких как Япония, Нидерланды, Сингапур и Швеция, являются доказательством наличия потенциала современных городов в обеспечении здоровья. Этот факт показывает также, что такого успеха можно достичь лишь тогда, когда есть поддержка со стороны политических структур, существуют финансовые ресурсы, применяемые надлежащим образом, и проводится социальная политика, которая создает основу для справедливого обеспечения условий, в которых люди могут преуспевать (Galea & Vlahov, 2005).

ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ЗДОРОВОЙ ПОЛНОЦЕННОЙ ЖИЗНИ

Если урбанизация продолжит развиваться таким же образом как сейчас, то в течение жизни одного поколения она создаст человеческую проблему для здоровья, а также для социальной сферы и экологии в масштабе беспрецедентном в человеческой истории. Существует настоятельная необходимость в новом подходе к урбанизации и новой парадигме общественного здравоохранения в городах, с воздействием на три ключевые области:

- В городах нужны новые модели управления, способные так планировать города, чтобы физическая, социальная и природная среда предотвращала и уменьшала новые городские риски для здоровья, обеспечивая равноправное включение всех городских жителей в процессы формирования городских стратегий.
- Устойчивые инвестиции в сельские районы – делающие их местом, пригодным для счастливой жизни, – должны уравновешивать инвестиции в города в планах развития на национальном уровне.

- Основополагающей в этой сфере действий является разработка таких стратегий по адаптации и смягчению воздействия изменений окружающей среды, в которых принимаются во внимание их социальное измерение и измерение справедливости в отношении здоровья.

Хотя Комиссия не рассматривала подробно вопросы сельского здравоохранения, она признает необходимость стратегии устойчивого развития, основанной на сбалансированном росте села и города. С этой целью в данной главе приведена основополагающая рекомендация. Аналогично вне компетенции Комиссии остался вопрос изменения климата, но существуют явные возможности одновременно улучшить состояние дел с равенством в отношении здоровья и прекратить выбросы парниковых газов посредством воздействия на городской и сельский секторы. Общая рекомендация относительно изменения климата и справедливости в отношении здоровья приводится в конце этой главы и еще раз – в части 6: «Создание глобального движения».

Руководство городским развитием осуществляемое таким образом, чтобы в центре внимания было благосостояние всех людей и экологическая устойчивость, потребует стратегического планирования с широким участием, включая стратегии планирования развития города, его окрестностей и региона, охватывающих следующие измерения: транспорт, жилье, занятость, социальную сплоченность и охрану окружающей среды.

Комиссия рекомендует:

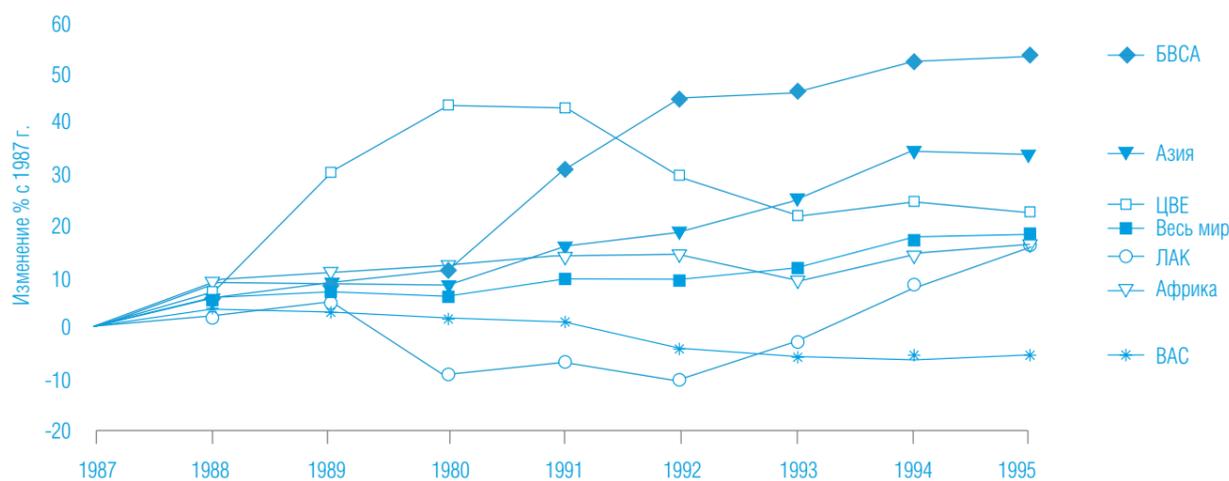
- 6.1. Местным органам власти и гражданскому обществу, при поддержке национального правительства, создать местные механизмы управления с широким участием, которые позволят местному населению и местному органу власти стать партнерами в создании более здоровых и безопасных городов (см. Рес 14.3).**

Городское управление с широким участием

Несмотря на данные о важности участия сообществ в улучшении условий жизни в городе (Вставка 6.1), ресурсы и контроль над процессами принятия решений часто остаются вне досягаемости людей, обычно исключаемых из этих процессов на местном и общинном уровнях.

Понятие «Здоровая обстановка» применимо к таким местам проживания и такому социальному окружению, которые способствуют здоровью. В частности, движение «Здоровые города» представляет собой реально существующую модель управления на местном уровне, которую можно применить повсюду в мире для укрепления справедливости в отношении здоровья (WHO Healthy Cities, nd; Alliance for Healthy Cities, nd; РАНО, 2005). Подход «Здоровая обстановка» применялся не только на уровне города, но и муниципалитета, села, острова, рынка, школы, больницы, тюрьмы, ресторана и общедоступных мест. Значительно позже принципы модели «Здоровые города» использовались для разработки инициатив, признающих факт демографических изменений в сторону старения населения (инициатива «Города, благоприятные для пожилых»). В своих лучших проявлениях модель «Здоровые города» обеспечивает «нейтральные правила игры», где все заинтересованные стороны в городе могут объединиться и договориться о последствиях для здоровья

Рисунок 6.2. Изменение процента случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий с 1987 г.



ВАС – высоко автомобилизированные страны: Северная Америка, Австралия, Новая Зеландия, Япония и Западная Европа; ЦВЕ – Центральная и Восточная Европа; ЛАК – Страны Латинской (Центральной) Америки и Карибского бассейна; БВСА – Ближний Восток и Северная Африка. Воспроизведено с разрешения издателя из работы: Jacobs et al. (2000).

ЗДОРОВЬЕ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 6.1

Надо поставить вопросы здравоохранения и справедливости в отношении здоровья в центр городского управления и планирования.

самых разных видов городской деятельности, включая планирование, жилищное строительство, защиту окружающей среды, стиль медицинского обслуживания и принятия мер по решению проблем профилактики травматизма и борьбы со употреблением наркотиков и спиртных напитков. Некоторая оценка и исследование программы «Здоровая обстановка» проводились на городском и региональном уровнях, но на мировом уровне никакого систематического обследования не проводилось. Важно, чтобы исследователи и правительство оценивали везде, где это только возможно, воздействие на справедливость в отношении здоровья таких программ, как «Здоровые города» («Здоровая обстановка»), как формальных, так и не формальных, чтобы собирать данные для осуществления соответствующих и эффективных действий местного органа власти.

Улучшение городских условий жизни

Используя принципы проектирования здорового города, город можно проектировать так, чтобы он имел плотное, смешанное с точки зрения места проживания, население, с легким доступом к услугам, включая предполагаемое коммерческое и некоммерческое землепользование, с выделением земли для охраны природных ресурсов и отдыха. В такой повестке дня развития города учитывается также обеспечение всех основных удобств для жизни и довольно развитой инфраструктуры (Devergnan, 2007). Маловероятно, что страны с низким и средним доходом в ближайшем будущем смогут полностью обеспечить финансирование создания совершенно здоровых условий жизни. Для поддержки планов, составленных населением и правительствами в менее богатых странах, необходимо финансирование со стороны более преуспевающих стран (Sachs, 2005).

ВСТАВКА 6.1. УЛУЧШЕНИЕ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗЕМЛЕПОЛЬЗОВАНИЯ В ТАИЛАНДЕ

Около 62% жителей трущоб в Таиланде живут в Бангкоке, и при этом 1,6 миллиона (20% населения) Бангкока живет в трущобах. Девять общин вдоль канала Бангбуа в северном Бангкоке начали проект модернизации трущоб ввиду угрозы выселения из-за планируемого проекта строительства шоссе. На общественных слушаниях было решено, что общины приступят к переговорам о юридическом оформлении землепользования и повышении статуса общины. Общины работали вместе с правительственным агентством – Институтом развития организации общин (CODI) и одной из НПО, Фондом Чумтонтай. Обе организации работают в рамках национальной жилищной программы Баан Ман Конг (безопасное землепользование), сотрудничая также с Департаментом казначейства, окружными управлениями и местными университетами.

Этот проект требовал действий на двух уровнях. Операционным уровнем занималась главным образом община. Для координации всего проекта была создана рабочая группа. Эта группа проводила рабочие встречи и планировала действия с каждой общиной по совместной выработке схемы жилищного строительства и совершенствования плана развития общины. Сетевой комитет связывал девять общин и поощрял их участие. Отдельные комитеты общин поддерживали связь с членами общин и собирали информацию, необходимую для планирования и реализации. Общинная группа по сбережениям поощряла участие в программе накопления сбережений, которая была прозрачной и включала в себя систему общественного

Жилье/жилищные условия

Одну из самых больших проблем, стоящих перед городами, представляет доступность надлежащего жилья для всех. Необходимо не только обеспечить само жилье, но и его качество и предоставить связанные с ним услуги, такие как водопроводная и канализационная системы, являющиеся жизненно важными условиями здоровья (Shaw, 2004).

Комиссия рекомендует:

6.2. Национальному правительству и местному органу власти, в сотрудничестве с гражданским обществом, надо управлять городским развитием так, чтобы обеспечить более широкое предоставление доступного качественного жилья. При поддержке со стороны ООН-Хабитат, там, где это необходимо, следует осуществлять инвестиции по улучшению жизни в городских трущобах, считая приоритетной задачей обеспечение их водопроводной и канализационной системами, электроснабжением, а также производить устройство улиц с твердым покрытием покрытием дорожной части для всех домохозяйств независимо от платежеспособности (см. Рек. 15.2).

Многие города, как в богатых, так и в бедных странах сталкиваются с кризисом наличия доступного качественного жилья. Этот кризис усугубляет социальную несправедливость в целом, и в здоровье в частности. Например, в США несправедливость только обострилась из-за того, что в качестве способа контроля за ростом применялось зонирование районов с невысокой плотностью населения. Такие районы приобрели эксклюзивный характер, с незначительным проживанием в них афроамериканцев и испаноязычных жителей (NNC, 2001).

аудита. На уровне политики главную роль играли правительственные организации. CODI обеспечивал кредиты для строительства жилья для городских бедных и работал совместно с другими заинтересованными учреждениями над вопросами землепользования, создания потенциала, проектирования и строительства жилья. Департамент казначейства выступал в качестве распорядителя и собственника земли и заключил с участвующими общинами договоры об аренде земли на 30 лет. Местное окружное управление выдало разрешения на строительство и координировало действия вместе с вышестоящими правительственными органами. Местный университет для решения технических и вспомогательных вопросов предоставил квалифицированный персонал, располагавший знаниями об улучшении физической и социальной окружающей среды.

В экспериментальной общине были построены первые жилищные единицы, а в январе 2006 г. строительство началось и в трех других общинах. Из опыта в районе Бангбуа было извлечено несколько уроков. На институциональном уровне существует признание необходимости участия общин через сети и структуры самой общины. На уровне общины сеть продемонстрировала способность включать общины в процесс жилищного строительства, создавать потенциал сообщества и убеждать других участников процесса в том, что община привержена развитию жилищного строительства, что в свою очередь продвигало процесс укрепления землепользования.

Источник: KNUS, 2007.

Поэтому важно, чтобы местный орган власти регулировал освоение земель для восстановления городской среды, обеспечивая резервирование городской земли для строительства дешевого жилья. Осуществление более справедливого жилищного строительства через региональные программы справедливого жилищного строительства, зонирование на принципах открытости и обеспечение исполнения законодательства о справедливом решении жилищных вопросов. Приняв интегрированный подход, местные власти могли бы найти критерии для распределения доступных налоговых льгот на жилье, чтобы стимулировать строительство нового доступного жилья вблизи от веток городского транспорта, школы и коммерческих зон (Вставка 6.2) (NNC, 2001).

Роль местного органа власти состоит в том, чтобы контролировать влияние жилищных условий, стандартов строительства и инфраструктуры на здоровье и справедливость в отношении здоровья. Неэффективность потребления топлива в домашних условиях и

связанная с отоплением бедность⁴ несет в себе целый ряд последствий для здоровья и имеет ярко выраженный социальный характер (Вставка 6.3). Поразительно то, что в такой экономически богатой стране как Республика Ирландия, целых 17% домохозяйств являются бедными в отношении отопления (Healy, 2004).

Положение обитателей трущоб нуждается в особом внимании. Улучшение жизни в трущобах требует огромных инвестиций, но тем не менее большинство стран вполне могут себе это позволить (Midlin, 2007). Главная цель Программы ООН по населенным пунктам (ООН-Хабитат) при Экономическом и социальном совете ООН состоит в том, чтобы способствовать тому, чтобы социально и экологически жизнеспособные города и городские поселения ставили перед собой цель обеспечения надлежащего жилья для всех (UN-НАБИТАТ, 2007а). Интегрированный стратегический план ООН-Хабитат и ВОЗ обеспечивает мандат и техническую поддержку многим странам с низким и средним доходом во всем мире, для того чтобы они могли решить эти го-

ВСТАВКА 6.2. КАЛИФОРНИЙСКАЯ ПРОГРАММА НАЛОГОВЫХ КРЕДИТОВ

В июне 2000 г. штат Калифорния преобразовал свою программу налоговых кредитов, предназначенную для обеспечения доступной арендной платы за жилье. В новой программе была создана система баллов, которая устанавливает приоритетность тех проектов, что соответствуют целям устойчивого развития (таких как

пешеходная доступность линий городского транспорта и школ), и проектов в тех округах, где работа над улучшением жилищных условий является неотъемлемой частью усилий по общему обновлению.

Источник: NNC, 2001.

ВСТАВКА 6.3. ЮЖНОЕ ПОБЕРЕЖЬЕ АНГЛИИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЖИЛЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хотя город Торкуэй на юге Англии на взгляд со стороны кажется богатым, он имеет свои уголки обездоленности. Район Уоткомб состоит из владений ранее принадлежавших городскому Совету и здесь гораздо более высокий уровень обездоленности, чем в среднем по региону, и самый высокий в городе показатель вызовов семейных врачей на дом во внеурочное время – на 15% выше среднего по городу показателя. Половина населения района получала компенсационные выплаты, а 45% детей в возрасте до 5 лет жили в семьях с единственным родителем. С жильцами и Советом был согласован рандомизированный по очередности осуществления проект. Вмешательство предусматривало модернизацию зданий (включая центральное отопление, вентиляцию, замену проводки, изоляцию и настилку новой кровли) в два этапа, с интервалом в год.

Оценка вмешательства была положительной. Вмешательство позволило произвести более теплые и сухие дома, которые были более энергоэффективными, что показали замеры внутренней среды в помещении и энергетические рейтинги домов. Жители оценили усовершенствования и почувствовали наступившее в результате этого улучшение здоровья и благополучия. Более полное использование всего дома, улучшившиеся отношения в семьях и большее чувство собственного достоинства – все это было отмечено как полезные результаты. У тех, кто живет в улучшенных благодаря вмешательству зданиях, проблемы с дыхательной системой, связанные и несвязанные с астмой, вместе с показателем проявлений астмы среди взрослых, значительно уменьшились по сравнению с теми, кто живет в зданиях контрольной группы.

Источник: Barton et al., 2007

ВСТАВКА 6.4. МОДЕРНИЗАЦИЯ ТРУЩОБ В ИНДИИ

Модернизация трущоб, обеспечение необходимых условий для достойного качества жизни для городской бедноты в Ахмадабаде (Индия), стоит всего лишь 500 долл. США на домохозяйство. Это включает вклады местного населения в сумме 50 долл. США на домохозяйство. После инвестиций в модернизацию этих трущоб наблюдались улучшения в состоянии здоровья

местных жителей, а также сокращение масштабов передающихся через воду инфекционных заболеваний. Кроме того, дети начали ходить в школу, а женщины могли теперь взяться за оплачиваемую работу, больше не сталкиваясь с необходимостью стоять в длинных очередях с тем, чтобы набрать воду.

⁴ Бедность в отношении отопления определяется здесь как отсутствие возможности обогреть дом до адекватной (то есть комфортной и безопасной) температуры вследствие низкого дохода домохозяйства и низкой энергоэффективности домохозяйства.

родские проблемы и таким образом работать ради достижения ЦРАТ (см. главу 15: «Надлежащее глобальное управление»).

По имеющимся оценкам (Garau et al., 2005) глобальная модернизация трущоб может обойтись в сумму до 100 млрд долл. США. «План Маршалла для городских трущоб мира» может финансироваться на долевой основе, например, международными организациями и странами-донорами (45%), национальными и местными органами власти (45%), а также самими заинтересованными домохозяйствами (10%), в последнем случае с помощью схем микрокредитования.

«Обитатель трущобы в Найроби или Дар-эс-Саламе, вынужденный полагаться на частных поставщиков воды, платит за литр воды в 5–7 раз больше, чем средний североамериканский гражданин» (Tibaijuka, 2004)

Чтобы сделать возможной модернизацию трущоб, потребуются политическое признание неофициальных поселений, сопровождаемое урегулированием землепользования в трущобных поселениях, чтобы позволить официальным (государственным или частным) коммунальным службам расширить там инфраструктуру и услуги (Вставка 6.5). Такие действия помогут укрепить права женщин и улучшить состояние их здоровья, увеличив доступ к базовым ресурсам, таким как водопровод и канализация (WGEKN, 2007).

Ухудшение экологической обстановки и качества воздуха

Серьезную проблему для здоровья в городах представляет загрязнение производимое в результате растущего использования моторизованного транспорта. Загрязнение из-за работы транспорта способствует общему загрязнению воздуха, которое, по оценкам, ответственно за 1,4% всех случаев смерти во всем мире (WHO,

2002b). Транспорт дает 70-80% всех выбросов в городах в странах с низким и средним доходом, и этот показатель увеличивается (Schmidting, 2002). Наблюдается порочный круг возросшей зависимости от автотранспорта, изменений в землепользовании ради использования автомобилей, растущего неудобства пользования немоторизованными способами передвижения, приводящего к дальнейшему росту числа автовладельцев, с присущими для него прямым воздействием на качество воздуха, выбросам парниковых газов и малоподвижному образу жизни (NHF, 2007).

Для того, чтобы преодолеть то, что превращается в настоящее бедствие для здоровья населения, важно, чтобы национальное правительство и местные органы власти, при сотрудничестве с частным сектором, контролировали загрязнение воздуха и выбросы парниковых газов от транспортных средств, прежде всего посредством инвестирования в улучшенные технологии, улучшенные массовые транспортные системы, и систему платежей за излишнее использование частного транспорта. Например, опыт Лондона (Вставка 6.6), Стокгольма и Сингапура показывает, что введение платы за въезд в центр города оказывает немедленное влияние на интенсивность автомобильного движения, а, следовательно, и на загрязнение воздуха.

Городское планирование и проектирование способствующее здоровому образу жизни и безопасности

Характер городской среды оказывает значительное влияние на справедливость в отношении здоровья через влияние на поведение и безопасность. Действительно, многие риски для тенденции состояния здоровья городского населения, которые выражаются

в росте неинфекционных заболеваний и травм, связаны с поведением. В центре внимания данной главы – роль городского проектирования для физической активности, питания и насилия. Очевидно, что характер местности и поселений сильно влияет и на другие формы поведения, такие как табакокурение и употребление спиртных напитков. Рекомендации, касающиеся регулирования контроля за употреблением спиртных напитков и табакокурением описаны в главе 12: «Ответственность рынка».

Комиссия рекомендует:

6.3. Местным органам власти и гражданскому обществу планировать и проектировать городские территории так, чтобы они способствовали физической активно-

сти, через инвестиции в активный транспорт; поощрять здоровое питание через планирование размещения мест розничной торговли, управляя наличием и доступностью продуктов питания; и уменьшать проявление насилия и преступности посредством надлежащего проектирования городской среды и создания регулирующего контроля, включая контроль за количеством торговых точек, продающих спиртные напитки (см. Rec 12.3).

Инструменты планирования для развития местной среды для целей здоровья начинают появляться на международном уровне и обеспечивают руководящие принципы, которые могут быть адаптированы повсеместно (Вставка 6.7).

ВСТАВКА 6.6. ЛОНДОНСКАЯ СХЕМА ПЛАТЕЖЕЙ ЗА ПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЕГРУЖЕННЫМИ УЧАСТКАМИ ДОРОГ (LCC)

Главная цель LCC состояла в том, чтобы решить проблему постоянно растущих заторов, которая затрудняла ведение бизнеса и вредила статусу Лондона как города мирового значения. Главная сила LCC заключается в ее долгосрочном возрастающем характере. Спустя 2,5 года после начала функционирования схемы зона применения LCC была расширена, а платежи выросли. Это имеет фундаментальное значение для программы, нацеленной на изменение поведения, поскольку это означает, что общественность может принимать решения о своем будущем поведении, основываясь на устойчивом прогнозе того, что баланс финансовых выгод продолжит изменяться не в пользу использования автомобилей.

Ключевые результаты были таковы:

От 35 000 до 40 000 автомобильных поездок в день сменились на использование общественного транспорта, что создало в среднем 6 минут дополнительной физиче-

ской активности на каждую поездку по сравнению с использованием частного автомобильного транспорта.

От 5000 до 10 000 автомобильных поездок сменились на ходьбу, езду на велосипеде, мотоцикле, такси, или частичное использование автомобиля.

Дистанция поездок на велосипеде в пределах этой зоны увеличилась на 28% в 2003 г. и еще на 4% в 2004 г.

Респонденты исследования сообщали о повышении комфорта и улучшении общего качества пешеходной и транспортной систем.

Значительная часть выручки от действия этой схемы была реинвестирована в усовершенствование общественного транспорта, пешеходных и велосипедных дорожек, и безопасных путей к школам.

Источник: NHF, 2007.

ВСТАВКА 6.7. «ЗДОРОВЬЕ ПО ПРОЕКТУ», МЕЛЬБУРН (АВСТРАЛИЯ): ИННОВАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БЕЗОПАСНОЙ, ДОСТУПНОЙ И ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Отделение Национального фонда сердца в штате Виктория (Австралия) разработало программу «Здоровье по проекту», чтобы помочь местным властям и работающим с ними планировщикам реализовать на практике широкий набор рекомендаций «Окружающая среда поддерживающая физическую активность».

«Здоровье благодаря проекту» представляет собой идеи такого проекта, которые облегчают «здоровое планирование», приводящее к созданию здоровых мест для жизни, работы и посещения. Программа «Здоровье по проекту» поддерживает планировщиков исследованиями, предложением конструктивных решений, способствующих ходьбе, езде на велосипеде и использованию общественного транспорта, практическими инструментами проектирования и ситуационными исследованиями. «Обоснование проекта» показывают способы, с помощью которых планировщики могут улучшить состояние здоровья в общинах посредством планирования и проектирования. Этому способствует обеспечение:

хорошо спланированных сетей пешеходных и велосипедных дорожек;

улиц с прямым, безопасным и удобным доступом;

расположения пунктов местной инфраструктуры в пределах пешеходной достижимости от жилых домов;

доступных открытых мест для отдыха и досуга;

удобно расположенных остановок общественного транспорта;

округи, способствующей сплочению местного населения.

Традиционно планировщики рассматривают рекомендации, способные оказать влияние на здоровье, безопасность и доступ, по отдельности. Матрица программы «Здоровье по проекту» была разработана как практический инструмент, демонстрирующий синергию между различными влияющими на организацию среды обитания рекомендациями, которые все вместе способствуют достижению положительных результатов для здоровья.

Источник: KNUS, 2007.

ВСТАВКА 6.5. ОБЩЕГОРОДСКАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ В ОБЪЕДИНЕННОЙ РЕСПУБЛИКЕ ТАНЗАНИЯ

В 1972 г. Правительство Объединенной Республики Танзания признало важность трущоб в обеспечении жильем и впоследствии утвердило Доклады Кабинета министров №81 и №106 о Национальной городской жилищной политике и о Схемах усовершенствования самовольных поселений, соответственно. Эти инициативы проложили путь для финансируемых Всемирным банком проектов «Поселения и услуги» и «Модернизация самовольных поселений» в начале 1970-х гг.

В Объединенной Республике Танзания, за исключением обитателей трущоб, живущих в опасных зонах, компенсация выплачивается в том случае, если разрушено постоянное жилище. Помимо компенсации, Закон о земельной политике 1995 г. и последующий Закон о земле 1999 г. обеспечивают возможность для регуляризации трущоб. Земля в Объединенной Республике Танзания принадлежит правительству и может приобретаться на правах аренды. Недавно Министерство земель и развития поселений приступило к осуществлению проекта по оформлению собственности в некоторых трущобах, выдавая лицензии на жилье/собственность на два года. Параллельно с этим разрабатывается Программа оформления собственности и бизнеса. Оба проекта нацелены на сокращение городской бедности. Их следует рассматривать в широком контексте национальной Стратегии экономического роста и сокращения бедности, которая организована в виде трех блоков: 1) рост и сокращение бедности по доходам, 2) надлежащее управление и ответственность, и 3) улучшение качества жизни и социального благосостояния.

Для пилотной инициативы «Аруша без трущоб» были выбраны жители 2-го и 17-го административных районов города Аруша в северной части Объединенной

Республики Танзании. Эти два административных района города зарегистрировали 20 Комитетов общественного развития (КОР). Впоследствии КОР выявили ключевые экологические проблемы, затрагивающие их области, – проблемы, которые они могли решить самостоятельно при минимальной помощи со стороны правительства (например, подраздел участков земли и оформление прав, вывоз и обезвреживание твердых отходов, усовершенствование социального обеспечения), и проблемы, которые нуждались в технической и финансовой помощи со стороны городских властей, например, проблемы водоснабжения и основных дорог. Хотя приоритетное значение КОР уделяли экологическим проблемам и выявлению доступных ресурсов, они также выбирали своих представителей (из числа своих руководителей), которые отстаивали их интересы в преобразованных органах по модернизации Городского совета, к числу которых относились два комитета планирования административных районов города, Муниципальная группа и Комитет управления проектом. КОР и эти комитеты были специально включены в традиционную систему местной государственной административной структуры для того, чтобы расширить общественное участие на низовом уровне и улучшить управление.

Муниципалитет Аруши начал модернизировать некоторые из выбранных основных автомагистралей, используя свои собственные ресурсы, в частности, дорожный фонд. Для двух административных районов города (с населением 60 993 человек) стоимость проекта оценивалась в 19 141 долл. США (примерно по 32 долл.в США на человека).

Источник: Sheuya et al., 2007.

Питание и физическая деятельность

В решении растущей проблемы ожирения как в богатых, так и в бедных странах, нельзя полагаться на силы рынка, но она требует межсекторальных подходов со стороны национального правительства и местных органов власти, включая секторы сельского хозяйства, городского планирования, здравоохранения и устойчивого развития. Важно, чтобы в городском планировании приоритет отдавался езде на велосипеде и пешей ходьбе, обеспечивался доступный и удобный общественный транспорт, а также производилось проектирование мест для отдыха и игр – во всех округах – при уделении особого внимания значению снижения насилия и преступности. Как подчеркивалось в недавнем докладе «Об укреплении здоровья» в Великобритании (NHE, 2007), ключевой механизм для достижения этой цели заключается в том, чтобы министерства транспорта обязывали местные власти не только принять политику приоритетности нужд пешеходов и велосипедистов в своей транспортной стратегии, сопровождаемой платой за пользование перегруженными участками дорог моторизованными транспортными средствами (как было описано выше), но и оценивали то, насколько этот аспект стратегии воплощается в жизнь в их ежегодном планировании.

Существует небольшое количество примеров стратегии планирования на местном уровне, которые принимают во внимание возможность решения проблем равноправного доступа к здоровому питанию, которые бы ориентировались на общины и мелкорозничную торговлю. В городе Сам Чак в Таиланде реконструировали главный продовольственный и мелкотоварный рынок с помощью местной МСА, в состав которой входили архитекторы. Теперь рынки проектируются не только чтобы выставить возможно большее количество продуктов, но и чтобы быть удобными и доступными для городских жителей. Лондонское Агентство развития планирует создать узел дистрибуции продуктов питания для устойчивого снабжения независимых розничных продавцов, рестораны и располагающиеся в городе учреждения (Dixon et al., 2007). Одним из регулирующих действий, которое местный орган власти может предпринять в целях эффективного уменьшения доступа к пищевым продук-

там, насыщенных жирами и солью, является использование или усиление градостроительных предписаний, регулирующих пространство точек быстрого питания в отдельных районах, например, возле школ и в социально обездоленных округах.

Недостаточное питание среди городской бедноты часто соседствует с ожирением. Необходимо создать стратегии безопасности питания и программы при поддержке национального правительства и (или) местных органов власти и участников гражданского общества (Вставка 6.8).

Насилие и преступность

Значительную социальную проблему представляет собой обеспечение условий, при которых все группы общества жили бы в безопасности и были защищены от преступлений и насилия. Для уменьшения распространенности насильственного поведения нужны интегрированные стратегии, которые предназначены для ключевых областей профилактики насилия, таких как воспитание и безопасные взаимоотношения между детьми и родителями; уменьшение насилия дома; уменьшение доступа к спиртным напиткам, наркотикам и всему, что может представлять смертельную опасность (Villaveces et al., 2000); укрепление навыков жизнедеятельности и способностей у детей и подростков; совершенствование уголовного права и систем социального обеспечения (WHO, 2008b). Более новые подходы к профилактике насилия включают механизмы регламентации и регулирования (включая продажу спиртных напитков, организованную таким образом, чтобы опасность вреда от употребления напитков было меньше (Voas et al., 2006)): преобразование форм конфликтов, предупреждение преступности путем реорганизации среды обитания, и использование, опирающегося на сообщества, подхода к социальному капиталу (WHO, 2007e; Roberts and Meddings, 2007).

Комиссия указывает на необходимость того, чтобы национальное правительство и местные органы власти инвестировали в уличное освещение, более раннее закрытие ночных клубов и баров, контроль за оружием, создание инициатив по надзору за округами, а также в образовательные и рекреационные виды деятельности (включая возможности профессионального обу-

чения). Программы ВОЗ «Безопасные сообщества», занимающиеся уменьшением травматизма (http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm), использовались с некоторым успехом в различных городах мира. Рекомендуется адаптировать их в различных условиях и проверять на предмет эффективности для обеспечения справедливости в отношении здоровья.

Бразильский пример (Вставка 6.9) показывает необходимость объединенных усилий, учитывающих как общенациональные, так и локальные особенности. Непрерывный диалог с гражданским обществом и властями на различных уровнях был предварительным условием для достижения успеха этой инициативы. Еще долго будет оставаться необходимым предоставление финансовой поддержки со стороны местного органа власти местным сообществам, чтобы организовать и обеспечить работоспособность служб по профилактике преступности и разрешению конфликтов, чтобы помочь восстановить доверие и социальный капитал как внутри общин, так и между общинами и местными властями.

Помощь в борьбе на национальном уровне с несправедливыми последствиями городского роста требует устойчивых ин-

вестиций в развитие села. Органам власти на национальном и местном уровнях, будет легче решать сельские проблемы, если последние будут включены в более широкий контекст социально-экономической политики, направленной на развитие села и сокращение бедности; эти стратегии должны быть включены в такие документы, как ДССН.

Комиссия рекомендует:

6.4. Национальному правительству и местным органам власти разработать и осуществить стратегии и программы, которые сосредоточиваются на вопросах сельского землепользования и прав; возможности круглогодичной сельскохозяйственной занятости; сельскохозяйственном развитии и справедливости в международных торговых соглашениях; сельской инфраструктуре, включая здравоохранение, образование, дороги и услуги; а также стратегии, которые защищают здоровье мигрантов из села в город (см. Рек. 5.4; 9.3).

ВСТАВКА 6.9. МОБИЛИЗАЦИЯ ОБЩИН ПРОТИВ НАСИЛИЯ В БРАЗИЛИИ

В Бразилии один из самых высоких в мире показателей убийств. С 1980 по 2002 г. национальный показатель убийств увеличился более чем в два раза, с 11,4 до 28,4 на 100 000 жителей. В течение того же самого периода в городе Сан-Пауло показатель убийств увеличился более чем в три раза, с 17,5 до 53,9 на 100 000 жителей. Джардим Анжела – конгломерат трущоб, расположенных в южном районе Сан-Пауло, с населением примерно 250 000 жителей. В июле 1996 г. бразильский журнал «Вежа» рассказал о том, что здесь средний показатель убийств составил 111 на 100 000 жителей, что ставит его в один ряд с районами с самыми высокими уровнями насилия в мире. Джардим Анжела испытал то, что назвали «городской карой», характеризовавшейся в данном случае структурным насилием, всеобщим недоверием и отсутствием социальной сплоченности.

В 1996 г. было создано сообщество, объединившее усилия 200 учреждений под названием Forum de Defesa da Vida (Форум Защиты Жизни). Параллельно созданию этого союза, было организована сеть социальной защиты, включающая гражданское общество, использовавшая потенциал местного населения, общественные движения, а также официальные и неофициальные службы здравоохранения и социального обеспечения. Эта сеть участвовала в самых разнообразных мероприятиях сообщества от обеспечения помощи детям, недавно попавшим в тюрьму, до коллективной ини-

циативы по восстановлению общинных помещений и общественных мест. В результате инвестирования были восстановлены такие заброшенные объекты, как скверы, клубы и школы, благодаря чему появились возможности для проведения спортивных состязаний, дополнительных школьных мероприятий и осуществления программ, направленных против злоупотребления спиртных напитков и наркотиков. Кроме того, местное население и полиция создали коалицию, нацеленную на охрану порядка в сообществе за счет надзора за насилием, преступностью и торговлей наркотиками. Ряд стратегий и услуг был также осуществлен благодаря содействию со стороны местного сообщества, в том числе: перенесение на более раннее время закрытия баров, программы для жертв насилия в семье и меры по укреплению здоровья населения, нацеленные на сокращение подростковой беременности.

В 2005 г. показатель убийств для города и штата Сан-Пауло составил 24 на 100 000 жителей и 18 на 100 000 жителей, соответственно, что для штата отражало сокращение убийств на 51%. Позже, с января по июль 2006 г. в Джардим-Анжеле произошло более чем 50%-е сокращение числа сообщений о грабежах с насилием, нападениях, карманном воровстве и кражах автомобилей по сравнению с предыдущими годами.

Источник: KNUS, 2007

ВСТАВКА 6.10. ИНДИЯ – УСТОЙЧИВОЕ СЕЛЬСКОЕ ХОЗЯЙСТВО

Национальная комиссия Индии по фермерам и другие организации представили программу возрождения сельского хозяйства, которая состоит из следующих пяти планов объединенных и укрепляющих действий: оздоровление почвы; увеличение поставок поливной воды и регулирование ее расходов; кредитование и страхование; технология (устранение разрыва между теорией и практикой); и удобные рынки для фермеров. Наблюдать за программой возрождения сельского хозяйства должна Индийская торговая организация, дополняящая своей

деятельностью Всемирную торговую организацию (ВТО) и противостоящая ей. основополагающим принципом такой организации было признание необходимости обеспечить поддержку сбережения средств к существованию и сбалансированную поддержку тех товаров, которые на мировом рынке могут посчитать нарушающими торговлю на глобальном рынке и разрушающими здоровье и справедливости в отношении здоровья.

Источник: Swaminathan, 2006

ВСТАВКА 6.8. ФОРУМ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ, СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА И ДОМАШНЕГО СКОТА В НАЙРОБИ И ОКРЕСТНОСТЯХ (NEFSALF)

Достижение безопасности пищевых продуктов в бедных городских поселениях является обязательной задачей. Для искоренения проблемы небезопасности пищевых продуктов необходимо сосредоточиться на разработке стратегий, включающих увеличение производительности, повышение уровня занятости и улучшение доступа к продовольствию и рынку. Во всем мире признается и высоко оценивается важность для города и его окрестностей сельскохозяйственной продукции и домашнего скота, постоянно служащих пищей для городских бедных, и, к тому же, имеющих социальное, экономическое и рекреационное значение. Форум NEFSALF, учрежден-

ный в январе 2004 г., представляет собой объединение усилий представителей местного населения, правительства и секторов рынка, цель которых заключается в содействии городскому и пригородному сельскому хозяйству. Форум обеспечивает доступ к курсу начального обучения по ведению городского сельского хозяйства и содержанию домашнего скота. Фермеры обучались сельскому хозяйству как бизнесу, групповой динамике, базовым навыкам растениеводства и животноводства, а также экологическому менеджменту.

Источник: KNUS, 2007.

ЗДОРОВЬЕ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 6.2

Способствовать справедливости в отношении здоровья между сельскими и городскими территориями посредством устойчивых инвестиций в сельскохозяйственное развитие, преодоления стратегий исключительности и тех процессов, которые приводят сельских жителей к бедности, безземельности и вынужденному переселению из своих родных мест.

Права на землю

Для большинства бедных жителей в странах с низким и средним доходом земля является главным средством существования. Перераспределительная земельная реформа оказывает положительное влияние на сокращение бедности и занятость (Quap, 1997). Значительный прогресс в достижении гендерной справедливости, в таких странах, как Бразилия, Колумбия, Коста-Рика, Доминиканская Республика, Гватемала, Гондурас и Никарагуа, стал возможен, благодаря законодательству, содержащему условие обязательного объединенного судебного решения о наделении землей супружеских пар, и/или о том, что приоритетом пользуются женщины-главы домохозяйств или отдельные группы женщин (Deere & Leon, 2003). Крайне важно то, что национальное правительство и местные органы власти, в сотрудничестве с международными организациями, расширяют и вводят в действие процессы, связанные с землепользованием и требованиями прав на землю сельских общин, обращая особое внимание на маргинализированные и безземельные группы населения.

Средства к существованию сельских жителей

Для того, чтобы обеспечить жизнеспособность сельских общин необходимы более широкие инвестиции в сельское хозяйство,

поддержка и услуги (Montgomery et al., 2004). Уроки Зеленой Революции выдвигают на первый план необходимость многогранного подхода к устойчивому хозяйству и поддержки в добычании средств к существованию. Эти вопросы были отражены в недавних рекомендациях представительской организации индийских фермеров (Вставка 6.10). Центральным элементом всеобъемлющего подхода к справедливости в отношении здоровья в сельской местности является увеличение дохода сельских домохозяйств, с особым акцентом на адекватном питании семей, благодаря усиленной поддержке сельскохозяйственного развития и создания новых рабочих мест в сельской местности как внутри, так и вне фермерских хозяйств. При этом важно гарантировать, чтобы местному сельскому хозяйству не угрожали международные торговые соглашения, а также протекционизм сельского хозяйства в богатых странах (World Bank, 2008) (см. главу 12: «*Ответственность рынка*»).

Хотя, безусловно, безопасная, надежная, круглогодичная работа является предпочтительным выбором для того, чтобы помочь сельским жителям выбраться из состояния бедности, схемы микрокредитов, как кратковременная мера, могут помочь реализовать свои права обедневшим группам населения. Бангладешский пример (Вставка 6.11) убедительно показывает,

как интегрированный подход через три года уменьшил уровень бедности на 30%.

Бедность и голод в бедных сельских группах неразрывно связаны. Нельзя решить проблему масштабного голода и безопасности продуктов питания у сельского населения без увязывания этого с обеспечением работой и социальным обеспечением. Эта связь была хорошо осознана индийскими политиками, которые разработали схемы «Питание для работы» и «Гарантия занятости» с компонентом безопасности продуктов питания (Dreze, 2003); в Гане, где расширяются инициативы типа «Питание для образования», чтобы помочь развиваться местной сельскохозяйственной экономике (SIGN, 2006); и через «Проект тысячелетия для деревень», в котором используется интегрированный подход к решению проблем социальных детерминантов здоровья в африканских деревнях (Millenium Villages Project, nd).

Сельская инфраструктура и услуги

Обеспечение инфраструктуры и доступа к качественным и культурно приемлемым услугам для сельских жителей является важной проблемой связанной со здоровьем. Продвижение к ЦРДТ 3 будет осуществляться путем решения этих вопросов через улучшение доступа сельских женщин к экономиям времени технологиям, особенно доступа к воде. Исправление перекосов в городской инфраструктуре и инвестициях в услуги требует того, чтобы инвестиции в сельскохозяйственный сектор обеспечили: качественное обязательное начальное и среднее школьное образование независимо от платежеспособности (см. главу 5: «*Справедливость с самого начала жизни*»); электроснабжение; всеобъемлющая первичная медико-санитарная помощь (см. главу 9: «*Всеобщее здравоохранение*»); пригодные дороги и доступный общественный транспорт; и доступ к современным электронным коммуникациям. Пример Таиланда (Вставка 6.12) иллюстрирует решение правительства улучшить сельское здравоохранение через распределение бюджетных средств и развитие надлежащих услуг на местах

Миграция из села в город

Миграция из сельских районов, порожденная ли войной, вооруженным конфликтом или непрерывной нехваткой сельских ресурсов, привела к миграции из села в город в массовых масштабах. Например, более 40 лет вооруженного конфликта породили в Колумбии наибольшее количество перемещенных лиц в западном полушарии (UNHCR, 2007) и второй в мире после Судана процент перемещенных лиц (IDMC, 2007). Вследствие этого, на эти группы населения легло тяжелое бремя болезней. Поэтому важно то, что национальное правительство и местные органы власти, в сотрудничестве с международными организациями, устанавливают благоприятные для мигрантов из села в город поддерживающие стратегии, гарантируя им права доступа к необходимым услугам, таким как образование и здравоохранение.

Успешные стратегии должны располагать услуги в пределах досягаемости мигрантов. Например, программа помощи немущим или нуждающимся может гарантировать обеспечение медицинского обслуживания в тех областях, где живут внутрен-

ние мигранты (ИОМ, 2006). Однако, для этого, чтобы это было эффективным, мигранты должны знать о доступных для них услугах. Поэтому правительства должны пропагандировать эти услуги для внутренних мигрантов через рекламные объявления на языках мигрантов и через адаптацию работы соответствующих служб – прежде всего речь идет о часах начала работы и обучении персонала работе в условиях мультикультурного здравоохранения – чтобы удовлетворить потребности отдельных этнических общин (Ingleby et al., 2005).

Природная среда

Разрушение и истощение естественных экологических систем, включая климатическую систему, и задача уменьшения несправедливости в отношении здоровья во всем мире тесно взаимосвязаны. Загрязнение окружающей среды вредит жизни всех людей в обществе, но самое большое воздействие оно оказывает на наиболее уязвимые группы населения, включая коренные народы, которые теперь выживают в ситуации хрупкой экологии из-за неприемлемой вырубке лесов и интенсивных поисков месторождений полезных ископаемых и работы других отраслей промышленности, связанных с природными ресурсами (Indigenous Health Group, 2007). Крайне важно, чтобы было остановлено разрушение природных ресурсов из-за дальнейшего ухудшения экологической обстановки. В частности, существует насущная необходимость уменьшения выбросов парниковых газов (McMichael et al., 2008). Со сферами действий, описанными в этом докладе, тесно связана разработка стратегий адаптации и предупреждения последствий экологических изменений, в которых принимаются во внимание социальные измерения и измерения справедливости в отношении здоровья. Тем не менее, существует необходимость крупных исследований, например, действий, которые с наибольшей вероятностью влияют на триангулированные связи между социальными факторами, экологическими изменениями и справедливостью в отношении здоровья.

Для начала Комиссия рекомендует:

- 6.5. Международным организациям и национальным правительствам, основываясь на рекомендациях Межправительственной группы экспертов по изменению климата, учитывать воздействие на справедливость в отношении здоровья стратегий сельского хозяйства, транспорта, топлива, зданий, промышленности и удаления отходов, связанных с адаптацией к изменениям климата и предупреждением их последствий.**

Как отмечалось ранее, детализированное рассмотрение и анализ конкретных вариантов выбора стратегии и модели развития для противостояния изменениям климата были вне круга компетенции Комиссии. Доклад Стерна (Stern, 2006) и другие доклады призывают к международному финансированию в поддержку улучшения сбора и обработки региональной информации о воздействиях изменения климата. Это дает уникальную возможность объединить под руководством ВОЗ программы изменения климата и справедливости в отношении здоровья, обеспечивающие, чтобы информационные системы и разработка стратегии отвечали критерию справедливости в отношении здоровья.

ВСТАВКА 6.11. БАНГЛАДЕШСКИЙ КОМИТЕТ РАЗВИТИЯ СЕЛА (БКРС) МИКРОКРЕДИТЫ

При финансировании со стороны Канадского агентства международного развития (CIDA), Департамента международного развития Великобритании (DFID), Европейского Союза, NOVIB (голландского филиала Oxfam), и Всемирной продовольственной программы (ВПП) БКРС предпринимает проект многомерного социально-экономического развития, нацеленного на сверхбедных людей – как правило, это люди, которые являются слишком бедными для участия в микрофинансовых инициативах. Запущенный в 2002 г., этот проект обеспечивает: обучение навыкам получения доходов, доступ к медицинскому обслуживанию, ежемесячные стипендии (0,17 долл. США в день) для пропитания, обучение социальному развитию, улучшающему понимание правовых вопросов и вопросов социальной справедливости, а также мобилизацию местных элит для поддержки данной программы. Согласно оценкам, оказалось, что достаточные ресурсы для получения выгод от присоединения к про-

грамме микрокредитов могли получить 55% от 5000 самых бедных семей из самых бедных районов в стране. Процент людей в этих областях, живших на сумму менее 1 долл. США в день, уменьшился от 89% до 59% в течение первых трех лет проекта, а хронический дефицит продовольствия для семей, участвовавших в проекте, упал от 60% до примерно 15%. В число факторов, способствовавших успеху этого проекта, входили: работа с местной элитой, чтобы создать для местных жителей возможности участвовать в программе; обеспечение санитарного просвещения и снабжение удостоверениями личности для облегчения доступа к услугам местных медицинских учреждений; обеспечение подготовки и переподготовки в получении навыков получения доходов; а также установка уборных и буровых колодцев для улучшения канализации.

Источник: Schurmann, 2007.

ВСТАВКА 6.12. ТАИЛАНД: МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

С 1983 г. ассигнования на здравоохранение из тайского государственного бюджета в сельские районные больницы и центры здравоохранения были больше, чем в городские больницы. В результате, наблюдался обширный географический охват медицинским обслуживанием вплоть до самых отдаленных районов на периферии. В настоящее время типичный центр здравоохранения и районная больница охватывает своими услугами население в 5000 и 50 000 человек, соответственно. Центры здравоохранения укомплектованы штатом из 3-5 медсестер и медработников, в то время как районная больница на 30 коек укомплектована 3–4 врачами-терапевтами, 30 медсестрами, 2–3 фармацевтами, дантистом и другими медработниками – приемлемое количество квалифицированных специалистов для обеспечения медицинского обслуживания. Кроме того, была осуществлена

интеграция программ здравоохранения (профилактики, борьбы с болезнями и пропаганды здорового образа жизни) на всех уровнях медико-санитарного ухода. Поскольку все дипломированные специалисты здравоохранения и медицины были выпускниками финансируемых государством медицинских колледжей, студентов в значительной мере субсидировало правительство. Взамен, новым дипломированным специалистам предписывается обязательное обслуживание сельской местности, особенно в районных больницах. Это играет существенную роль в функционировании районных больниц. Программа началась с медицинских дипломированных специалистов в 1972 г.; позже она распространилась и на другие группы, включая медсестер, дантистов и фармацевтов.

Источник: HSKN, 2007

ЗДОРОВЬЕ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 6.3

Обеспечить, чтобы в ответных мерах экономической и социальной политики на изменение климата и другие ухудшения экологической обстановки во внимание принималась справедливость в отношении здоровья.

ГЛАВА 7

Справедливые условия найма и достойная работа

«Нелепо называть цивилизованной страну, в которой достойный и трудолюбивый человек, прилежно овладевающий ценным и необходимым для общего блага ремеслом, не имеет гарантии того, что страна будет поддерживать его, пока он будет в состоянии заниматься этим ремеслом, или уберечь его от богадельни, когда болезнь или старость вынудят его к бездействию».

HL Mencken (nd)

СВЯЗЬ МЕЖДУ ТРУДОМ И НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Условия труда и занятости оказывают сильное влияние на здоровье и справедливость в отношении здоровья. Когда эти условия хороши, они могут обеспечить финансовую безопасность, положение в обществе, развитие личности, социальные связи и чувство собственного достоинства, а также защиту от физических и социально-психологических рисков; всё это важно для здоровья (Marmot & Wilkinson, 2006). Помимо прямых последствий преодоления несправедливости, связанной с трудом, для здоровья, влияние на справедливость в отношении здоровья будет еще больше из-за потенциальной роли труда в уменьшении гендерного, этнического, расового и других ви-

дов социального неравенства. Это имеет огромное значение для достижения третьего пункта ЦРДТ.

Труд и несправедливость в отношении здоровья

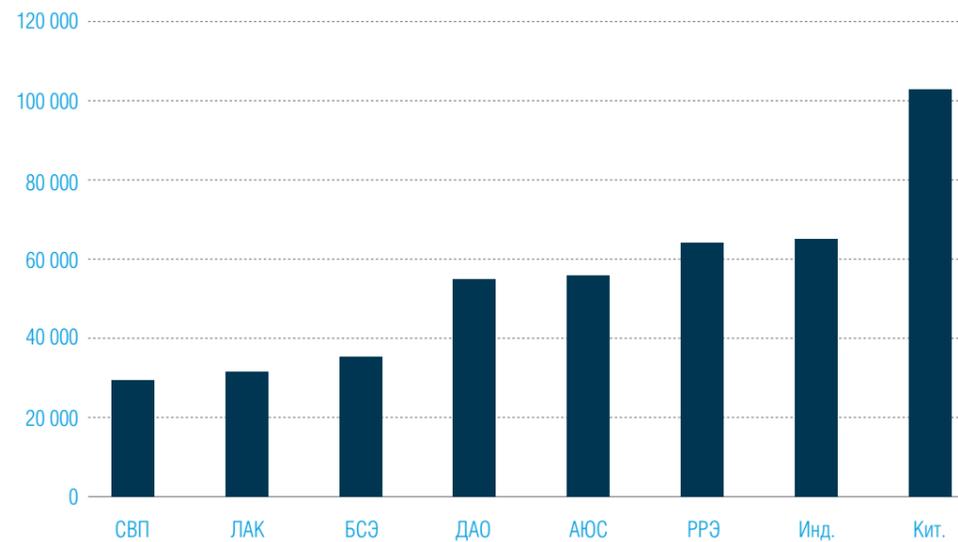
Условия занятости

Целый ряд условий, связанных с занятостью, в том числе безработица и случайный труд, – например, труд в неформальном секторе, временная работа, работа по срочному контракту, детский труд и рабский (кабальный) труд, – ассоциируются с ухудшением состояния здоровья. Фактические данные свидетельствуют о значительно более высокой смертности среди временных работников, по сравнению с постоянными. (Kivimaki et al., 2003). С случайной занятостью (например, трудом в неформальном секторе, работой по временным контрактам с нефиксированным сроком и занятостью в режиме неполного рабочего времени) ассоциируется ухудшение психического здоровья (Artazcoz et al., 2005; Kim et al., 2006). Работники, осознающие отсутствие гарантий на рабочем месте, испытывают серьезное неблагоприятное воздействие на физическое и психическое здоровье (Ferrie et al., 2002).

Условия труда

Условия труда также влияют на здоровье и справедливость в отношении здоровья. Низкое качество труда может влиять

Рисунок 7.1. Количество производственных травм со смертельным исходом, связанных с воздействием опасных веществ, в различных странах и регионах



СВП = страны «средневосточного полумесяца»*; ЛАК = страны Латинской Америки и Карибского бассейна; БСЭ = бывшие социалистические экономики; ДАО = другие страны Азии и острова; АЮС = страны Африки к югу от Сахары; РРЭ = развитые рыночные экономики; Инд. = Индия; Кит. = Китай.

* «Средневосточный полумесяц» (Middle Eastern Crescent) включает страны Северной Африки, Ближнего Востока, а также Пакистан и центральноазиатские республики бывшего СССР. – Примеч. ред.

на психическое здоровье почти в такой же степени, как и потеря работы (Bartley, 2005; Muntaner et al., 1995; Strazdins et al., 2007). Неудовлетворительные условия, при которых люди подвергаются воздействию многочисленных рисков для здоровья, как правило, тесно связаны с профессиями, имеющими низкий социальный статус. Чрезвычайно серьезной проблемой остаются несчастные случаи на производстве со смертельным исходом (ИЛО, 2005) (рис. 7.1). Стрессы на работе ассоциируются с 50%-ным повышением избыточного риска возникновения ишемической болезни сердца (Marmot, 2004; Kivimaki et al., 2006); имеются подтвержденные данные о том, что высокие требования на рабочем месте, низкий контроль и несоответствие между трудозатратами и размером вознаграждения являются факторами риска, порождающими проблемы с психическим и физическим здоровьем (Stansfeld & Candy, 2006).

Характер занятости и организации труда

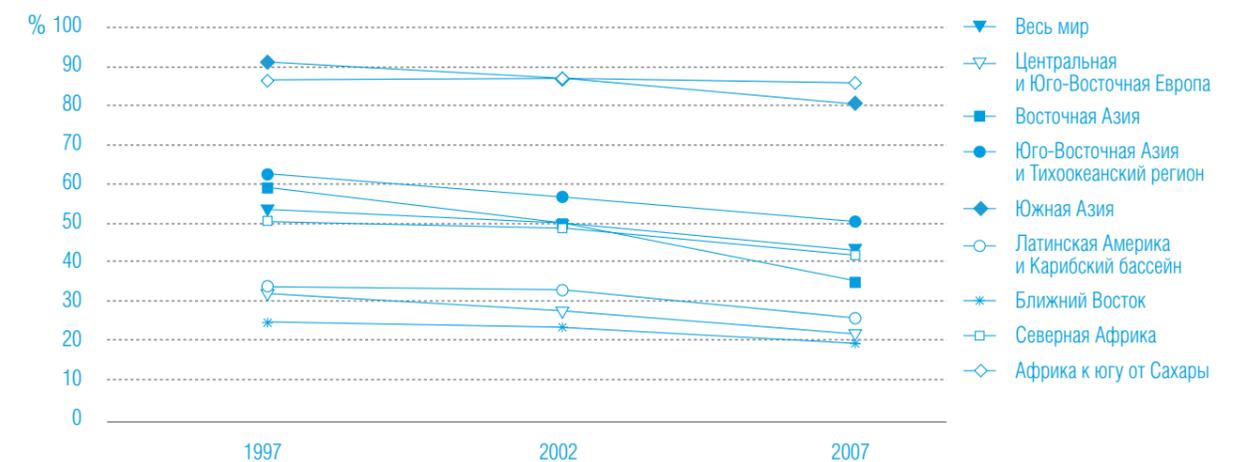
С тех пор как в 1970-х гг. начались процессы глобальной интеграции рынка, основное внимание уделяется производительности и поставке продукции на мировой рынок. Институты и предприниматели, стремящиеся конкурировать на этом рынке, заявляют о потребности в гибкой и постоянно доступной глобальной рабочей силе. Однако это приносит с собой множество серьезных, связанных со здоровьем изменений в организации и условиях труда (Venach & Muntaner, 2007).

Экономические возможности и финансовая безопасность людей определяются, прежде всего, рынком труда или, по край-

ней мере, обеспечиваются при его посредстве. В 2007 г. общая численность занятого населения в возрасте 15 лет и старше составляла 3 млрд чел. Однако в мире насчитывается 487 млн работников, заработок которых недостаточен для того, чтобы они и их семьи могли преодолеть черту бедности в 1 долл. США в день, а 1,3 млрд работников получают не более 2 долл. США в день (ИЛО, 2008). Численность занятых на низкооплачиваемых работах значительно варьируется по регионам (рис. 7.2).

Возрастающая мощь крупных транснациональных корпораций и международных институтов, определяющих повестку дня трудовой политики, привела к ограничению прав и возможностей работников, профсоюзов и лиц, ищущих работу, а также к росту распространения вредных для здоровья форм организации и условий труда (EMCONET, 2007). В странах с высоким доходом наблюдается снижение масштабов гарантированности рабочих мест, и все более широкое распространение получают формы случайной занятости (таких как труд в неформальном секторе, временная работа, частичная занятость и сдельный труд), сокращение рабочих мест и ослабление правовой защиты работников (см. главу 12: «Ответственность рынка»). Большая часть трудоспособного населения мира, особенно в странах с низким и средним доходом, работает в неформальном секторе экономической деятельности, который по своей природе имеет случайный характер и характеризуется отсутствием правового регулирования условий и оплаты труда, безопасности и охраны труда (БОТ), а также страхования от несчастных случаев (EMCONET, 2007; ILO, 2008) (рис. 7.3).

Рисунок 7.2. Доля трудящихся, живущих не более чем на 2 долл. в день, в различных регионах (%)



Предварительные оценочные данные за 2007 г. Перепечатано, с разрешения автора, из: ILO (2008).

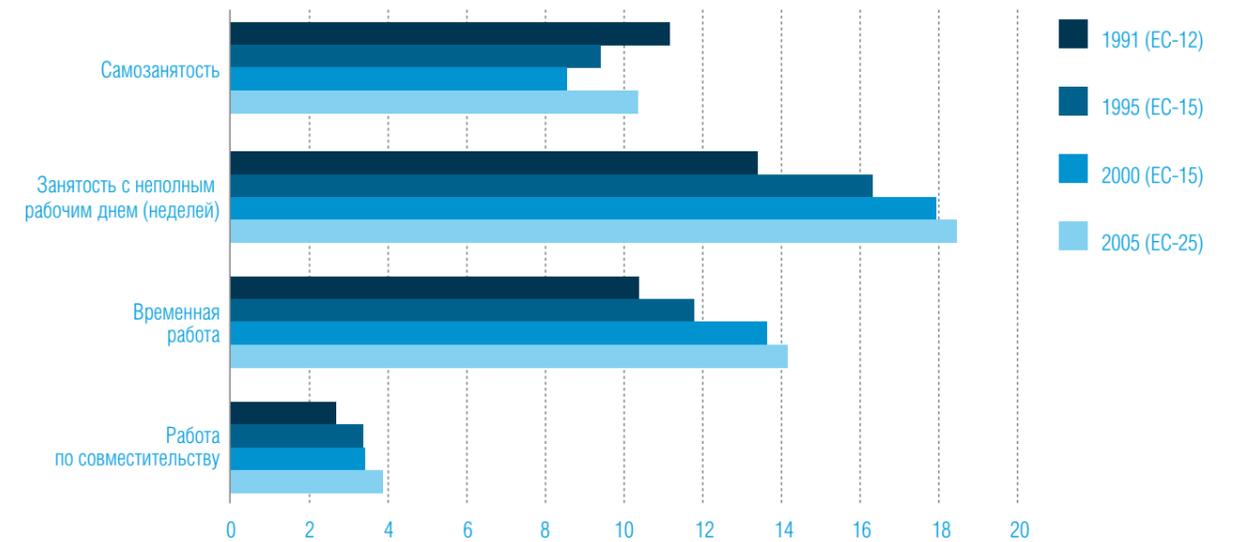
Формальный сектор экономики, доминирующий в промышленно развитых странах, ранее, как правило, характеризовался прогрессивной политикой на рынке труда, сильным влиянием профсоюзов и, зачастую, постоянной занятостью в полном объеме рабочего времени. Однако в нем произошли значительные перемены (EMCONET, 2007). Так, рис. 7.4 иллюстрирует увеличивающуюся с начала 1990-х гг. распространенность в странах Европейского союза временной и частичной занятости.

Уязвимые группы населения

Проведенный Хейманом и его коллегами (Heumann, 2006) анализ репрезентативных национальных обследований домашних хозяйств в Ботсване, Бразилии, Вьетнаме, Мексике, Российской Федерации, США и ЮАР, последовательно показал, что защита и выгоды, обеспечиваемые работой, для женщин хуже, чем для мужчин (рис. 7.5) (см. также главу 13: «Гендерная справедливость»).

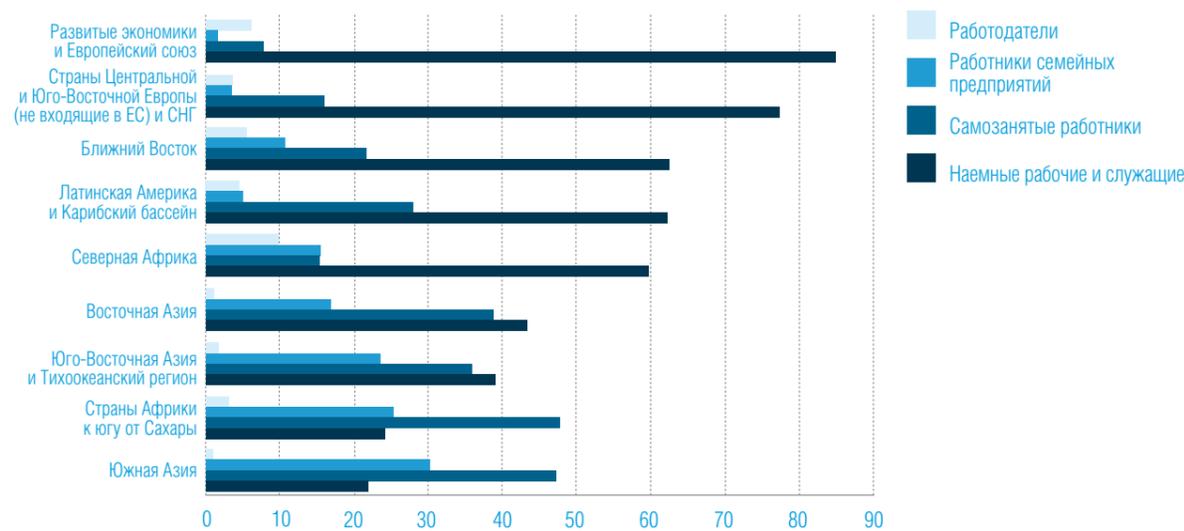
Справедливая занятость требует свободы от принуждения, в том числе от всех форм принудительного труда, например, кабального, рабского или детского труда. Согласно оценкам, в мире примерно 28 млн чел. являются жертвами рабства, а 5,7 млн детей вовлечены в кабальный труд (EMCONET, 2007). Хотя в устранении наихудших форм детского труда достигнуты значительные успехи (ILO, 2007а), до сих пор во всем мире экономически активное население включает более 200 млн детей в возрасте от 5 до 17 лет (ILO, 2006а). Увеличение доходов бедных домашних хозяйств и обеспечение удовлетворительного качества школьного обучения помогут уменьшить потребность в привлечении детей к работе. Согласно оценкам, 70% работающих детей в Индии ходили бы в школу, если бы она была доступной и бесплатной (Grimsrud, 2002).

Рисунок 7.4. Формы нестандартной занятости в Европейском союзе (%)



Перепечатано, с разрешения автора, из Parent-Thirion et al. (2007).

Рисунок 7.3. Распределение экономически активного населения по статусу занятости во всех регионах в 2007 г.



Труд работников семейных предприятий и труд самозанятых работников по своей сути являются формами случайной, непостоянной работы. Перепечатано, с разрешения автора, из ILO (2008).

Рисунок 7.5. Гендерное неравенство в отношении условий труда



* Трудности на работе: потеря заработка, отсутствие карьерного роста или нестабильность рабочего места. Адаптировано из Heumann (2006). Средние процентные показатели рассчитаны на основе данных по некоторым странам.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СПРАВЕДЛИВЫХ УСЛОВИЙ НАЙМА⁵ И ДОСТОЙНОЙ РАБОТЫ⁶

Как для экономики, так и для справедливости в отношении здоровья полезно, чтобы поощрению справедливых условий найма и достойной работы уделялось первостепенное внимание в повестках дня социально-экономической политики и стратегиях развития стран. В разработке, внедрении и принудительном применении законов, политических мероприятий, стандартов и условий труда, способствующих хорошему здоровью, должны участвовать правительство, предприниматели, работники и лица, ищущие работу. Такие действия на национальном уровне потребуют также усилий по созданию более благоприятного глобального экономического климата.

Комиссия рекомендует:

7.1. Полная занятость, справедливые условия найма и достойная работа должны стать общими целями международных институтов и занять центральное место в национальных повестках дня социально-экономической политики и стратегиях развития; необходимо повысить представительство работников в создании политики, законодательства и программ, имеющих отношение к занятости и работе. (см. Рек. 10.2; 14.3; 15.2).

Благоприятная международная среда

Уровень и условия работы во всевозрастающей степени определяются экономическими событиями на мировом уровне, особенно в странах с низким и средним доходом. Поэтому выполнение рекомендаций Комиссии самым непосредственным образом зависит от изменений в функционировании мировой экономики, направленных на то, чтобы, с одной стороны, поощрять и поддерживать полную занятость на мировом уровне, а с другой, – содействовать и поддерживать на национальном уровне экономическую политику, которая будет вносить вклад в преумножение справедливого и достойного труда. Это указывает на необходимость изменений во взаимодействии национальных экономик с глобальными рынками, и в действительности международных институтов, в частности, соглашений в рамках ВТО и программ, поддерживаемых Международным валютным фондом и Всемирным банком (см. главы 12 и 15: «*Ответственность рынка*»; «*Надлежащее глобальное управление*»). Крайне важно, чтобы органы ООН и другие международные специализированные учреждения, занимающиеся вопросами прав трудящихся, обладали властью, позволяющей влиять на внедрение персодовой практики в области занятости

в государствах-членах. Необходимы дальнейшее рассмотрение и анализ конкретных вариантов политики и моделей развития; тем не менее, меры, которые потенциально способны внести вклад в этот процесс, могли бы включать следующее:

- Прямые рыночные ограничения:
 - уменьшение зависимости от внешнего капитала посредством эффективного регулирования финансового сектора, надлежащее использование механизмов контроля капитала; и меры по мобилизации и сохранению внутреннего капитала;
- Ограничения конкуренции:
 - прекращение демпинга продукции на рынках стран с низким и средним доходом по ценам ниже себестоимости;
 - определение градации необходимых трудовых стандартов и постепенное приближение к ним по восходящей линии;
 - прекращение эскалации тарифов, направленной против экспорта из стран с низким и средним доходом;
 - уменьшение опоры на экспортные рынки посредством поощрения производства товаров для внутреннего рынка;
 - содействие внутрирегиональной торговле между странами с низким и средним доходом, в том числе посредством заключения и укрепления региональных торговых соглашений;
 - поощрение сокращения рабочего времени в странах с высоким доходом;
- Международные соглашения:
 - значительное повышение роли особого и дифференцированного режима для стран с низким и средним доходом в будущих соглашениях в рамках ВТО;
 - включение более надежных гарантий, касающихся общественного здоровья, в соглашения в рамках ВТО (а также в двусторонние и торговые соглашения);
 - увеличение доступа стран с низким и средним доходом (особенно малых) к Механизму урегулирования споров в рамках ВТО.

Большинство этих мер требует действий на международном уровне: изменений, осуществляемых отдельными правительствами по собственному усмотрению (в случае увеличения объемов донорской помощи или изменения условий ее предоставления) или коллективных действий при посредничестве международных институтов.

Справедливое представительство работников при разработке повестки дня национальной социально-экономической политики

До настоящего времени относительно немногие страны включили в свою социально-экономическую политику условия занятости и труда. Осуществление этого означает совершенствование баланса сил между частными и государственными игроками. Руководящая роль государственного сектора является крайне важной, как на национальном, так и на всемирном уровне, и требует механизмов, усиливающих представительство всех работников и лиц, ищущих работу, при разработке политики, законодательства и программ, связанных с трудом и занятостью.

ВСТАВКА 7.1. ТРУД И ЗДОРОВЬЕ БЕЗЗЕМЕЛЬНЫХ КРЕСТЬЯН И МЕЛКИХ ЗЕМЛЕВЛАДЕЛЬЦЕВ В БРАЗИЛИИ

В Бразилии 45% пахотной земли находится в собственности приблизительно одного процента землевладельцев, в то время как примерно 50% собственников в общей сложности владеют лишь двумя процентами всей пахотной земли. Около 31 млн бразильцев (18,8% населения этой страны) живут в сельской местности. Эти люди, так называемые *agregados*, крайне бедны и в чрезвычайно высокой степени страдают от многих социально-психологических, образовательных и медицинских проблем.

В 1984 г. безземельные семьи организовывались в «*Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*» (MST), или «Движение сельских безземельных работников». MST, по-видимому, является самым крупным социальным движением в Латинской Америке, членами которого являются около 1,5 млн чел. Выдающимся успехом MST стал рост числа безземельных семей, которым был выделен в собственность участок земли. Количество таких семей увеличилось с нескольких тысяч до более чем 300 тыс. в 2 тыс. населенных пунктах.

В историческом аспекте, участие работников имеет положительную связь с развитием коллективного права на труд, рабочим движением, а также с социально-экономической политикой и рынком труда, сложившимися в современных государствах всеобщего благоденствия (Вставка 7.1).

Профсоюзы являются мощными инструментами ведения коллективных переговоров о защите для работников на национальном и международном уровнях (см. также главы 12 и 13: «*Ответственность рынка*»; «*Гендерная справедливость*»). Важно, чтобы правительства принимали на себя ответственность за обеспечение реального участия менее влиятельных представителей общества путем предоставления государственных гарантий права на коллективные действия работников формального и неформального секторов (Вставка 7.2).

Исследование показало, что члены общин MST обладают более крепким здоровьем, чем другие сельскохозяйственные рабочие. Причина улучшения здоровья членов общин MST объясняется более высокой продуктивностью животноводства, качественным питанием (что частично связано с повышением разнообразия пищевых продуктов), поддержкой со стороны общины, предоставляемой в случае необходимости, и непосредственным участием в принятии решений на уровне общины.

У MST имеются ограничения, однако с самого начала своего существования это движение действовало в качестве катализатора реформ – не только аграрной реформы, но и реформы здравоохранения, – оказывая непосредственное влияние на правительственные решения и государственную политику, а также играя активную роль в Совете гражданского общества в рамках «Боливарианская альтернативы для обеих Америк».

Источник: EMCONET, 2007.

ВСТАВКА 7.2. НЕПАЛ: ДЕТСКИЙ ТРУД

Профсоюзы Непала собрали информацию, разработали стратегию и включили проблему детского труда в программы обучения своих работников. Одна из ключевых проблем Непала – кабальный труд⁷. Его жертвами являются также и дети, поскольку целые семьи закрепощены системой *камайя*. Профсоюзы, вместе с другими группами гражданского общества, убедили правительство, что эта система должна быть ликвидирована, и формально она была отменена в 2000 г. Решение правительства покончило с прошлым: все долги, являвшиеся основанием для кабальной зависимости, были объявлены незаконными. Для того, чтобы гарантировать, что бывшие *камайяс*

не окажутся снова на том же уровне нищеты и нужды, профсоюзы совместно с правительством разработали две важные защитные меры: установление для сельскохозяйственных рабочих минимальной заработной платы и право профсоюзов создавать организации в неформальном секторе экономики, включая неформальный сельскохозяйственный сектор. Это были два важных шага, которые, по мнению профсоюзов, вполне могли не состояться, если бы не сильная позиция профсоюзов в борьбе против использования детского труда

Источник: Grimsrud, 2002

СПРАВЕДЛИВЫЕ УСЛОВИЯ НАЙМА И ДОСТОЙНАЯ РАБОТА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 7.1

Рассматривать полную занятость, справедливые условия найма и достойную работу в качестве основных целей при разработке национальной и международной социально-экономической политики.

⁵ Термин «справедливые условия найма» дополняет понятие «достойный труд». Он охватывает аспект общественного здоровья, в свете которого отношения занятости, а также и все виды поведения, последствий, практики и институтов, в которых проявляются или нарушаются эти отношения, должны рассматриваться как ключевой фактор, определяющий качество здоровья работников. Справедливые условия найма подразумевают справедливые отношения между работодателями и работниками.

⁶ Достойная работа включает возможности труда, который является производительным и обеспечивает: справедливый доход, безопасность на рабочем месте и социальную защиту семей; хорошие перспективы личного развития и социальной реабилитации; свободу выражения людьми своей обеспокоенности, а также свободу организации и участия людей в решениях, влияющих на их жизнь; а также равенство возможностей для мужчин и женщин и равное отношение к ним.

⁷ *Камайя* – традиционная система долгового рабства в Непале. Людей, попавших в эту кабалу, тоже называют *камайя*, или *камайяс*. Традиционно, люди, не имевшие земли или работы, могли получать у помещиков ссуды, которые давали им возможность выжить и прокормить себя. В обмен на это они должны были жить и работать на земле помещика почти что на положении рабов. Долги были непомерно высокими, и целые семьи были вынуждены заниматься рабским трудом в течение многих лет и даже многих поколений. Система *камайя* существовала, в частности, в Западном Непале, и от нее особенно страдали представители народности тхру, а также далиты (неприкасаемые).

Комиссия рекомендует:

7.2. Национальным правительствам разрабатывать и внедрять социально-экономическую политику, обеспечивающую гарантированную занятость и прожиточный минимум, в котором учитывается реальная текущая стоимость здоровой жизни (см. Рек. 8.1; 13.5).

По направлению к полной занятости

На всемирной встрече на высшем уровне в рамках сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2005 г. правительства вновь подтвердили свои обязательства по обеспечению полной занятости и достойной работы как одного из главных путей к решению проблемы постоянной нищеты во всем мире. Полная и производительная занятость и достойный труд для всех были также введены в качестве новой задачи в рамках ЦРДТ 1 как способ снижения вдвое доли людей, живущих в крайней нищете, к 2015 г. Однако, несмотря на то, что правительства решили сделать обеспечение полной занятости и достойной работы для всех главной целью национальных и международных стратегий (UN, 2005), это обязательство не проводится в жизнь последовательно.

Достижение данной цели является сложной задачей, требующей интегрированной социально-экономической политики, и в условиях различных стран потребует различных механизмов. Оно может включать действия внутри страны, непосредственно направленные на создание занятости, например, посредством трудоинтенсивных общественных работ, стратегий местного снабжения, расширения программ формирования доходов, а также поддержки малых и средних предприятий. Отправной точкой является государственное обеспечение определенного количества рабочих мест. Для стран, находящихся на разных уровнях развития, это имеет неодинаковые последствия. В условиях низкого уровня заработной платы, как, например, в Индии, где зачастую имеются необходимые инфраструктура и ад-

министративный потенциал, гарантии работы, обеспечиваемые государством, могут служить средством поднятия уровня жизни людей выше национальной черты бедности (Вставка 7.3).

Во многих странах ОЭСР, где большая часть трудоспособного населения занята в формальном секторе, а уровень безработицы относительно низок, правительства стремятся достигнуть полной занятости, во-первых, посредством поощрения лиц, ищущих работу, к более активным действиям (путем оказания помощи в поисках работы, услуг по предоставлению информации о наличии рабочих мест и подбору вакансий, индивидуализированного консультирования, профессиональной ориентации и обучения), а, во-вторых, – требуя контактов со службами занятости, а также участия в программах после определенного срока нахождения без работы (OECD, 2005).

Прожиточный минимум, необходимый для здоровья

Обеспечение прожиточного минимума, в котором учитывается реальная текущая стоимость здоровой жизни, требует поддерживающей социально-экономической политики, которая регулярно корректируется и основывается на затратах на нужды здоровья, включая продукты питания, обладающие достаточной питательной ценностью, жилище, водоснабжение, канализацию и участие в жизни общества (Morris & Deeming, 2004). В странах с низким доходом конкурентное преимущество в большой степени зависит от низких затрат на рабочую силу, и оно может быть поставлено под угрозу, если обеспечение регулярно корректируемой заработной платы, необходимой для достойной жизни, становится законодательным требованием. Настало время осуществить следующие меры:

- правительства вместе с экспертами в области здравоохранения и социальной политики должны исследовать механизмы, позволяющие оценить минимальную стоимость здоровой жизни с тем, чтобы вычислить уровень прожиточного минимума в каждой стране (Вставка 7.4);

ВСТАВКА 7.3. ИНДИЙСКАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГАРАНТИЙ СЕЛЬСКОЙ ЗАНЯТОСТИ

Закон о национальных гарантиях сельской занятости, принятый в 2005 г., обязывает индийское правительство обеспечить сеть социальной защиты для обедневших сельских домашних хозяйств, путем предоставления гарантированной работы сроком на 100 дней при минимальной заработной плате одному члену семьи из каждого домашнего хозяйства.

Хотя этот закон начал действовать относительно недавно, и при его осуществлении возникли процедурные трудности, имеются данные, показывающие, что он оказал положительное влияние в нескольких штатах, где его правильно применяли. Этот закон обеспечил гарантии заработной платы для бедных сельских семей, содействовал расширению прав и возможностей женщин в экономической области и создал общественные активы. В штате Раджастан, где население хорошо информировано об этой программе, в 2006–2007 гг. каждому сельскому домохозяйству было предоставлено 77 дней гарантированной занятости.

В штате Уттар-Прадеш в сфере общественных работ наблюдаются значительные улучшения, поскольку увеличился масштаб занятости; выплачивается минимальная заработная плата, уменьшились задержки выплат, и преодолевается эксплуатация населения частными подрядчиками.

Нельзя сказать, что программа не сталкивается с трудностями, но гарантии прозрачности и существующий потенциал принудительного применения процедур закона сыграли ключевую роль в достижении значительных успехов. Существует также необходимость пересмотреть показатели оплаты с позиций справедливости и увеличить количество рабочих дней и число членов семьи, на которых распространяется действие программы. Для обеспечения социальной включенности женщин с детьми необходимы благоприятные условия на рабочих местах.

Источник: The Hindu, 2008; Ganesh-Kumar et al., 2004.

СПРАВЕДЛИВЫЕ УСЛОВИЯ НАЙМА И ДОСТОЙНАЯ РАБОТА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 7.2

Для достижения справедливости в отношении здоровья требуются безопасный, гарантированный и справедливо оплачиваемый труд, круглогодичная возможность найти работу и здоровое соотношение между рабочим и свободным временем для всех.

- чтобы достичь справедливого распределения здоровой занятости между странами, правительства в качестве первого шага должны исследовать механизмы создания межстрановых соглашений о заработной плате, первоначально на региональном уровне.

Обучение для работы

Исключительно важной частью многоаспектного политического подхода к полной занятости и справедливым условиям найма является обеспечение того, чтобы людям, не имеющим работы или меняющим место работы, предоставлялась помощь в овладении набором навыков и качеств, необходимых для участия

в качественном труде. Для этого требуется создание партнерств между правительством и НПО для разработки всеобъемлющего набора программ, отвечающих потребностям различных групп населения, например, инвалидов или длительно безработных. Содержание и обеспечение профессионального обучения должны отвечать нуждам общества; в частности, в связи с тем, что лица трудоспособного возраста стареют, необходимы возможности переподготовки, которые соответствовали бы потребностям людей старшего возраста. Применяемая в Дании система «flexicurity»^{*} является одним из самых успешных примеров переподготовки кадров, направленной на обеспечение «пригодности к трудоустройству» (Вставка 7.5).

ВСТАВКА 7.4. МИНИМАЛЬНЫЙ ДОХОД, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

В Великобритании проведена оценка прожиточного минимума по группе одиноких здоровых мужчин в возрасте от 18 до 30 лет, проживающих отдельно от семьи и живущих на собственные средства. Оценивалась основанная на согласованных данных корзина предметов потребления, которые считаются необходимыми для повседневной здоровой жизни. Она включала продукты питания и физическую активность, квартирную плату, домашние услуги, домашние товары, транспорт, одежду и обувь, затраты на образование, личные расходы, расходы на личную гигиену и медицинское обслуживание, сбережения и взносы в негосударственные пенсионные фонды, а также товары для отдыха и виды досуга, включая социальные связи. Общая стоимость считалась показательной для величины минимального располагаемого дохода, который в настоящее время необходим для здоровья.

Минимальная стоимость здорового образа жизни была оценена в 131,86 фунтов стерлингов (ф. ст.) в неделю (на основе цен апреля 1999 г.).

Размер отдельных элементов расходов, особенно квартирной платы (которая составляет приблизительно 40% общей суммы), зависит от региона проживания и некоторых допущений. В современном обществе располагаемый доход, соответствующий этой минимальной стоимости, может рассматриваться как необходимое предварительное условие здоровья. Если исходить из заработка, соответствующего национальному минимальному размеру оплаты труда (по состоянию на апрель 1999 г.), который составляет 3,00 ф. ст. в час для работника в возрасте 18–21 года и 3,60 ф.ст. для работника в возрасте 22 лет и старше, то сумма располагаемого еженедельного дохода, за вычетом установленных законом налогов и отчислений в фонды социального страхования составит, соответственно 105,84 ф. ст. и 121,12 ф. ст. при 38-часовой рабочей неделе. Чтобы получать доход, необходимый для покрытия минимальных затрат на здоровый образ жизни, необходимо в возрасте 18–21 года отработать 51 ч, а в возрасте 22 лет и старше – 42,5 ч.

Источник: Моррис и др., 2000.

ВСТАВКА 7.5. «FLEXICURITY» И ОБУЧЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ В ДАНИИ

Датский рынок труда является таким же гибким, как британский, и предлагает наемным работникам такой же уровень социальных гарантий, как шведский. В качестве объяснения этих достижений нередко называют такие характеристики данной модели, как гибкие правила найма, активная политика на рынке труда, предусматривающая права и обязанности в отношении предложений о получении образования и трудоустройстве, относительно высокий уровень льгот и благоприятный цикл деловой активности, продолжающийся уже 10 лет. В условиях Дании модель «flexicurity» состоит из четырех элементов:

гибкий рынок труда;

щедрые схемы социального обеспечения;

обучение в течение жизни;

активная политика на рынке труда.

Для осуществления принципа обучения в течение жизни социальные партнеры проявляют активное практическое и институциональное участие в планировании и реализации стратегий образования, в частности, стратегий непрерывного профессионального обучения (НПО). Особой институциональной характеристикой датской стратегии НПО является то, что она предусматривает услуги и обучение как для имеющих работу, так и для безработных. Система

НПО для неквалифицированных рабочих была создана в 1960 г. в рамках Министерства труда (сейчас – Министерство образования), хотя фактически ею в основном руководили социальные партнеры. В 1965 г. аналогичная система была создана для квалифицированных рабочих. С конца 1980-х гг. коллективные договоры стали включать также соглашения об образовании, обычно дающие работникам право на ежегодный двухнедельный отпуск для прохождения профессионального обучения.

Основным источником финансирования этой системы является государство. Такая система финансирования освобождает фирмы от затрат на подготовку и повышение квалификации кадров и косвенно выступает в качестве правительственной субсидии, направленной на повышение конкурентоспособности датской промышленности. Частично в результате такой схемы финансирования и широких прав на участие в НПО Дания в течение многих лет устойчиво занимает одно из первых мест в Европе по интенсивности НПО. Так как система НПО финансируется преимущественно из государственного бюджета, деятельность в рамках НПО направлена не на удовлетворение потребностей отдельных фирм, а скорее на усвоение общих профессиональных навыков, которые могут быть использованы на внешнем рынке труда и повышают функциональную гибкость внутренних рынков труда.

Источник: Madsen, 2006.

^{*} Неологизм, образованный в результате соединения английских слов «flexibility» (гибкость) и «security» (гарантированность). – Примеч. пер.

Стандарты безопасного и достойного труда

Характер условий найма и труда, воздействию которых подвергаются люди, оказывают серьезное влияние на здоровье и его социальное распределение. Работа должна быть справедливой и достойной. Государство играет важнейшую роль в уменьшении и смягчении отрицательных последствий для здоровья, вызванных неудовлетворительными условиями найма и труда.

Комиссия рекомендует:

7.3. Укреплять потенциал государства с целью внедрения регулятивных механизмов поощрения и принудительного применения стандартов в области справедливых условий найма и достойного труда для всех работников (см. Рек. 12.3).

Трудовые стандарты

Четыре основных принципа – свобода ассоциаций и фактическое признание права на коллективные переговоры; свобода от принудительного труда; фактическая ликвидация детского труда; и недискриминация в сфере занятости – лежат в основе многих стандартов МОТ, создают основу для справедливых условий найма и достойной работы. Принудительное применение правительственными органами согласованных на международном уровне трудовых норм и кодексов (ILOLEX, 2007) представляет собой необходимый шаг на пути к здоровью и справедливости в отношении здоровья. Кроме того, если на практике реализуются базовые трудовые нормы, такие как равная оплата труда женщин и мужчин, то существует потенциал для того, чтобы значительно уменьшить проявление гендерного неравенства (см. Главу 13: «Гендерная справедливость»).

Влияние транснациональных корпораций на условия найма и условия труда, а также трансграничный характер труда и трудовых ресурсов служат мощным аргументом в пользу международного механизма, направленного на поддержку ратификации и применения национальными правительствами основных трудовых стандартов (см. Главу 12: «Ответственность рынка»). Развертывание административного потенциала, инфраструктуры и финансовой помощи в осуществлении рекомендаций должны получить согласованную поддержку МОТ и ВОЗ при участии доноров и представителей трудящихся как формального, так и неформального секторов (см. Главу 15: «Надлежащее глобальное управление»). Потенциал стран с низким доходом в области принудительного применения трудовых стандартов может быть довольно ограниченным, особенно если рассматривать этот вопрос в контексте более широкого набора рекомендаций, сформулированных Комиссией. Трудовые стандарты должны быть классифицированы по уровням экономического развития, с выделением не менее четырех основных принципов; кроме того, следует рассмотреть возможность применения в конкретной стране того или иного международного механизма принудительного исполнения трудовых стандартов. После внедрения четырех основных принципов, следует осуществлять планомерный процесс конвергенции трудовых стандартов по восходящей линии в течение длительного времени, чтобы избежать отрицательных результатов.

Долгосрочной целью для стран должны быть постепенная разработка и внедрение обязывающих кодексов практической деятельности в области трудовых отношений и БОТ как для внутренних, так и для внешних поставщиков. Аналогичным образом, введение странами регламентов для компаний в отношении раскрытия информации – четкого указания того, где и в каких условиях труда была произведена продукция и ее компоненты (EMCONET, 2007), – может в качестве долгосрочной стратегической цели способствовать обеспечению справедливых условий найма и условий труда во всем мире.

Хотя многие многонациональные корпорации приняли добровольные кодексы поведения и, по сообщениям, настойчиво внедряют единую практику трудовых отношений в своих компаниях по всему миру (http://www.jnj.com/community/policies/global_labor.htm), это представляет собой ограниченную реакцию на стоящую перед нами огромную задачу. В качестве отправной точки, проведение государственным сектором регулярного мониторинга добровольных кодексов практической деятельности в отношении трудовых стандартов и стандартов БОТ в частном секторе может помочь усилить их влияние и обеспечить подотчетность (см. Главу 12: «Ответственность рынка»). Можно было бы также рассмотреть возможность внесения изменений в закон о компаниях с тем, чтобы изменить целевую функцию публичных компаний с максимизации ценности компании для акционеров на более широкий набор социальных и экологических задач, включая занятость. Однако такие меры должны координироваться на международном уровне во избежание того, чтобы компании уходили из стран, проводящих такие изменения, а компании, базирующиеся в странах, где сохраняется принцип максимизации акционерной ценности, приобретали компании в странах, применяющих другую целевую функцию. Точно так же, как в течение последних 20 лет экологическое движение добилося успеха в повышении ответственности частных фирм за ухудшение экологической обстановки, сейчас необходимы такие же усилия для того, чтобы обеспечить справедливые условия найма и достойную работу.

Баланс между рабочим и свободным временем

В мире растет признание того, что сверхурочная работа и возникающий в результате несбалансированный баланс между рабочим и свободным временем оказывают отрицательное воздействие на здоровье и благосостояние (Felstead et al., 2002). Изменение баланса между рабочим и свободным временем требует проведения правительственной политики и законодательной поддержки, предусматривающей право родителей на время по уходу за детьми, пользование услугами детских учреждений независимо от платежеспособности, а также меры в области трудового распорядка, такие как гибкий график работы, оплата выходных дней, отпуск по уходу за ребенком, деление рабочего места между несколькими работниками и отпуск за выслугу лет (Lundberg et al., 2007). Стратегия такого типа начала применяться главным образом в странах с высоким доходом. Как и любое другое социальное ориентированное законодательство, эти меры не распространяются на работников неформального сектора экономики. Поэтому сейчас актуально, чтобы правительство, при участии работников как формального, так и неформального секторов, разработало стимулы, способствующие реализации стратегий обеспечения оптимального баланса между рабочим и свободным временем, и поддерживающую стратегию социальной защиты (см. Главу 8: «Социальная защита в течение всей жизни»), включающую четкие механизмы финансирования и подотчетности.

Случайная работа

Преобладание в мире случайной занятости и связанная с ней ненадежность (Wilthagen et al., 2003) в значительной мере способствуют слабому здоровью и несправедливости в отношении здоровья. Большая часть трудоспособного населения мира трудится в неформальном секторе экономики и находится в чрезвычайно нестабильном положении. Учитывая связь между случайными рабочими местами и бедностью, женщины и их семьи получают пользу от стратегий, направленных на решение проблем ненадежности рабочих мест, низкой зарплаты и дискриминации по половому признаку в неформальном секторе (см. главу 13: «Гендерная справедливость»). Следует также отметить возрастающее количество работников-мигрантов в странах мира. Хотя многие

из них работают в сфере высококвалифицированного труда, большое количество мигрантов, особенно нелегальных, живут в условиях незащищенности и нищеты, и зачастую трудятся в неформальном секторе. На пути мобильности воздвигаются барьеры между потенциальными мигрантами и спросом на иностранных рабочих в принимающих странах (см. Главу 9: «Всеобщее здравоохранение»). Это, а также отсутствие возможностей для экономической деятельности внутри стран приводит к контрабанде и торговле людьми как очень выгодному делу, несмотря на грубые нарушения основных прав человека (ILO, 2006b).

Комиссия рекомендует:

7.4. Правительствам уменьшить ненадежное положение лиц, имеющих случайную работу, включая работу в неформальном секторе, временную работу и неполную занятость, посредством политики и законодательства, гарантирующих заработную плату, основанную на учете реальной стоимости жизни, социальное обеспечение и оказание поддержки родителям (см. Рек. 8.3).

Регулирование, направленное на защиту лиц, имеющих случайную работу

Чтобы повысить надежность различных условий найма, необходимы правительственная стратегия и законодательство, поступательно способствующие повышению стабильности разных аспектов труда. Некоторые правительства исследуют на международном уровне способы усиления регулятивного контроля над «даунсайзингом» (уменьшением размеров компаний в целях экономии), заключением договоров субподряда и аутсорсингом (включая регулирование цепочек поставщиков) и разрабатывают законы, которые ограничивают использование случайной занятости (Вставка 7.6).

ВСТАВКА 7.6. УСИЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ НАД СУБПОДРЯДНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ

Производство в мировой экономике состоит из все более сложной сети договорных обязательств или логистических цепочек. Современная практика деловых отношений, особенно среди больших корпораций, в значительной степени зависит от аутсорсинга производства товаров и услуг другим фирмам или отдаленным организациями (включая международный аутсорсинг). Аутсорсинг осуществляется посредством разнообразных механизмов субподряда, включая предоставление только кадровых услуг, а также частичную или полную поставку услуг и товаров. Субподрядные отношения могут быть многоуровневыми, включающими многочисленные промежуточные действия между производителем товара или услуги и конечным клиентом. В число субподрядчиков входят фирмы, малые предприятия и самозанятые работники. Международные исследования убедительно показали, что субподрядные отношения ведут к ухудшению БОТ. Риски БОТ, связанные с субподрядными отношениями, включают финансовое давление на субподрядчиков, направленное на снижение себестоимости, дезорганизацию (уничтожение) системы управления БОТ и ненадлежащий регулятивный контроль.

Реакция на эти проблемы со стороны правовой системы, правительства и промышленности варьируется в широком диапазоне и обычно бывает фрагментированной и недостаточной. Недавно правительства начали рассматривать регулирование логистических цепочек как средство решения проблемы возросших рисков, связанных со сложными сетями субподрядных отношений. Организация, находящаяся на вершине ло-

Вклад неформального сектора экономики в справедливость в отношении здоровья

Неформальный сектор обладает потенциалом воздействия на справедливость в отношении здоровья не только за счет улучшения условий труда. Охват предприятий неформального сектора системой налогообложения позволил бы правительствам получать доход, который может использоваться в интересах общества и, следовательно, на благо здоровья (Gordon & Lei, 2005). Проводимые правительством действия, подобные перечисленным ниже, могут помочь неформальным предприятиям вносить вклад в развитие нации:

- разработка законодательства, норм и правил, защищающих условия труда, заработную плату, БОТ и другие выгоды, получаемые работниками неформального сектора;
- охват трудовыми стандартами на всех работников неформального сектора и принудительное применение этих стандартов правительством, предпринимателями и организациями трудящихся;
- разработка национальным правительством и местными органами власти стратегий, нацеленных на включение фирм неформального сектора в формальный сектор, например, путем введения специальных градиентов налогообложения, которые поощряли бы регистрацию мелких и домашних фирм.

Во многих странах с низким и средним доходом работа по выполнению каждой из этих рекомендаций в области трудовых стандартов должна проводиться с учетом того, что, в сущности, неформальный сектор существует потому, что бремя существующего налогообложения и регулирования является серьезным ограничением даже для формального сектора. В отсутствие эф-

гистической цепочки, зачастую осуществляет жесткий контроль над сторонами договора, которые она привлекает для выполнения заданий. Этот контроль проявляется в финансовой зависимости субподрядчиков (заинтересованных в получении заказов в будущем) и в характере условий контрактных отношений между фирмой, осуществляющей аутсорсинг, и ее поставщиками в целях обеспечения количества, качества, своевременности, цены продукции, а также распределения регулятивных рисков. В отличие от законодательства о социальной защите, этот частный регулирующий контроль эффективно преодолевает международные границы. Тем не менее, правительственное регулирование этих договорных отношений, охватывающее каждый этап и фокусирующее ответственность на вершине логистической цепочки, могло бы определять условия выполнения работы, включая БОТ. Это требует поддержки на международном уровне.

В Австралии для защиты швей, работающих на дому, и водителей грузовиков приняты законы, которые интегрируют в себе трудовые стандарты (зарплата, рабочее время), нормы БОТ и право рабочих на вознаграждение и предусматривают механизмы (включая обязательные кодексы) передачи юридических обязанностей главе логистической цепочки. В Великобритании введена имеющая силу закона система лицензирования, охватывающая кадровые агентства (посредников по найму рабочей силы) в сельском хозяйстве, садоводстве и пищевой промышленности.

Источник: EMCONET, 2007.

эффективных механизмов социальной защиты, люди нуждаются в доходах, достаточных для выживания, и поэтому они вынуждены идти работать в неформальный сектор. Неформальный сектор в состоянии функционировать вне пределов досягаемости механизмов регулирования и налогообложения потому, что административный потенциал часто недостаточен для эффективного охвата десятков или сотен тысяч микропредприятий и их персонала. Кроме того, во многих беднейших странах у значительной части предпринимателей неформального сектора уровень образования или грамотности, по-видимому, минимален, что сильно ограничивает их способность удовлетворять регулятивным требованиям. Решение вопросов регулирования, как отмечалось выше, должно быть частью согласованного подхода к социально-экономической политике, который охватывает социальную защиту, образование и укрепление государственного сектора (см. также главы 5, 8, 10, 11, 15 и 16: «Справедливость с самого начала»; «Социальная защита в течение всей жизни»; «Учет справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах»; «Справедливое финансирование»; «Надлежащее глобальное управление»; «Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследование и обучение»).

Роль работников и гражданского общества в деятельности по улучшению условий найма

Организации трудящихся играют жизненно важную роль в защите работников неформального сектора, и становятся все лучше структурированными. Например, в Сенегале с 1998 г. работники неформального сектора стали представлять автономная Федерация сельскохозяйственных рабочих и работников неформального сектора. Профсоюзы в Эквадоре и Панаме создали специальные отделы сельскохозяйственных рабочих и рабочих – представителей коренных народов. В Бенине и Гане ответственность за неформальную экономику возложили на государственных чиновников. В Канаде профсоюзы организовали Специальную профсоюзную программу, в которой работают как мужчины, так и женщины, для ведения профсоюзной работы среди лиц, с нестандартной занятостью. Пример США (Вставка 7.7) показывает, как действия местного сообщества могут служить важным дополнением и стимулом к правительственным мерам. Особенно там, где рабочие лишены прав и возможностей влиятельными предпринимателями или условиями рынка, гражданское общество вместе с профсоюзами может выступить в качестве мощной силы.

ВСТАВКА 7.7. ДЕЙСТВИЯ РАБОТНИКОВ ШВЕЙНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И АКТИВИСТОВ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

За прошедшее десятилетие политическое движение против потогонной системы стало значительной политической силой и сформировалось в транснациональную сеть адвокатирирования. Объектами деятельности, направленной против потогонной системы, стали крупные швейные корпорации. Их характерной особенностью является зависимость от вкуса покупателя, что вынуждает их бороться за выживание на высококонкурентных рынках. Чтобы добиться прибыли, они должны конкурировать с другими продавцами за все более изменчивых (не привязанных какой-либо одной товарной марке) потребителей, ищущих одежду хорошего качества по весьма доступным ценам. Чтобы удержать и увеличить свою долю на рынке и размер прибыли, они передают свои производственные функции на подряд в страны с низкой стоимостью рабочей силы и направляют значительные ресурсы на разработку конкурентоспособного логотипа и имиджевую рекламу. В слабо регулируемых условиях швейного производства внешних поставщиков благосостояние рабочих ставится под угрозу в связи с тем, что гибкое производство вынуждено быстро подстраиваться под вкусы гонящихся за модой потребителей.

Движение против потогонной системы воспользовалось ситуацией, когда зависимый от покупателя корпоративный мир оказался уязвимым в конкурентной борьбе за престиж, и активно выступило в поддержку прав работниц швейной промышленности и в защиту социальной справедливости. Брендовые швейные корпорации, стремясь сохранить прибыль и хорошую репутацию среди потребителей, теперь вынуждены решать проблемы потогонной системы.

В 1995 г. в Северной Америке произошли два судьбоносных знаковых события: 1) создание объединенного профсоюза швейных, промышленных и технических рабочих («UNITE!», в настоящее время – «UNITE HERE»)

и 2) полицейские рейды на предприятиях с потогонной системой в г. Эль-Монте (штат Калифорния). Профсоюз «UNITE!» активизировал свою деятельность, используя власть потребителя для создания новых возможностей для организации рабочих. Рейды в Эль-Монте явились тревожным сигналом для гражданского общества и стали сенсацией для СМИ, эффект которой разошелся волнами далеко в будущее. Вскоре после этого получила импульс движение против потогонной системы. Группы поддержки на основе интернет-сообществ, такие как «Глобальный обмен», использовали свои медиа-таланты, чтобы сфокусировать внимание общественности и СМИ на известных корпоративных лидерах. В рамках движения против потогонной системы объединились старое и новое гражданское общество: организации, представляющие группы верующих, студенческие группы, «мозговые центры», институты по разработке стратегий, фонды, организации потребителей, международные организации, профсоюзы от местного до глобального уровня, группы, ориентированные на проблемы труда, группы, выступающие против потогонной системы, фирмы, не применяющие потогонную систему, инвесторы предприятий, а также международные гуманитарные и правозащитные организации, сети и группы. Примечательными примерами довольно редко встречающегося сотрудничества между профсоюзами и потребителями стала деятельность UNITE! и организованная Лигой предприятий национальных потребителей кампания по ликвидации потогонной системы, которая охватила более 50 млн потребителей во всем мире. Кампания против потогонной системы увенчалась успехом. Например, в Индонезии производители текстиля и обуви на экспорт увеличили заработную плату своему персоналу на 20–25% быстрее, чем другие.

Источник: Micheletti & Stolle, 2007.

Улучшение условий труда

Улучшения условий найма должны быть увязаны с перспективным подходом к качеству работы (EFILWC, 2007) путем улучшения условий труда.

Комиссия рекомендует:

7.5. Политика и программы в области БОТ должны применяться по отношению ко всем работникам – как формального, так и неформального секторов, – а их диапазон должен быть расширен, включая стрессоры и виды поведения, связанные с работой, а также воздействие материальных рисков (см. Рек. 9.1).

Защита для всех

Роль и ответственность сектора здравоохранения заключаются в том, чтобы руководить разработкой стратегии и программы в области гигиены труда так, чтобы они охватывали как формальный, так и неформальный секторы. Эта деятельность может включать в себя следующее:

- разработку и укрепление законодательства, стратегии и услуг в области гигиены труда, чтобы обеспечить охват всех рабочих базовыми нормами БОТ;
- разработку программ профессионального обучения, предназначенных для работников неформального сектора и соответствующих общественных движений;
- включение медицины труда в качестве элемента функции первичной медико-санитарной помощи в рамках системы здравоохранения.

Для включения компонента БОТ в программы создания занятости, регулирования субподрядных отношений и аутсорсинга, а также торговых соглашений, национальное правительство, предприниматели, международные организации и рабочие должны осуществлять работу в области развития. Мониторинг выполнения этой работы, особенно посредством усиленного

ВСТАВКА 7.8. ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРЕОДОЛЕНИЕ СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

В документе «Стратегия гигиены труда для Соединенного Королевства 2000: восстановление здоровья и безопасности» Комиссия по здоровью и безопасности Соединенного Королевства определила стресс на работе в качестве одного из главных приоритетов своей деятельности. В рамках Стратегии, которую намечено осуществить к 2010 г. планируется сократить на 30% количество дней нетрудоспособности, связанных с профессиональными заболеваниями и производственным травматизмом; на 20% – количество случаев профессиональных заболеваний; и на 10% – уровень тяжелого и смертельного травматизма.

В 2004 г. Главное управление по безопасности и охране труда (ГУБОТ) Соединенного Королевства утвердило управленческие стандарты стресса на работе. Эти стандарты охватывают шесть факторов стресса на работе: требования, контроль, поддержка, отношения, роль и изменения. Методика оценки риска была опубликована одновременно со стандартами; она включает 35 характеристик условий труда, относящихся к шести факторам стресса. В управленческих стандартах стресса, разработанных ГУБОТ, использован популяционный подход к преодолению стресса на рабочем месте, цель которого – доведение организационных факторов стресса до приемлемого уровня, а не выявление конкретных работников с высоким уровнем стресса. Вместо эталонных значений приемлемых уровней социально-

принудительного применения законодательства в области гигиены труда и проведения инспекций труда, может стать начальным шагом к обеспечению того, что стратегии и условия найма со значительным глобальным охватом будут способствовать здоровью и справедливости в отношении здоровья.

Широта охвата мероприятий по безопасности и охране труда

Многие связанные с трудовой деятельностью стратегии и программы БОТ все еще концентрируются на традиционных производственных рисках на рабочем месте. Например, в Канаде основным элементом законодательства, регулирующего обращение с химическими веществами, является Закон о защите окружающей среды от 1999 г. Объявленный в декабре 2006 г. План обращения с химическими веществами и используемые в настоящее время основы стратегии нацелены на оценку рисков для здоровья людей и окружающей среды, которые возникают из-за новых и существующих химических веществ (см. www.chemicalsubstances.gc.ca). Хотя такие стратегии в области БОТ продолжают иметь ключевое значение, особенно в странах с низким и средним доходом, фактические данные свидетельствуют о необходимости расширить проблематику БОТ с тем, чтобы она включала в себя стресс, связанный с работой, и вредные стили поведения. Пример из Великобритании (Вставка 7.8) показывает, как предприниматели, сотрудничающие с профсоюзами, разработали стандарты рабочего места, в которых в качестве законного компонента условий труда признается социально-психологическая среда.

Благодаря обеспечению справедливых условий найма и достойной работы правительство, предприниматели и работники могут помочь искоренить нищету, уменьшить социальную несправедливость, сократить воздействие физических и социально-психологических факторов риска и увеличить возможности для здоровья и благополучия. И, конечно, здоровая рабочая сила будет способствовать повышению производительности.

психологических условий труда, которые должны соблюдать все предприниматели, в Стандартах определены целевые показатели, к достижению которых организации могут стремиться.

Управленческие стандарты не являются законом, но могут помочь предпринимателям выполнить свой правовой долг в рамках Инструкции по управлению системой безопасности и охраны труда на производстве, изданной в 1999 г., для оценки риска возникновения в результате трудовой деятельности профессионально-обусловленных заболеваний, вызванных стрессом.

В 2006–2007 гг. в рамках выполнения трехлетней программы ГУБОТ активно внедрял управленческие стандарты на 1 тыс. рабочих мест, обеспечивая поддержку как для проведения оценки риска, так и для осуществления перемен по результатам оценки. До настоящего времени при оценке рабочих мест с применением управленческих стандартов использовались в основном качественные (а не количественные) показатели; примеры из передовой практики размещены на веб-сайте ГУБОТ (www.hse.gov.uk/stress). В 2004 г., до внедрения управленческих стандартов, было национальное мониторинговое исследование. Его целью было определение базового уровня для последующего мониторинга тенденций в области социально-психологических условий труда.

Источник: EMCONET, 2007

СПРАВЕДЛИВЫЕ УСЛОВИЯ НАЙМА И ДОСТОЙНАЯ РАБОТА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 3

Улучшить условия труда для всех работников, чтобы уменьшить их подверженность воздействию физических рисков, профессиональных стрессов и вредных для здоровья стилей поведения.

ГЛАВА 8

Социальная защита на протяжении всей жизни

«Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам».

Статья 25 (а) Всеобщей декларации Организации Объединенных Наций о правах человека (UN, 1948)

СВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ И ЗДОРОВЬЕМ

Четырем из каждых пяти людей во всем мире не хватает поддержки со стороны базовых систем социального обеспечения (ILO, 2003). Распространение социальной защиты на всех людей, в каждой стране и во всем мире, станет серьезным шагом на пути к обеспечению справедливости в отношении здоровья в течение одного поколения. Это не только вопрос социальной справедливости; социальная защита сама может способствовать реализации целей развития, вместо того, чтобы зависеть от их достижения (McKillop, 2007).

Социальная защита может охватывать широкий диапазон услуг и выгод, включая защиту основного дохода, права на нефинансовую социальную помощь, например, продукты питания и предметы других базовых потребностей, такие услуги, как здравоохранение и образование (Van Ginneken, 2003), а также охрану труда и такие блага, как отпуск по беременности, оплачиваемый отпуск и услуги по уходу за детьми. В данной главе

мы концентрируем внимание на защите дохода. Защита дохода обычно обеспечивает защиту в те периоды жизни, когда люди наиболее уязвимы (в детстве и в старости) и в случае определенных ударов судьбы (например, безработицы, болезни, инвалидности или потери главного добытчика дохода семьи). Конкретные блага охраны труда и компенсационные выплаты, связанные с работой, обсуждаются в главе 7 («Справедливые условия найма и достойная работа»), в то время как обеспечение и доступ к качественному образованию и здравоохранению обсуждаются в главах 5 и 9 («Справедливость с самого начала жизни»; «Всеобщее здравоохранение»).

Важность социальной защиты в течение всей жизни

Бедность и низкий жизненный уровень являются мощными детерминантами плохого здоровья и неравенства в отношении здоровья. Они оказывают значительное воздействие на РРР и весь жизненный путь, в том числе, через стесненные условия жизни, отсутствие основных удобств, опасное место проживания, стресс в связи с родительскими обязанностями и отсутствие продовольственной безопасности. Нищета в детстве и передача нищеты из поколения в поколение являются основными факторами, препятствующими улучшению здоровья населения и уменьшению несправедливости в отношении здоровья. (см. главу 5: «Справедливость с самого начала жизни»). Влияние жизненного уровня на весь жизненный путь заметно, например, во влиянии на самооценку здоровья в возрасте 50 лет и старше со стороны накопившихся за всю жизнь социально-экономических факторов риска (рис. 8.1).

Перераспределительные системы социального обеспечения в сочетании с мерой способности людей заработать на здоровую

жизнь на рынке труда влияет на уровни бедности. (Lundberg et al., 2007). Хотя данные о влиянии таких систем происходят главным образом из стран с высокими доходами, где такие данные доступны и работают соответствующие стратегии, они указывают на потенциальное воздействие стратегий социальной защиты в более широком масштабе. Например, в скандинавских странах показатели бедности после принятия в расчет налогов и безвозмездных социальных выплат значительно ниже, чем в Канаде, Великобритании и США (хотя показатели бедности до принятия в расчет налогов и безвозмездных социальных выплат были сходны) (см. рис. 3.2, глава 3). Если сравнить уровни бедности среди уязвимых групп населения, то разница между этими странами в распространенности бедности становится еще более отчетливой. Как показано на рис. 8.2, относительные показатели бедности среди родителей-одиночек, семей с тремя или более детьми и людьми в возрасте 65 и более лет в скандинавских странах довольно низкие. Важно подчеркнуть, что эта разница вызвана не только перераспределением в государствах благосостояния, но и более опосредованным влиянием в них государственных институтов, а именно тем, в какой степени человек может заработать на здоровую жизнь на рынке труда. Жизненно важное значение имеют системы социального обеспечения, а также – минимальный доход, достаточный для здоровой жизни, и охрана труда (см. главу 7: «Справедливые условия найма и достойная работа»).

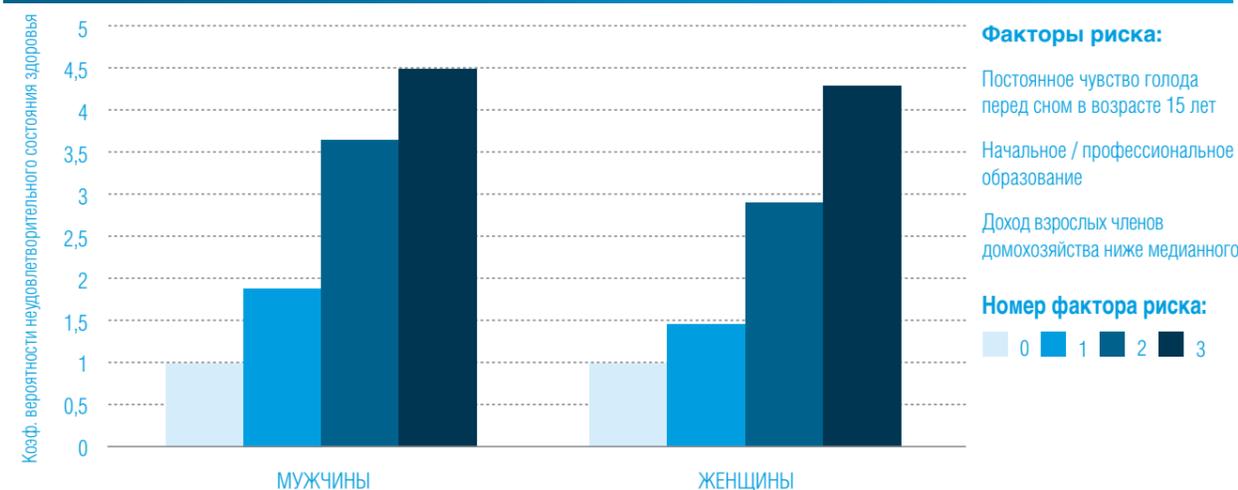
Страны с более щедрыми системами социальной защиты, как правило, имеют лучшие показатели здоровья населения, по крайней мере, в странах с высокими доходами, для которых есть эти данные (Lundberg et al., 2007). Например, более щедрые семейные стратегии приводят к более низким показателям детской смертности (рис. 8.3). Подобным образом страны с более широким охватом и большей щедростью в выплатах пенсий, пособий по болезни, пособий по безработице и в страховании от несчастных случаев на рабочем месте (все вместе) име-

ют более высокий ОПЖР (Lundberg et al., 2007), и в странах с более щедрыми программами пенсионного обеспечения, как правило, ниже смертность от старости (Lundberg et al., 2007). Однако данные о связи между масштабом неравенства в отношении здоровья в отдельных странах и стратегий социальной защиты остаются недостаточными, поэтому необходимо увеличение инвестиций в источники и методы получения сравнимых данных. Существующие данные из стран с высокими доходами показывают, что, хотя относительное неравенство в отношении смертности в государствах с более щедрыми, всеобщими, системами социальной защиты не меньше, абсолютные уровни смертности среди бедных групп населения, оказываются ниже (Lundberg et al., 2007).

Социальная защита в трудовые годы

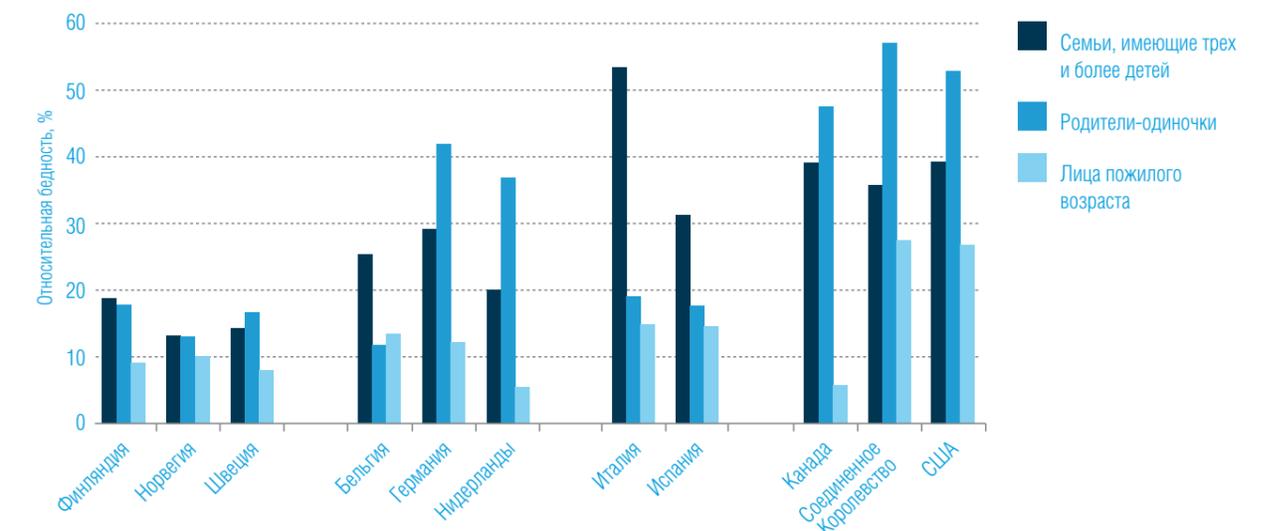
Обеспечение приличной заработной платы, охраны труда и компенсационных выплат, включая пособие по инвалидности, пособие в связи с производственной травмой, и компенсации по причине профессионального заболевания, отпуск по беременности и пенсионные выплаты (EMCONET, 2007) защищают значительное количество людей во всем мире. Однако такими схемами социальной защиты охватывается лишь небольшая часть всемирной рабочей силы. Например, большинство работников не получает никакого дохода в период отсутствия на работе по причине болезни. Рабочие, страдающие от долгосрочной потери трудоспособности могут также потерять важные профессиональные навыки и из-за этого могут столкнуться с тем, что в будущем им тяжелее найти работу, или по крайней мере продолжать заниматься той работой, для которой они были обучены. Кроме того, трансформация состава рабочей силы, вместе с увеличивающейся долей женского труда, часто на ненадежной и неофициальной работе, где отсутствует социальная защита, подчеркивает важность всеобщей социальной защиты (EMCONET, 2007; WGEKN, 2007).

Рисунок 8.1. Низкая самооценка здоровья российских мужчин и женщин в возрасте 50 лет и старше и накопление социально-экономических факторов риска в течение жизни, 2002 г.



Источник: Nicholson et al., 2005.

Рисунок 8.2. Коэффициент относительной бедности для трёх «групп социального риска» в 11 странах, около 2000 г.



Порог бедности = 60% медианного эквивалентного располагаемого дохода. Шкала эквивалентности; шкала ОЭСР. Источник данных: Luxembourg Income Study (LIS). Перепечатано, с разрешения авторов, из Lundberg et al. (2007).

Уязвимость и люди преклонного возраста

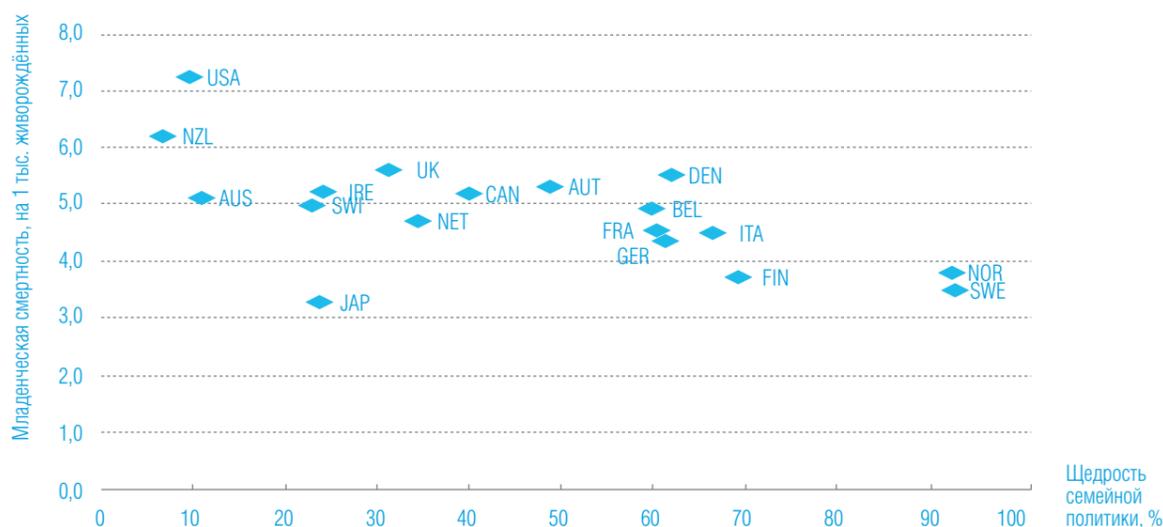
Глобальное старение населения делает удовлетворение потребностей в социальном обеспечении все более важной проблемой. В следующие 45 лет население мира в возрасте 60 и более лет утроится. К 2050 г. треть европейского населения будет в возрасте 60 и более лет (UNDESA, Population Division, 2006). В странах с низким и средним доходом, процент людей преклонного возраста возрастает еще быстрее, чем в странах с высокими доходами. В этих странах программы пенсионного обеспечения на основе долевых взносов играют слабую роль, поэтому многие люди работают в неофициальном секторе. В странах Африки к югу от Сахары и в странах Южной Азии менее 19% людей преклонного возраста имеют пенсионное обеспечение за счёт взносов (HelpAge International, 2006a). В то же время во многих из этих стран традиционные схемы социального обеспечения ослабевают (McKinnon, 2007). Семьи становятся малодетными, а у людей преклонного возраста может не быть живых взрослых детей или может вообще не быть детей, которые хотели бы или были способны заботиться о них, например, из-за миграции из села в город. Люди преклонного возраста, особенно бабушки, часто испытывают дополнительные трудности, например, заботясь о детях, осиротевших из-за ВИЧ /СПИДа (McKinnon, 2007). Старым женщинам часто приходится особенно тяжело. Хотя есть данные о том, что вдовцы менее способны заботиться о себе и справляться со своими жизненными проблемами, чем вдовы, абсолютное число вдов, как правило, больше. Вдовство – это состояние, когда женщины ощущают суммарный эффект низкого экономического положения, накопленный в течение всей их жизни. Вдовы, как правило, беднее, имеют более высокий показатель обнищания и нищеты, чем вдовцы и многие другие подгруппы населения (WGEKN, 2007). Множество стран с низкими и средними доходами, в том числе страны Африки, начали устанавливать у себя социальные

пенсионные системы.

Социальная защита в глобализирующемся мире

Системы социальной защиты должны стать социальным правом всех граждан. Однако все большее количество людей теряют связь со своей страной, потому что они становятся международными мигрантами, ищущими политического убежища или беженцами. Должны быть предприняты согласованные усилия стран-доноров, национальных правительств и международных организаций, под руководством Управления Верховного комиссариата ООН по делам беженцев, МОТ и МОМ, для того, чтобы инвестировать в разработку реалистических решений, что улучшит положение со справедливостью в отношении здоровья и решит эту растущую проблему.

Социальная защита – это важный инструмент для уменьшения некоторых негативных влияний глобализации (Van Ginneken, 2003), таких как ненадёжность экономического положения, связанная с либерализацией торговли и потрясений в масштабах всей экономики (GKN, 2007; Blouin et al., 2007). В условиях рыночной интеграции бедные страны в особенности теряют важные формы государственных доходов (GKN, 2007), что порождает вопросы о справедливости в глобальном финансировании государственных ресурсов в странах с низкими доходами (см. главы 12 и 15: «*Ответственность рынка*»; «*Надлежащее глобальное управление*»). Несмотря на то, что либерализация торговли и налоговая конкуренция могут разрушить способность и/или готовность правительств укреплять всеобщие системы социальной защиты, это не универсальный случай. Действительно, некоторые из восточноазиатских стран, сталкиваясь с экономическим спадом, укрепляли свои стратегии социальной защиты (Вставка 8.1). Доступные ресурсы могут и далее уменьшаться из-за либерализации торговли и налоговой конкуренции (GKN, 2007).

Рисунок 8.3. Совокупная щедрость семейной политики и младенческая смертность в 18 странах, около 2000 г.

Чистая щедрость социальных выплат в процентах от средней чистой заработной платы промышленного рабочего.

AUS = Австралия; AUT = Австрия; BE = Бельгия; CA = Канада; DEN = Дания; FIN = Финляндия; FRA = Франция; GER = Германия; IRE = Ирландия; ITA = Италия; JAP = Япония; NET = Нидерланды; NOR = Норвегия; NZL = Новая Зеландия; SWE = Швеция; SWI = Швейцария; UK = Соединенное Королевство; USA = США.

Перепечатано, с разрешения издателя, из: Lundberg et al. (2007).

Можно много сделать для того, чтобы защитить людей и поддержать их в стремлении к счастливой жизни. Стратегии социальной защиты, особенно защиты доходов, могут быть важным, иногда единственным источником денежных доходов для многих домохозяйств, как в бедных, так и в богатых странах. В бедных странах даже небольшие наличные денежные пособия, обеспечиваемые на постоянной основе, могут оказывать большое позитивное влияние на благосостояние и могут помочь преодолеть социальную изоляцию (McKinnon, 2007). К тому же, стратегии социальной защиты являются экономически выгодными. Увеличение чистых доходов выгодно для местных хозяйств (McKinnon, 2007). Данные позволяют предположить, что перераспределение доходов, посредством налогов и безвозмездных социальных выплат – последние имеют ключевое значение для социальной защиты – более эффективно для сокращения бедности, чем экономический рост как таковой (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006a). Хотя серьезным препятствием остается ограниченные институциональные возможности, как показывает опыт во всем мире, даже бедные страны могут начать создавать программы социальной защиты (McKinnon, 2007).

ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВСЕОБЩУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ

Комиссия рекомендует:

- 8.1** Правительством там, где это необходимо, с помощью стран-доноров и организаций гражданского общества, и там, где это уместно, в сотрудничестве с предпринимателями, создавать всеобщие системы социальной защиты и повысить их щедрость до уровня, достаточного для здоровой жизни (см. Рек. 7.2, 11.1).

Всеобщие системы социальной защиты в течение всей жизни

Для здоровья населения в целом, и здоровья более низких социально-экономических групп в частности, важно, чтобы системы социальной защиты были разработаны таким образом, чтобы быть всеобщими в своем охвате. Всеобщий характер означает, что все граждане имеют равные права на социальную защиту. Другими словами, социальная защита обеспечивается как социальное право (Marshall, 1950), а не предоставляется только бедным из жалости (Lundberg et al., 2007). Всеобщие подходы важны для достоинства и чувства собственного достоинства тех, кто в наибольшей мере нуждается в социальной защите. А поскольку выгоду извлекают все, а не только одна избранная группа, всеобщие системы социальной защиты могут увеличить социальное единство (Townsend, 2007) и социальную включенность (SEKN, 2007), и могут быть политически более приемлемыми. Включение средних классов посредством всеобщих программ может увеличить готовность широких слоев населения платить налоги, необходимых для поддержки всеобщих и щедрых стратегий (Lundberg et al., 2007). В странах с всеобщими системами защиты бюджеты для социальной защиты, как правило, более крупные и, возможно, более устойчивые. И, как правило, в этих странах наблюдаются меньшие масштабы бедности и меньшее неравенство в доходах, чем в странах с системами, предназначенных для бедных (Korpi & Palme, 1998). Всеобщие системы социальной защиты могут быть основанными на налогах, взносах или сочетании того и другого.

Дети

Всеобщие системы социальной защиты должны защищать всех людей в течение всей жизни – в детстве, в трудовые годы и в старости. Из всех слоев населения женщины и дети часто

ВСТАВКА 8.1. УКРЕПЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В СЛУЧАЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА – ПРИМЕР РЕСПУБЛИКИ КОРЕЯ

До экономического кризиса Республика Южная Корея уже имела систему социальной защиты, которая была намного более передовой по сравнению с системами других восточно-азиатских стран. В ответ на повышающиеся показатели безработицы из-за экономического кризиса Трехсторонняя комиссия (бизнес-трудящиеся-правительство) приступила к выполнению законов, расширяющих социальное страхование по безработице на все группы рабочей силы. Сфера действия этой Временной программы защиты средств к существованию обеспечила четыре главные выплаты для новых безработных: прямые денежные выплаты (70 долл. США в месяц), отмена платы за обучение и субсидирование завтраков для детей-учеников, а также 50%-е сокращение взносов за медицинскую страховку в течение

1 года. Успех этой программы и ее значение в амортизации воздействия экономического потрясения очевиден в Законе об обеспечении минимального жизненного уровня, изданного в 2000 г., который заменяет (по существу включает) более раннюю программу и включает обеспечение продуктами питания, одеждой, жильем, услугами образования и здравоохранения, субсидируемых через денежные и товарные выплаты для семей, доходы которых не отвечают основным нормам, а также включает пособия, связанные с участием в трудовых программах, например, общественными работами и обучением профессии.

Источник: Blouin et al., 2007.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 8.1

Создавать и укреплять всеобщие всеобъемлющие стратегии социальной защиты, которые поддерживают уровень доходов, достаточный для здоровой жизни для всех.

являются самыми незащищенными. Женщины выполняют большую часть работы в мире и выполняют репродуктивную роль, но в большинстве стран они работают до тех пор, пока не родят, без права на декретный отпуск или социальные пособия. Преодоление детской нищеты явно требует применения сильных мер социальной защиты, включённых в рамки более широкого набора стратегий, которые защищают и продвигают здоровый стандарт жизни и социальную включенность лиц, ухаживающих за детьми, включая охрану труда/защиту права на труд, минимальный доход, уход за ребёнком и допустимость гибкого графика работы. Во Вставке 8.2 описывается стратегия борьбы с детской нищетой в Великобритании, которая объединяет некоторые из этих элементов.

Трудоспособный возраст

Комиссия подчеркивает, что каждый человек должен быть защищен от финансовых последствий неспособности работать и потери работы, так, чтобы благодаря поддержке люди вели здоровую и счастливую жизнь. Это означает, что правительства, вместе с предпринимателями, устанавливают схемы выплат пособий по безработице, в связи с заболеланием и нетрудоспособностью. Это также означает необходимость уделять внимание потребностям инвалидов и бороться против дискриминации предпринимателей в отношении инвалидов. Кроме того, это включает преодоление проблем с физическим и психическим здоровьем, включая физическую зависимость от наркотика или алкоголя, которая препятствует нахождению работы и/или выполнению работы, а также обеспечение возможности на протяжении всей жизни получать образование и подготовку, чтобы люди могли поспевать за быстро меняющимися требованиями рынка вакансий (см. главу 7: «Справедливые условия найма» и «Достойная работа»). Меры социальной защиты для тех, у кого нет оплачиваемой работы, могут принимать различные формы. Например, в ЕС значительная часть социального обеспечения состоит из пособий, которые предназначены для замены или дополнения заработков, которые люди не могут найти на трудовом рынке по временным или другим причинам, носящим длительный характер. Схемы замещения доходов обычно принимают форму трех отдельных видов выплат: пособий по безработице (основанных на предшествующем доходе), выплат по безработице и схем гарантируемых минимумов. Некоторые страны, например, Индия и Южно-Африканская Республика, создали программы обеспечения занятости (см. главу 7: «Справедливые условия найма» и «Достойная работа»).

Старость

Всеобщие социальные пенсии являются важным элементом системы социальной защиты. Они могут существенно улучшить жизненный уровень людей преклонного возраста. Социальные пенсии могут поднять социальный статус людей преклонного возраста в пределах их семей, способствовать социальной включенности и предоставлению полномочий, и улучшить доступ к различным услугам. Кроме того, они могут внести свой вклад в достижение гендерной справедливости, поскольку женщины, как правило, живут дольше и часто имеют меньший объем материальных ресурсов или доступ к пенсиям, выплачиваемым за счёт взносов работников предприятия. В странах с низкими доходами социальные пенсионные системы могут также повысить благосостояние других членов семьи, включая детей: дополнительные деньги, которые поступают в бюджет семьи, могут помочь улучшить, например, показатели набора в школу и питания школьников (McKinnon, 2007). Таким образом, социальная пенсия может помочь разорвать круг нищеты, передающийся из поколения в поколение. Уже несколько стран с низкими и средними доходами создали программы социального пенсионного обеспечения (Вставка 8.3).

Разработка, осуществление и оценка пилотных проектов

Обеспечение справедливости в отношении здоровья посредством механизма социальных детерминантов представляет собой долгосрочное инвестирование. Невозможно ожидать, что страны с низким и средним доходом скоро осуществят весь всеобъемлющий набор всеобщих стратегий социальной защиты. Однако вполне можно постепенно развивать эти системы, разрабатывая и реализуя пилотные проекты. Многие страны с низким и средним доходом начинают экспериментировать с программами социальной защиты. В их число входят социальные программы пенсионного обеспечения и программы денежных социальных выплат. Последние создаются в особенности в Латинской Америке (Fernald, Gertler & Neufeld, 2008), а также в некоторых африканских странах (Bhogat, 2003; Schubert, 2005; UNICEF, 2007b). Оценка процесса реализации и влияния, как правило, осуществляется редко, но она имеет ключевое значение для достижения успеха в увеличении масштабов пилотных проектов до национального уровня (McKinnon, 2007). Примером хорошо апробированной (целевой) программы денежных социальных выплат является программа Oportunidades в Мексике, в которой использовался метод помощи произволь-

но выбранной группе и сравнения результатов с контрольной группой (Вставка 8.6).

Успешные пилотные проекты могут постепенно расширяться до национального уровня, начинаясь, например, с наиболее обездоленных районов. Устойчивое развитие и воплощение схем социальной защиты лучше всего достигается посредством объединения разнородных проектов в существующих институциональных структурах (McKinnon, 2007). Например, в Лесото пенсии выплачивают путем использования общенациональной сети почтовых отделений (Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005).

Конечно, повышение масштабов программ социальной защиты до национального уровня имеет последствия для финансовых и институциональных возможностей и инфраструктуры. Недостаточный уровень возможностей и инфраструктуры во многих странах с низким доходом серьезно ограничивает программы, нацеленные на расширение социальной защиты (SEKN, 2007). Страны-доноры и международные организации,

включая МОТ, играют важную роль в создании в этих странах возможностей для социальной защиты. Создание всеобщих систем социальной защиты требует изменений в мировой экономике и национальной экономической политике, позволяя всем странам достигнуть такого уровня развития, при котором в долгосрочной перспективе это становится выполнимым и устойчивым проектом (см. главы 11 и 15: «Справедливое финансирование»; «Надлежащее глобальное управление»).

Как только такие системы будут введены в действие, важным становится их освоение. Организации гражданского общества могут играть важную роль, повышая информированность людей и содействуя им в получении доступа к своим правам на социальное обеспечение (HelpAge International, 2006a) (Вставка 8.4). Они могут также играть важную роль в том, чтобы социальное обеспечение занимало и сохраняло высокое место в повестке дня стратегии, а также – в мониторинге прогресса в принятии правительством обязательств относительно социальной защиты (HelpAge International, 2006a).

ВСТАВКА 8.3. ВСЕОБЩАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПЕНСИЯ – БОЛИВИЯ

В Боливии 59% людей преклонного возраста живут на сумму менее 1 долл. США в день. Одна ежегодная выплата в 1800 боливийских песо (217 долл. США) доступна для всех постоянно проживающих боливийских граждан после достижения 65 лет. Последние получают одноразовые ежегодные платежи наличными деньгами из филиалов банков, которые обычно находятся в городах. Пенсия составляет 1,3% ВВП. Половина получателей сообщила о том, что эта социальная пенсия была их единственным источником дохода. Обычно ее тратят на расходы на содержание семьи, но и на самые необходимые лекарства. Кроме того, эта пенсия обеспечивает людей преклонного возраста капиталом, который они могут при желании вложить в приносящие доход виды деятельности или накапливать для младших поколений. Эта схема имеет не только финансовое, но и социальное значение, повышая статус стариков внутри семьи.

В 2004 г. 77% тех, кто имел такое право, воспользовались им. Однако охват пенсиями особенно низок среди женщин. К сожалению, они также находятся в самой большой нужде. Одна из проблем состоит в том, что для регистрации необходимы удостоверяющие личность документы, а у 16% людей преклонного возраста, имеющих право на программу пенсионного обеспечения, таких документов нет, из-за чего они не могут доказать свое право. У многих людей преклонного возраста в сельских общинах никогда не было даже свидетельства о рождении. Неправительственная организация HelpAge International поддерживает социально-юридические центры в Ла-Пасе и Эль-Альто, которые помогают людям преклонного возраста получать свидетельства о рождении в правительственных бюро записи актов гражданского состояния, чтобы они могли получать свою пенсию.

Воспроизведено с незначительными редакционными правками с разрешения организации HelpAge International из работы: HelpAge International (2006b).

ВСТАВКА 8.4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ЛЮДЬМИ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРАВА НА ПЕНСИЮ – БАНГЛАДЕШ

«В Бангладеш НПО Центр интеграции ресурсов работала с людьми преклонного возраста в 80 деревнях, формируя ассоциации, которые, в свою очередь, выбрали группы мониторинга за соблюдением прав людей преклонного возраста – прав на пособие по старости, пособие для вдов и права на доступ к медицинскому обслуживанию. Они обнаружили, что эти права использовало значительно меньшее число людей, чем имели на это право, – менее 1 из 10 в одном районе.

Ассоциации людей преклонного возраста проводили регулярные встречи с местными органами власти, чтобы помочь людям потребовать реализацию их права на пенсию; в результате этого использование права на пенсию увеличилось, а банки усовершенствовали процедуры обслуживания людей преклонного возраста».

Воспроизведено с разрешения HelpAge International из работы: HelpAge International (2006a).

ВСТАВКА 8.2. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО ИСКОРЕНЕНИЮ ДЕТСКОЙ НИЩЕТЫ В СОЕДИНЕННОМ КОРОЛЕВСТВЕ ВЕЛИКОБРИТАНИИ И СЕВЕРНОЙ ИРЛАНДИИ

Национальная стратегия по искоренению детской нищеты, введенная в Великобритании в 1997 г., включает четыре элемента: финансовую поддержку семей; возможности и поддержка, связанные с занятостью; преодоление материальной депривации посредством продвижения финансовой включенности и улучшения жилья и инвестирования в коммунальные услуги. Эта стратегия объединяет в себе всеобщий и целевой подходы. К моменту, когда за 18 лет до принятия Стратегии, к власти пришло Новое лейбористское прави-

тельство, количество детей, живущих в относительной нищете в Великобритании утроилось, достигнув 34%, или 4,3 миллионов, – третий по значимости показатель в индустриально развитых странах. В настоящее время сокращение детской нищеты в процентном отношении, ставшее результатом осуществления стратегии, внешне остается скромным, но является существенным в абсолютном выражении.

Источник: SEKN, 2007.

Щедрость систем социальной защиты

На здоровье и справедливость в отношении здоровья влияют не только степень универсальности, но и степень щедрости стратегий социальной защиты (Lundberg et al., 2007). Правительствам рекомендуется увеличить щедрость систем социальной защиты до уровня, который является достаточным для здоровой жизни. В то же время минимальные заработные платы также должны быть достаточными для здоровой жизни (см. главу 7: «Справедливые условия найма и достойная работа»), такими, чтобы стратегии социальной защиты и стратегии охраны труда дополняли друг друга.

Существуют методы для вычисления минимальной стоимости здоровой жизни. Одна такая методология, предложенная в работе Morris et al. (2007) (Вставка 8.5), строит стандарт бюджета, основываясь на корзине предметов потребления для здоровой жизни. Хотя сумма денег, необходимая для здоровой жизни, зависит от конкретных условий, такая методология, или подобные ей, может быть адаптирована во всех странах и использоваться для получения информации о минимальной заработной плате и уровнях пособий по социальному обеспечению и пенсий.

Страны с низкими доходами обычно ограничивают ресурсы, используемые для финансирования программ социальной защиты, и ограничивают возможности повышения таких денежных фондов при условии, что большая часть экономики в этих странах принадлежит к неофициальному сектору и/или основывается на натуральном сельском хозяйстве. Доступные средства могут быть еще больше уменьшены из-за либерализации торговли и налоговой конкуренции (GKN, 2007). Ограничения ресурсов часто лимитируют щедрость систем социальной защиты в странах с низким доходом. Действительно, на практике уровень пособий в существующих всеобщих схемах в странах с низким и средним доходом часто (очень часто) ограничиваются (см. таблицу 8.1). Будучи недостаточной и нуждающейся в постепенном укреплении, даже небольшая сумма денег на постоянной основе может значительно способствовать благосостоянию в бедных странах (McKinnon, 2007; HelpAge International, 2006a). Страны с низким и средним доходом могут постепенно повысить щедрость до уровня, достаточного для здоровой жизни, последовательно защищая население от более всеобъемлющего набора рисков там, где это необходимо, с помощью стран-доноров.

ВСТАВКА 8.5. МИНИМАЛЬНЫЙ ДОХОД, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ

В Англии была произведена оценка прожиточного минимума среди отдельных людей в возрасте 65 и более лет без значительных ограничений в дееспособности, живущих самостоятельно. Основываясь на согласованных данных, оценили корзину предметов потребления, которые считаются необходимыми для здоровой ежедневной жизни, включая затраты на продукты питания и физическую активность, жилье, транспорт, медицинское обслуживание и гигиену, а также затраты, касающиеся психосоциальных отношений/социальной включенности (таких как затраты на телефон, газеты и маленькие подарки внукам и другим близким людям). Общую стоимость корзины приняли за величину того

Целевая помощь

Комиссия рекомендует:

8.2 Правительствам там, где это необходимо, с помощью стран-доноров и организаций гражданского общества, и там, где это уместно, в сотрудничестве с предпринимателями, использовать целевую помощь в качестве поддержки только тех, кто выпадает из сети всеобщих систем.

Хотя во многих странах может быть тенденция предназначать программы социальной защиты для самых обездоленных, существуют сильные аргументы в пользу создания всеобщих систем защиты, даже в бедных странах. Всеобщие подходы к социальной защите, как правило, более эффективны, чем подходы, при которых программы социальной защиты предназначены только для бедных. Целевая помощь часто является дорогостоящим и административно сложным делом (HelpAge International, 2006a; McKinnon, 2007); всеобщие системы требуют меньше административного и институционального потенциала и инфраструктуры. Это имеет ключевое значение в тех обстоятельствах, где такой потенциал и инфраструктура являются более обязывающими ограничениями (при условии, что страны-доноры вносят свой вклад или даже покрывают все финансовые расходы). В большинстве бедных стран утечка денежных средств из системы социальной защиты на помощь богатым меньше, чем затраты на проверку материального положения (World Bank, 1997). Кроме того, целевая помощь часто не дает желаемых результатов. Например, вне ее могут оказаться те, чье благосостояние лишь немного выше черты бедности (McKinnon, 2007). В число проблем входят также низкий уровень использования права на помощь среди правомочных групп и неэффективность из-за сложных административных систем, требующих мониторинга выполнения программы, что приводит к нерегулярным/ошибочным выплатам и повышенному уровню мошенничества (HelpAge International, 2006a; SEKN, 2007). Кроме того, исторический опыт предполагает, что форма, которую принимают системы социальной защиты, всеобщая или целевая, как правило, зависит от того, как выглядит система с самого начала: страны, которые начинают с целевых систем, как правило, продолжают действовать в том же направлении (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Kogri, 2001). По этим причинам рекомендуется с самого начала создавать всеобщие системы защиты.

минимального чистого дохода, который в настоящее время является необходимым для здоровья. Минимальная стоимость здоровой жизни для данной группы населения была оценена в 131,00 фунтов стерлингов в неделю (цены в Англии на апрель 2007 г.). Это значительно выше государственной пенсии для отдельного человека в апреле 2007 г., составляющей 87,30 фунтов стерлингов, и пенсионной кредитной гарантии, составляющей 119,05 фунтов стерлингов (которая является пособием, выплачиваемым лицам, доходы которых находятся ниже черты бедности).

Источник: Morris et al., 2007.

Несмотря на эти серьезные препятствия, пособия, выплачиваемые лицам, доходы которых находятся ниже черты бедности, или целевые денежные выплаты, могут оказывать значительное положительное воздействие на сокращение нищеты, повышение жизненного уровня, улучшение показателей здоровья и образования. Например, Oportunidades, программа обусловленных денежных выплат в Мексике, использует комбинацию географической и семейной целевой помощи, и оказала значительное влияние на состояние здоровья (Вставка 8.6). Часто избирательные программы, основанные на проверке материального положения, продолжают существовать в качестве дополнения ко всеобщим программам (Lundberg et al., 2007). Рекомендуется, чтобы целевая помощь использовалась в качестве поддержки только для тех, кто попадает в сеть всеобщих систем (Lundberg et al., 2007; SEKN, 2007).

В рамках всеобщих систем социальной защиты для того, чтобы стимулировать определенные виды поведения, например, использование услуг образования или здравоохранения, иногда используются обусловленности. Опять же, примером такого механизма служит Oportunidades. Такие схемы денежных пособий осуществляются во многих странах, включая Бразилию и Колумбию, и в городе с высокими доходами Нью-Йорке (Office of the Mayor, 2007). Подобным образом, например, пособия по безработице, инвалидности и в связи с болезнью могут быть обусловленными регистрацией в программах, которые помогают найти работу. Эти обусловленности зависят от наличия рабочих мест, соответствующих способностям людей, они предоставляют долгосрочное социальное обеспечение, которое является, по крайней мере, достаточным для здоровой жизни (см. главу 7: «Справедливые условия найма и достойная работа»). Хотя такие программы могут иметь значительные положительные (для здоровья) эффекты, данные по добавленной стоимости самих обусловленностей являются недостаточными (SEKN, 2007). Программа денежных пособий в Эквадоре – даже без обусловленностей – показала положительное влияние на физическое, социально-эмоциональное и познавательное развитие детей (Paxson & Schady, 2007).

ВСТАВКА 8.6. OPORTUNIDADES – ПРОГРАММА ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ

Примером программы обусловленных выплат, используемой для стимулирования конкретного поведения, является Oportunidades (бывшая Progressa), программа обусловленных денежных выплат в Мексике. Она связана с денежными выплатами семьям при условии, если дети в возрасте 0–60 месяцев будут иммунизированы и посещают детские консультации, где проверяется состояние их питания. Этим детям дают пищевые добавки, а их родители получают элементарные медицинские знания. Беременные женщины получают дородовой уход, кормящие женщины получают послеродовой уход, другие члены семьи раз в год проходят физические проверки (где они также получают санитарное просвещение), а взрослые члены семьи посещают регулярные встречи, где обсуждаются во-

Распространение систем социальной защиты на социально исключенные группы

Комиссия рекомендует:

8.3. Правительствам там, где это необходимо, с помощью стран-доноров и организаций гражданского общества, и там, где это уместно, в сотрудничестве с предпринимателями, обеспечить, чтобы системы социальной защиты расширили свою сферу действия, включив в нее тех, кто имеет ненадежную работу, в том числе работу в неофициальном секторе, а также ведение домашнего хозяйства или работу по уходу (см. Рек. 7.4, 11.1, 13.3).

Для всех стран, как богатых, так и бедных, важно, чтобы системы социальной защиты защищали также людей, обычно исключаемых из сферы действия таких систем: людей на ненадежной работе, включая работу в неофициальном секторе, а также ведение домашнего хозяйства или работу по уходу (WGEKN, 2007). Это особенно важно для женщин, так как обязанности в отношении семьи часто препятствуют им в накоплении адекватных выплат согласно программам социальной защиты за счёт взносов. Системы социальной защиты, включая программы пенсионного обеспечения, должны быть организованы таким образом, чтобы они способствовали гендерной справедливости. Гендерный аспект должен быть включен в проект и реформу пенсионных систем для того, чтобы гендерное неравенство не сохранялось из-за стратегий социальной защиты (WGEKN, 2007).

Включение всех в системы социального обеспечения, основанные на налогах и пособиях

Во многих странах с низким и средним доходом большая часть населения работает в неофициальном секторе и поэтому обычно исключается из программ социальной защиты за счёт взносов. В этих странах растет интерес к программам социальной защиты на основе налогов (HelpAge International, 2007; McKinnon,

просы здоровья, гигиены и питания. Оценка показала, что программа оказала значительное благотворное влияние на здоровье. Дети, родившиеся в течение 2-летнего периода действия программы, в первые 6 месяцев жизни на 25% реже болели, чем дети контрольной группы, а дети в возрасте 0–35 месяцев в период действия в программе болели на 39,5% меньше, чем дети контрольной группы. Также дети, участвовавшие в программе, на четверть реже были анемичными и достигали в среднем на 1 см большего роста. Наконец, программы, по-видимому, обладали кумулятивным эффектом, который был тем выше, чем дольше дети оставались в рамках программы.

Источник: ECDKN, 2007b.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 8.2

Расширить системы социальной защиты так, чтобы они включали обычно исключаемые группы людей. Создание таких систем требует долгосрочных национальных и международных обязательств.

2007). Например, во многих странах с низким и средним доходом созданы всеобщие системы социальных пенсий или системы социальных пенсий, выплачиваемых лицам, доходы которых находятся ниже черты бедности (HelpAge International, 2006a) (см. таблицу 8.1). Это стоит данным странам 0,03-2% ВВП, в зависимости от размеров пособий и размеров населения, имеющего право на пенсию (HelpAge International, 2006a). В одних странах системы финансируются государством, но для других стран необходима поддержка стран-доноров (через поддержку общего бюджета и/или защищенные программы сектора социальной защиты) (HelpAge International, 2006a). Комбинация более высокого приоритета социальной защиты в государственном бюджете и увеличенные финансовые вложения в экономику развивающихся стран может сделать развертывание систем социальной защиты выполнимым во всех странах (Mizunoya et al., 2006; Pal et al., 2005). Необходимы долгосрочные и предсказуемые механизмы финансирования, а непредсказуемость финансирования со стороны стран-доноров может оказаться серьезным препятствием для создания систем социальных пенсий во многих бедных странах (HelpAge International, 2006a) (см. главу 11: «Справедливое финансирование»). Правительством рекомендуется внедрить стратегии социального обеспечения в стратегии сокращения бедности, чтобы обеспечить необходимое финансирование со стороны стран-доноров (HelpAge International, 2006a). Существующие схемы в таких странах, как Боливия, Лесото, Намибия и Непал, показывают, что создание базовой системы социальной защиты административно и практически выполнимо в странах с низким и средним доходом (McKinnon, 2007) (Вставка 8.7).

Суммы, которые пенсионеры получают на основе таких программ, в разных странах варьируются в широких пределах: от 2 долл. США в месяц в Бангладеш и Непале до 140 долл. США в месяц в Бразилии. Немногие страны обеспечивают пенсию выше абсолютной черты бедности – 1 долл. США в день; все реализующие это страны являются странами со средними, а не с низкими доходами. (Таблица 8.1). При подобной поддержке извне системы социальной защиты и их щедрость могут быть увеличены быстрее (ILO, 2007b).

Включение всех в системы социального обеспечения за счёт взносов

Финансирование на основе налогов – не единственный способ создания всеобщих систем социального обеспечения в странах с большим неофициальным сектором. Во вставке 8.8 описывается инновационная инициатива в Индии по созданию системы социального обеспечения за счёт взносов. Предложенная система основана на вкладах предпринимателей посредством уплаты налога на их предприятие, вкладах рабочих, которые находятся выше черты бедности, и правительства.

Всеобщие системы социальной защиты представляют собой важный компонент стратегий, которые стремятся обеспечить здоровую жизнь для всех в течение всей жизни – как в богатых, так и в бедных странах. Административные и институциональные возможности во многих бедных странах остаются критическим препятствием. Однако бедные страны могут постепенно расширить такие системы за счет пилотных проектов и постепенного увеличения щедрости системы там, где это необходимо, благодаря помощи от стран-доноров.

ВСТАВКА 8.7. ВСЕОБЩАЯ СИСТЕМА СОЦИАЛЬНЫХ ПЕНСИЙ В ЛЕСОТО

С 2004 г. в Лесото действует всеобщая программа социального пенсионного обеспечения для всех жителей в возрасте 70 и более лет. Она финансируется из внутренних ресурсов и стоит 1,43% ВВП. Уровень выплат примерно равен уровню национальной черты бедности (21 долл. США в месяц). Ежемесячная выплата производится через почтовую сеть, которая существует как в селах, так и в городах (McKinnon, 2007). Возрастной критерий в 70 и более лет, который уменьшает стои-

мость программы, означает, что только ограниченное количество людей получают социальные выплаты. Правительство Лесото планирует снизить возрастной предел до 65 и более лет, который позволит большему количеству людей получать социальные выплаты на основе этой системы.

Источник: Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies, 2005.

ВСТАВКА 8.8. СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗА СЧЁТ ВЗНОСОВ В ИНДИИ

В Индии 93% рабочей силы трудится в неофициальном секторе. Эти рабочие не имеют ни защиты в отношении работы и дохода, ни установленного законом социального обеспечения. Ассоциация работающих не по найму женщин (SEWA), профсоюз, объединяющий 1 миллион работающих женщин в Индии, стал инициатором национальной кампании за базовое социальное обеспечение для работающих в неофициальном секторе. Им разработан законопроект, предоставляющий всем неофициальным рабочим право на социальное обеспечение, включающее, как минимум, страховку, пенсию и пособие по материнству. К этой кампании присоединились несколько национальных профсоюзов. Национальное правительство создало комиссию, чтобы разработать законы и стратегии для неофициальных рабочих. Комиссия разра-

ботала закон, который предусматривает базовую сферу действия – страхование на случай болезни, страхование жизни и страхование от несчастных случаев, пособие по материнству и пенсию – для 380 миллионов рабочих в неофициальном секторе экономики. Когда программы будут полностью реализованы, эти пособия будут стоить менее 0,5% ВВП Индии. Взносы со стороны правительства, предпринимателей как группы (посредством налога на их предприятия) и рабочих, находящихся выше черты бедности, финансируют всю сферу действия социального обеспечения, предложенную комиссией. Рабочие, находящиеся ниже черты бедности, не должны платить какие-либо взносы. Во время составления этого доклада данный законопроект рассматривается и, как ожидается, будет представлен Парламенту на следующей сессии.

Таблица 8.1. Социальные пенсии в странах с низким и средним доходом

Страна	Пенсионный возраст (лет)	Всеобщая (В) или с учетом дохода (Д)	Сумма, выплачиваемая ежемесячно (в долл. США / в местной валюте)	% населения в возрасте 60 лет и старше	% лиц в возрасте 60 лет и старше, получающих социальную пенсию	Стоимость в % ВВП	Страна с низким доходом (Н) или средним доходом (С)
Аргентина	70	Д	88 / 273 песо	14%	60	0,23	С
Бангладеш	57	Д	2 / 165 така	6%	16%*	0,03%	Н
Боливия**	65	В	18 / 150 боливиано	7%	69%	1,3%	С
Ботсвана	65	В	27 / 166 пула	5%	85%	0,4%	С
Бразилия (Beneficio de Prestacao Continuada)	67	Д	140 / 300 реалов	9%	5%	0,2%	С
Бразилия (Previdencia Rural)	Муж – 60 Жен. – 55	Д	140 / 300 реалов	9%	27%***	0,7%	С
Вьетнам	60	Д	6 / 100 000 донгов	7%	2%	0,022%	Н
Вьетнам	90	В	6 / 100 000 донгов	7%	0,5%	0,0005%	Н
Индия	65	Д	4 / 250 рупий	8%	13%	0,01%	Н
Коста-Рика	65	Д	26 / 13 800 колонов	8%	20%	0,18%	С
Лесото	70	В****	21 / 150 лоти	8%	53%	1,43%	Н
Маврикий	60	В	60 / 1978 рупий	10%	100%	2%	С
Молдова	Муж. – 62 Жен. – 57	Д	5 / 63 лея	14%	12%	0,08%	Н
Намибия	60	Д	28 / долларов	5%	87%	0,8%	С
Непал	75	В	2 / 150 рупий	6%	12%	н/д	Н
Таджикистан	Муж. – 63 Жен. – 58	Д	4 / 12 сомони	5%	н/д	н/д	Н
Таиланд	60	Д	8 / 300 бахтов	11%	16%	0,00582%	С
Уругвай	70	Д	100 / 2499 песо	17%	10%	0,62%	С
Чили	65	Д	75 / 40 556 песо	12%	51%	0,38%	С
ЮАР	Муж. – 65 Жен. – 58	Д	109 / 780 рэндов	7%	60%	1,4%	С

Н/д – нет данных.

* Процентная доля населения в возрасте 57 лет и старше, получающего социальную пенсию; ** выплачиваются ежегодно; *** данные включают женщин в возрасте 55 лет и старше; **** всеобщая, за редкими исключениями, прежде всего для лиц, которые уже получают высокую государственную пенсию (примерно 4% лиц, которые в противном случае имели бы такое право).

Перепечатано, с разрешения HelpAge International, из HelpAge International (nd).

ГЛАВА 9

Всеобщий доступ к медицинской помощи

«Никто не должен быть лишен доступа к средствам спасения людей или услугам здравоохранения на основе несправедливости, в том числе по экономическим или социальным причинам».

Маргарет Чен, Генеральный директор ВОЗ (Чан, 2008)

СВЯЗЬ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СПРАВЕДЛИВОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

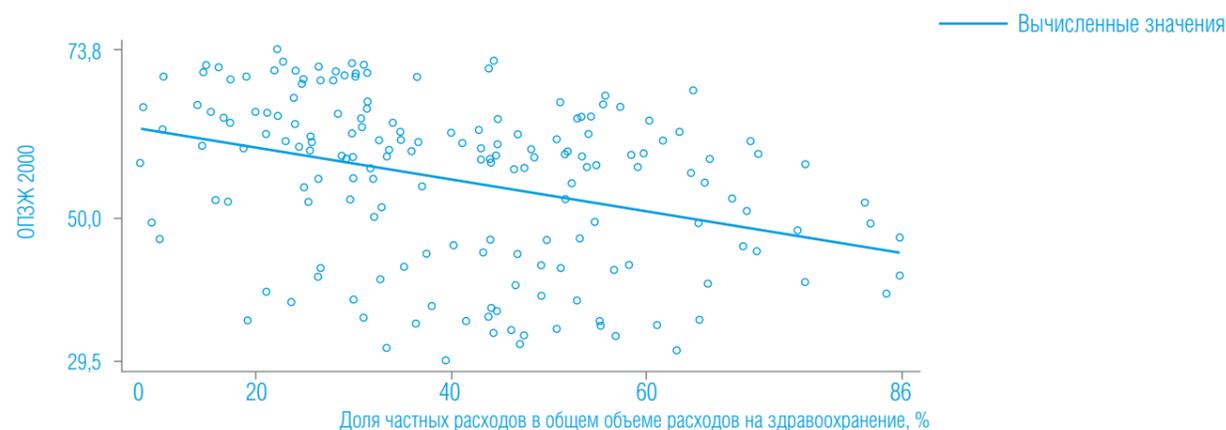
Системы медицинской помощи⁸ являются важным детерминантом здоровья. Однако часто, за исключением богатых, промышленно развитых стран, они испытывают хронический дефицит ресурсов и являются глубоко несправедливыми. Ежегодно более полумиллиона женщин умирает во время беременности, родов или вскоре после них, и фактически все эти случаи смерти происходят в странах с низким и средним доходом (WHO, 2005b). Ключевым фактором этой ужасающей статистики является отсутствие доступа и использования надлежащей медико-санитарной помощи матери и ребенку. Во многих странах, как бедных, так и богатых, затраты на получение медицинской помощи могут привести больного к катастрофическому обнищанию. Каждые 30 секунд в США человек, испытывающий серьезные проблемы со здоровьем, объявляет о своем банкротстве (National Coalition on Health Care, 2008). Система медицинской помощи должна планироваться и финансироваться таким образом, чтобы гарантировать равный, всеобщий доступ при достаточном

кадровом обеспечении. Системы медицинской помощи должны основываться на модели первичной медико-санитарной помощи, которая включает в себя организованное на местном уровне воздействие на социальные детерминанты здоровья и усиленную первичную медицинскую помощь и уделять профилактике заболеваний и укреплению здоровья, по меньшей мере, столь же пристальное внимание, как и лечению. В этих условиях медико-санитарная помощь может принести гораздо больший эффект, чем лечение болезней при их возникновении. Она может обеспечить всему населению комплексные, адаптированные к местным условиям, высококачественные программы и услуги, способствующие справедливости в отношении здоровья и благополучию. Кроме того, она может обеспечить общую платформу для обеспечения безопасности и социальной сплоченности в масштабах всего общества и его отдельных ячеек.

Несправедливость в распределении услуг медицинского обслуживания

Медицинское обслуживание несправедливо распределено среди населения мира. Такая несправедливость в использовании медицинской помощи наиболее ярко проявляется в странах с низким и средним доходом, но несправедливость широко распространена и в странах с высоким доходом. В США у представителей национальных меньшинств рак молочной железы поздней стадии и рак прямой кишки диагностируется чаще, чем у белых. Пациенты из более низких социально-экономических слоев общества реже получают медобслуживание, необходимое

Рисунок 9.1. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и доля частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение в 2000 г.



Перепечатано с разрешения Palgrave Macmillan из Koivusalo & Mackintosh (2005).

⁸ Определяется как системы здравоохранения, «включающие профилактические, лечебные и нерадикальные вмешательства, направленные либо на отдельных людей, либо на группы людей» (WHR, 2000).

для больных диабетом и чаще попадают в больницу по поводу диабета и его осложнений (Agency for Health Care Research and Quality, 2003). Несправедливость в медицинской помощи связана с множеством социально-экономических и культурных факторов, включая доходы, этническую принадлежность, пол и ареал проживания (в сельской местности или городе). Поскольку справедливость является фундаментальным компонентом благосостояния в каждой стране, такое положение вещей считается совершенно не приемлемым.

Система медицинского обслуживания – понятие более широкое, чем просто лечение заболеваний

На медицинское обслуживание приходится примерно 10% мирового валового внутреннего продукта, большая часть которого расходуется в странах с высоким доходом, а не в странах с низким и средним доходом. Подобно любым другим работодателям, системы медицинской помощи обеспечивают работой примерно 59 млн чел. (GKN, 2007) Они приносят пользу, выходящую за пределы сферы лечения болезней, особенно там, где они объединяются с другими услугами, такими как программы РДР (ECDKN, 2007a). Они способны защищать от болезней, давая ощущение безопасности жизни, и могут обеспечивать справедливость в отношении здоровья, уделяя внимание потребностям социально обездоленных и маргинализированных групп населения (HSKN, 2007). Системы медицинской помощи в наибольшей степени способствуют улучшению здоровья и справедливости в отношении здоровья там, где институты и услуги организованы по принципу всеобщего охвата (т.е. там, где все население независимо от платежеспособности, имеет одинаковые возможности доступа к высококачественным услугам, сообразно потребностям и предпочтениям каждого), а также там, где система в целом организована на основе первичной медико-санитарной помощи (включая как ПМСП, предусматривающую проводимые на местном уровне действия по всему спектру социальных детерминантов здоровья, так и первичный уровень обращения за помощью, включающий направление к врачу-специалисту).

Реформа сектора здравоохранения

Происходящие в последние десятилетия макроэкономические изменения в значительной мере затронули преобразования в секторе здравоохранения в последние десятилетия, снизив их полезный эффект. Реформы здравоохранения предполагают:

поощрение системы взимания платы с пациентов; оплату по результатам; разделение функций поставщика и закупщика услуг; определение пакета услуг, в котором отдается предпочтение рентабельным медицинским вмешательствам в ущерб приоритетным вмешательствам, воздействующим на социальные детерминанты; и повышение роли частного сектора в медицинском обслуживании. Данные реформы решительно проводились в жизнь совместными усилиями международных организаций и учреждений, представителей коммерческих организаций и медицинскими объединениями, сила которых увеличивалась благодаря этим реформам (Bond & Dor, 2003; Homedes & Ugalde, 2005; Lister, 2007). Результатом всего этого стала, с одной стороны, растущая коммерциализация здравоохранения, с другой – сосредоточенность на медицинской и технической стороне анализа и деятельности, что подорвало развитие всеобщей системы первичной медико-санитарной помощи, призванной способствовать преодолению несправедливости в отношении социальных детерминантов здоровья (Rifkin & Walt, 1986; Ravindran & de Pinho, 2005).

Открыв сектор здравоохранения для рыночного регулирования, реформа разделила закупщиков и поставщиков медицинских услуг, и в результате столкнулась с углублением сегментации и фрагментации системы медицинской помощи. Повышение затрат частного сектора (что выражалось в росте их доли в общем объеме расходов на здравоохранение) происходило на фоне ухудшения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни (рис. 9.1), в то время как улучшение этого показателя сопряжено с ростом расходов государственного сектора здравоохранения и социального страхования (по отношению к размерам ВВП) (Koivusalo & Mackintosh, 2005). Кроме того, рост государственных расходов на здравоохранение в большей мере ассоциируется со снижением уровня смертности детей в возрасте до 5 лет среди бедного населения, чем среди богатого (Houweling et al., 2005). Комиссия считает здравоохранение общественным благом, а не рыночным товаром.

В основе этих реформ лежит перенесение акцентов с обязательств по обеспечению всеобщего охвата населения медицинским обслуживанием на индивидуальное управление рисками. Вместо того, чтобы выполнять защитную функцию, здравоохранение при таких реформах может активно способствовать росту социальной изолированности и обнищанию. Ежегодно свыше

ВСТАВКА 9.1. ТАИЛАНД: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

К началу 2002 г. Таиланд сумел достичь всеобщего охвата населения медицинской помощью, включая: весь комплекс лечебных услуг для амбулаторных больных; обслуживание стационарных больных; обслуживание пострадавших от несчастных случаев и доступ к услугам скорой помощи; дорогостоящий медицинский уход; обеспечение лекарственными препаратами, включенными в Перечни основных лекарственных средств ВОЗ; и индивидуальные услуги по профилактике и укреплению здоровья. Предусмотрены минимальные исключения (в частности, пластическая хирургия и почечная заместительная терапия при абсолютной почечной недостаточности). Программа всеобщего охвата (основное внимание в которой было прежде всего сосредоточено на финансовой стороне) характеризовалась четкими стратегическими целями, участием общественности, мощным институциональным потенциалом и очень коротким сроком реализации (12 месяцев). Программа была утверждена премьер-министром после победы на вы-

борах в 2001 г.; формирование стратегии осуществляли государственные служащие при поддержке политиков-реформаторов и ученых, создававших альтернативные варианты политики на основе непосредственной связи «исследование-стратегия». Основанная на предыдущем опыте разнообразных схем общего охвата услугами здравоохранения, новая стратегия всеобщего охвата населения имеет следующие отличительные особенности:

- отказ от модели оплаты за услугу;
- в качестве метода оплаты принята подушевая оплата (вносимую поставщику услуг здравоохранения из налоговых средств);
- в качестве основной задачи всеобщего охвата принято наилучшее использование первичной медико-санитарной помощи и правильная организация выданных направлений к врачам-специалистам.

Источник: HSKN, 2007.

100 млн чел. оказываются на грани нищеты из-за катастрофически высоких затрат домохозяйств на медицинскую помощь, что является результатом платежей за доступ к медицинским услугам (Xu et al., 2007).

Безудержное превращение здоровья в товар и коммерциализация здравоохранения связаны с т. н. «медиализацией» условий жизни человека и общества, а также с неуклонно расширяющимся во всем мире разрывом между избыточным потреблением медицинских услуг богатыми и их недостаточным потреблением бедными. Перед странами всех уровней социально-экономического развития стоит проблема обеспечения устойчивости систем медицинской помощи. Признание проблемы устойчивости в контексте призыва к справедливой медицинской помощи является очень важным первым шагом на пути к оптимизации разработки политики, а также к усилению государственного участия в планировании и функционировании систем медицинской помощи. В мировом масштабе наблюдается действие обратного закона здравоохранения (Tudor-Hart, 1971), согласно которому объем медицинской помощи бедному постоянно уменьшается, по сравнению с материально более обеспеченными членами общества. Подход к системам медицинской помощи на основе социальных детерминантов здоровья предполагает альтернативу, которая открывает возможности для достижения большей эффективности и справедливости.

ДЕЙСТВИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Комиссия рекомендует:

9.1. Национальным правительствам, совместно с гражданским обществом и странами-донорами, необходимо строить систему здравоохранения на основе принципа всеобщего охвата населения качественным обслуживанием, сосредоточив усилия на первичной медико-санитарной помощи (см. Рек. 5.2; 7.5; 8.1; 10.4; 13.6; 14.3; 15.2; 16.8).

Всеобщая первичная медико-санитарная помощь

Фактически все страны с высоким доходом организуют свои системы медицинской помощи на основе принципа всеобщего охвата населения медобслуживанием (объединяющего в себе механизмы финансирования и предоставления услуг). Но приверженность делу всеобщей медико-санитарной помощи характерна не только странам с высоким доходом. Например, руководящая роль и успех такого подхода были продемонстрированы в Таиланде (вставка 9.1).

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), объединяющая в себе модель воздействия на социальные детерминанты здоровья и акцент на оказание первичной медицинской помо-

щи, а также эффективную систему выдачи направлений к врачам-специалистам, подразумевает всеобъемлющую, комплексную и адекватную медицинскую помощь, в рамках которой особое значение придается профилактике болезней и укреплению здоровья населения. Данные, свидетельствующие об эффективности подходов ПМСП, получены как по странам с высоким и средним доходом, так и по странам с низким доходом (вставка 9.2).

В Коста-Рике усиленная первичная медицинская помощь (с улучшенным доступом и врачебными бригадами, состоящими из специалистов разного профиля) привела к снижению общенационального уровня детской смертности с 60 на 1 тыс. живорожденных в 1970 г. до 19 на 1 тыс. живорожденных в 1985 г. В течение каждых пяти лет после начала реформы показатели детской смертности уменьшались на 13%, а смертность среди взрослого населения – на 4%, независимо от улучшения прочих детерминантов здоровья (РАНО, 2007; Starfield, 2006; Starfield et al., 2005). Данные о положительном опыте предоставления услуг медицинской помощи первичного уровня имеются также и в отношении некоторых стран Африки: Демократическая Республика Конго (бывший Заир), Либерия, Нигер, Азия: Индия (штат Керала), Китай, Шри-Ланка и Латинской Америки: Бразилия, Куба (De Maeseneer et al., 2007; Doherty & Govender, 2004; Halstead et al., 1985; Macinko et al., 2006; Starfield et al., 2005; Levine, 2004).

Первичная медико-санитарная помощь: роль участия общин и расширения прав и возможностей граждан

В модели ПМСП подчеркивается важность участия общин и расширение социальных прав и полномочий, даже в условиях дисбаланса местной власти, дефицита ресурсов и ограниченной поддержки со стороны системы здравоохранения более высокого уровня (Baez & Баррон, 2006; Goetz & Gaventa, 2001; Проект

городской ПМСП в Бангладеш (вставка 9.4) показывает, как информированность общества о нуждах здравоохранения и партнерство между местными органами власти и гражданским обществом способствуют эффективному планированию услуг и управлению здравоохранением для маргинализированных городских групп.

Правительства могут принять меры по обеспечению подотчетности систем медицинской помощи перед гражданами (Murthy, 2007) (вставка 9.5).

Данные в литературе по ПМСП подтверждают важность включения предполагаемых бенефициарных групп населения, по всем направлениям при разработке, выполнении и оценке стратегии и программы. Содействием, инициатором которого является гражданское общество, необходимо для того, чтобы привлечь внимание к услугам, решающим проблемы здоровья бедного женского населения, и обеспечить им поддержку. Потребности, определяемые специфическими сексуальными проблемами, которые влияют как на здоровье женщин, так и на здоровье мужчин, должны учитываться таким образом, чтобы к лечению могли получить доступ, как женщины, так и мужчины без дискриминации (WGEKN, 2007; Thorson et al., 2007; Bates et al., 2004; Huxley, 2007).

В связи с демографическим сдвигом во многих регионах в направлении старения населения, системы медицинской помощи должны сосредоточить усилия на поддержании здоровой старости. Предполагается, что глобальный показатель ОПЖР продолжает расти как в развитых, так и в развивающихся странах мира, поэтому прогнозируется, что процент населения в возрасте 65 лет и старше увеличится с 7,4% в 2005 г. до 13,7% – 19,1% в 2050 г. (Musgrove, 2006). Ожидается, что наибольший рост ОПЖР будет происходить в развивающихся странах. Данные показывают, что инвалидность, обычно возникающая из-за хронических

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 9.1

Создание систем медицинской помощи, основанных на принципах справедливости, профилактике болезней и содействии здоровому образу жизни.

ВСТАВКА 9.2. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Данные, главным образом по странам с высокими доходами, показывают, что системы медицинской помощи, основанные на медицинской помощи первичного уровня, дают лучшие показатели здоровья населения (Starfield et al., 2005).

Состояние здоровья населения лучше в тех географических районах, где работает больше врачей первичной медико-санитарной помощи.

Люди, получающие медицинскую помощь от врачей первичной медицинской помощи, более здоровы.

Существует связь между конкретными особенностями медицинской помощи первичного уровня (например, профилактикой) и улучшением состояния здоровья людей, получающих эти услуги.

Последний пункт предполагает, что возможно не только улучшение доступа к терапевтической помощи, которая делает медицинскую помощь первичного уровня более эффективной, но и воплощение в ней принципов профилактики болезней и укрепления здоровья.

Источник: HSKN, 2007.

ВСТАВКА 9.3. ПРИМЕРЫ СТРАТЕГИЙ РАСШИРЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ГРАЖДАН

Стратегии расширения социальных прав и возможностей включают:

- увеличение доступа граждан к информации и ресурсам, а также повышение гласности по поводу ранее игнорируемых проблем здравоохранения (радиопередачи сообщества Waves Panchayat в Индии; кампания по проведению исследований и защиты от рака молочной железы с участием местного населения в Соединенном Королевстве; рабочая группа по вопросам здоровья в Зимбабве);

- развитие сознания, самоидентичности и сплоченности, лежащих в основе общественных действий (обучение населения в области микрофинансирования и по проблемам сексуального насилия среди бедных женщин сельских районов в Южной Африке);

- вовлечение групп населения в определение приоритетов при планировании (пример Великобритании в использовании применения локальных планов по улучшению здоровья в масштабах отдельного района для разработки альтернативных стратегий).

Источник: HSKN, 2007.

ВСТАВКА 9.4. БАНГЛАДЕШ: ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Городской проект ПМСП в Бангладеш представляет собой партнерство между муниципальными правительствами и гражданским обществом, которое стремится обеспечить услуги в области здравоохранения для групп населения, проживающего в неофициальных поселениях. Программа City Corporations сотрудничает с 14 неправительственными организациями, которые создали медицинские центры, получающие финансирование от АБР (Азиатского банка развития), ПРООН, DFID (Департамента международного развития Великобритании), CIDA (Канадского агентства по международ-

ному развитию) и ЕС. Живущим в этих поселениях беднейшим женщинам и детям оказывают субсидируемое качественное первичное медицинское обслуживание, причем эта категория составляет 75% от всех лиц, получающих материальную помощь. Крайне бедные получают бесплатные услуги. Размеры охваченности первичной медицинской помощью увеличились с 400 тыс. чел. в 2001 г. до 5 млн чел. в 2004 г., обслуживаемых 124 учреждениями первичной медицинской помощи.

Источник: KNUS, 2007.

ВСТАВКА 9.5. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПОВЫШЕНИЕ ПУБЛИЧНОЙ ОТЧЕТНОСТИ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Деятельность правительственных органов по повышению публичной отчетности, в здравоохранении, включают следующие действия и мероприятия:

- создание законов о праве на здоровье и правах граждан на информацию и участие в формировании государственной политики и планировании бюджета (см. главу 10: «Справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах»);
- создание законов о праве граждан участвовать в управлении больницами и обеспечении услуг медицинской помощи, и в оценках качества поставщиков клинических и других медицинских услуг; создание

механизмов саморегулирования для работников здравоохранения и в интересах защиты прав пациентов;

- усиление подотчетности систем медицинской помощи в отношении гендерной справедливости через центры, рассматривающие жалобы и занимающиеся вопросами нарушения прав по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, а также через национальные и государственные комитеты, программы мониторинга сексуального и репродуктивного здоровья.

Источник: HSKN, 2007.

Таблица 9.1. Психическое здоровье населения — детерминанты и вмешательства

Дифференцированные факторы	Детерминанта	Вмешательство
Дифференцированный подход в здравоохранении	Отсутствие доступных услуг	Улучшение доступности психиатрической помощи посредством ее интеграции в общую систему медицинской помощи
	Ненадлежащее обслуживание	Обеспечение того, чтобы работники психиатрической помощи были подготовлены в отношении культурных особенностей и знания языков
	Экономические препятствия к получению медицинской помощи	Обеспечение доступных в финансовом отношении услуг
Дифференцированные последствия	Финансовые последствия влияния депрессии на производительность труда	Поддержка родителей для защиты семей от финансовых последствий депрессии; программы реабилитации
	Социальные последствия депрессии	Компании, направленные против общественного осуждения; Поощрение и развитие семейных и социальных сетей оказания поддержки
	Финансовые последствия лечения	Снижение затрат
	Последствия депрессии для образа жизни	Укрепление психического здоровья, включая борьбу с наркотической зависимостью и токсикоманией
Дифференцированная уязвимость	Ранние риски развития	Содействие программам РДР
	Ранние риски развития, психическое заболевание матери, слабая связь матери и ребенка	Вмешательства, направленные на укрепление связи матери и младенца, включая кормление грудью
	Ранние риски развития депрессии у подростков	Программы профилактики депрессии, нацеленные на подростков
	Ранние риски развития депрессии у взрослых старшего возраста	Образовательные программы и программы преодоления стресса, механизмы поддержки со стороны ровестников
	Недоступность источников кредитования и накоплений	Улучшение доступа к источникам кредитования и накоплений для бедных
Дифференцированная подверженность опасностям	Насилие (преступность)	Программы профилактики насилия (преступности)
	Социальная разобщенность	Программы пропаганды сплоченности семей и более широкой социальной сплоченности людей
	Природные стихийные бедствия	Программы поддержки во время стресса и в связи с травмами
	Профилактика травматизма	Целевая помощь в условиях многочисленных потерь
	Неподходящие жилищные условия	Вмешательства, направленные на улучшение жилищных условий
	Плохое место жительства	Программы переселения
	Безработица	Программы занятости, профессиональная подготовка
Социально-экономические контекстные условия и социально-экономическое положение	Отсутствие правительственной стратегии развития и законодательной базы; основные положения прав человека	Стратегия укрепления психического здоровья; законодательная база и инфраструктура услуг
	Наркотическая зависимость и токсикомания	Стратегии, связанные со спиртными напитками и наркотиками
	Общественное осуждение	Программы укрепления психического здоровья
	Безработица	Экономические стратегии, содействующие финансовой стабильности и безопасности, а также обеспечение адекватного финансирования ряда служб государственного сектора (здравоохранение, социальные службы, жилье)
	Неустойчивое финансовое положение	Стратегии социального обеспечения, гарантии финансовой безопасности
	Стресс на работе	Стратегии охраны труда (например, ограничения ненормированной посменной работы, защита прав трудящихся, гарантия занятости)
	Отсутствие [недостаточность] образования	Обеспечение обязательного начального образования, материальное стимулирование, финансовая поддержка

Источник: РРНСКН, 2007d

болезней, становится серьезной проблемой здравоохранения в возрастной группе от 45 лет и старше. Основными причинами возрастной инвалидности являются психоневрологические нарушения (растущая распространенность таких заболеваний, как болезнь Альцгеймера), ухудшение зрения и слуха, остеопороз, артрит, диабет и травмы. Защитное воздействие на детерминанты здоровой старости формирует более широкий социальный контекст, к которому должны быть адаптированы медицинские услуги (NAS Panel on Aging, 2006).

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья

Здравоохранение способно на гораздо большее, чем лечение болезней при их возникновении. Исследования показывают, насколько значительную часть глобального бремени как инфекционных, так и неинфекционных болезней, можно уменьшить посредством улучшенных профилактических мероприятий (Lopez et al., 2006). Врачи-терапевты и другие медицинские работники оказывают мощное влияние на представление общества о здравоохранении и способах обеспечения его услугами. Вместе с представителями политической, экономической, социальной и культурной сфер деятельности, они могут свидетельствовать о моральном долге, и о важности эффективного воздействия на социальные причины, обуславливающие подверженность риску плохого здоровья, а также о необходимости дополнительных действий на более высоких уровнях (РРНСКН, 2007с; см. также: WHO's *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*). РРНСКН осуществляет работу во всех своих отделениях, демонстрируя, как можно лучше разрабатывать, обеспечивать и контролировать программы по признанию несправедливости в отношении здоровья и воздействия на социальные детерминанты здоровья. Примером могут служить различные варианты действий по улучшению психического здоровья населения (таблица 9.1).

Использование целевой⁹ медико-санитарной помощи для создания всеобщего охвата медицинским обслуживанием

Всеобщий охват медицинским обслуживанием не сводится только к вопросу наличия лекарственных препаратов и медицинскому обслуживанию. Он подразумевает достижение адекватных, качественных услуг и возможность их использования всеми нуждающимися. Модель Танахаси (рис. 9.2) демонстрирует пять уровней или этапов, через которые должно пройти население, отдельные группы или нуждающиеся слои населения, чтобы получить эффективные услуги или вмешательства, и показывает, как на каждом этапе уменьшается доля населения, способного получить доступ к медицинской помощи. Традиционные программы борьбы с болезнями сосредоточиваются на эффективном и контактном охвате. РРНСКН находит подходы по преодолению препятствий, совершенствуя на каждом этапе национальные программы (см. Гл. 15: «*Эффективное глобальное управление*»)

Некоторые эксперты утверждают, что в странах с низкими доходами, где государственное финансирование ограничено, а государственные расходы обычно приносят больше пользы состоятельным людям, в ближайшей перспективе всеобщий охват вряд ли будет достигнут и в качестве цели проводимой стратегии лишь отвлекает внимание от ключевой необходимости экспериментировать с другими способами распространения медицинской помощи среди наиболее бедных слоев населения (Gwatkin et al., 2004). Хотя и важно, чтобы все страны создали всеобщую систему медицинской помощи, в ближайшей перспективе важным элементом стратегии может стать обеспечение услугами в интересах преимущественно бедных слоев населения и регионов. Зависящая от географического положения или принадлежности к конкретной группе населения целевая помощь и всеобщий доступ не являются противоречащими друг другу подходами при

Рисунок 9.2. Эффективное обслуживание для достижения всеобщего охвата



Перепечатано с разрешения издателя из: Tanahashi (1978).

⁹ Термин «целевой» относится к диапазону социальной помощи (включая медико-санитарную помощь), главная цель которой состоит в направлении ограниченных ресурсов здравоохранения (в краткосрочной или среднесрочной перспективе) в первую очередь бедным и обездоленным группам населения и регионам

определении стратегии. Бразилия и Боливарианская Республика Венесуэла (вставка 9.6) представляют примеры того, как крупномасштабные национальные программы целевой медицинской помощи могут способствовать всеобщему охвату населения через создание и расширение права доступа к услугам, содействуя их использованию и направляя помощь в первую очередь беднейшим слоям населения.

Однако медицинская помощь должна оказываться целенаправленно. Опыт показывает, что трудно расширить небольшие проекты, предназначенные для оказания помощи преимущественно бедным, до масштаба действий общенационального уровня по преодолению несправедливости в отношении здоровья (Ranson et al., 2003; Simmons & Shiffman, 2006).

Комиссия рекомендует:

9.2. Национальным правительствам обеспечить руководящую роль государственного сектора в финансировании систем медицинской помощи, сосредоточив финансирование на основе налоговой/страховой системы, обеспечивая всеобщий охват медицинской помощью независимо от платежеспособности, и минимизировав оплату наличными услуг здравоохранения (см. Рек. 10.4; 11.1; 11.2).

Финансирование медицинской помощи — налоги и страхование

Всеобщий охват требует, чтобы все жители страны могли пользоваться одним и тем же диапазоном (высококачественных) услуг согласно потребностям и предпочтениям, независимо от уровня доходов, социального положения или места проживания, и чтобы люди имели право пользоваться этими услугами. Всеобщий охват распространяет одни и те же возможности получения блага на все слои населения (хотя диапазон благ варьируется в зависимости от контекста), и он выполняет задачи стратегии справедливости в схемах оплаты, финансовой защите (вставка 9.7) и равенстве доступа к приемлемым в определенных условиях услугам.

Существует множество различных моделей финансирования системы медицинской помощи — от общего налогообложения и обязательного всеобщего страхования до схем добровольного и общественного страхования и прямой оплаты наличными. Из них Комиссия рекомендует методы финансирования на основе предварительной оплаты через общее налогообложение (вставка 9.8) и (или) обязательное всеобщее страхование для обеспечения справедливости в отношении здоровья (HSKN, 2007).

ВСТАВКА 9.6. БРАЗИЛИЯ: ПРОГРАММА СЕМЕЙНОГО ЗДОРОВЬЯ (PSF)

Созданная в 1990-х гг., программа PSF (Программа развития семейной медицины) включает обеспечение свободного всеобщего доступа к первичной медицинской помощи в качестве перехода к финансируемой государством унифицированной системе медицинской помощи. В этой системе были созданы группы семейного здоровья (ESF), охватывающие население численностью 3000-4000 человек каждая, в состав которых входят терапевт, медсестра, помощник медсестры и «общественный агент», выбираемый из местного населения. Некоторые ESF имеют также группы здоровья полости рта. Первоначально PSF сосредоточила усилия на бедных районах, но с 1998 г. Федеральным правительством в качестве стратегии был принят подход преобразования существующей национальной модели санитарной помощи, и муниципалитеты получили финансовое стимулирование, поощряющее их к принятию этой программы.

К 2006 г. системой медицинской помощи были охвачены 82 млн чел. (46% населения); значительно увеличился охват в бедных районах на севере и северо-востоке страны; повысился уровень охвата в городах с бедным населением.

С 1988 по 2006 гг. благодаря этой программе было создано 330 тыс. новых рабочих мест.

С 1998 по 2003 гг. среди городов с низким индексом развития человека, при высоком охвате PSF наблюдалось уменьшение показателя детской смертности на 19%, в то время как в городах с низким охватом PSF наблюдался его рост.

БОЛИВАРИАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА ВЕНЕСУЭЛА: ПРОГРАММА «BARRIO ADENTRO»

Цель программы Barrio Adentro заключается в преобразовании системы медицинской помощи, и она стала катализатором для инициатив, направленных на более широкое социальное, политическое, культурное и экономическое развитие. Эта программа начиналась с создания бесплатных центров первичной медицинской помощи в неофициальных поселениях в Каракасе, но к 2006 г. расширилась до национальной инициативы, обеспечивающей первичную медико-санитарную помощью более 70% населения. В ранний период развития Barrio Adentro ее сотрудники определили неграмотность населения и недоедание в качестве ключевых приоритетов для здравоохранения, и в ответ на это правительство объявило о дополнительных «социальных миссиях», которые должны расширить права на землю, образование, жилье и ресурсы культуры, и способствовать распространению их среди коренного населения.

К 2006 г. программой были охвачены 19,6 млн чел. (73% населения).

С 2003 по 2005 гг. наблюдалось ускоренное снижение показателя детской смертности и распространенных детских болезней, а также повышение выявляемости хронических болезней и их последующего врачебного наблюдения.

Источник: SEKN, 2007.

ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 9.2

Обеспечение справедливого финансирования системы медицинской помощи.

В Азии в десяти из одиннадцати стран государственные расходы на здравоохранение носят перераспределительный характер, в то время как в четырех других странах достигнуто распределение льгот при медицинском обслуживании с преимуществом для бедных или всеобщее равное (O'Donnell et al., 2007; O'Donnell et al., 2005). В пяти из семи латиноамериканских стран государственные расходы на здравоохранение либо пропорционально распределены среди богатых и бедных слоев населения, либо с перевесом в пользу бедных (РАНО, 2001). Даже в Африке, где выразилось беспокойство по поводу несправедливости в распределении государственных расходов на здравоохранение, оказалось, что во всех 30 исследованных странах расходы носят перераспределительный характер (Chu et al., 2004). Средства, выделяемые на цели общественного здравоохранения доходят до категорий населения с низшим уровнем доходов (Kida & Mackintosh, 2005).

Потенциальная способность перераспределительной системы медицинской помощи в успешном обеспечении справедливости в отношении здоровья дополнительно подтверждается данными из стран с низким и средним доходом, согласно которым государственные расходы на здравоохранение имеют большее влияние на показатели смертности среди бедных, чем

среди обеспеченных слоев населения (Bidani & Ravallion, 1997; Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2003; Wagstaff, 2003). Так, даже там, где бедные получают меньше государственного субсидирования расходов на услуги здравоохранения, чем богатые, тем не менее, они могут обеспечивать относительно большую пользу для здоровья, чем более богатые группы (O'Donnell et al., 2005; Wagstaff et al., 1999). Частично это можно объяснить сведениями о том, что использование услуг здравоохранения среди бедных значительно более тесно связано с государственными расходами на здравоохранение, чем использование услуг здравоохранения среди богатых (Houweling, 2005). Ясно, что делать акцент на прогрессивном налогообложении медицинского обслуживания возможно только при достижении адекватного уровня доходов внутри страны (и /или адекватной международной помощи) (см. Гл. 11: «Справедливое финансирование»).

Там, где возможности налогообложения и /или поступления налогов и налогооблагаемая база слабы, альтернативной формой предварительной оплаты является национальная схема обязательного страхования на случай болезни. Однако, особенно в странах с низкими доходами, такое финансирование может сильно зависеть от внешнего финансирования, по крайней

ВСТАВКА 9.7. СПРАВЕДЛИВОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

Сущность механизмов финансирования системы всеобщего охвата заключается в обеспечении всего населения защитой от финансовых расходов, связанных с заболеванием. В условиях стран с низким и средним доходом финансирование всеобщего охвата по существу означает существенное уменьшение часто весьма высоких сумм, выплачиваемых наличными за услуги медицинской помощи, и существенное увеличение доли финансирования здравоохранения, которая происходит от налоговых поступлений и (или) страхова-

ния на случай болезни за счет взносов. Последствия таких изменений для того, кто платит, и для тех, кто получает пособия, будут зависеть от источника(ов) финансирования, объема рискованных фондов, подхода к организации закупок и услуг и детерминантов использования услуг, включая влияние любых механизмов, предназначенных для направления целевых пособий конкретным группам людей.

Источник: HSKN, 2007.

ВСТАВКА 9.8. ПРОГРЕССИВНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОПЫТ РАЙОНОВ СО СРЕДНИМ ДОХОДОМ

Области, где большую часть финансирования составляет финансирование из средств государственного бюджета (например, Специальный административный район Китая Гонконг, Шри-Ланка, Таиланд), по-видимому, имеют более прогрессивную форму финансирования

здравоохранения, чем более зависимые от финансирования обязательного социального страхования на случай болезни (например, Корея).

Источник: HSKN, 2007.

ВСТАВКА 9.9. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ГАНЕ

Растущее число африканских стран рассматривает возможность или применяет начальные формы обязательного медицинского страхования. Однако на сегодняшний день из всех африканских стран самые смелые шаги в этом направлении предприняло правительство Ганы. Государство приняло на себя четкие обязательства достичь полного покрытия благодаря Национальной программе медицинского страхования (NHI), но при этом осознает, что уровень охвата населения необходимо расширять постепенно, и стратегическая цель состоит в том, чтобы в течение 10 лет после введения обязательного медицинского страхования достичь уровня учета населения Ганы порядка 60%. С самого начала сфера действия ганской

программы NHI обязательно включает как занятых в официальном секторе экономики, так и работающих в неофициальном секторе, основываясь на уже существовавшей ранее в Гане традиции схем медицинского страхования, ориентированного на потребности местного населения. Во-вторых, хотя для финансирования официального и неофициального секторов существуют различные источники, все они относятся к одной унифицированной схеме. Следует отметить, что в ганской программе медицинского страхования налицо признаки тяжелого финансового напряжения, связанного с зависимостью от внешней финансовой помощи.

Источник: HSKN, 2007

мере, первоначально, а это вызывает вопросы о его устойчивости в долгосрочной перспективе. Пример Ганы (вставка 9.9) показывает признаки такой зависимости, но он также демонстрирует пример того, как можно осуществить смелый переход ко всеобщей предварительной оплате услуг.

Схемы страхования меньшего масштаба могут быть полезными в качестве способа расширения медицинского обслуживания среди очень бедных общин и семей, но небольшой размер рисков фондов и вероятность разоборщности многочисленных схем могут оказать негативное влияние на справедливость в отношении здоровья. Усиленное разделение рисков приводит к увеличению средней ОПЖР и большей равномерности показателей выживаемости среди детей (HSKN, 2007). Показательный пример Таиланда (вставка 9.10, рис. 9.3) демонстрирует, как финансовое покрытие было распространено на малообеспеченные группы населения через внедрения финансируемой за счет налогов схемы всеобщего охвата, первоначально дополняя другие схемы

страхования на случай болезни, но создавая через национальное страховое агентство потенциал для объединения денежных средств из всех схем.

Несмотря на возникший в последнее время интерес к обязательному медицинскому страхованию (вставка 9.11), финансирование на основе прогрессивного налогообложения дает особые преимущества (Mills, 2007; Wagstaff, 2007). В число стран с такими системами финансирования на основе налогов входят Канада, Швеция и Великобритания. В некоторых ситуациях, например, в условиях падающей занятости, может быть трудно расширить охват обязательного страхования; и даже в пределах страховых систем налоговые средства должны использоваться полностью или частично для субсидирования затрат на обеспечение медицинской помощью тех групп людей, которые трудно обеспечить ею через систему всеобщего страхования, например, работающих в неофициальном секторе или не являющихся основной рабочей силой.

Страховые схемы, ориентированные на потребности местного населения, играли важную роль в развитии всеобщего охвата в Европе и Японии (Ogawa et al., 2003), а также в Таиланде, и в настоящее время играют важную роль в Китае и некоторых африканских государствах (Carrin et al., 2005), а также в странах с переходной экономикой (Balabanova, 2007). Хотя такие схемы могут дать выгоды финансовой защиты некоторым бедным странам, межстрановые сравнения дают возможность предполагать, что ограниченный охват, частое исключение самых бедных и низкие возможности могут ограничить влияние, которое они оказывают на справедливость и подрывают их устойчивость (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007).

Есть данные о том, что от подобных проблем страдают схемы микрострахования, и, несмотря на то, что они способны немедленно создавать возможности распространения охвата на тех, кому обычно недоступно более официальное страховое покрытие, они должны быть строго регулируемыми и контролируемыми (Siegel et al., 2001). Отдельные страховые программы могут также столкнуться с трудностями в достижении высокой степени охвата целевых групп населения (Mills, 2007). Поэтому ориентированные на потребности местного населения и мелкокомасштабные схемы медицинского страхования должны осуществляться только с осторожностью, и необходимо предпринимать усилия для обеспечения доступа к ним социально обездоленных групп населения.

Существуют обстоятельства, как в контекстных условиях богатых, так и в контекстных условиях бедных стран, при которых потребители платят непосредственно за услуги. В тех случаях, где такая прямая оплата не усугубляет несправедливость, такая схема оплаты может быть составным компонентом финансирования медицинской помощи. Однако там, где клиентская плата неблагоприятно влияет на социальную справедливость или справедливость в отношении доступа к услугам медицинской помощи, их использования и (или) пособий на медицинское обслуживание, они должны быть отменены. Систематические обзоры имеющихся данных ясно показывают, что введение потребительской платы за услуги в странах с низким и средним доходом привело к падению уровня их использования (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al., 2004) (вставка 9.12). Наличие платежей приводит к несправедливости в пользовании услугами и доводят до обнищания одиноких женщин, малообеспеченных и социально маргинализированные группы населения (вставка 9.13).

Комиссия рекомендует:

9.3. Национальным правительствам и странам-донорам увеличить инвестиции в подготовку и оплату медицинских специалистов и других работников здравоохранения, уравнивая плотность распределения медико-санитарных работников в сельской и городской местности (см. Рек. 6.4; 16.5).

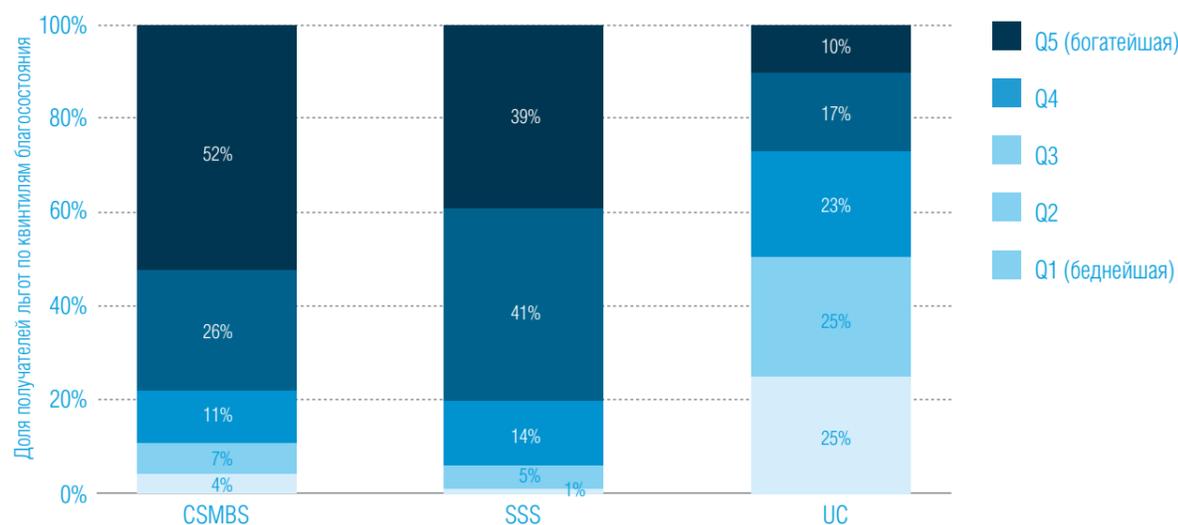
ВСТАВКА 9.10. ТАИЛАНД: ЕДИНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ФИНАНСИРУЕМАЯ ЗА СЧЕТ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ

В ходе реформ системы здравоохранения в Таиланде всеобщая модель охвата была построена на основе существовавших ранее программ медицинского страхования на случай болезни, включая государственную систему льготного медицинского страхования (CSMBS) и систему социального обеспечения (SSS). В качестве механизма финансирования по причинам прагматического характера — ради наиболее быстрого внедрения — было выбрано прямое налогообложение. С тех пор эта модель всеобщего охвата была оценена как модель справедливого финансирования по сравнению с программами социального страхования и другими программами, финансируемыми за счет взносов. Данные

Обзора здравоохранения и благосостояния, составленного национальным статистическим управлением указывают на то, что, в сравнении с CSMBS и SSS, Программа всеобщего охвата в гораздо большей степени распространила страховые пособия на бедное население. Если в рамках CSMBS 52% получателей пособий принадлежали к богатейшей квинтиль, то в Программе всеобщего охвата 50% получателей принадлежат к двум беднейшим квинтилям. Эта программа привела к уменьшению показателя катастрофически высоких расходов на здравоохранение с 5,4% до 2,8–3,3%.

Источник: HSKN, 2007.

Рисунок 9.3. Распространение льгот среди бедного населения в рамках Схемы всеобщего охвата



CSMBS = Программа медицинских льгот для государственных служащих; SSS = Схема социального обеспечения; UC = Схема всеобщего охвата; Q = квинтиль по уровню благосостояния.

Источник: HSKN, 2007.

ВСТАВКА 9.11. СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ

Понятие социального страхования на случай болезни глубоко укоренилось в структуре системы медицинской помощи в Западной Европе. Оно представляет собой организующий принцип и преобладающий тип финансирования в семи странах — Австрии, Бельгии, Франции, Германии, Люксембурге, Нидерландах и Швейцарии. С 1995 г. социальное страхование стало также правовой основой для организации медицинского обслуживания в Израиле. Ранее модели обязательного медицинского страхования играли важную роль во множестве других стран, которые впоследствии, во второй половине XX века, изменили их на условия финансирования преимущественно за счет налогообложения — в Дании (1973), Италии (1978), Португалии (1979), Греции (1983) и Испании (1986).

Кроме того, существуют сегменты финансирования медицинской помощи на основе социального страхования, все еще действующие в странах с преобладающим финансированием за счет налогообложения, таких как Великобритания, Финляндия и Швеция, а также Греция и Португалия. Кроме того, значительное число стран Центральной и Восточной Европы ввели адаптированные модели социального медицинского страхования, например, Венгрия (1989), Литва (1991), Чехия (1992), Эстония (1992), Латвия (1994), Словакия (1994) и Польша (1999).

Перепечатано с исправлениями, с разрешения издателя, из Saltman et al. (2004).

ВСТАВКА 9.12. УГАНДА: ВНЕДРЕНИЕ И ОТМЕНА СИСТЕМЫ ВЗНОСОВ С ПАЦИЕНТОВ

В 1993 г. в Уганде была введена система взимания фиксированных взносов с пациентов на общих основаниях. Хотя доходы были относительно низкими (обычно менее 5% расходов), эта система стала важным источником финансовых средств для повышения зарплаты работников системы здравоохранения, поддержания медицинских учреждений и закупки дополнительных лекарственных препаратов. Однако в использовании медицинскими услугами наблюдалось значительное снижение, и нарастало беспокойство по поводу воздействия этой системы на бедных. В марте 2001 г. в медицинских учреждениях государственного сектора, за исключением частных больничных палат, система взносов с пациентов была отменена. Уровень пользования медицинскими услугами немедленно и резко возрос. Пользу от

отмены платы получили в особенности бедные. Уровень пользования медицинскими услугами (процент тех, кто при возникновении болезни, обращается за профессиональной медицинской помощью) увеличился с 58% до 70% в случае беднейшей квинтиль и с 80% до 85% в случае богатейшей квинтиль. Общенациональный охват вакцинацией населения увеличился с 41% в 1999–2000 гг. до 84% в 2002–2003 гг. Возможно, этот результат не был бы достигнут без значительной финансовой поддержки со стороны правительства. Кроме того, необходимо также уделять внимание и другим расходам, например, на лекарственные препараты и транспорт, а также отмене неофициальных платежей (Balabanova, 2007; O'Donnell et al., 2007).

Источник: HSKN, 2007.

Часто в распределении численного состава работников службы здравоохранения внутри стран существует географический дисбаланс, который влияет на справедливость в отношении услуг медицинской помощи. Более равномерное распределение персонала здравоохранения, вероятно, потребует того, чтобы принимаемые на национальном уровне меры улучшили общую доступность трудовых ресурсов, а также устранили дифференциацию в распределении медперсонала по различным географическим районам, в целях удовлетворения конкретных нужд районов с низким уровнем обслуживания.

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2006 г. (WHO, 2006a) делается вывод, что действия с максимальным потенциалом по улучшению возможности использования персонала связаны с механизмами зарплаты и платы за услуги в сочетании с наличием материалов и необходимого оборудования, а также гибкостью и автономией в управлении работой медучреждений. Результаты эксперимента в Восточной и Южной Африке также предполагают, что нематериальные стимулы (например, обучение, обеспечение социального вспомоществования, возможности карьерного роста, поддержка и руководство) могут играть значительную роль в мотивации решения работников системы здравоохранения продолжать работать в условиях определенного уровня обеспечения услуг, а также могут оказать более устой-

чивое влияние в ситуациях высокой инфляции и экономической нестабильности (Caffery & Frelick, 2006; Dambisya et al., 2005) (вставка 9.14).

Неотъемлемой частью систем здравоохранения являются трудовые ресурсы, как официальные, так и неофициальные. Большую часть персонала здравоохранения составляют женщины, причем вклад женщин в официальные и неофициальные системы здравоохранения значителен, хотя он остается недооцененным и непризнанным. Отчасти это происходит из-за отсутствия дифференцированных по гендерному признаку данных об экономике медицинской помощи (WGEKN, 2007). Женщины, оказывающие неофициальный или вспомогательный медицинский уход, должны получить сильную поддержку в системе здравоохранения, и они должны иметь тесные связи с более высокими уровнями медицинского обслуживания.

Во всей системе медицинской помощи работники создают мощное лобби в пользу улучшения интеграции здравоохранения и социальных детерминантов здоровья. Медицинские работники на уровне общин, отнюдь не являясь «палочкой-выручалочкой» для систем медицинской помощи, создают множество потенциальных выгод в деле поддержки и развития трудовых ресурсов здравоохранения. В большинстве случаев с медицинскими работниками на уровне общин ассоциируются более низкие рас-

ходы с точки зрения финансирования подготовки кадров и затрачиваемого времени; они придают значительную добавленную ценность медицинским услугам на местном уровне, при минимальном риске утечки квалифицированных кадров; будучи зависимыми от системы найма, они часто более готовы к отправке в сельские районы (хотя, в действительности, к работе в сельской местности часто привлекают местных жителей); к тому же, часто они лучше знают устои, традиции и потребности в медицинской помощи местного населения, которое обслуживают (Canadian Health Services Research Foundation, 2007).

Материальная помощь медицинским работникам

Увеличение материальной помощи и списание задолженности должно способствовать укреплению системы здравоохранения, включая помощь в связи с текущими затратами, например, набор и подготовку кадров. Однако так бывает не всегда. Страны, обращающиеся с просьбой о списании задолженности в соответствии с Инициативой в отношении стран, имеющих большую задолженность (ХИПК), должны в порядке составной части квалификационного процесса выполнить план национального развития – ДССБ. В рамках каждого ДССБ (представляющего собой «шлюз» для поступления финансовых средств данному получателю) действует план с более коротким диапазоном для контроля расходов – так называемые Среднесрочная структура расходов бюджета (ССРБ). Хотя ССРБ, неявно устанавливает верхний предел регулярных расходов, например, на комплектование кадров и зарплаты для столь необходимого персонала в сфере здравоохранения, оказалось, что ССРБ препятствует таким расходам, что приводит к недостаточному инвестированию в человеческий потенциал, что является критичным для всей системы здравоохранения (вставка 9.15).

Глобальные инициативы в области здравоохранения (ГИЗ) – такие как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкуле-

зом и малярией, Всемирный альянс вакцинации и иммунизации, «Стоп-ТБ», «Назад, малярия!» и Программа борьбы со СПИДом для нескольких стран – вкладывают значительные новые ресурсы в международное развитие и здоровье. Однако существует опасность того, что крупные потоки нового финансирования, функционируя параллельно с внутренним бюджетным процессом, подрывают систему национальных приоритетов в распределении затрат и осуществления определенных действий (вставка 9.16).

В то же время, ГИЗ – часто предлагающие более высокие зарплаты, чем те, что доступны в государственном секторе, – могут «отбирать» лучшие кадры ресурсов здравоохранения у национальных систем, тем самым усиливая дефицит кадров.

Комиссия рекомендует:

9.4. Международным организациям, странам-донорам и национальным правительствам решить проблему утечки кадров здравоохранения, сосредоточившись на инвестициях в увеличение численности и подготовку кадров здравоохранения, и двусторонних соглашениях, регулирующих прибыли и убытки.

Наличие необходимой численности высококвалифицированных работников здравоохранения на местном уровне имеет фундаментальное значение для расширения охвата, улучшения качества медицинской помощи и развития успешного партнерства с местным населением и другими секторами (Kurowski et al., 2007). Однако во многих частях мира низкая заработная плата, наряду с недостаточной инфраструктурой и плохими условиями труда, приводят к эмиграции ценных и опытных кадров (GKN, 2007). Некоторые страны с высоким доходом активно вербуют докторов и медсестер в Африке и Азии. Выправлению этой ситуации могут способствовать международные действия (вставка 9.17).

ВСТАВКА 9.13. ОПЛАТА НАЛИЧНЫМИ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Оплата пациентами наличными в пункте оказания услуг отрицательно влияет на доступ к медицинской помощи. В Азии из-за необходимости оплаты услуг здравоохранения 2,7% населения 11 стран с низким и средним доходом оказались за гранью порога крайней бедности, определяемым уровнем потребления в 1 долл. США в день.

Параллельные исследования в разных странах Африки к югу от Сахары показали, что «чем беднее квинтиль, тем выше показатель использования услуг частных учреждений в случае острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), чем ниже показатель обращения по ОРВИ, тем выше процент детей, которые не прошли полную вакцинацию, и тем хуже показатель детской смертности».

В США вклад среднего наемного работника в обеспечиваемое компанией медицинское страхование с 2000 г. увеличился более чем на 143%. За этот же период средние наличные расходы на выплаты по страховке, совместные платежи за лечение в стационаре и совместное страхование посещения врача повысились на 115%. В США средняя задолженность за медицинские услуги лиц, объявивших о своем банкротстве, составляет 12 тыс. долл. США; 68% лиц, объявивших о банкротстве, имели страхование на случай болезни, а 50% всех банкротств частично были результатом непомерных медицинских расходов (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>).

Источник: HSKN, 2007

ВСТАВКА 9.14. ИСПРАВЛЕНИЕ СИТУАЦИИ С ТЕКУЧЕСТЬЮ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ КАДРОВ В ТАИЛАНДЕ

Текущая численность квалифицированных кадров в Таиланде была полностью ликвидирована благодаря следующим предпринятым мерам и шагам:

- объединенного финансового и нефинансового стимулирования работы в сельской местности, которое предполагало изменение статуса врачей с гражданского служащего на государственного служащего, работающего на основании договора; предоставление жилья; и общественное признание;

- поддержки через расширение программы устойчивого развития сельской местности.

Неравномерность распределения врачей между сельским Северо-востоком страны и Бангкоком сократилась с 21 раза в 1979 г. до 8,6 раз в 1986 г.

Источник: HSKN, 2007.

ВСТАВКА 9.15. СПИСАНИЕ ЗАДОЛЖЕННОСТИ, СОКРАЩЕНИЕ БЕДНОСТИ И ОПЛАТА ТРУДА РАБОТНИКОВ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для большинства ДССБ (связанных договорами и условиями списания задолженности в рамках программы ХИПК) неперемной частью процесса утверждения является выполнение ССРБ. ССРБ устанавливаются на переговорах между министерствами финансов и Международным валютным фондом, которые наделяют приоритетным характером очень низкий уровень инфляции и преодоление дефицита бюджета, вместо того, чтобы решать проблемы, связанные с бедностью или нуждами здравоохранения. Этот процесс ограничивает размер полного бюджета и – в пределах бюджета – неконтролируемые расходы, например, средства, идущие на погашение долгов, как правило, распола-

гаемые по приоритетам, в свою очередь ограничивая бюджеты секторов. Одно из обследований четырех африканских стран показало, что министерства здравоохранения сталкиваются с трудностями, влияющими на этот процесс составления бюджета. Хотя Международный валютный фонд предусматривает отсутствие установленного предела текущих расходов, таких как фонд заработной платы в секторе здравоохранения, есть данные о том, что практически процесс ССРБ оказывает сдерживающее воздействие на адекватное распределение бюджетных средств для инвестирования в персонал в секторе здравоохранения.

Источник: GKN, 2007.

ВСТАВКА 9.16. ГЛОБАЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В то время как ГИЗ вывели государственные системы здравоохранения в странах с низкими и средними доходами на новый грандиозный уровень финансирования (8,9 млрд долл. США в 2006 г. только для осуществления программы борьбы с ВИЧ/СПИДом), сохраняется опасность того, что вертикально управляемые программы могут нарушить ориентацию национальных систем здравоохранения на здоровье населения и усилить несправедливость в отношении здоровья. Поскольку ГИЗ

обеспечивают приблизительно 90% всей помощи развивающимся странам на цели развития здравоохранения (ПЦРЗ), они стали важными компонентами глобальной стратегии здоровья. Все ГИЗ должны планировать, финансировать и уделять внимание воздействию на системы здравоохранения, в частности, решая проблемы любой потенциальной утечки местных и национальных трудовых ресурсов здравоохранения.

Источник: HSKN, 2007.

ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 9.3

Создание и укрепление персонала здравоохранения и расширение возможностей воздействия на социальные детерминанты здоровья.

Системы организации медицинской помощи населению представляют собой важнейший социальный детерминант здоровья. Исключительное значение имеет повышенное внимание к медицинской помощи первичного уровня и к более масштабным действиям, направленным на расширение ориентации на первичную медико-санитарную помощь в рамках системы здравоохранения, включая деятельное участие общины в работе по оценке потребностей в медицинском обслуживании. Внутри стран рост финансовых ассигнований на здравоохранение необходимо почти в любой из возможных ситуаций, особенно в странах с низким доходом. Тем не менее, ключевое значение имеют справедливые способы финансирования, а также отмена любых расходов в пунктах оказания медицинских услуг, которые препятствуют пользованию этими услугами или подрывают принцип справедливости в отношении доступа и получения выгоды. Это подразумевает важнейшую роль государственного сектора, а также применение методов предоплаты, наряду с менее масштабными программами, используемыми лишь в качестве вспомогательных стратегий. Адекватный приток работников в систему здравоохранения требует не только инвестиций в набор и обучение персонала (включая улучшенную подготовку в области социальных детерминантов здоровья в качестве основной части учебных планов, предназначенных для подготовки врачей и среднего медицинского персонала), но и в действия по прекращению утечки кадров здравоохранения, мигрирующих из стран с низким доходом и некоторых стран со средним доходом.

ВСТАВКА 9.17. ВАРИАНТЫ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ УТЕЧКИ КАДРОВ ИЗ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для решения проблемы «утечки мозгов» и, в конечном счете, ликвидации утечки кадров здравоохранения из более бедных стран существует множество вариантов выбора стратегии. К их числу относятся:

программы возвращения мигрантов (дорогостоящие и в значительной степени неэффективные);

ограниченная эмиграция (слабая мера, часто приводящая лишь к задержке миграции) или иммиграция (умеренно успешная мера, хотя она подвергается критике за то, что предпочтение оказывается работникам служб здравоохранения, в ущерб другим мигрантам);

двусторонние и многосторонние соглашения по управлению потоками мигрантов между странами – источниками миграции и принимающими странами (относительно успешная мера);

закрепление трудовых ресурсов здравоохранения в странах – источниках миграции (настоятельно рекомендуемая в литературе мера, сомнительная с точки зрения возможностей самих стран – источников миграции в условиях глобальных рынков);

реституция (включая двухсторонние потоки трудовых ресурсов здравоохранения и повышенный вклад принимающих стран с высоким доходом в здравоохранение и системы образования в области здравоохранения стран – источников миграции с низкими доходами).

Предпочтение, как правило, отдается двусторонним соглашениям и реституции как наиболее многообещающим стратегическим направлениям действий.

Источник: GKN, 2007.



ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕСПРАВЕДЛИВОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛАСТИ, ДЕНЕГ И РЕСУРСОВ

Второй из трех принципов действий, сформулированных Комиссией, гласит:

Преодоление несправедливого распределения власти, денег и ресурсов – структурообразующих факторов, определяющих условия повседневной жизни на глобальном, национальном и местном уровнях.

То, что у одних всего много, а у других – мало; что одни проводят долгую жизнь в роскоши, а другие умирают рано и живут порой в ужасающих условиях; а также то, что эти различия наблюдаются как в глобальном масштабе, так и в отдельно взятой стране, – всё это отнюдь не каприз природы или случайность. Несправедливость условий повседневной жизни формируется под влиянием более глубоких социальных структур и процессов; она носит системный характер и порождается политикой, которая допускает или фактически насаждает неравенство в доступе к власти, богатству и другим необходимым общественным ресурсам, а также в их распределении.

В предлагаемых ниже главах раскрываются некоторые коренные, структурные аспекты организации общества, которые влияют на справедливость в отношении здоровья – социальные нормы и политические предпочтения, которые находят выражение в процессах разработки политики и в итоге приводят к созданию несправедливых условий взросления, жизни и труда, описанных в Части 3. При этом подчеркиваются коллективная ценность справедливости в отношении здоровья, необходимость общественных действий и, следовательно, основополагающее значение лидирующей роли государственного сектора, наделенного правами и полномочиями.

В тоже время мы не питаем никаких иллюзий относительно той реальной роли, которую играет правительство в современном мире. Эта роль не всегда благотворна и не всегда определяется приверженностью социальной справедливости. Во многих случаях, даже когда такая приверженность налицо, существующий потенциал (институциональный, финансовый, технический или человеческий) слаб или неразвит. Там же, где приверженность и потенциал сильны, общий международный контекст может во всевозрастающей степени действовать как в качестве ускорителя, так и в качестве тормоза на пути создания условий, необходимых для крепкого и «справедливого» здоровья. Главной мыслью всех рекомендаций Комиссии является необходимость формирования политической воли и построения институционального потенциала, а также то, что эта созидательная работа не должна осуществляться только правительством. Реальные действия, направленные на обеспечение справедливости в отношении здоровья возможны, скорее, в рамках демократических процессов участия гражданского общества и публичной разработки политики, находящих поддержку на региональном и глобальном уровнях, подкрепленных научным анализом всего, что идет на пользу справедливости в отношении здоровья, и во взаимодействии с частным сектором.

ГЛАВА 10

Принципы справедливости в отношении здоровья при разработке любых стратегий, систем и программ

«Фактор здоровья присутствует во всех сферах жизни, и значит повсюду присутствует также риск для здоровья. Это существенно влияет на то, как мы формулируем принципы политики здравоохранения и на кого возлагаем ответственность за состояние здоровья общества».

Илона Кикбуш (2007)

СПРАВЕДЛИВОСТЬ И РАВЕНСТВО В МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ – ПРОБЛЕМА, ВЫХОДЯЩАЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ ТОЛЬКО ЛИШЬ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Любой аспект государственной политики и экономики может потенциально влиять на состояние здоровья и соблюдение принципа справедливости в отношении здоровья: финансы, образование, жилищные условия, занятость, транспорт и медицинское обслуживание – это всего лишь шесть основных из великого множества факторов (Marrat, 2007). Хотя само по себе здоровье, возможно, не является главной целью в стратегии развития этих секторов, тем не менее, их состояние имеет самое непосредственное отношение к обеспечению благополучия и справедливости в отношении здоровья. Поэтому перечень вопросов, из которых складывается стратегия улучшения показателей здоровья в обществе и обеспечение равенства и справедливости в этой сфере, подчеркивает необходимость взаимодействия системы здравоохранения и других секторов (Vega & Irgwin, 2004) на глобальном, государственном и местном уровнях.

Согласованность политики

Различные направления государственной политики, в зависимости от их специфики, могут либо благоприятствовать здоровью и достижению справедливости в отношении здоровья, либо ухудшать здоровье и усугублять неравенство. Например, городское планирование, ведущее к появлению беспорядочно растущих кварталов с низкой обеспеченностью доступным жильем, с неразвитой системой местного социально-культурного и бытового обслуживания и нерегулярным, дорогостоящим общественным транспортом мало способствует достижению хороших показателей всех членов общества (NHE, 2007).

Согласованность политики играет решающую роль, т.к. обеспечивает взаимодополняемость, а не противоречивость мер, осуществляемых разными административными органами в отношении медицинского обслуживания и соблюдения принципа равенства. Например, политика развития торговли, активно поощряющая неограниченный рост производства, продажу и потребление пищевых продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров в ущерб производству овощей и фруктов, противоречит политике, направленной на укрепление здоровья и рекомендующей ограниченное потребление пищи, богатой жирами и сахарами, и увеличение потребления фруктов и овощей (Elinder, 2005). Работа по обеспечению согласованности политики предполагает создание механизма проверки основных стратегий, осуществляемых административными органами всех уровней на предмет их соответствия цели достижения равенства в медицинском обслуживании.

Главный подход к развитию здравоохранения с точки зрения реализации справедливости в отношении медицинского обслуживания

как основных социальных детерминантов, заключается, разумеется, в развитии самого сектора здравоохранения. При хорошем ресурсном обеспечении и грамотной организации этот сектор может предложить выгоды, выходящие далеко за пределы лечения болезней (см. Гл. 9 Общие принципы здравоохранения). Он может содействовать достижению справедливости в отношении здоровья, уделяя особое внимание улучшению условий жизни и потребностей социально неблагополучных и маргинальных групп (HCKN, 2007), и играть определяющую роль в деле проведения согласованной политики во всех сферах управления государством (PP HCKN, 2007c).

Осознание роли межотраслевого взаимодействия в интересах развития здравоохранения, а также основные этапы его реализации

Межотраслевое взаимодействие в интересах развития здравоохранения, заключающееся в координации политических и практических мер, осуществляемых в секторе здравоохранения и других секторах, способно стать ключевой стратегией в достижении более широкой согласованной политики в направлении улучшения социальных детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья (PHAC, 2007). Международная Конференция по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате (WHO, в UNICEF, 1978), первая Международная Конференция по развитию системы здравоохранения ВОЗ по межотраслевому взаимодействию в интересах здравоохранения 1997 г. и более поздние мероприятия – Бангкокская Конференция по развитию здравоохранения 2005 г. (WHO, 2005 d) и обсуждение темы «Учет интересов здоровья во всех стратегиях» во время председательства Финляндии в ЕС в 2006 г. (Stall et al., 2006) – все они признали, что политические, экономические, социальные, культурные, экологические, поведенческие и биологические факторы могут оказывать как благоприятное, так и вредное воздействие на здоровье и подтвердили, а также дали юридическое обоснование необходимости расширения территории здоровья и предложили стратегии развития деятельности для всех секторов общества.

Несмотря на постоянно расширяющуюся глобальную базу данных и стратегическую необходимость в интегрированных действиях в отношении социальных факторов, они все еще не получили систематического воплощения в политических подходах и тем более в единой интегрированной политике, направленной на обеспечение равенства и справедливости. Не все страны располагают достаточными ресурсами для того, чтобы принять курс на достижение равенства в медицинском обслуживании. Для многих стран с низким и средним уровнем доходов ограничение инвестиций в инфраструктуру и человеческие ресурсы в результате перестройки экономики в 1980-х и 1990-х г. снизило потенциал государства, что еще более усугубилось беспрецедентным дополнительным бременем инфекционных и хронических заболеваний (Epping-Jordan et al., 2005). Другие авторы утверждают, что риторика практицизма и фискальные ограничения способствовали сохранению акцента на практике лечения заболеваний, что оказало малозначительное влияние на бремя заболеваемости в странах с низкими и средними доходами (Magnussen et al., 2004). Кроме того, признается, что межотраслевому взаимодействию в интересах здравоохранения мешает фундаментальные разногласия в самой государственной структуре (Vincent, 1999). И, конечно, административные органы

разобщены не только конкурирующими полномочиями, но и частую конкурирующими интересами и идеологиями и местными протекционистскими мероприятиями (Logie, 2006).

Хотя может показаться, что прогресс идет медленно, тем не менее, системы общественного здравоохранения постепенно изменяются от отдельных вмешательств, касающихся борьбы с отдельными болезнями, к масштабным социальным, культурным и экономическим реформам, которые направлены на устранение глубинных причин ухудшения состояния здоровья населения (Baum, 2008; Gostin et al., 2004; Locke, 2004). Принцип согласованности при выработке стратегии и межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья используются во всем мире для решения широкого круга проблем, стоящих перед государственной политикой в области здравоохранения и задач социально-экономического развития, включая целенаправленные действия в отношении конкретных детерминантов здоровья и конкретных групп населения, местных сообществ, определенных заболеваний и поведенческой составляющей здоровья (CW, 2007). Глобальная эпидемия ожирения – наглядный пример социально обусловленных последствий для здоровья, вызванных изменениями во всей совокупности социальных факторов. Взаимосвязь между причинами ожирения породила необходимость в межотраслевом взаимодействии в интересах здоровья, часто включающем адекватные согласованные реакции разных секторов и мероприятия на уровне местных общин (Вставка 10.1).

Политические структуры, которые совершенно однозначно ориентированы на обеспечение справедливости в отношении здоровья, – например, в Финляндии, Швеции и Великобритании (Stahl et al., 2006) – в меньшей степени восприняли межотраслевое взаимодействие в качестве ключевой стратегии, направленной на развитие интересов здравоохранения (RHAC, 2007).

За рамками официальных органов власти

Здоровье может стать объединяющим фактором в разных секторах деятельности и для различных заинтересованных сторон, будь то местное сообщество или община, вырабатывающие план обеспечения медицинским обслуживанием своих членов (Дар-эс-Салам, Программа «Здоровый город» в Объединенной Республике Танзании), что понуждает граждан голосовать за приоритетность выделения ассигнований из местных бюджетов

на нужды здравоохранения (совместное составление бюджета в Порту-Алегри, Бразилия), или деятельность по снижению заболеваемости лихорадкой Денге (Программа «Здоровые города» в Марикине, Филиппины), или же вовлечение всего общества в создание пешеходных зон или зон для езды на велосипеде («Дизайн в интересах здоровья», штат Виктория, Австралия (Mercado et al., 2007). Привлечение ключевых фигур и институтов и вовлечение гражданского общества являются важнейшими шагами по пути к совместным действиям в деле обеспечения справедливости в отношении здоровья.

Довод в пользу согласованного подхода к обеспечению справедливости в отношении здоровья через улучшение социальных детерминантов как в социально-экономическом, так и в социокультурном контексте неоспорим. Однако нет единого, «безразмерного», подхода для всех, скорее есть принципы, которые можно адаптировать к разным условиям. В некоторых случаях меры, принятые в рамках одного единственного сектора окажут огромное воздействие на обеспечение справедливости в отношении здоровья. В других случаях необходимы совместные действия целого ряда секторов.

ФОРМИРОВАНИЕ СОГЛАСОВАННОГО ПОДХОДА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Согласованные целенаправленные действия необходимы как в рамках одного сектора, так и со стороны разных секторов на всех уровнях управления – от глобального до местного. Рекомендации, представленные в этой главе, опираются на данные, полученные в результате текущей работы Комиссии (CW, 2007; RHAC, 2007; RHAC & WHO, 2008 b), и касаются преимущественно роли национальных правительств с некоторыми ссылками на глобальный вклад ВОЗ и роль гражданского общества в деятельность на государственном и местном уровнях. В Главе 15 (*Эффективное управление на глобальном уровне*) подробно рассматривается межотраслевое взаимодействие в интересах здоровья и согласованность политики на международном уровне, а в Главе 12 (*Ответственность рынка*) речь идет о согласованном вкладе в решение проблемы со стороны частного сектора.

ВСТАВКА 10.1 МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С ОЖИРЕНИЕМ

Ожирение постепенно становится реальной угрозой здоровью общества в странах с переходной экономикой, точно так же, как это произошло в странах с высоким уровнем доходов. Профилактика и снижение существующего уровня ожирения требуют подходов, которые бы обеспечили экологически устойчивое, адекватное и полноценное по питательной ценности продовольствие; материальную защищенность; обустроенную среду обитания, которая способствует выбору здоровой пищи и участию в организованных и неорганизованных занятиях физической культурой и спортом; а также семейную, образовательную и рабочую среду, располагающую к здоровому образу жизни и дающую возможность всем индивидуумам делать выбор в пользу здоровья. Мало что из перечисленного входит в сферу компетенции

и ответственности сектора здравоохранения. Положительных результатов удалось добиться при взаимодействии сектора здравоохранения с другими секторами: например, создание здоровой городской среды в результате сотрудничества городских планирующих органов и специалистов-медиков и запрет на рекламу продуктов с высоким содержанием жиров, сахаров и соли во время детских телепрограмм. Однако остается нерешенной такая серьезная проблема, как взаимодействие с множеством секторов, не входящих в систему здравоохранения, таких, как торговля, сельское хозяйство, занятость и образование. В этих областях также необходимо предпринимать соответствующие шаги, только тогда мы сможем справиться с глобальной эпидемией ожирения.

Источник: Friel, Chopra & Statcher, 2007.

СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕХ СИСТЕМАХ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 10.1

Возложить ответственность за действия по улучшению здоровья и справедливости в отношении здоровья на самый высокий уровень власти и добиться включения этих вопросов во все стратегии.

Справедливость в отношении здоровья, как показатель прогресса в развитии общества

Комиссия рекомендует:

10.1. Парламент и прочие органы надзора ставят перед собой цель: улучшить степень справедливости в отношении здоровья через воздействие на социальные детерминанты здоровья, рассматривая их в качестве критерия эффективности государственного управления (см. Рек. 13.2; 15.1).

Чтобы справедливость в отношении здоровья стало показателем прогресса в обществе, необходимо принятие решения на самом высоком уровне власти в государстве и политическая воля для его осуществления. Парламент или другой руководящий орган управления – ключевой институт, способный содействовать достижению справедливости в отношении здоровья через свои представительные, законодательные и надзорные функции (Mususka & Chingombe, 2007). Как показывает опыт Великобритании, решающую роль играет политическое руководство на уровне кабинета министров (правительства). В 1980-1990-х гг. данные, собранные в докладе «Черная книга», мало повлияли на политику правительства. Начиная с 1997 г., благодаря новому взгляду на несправедливость в отношении здоровья, сформулированному в Докладе Ачесона, была проявлена политическая воля, в результате чего правительство Великобритании обозначило в качестве одного из приоритетных направлений социально-экономической политики достижение социального равенства, приняв в качестве стратегической задачи снижение степени несправедливости в отношении здоровья (см. Вставку 10.3).

Сектор здравоохранения отвечает за охрану здоровья граждан, выступает в защиту справедливости в отношении здоровья и является участником переговоров, касающихся решения более широких социальных задач. В связи с этим важно, чтобы министры здравоохранения при поддержке своего министерства были всемерно готовы

играть такую же ведущую и направляющую роль в своих правительствах, как это было в Великобритании. Более четкое понимание социальных детерминантов здоровья всеми политическими силами может способствовать подготовке соответствующей политической почвы (см. Главу 16: *Мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*). Аналогично, предоставление информации о состоянии несправедливости в отношении здоровья, инициаторами чего могут стать министры здравоохранения, демонстрация издержек, вызванных таким неравенством, освещение совместной деятельности различных секторов, а также возможностей государства – необходимые меры, которые способствуют пониманию проблем политики.

Согласованность политики – основной политический механизм обеспечения справедливости в отношении здоровья

Помимо сильной поддержки со стороны политического руководства, для достижения справедливости в отношении здоровья через согласованную деятельность всех административных органов необходимо создание или усиление процессов и структур в правительстве и в других организациях. Это требует обеспечения прозрачных каналов обмена информацией между министерствами и ведомствами, информационных и аналитических ресурсов. (Picciotto et al., 2004).

Комиссия рекомендует:

10.2. Руководство страны должно разработать общеправительственный механизм взаимодействия, подотчетный парламенту и возглавляемый должностными лицами наиболее высокого уровня (см. Рек. 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

Общеправительственный механизм взаимодействия, занимающийся проблемами здоровья и справедливости в отношении здоровья,

может принимать разные формы. Например, ряд государств, входящих в Организацию развития стран Южной Африки, сформировали парламентские комитеты, в задачу которых входит контроль за деятельностью таких государственных секторов, как здравоохранение, образование, добыча полезных ископаемых, сельское хозяйство

и транспорт. Осуществление ряда реформ в Восточной и Южной Африке проходит при поддержке специалистов-профессионалов и с выделением специального бюджета для работы правительственных комитетов. Деятельность парламентского Комитета по вопросам здоровья, общественного развития и социального обеспечения

ВСТАВКА 10.3. МЕЖОТРАСЛЕВОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ВОПРОСУ УСТРАНЕНИЯ НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ (СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО)

Доклад Ачесона о неравенстве в здравоохранении показал ограниченные возможности отдельных программ в области обеспечения социальной справедливости и справедливости в отношении здоровья и важность совместных действий. Он содержал открытое признание неравенства в отношении здравоохранения и необходимость введения регулярного аудита, составления отчетов и проведения анализа. В 2002 г. в рамках официального общеправительственного обсуждения государственных расходов была определена траектория движения и проведено обсуждение затрат, а также возможности Министерства здравоохранения оптимизировать подход к проблеме. Официальный доклад Министерства финансов позволил провести дискуссию с участием 18 министерств, результаты которой были опубликованы в 2005 и 2008 гг., для информирования о финансовом обеспечении плана по достижению поставленных целей и определения вклада каждого подразделения правительства в этот процесс. Благодаря финансовому и политическому весу Министерства финансов, удалось собрать представителей министерств и ведомств за столом переговоров об участии каждого в поисках кратчайшего пути к поставленной общей цели. Это облегчило заключение соглашения между ними об объединении опыта, знаний и ресурсов для выполнения приоритетных задач правительства.

В соответствии с общим характером задачи на правительство ложилась ответственность за координирующую деятельность. Это потребовало хорошо отлаженного взаимодействия между министерствами при руководящей роли Министерства финансов. В настоящее время действующей в стране законодательной системой проблема неравенства признана приоритетной при планировании деятельности в области здравоохранения и на

уровне местного управления, в то время как на уровне центрального правительства она определяется как неблагоприятная сфера, требующая наиболее серьезных преобразований.

В Программе действий, принятой в 2003 г., было определено 82 финансируемых из бюджета обязательств, возложенных на 12 министерств, выполнение которых в последующие 3 года должно заложить фундамент для достижения целей, намеченных на 2010 г., а также оказать устойчивое воздействие на широкий диапазон детерминантов здоровья. Программа действий дала стратегические ориентиры для объединения усилий на пути к единой цели. Они предусматривают координацию действий органов власти, как на государственном, так и на местном уровне и сильную систему контроля за эффективностью этих действий. Поставленная цель заставила правительство координировать свою деятельность. Это потребовало тесного общения и обмена информацией между структурными подразделениями и руководством со стороны Министерства финансов. Теперь национальные стратегии рассматривают преодоление несправедливости в отношении здоровья как приоритетную задачу для планирующих органов системы здравоохранения и органов местного самоуправления. Со стороны центра осуществляется руководство и поддержка недостаточно эффективных областей и внедрение более прогрессивных практик. Действующий министр здравоохранения объявил преодоление несправедливости в отношении здоровья приоритетной задачей, требуя от Государственной службы здравоохранения, которая в 2008 г. отмечает 60-летний юбилей, соблюдать заявленные при ее основании принципы всеобщей доступности и справедливости.

Источник: Hayward, 2007.

ВСТАВКА 10.4. ШРИ-ЛАНКА: СОГЛАСОВАННЫЙ ОТРАСЛЕВОЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 1950-1975 гг. Шри-Ланка совершила стремительные преобразования в сфере здравоохранения, позволившие увеличить продолжительность жизни и снизить уровень смертности и рождаемости. Улучшение санитарно-гигиенического обслуживания происходило на фоне общего роста благосостояния и одновременно с улучшениями в других сферах здравоохранения. Каждый сектор экономики выполнял свою задачу по улучшению общих условий, за которую нес ответственность. Межотраслевые действия не привели к появлению четко сформулированных программ межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья, в которых другие сектора, помимо здравоохранения, обозначили бы свой вклад в улучшение состояния здоровья и осознанно координировали бы свои действия, направленные на получение желаемых результатов в отношении здоровья населения. Эта неудача объясняется существовавшим механизмом принятия решений, неспособностью выявить межотраслевые свя-

зи и активно использовать их для совместных действий, а также сложившейся административной культурой.

Пример Шри-Ланки отражает процессы, которые в большинстве своем происходят независимо от друга от друга, но одновременно направлены на улучшение благосостояния в целом и состояния здоровья как неотъемлемой составляющей благосостояния. Для осуществления этих процессов требовалось следующее: (1) общая стратегия социального развития, (2) политический процесс, который вырабатывает высокий уровень консенсуса по вопросу необходимости такой стратегии, (3) по возможности придание одинаковой значимости и обязательности каждому из показателей ISA для здоровья по всем секторам, не являющимся сферой здравоохранения, (4) общая ответственность за реализацию программы на самом высоком уровне власти.

Источник: PHAC & WHO, 2008.

ВСТАВКА 10.2. КОМИТЕТ МИНИСТРОВ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБЩЕСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАМБИИ

Комитет министров по вопросам здравоохранения, общественного развития и социального обеспечения Замбии в 1999 г. провел анализ положения заболеваемости ВИЧ/СПИДом совместно с правительством и неправительственными организациями. В связи с тревожным ростом статистики по уровню заболеваемости ВИЧ/СПИДом Комитет проанализировал эффективность политики правительства в отношении решения проблемы ВИЧ/СПИДа в 2000 г. Комитет также предпринял поездку в Сенегал с целью сравнительного изучения ситуации заболеваемости ВИЧ/СПИДом. Исходя из полученных данных, Комитет разработал рекомендации, предполагающие более активное участие членов парламента в решении вопросов здравоохранения, связанных с ВИЧ/СПИДом. Рекомендации, содержащиеся в докладе Комитета, представленном парламенту в конце ноября 2002 г., включали среди прочих следующие направления межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья:

Необходимость рассмотрения на уровне правительства возможность упрощения создания организаций, занимающихся проблемами репродуктивного здравоохранения, с целью профилактики ВИЧ/СПИДа и инфекций, передающихся половым путем, а также контроля за их распространением по всем группам населения.

Чтобы соответствующим образом сориентировать работающее население, профсоюзы совместно с Федерацией работодателей Замбии и Торгово-промышленной палатой должны включить меры по профилактике и контролю распространения ВИЧ/СПИДа в обучающие программы на рабочих местах.

Для того чтобы заставить школьников глубже осознать опасность ВИЧ/СПИДа, правительство должно рассмотреть возможность введения курса сексуального просвещения, включающего тему ВИЧ/СПИДа, в школьные программы.

Правительство должно регулировать деятельность, которая предположительно способствует распространению ВИЧ, такую, как продажа алкоголя и режим работы баров и ночных клубов.

Правительство, НПО и местные общественные организации должны совместно добиваться организации телефонной «горячей линии» для обеспечения населения бесплатной информацией и консультациями специалистов.

Правительство и все заинтересованные стороны должны в качестве неотложной меры обратиться к международным фармацевтическим компаниям и финансовым организациям с предложениями о проведении переговоров по вопросу о существенном снижении стоимости антиретровирусных препаратов, чтобы сделать их более доступными для всех нуждающихся в лечении.

Члены парламента и другие лица, принимающие решения, должны владеть всей полной информацией о ситуации распространения ВИЧ/СПИДа в Замбии, включая понимание основных возможностей и проблем, стоящих перед страной.

Источник: Musuka & Chingombe, 2007.

в Замбии может служить примером всестороннего подхода к борьбе против ВИЧ/СПИД, способствовавшему активному участию различных секторов (Вставка 10.2).

Выявление взаимовыгодных политических решений

Главным фактором эффективно функционирования общеправительственного механизма является объединение государственной поддержки и участие высокопоставленных политиков, обладающих широкими полномочиями, при четко сформулированных выгодах для каждого сектора. Целесообразно обозначить приоритеты внутри разных секторов и определить согласованные кратко- и долгосрочные цели и задачи, которые объединяют элементы политики, направленной на обеспечение справедливости в отношении здоровья, с актуальными вопросами развития каждого сектора (СВ, 2007). Выявление политических решений, одновременно отвечающих потребностям различных секторов и приводящих к общему видению проблемы, поможет совершить сделку, выгодную как в политическом, так и в управленческом плане. Инициатива «Учет интересов здоровья во всех стратегиях», реализуемая в штате Южная Австралия, является примером действий, предпринятых недавно в стране с высоким доходом с целью формирования и развития практических навыков и механизмов для реализации общегосударственного подхода к улучшению здоровья и справедливости в отношении здоровья на основе существующего государственного Стратегического плана (см. <http://www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm>).

Адаптация к конкретным условиям

В зависимости от уровня поддержки со стороны политического окружения существуют разные политические и отраслевые подходы к улучшению социальных детерминантов здоровья, которые более или менее осуществимы на практике (РНАС, 2007). Например, в условиях, когда равенство и справедливость занимают верхние строчки в социальной и политической повестке дня и имеются ресурсы и инфраструктура, достаточные для обеспечения практических действий, достижение справедливости в отношении здоровья часто принимается в качестве цели и вполне вписывается в общегосударственный подход, при котором проблема здоровья учитывается во всех стратегиях. Это справедливо для таких стран, как Куба, Норвегия, Великобритания (Врезка 10.3), Финляндия (Stahl et al., 2006) и Новая Зеландия.

В других контекстах межотраслевое взаимодействие в интересах здоровья может быть неосуществимо. В этих случаях достижению цели улучшения здоровья и обеспечения равенства поможет особое внимание к сути политики и практической деятельности в рамках отдельных секторов и совместные усилия по выработке согласованной политики. Как показывает пример Шри-Ланки (Вставка 10.4), несмотря на то, что премьер-министр этой страны признал необходимость межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья, действующие структуры и потенциальные возможности не смогли обеспечить его выполнение на практике. Однако были предприняты согласованные и эффективные меры в рамках различных секторов, что в свою очередь привело к признанию роли первичной медико-санитарной помощи в качестве основного подхода к улучшению здоровья населения.

ВСТАВКА 10.5 БРАЗИЛЬСКАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО ПРОДОВОЛЬСТВУ И ПОЛНОЦЕННОМУ ПИТАНИЮ (PNAN)

Программа гарантирует всем жителям необходимые условия, обеспечивающие постоянную доступность и достаточное количество основных качественных продуктов питания, не ставя под угрозу удовлетворение других основных потребностей. Она реализована в тесном взаимодействии с Программой здоровья семьи. Действуя со-

вместно, эти две стратегии помогли, например, стимулировать грудное вскармливание детей до шестимесячного возраста и принять регулирующие меры в отношении рекламы детского питания в средствах массовой информации.

Источник: Buss & Carvalho, 2007.

ВСТАВКА 10.6 ПОЭТАПНАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Поэтапная программа предлагает гибкий и практичный подход, который поможет министерствам здравоохранения сбалансировать различные нужды и приоритеты при реализации таких вмешательств, основанных на фактических данных, как вмешательства, рекомендованные ВОЗ в Рамочной конвенции по борьбе против табакокурения и в Глобальной стратегии по правильному питанию, физической активности и здоровью.

Программа руководствуется рядом принципов, основанных на принятом в здравоохранении подходе к профилактике и контролю хронических болезней:

На общегосударственном уровне разрабатывается программа профилактики и контроля хронических болезней, которая обеспечивает взаимодополняемость действий на всех уровнях и со стороны всех заинтересованных сторон.

Межотраслевое взаимодействие в интересах здоровья необходимо на всех этапах выработки и реализации политики, т.к. важнейшие детерминанты бремени хронических болезней находятся за рамками сектора здравоохранения.

Политические решения и планы фокусируются на общих факторах риска и затрагивают специфические факторы риска для отдельных заболеваний. Вмешательства в отношении населения в целом сочетаются с вмешательствами в отношении отдельных индивидуумов.

Для каждого этапа и на каждом уровне вмешательства определяются четкие и актуальные для данной местности показатели, при уделении особого внимания проблеме снижения уровня несправедливости в отношении здоровья.

Принимая во внимание то, что у большинства стран нет достаточных ресурсов для немедленного осуществления всего, что подразумевает генеральная политическая линия, в первую очередь необходимо выбрать те меры, которые являются практически выполнимыми в данный момент и вероятнее всего будут иметь наибольшую отдачу. Этот принцип составляет самую суть поэтапного подхода.

Источник: WHO, 2005 с.

Важно оказывать постоянную поддержку инновационным моделям государственного управления и развивать системы стимулов, которые могут способствовать межотраслевому взаимодействию, такому, как совместная работа над приоритетными задачами министерства здравоохранения совместно с каким-либо другим министерством. Например, в Мозамбике Министерство здравоохранения вместе с Министерством общественных Работ разрабатывали санитарно-профилактические меры, направленные на снижение детской смертности (в течение первого года жизни). В Бразилии Министерство здравоохранения совместно с Министерством по

делам семьи создали Национальную программу по продовольствию и питанию (Вставка 10.5).

Существуют рамочные системы планирования на основе межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья, такие, как Поэтапная программа ВОЗ по профилактике хронических заболеваний (Вставка 10.6), которые могут быть адаптированы к конкретным потребностям каждой отдельной страны.

Финансирование межотраслевого взаимодействия

Главной составляющей усилий правительства по поддержанию межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья являются

ВСТАВКА 10.7 МОНИТОРИНГ НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ В НОВОЙ ЗЕЛАНДИИ

Новая Зеландия инициировала общегосударственный подход к сокращению несправедливости в отношении здоровья, уделяя особое внимание этническим и социально-экономическим аспектам проявления неравенства. Основные политические меры, и широкое использование документов, основанных на переписях населения небольших районов, проведенных в 2000 и 2002 гг., выявили масштабы обездоленности в стране, привели к включению показателей несправедливости в отношении здоровья во все разделы и уровни Показателей обездоленности. Такой подход подстегнул работу во всех направлениях в области здравоохранения, обеспечив ведомственную заинтересованность и направленное те-

матическое обсуждение по принятому шаблону (обсуждение в академических и политических кругах проблемы сокращения несправедливости в отношении здоровья, с точки зрения обусловленности существующей системой), согласно которому действия по сокращению неравенства признаются неравными и несправедливыми, а осуществляющие их учреждения очевидно, могли бы быть усовершенствованы. Основываясь на этом, Новая Зеландия сможет составлять программы и особенно преуспеть в поэтапном мониторинге неравенства в отношении несправедливости в отношении здоровья в соответствующих областях.

Источник: WHO & РНАС, 2007.

ВСТАВКА 10.8 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЛОНДОНСКОЙ СТРАТЕГИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2000 г. мэр Лондона образовал Лондонский Комитет по здравоохранению в рамках выполнения задач, поставленных в первой Лондонской стратегии в сфере здравоохранения. Ее общая цель заключалась в сокращении несправедливости в отношении здоровья в столице и в улучшении состояния здоровья и общего уровня благосостояния всех лондонцев путем повышения информированности о неравенстве и стимулирования скоординированных действий по улучшению детерминантов здоровья во всех районах Лондона. Для достижения своих целей Комиссия оказывает давление на ведущих политиков и практикующих врачей, поддерживает действия на местном уровне и поощряет решение конкретных вопросов первостепенной важности посредством совместных программ. Комиссия провела оценку влияния на здоровье в отношении всех статутных и некоторых нестатутных стратегий. Общий подход к осуществлению стратегий был следующим:

- формирование рабочей группы;
- предварительная проверка и определение рамок проекта стратегии;
- оперативная оценка фактических данных;

рабочая группа из представителей заинтересованных сторон по оценке политики;

- представление рекомендаций мэру;
- рекомендации для внесения в итоговые стратегии;
- мониторинг и оценка;
- опубликование анализов данных и отчетов об оценке влияния на здоровье.

Согласно независимому обследованию, оценки влияния на здоровье, сделанные Комитетом, имели значение для реализации стратегий Лондона, и такой подход оправдывает затраты. Оценки Комитета заставили представителей заинтересованных сторон лучше осознать влияние политических решений на ситуацию в здравоохранении. Это побудило к включению вопросов здоровья на ранних этапах разработки стратегий и способствовало дальнейшему совершенствованию методов и инструментов оценки влияния на здоровье (НИА) и совершенствованию базы данных.

Источник: NHS, 2000.

РАВЕНСТВО В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕХ СИСТЕМАХ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 10.2

Правильно обозначить роль сектора здравоохранения: ввести принцип социальных детерминантов во все стратегии и программы министерства здравоохранения и укрепить его руководящие позиции в поддержке роли социальных детерминантов в качестве общеправительственного подхода.

обеспеченная надлежащими ресурсами общеправительственная инфраструктура и практические меры с использованием целого ряда механизмов финансирования (см. Главу 11: *Справедливое финансирование*). В качестве условий финансирования может быть использовано межотраслевое взаимодействие в интересах здоровья населения. Правительство Канады использует такой подход в отношении функционирования Фонда здоровья населения, в задачу которого входит выделение грантов академическим, общественным и добровольным организациям в деле реализации программ, затрагивающих интересы детей, пожилых людей и других групп населения, а также в целях содействия использованию межотраслевого взаимодействия для улучшения социальных детерминантов здоровья. Ресурсы в натуральной форме используются секторами, которые, в связи с ограниченностью соглашений о финансировании, вынуждены использовать нефинансовые ресурсы (люди, информация, специальные знания, помещения и технологии), чтобы обеспечить выполнение совместных целей. Натуральные соглашения между организациями могут оказаться более гибкими инструментами адаптации к изменяющимся потребностям межотраслевой деятельности на разных этапах выработки и осуществления политики, а также оценки ее эффективности.

Влияние проводимой политики на обеспечение справедливости в отношении здоровья

Для того чтобы определить, соответствует ли политика правительства достижению цели улучшения здоровья и справедливости в отношении здоровья, необходимо, чтобы разные административные органы ставили кратко- и среднесрочные цели и задавали соответствующие показатели, дающие возможность оценить успехи. В процессе выработки политической линии необходимо провести предварительную оценку ее потенциального кратко- и долгосрочного влияния на проблему справедливости в отношении здоровья, что может способствовать тщательно продуманным изменениям в политике на стадии, предшествующей ее реализации.

Комиссия рекомендует:

10.3. Необходимо институционализировать мониторинг социальных детерминантов и показателей справедливости в отношении здоровья и использовать оценку последствий всех политических решений правительства, включая финансовые, для обеспечения справедливости в отношении здоровья (см. Рек. 12.1; 15.1; 16.2; 16.7).

Включение текущей информации о состоянии различных аспектов здоровья населения, связанных с проблемой равенства, и социальных детерминантов в национальную систему контроля за здоровьем населения может служить не только в качестве механизма выработки стратегии информирования, направленной на соблюдение равенства в здравоохранении, и оценки ее успехов, но и в качестве инструмента для поддержания межотраслевого взаимодействия с целью улучше-

ния социальных детерминантов здоровья (Вставка 10.7) (см. также Главу 16: Социальные детерминанты здоровья: Мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка). Оценка влияния на обеспечение справедливости в отношении здоровья – новый инструмент, который поможет добиться большей согласованности в политике, направленной на устранение неравенства. Его используют, чтобы оценить потенциальные последствия проводимой политики для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Эта оценка учитывается в процессе принятия решений и может также использоваться для вовлечения в диалог соответствующих министерств и заинтересованных групп (Douglas & Scott-Samuel 2001). В настоящее время более широко используется другой инструмент – Оценка воздействия на здоровье (НИА), который может быть адаптирован для целей оценки степени справедливости в отношении здоровья (Вставка 10.8) (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: Мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка, где более подробно рассматривается, как проводить оценку влияния на обеспечение справедливости в отношении здоровья*).

Меры в рамках сектора здравоохранения

Наконец, для улучшения социальных детерминантов здоровья и достижения справедливости в отношении здоровья все государственные подразделения и остальные ключевые игроки должны предпринять целенаправленные действия. Однако сектор здравоохранения сам по себе хорошая площадка для организации и формирования структур, способствующих целенаправленной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья и достижения справедливости в отношении здоровья. Министр здравоохранения при поддержке исполнительной ветви власти должен обеспечить межотраслевое взаимодействие в интересах здоровья населения и достижения справедливости в отношении здоровья, выделяя время и финансовые ресурсы на развитие соответствующих профессиональных навыков и компетенций среди работников сферы здравоохранения и создавая структур, обеспечивающих межотраслевое сотрудничество.

Комиссия рекомендует:

10.4. Сектор здравоохранения должен активизировать свою политику и программы по укреплению здоровья, профилактике болезней и медико-санитарной помощи с учетом социальных детерминантов здоровья и под руководством министра здравоохранения (см. Рек. 9.1).

Профессиональные навыки и компетенции

Использование подхода, учитывающего социальные детерминанты, потребует от министерства здравоохранения не только политической воли, но и соответствующих ассигнований и хорошо подготовленного персонала. Вероятно, станет необходимым расширение профессиональных навыков и знаний персонала, участвующего в программе, в связи:

оказания медицинской помощи в системе общественного здравоохранения. Были разработаны и внедрены программы профессиональной подготовки, направленные на совершенствование навыков межотраслевого сотрудничества среди специалистов-медиков и должностных лиц. Группа специалистов из Национальной школы здравоохранения проводит систематическую оценку эффективности межотраслевых действий, используя стандартизованную анкету и методы, которые охватывают ряд ключевых параметров, включая уровень знаний о таком сотрудничестве у представителей сектора здравоохранения и других секторов и наличие этого взаимодействия в стратегиях муниципалитетов и муниципальных советов по охране здоровья.

Источник: WHO & PHAC, 2007.

ВСТАВКА 10.9 ОПЫТ КУБЫ: ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕЖОТРАСЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кубинская система общественного здравоохранения прошла в своем развитии три этапа, постепенно эволюционируя к пониманию необходимости межотраслевого взаимодействия. Если в 1960-х гг. в центре внимания находился лечебный аспект медицины и расширение охвата медицинской помощью, то в 1970-е и 1980-е гг. акцент сместился на профилактику, регламентацию и работу с группами риска при все более широком использовании межотраслевых комиссий по планированию и развитию системы поликлиник, применяющих холистический подход к лечению. В 1990-е гг. в фокусе внимания оказалось здоровье семьи и местного сообщества при еще большем развитии межотраслевого взаимодействия, которое осуществлялось через создание местных советов по вопросам здравоохранения, и внедрении межотраслевого взаимодействия в качестве одного из основных принципов

- с необходимостью диверсифицировать и целенаправленно планировать комплекс вмешательств, учитывая конкретные потребности и обстоятельства различных групп населения;
- с необходимостью расширения диапазона вмешательств для воздействия на социальные детерминанты, прежде чем их результаты по-разному скажутся на защищенности и состоянии здоровья населения;
- с потребностью в диалоге между политиками и общественностью, в координации программ и взаимодействия между секторами, в понимании сложных процессов социальных, экономических и политических изменений и в эффективном управлении ими.

Установление более тесных связей между такими комплементарными дисциплинами, как общественное здравоохранение, укрепление здоровья, городское планирование, образование и общественные науки, поможет найти новые концептуальные и практические способы совместной работы в направлении улучшения социальных детерминантов здоровья. Необходимо совершенствовать формальную и профессиональную подготовку, которая бы включала весь спектр социальных детерминантов здоровья (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: Мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*). Пример Кубы показывает, как в этой стране было организовано и развивалось межотраслевое взаимодействие в интересах здравоохранения, в основу которого было положено совершенствование профессиональных навыков (Вставка 10.9).

Финансовая поддержка целенаправленных действий по улучшению социальных детерминантов здоровья

Важнейшим фактором успешного применения принципа социальных детерминантов здоровья в политике, проводимой министерством здравоохранения и в разрабатываемых программах является распределение средств в таком объеме, который позволит получить ощутимые, заметные результаты (см. Гл. 11: *Справедливое финансирование*). Из опыта разных стран в добытии денег на мероприятия по укреплению здоровья (IUNRE, 2007) известно, что гипотетическое налогообложение, например, табачных изделий, может служить устойчивым источником средств для осуществления действий по улучшению социальных детерминантов. Другой способ изыскания денег – выделение определенного процента национальных фондов страхования от болезней на целенаправленные действия по улучшению социальных детерминантов здоровья. Чтобы стимулировать сбор и выделение ресурсов, в министерстве здравоохранения нужно создать соответствующие структуры, включая финансирование и ведомственные премии (награды), которые направлены

на повышение ответственности за решение вопросов улучшения социальных детерминантов здоровья и справедливо доступа к медицинскому обслуживанию, тем самым обеспечивая мониторинг воздействия на проблему равенства программ, реализуемых в секторе здравоохранения.

Укрепление институциональной основы

Придание принципу равенства в получении медицинского обслуживания официального статуса, осуществление и контроль за его исполнением при осуществлении любых стратегий и целевых программ требуют, наряду с тем, о чем уже упоминалось в этом докладе, наличия технических возможностей и понимания социальных детерминантов здоровья. Этим умениям и навыкам редко обучают в медицинских, экономических и политических вузах и государственных учреждениях. В частности, служащим министерства здравоохранения во многих странах недостает профессиональной подготовки в сферах, играющих важную роль в улучшении социальных детерминантов здоровья, таких, как социальная эпидемиология, межотраслевое планирование и выработка политики, а также в области мониторинга/оценки деятельности, связанной с сектором здравоохранения и межотраслевым взаимодействием в интересах здоровья населения. Министерства здравоохранения лишь немногих стран имеют опыт в подготовке экономического и политического обоснования для целенаправленных действий по улучшению социальных детерминантов здоровья, в поддержании консенсуса между секторами и выработке общей платформы действий в управлении интересами и процессами в разных секторах. Хотя базовым навыкам можно обучить сравнительно быстро, тем не менее, странам необходимы механизмы для институционализации непрерывного обучения и развития новых навыков для целенаправленного улучшения социальных детерминантов здоровья и обеспечения равенства в отношении медицинского обслуживания (CW, 2007).

Комиссия рекомендует:

10.5. ВОЗ должна содействовать развитию знаний и компетенций национальных министерств здравоохранения, которые позволили бы им работать в интересах улучшения социальных детерминантов здоровья и играть руководящую роль во внедрении и упрочении этого подхода на общеправительственном уровне (см. Рек. 15.3; 16.8).

ВОЗ является специализированным учреждением ООН, уполномоченным играть ведущую роль в решении вопросов охраны здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья на глобальном уровне. Она всегда играла центральную роль в работе Комиссии и сохранил свое значение в деле обеспечения устойчивости деятельности по улучшению социальных детерми-

ВСТАВКА 10.10 АКТИВНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ ОБЪЕДИНЕНИЙ ПОСТРАДАВШИХ: РАБОТНИКИ ИНДУСТРИИ СЕКСА В КОЛКАТЕ

В начале 1990-х гг. Всеиндийский Институт гигиены и общественного здравоохранения запустил в действие программу традиционного лечения и профилактики инфекций, передающихся половым путем, в районе красных фонарей в северной Колкате. Международный проект борьбы с ВИЧ/СПИДом реализовывался через межотраслевое взаимодействие с ВОЗ, Всеиндийским институтом, Британским советом и рядом министерств и местных неправительственных организаций. Местные проститутки – бедная и маргинализованная группа. Проект быстро вышел за рамки традиционной медицинской помощи и образовательных программ и сконцентрировался на предоставлении прав и возможностей проституткам. В первые пять лет основные вмешательства включали вакцинацию и лечение детей проститутток, обучение женщин грамоте, осуществление схем микрокредитования, культурные программы, защиту их интересов и политическую активность. Проститутки создали собственную органи-

зацию - Комитет Дурбар Махила Саманвайя, который вел успешные переговоры об улучшении отношений со стороны содержательниц публичных домов, домовладельцев и местных органов власти. В 1999 г. Комитет включился в работу под руководством Международного проекта по борьбе с ВИЧ/СПИДом (SHIP), расширил свою деятельность через механизм межсекторного взаимодействия с ВОЗ, и включает теперь 40 районов красных фонарей в Западной Бенгалии. В настоящее время он насчитывает 2000 активных членов из числа проститутток, при нем создан финансовый кооператив. Результатом особого внимания к гигиене труда (лечение и профилактика профессиональных заболеваний) и наделяния проститутток большими правами распоряжения своим телом и условиями жизни и работы стало снижение уровня инфицирования ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем в Сонагачи, по сравнению с остальными районами страны.

Источник: WHO & PHAC, 2007.

нантов здоровья и справедливости в отношении здоровья. Сфера ответственности ВОЗ включает помощь в наращивании технических возможностей и знаний, необходимых для улучшения социальных детерминантов здоровья, среди своих стран-членов. Работа Комиссии под руководством ВОЗ по отдельным странам нацелена на то, чтобы пропагандировать и демонстрировать знания и навыки и внедрять их в процесс принятия и реализации политических решений для преодоления социально обусловленного неравенства в вопросах здоровья. ВОЗ определяет основную группу заинтересованных государств во всех регионах мира для совместной работы по формированию основы для будущих преобразований и поиску новых путей помощи со стороны ВОЗ для практических действий по улучшению социальных детерминантов здоровья и обеспечения равенства в контексте выработки политики и планирования на национальном уровне. Важно, чтобы ВОЗ строила свою деятельность на работе с отдельными странами, оказывая помощь своим традиционным странам-партнерам и всемерно поддерживая целенаправленные действия по улучшению социальных детерминантов и справедливости в отношении здоровья в новых странах (см. Часть 6).

В Гл. 16 (Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка) приводится ряд рекомендаций, адресованных специально ВОЗ. Для реализации межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья крайне важно, чтобы ВОЗ ознакомила все страны с полученными данными и выводами, содержащимися в докладе Комиссии, и использовала эти сведения для поддержки министерств здравоохранения и их ведущей роли в:

1. обосновании такого подхода и в более активном привлечении внимания к вопросам социальных детерминантов здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья;
2. в создании национальных и местных институциональных структур, которые обеспечивали бы решение задач улучшения социальных детерминантов и справедливости в отношении здоровья в числе важнейших проблем развития;
3. в разработке национального плана действий в этом направлении;
4. в совершенствовании соответствующей квалификации персонала с помощью кратко- и долгосрочных программ профессиональной подготовки.

ВОЗ уже начала преобразовывать ряд своих организационных структур, чтобы более эффективно помогать министерствам здравоохранения в их усилиях по выработке и осуществлению политики, направленной на решение вопросов социальных детерминантов здоровья и достижения справедливости в отношении здоровья. Помимо координации работы в этом направлении на региональном уровне, региональные отделения ВОЗ выступили инициаторами действий по укреплению экспертной базы, пропаганде стратегий и программ, нацеленных на улучшение социальных детерминантов здоровья, поощрению сотрудничества между странами и поддержке межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья. Согласованность стратегических действий, осуществляемых региональными и национальными отделениями ВОЗ, - необходимое условие согласованной работы различных административных органов правительственных структурах стран-членов ВОЗ.

Комиссия образовала РРНСКН на базе штаб-квартиры ВОЗ (см. Главу 9: *Всеобщая медико-санитарная помощь*). Эта система фокусирует внимание на программах ВОЗ и санитарно-гигиенических условиях для расширения определения понятий и практических действий и вмешательств по включению в систему общественного здравоохранения социальных детерминантов, а также принципов организации программ общественного здравоохранения. Основные данные, получаемые от этой структуры позволят выявить необходимость четкой и обоснованной взаимосвязи между социально-экономическим статусом и состоянием здоровья; содействовать социально-экономическим изменениям; расширять экспертную базу социальных детерминантов и несправедливости в отношении здоровья; всемерно отстаивать необходимость и пользу социаль-

ных вмешательств для предотвращения широкого распространения ВИЧ, табакокурения, недоедания, диабета, алкоголизма, незащищенного секса, загрязнения воздуха в помещениях и последствий уровня смертности детей до 5 лет для жизни последующих поколений. Теперь ВОЗ должна передать в министерства здравоохранения стран-членов и другие международные институты опыт и знания, накопленные этой структурой по внедрению принципа социальных детерминантов здоровья в программы, нацеленные на конечный результат.

Сектор здравоохранения как катализатор активности негосударственного сектора

Главная составляющая межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья – более широкое участие общества в политических процессах (см. Гл. 14: *Политические права и возможности: вовлечение общества и учет его мнения*). Министерства здравоохранения могут играть роль катализатора перемен, увеличивая круг вовлеченных ключевых фигур и институтов и действуя за рамками государственного сектора, чтобы привлечь тех, чьи интересы затронуты проводимой политикой (Вставка 10.10).

Для внедрения и координации межотраслевого взаимодействия в интересах здоровья и обеспечения устойчивости необходим контроль на высших уровнях власти, тогда как деятельность местных органов власти и общественных организаций является предпосылкой для достижения устойчивых результатов. Сотрудничество между правительством и неправительственными организациями может расширить рамки деятельности и способствовать получению быстрых результатов (Врезка 10.11). В настоящее время действует большое число межотраслевых программ, таких, как «Здоровые города» (Здоровые муниципалитеты, деревни, острова...), в которых метод социальных детерминантов используется в решении проблем обеспечения здоровья и справедливости в отношении здоровья и которые можно проанализировать на предмет применения в разных контекстах.

Основную ответственность как за создание проблемы несправедливости в отношении здоровья, так и за решение этой проблемы несет частный сектор. Эффективное участие частного сектора имеет важнейшее значение для обеспечения справедливости в отношении здоровья и обсуждается более подробно в Гл. 7, 12 и 15 (*Справедливая занятость и достойная работа; Ответственность рынка; Справедливое управление на глобальном уровне*). Примером всеобщего признания роли частного сектора в обеспечении здоровья может служить «Стратегия правильного питания и физической активности», разработанная ВОЗ, которая предлагает компаниям принимать более активное участие в решении проблемы плохого состояния здоровья, вызванного недостатками в питании и мало-подвижным образом жизни. Анализ деятельности 25 из крупнейших мировых компаний по производству продуктов питания, проведенное Лангом и его коллегами (2006), показал, что только у четырех из них имеется хоть какая-то политика в области рекламы пищевых продуктов и только у шести имеются стратегии, разработанные и нацеленные специально на детей.

Сделать обеспечение справедливости в отношении здоровья общей ценностью для разных секторов – это вызов для политики, но решение этой проблемы крайне необходимо для всего мира. Рекомендации, приведенные в этой главе, иллюстрируют необходимость активных и последовательных действий для обеспечения здоровья и справедливости в отношении здоровья на самых высоких уровнях власти на основе учета принципа социальных детерминантов. Следует обратить особое внимание на то, чтобы политика сектора здравоохранения и других секторов не оказывала негативного воздействия на состояние здоровья и не усугубляла несправедливость в отношении здоровья. Одной из важнейших составляющих единого подхода к обеспечению справедливости в отношении здоровья являются согласованные действия в правительственных кругах, а также взаимодействие с добровольными (общественными) организациями и частным сектором..

ВСТАВКА 10.11 ДВИЖЕНИЕ GERBANGMAS В РАЙОНЕ ЛУМАДЖАНГ: ВОЗРОЖДЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ В ИНДОНЕЗИИ

В соответствии с основными принципами оказания первичной медико-санитарной помощи, изложенными в Алмаатинской декларации, в 1986 г. в Индонезии были организованы комплексные медицинские пункты (Posyandus). Масштаб охвата населения весьма впечатляющ: в 2000 г. действовало 254 154 пунктов системы Posyandus (оказание помощи детям – прим. ред.). Но уровень и эффективность их работы неодинаковы и к настоящему моменту существенно ухудшились. Одна из причин – качество ухода, оказываемое волонтерами, обусловленное переходным периодом в экономике и идеологии, который привел к снижению значимости таких принципов, как добровольность и коллективизм.

Для исправления ситуации районный отдел здравоохранения инициировал и возглавил работу по координации мультисекторных вмешательств с целью восстановления системы охраны здоровья населения. Он получил поддержку высших органов власти района и привлек в качестве партнера неправительственную организацию. В январе 2005 г. выбранный глава района Лумаджанг ввел в действие программу GERBANGMAS в качестве стратегии по предоставлению сообществу прав и возможностей, и местные органы власти определили три функции системы Posyandus: местное образование, местные

полномочия и местное медицинское обслуживание. Комплексные деревенские бригады GERBANGMAS получают бюджетные средства от местных органов власти после согласования с местным сообществом и расходуются как на работу системы, так и на стимулирование медицинских работников. Чтобы успешно направлять инвестиции и развитие, был определен 21 показатель. Только около трети из них – традиционные для здравоохранения показатели, такие, как уровень рождаемости. Остальные отражают социальные детерминанты здоровья, включая снижение уровня бедности, ликвидацию неграмотности, ликвидацию отходов жизнедеятельности, обеспечение жильем и занятость молодежи и пожилых людей. Одно из доказательств эффективного функционирования деревенской бригады – тот факт, что 12 отраслевых организаций, таких, как отделы рыболовства, общественных работ, труда и переселения, сельского хозяйства и религиозных организаций поддерживают свой бюджет через деревенскую бригаду. В результате произошло улучшение всех показателей, как непосредственно относящихся к здравоохранению, так и социальных детерминантов здоровья.

Источник: РРНСКН, 2007с.



ГЛАВА 11

Справедливое финансирование

«Равенство и справедливость – взаимодополняющие условия долгосрочного процветания. Растущее равенство умножает темпы снижения уровня бедности. Равенство и справедливость благотворно сказываются на устойчивости общего развития и предоставляют более широкие возможности беднейшим группам общества». Франсуа Буржиньон (2006)

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СПРАВЕДЛИВЫМ ФИНАНСИРОВАНИЕМ И СПРАВЕДЛИВОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Для любой страны, независимо от уровня развития ее экономики, увеличение или перераспределение государственных средств, выделяемых на финансирование социальных детерминантов здоровья – от воспитания детей и образования до условий жизни и функционирования медико-санитарной помощи – оказывает определяющее значение в улучшении благосостояния населения и обеспечении справедливости в отношении здоровья. В рамках отдельно взятой страны важнейшую роль играет адекватное обеспечение прогрессивного финансирования, пропорциональных инвестиций в улучшение социальных детерминантов здоровья и равномерное распределение бюджетных средств между различными группами населения и регионами. В условиях радикальных ограничений в странах с низким уровнем доходов на внутреннее финансирование решающее значение для устранения вопиющего глобального несправедливости в отношении здоровья оказывают официальные финансовые потоки в виде финансовой помощи и освобождения от уплаты долга. В 1970 г. богатые страны обязались выделять 0,7% своего ВВП на официальную помощь на цели развития (ОГПР). Через 35 лет доля направляемых на эти цели средств составила на деле в среднем 0,33%. Ежегодный уровень глобальной потребности в помощи, связанной с охраной здоровья, т.е. помощи, направляемой на деятельность, главной целью которой является улучшение здоровья населения, оценивается примерно в 27 млрд долл. США (по данным на 2007 г.), причем только для финансирования основных жизненно важных услуг здравоохранения. В 2005 г. общий внешний долг развивающихся стран составлял 2,7 трилл. долл. США, причем счет за обслуживание долга достигал 513 млрд долл. США. Мы должны, как предлагает Sachs, «признать жестокие законы чрезвычайной бедности... Типичная страна, расположенная к югу от Сахары, имеет доход примерно в 350 долл. США на человека в год... Государство, возможно, сумеет получить 15% от 350 долл.

в виде налогов от местной экономики. Это составляет чуть более 50 долл. на человека в год в суммарных государственных доходах (а во многих странах гораздо меньше). Эту незначительную сумму необходимо разделить между всеми государственными службами – исполнительной, законодательной и судебной, полицией, силами обороны, образованием и т.д.» (Sachs, 2007).

Роль государственного финансирования

Справедливость в отношении здоровья зиждется на адекватном обеспечении материальными ресурсами и услугами и их доступности; на безопасных, благоприятных для здоровья условиях жизни и работы и возможностях для обучения, работы и отдыха. В свою очередь все это требует государственных капиталовложений и адекватного государственного финансирования и/или регулирования рынка, при котором частные поставки товаров и услуг могут быть эффективными и служить эффективным средством для равенства в доступе. Все это подразумевает необходимость большего по объему и более справедливого государственного финансирования. Упор на государственное финансирование обусловлен значением общественных благ в расширении деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья и значением государственных инвестиций для того, чтобы охватить все социально-экономические группы. Традиционно принято ожидать от государства активного участия в обеспечении общественных благ. Полностью отданные на откуп рынку, такие блага обеспечиваются в недостаточном объеме (GRN, 2007). Даже там, где товары и услуги могут эффективно и справедливо поставляться через частный сектор, крайне необходимо обеспечить эффективное и компетентное государственное регулирование рынка (см. Гл. 12: *Ответственность рынка*). Согласованная деятельность по улучшению социальных детерминантов здоровья и обеспечению справедливости в отношении здоровья на национальном уровне требует принятия – а также финансирования принципа «учет интересов здоровья во всех стратегиях» (Stahl et al., 2006; см. Гл. 10: *Принципы справедливости и справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах*).

В любой стране для успешного преодоления несправедливости в отношении здоровья необходимо решать проблемы экономического неравенства, включая неравенство в области государственного финансирования. Обеспечение общедоступных коммунальных услуг и инфраструктуры сыграло важнейшую роль в истории развития современных богатых стран (Szreter, 2004). Тем не менее, в странах все еще сохраняется существенное неравенство в финан-

сировании общественных услуг. Будь то медико-санитарная помощь, транспортная инфраструктура или социальная защита, наиболее нуждающимся социальным группам и регионам часто достается наименьшее количество государственных инвестиций. Господствующий в государственных инвестициях перекос в пользу городов нашел отражение в худших показателях состояния здоровья и более низком уровне потребления услуг в сельской местности, особенно в странах с низким и средним доходом.

Экономический рост и распределение

Точка зрения, что экономический рост сам по себе решит проблему бедности в мире, подвергается серьезным сомнениям – и не в самой меньшей степени, такими авторами, как Szreter (2004) и Sachs (2005), а также в программе ООН-Хабитат (2006). В деле сокращения бедности и улучшения состояния здоровья, необходимо добиться более справедливого распределения ресурсов в условиях страны и увеличения международных финансовых трансфертов, не только под давлением морального долга по облегчению страданий, которых можно избежать, но и в контексте продвижения по пути выполнения Целей развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, (KNU5, 20007). Результаты исследований в Латинской Америке позволяют предполагать, что даже незначительное перераспределение дохода через прогрессивное налогообложение и выполнение целевых социальных программ может сделать гораздо больше для снижения уровня бедности, чем многократный и стабильный экономический рост, вследствие крайне неравномерного характера распределения дохода и благосостояния в большинстве стран региона (Pacs de Barro et al., 2002; de Farranti et al., 2004; Woodward & Simms, 2006b) (Вставка 11.1).

Внутренние доходы государства

Главные проблемы, особенно для развивающихся стран, кроются в существующей в настоящий момент системе государственного финансирования внутренней и международной сферы деятельности. Страны с низким доходом часто имеют слабые институты и механизмы взимания подоходного налога, к тому же большая часть рабочей силы занята в неофициальном секторе. Государственные доходы этих стран в сравнительно большей степени зависят от таможенных тарифов на импорт товаров. Либерализация торгов-

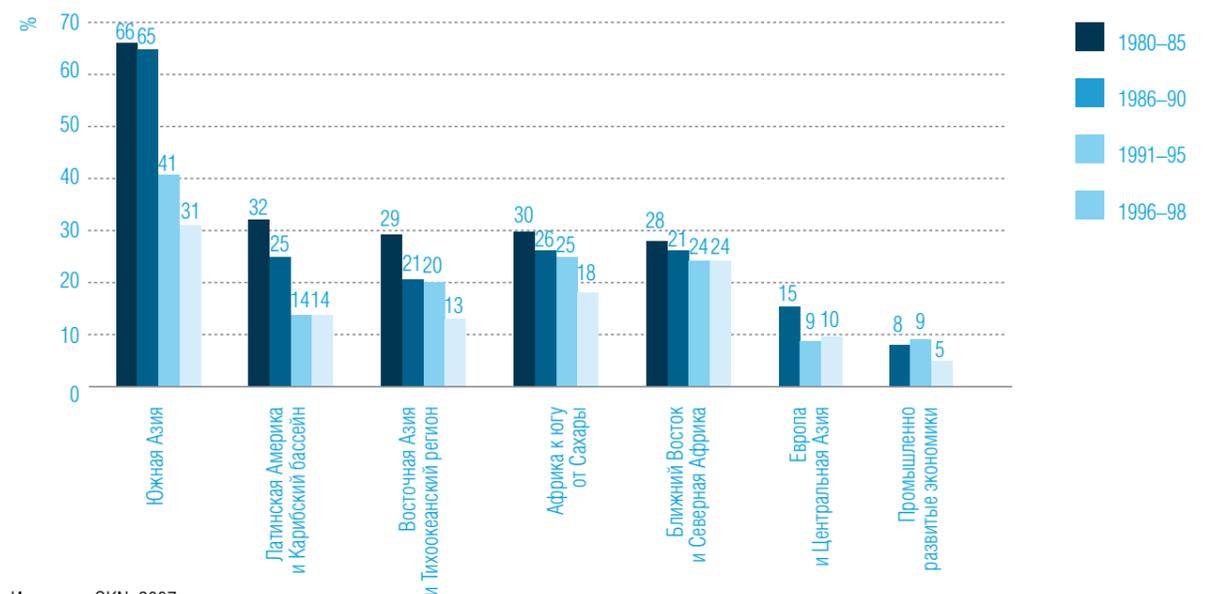
ли в 1970-х гг. существенно снизила доступность таких доходов (GKN, 2007) (Рис. 11.1).

Многие страны не смогли заменить эти потери другими источниками государственных доходов или налогообложением. В результате в большинстве стран с низким доходом произошло общее снижение суммарных поступлений в государственный бюджет (однако начиная с 1998 г. во многих странах с низким доходом эта тенденция прекратилась или поменяла вектор на противоположный). В странах со средним доходом дела обстояли несколько лучше, но в общем, либерализация торговли вылилась в снижение способности национальных органов власти обеспечить государственные расходы на здравоохранение, образование и другие сектора (Baunsgaard & Keepe, 2005; Glenday, 2006). Страны с высокими доходами, с установившейся системой налогообложения и развитой государственной инфраструктурой смогли отказаться от системы формирования доходов от тарифов с минимальными с финансовой точки зрения потерями. Но расширение глобальной конкуренции в области налогообложения (реальной или ощущаемой), негативно сказалось на национальных финансовых возможностях даже в странах с высоким доходом (Tanzi, 2005; Tanzi, 2002; Tanzi, 2004; Tanzi, 2005).

Финансовая помощь и освобождение от долговых обязательств

Увеличение внутреннего государственного финансирования деятельности по обеспечению справедливости в отношении здоровья и улучшению социальных детерминантов здоровья – это средние или долгосрочный процесс. В краткосрочном плане многие бедные ресурсами страны и впредь будут рассчитывать на внешнее финансирование, осуществляемое в виде помощи и освобождения от уплаты долга. Существуют достоверные данные о том, что финансовая помощь может способствовать общему экономическому росту (Mc Gillivray et al., 2005), и непосредственно улучшению здравоохранения (Mishra & Newhouse, 2007). Однако общий поток финансовой помощи хронически отстает от масштабов потребностей в ней и со стороны большинства доноров составляет намного ниже 0,7% ВВП, которые обязались выделять страны ОЭСР в 1969 г. Страны-доноры продолжают занимать двойственную позицию по отношению к размеру помощи, постоянно недотягивая до заданного уровня в 0,7% ВВП и сохраняя разрыв между финансовыми

Рисунок 11.1. Доля тарифов в общем объеме доходов по регионам, 1980–1998



Источник: GKN, 2007

ВСТАВКА 11.1: РОСТ ГЛОБАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКИ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ В ИНТЕРЕСАХ БЕДНЫХ

Недавно было подсчитано, что «снижение бедности на один долл. США требует роста производства и потребления на 166 долл. со всеми вытекающими последствиями для окружающей среды, которые наиболее неблагоприятным образом сказываются на самых бедных. Вкупе с ограничениями глобального роста экономики, связанными с изменением климата, и слишком неблагоприятными суммарными последствиями изменения климата для бедных слоев населения, это заставляет серьезно усомниться в правильности преобладающего мнения о том, что глобальный рост экономики должен быть главным средством сокращения масштабов нищеты. Политические круги и мировая экономическая система должны

сосредоточить свои усилия не столько на экономическом росте, сколько непосредственно на решении социальных и экологических задач».

Комиссия не умаляет важнейшего значения экономического роста. Тем не менее, она указывает на потенциально серьезные экологические последствия и незначительное влияние на уровень нищеты тех моделей экономического роста, которые недостаточно внимания уделяют распределению выгод от роста экономики.

Перепечатано с разрешения издателя из Woodward & Simms (2006).

обязательствами и реально выплаченными средствами. В 2005 г. было реально доставлено только 70% помощи, предусмотренной обязательствами. Значительная доля помощи продолжает увязываться с интересами торговли и безопасности страны-донора, в то же время факты свидетельствуют о том, что доноры, выделяющие средства, следуют своим геополитическим интересам не в меньшей, если не большей степени, чем интересам глобальных потребностей (Вставка 11.2).

Имеются также данные, указывающие на то, что можно назвать дефицитом доверия между донорами и получателями денег, что приводит к выдвиганию многочисленных и обременительных условий предоставления помощи, повышающих транзакционные издержки для зачастую слабой бюрократии страны-получателя и ограничивающих свободу получателей в определении собственных приоритетов в развитии и финансировании. Конечный результат – периодические, достаточно репрессивные изменения в потоках помощи, вызывающие состояние нестабильности (Рис. 11.2, Вставка 11.3),

порождающей, как показывает практика, угрозу состоянию здоровья (Bokhari, Gollet & Gai, 2005).

Помощь в развитии здравоохранения

Та часть общемировой финансовой помощи, которая выделяется на целенаправленные действия по улучшению здоровья, в значительной степени направляется на финансирование деятельности в рамках сектора здравоохранения. Большая часть помощи остается в границах ряда узких вмешательств и направляется преимущественно на лечение в ущерб инвестициям в профилактику. Значительные ассигнования (15 млрд долл. США) на борьбу с ВИЧ/СПИДом в рамках Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в борьбе со СПИДом (PEPFAR) служат наглядным примером сложившегося положения (Рис. 11.3, Вставка 11.4).

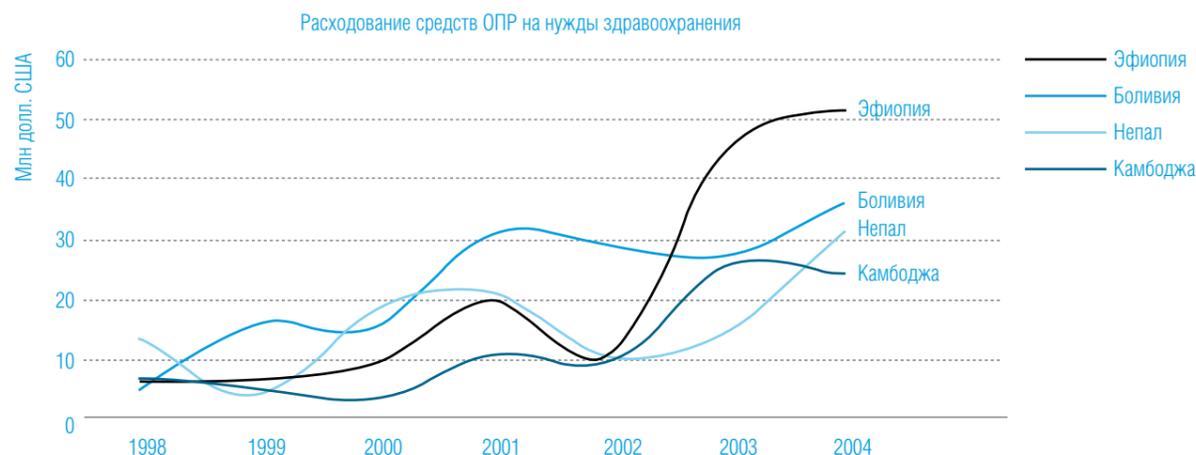
Тем временем тяжелое бремя остающегося долга, в некоторых случаях безусловно имеющего одиозные размеры, продолжает отвлекать государственные ресурсы от инвестиций на цели развития.

ВСТАВКА 11.2 МЕЖДУНАРОДНАЯ ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ И ПОТРЕБНОСТЬ В НЕЙ

Свыше 60% общего увеличения объема официальной помощи на цели развития в 2001-2004 гг. приходилось на Афганистан, Демократическую Республику Конго и Ирак, несмотря на то что в этих трех странах проживает менее 3% бедного населения развивающихся стран. В

значительной мере причиной существенного увеличения объема официальной помощи на цели развития в 2005 г. является предоставление Ираку и Нигерии освобождения от уплаты долга.

Рисунок 11.2. Расходование средств Официальной помощи в целях развития на нужды здравоохранения в некоторых странах



Перепечатано, с разрешения автора, из World Bank (2006a).

ВСТАВКА 11.3. НЕСТАБИЛЬНОСТЬ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

Несмотря на увеличение объема помощи на охрану здоровья, ее непостоянство не только снижает возможности получателя помощи планировать свои расходы, но и напрямую ассоциируется с негативными результатами в сфере охраны здоровья. Эконометрический анализ детской смертности в 75 развивающихся странах в период

с 1995 по 2000 гг. показал, что «низкий объем (помощи) и высокий уровень непостоянства донорского финансирования на цели здоровья объясняют сравнительно медленный прогресс в снижении уровня смертности детей до 5 лет в некоторых странах».

Источник: Bohhari, Gottret & Gali, 2005.

Долговой кризис в развивающихся странах был результатом повышения цен на нефть, неправильной оценки потребностей и неудачной схемы займов (как со стороны кредитора, так и со стороны заемщика), высокой степени отвлечения займов, ухудшения условий погашения займа, падения как цен, так и спроса со стороны развитых стран на экспортные товары из стран-должников. В странах, сильнее всего затронутых долговым кризисом, наблюдается колоссальный рост задолженности в последние сорок лет, тогда как рост доходов на душу населения характеризуется стагнацией. Задолженность негативно отражается на бюджетных расходах на нужды социального сектора, особенно это касается объемов государственных инвестиций в блага, которые невозможно приобрести на заработную плату, например в инфраструктуру (GKN, 2007).

Такая многообещающая мера, как освобождение от уплаты долга, применяется только по отношению к странам с высоким уровнем задолженности (ХИПК). В то же время другие страны, бедные ресурсами, несправедливо лишаются помощи в погашении долга. В любом случае это медленный процесс, обставленный, как и процесс предоставления финансовой помощи, обременительными условиями, ограничивающими способность государства инвестировать в необходимые для социального сектора расходы (Вставка 11.5). Статистические данные по 35 из 40 стран с высоким уровнем задолженности, которые расположены к югу от Сахары, подчеркивают главную проблему: хотя эти страны в 1970-2002 гг. получили 294 млрд долл. США в виде кредитов и выплатили 268 млрд долл. США, тем не менее сумма их задолженности к 2004 г. составила 210 млрд долл. США (UNCTAD, 2004).

Наряду с финансовой помощью и освобождением от уплаты долга, международное сообщество может способствовать созданию благоприятных условий для экономического роста и наращивания государственных финансов, используя ряд механизмов: например,

более четкие и ясные международные соглашения и более эффективные действия на международном уровне по расширению гарантий странам по рискам, связанным с наступлением конфликта; расширение деятельности, направленной на мониторинг добычи природных ресурсов и торговли ими; более строгие международные правовые стандарты для деловых отношений богатых стран с торговыми партнерами с низким и средним доходом и поддержка в разработке преференциальных торговых соглашений, которые предусматривают защитные меры для стран, старающихся нарастить потенциал для участия в мировом рынке на конкурентных условиях, стимулирующих эффективное развитие национальной экономики (Collier, 2006).

МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

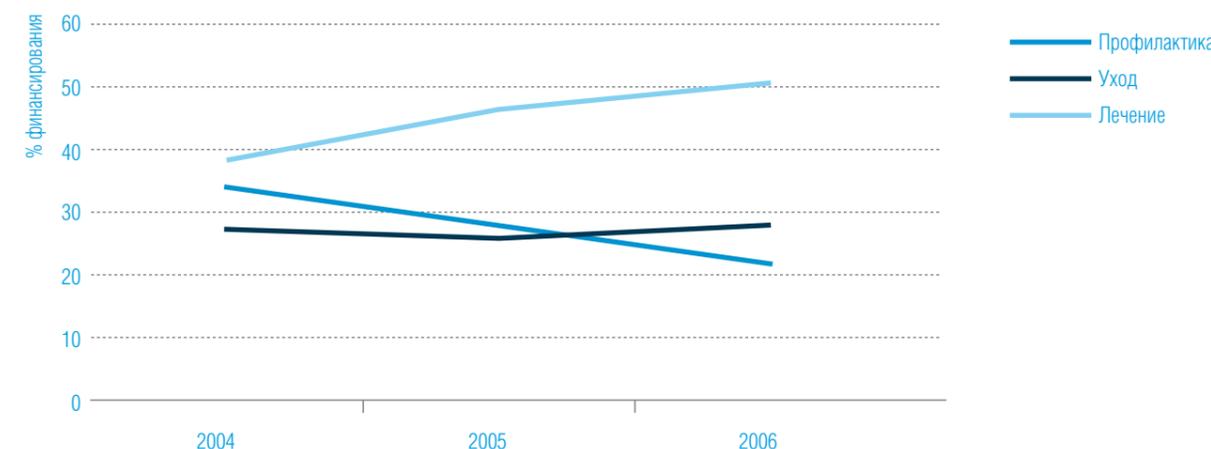
Комиссия рекомендует:

11.1. Страны-доноры, многосторонние агентства и страны-члены должны создавать и укреплять национальный потенциал для осуществления прогрессивного налогообложения (см. Рек. 8.1; 8.3; 9.2; 10.2).

Прогрессивное налогообложение

Задача повышения объемов внутренних доходов для обеспечения справедливого государственного финансирования требует более жесткого прогрессивного налогообложения. Это предполагает укрепление налоговой системы и собираемости налогов, особенно создание институциональной структуры в условиях низкого уровня доходов (Вставка 11.6). В системе налогообложения прямые налоги, такие, как подоходный или имущественный (налог на недвижимость), должны преобладать над косвенными налогами, такими, как налог на торговлю или налог с оборота¹⁰. В 1970–1990 г. в нало-

Рисунок 11.3. Изменения в распределении расходов в соответствии с Президентским чрезвычайным планом помощи большим СПИДом, 2004–2006



Источник: USAID, 2006.

СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 11.1

Увеличить государственное финансирование деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья.

¹⁰ В отношении налогообложения и транснациональных корпораций меры по сокращению масштабов бегства капитала и уклонения от налогов через механизмы внутрифирменного ценообразования, вероятно, не менее важны, чем сокращение налоговых стимулов для инвестирования в свободных экономических зонах (GKN, 2007).

говых режимах Восточной Азии основной упор делался на прямое налогообложение, другие виды налогов использовались в меньшей степени. В то же время страны к югу от Сахары в значительной степени рассчитывали на косвенные налоги – налог с товарооборота и налог на торговлю (Рис. 11.4). Несмотря на другие приводящие факторы, в Восточной Азии происходил интенсивный рост экономики и отмечалось улучшение в состоянии здоровья населения в этот период, тогда как страны к югу от Сахары переживали масштабную стагнацию, а в некоторых случаях и спад экономики.

Многие страны со сравнительно слабой налоговой системой и высоким уровнем занятости в неформальном секторе, где взимание налогов в полном объеме проблематично, опираются на косвенные налоговые поступления, например торговые тарифы, направляя их на формирование источников для государственных расходов. Странам с высоким и средним уровнем дохода не следует требовать дальнейшего снижения тарифов в двухсторонних, региональных и международных торговых переговорах со странами с низким доходом, где они все еще используются в качестве основного источника государственных доходов. В свою очередь страны с низким уровнем дохода должны быть чрезвычайно осмотрительны, соглашаясь на снижение тарифов прежде, чем будут созданы или улучшены альтернативные потоки финансовых поступлений в бюджет. Для того чтобы расширить возможности прямого налогообложения в долгосрочном плане, необходимо сделать доступными целенаправленную финансовую помощь и техническую поддержку. Многосторонние усилия требуются не только для снижения неблагоприятного воздействия последствий либерализации торговли и финансового рынка на национальные бюджетные ресурсы, но и для ужесточения принудительно применимых на глобальном уровне правовых норм, направленных на сокращение масштабов уклонения от налогов и бегства капиталов (Вставка 11.7).

Меры по борьбе с использованием офшорных финансовых центров для уклонения от налогов, предусмотренных национальным налоговым законодательством, обеспечили бы ресурсы для развития, по меньшей мере, сравнимые с теми, которые можно было бы получить за счет новых налогов. По некоторым оценкам, использование офшорных финансовых центров с целью уклонения от налогов оборачивается для развивающихся стран потерей доходов в размере 50 млрд долл. США в год (Oxfam Great Britain, 2000). Стоимость (личных) средств на офшорных счетах составляет 8–11,5 трилл. долл. США, не считая недвижимого имущества (Tax Justice Network, 2005). Ежегодные потери вследствие такого уклонения от налогов составляют, по меньшей мере, 160 млрд долл. США, т.е. приблизительно сравнимы с объемом дополнительной помощи развитию, необходимой для достижения ЦРДТ. (Проект тысячелетия ООН, 2005). Сокращение масштабов уклонения от налогов увеличило бы бюджетный потенциал государства в равной

степени как в богатых, так и в бедных странах. Это также способствовало уменьшению экономического неравенства, поскольку большинство упомянутых возможностей по уходу от налогов, доступно только состоятельным людям.

Комиссия рекомендует:

11.2. Должны быть разработаны новые национальные и международные механизмы государственного финансирования, включая специальные налоги на развитие здравоохранения и возможность выбора налогов на глобальном уровне (см. Рис. 9,2; 10.2).

Существуют различные варианты увеличения средств государственно бюджета, используемые в странах с низким, средним и высоким доходом, но, возможно, они особенно актуальны с точки зрения возможности выгодного использования дополнительных финансовых средств в условиях низких доходов. Новые отчисления на здравоохранение введены или рассматриваются в ряде стран: в Гане взимается 2,5% налог на добавленную стоимость; в Зимбабве на борьбу с ВИЧ/СПИДом взимается 3% личный подоходный налог; в Таиланде обложена налогом табачная и алкогольная продукция (HSKN, 2007). В Южной Африке ошутимо повысилась собираемость налогов; в Боливии в 1980-х гг. благодаря налоговой реформе государственные доходы увеличились в шесть раз (Wagstaff, 2007).

Налоги в глобализованном мире

Экономическая практика приобретает все более глобализованный характер, включая офшорные налоговые убежища, и это является серьезным аргументом в пользу развития системы глобального налогообложения – не в самую последнюю очередь в связи с признанием взаимозависимости интересов и роста значения глобальных общественных благ для здоровья населения. Налог на авиабилеты, доходы от которого целенаправленно расходуются на закупку препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии и на поддержку систем общественного здравоохранения в бедных странах, уже введен в ряде стран (Farley, 2006; Министерство экономики, 2006). Налог на сделки с иностранной валютой с целью уменьшить финансовую нестабильность (налог Тобина) был первоначально предложен экономистом Джеймсом Тобином. Впоследствии он (и аналогичные предложения по налогообложению) был признан как один из множества потенциальных источников доходов для финансирования систем здравоохранения в странах с низким и средним доходом, позволяя им ближе подойти к общепринятой стратегии развития (Gottret & Schieber, 2006). По некоторым оценкам, такой налог при очень низкой ставке (0,02%) помог бы получить 17–35 млрд долл. США в год, в литературе приводятся и более высокие оценки (Nissanke, 2003).

Альтернативой налогу Тобина является налог на валютные сделки, разработанный как «солидаризированный налог» специально для генерирования новых глобальных государственных средств для финансирования развития (Hillman et al., 2006). Налог на валютные сделки может взиматься в одностороннем порядке странами или валютными союзами. По оценкам, этот налог может давать 2,07 млрд долл. США в год, если его применят в Великобритании, 170 млрд долл. США – в Норвегии и 4,3 млрд долл. США – в странах зоны евро (Hillman et al., 2006). Несмотря на осторожность в оценке плюсов и минусов налога на валютные сделки, Консультативная Группа ООН по Финансированию Раз-

вития (Zedillo et al., 2006) подчеркивает необходимость новых источников финансирования для развития и предложила создать Международную налоговую организацию, чтобы ограничить налоговую конкуренцию и практику уклонения от уплаты налогов. Каковыми бы ни были плюсы и минусы любого одностороннего предложения, налогообложение финансовых сделок для сбора доходов на цели развития в настоящее время рассматривается как практически осуществимая и уместная мера. Как и в случае погашения долга, чтобы подобные новые инициативы по извлечению доходов были эффективными, они должны реально дополнять уже имеющиеся финансовые средства на цели развития, а не заменять действующие потоки.

ВСТАВКА 11.5 ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ ДОЛГА И СОЦИАЛЬНЫЕ РАСХОДЫ

Расходы Непала на обслуживание долга превышают затраты государства на образование. В этой стране на 180 детей приходится один учитель. Освобождение от уплаты долга, вероятно, будет отсрочено из-за условий, выставленных кредиторами. Чад в 2006 г. израсходовал 66 млн долл. США на обслуживание долга. Это одна из немногих стран, в которых берут плату за обучение в школе. В Чаде только одна из трех девочек посещает школу. В глобальном масштабе необходимы еще 17 млрд долл. США в год, чтобы обеспечить обучение для всех девочек и мальчиков. В 2005 г. все развивающиеся страны израсходовали в 30 раз большую сумму только на обслуживание долга. По мнению Всемирного банка и МВФ, задолженность Кении можно считать «приемлемой», и потому она не подлежит освобождению от уплаты долга. Два послед-

них бюджета Кении предусматривали сумму выделенную на погашение задолженности на 350 млн долл. США превышающую расходы страны на образование. Более 1 млн кенийских детей не ходят в начальную школу. Многократные исследования показали положительное влияние освобождения от уплаты долга на уровень доступности социальных услуг, при этом, в большинстве из них отмечалось, что образование выиграло в наибольшей степени. После получения освобождения от долга Малави, Уганда и Танзания отменили взимание платы за обучение в начальной школе. Это помогло более 1 млн детей пойти в школу в каждой из этих стран. За счет освобождения от долга каждый год в Малави готовят 4000 учителей, а в Мали платят зарплату 5000 сельских учителей.

Источник: Jubilee Debt Campaign, 2007

ВСТАВКА 11.6. УКРЕПЛЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ И МЕЖДУНАРОДНОЙ НАЛОГОВОЙ СИСТЕМЫ

Разработать эффективную и справедливую налоговую систему. Главное условие увеличения государственных доходов – это налоговая система с широкой базой для налогообложения. Налогообложение должно быть основано на платежеспособности, и богатые индивидуумы, крупные землевладельцы и частные компании должны облагаться соответствующим налогом. Государство обязано активно использовать фискальные меры для уменьшения неравенства в доходах и распределении богатства.

Укрепление налоговых и финансовых органов. Во многих странах налоговые органы или еще недостаточно развиты, или, по меньшей мере, нуждаются в укреплении. Это предполагает наличие правовой основы, а также необходимого персонала и технической инфраструктуры.

Эффективное налогообложение транснациональных корпораций. Одним из важнейших элементов эффективной налоговой системы является эффективное налогообложение транснациональных корпораций. С этой точки зрения налоговые каникулы или налоговые стимулы для транснациональных инвесторов в свободных экономических зонах контрпродуктивны.

Обязательное регулирование прозрачности цепочки платежей. Налоги и роялти, взимаемые с иностранных инвестиций в секторах, добывающих нефть, природный газ и полезные ископаемые, очень важны для стран, богатых ресурсами, ... но часто информация о них не разгла-

шается правительствами или заинтересованными компаниями. Поэтому от всех функционирующих с разрешения государства открытых акционерных компаний необходимо требовать раскрытия информации о налогах, роялти, сборах и других сделках с государством и организациями частного сектора во всех странах, где они работают.

Борьба с коррупцией и взяточничеством. В странах, пораженных этим злом, и на международном уровне необходимо установить более решительные правила и процедуры. Конвенция ООН по борьбе с коррупцией, которая вступила в силу в декабре 2005 г., должна быть ратифицирована как можно быстрее и претворена в жизнь.

Расширение международного сотрудничества в области налогообложения. Главным условием успеха национальной налоговой реформы является более тесное сотрудничество между государствами на международном уровне. Более скоординированная [международная] политика в области налогообложения была бы выгодна для большинству стран (за исключением некоторых наиболее откровенных «налоговых гаваней»). До сих пор не существует ни одного межправительственного глобального форума для дискуссий по вопросам налогообложения. В течение многих лет раздавались призывы к созданию Международной организации по налогам, чтобы закрыть эту брешь в глобальном управлении. Она должна быть учреждена под эгидой ООН.

Перепечатано с разрешения издателя из Martens (2007).

ВСТАВКА 11.4 ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ И ПРОБЛЕМА ВИЧ/СПИДА

Распределение выделенных в 2004–2006 гг. программой PEPFAR ассигнований не только показывает предпочтительное инвестирование в лечение, а не в профилактику, но и существенное сокращение доли от объема финансирования, приходящейся на профилактическую деятельность – с более чем одной третьей в 2004 г. до менее чем одной четвертой через два года. PEPFAR представляет собой один из наиболее значительных специальных каналов

международного финансирования охраны здоровья за последние 20 лет. При том, что задействованы серьезные денежные средства, в программе просматривается вызывающее тревогу несоответствие между донорской риторикой и реальной практикой стран-доноров, которая продолжает отдавать предпочтение медицинским и лечебным вмешательствам, особенно когда это отвечает внутривластным установкам

СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 11.2

Увеличить международное финансирование для обеспечения справедливости в отношении здоровья и скоординировать возросший объем средств в соответствии с действиями в рамках социальных детерминантов здоровья.

Комиссия рекомендует:

11.3. Страны-доноры должны выполнять свои обязательства, увеличив денежную помощь до 0,7% своего ВВП; расширить действие Многосторонней инициативы по освобождению от уплаты долга и координировать использование финансовой помощи через систему социальных детерминантов здоровья (см. Рек. 13.6; 15,2).

Критики взаимозависимости финансовой помощи и экономического роста в странах-получателях этой помощи внесли свой вклад в сокращение официальной помощи на цели развития в 1990-х гг. (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Easterly, 2006; Quartly, 2005; Rajan & Subramanian, 2005; Scheider, 2005; Svenson, 2000). Новый эмпирический анализ, частично являющийся результатом уточненных данных, с большей определенностью показывает взаимосвязь между официальной помощью на цели развития и экономическим ростом (GKN, 2007). Метаанализ показывает наличие связей, о которых упоминается в десятках самостоятельных эмпирических исследований (Clemens et al., 2004; McGillivray et al., 2005). По оценкам Collier и Dollar (2005), финансовая помощь ежегодно дает возможность 30 млн. человек подняться из абсолютной нищеты. Поскольку Комиссия подтверждает вклад финансовой помощи в экономический рост, особое внимание следует уделить вкладу этой помощи в удовлетворение основных нужд, связанных с охраной здоровья.

Помощь на цели развития в интересах здоровья

В последние годы существенно возросли объемы помощи на цели развития в интересах здоровья, представляющей финансовую помощь, направляемую прежде всего в сектор здравоохранения, (Рис. 11.5). Однако в целом помощь остается недостаточной, чтобы покрыть потребности в услугах здравоохранения. По оценке Комиссии по макроэкономике и здравоохранению, помощь для нужд здравоохранения следует увеличить примерно до 34 долл. США на человека в год к 2007 г., а к 2015. увеличить до 38 долл. США на человека в год (недавно этот показатель был пересмотрен и приближен к 40 долл. США на человека), чтобы «обеспечить базовое лечение и уход» (СМН, 2001).

Общий объем помощи должен быть увеличен. Но помимо помощи, выделяемой в виде финансирования основных вмешательств в отношении здравоохранения, Комиссия настоятельно рекомендует странам-донорам и странам-получателям принять более всеобъемлющую систему социальных детерминантов, чтобы увеличить объем помощи в целом, координацию предоставленных средств и соотнесение направлений расходования помощи с более общими планами развития стран-получателей, в соответствии с Парижской декларацией об эффективности финансовой помощи (2005).

Система социальных детерминантов и финансовая помощь

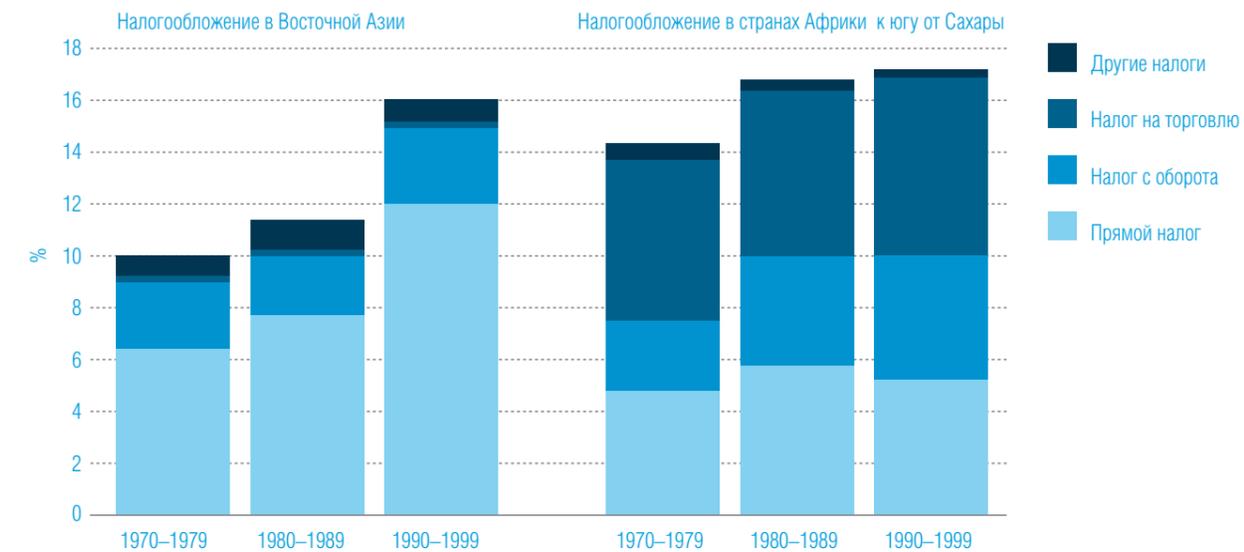
Улучшения координации и соотнесения помощи с общими планами можно добиться, сделав акцент на объединение фондов на международном уровне, при многостороннем и прозрачном управлении и регулировании. Приемлемость страны-получателя и донорские отчисления должны определяться

в соответствии с согласованными потребностями и целями развития (с учетом основных элементов системы социальных детерминантов здоровья) при долголетней стабильности донорских затрат и доходов страны-получателя. Основание нового многостороннего института, занимающегося исключительно организацией широкой, надежной, более согласованной системы международной помощи, может показаться утопическим. Однако примеры деятельности Международной программы финансирования иммунизации (Вставка 11.8) и происходящие сейчас реформы ООН позволяют предполагать, что подобные инновации не только жизнеспособны, но и необходимы (см. Гл. 15: *Справедливое управление на глобальном уровне*).

В ближайшей перспективе доля помощи, увязанной, например, с торговыми интересами донора, должна быть сокращена, а доля,

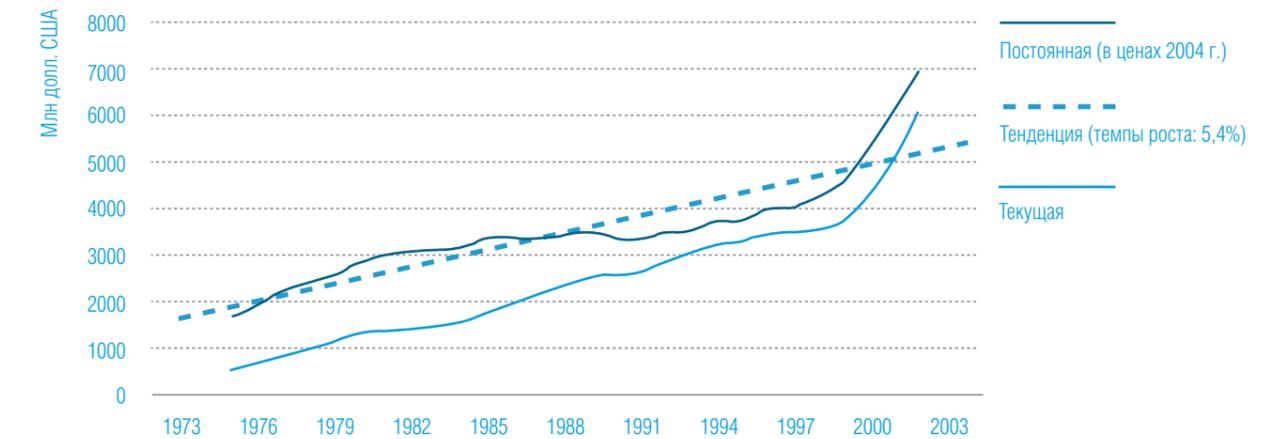
предоставляемая в качестве общей поддержки бюджета, должна быть существенно увеличена (Вставка 11.9). Доноры признали, что проблема здоровья связана с различными секторами, и что необходимо бороться не только с непосредственными причинами плохого здоровья и неравенством в здравоохранении, но и учитывать более широкий круг детерминантов. Однако, если оставить в стороне риторику, практика донорской помощи в целом и в отношении здоровья, в частности, в значительной мере до сих пор привязана к определенному сектору и носит технократический характер (Sachs, 2004). Преимущество общей поддержки бюджета состоит в том, что это более «чистая» форма финансовой помощи всему государству. Условием для увеличения общей поддержки бюджета – снижения риска оттока такой помощи из деятельности, связанной с охраной здоровья, - является то, что

Рисунок 11.4. Налогообложение в Восточной Азии (слева) и в странах Африки к югу от Сахары (справа), 1970–1989 и 1990–1999



Перепечатано, с разрешения издателя, из Cobham (2005).

Рисунок 11.5. Помощь в целях развития для нужд здравоохранения в 1973–2004 гг.: 5-летнее скользящее среднее, финансовые обязательства



Перепечатано, с разрешения автора, из DAC (2005).

ВСТАВКА 11.7 НАЛОГОВАЯ КОНКУРЕНЦИЯ И «ФИСКАЛЬНЫЕ ТЕРМИТЫ»

Глобализация ограничила способность государств собирать налоги, расширяя возможности корпораций и состоятельных индивидуумов минимизировать задолженность по налоговым платежам путем перемещения активов, операций и даже самих себя из-под юрисдикции с высокими налогами под юрисдикцию с низкими налогами. Бывший руководитель Департамента финансов МВФ выявил ряд «фискальных термитов», которые подтачивают потенциал налоговой системы государства равно как в богатых, так и в бедных странах. К ним относятся гипермобильность финансового капитала и индивидуумов с высокими доходами и с высокой конкурентоспособностью, т.к. «высокие ставки налогов на финансовый капитал или индивидуумов с высокой мобильностью служат для налогоплательщиков мощным стимулом к вывозу капитала под иностранную юрисдикцию, где налоги не так высоки, или к переезду в страны

с низкими налогами». Здесь не указан еще один вид т.н. «термитов», вызывающий растущие опасения. Он является последствием приобретающей все большее значение внутрифирменной торговли между подразделениями транснациональных корпораций: по оценкам, она составляла треть всей мировой торговли в конце 1990-х гг. Это создает многочисленные возможности для корпораций снизить свою задолженность по налоговым платежам через внутрифирменное ценообразование (установление цены на товары и услуги между игроками внутри одной фирмы, что позволяет искусственно занижать товарооборот в отчетности в условиях налоговой среды с более высокими ставками). По некоторым оценкам, подобное неправильное ценообразование явилось причиной утечки финансовых средств в сумме более 31 млрд долл.США из Африки в США в 1996–2005 гг. Источник: GKN, 2007.

СПРАВЕДЛИВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 11.3

Справедливо распределять государственные средства на целенаправленные действия по улучшению социальных детерминантов здоровья.

деньги вкладываются в конкретную программу действий по улучшению социальных детерминантов здоровья и что страны-получатели выполняют свои обязательства по этой программе.

Стратегия сокращения масштабов нищеты, вероятно, является главной организующей программой, регулирующей расходы на цели развития в рамках Системы финансирования борьбы с бедностью и экономического развития в МВФ (?). Стратегия сокращения масштабов нищеты предполагает достижение консенсуса в отношении потребностей развития и согласованности в планировании развития внутри страны. Она предоставляет реальные возможности для улучшения координации и ориентации финансовой помощи через систему отраслевых инвестиций, очень похожую на систему социальных детерминантов здоровья.

Однако критерии эффективности стратегии, особенно упор на макроэкономическое регулирование, оказали неблагоприятное влияние на национальное политическое пространство и государственные расходы, например, на образование и медико-санитарную помощь, даже при наличии фондов развития этих секторов (Ambrose, 2006; Ooms & Schrecker, 2005). Хотя МВФ не устанавливает явных ограничений на расходы на здравоохра-

нение, тем не менее, его стратегии и цели в целом, частично выраженные в программе МТЕФ (Среднесрочная структура расходов бюджета), ограничивают средства на медико-санитарную помощь и оплату работников здравоохранения, и министерствам здравоохранения трудно влиять на процесс утверждения бюджета (Wood, 2006).

С точки зрения социальных детерминантов здоровья Стратегия сокращения масштабов нищеты оказалась в некоторой степени упущенным шансом. Она сулила многообещающие перспективы для более ответственной межотраслевой деятельности, однако правительства, преимущественно под влиянием министерств финансов, не спешат воспользоваться этим шансом, как и международные организации, не обеспечивающие их соответствующими стимулами, поддержкой и возможностями. Во многих случаях стратегии не учитывают важнейшие детерминанты здоровья, такие, как занятость. При правильном использовании и с помощью более представительных и активных консультаций между национальными заинтересованными кругами Стратегия предоставляет потенциально действенный инструмент для организованных совместных действий правительства и предста-

вителей гражданского общества стран-получателей помощи по сокращению масштабов нищеты, с использованием системы социальных детерминантов здоровья (Вставка 11.10).

Освобождение от уплаты долга

Погашение долга для стран с высоким уровнем задолженности (ХИПК) сделало возможным увеличение государственных расходов на такие базовые потребности, как медико-санитарная помощь и образование в ряде стран-получателей финансовой помощи (Группа независимой оценки Всемирного банка, 2006). Однако «успех» этой меры носит переменный характер. Отмечается настоятельная потребность в более радикальном освобождении от уплаты долга и более эффективном применении этой меры для поддержки социальных детерминантов здоровья.

Первый механизм расширения круга освобождения от уплаты связан с пересмотром уровня обслуживания долга странами с низким и средним доходом до приемлемого значения, позволяющего обеспечивать основные потребности в области охраны здоровья. Программа «Цели развития тысячелетия» рекомендовала пересмотреть понятие устойчивой задолженности и определила ее как уровень задолженности, совместимый с достижением ЦРДТ, что для многих стран с высоким уровнем задолженности потребует 100%-ого списания долга, а для стран со средним доходом более существенного освобождения от уплаты, чем предполагалось (Программа Цели развития тысячелетия ООН, 2005). Второй механизм – отдельная инициатива освобождения от уплаты долга для стран со средним доходом, имеющих высокий уровень задолженности, во Всемирном Банке либо в МВФ. Этот механизм помогает избежать долгового кризиса в будущем и защитить социальные расходы в условиях тяжелого долгового бремени (Dervis & Birdsall, 2006). Третий вариант – практически осуществимый подход к списанию долга с точки зрения чистого дохода, основанный на минимальном доходе на душу населения в 3 долл. США в день при паритете покупательной способности (Edwards, 2006). Используя этот метод, Мандел приходит к выводу, что 31–43% всей задолженности развивающихся стран – это касается 93–107 государств – необходимо списать, чтобы сократить масштабы нищеты и достичь выполнения ЦРДТ (Mandel, 2006). Расширение освобождения от уплаты долга должно осуществляться при условии четких обязательств со стороны стран-получателей заметно увеличить расходы на социальный сектор и обеспечить возможность регулярной оценки эффективности этих действий со стороны представителей гражданского общества. Экономические выгоды освобождения от уплаты долга будут очевидны только тогда, когда на самом деле станут дополнением к доходам, уже полученным за счет помощи на цели развития (Bird & Milne, 2003; Arslanalp & Henry, 2006).

Комиссия рекомендует:

11.4. Международные финансовые институты должны обеспечить прозрачные условия для международных займов и кредитования, чтобы избежать будущей непогашенной задолженности.

Будущая ответственность за погашение долга

Международное сообщество должно признать, что, учитывая огромные потребности бедных стран в капитале, займы на международных финансовых рынках в будущем неизбежны. Имеющиеся факты свидетельствуют о том, что в странах-должниках, освобожденных от уплаты долга, после 2000 г. снова начала расти общая сумма задолженности (Рис. 11.6). В будущей системе предоставления кредитов необходимо сместить фокус с узких показателей экономической устойчивости в сторону требования «налоговой ответственности». Понятие налоговой ответственности имеет экономический, социальный и политический аспекты. Необходимо использовать более широкие показатели экономической уязвимости при оценке степени вероятности возникновения налоговых проблем у страны. Они могут включать зависимость страны от основных видов сырья и частых стихийных бедствий или масштабов эпидемий ВИЧ/СПИДа. Но понятие долговой ответственности еще шире. Нужна большая прозрачность и в самом процессе займов: государственные заемщики и кредиторы должны подвергаться тщательной проверке, предусмотренной законом, при участии общественности в принятии важных политических решений. Строгий контроль кредиторов за бедными странами с высоким уровнем задолженности вновь вызвал потребность в более сбалансированном подходе к списанию долга. Конференция ООН по торговле и развитию (ЮНКТАД) (2006) и долговые партнеры призвали к реформам международной финансовой системы с целью обеспечения четко разработанной процедуры банкротства и независимого арбитража между кредиторами и должниками. Стоит напомнить, в связи с увеличением финансовой помощи и сокращением задолженности, получатели растущих сумм должны отчитываться о результативности расходов на действия по улучшению социальных детерминантов здоровья, и о реально достигнутых позитивных тенденциях в обеспечении справедливости в отношении здоровья.

ВСТАВКА 11.8. МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Международная система финансирования иммунизации – это новый многосторонний институт финансовой помощи развитию, поддерживаемый суверенными донорами (в настоящее время это Франция, Италия, Норвегия, Южная Африка, Испания, Швеция и Великобритания). Президент Бразилии Лула также заверил в своей поддержке этого процесса. Всемирный банк выступает в качестве распорядителя финансов. Финансовую основу организации составляют юридически обоснованные платежные обязательства. Предполагается, что Организация будет занимать средства для финансирования на международных рынках капитала в течение последующих 10 лет, составляющие разумно ограниченную долю суверенных обязательств, из которых складывается ее финансовая база (уровень капитализации).

Центральная задача Организации – помочь спасти больше детских жизней и сделать это как можно быстрее, чтобы добиться результатов, обозначенных в ЦРДТ. Организация была создана, чтобы быстрее обеспечить

наличие привлеченных финансовых средств для использования в реализации программ охраны здоровья и иммунизации в 70 беднейших странах мира. Программа финансирования спланирована так, что, инвестируя большую часть средств на начальном этапе («первоначальные расходы»), она гарантирует существенное увеличение объема финансовой помощи и обеспечение надежных и предсказуемых денежных потоков, направленных на реализацию программ иммунизации и развитие системы здравоохранения в течение всего периода до 2015 г. включительно. Предполагаемая сумма инвестиций в 4 млрд долл. США, по расчетам, должна помочь предупредить 5 млн. детских смертей в 2006–2015 гг. и более 5 млн смертей среди взрослого населения в будущем благодаря иммунизации 500 млн детей против кори, столбняка и желтой лихорадки.

С исправлениями и с разрешения сайта <http://www.iff-immunization.org/>

ВСТАВКА 11.9. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬШЕЙ СОГЛАСОВАННОСТИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ: СДВИГ В СТОРОНУ ОБЩЕЙ ПОДДЕРЖКИ БЮДЖЕТА

Потоки традиционных форм международной помощи выходили преимущественно за рамки формирования официальных бюджетов стран-получателей. Такой способ предоставления помощи неоднократно подвергался критике за негативное влияние на способность правительства страны-получателя планировать свои расходы. Политические условия и ограничения на расходование средств еще больше сокращали национальное политическое пространство стран-получателей в области деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья, в частности, например, там, где финансовую помощь не разрешается вливать в основные институциональные расходы, такие, как фонд заработной платы государственного сектора. Ключевой механизм

финансирования и повышения способности стран-получателей планировать совместную межотраслевую деятельность в целях развития – это переход доноров к общей поддержке бюджета. В этом случае поток финансовой помощи проходит через процесс составления бюджета, тем самым усиливая контроль органов власти в странах-получателях за выработкой и утверждением стратегий, для финансирования которых и была предназначена помощь. В настоящее время общая поддержка бюджета составляет сравнительно небольшую долю в общем объеме финансовой помощи, но есть признаки ее увеличения в будущем.

Источник: GKN, 2007.

ВСТАВКА 11.10. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИИ СОКРАЩЕНИЯ БЕДНОСТИ

Повышение эффективности Стратегии требует:

более четкой опоры на Стратегию для обеспечения согласованности в принятии решений и в межотраслевом взаимодействии на национальном уровне;

увеличения помощи от доноров и национальных правительств для финансирования межотраслевой работы по улучшению социальных детерминантов здоровья;

больше внимания со стороны международного сообщества к укреплению межотраслевого взаимодействия в сфере здравоохранения под руководством ВОЗ;

большего объема помощи министерствам здравоохранения, которые пытаются совместно с министерствами финансов и МВФ участвовать в рассмотрении размера бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение;

гарантированной возможности гибкого подхода к планированию расходов (МТЕФ) на основные текущие издержки (такие, как трудовые ресурсы в здравоохранении).

Источник: GKN, 2007.

Комиссия рекомендует:

11.5. Национальные и местные органы власти и гражданское общество должны сформировать общий механизм выделения бюджетных средств на целенаправленные действия по улучшению социальных детерминантов здоровья (см. Рек. 10.2).

Справедливое выделение средств

Многие правительства признают необходимость увеличения расходов государственного сектора на согласованный комплекс стратегий и вмешательств в интересах улучшения здоровья. Чтобы проблемы здоровья учитывались во всех стратегиях и политических курсах, должны быть предусмотрены бюджетные ассигнования на их решение в отдельных министерствах и ведомствах (Вставка 11.11; см. Гл. 10: *Принципы справедливости и справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах*).

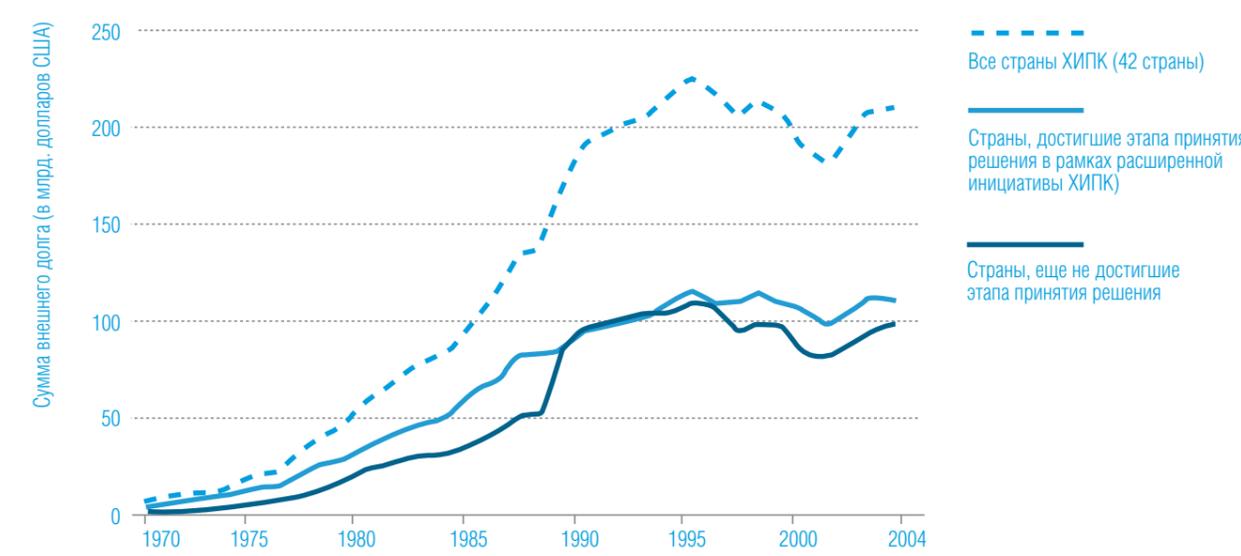
Комиссия рекомендует:

11.6. Государственные средства должны справедливо распределяться между регионами и социальными группами, и их расходование должно отслеживаться, например, с помощью показателей равенства (см. Рис. 5.2; 14.3; 16.2).

Наряду с финансированием согласованных межотраслевых стратегий в интересах сокращения масштабов нищеты и улучшения социальных детерминантов здоровья, необходимо обеспечить справедливое распределение этих средств между регионами для устранения географического неравенства. Одним из методов является оценка степени равенства (Вставка 11.12). Разработка и тестирование модели для оценки степени равенства (которую можно распространить на социальные детерминанты здоровья) для распространения и использования в странах-членах ООН, могли бы стать попыткой совместных действий с представителями гражданского общества, такими, как Всемирный альянс по оценке равенства (GEGA), под руководством ВОЗ и Всемирного банка (см. Главу 16: *Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*).

Достаточные государственные средства, справедливо распределяемые и целесообразно расходуемые, жизненно важны для того, чтобы добиться прогресса в деле обеспечения справедливости в отношении здоровья. В долгосрочном плане способность взимать налоги и введение прогрессивного налогообложения имеют ключевое значение для справедливого финансирования в рамках отдельно взятой страны. В более близком будущем такие меры, как увеличение объема и лучшая координация финансовой помощи, а также освобождение от уплаты налогов, используемые для сокращения масштабов нищеты с помощью системы социальных детерминантов, являются не только вопросом выживания, но и задачей установления справедливости на глобальном уровне.

Рисунок 11.6. Сумма внешнего долга бедных стран с высоким уровнем задолженности (ХИПК), 1970–2004 (млрд. долл. США)



Перепечатано, с разрешения автора. из UNCTAD (2006).

ВСТАВКА 11.11. ФИНАНСИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО УЛУЧШЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТОВ ЗДОРОВЬЯ

Отсутствие финансовых механизмов для поддержки межотраслевого взаимодействия было признано одним из наиболее типичных препятствий к его осуществлению. Однако ряд моделей демонстрирует финансовые инструменты и механизмы, которые могут оказаться перспективными и которые можно применять на национальном и международном уровнях:

Финансовые ассигнования исключительно на межотраслевые взаимодействия при наличии четких критериев, что входит и что не входит в понятие такого взаимодействия. Эту меру можно сочетать с мерами по регулированию, которые обеспечивают правовые инструменты для принудительного осуществления такого взаимодействия в определенных ситуациях.

Межотраслевое взаимодействие как условие финансирования (см. Гл. 10: *Принципы справедливости и*

справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах).

Распределение затрат или объединение ресурсов предполагает финансовый вклад со стороны целого ряда правительственных и неправительственных организаций для помощи определенной группе населения или для решения какого-нибудь вопроса, который соответствует полномочиям этих организаций. Это может предполагать вклад в натуральной форме (людские ресурсы, информация, специальные знания, физическое пространство и технология) со стороны секторов или организаций, располагающих ограниченными финансовыми ресурсами.

Источник: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/crosec/index_e.html

ВСТАВКА 11.12. СПРАВЕДЛИВОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВ: МЕТОД ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РАВЕНСТВА

Чтобы обеспечить равный охват географических зон, включая районы, не получающие достаточно уровня обслуживания, и поддерживать доступность всестороннего обслуживания во всех странах, важно внедрять механизмы, которые бы распределяли имеющиеся средства, полученные за счет налогов, между группами населения и районами соответственно потребностям. Например: распределение бюджетных средств между географическими зонами на основе формул, которые дают взвешенные показатели численности населения в зависимости от потребностей, а не на основе исторически сложившейся структуры расходов. Опыт показывает реальный потенциал подобных механизмов даже в странах с низким уровнем доходов, несмотря на информационные и политические проблемы. Там, где имеется много разных источников финансирования (включая, например, международное финансирование и местные поступления за счет страхования от болезней), механизм распределения ресурсов должен учитывать все источники финансирования, чтобы обеспечить справедливое распределение всего объема средств в целом.

Метод оценки степени равенства – действенный метод решения проблемы несправедливости в отношении здо-

ровья, который не только позволяет отслеживать отдельные случаи проявления несправедливости, но и предполагает осуществление конкретных действий, дающих устойчивое сокращение несправедливых различий в показателях здоровья и медико-санитарной помощи. В этом смысле метод оценки степени равенства действует скорее как термостат, чем как термометр, т.е. не только измеряет – или оценивает – степень равенства или неравенства, но и стимулирует действия, направленные на сокращение несправедливости. Метод оценки степени равенства нацелен на сокращение несправедливых различий с помощью деятельности в трех широких областях, которые рассматриваются как стержневые и каждая из которых необходима для эффективной оценки степени равенства: (а) оценка и мониторинг для анализа, понимания, измерения и документирования проявления несправедливости; (б) пропаганда изменений в политике, программах и планировании; (с) предоставление прав и возможностей местному сообществу с целью привлечения бедных и маргинализированных слоев в качестве активных участников перемен, а не просто как пассивных получателей финансовой или другой помощи.

Источник: HSKN, 2007.

ГЛАВА 12

Ответственность рынка

«Представьте себе режим торговли, при котором определяющие ее правила нацелены на максимизацию потенциала развития, особенно беднейших стран мира. Вместо вопроса “как максимизировать торговлю и доступность рынка?” на переговорах обсуждался бы вопрос “как помочь странам выйти из бедности?”»

Дани Родрик (2001)

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЫНКОМ И РАВЕНСТВОМ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Рынок благоприятствует улучшению состояния здоровья с помощью новых технологий, товаров и услуг и повышения уровня жизни. Но рынок может стать и источником негативных последствий для здоровья. Коммерциализация жизненно важных общественных благ, таких, как образование и медико-санитарная помощь, и рост доступности товаров, наносящих ущерб здоровью, могут привести и приводят к неравенству в отношении здоровья. Главной задачей экономической политики должно быть создание среды, которая дает возможность производить средства к существованию, способствующие обеспечению равенства в отношении здоровья для всех слоев населения. Это подразумевает принятие ряда обязательств по обеспечению равного распределения ресурсов; эффективного регулирования и контроля за товарами, видами деятельности и условиями, вредными для здоровья или вызывающими несправедливость в отношении здоровья на национальном и наднациональном уровнях, и социальных прав, обеспеченных правовыми санкциями. Рынок, безусловно, играет важную роль. Но одновременно существует настоятельная потребность как в восстановлении ведущей роли государственного управления с целью установления баланса между интересами общественного и частного секторов, так и в совершенствовании глобальной экономической системы в качестве поддерживающей лидирующую роль государства.

Глобальная интеграция рынков

Главными особенностями глобализации в последние тридцать лет были интеграция большинства стран в глобальное рыночное пространство и проникновение рыночных отношений во все новые сферы общественной жизни этих стран. Этот процесс ускорила такие меры, как либерализация режимов торговли и дерегулирование отдельных внутренних рынков. Среди последствий этих мер – и в богатых, и в бедных странах – следует отметить возникновение поистине глобального рынка труда (но не подвижности рабочей силы), проведение широкой приватизации и соответственно сокращение доли государства. Эти процессы усилили превращение жизненно важных социальных детерминантов здоровья, включая обеспечение водой, медико-санитарную помощь и электроэнергию в товар и их последующую коммерциализацию. Кроме того, они привели к увеличению количества вредных для здоровья продуктов и их доступности, таких, как переработанные пищевые продукты с высоким содержанием жиров, сахаров и соли, а также табачные изделия и алкоголь. Роль государственного сектора в регулировании рынка, направленном на решение общественных задач, как например, равенство в отношении здоровья, во многих случаях была резко ослаблена.

Имеющиеся данные позволяют предположить, что при глобализации расширение и углубление рынков по природе своей «способствуют усилению неравенства» (Birdsall, 2006). Страны, уже обладающие производительным капиталом – финансовым, земельным, физическим (в форме материальных активов), институциональным и человеческим, – получают больше выгод, чем страны с низким и средним уровнем доходов, которые таковыми не располагают. Глобализация также благоприятствует богатым странам и группам внутри стран вследствие наличия у них больших ресурсов и власти, необходимых для того, чтобы влиять на содержание и исполнение правил. Таким образом, нужны меры по смягчению правил функционирования рынков и их последствий для тех, кого они ставят в сравнительно невыгодное положение, не только в плане усиления руководства со стороны государственного сектора внутри стран, но и в плане существенных улучшений в глобальном управлении международными финансовыми рынками (см. Главу 15: Эффективное глобальное управление). Банковский кризис 2008 года, развившийся из ипотечного кредитования, свидетельствует о несоизмеримых рисках, которым подвергаются некоторые социальные группы, особенно бедные, и о необходимости более строгого государственного регулирования.

Даже хваленые «победители» в глобализации, такие, как Китай, в значительной мере добились впечатляющего роста, проводя политику, далекую от принципов свободного рынка. Значительное сокращение масштабов нищеты и улучшение здоровья населения в Китае произошли до интеграции в глобальный рынок. В 1952–1982 гг. уровень младенческой смертности снизился с 200 до 34 на 1000 случаев живорождений, а средняя продолжительность жизни – примерно с 35 до 68 лет (Blumenthal & Hsiao, 2005). Собственно говоря, только после того, как Китай осуществил дерегулирование внутренних рынков и ускорил развитие производства, ориентированного на экспорт, резко усилилось неравенство в доходах и несправедливость в доступности медико-санитарной помощи (Akin et al., 2004; Akin et al., 2005; French, 2006; Dummer & Cook, 2007; Meng, 2007). Сейчас отмечается большая разница в отношении здоровья между прибрежными районами Китая и внутренними провинциями. В более широком смысле, в период интеграции в рынок неравенство в уровне доходов внутри стран и между разными странами резко возросло.

Торговля и инвестиции: несправедливые глобальные переговоры

Структурное неравенство в глобальной институциональной системе способствует несправедливости в процессах и результатах, связанных с торговлей. Соглашения по торговле и инвестициям часто характеризуются (а) несимметричным участием стран, подписывающих соглашение, особенно стран с низким уровнем дохода и относительно слабым потенциалом для ведения торговых переговоров, и (б) неравными позициями на переговорах, позволяющими более сильным контрагентам диктовать свои условия, которое происходит из различий в численности населения и уровне национального благосостояния. Такие соглашения часто заключаются без проведения адекватного анализа и оценки всей совокупности социальных рисков, включая риск усиления несправедливости и неравенства в отношении здоровья, которые из них вытекают. Частично это объясняется тем, что государ-

ственные административные органы (департаменты или министерства) и организации гражданского общества, обладающие полномочиями и компетенциями, связанными с общественным здравоохранением, редко принимают участие в торговых переговорах. Международные институты и процессы, такие, как Комиссия Кодекс Алиментариус (КАК) (Вставка 12.1), показывают, насколько недостаточно перспективы улучшения здоровья и равенства в отношении здоровья отражены в важнейших аспектах международных переговоров по экономическим вопросам.

Двухсторонние инвестиционные соглашения – еще один пример международных торговых договоренностей, которые недооценивают или активно исключают вопросы охраны здоровья. Помимо того что двухсторонние и региональные соглашения могут подрывать или противоречить условиям, связанным с вопросами здоровья, оговоренным в многосторонних соглашениях (см. ниже ТРИМС), имеющиеся данные свидетельствуют о том, что такие механизмы, как двухсторонние соглашения, слишком сконцентрированы на облегчении процедуры прямых иностранных инвестиций и уделяют сравнительно мало внимания проблемам здоровья.

Влияние транснациональных корпораций

Транснациональные корпорации, организующие производство, минуя многочисленные национальные границы, начали процветать благодаря расширению и углублению либерализации торговли. Прибыли Wal-Mart, BP, Exxon Mobil и Royal Dutch/Shell Group превышают размеры ВВП таких стран, как Индонезия, Норвегия, Саудовская Аравия и ЮАР (EMCONET, 2007). Сочетание связанных торговых соглашений, которые открывают внутренний рынок для глобальной конкуренции, и рост корпоративной власти и мобильности капитала предположительно стало причиной уменьшения способности отдельных стран добиваться того, чтобы экономическая активность содействовала обеспечению равенства в отношении здоровья или, по крайней мере, не усугубляла нера-

венство. Это не говорит о том, что представители частного сектора (индивиды или корпорации) есть изначально зло. Скорее всего, дело в том, что многие из них приобрели колоссальную власть в экономике и влияние в политике и что их власть должна служить общему благу, так же как и частным экономическим целям.

Защита государственных поставок товаров и услуг и регулирование частного предложения

Главенство государственного сектора по отношению к частному должно быть усилено в двух аспектах: защита равного доступа к товарам и услугам, необходимым для благосостояния и здоровья населения (таких, как вода), и контроль за доступом к вредным товарам и услугам. Торговля какими товарами и услугами требуют протекционистских мер или регулирующего воздействия, зависит от конкретных условий той или иной страны. Можно привести следующие примеры:

Вода

По оценкам, 1,2 млрд человек в мире, почти все из которых проживают в странах с низким и средним доходом, испытывают недостаток в доступе к водным ресурсам (ЮНЕСКО, 2006а). Гарантированный доступ к воде улучшенного качества и к канализации – необходимое условие жизни, и является очевидной обязанностью государства. Глобализация стимулировала новые представления об услугах водоснабжения и канализации, особенно в странах со слабым потенциалом государства. Роль государственного сектора остается главной – не в самой последней степени учитывая достижения в справедливой организации водоснабжения в историческом плане. Приведенные ниже примеры (Вставка 12.2) говорят о потенциально неблагоприятных последствиях приватизации водоснабжения. Существует гораздо более обширная база данных, указывающих на то, что полномасштабную приватизацию водоснабжения не следует

ВСТАВКА 12.1. ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В КОМИССИИ КОДЕКС АЛИМЕНТАРИУС

Комиссия Кодекс Алиментариус – важный орган, образованный совместно ФАО и ВОЗ с целью «разработки продовольственных стандартов, рекомендаций и соответствующих документов, таких, как кодекс практической деятельности под эгидой Программы продовольственных стандартов ФАО/ВОЗ. Основные цели Программы – это охрана здоровья потребителей и обеспечение справедливой практики в торговле продуктами питания, а также содействие координации всей работы над продовольственными стандартами, осуществляемой международными правительственными и неправительственными организациями». После образования ВТО Кодекс приобрел гораздо большее значение. Стан-

дарты, содержащиеся в Кодексе, используются ВТО в качестве базовых в случае торговых споров. Важно, чтобы ФАО и ВОЗ обеспечивали объективность и беспристрастность деятельности Комиссии. Существующая структура предполагает несимметричное и неравноправное представительство, которое в результате вызывает дисбаланс между целями торговли и защитой потребителя. Проведенная в 1999 г. проверка показала, что в ее работе участвуют только 26 представителей от общественных заинтересованных групп по сравнению с 662 представителями от промышленности.

Источник: Friel et al., 2007.

ВСТАВКА 12.2. ПРИВАТИЗАЦИЯ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В АРГЕНТИНЕ И БОЛИВИИ

С 1993 г. французская компания «Suez-Lyonnaise» является основным партнером приватизированного муниципального предприятия, снабжающего водой 10 млн жителей Буэнос-Айреса. Это одна из крупнейших концессий на водоснабжение в мире. После приватизации цены на коммунальные услуги поднялись на 20%. Бедные семьи – если и были подключены к водоснабжению – не могли больше оплачивать счета за пользование водопроводом.

В сентябре 1999 г. международный консорциум «Aguas de Tupa» получил концессию на обслуживание системы водоснабжения и канализации в Кочабамбе, третьем по величине городе Боливии, сроком на 40 лет. Тарифы на воду возросли на 200%, в связи с необходимостью покрыть издержки на масштабный инженерный проект.

Источник: Loftus & McDonald, 2001; http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf

поощрять и поддерживать (Loftus & McDonald, 2001; Jaglin, 2002; McGanaham, 2003; McDonald & Smith, 2004; Goliani et al., 2005; Mehta & Medsen, 2005; Debbane, 2007; Aiyer, 2007).

Медико-санитарная помощь

В центре внимания реформы здравоохранения – узкая концепция технической и экономической эффективности, отдающая предпочтение «рентабельным» медицинским вмешательствам и усиливающая коммерциализацию, несмотря на убедительные свидетельства неэффективности подобных затрат. Имеющиеся данные показывают, что коммерциализация услуг здравоохранения, включая страхование от болезней, вызывает неравенство в доступности этих услуг (Barrientos & Gloyd-Sherlock, 2000; Bennet & Gibson, 2001; Cruz-Saco, 2002; Barrientos & Peter Gloyd-Sherlock, 2003; Hutton, 2004) и в последствиях для здоровья (Koivusalo & Mackintosh, 2005), независимо от того, кто проводит коммерциализацию, – отечественные или иностранные участники рынка. Почти все системы здравоохранения являются «смешанными», включающими и частные, и государственные инициативы. Комиссия осознает это. В связи с этим ключевой вопрос состоит в том, в какой степени и насколько эффективно государство в состоянии управлять такой смешанной системой, планировать справедливое снабжение и регулировать затраты частного сектора. В странах со средним уровнем дохода повышение степени коммерциализации систематически сопровождается ухудшением доступности медико-санитарной помо-

щи и состояния здоровья населения и усилением несправедливости в отношении здоровья (HSKN, 2007). В странах с низким доходом нерегулируемая коммерциализация, предполагающая оплату за услугу, особенно разрушительно сказывается на последствиях для здоровья. В плане справедливости в отношении здоровья медико-санитарная помощь, финансируемая государством и независимая от платежеспособности населения, является предпочтительным вариантом. (См. Гл. 9 и 11: *Всеобщий доступ к медицинской помощи; Справедливое финансирование.*)

Занятость

Работа – ее наличие и условия на рабочем месте – имеет важнейшее значение для осуществления человеком своей социальной функции и для обеспечения справедливости и равенства в отношении здоровья. Глобальная интеграция и либерализация рынка привели к серьезным последствиям для рабочей силы и условий труда. «Новое международное разделение труда» проявилось в перемещении трудоемкого производства (например, текстильной и швейной промышленности) в развивающиеся страны, что обусловлено низкими зарплатами и минимальной защитой рабочих, и нередко связано с наличием зон свободной торговли (Fröbel et al., 1980). Даже в самых богатых странах имеются сегменты занятости с тяжелыми условиями труда. Законодательство и формальные системы регулирования, направленные на обеспечение здоровых условий труда и защиту трудящихся, часто плохо разработаны или плохо реализуются

как на международном, так и на национальном уровнях. Нормы и правила труда не прописаны в международных трудовых соглашениях, а если и включаются в некоторые двухсторонние или региональные соглашения, то часто допускают двойное толкование или не предусматривают механизмов исполнения (См. Гл. 7: *Справедливые условия найма и достойная работа.*)

Продукты питания, табачные изделия и алкоголь

Реформа торговли и растущее влияние прямых иностранных инвестиций могут сказаться на рационе и питательной ценности пищи в результате устранения барьеров для проникновения транснациональных компаний, производящих продукты питания, и супермаркетов, захватывающих новые рынки. Либерализация, открывающая рынки все большего числа стран для международной торговли, вкуче с непрерывными субсидиями на продовольствие увеличили доступность и привлекательность менее здоровых пищевых продуктов, а транснациональные компании, производящие продукты питания, наводнили глобальный рынок дешевыми в производстве, калорийными и бесполезными в питательном отношении продуктами (Рис. 12.1). (См. Гл. 6: *Здоровые условия жизни, здоровое население.*)

Рост глобальной интеграции рынка сопровождается также увеличением производства и потребления вредных для здоровья товаров, таких, как табачные изделия и алкоголь. В настоящее время курят более 1,3 млрд человек, из них – 1 млрд мужчин и около 250 млн женщин, т.е. каждый пятый человек в мире и каждый третий в возрасте старше 15 лет. К 2025 г. ожидается увеличение численности курящих более чем до 1,7 млрд человек, если темпы распространения табакокурения останутся прежними (РРНСКН, 2007с). Вставка 12.3 дает представление о цене этой вредной привычки.

Каждый год регистрируется около 2 млн смертей, связанных с употреблением алкоголя, что сравнимо со смертностью от ВИЧ/

СПИДа – 2,9 млн человек. Абсолютный уровень заболеваемости и наступления инвалидности, связанных с употреблением алкоголя, столь же высок в беднейших странах Африки и Америки, как и в странах Западной Европы и Северной Америки. Самый высокий уровень заболеваемости, связанной с употреблением алкоголя, отмечается в бывшем Советском Союзе и Центральной Азии, достигая 13% от общего масштаба бремени. В самой Российской Федерации этот процент еще выше (РРНСКН, 2007b). Общество в отсутствие эффективной политики в области потребления алкоголя обречено столкнуться с резким ростом специфических проблем в процессе развития экономики. Переходный период в бывшем СССР может служить очень ярким примером. В Российской Федерации «шоковая терапия» и либерализация экономики в 1992 г. сопровождалась полным дерегулированием (отменой государственного вмешательства) торговли алкогольными напитками. Последующее повышение смертности в Российской Федерации связывают с резким ростом потребления алкоголя (Leon et al., 1997; РРНСКН, 2007b).

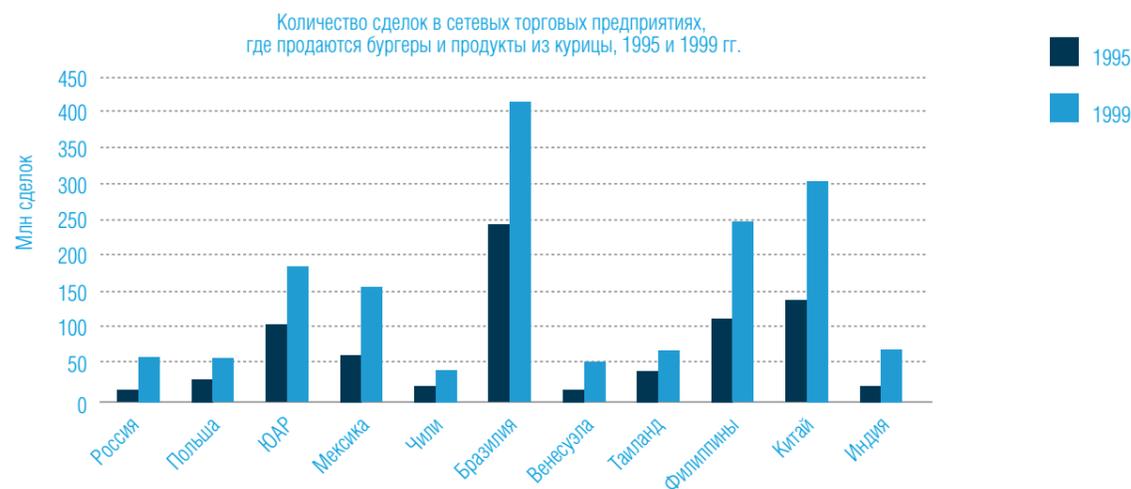
ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ РЫНКА

Комиссия рекомендует:

12.1 ВОЗ во взаимодействии с другими многосторонними организациями, поддерживающими страны-члены, должны институционализировать на глобальном и национальном уровне оценку основных глобальных, региональных и двухсторонних экономических соглашений на предмет их влияния на справедливость в отношении здоровья (см. Рек. 10.3; 16.7).

Главная рекомендация Комиссии странам-участницам – проявлять осмотрительность при рассмотрении новых глобальных, региональных и двухсторонних экономических обязательств

Рисунок 12.1. Потребление продукции предприятий быстрого питания в некоторых странах (1995 и 1999 гг.)



Перепечатано, с разрешения издателя, из Hawkes (2002).
Источник: Данные Euromonitor, цит. по: Hawkes (2002).

ВСТАВКА 12.3. ЦЕНА ТАБАКОКУРЕНИЯ

Исследование, в котором использовались данные 1998 г. по Китаю, показало, что медицинские затраты на случаи преждевременной смерти по причине табакокурения составили 2,76 млрд долл. США или 6% от общей суммы медицинских затрат в Китае.

В Индии в 2000 г., по оценкам Индийского Совета по медицинским исследованиям, затраты на лечение трех основных заболеваний, связанных с табакокуре-

нием (рак, сердечно-сосудистые заболевания и хроническая обструктивная болезнь легких), достигли 270 млрд рупий (5,8 млрд долл. США). Это больше, чем прямой вклад табачной индустрии в государственные доходы Индии, составивший 70 млрд рупий (около 1,5 млрд долл. США).

Источник: РРНСКН, 2007 с.

ВСТАВКА 12.4. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ И ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ТОРГОВЛИ И ЗДОРОВЬЯ: ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ НА 2008/2009

ВОЗ совместно с ВТО, Всемирным банком, Всемирной организацией интеллектуальной собственности, ЮНКТАД, международными экспертами и должностными лицами из 10 стран, определяющими политику в сферах торговли и здравоохранения, работают над созданием диагностического инструмента и рабочей тетради по торговле и здравоохранению. На этом новом этапе работы принят более системный и широкий подход к взаимосвязи между торговлей и здравоохранением. Диагностический инструментарий предназначен для анализа пяти компонентов этих взаимоотношений: 1) макроэкономика, торговля и здоровье; 2) торговля товарами, связанными со здоровьем, включая лекарственные средства и аспекты интеллектуальной собственности; 3) торговля продуктами, опасными для здоровья, такими, как табачные изделия; 4) торговля услугами здравоохранения – электронная торговля, туризм в целях лечения, прямые иностранные инвестиции в здравоохранение, трансграничное переме-

щение специалистов-медиков; 5) торговля продуктами питания. Диагностический инструментарий и дополняющая его рабочая тетрадь для документирования лучших практических методов, источников данных, дерева решений и международных норм и стандартов будут готовы для введения в практику в 2009 г. Это позволит директивным органам сформулировать национальную политику и стратегии в сферах торговли и здравоохранения и определить потребности в наращивании потенциала в этих сферах. В последние годы происходит существенное увеличение количества внешних ресурсов, предоставляемых развивающимся странам для наращивания потенциала в сфере торговли. Программа «Помощь в интересах торговли» призвана способствовать развитию потенциала в сферах торговли и здравоохранения в этих странах.

Источник: ВОЗ, <http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html>

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РЫНКА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 12.1

Институционализировать вопросы компенсации влияния на здоровье и обеспечения справедливости в отношении здоровья в национальных и международных экономических соглашениях и процессах выработки политического курса.

(в области торговли и инвестиций). Прежде чем принимать на себя эти обязательства, жизненно важно уяснить их последствия для здоровья и обеспечения равенства в отношении здоровья. ВОЗ должна подтвердить свою ведущую роль в вопросах охраны здоровья путем инициирования пересмотра торговых и инвестиционных соглашений – при взаимодействии с другими многосторонними организациями – с целью институционализации оценки последствий для справедливости в отношении здоровья в качестве стандартного элемента всех будущих соглашений. ВОЗ также может повысить потенциал стран-членов, их министерств здравоохранения и организаций гражданского общества в выработке их позиций на переговорах по двухсторонним и многосторонним торговым соглашениям.

Для этого ВОЗ придется расширить свою исследовательские и экспертные возможности в области науки и политики, включая экономику, право и гуманитарные исследования. Особое внимание заслуживает анализ связанных с торговлей переговоров по вопросам внутреннего регулирования, субсидий и государственных закупок – и тех, которые затрагивают транснациональное производство и финансовые рынки, – и торговли товарами и услугами, оказывающими прямое воздействие на здоровье. Это может потребовать взаимодействия с другими организациями ООН, такими, как ЮНКТАД, МОТ ФАО, ЮНЕСКО и Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН, что поможет в создании межотраслевой, более широкой базы

данных для понимания задач, связанных с глобальным управлением экономикой, вопросов глобализации, а также с социальными детерминантами здоровья. ВОЗ уже сотрудничает с другими глобальными институтами, определив как приоритетное направление помощь странам-членам в наращивании потенциала для ведения торговых переговоров (Вставка 12.4). Однако эту помощь нужно гораздо более целенаправленно использовать для решения вопроса о справедливости в отношении здоровья.

Оценка влияния справедливости в отношении здоровья при заключении экономических соглашений

Поскольку предпосылки, касающиеся равенства в отношении здоровья в международных соглашениях, и их влияние на национальные политические решения и программы не всегда вполне очевидны, оценка влияния на справедливость в отношении здоровья имеет важнейшее значение для осуществления согласованной межгосударственной политики и программ. Необходимо также добиваться применения такой оценки к политическим решениям и основным программам, выходящим за пределы сектора здравоохранения (МЕКН, 2007а) (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*). Примеры Словении и Таиланда демонстрируют выполнимость и потенциальное значение подобных процессов оценки, несмотря на то что внимание в этих странах сфокусировано скорее на общем

ВСТАВКА 12.5. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В ТАИЛАНДЕ

Среди стран с низким и средним уровнем доходов только у Индонезии, Шри-Ланки и Таиланда имеются политические методы или механизмы, обеспечивающие осуществление оценки влияния на здоровье. Таиланд оказался единственной страной, с успехом внедрившей такую оценку в качестве составляющей в свою недавнюю реформу сектора здравоохранения. Оценка влияния на здоровье теперь требуется в рамках нового Закона о национальном здравоохранении от 2002 г. Оценки на национальном и региональном уровнях преимущественно применяются в отношении проектов по созданию инфраструктуры или в области развития и направлены на то, чтобы сбалансировать состояние здоровья местного населения с другими политическими воздействиями.

Например, оценка влияния гидроэлектростанции Пак Мон показала, что местные деревни пострадали в ре-

зультате сокращения рыбных ресурсов, что негативно сказалось на доходах и социально-экономическом статусе местного населения. Эта оценка позволила учесть проблемы местных деревень и принять меры по смягчению ситуации и улучшению положения со средствами к существованию: для этого была изменена частота открытия плотины, что помогло восстановить рыболовство. Таиланд также разработал процедуру оценки на уровне национальной политики, например, рассматривая эффекты влияния устойчивого сельского хозяйства на здоровье и экономику. Пример Таиланда показывает, что вполне возможно в краткие сроки ввести в действие сильную и эффективную систему оценки влияния политики на здоровье – при условии ответственности государства, наличия политической структуры и достаточности ресурсов.

Источник: Lock, 2006.

ВСТАВКА 12.6. СЛОВЕНИЯ: ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА, ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ПРОДОВОЛЬСТВИЯ И КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ

В декабре 2001 г. Министерство здравоохранения Словении и ВОЗ (Европейский регион) предложили провести оценку влияния на здоровье политики в области сельского хозяйства, продовольствия и качества питания, чему способствовали в том числе и подача заявки Словенией о присоединении к ЕС, и возможное влияние законодательства о Единой сельскохозяйственной политике ЕС на национальную сельскохозяйственную политику. Результаты оценки были представлены Межправительственному Комитету по вопросам здравоохранения. Рекомендации охватывали вопросы сельского хозяйства,

включая производство овощей и фруктов, зерна и молочных продуктов, и финансирования развития сельских районов. Непредвиденный результат оценки состоял в том, что секторы здравоохранения и сельского хозяйства начали помогать друг другу проводить такую политику, на реализацию которой они надеялись после вступления Словении в ЕС. Переговоры с ЕС были очень успешны, и Словении было выделено больше средств, чем другим странам, которые ожидали вступления в ЕС.

Источник: МЕКН, 2007а.

состоянии здоровья, чем на соблюдении справедливости в отношении здоровья, (Вставка 12.5 и 12.6).

Понятно, что процесс институционализации оценки влияния на равенство в отношении здоровья находится в начальной стадии и ставит трудные проблемы, связанные с необходимыми техническими навыками и умениями и институциональным потенциалом, во многих странах, особенно с низким и средним уровнем дохода. Однако пример оценки влияния на окружающую среду внушает некоторый оптимизм. Несмотря на признаваемые серьезные недостатки в методике, проведении и обеспечении выполнения такой оценки, влияние на окружающую среду – на протяжении жизни поколения – стало широко признанным критерием в процессах формулирования основных принципов стратегии развития в различных секторах.

ВСТАВКА 12.7. ГЕНЕРАЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ТОРГОВЛЕ УСЛУГАМИ

Принципы ГАТС применяются только к секторам, продукцию которых государство добровольно отпускает на внешний рынок. Однако Статья 6.4 предполагает, что все меры регулирования сектора услуг могут быть оспорены в других странах. Это противоречит уверениям ВТО и государств, поддерживающих соглашение, что правила ГАТС должны применяться только в тех секторах, которые государства «приносят в жертву».

Гибкость при заключении соглашений

Обязательства по выполнению торгового соглашения ни в какой мере не должны ограничивать подписавшие его страны в мерах по смягчению непредвиденных неблагоприятных последствий для здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья.

Очевидна потребность в большей гибкости в подходе к постепенному изменению статуса стороны, подписавшей международное соглашение. Генеральное соглашение о торговле услугами (ГАТС) предусматривает исключения в случаях опасности нанесения вреда окружающей среде или здоровью населения, но оговорки носят узко определенный характер и требуют демонстрации реального вреда, ограничивая возможности государства в принятии мер предосторожности (Вставка 12.7). Хотя принцип гибкости формально присутствует в соглашениях о торговых

Кроме того, соглашение содержит строгую статью, которая не позволяет странам изменять обязательства (часть правил ГАТС), после того как они будут сформированы.

Источники: http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf; Woodward, 2005; Adlung, 2005; Mehta & Madsen, 2005

ВСТАВКА 12.8. СОГЛАШЕНИЯ ВТО О ТОРГОВЫХ АСПЕКТАХ ПРАВ НА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНУЮ СОБСТВЕННОСТЬ

GKN дает ряд рекомендаций о торговых аспектах соглашений о правах на интеллектуальную собственность и ТРИПС:

Избегать дальнейших уступок в двухсторонних соглашениях и соглашениях о свободной торговле, которые повышают степень защиты прав на интеллектуальную собственность в области фармацевтики, и, если уступки уже сделаны, обеспечить компенсационные меры для обеспечения доступности лекарств.

Максимизировать использование гибкости, предоставляемой ТРИПС, и изучить возможность выдачи принудительных лицензий на запатентованные основные лекарственные препараты.

ВОЗ должна дать оценку другим механизмам, помимо патентов, таким, как конкурс, финансирование научных исследований в государственных интересах и предварительные соглашения о закупках, чтобы стимулировать разработку лекарственных средств для лечения заболеваний, которые чрезмерно распространены в развивающихся странах, и помочь странам-членам реализовать эти механизмы.

Эти рекомендации подкреплены рекомендациями Комиссии по правам на интеллектуальную собственность. Источники: GKN, 2007; Комиссия по правам на интеллектуальную собственность, 2002.

ВСТАВКА 12.9. ЗАЩИТА ЗДОРОВЬЯ И СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ В ТОРГОВЫХ СОГЛАШЕНИЯХ

«У ВТО имеется «защитное средство» для защиты стран от наплыва импорта. Соглашение о защитных мерах позволяет увеличить (временно) ограничения на торговлю при очень определенных условиях, прежде всего при явной угрозе внутреннему производству... Более широкое толкование защитных мер предполагает, что страны могут на законных основаниях захотеть ограничить торговлю или приостановить выполнение обязательств перед ВТО, отказываясь от них по причинам, выходящим за рамки конкурентных угроз для

их промышленности ... Среди этих причин – приоритеты развития, а также проблемы распределения или противоречия с внутренними нормами или социальными условиями ... Настоящее Соглашение можно превратить в «Соглашение о защитных мерах в интересах развития и социальной справедливости», что даст возможность отказаться от обязательств при более широком диапазоне обстоятельств».

Воспроизводится с разрешения автора из Rodrik (2001).

аспектах прав на интеллектуальную собственность (ТРИПС), тем не менее, правительства, особенно во многих странах с низким и средним уровнем доходов и с ограниченным техническим и институциональным потенциалом, в одних случаях получили лишь ограниченные выгоды от гибких стратегий, а в других – даже предпочли отказ от их использования (Вставка 12.8).

В более общем смысле международные торговые соглашения могли бы включать более четко сформулированные положения, на основании которых страны с очень разными потребностями и стратегиями развития могли бы отказаться от статуса подписавшей стороны (на ограниченный период и при соблюдении прозрачных условий), если этого требуют внутренние условия, включая свидетельства неблагоприятного воздействия на здоровье и справедливости в отношении здоровья (Вставка 12.9).

Комиссия рекомендует:

12.2 Государственные органы, принимающие политические решения, при поддержке ВОЗ должны обеспечить и усилить обсуждение вопросов, касающихся общественного здравоохранения, на внутренних и международных переговорах по вопросам экономической политики (см. Рек. 10.2).

Вопросы здоровья затрагиваются в целом ряде торговых соглашений в рамках ВТО. Но в сфере торговых переговоров и процессов «голос» общественного здравоохранения слишком часто неслышен или звучит приглушенно. При поддержке ВТО страны-члены могут расширить свои возможности для включения вопросов здоровья в обсуждении заключения интересов торговых отношений (Вставка 12.10).

Комиссия рекомендует:

12.3 Национальные органы власти во взаимодействии с соответствующими многосторонними организациями должны усилить лидирующие позиции государственного сектора в предоставлении необходимых товаров/услуг, имеющих отношение к вопросам здоровья населения и в осуществлении контроля за товарами, вредными для здоровья (см. Рек. 6.3; 7.3).

Ниже приводятся примеры, иллюстрирующие эту рекомендацию, но не исчерпывающие ее.

Вода

Важно обеспечить – через регулирование (на национальном уровне) и помощь в развитии (на международном уровне) – со-

ступности медицинских услуг с помощью субсидий, обязательств по универсальным услугам или других мер.

Секретариат Общего рынка по Восточной и Южной Африке координирует всесторонние оценки состояния торговли услугами (включая медицинские услуги) в этом регионе в плане подготовки к заключению соглашений об экономическом партнерстве в переговорах с ЕС и GATS. Странам с низким уровнем доходов может не хватать ресурсов для создания специального подразделения или комитета для решения вопросов торговли и здравоохранения, поэтому региональное сотрудничество может стать лучшим средством обеспечения внутренней согласованной и последовательной политики.

С исправлениями и с разрешения издателя, из Blouin (2007).

ВСТАВКА 12.10. УЧАСТИЕ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТОРГОВЫХ ПЕРЕГОВОРАХ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ: ПРАВИТЕЛЬСТВЕННОМ, РЕГИОНАЛЬНОМ, С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

В Малайзии Министерство здравоохранения проявило активность в принятии решения об импорте дженериков антиретровирусных препаратов в соответствии с условиями ТРИПС, несмотря на сильное противодействие в правительстве. В 2003 г. в Шри-Ланке активисты и правозащитники оспорили законопроект, связанный с ТРИПС, в Верховном Суде, в связи с тем, что он преднамеренно усиливает неравенство, отказывая людям в равном доступе к услугам здравоохранения. В переговорах по ГАТС на национальном уровне Министерство здравоохранения Пакистана сделало предложение о профессиональных услугах в секторе здравоохранения, которое исключало медицинские услуги, оказываемые государственными учреждениями. Цель этого исключения заключалась в том, чтобы в будущем обеспечить гибкость в регулировании ради улучшения до-

ВСТАВКА 12.11. РАСЧЕТ СПРАВЕДЛИВЫХ ТАРИФОВ НА ВОДОСНАБЖЕНИЕ

Центральная проблема рыночного механизма управления доступом к услугам водоснабжения и канализации – это расчет субсидируемых тарифов. Крутизна и конфигурация тарифной кривой показывает, является ли общее воздействие прогрессивным. Субсидии, покрывающие небольшую базовую сумму, не обеспечивают справедливого и равного доступа, если происходит резкий рост

цен, как только израсходована эта сумма. Таким оказался непредвиденный эффект программы «Бесплатное базовое водоснабжение» в Йоханнесбурге и Дурбане, ЮАР, где многие домохозяйства не в состоянии оплатить минимально адекватный уровень водопотребления.

Источник: GKN, 2007.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РЫНКА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 12.2

Усилить первостепенную роль государства в предоставлении базовых услуг, необходимых для здоровья (таких, как водоснабжение/канализация), и в регулировании производства товаров и услуг, оказывающих большое влияние на здоровье (таких, как табак, алкоголь и продукты питания).

блюдение принципа справедливого и равного доступа во всей политике водопользования. Необходимо признать, что такой подход к предоставлению жизненно важных услуг бедным группам населения, как «ценообразование по принципу «средние издержки плюс прибыль»» не соответствует задаче преодоления несправедливости. Соответственно потребности в возмещении издержек производства при оказании этих услуг нужно предоставлять систематические перекрестные субсидии, чтобы обеспечить всем домохозяйствам достаточную доступность услуг в соответствии с основными потребностями независимо от платежеспособности (Вставка 12.11, Рис. 12.2).

Медико-санитарная помощь

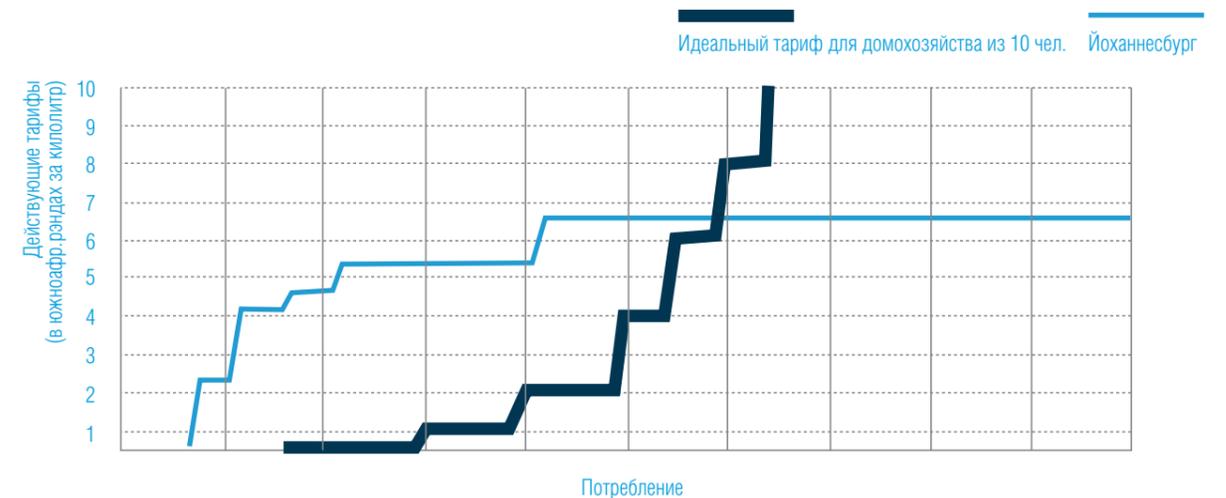
Главной задачей политики в области здравоохранения должно быть обеспечение всеобщего доступа к квалифицированной, качественной медицинской помощи независимо от платежеспособности (см. Гл. 9: *Всеобщая медико-санитарная помощь*). Теоретически рыночное регулирование может выстроить роль частного сектора и его линию поведения в рамках системы здравоохранения. На практике же данные, свидетельствующие

о том, что этот процесс способствует большему равенству в отношении здоровья, отсутствуют. Пока государства не смогут продемонстрировать свою способность эффективно регулировать частные инвестиции и услуги в сфере здравоохранения так, чтобы увеличить степень равенства в отношении здоровья, им следует избегать любых обязательств, касающихся медицинского обслуживания, в связанных торговых соглашениях, которые ущемляют их возможности осуществлять внутреннее регулирование. Неясно, выдержало ли это испытание какое-либо правительство в какой-либо стране (HSKN, 2007; GKN, 2007). Поучителен пример со страхованием от болезней. Понятно, что этот вид страхования может помочь в финансировании здравоохранения, но при этом он не должен подрывать принцип равенства в отношении здоровья (Вставка 12.12).

Занятость

Национальные органы власти во взаимодействии с работодателями и рабочими организациями должны принять и эффективно проводить в жизнь четыре основных стандарта МОТ в сфере труда, (см. Гл. 7: *Справедливое трудоустройство и достойная*

Рисунок 12.2. Водоснабжение в Йоханнесбурге: выпуклая кривая тарифов и идеальная вогнутая кривая



Перепечатано, с разрешения автора, из GKN (2007).

ВСТАВКА 12.12. РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ИНТЕРЕСАХ СПРАВЕДЛИВОСТИ И РАВЕНСТВА

Система медицинского страхования не только защищает население от крупных наличных платежей, но и делает возможным создание общего фонда (т.е. распределяет финансовые риски среди участников системы). Однако маловероятно, что расширение деятельности частной иностранной страховой системы окажет крупномасштабное положительное влияние на улучшение доступа к услугам. Учитывая издержки и явные свидетельства провала рынка в области частного медицинского страхования, это, бесспорно, нежизнеспособный вариант для объединения рисков на национальном уровне в странах с низкими и средними доходами. Данные по Латинской Америке показывают, что частным страховщикам – неважно, иностран-

ным или отечественным – свойственно обслуживать группы с более высокими доходами и более низкими рисками, которые способны платить сравнительно высокие взносы, чтобы получить соответствующее покрытие. В Чили, например, пожилые люди и женщины репродуктивного возраста сталкиваются с гораздо более высокими страховыми взносами. Один из способов устранения этой дискриминации – введение регулирующих мер для ограничения подобного поведения страховщиков. Однако настораживает крайне незначительное количество данных о странах, которые применяют это на практике.

Источник: HSKN, 2007.

работа). Однако процессы внедрения в практику международных стандартов труда, например путем оговаривания конкретных «социальных пунктов» в торговых соглашениях, требуют осмотрительности. Их могут использовать страны с большими возможностями для соответствия стандартам, чтобы защитить собственные производящие отрасли через введение санкций в отношении стран с меньшими возможностями, к которым чаще всего относятся страны с низким и средним доходом. Вместо наложения штрафных санкций на страны, не выполняющие своих обязательств, ВТО следует усилить власть организаций (таких, как Программа ООН по окружающей среде, МОТ, ФАО, ВОЗ), обладающих специальными знаниями, необходимыми для вынесения справедливых решений. Важнейшую роль в продвижении и защите достойных условий труда могут сыграть сами рабочие (Вставка 12.13).

В странах, где значительная часть населения живет за счет сельского хозяйства, действия властей должны быть направлены на защиту средств существования сельских общин, испытывающих давление со стороны цен и конкуренции, порожденных соглашениями о торговле сельскохозяйственной продукцией (Вставка 12.14) (см. Гл. 6: *Здоровые условия жизни, здоровое население*). Последние данные о реформах торговли и безопасности пищевых продуктов свидетельствуют о том, что развиваю-

щимся странам следует извлечь следующий урок: «реформа торговли может оказать вредное воздействие на безопасность продуктов питания в краткосрочной и среднесрочной перспективе, если она проводится без принятий соответствующего пакета мер, направленных на компенсацию негативных эффектов либерализации» (GKN, 2007). Там, где осуществляются реформа торговли сельхозпродукцией и продвигается либерализация торговли, одной из главных мер для преодоления изначальных негативных воздействий становятся целевые субсидии на сельскохозяйственные факторы производства.

Продовольствие

Правительства неизбежно столкнутся с необходимостью разработки стратегии регулирования, чтобы противостоять влиянию глобализации производства продуктов питания и торговли на питательную ценность продуктов, составляющих общенациональный и местный рацион питания населения. При выработке политики и заключении торговых соглашений, касающихся продуктов питания, необходимо сконцентрировать внимание на трех ключевых аспектах питания и справедливости в отношении здоровья: наличии, доступности и приемлемости. Пример регулирования потребления безалкогольных напитков (Вставка 12.15) дает более широкое представление о возможностях выбора целенаправленных действий.

ВСТАВКА 12.13. ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМ ЭКСПЛУАТАЦИИ В ШВЕЙНОЙ ИНДУСТРИИ БАНГЛАДЕШ

В условиях действия соглашения по текстилю (1974–2004, отменено в рамках Уругвайского раунда ВТО) в Бангладеш бурно развивалась швейная промышленность. Сейчас готовая одежда является ведущей статьей национального экспорта, на которую приходится около $\frac{3}{4}$ ежегодных денежных поступлений от внешней торговли, т.е. подавляющая часть экспорта, а численность занятых в ее производстве составляет примерно 2,5 млн человек. Работодатели набирают на предприятия швейной промышленности работниц-женщин, т.к. они являются низкооплачиваемой рабочей силой, проявляют покорность и низкую профессиональную подвижность. Раньше правам женщин уделяли мало внимания, предоставляя им минимальные возможности для осуществления руководства. У женщин было мало возможностей для доступа на формальный рынок труда, кроме того, существовал крайне дискриминационный подход к инвестициям в образование и здоровье девочек по сравнению с инвестициями в образование и здоровье мальчиков. Работа в швейной промышленности начала менять положение женщин в обществе. Примерно 80% занятых в швейной промышленности – женщины, а занятость женщин в неэкспортных отраслях, по оценкам, составляет 7%. Рост женской занятости ведет к усилению внимания к правам работающих женщин; к росту активности, направленной на организацию женщин и подготовку женщин-лидеров; к более широкому участию в выборе работы со сравнительно более высокой и регулярной зарплатой; к более активной поддержке образования девочек со стороны семьи благодаря такому стимулу, как будущие доходы; к расширению прав и возможностей женщин по мере усиления их авторитета с ростом экономической роли в домохозяйстве и к выбору более поздних сроков для вступления в брак и рождения детей. Однако уровень

заработной платы в швейной отрасли низок, напряженность работы высока, а условия тяжелые и опасные.

Согласно исследованию, проводившемуся в Дакке в 2006 г., женщины постоянно работали по 80 часов в неделю, получая 5 пенсов в час. Исследование проводилось на фабриках, поставивших продукцию в универсальные магазины Великобритании, принадлежащие компаниям «Примарк», «Теско» и «Асда», которые давали обязательства платить минимальную заработную плату в размере 22 фунтов стерлингов в месяц, т.е. сумму прожиточного минимума в Бангладеш. Рабочие отрасли устроили забастовку, которую возглавила Национальная федерация рабочих швейной промышленности, и добились повышения минимальной заработной платы на 50% – до 12 фунтов стерлингов в месяц: это был явный прогресс, хотя все равно заработная плата осталась на уровне гораздо ниже прожиточного минимума. Исследование на конкретном примере швейной промышленности Бангладеш наглядно показывает выгоды, которые могут возникнуть, когда крупные компании размещают свое производство в странах с низким уровнем доходов, но одновременно указывает на потенциальные глубокие социальные изменения, к которым это может привести даже в том случае, если условия далеко не соответствуют хорошей трудовой практике. Этот вклад мог бы быть куда более существенным, если бы частные компании более серьезно относились к своей «корпоративной социальной ответственности» Здесь, как и в других случаях, мы видим, что глобализация может принести колоссальные выгоды, но, безусловно, пойдет на пользу не всем, а навредить может многим. Смысл в том, чтобы не сопротивляться глобальным процессам интеграции рынков, а делать их лучше и справедливее.

Источник: SEKN, 2007.

ВСТАВКА 12.14. ЗАЩИТА СРЕДСТВ К СУЩЕСТВОВАНИЮ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ

Эффективное развитие сельского хозяйства, т.е. развитие, которое создает рабочие места и стимулирует рост доходов у большого коллектива работников, зависит от системы распределения земли, доступа к таким факторам производства, как капитал и труд, а также от условий окружающей среды и доступа к рынкам. Интенсивное развитие сельского хозяйства и справедливое распределение земли обеспечивают прочную основу для роста экономики и сокращения масштабов нищеты. Процветание фермеров зиждется на ресурсной базе и степени рыночной власти. Для стран с низким уровнем доходов, чья экономика все еще сильно зависит от сельского хозяйства, определение последовательности реформ играет важнейшую роль. Повышение производительности в сельском хозяйстве и создание занятости в несельскохозяйственных секторах должны предшествовать реформам торговли, таким, как снижение тарифов на сельскохозяйственные культуры, выращенные домохозяйствами с низким уровнем доходов.

Соглашение о сельском хозяйстве (Уругвайский раунд) в рамках ВТО не поощряет или вовсе запрещает применять такие национальные стратегии, которые направлены на управление ценами или производством в сельском хозяйстве. Для большинства развивающихся стран требования продовольственной безопасности делают необходимой способность обеспечить производственные стимулы, например стабильные внутренние цены (что почти невозможно в условиях открытости глобального рынка). Признание возможности того, что новые переговоры могут еще больше ограничить

национальное пространство маневра в обеспечении продовольственной безопасности, ФАО выступает за особый и дифференцированный режим в рамках ВТО, при котором у развивающихся стран будет больше гибкости в применении правил ВТО:

Численность фермеров, ведущих натуральное хозяйство, и фермеров, необеспеченных ресурсами. Там, где государство направляет большую часть или весь объем финансовой помощи таким фермерам, они должны быть освобождены от любых дальнейших сокращений внутренней поддержки.

Экономическая уязвимость. В странах с высокой степенью зависимости от экспорта всего одной-двух сельскохозяйственных культур, ФАО рекомендует разрешить высокие государственные расходы на поддержку роста производительности, улучшение стандартов и поэтапные программы по выкупу доли менее эффективных производителей.

Физическая уязвимость. Странам, где производители пострадали от стихийных бедствий, таких как землетрясения, наводнения или военные действия может потребоваться заключение временных, специальных и дифференцированных соглашений. В таких случаях государствам возможно понадобится период неограниченных инвестиций для восстановления поголовья стада или многолетних культур.

Источник: GKN, 2007.

ВСТАВКА 12.15. РЕГУЛИРОВАНИЕ РЫНКА И ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ: БЕЗАЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ

Имеется целый ряд примеров применения мер по регулированию рынка в области продовольствия. Ограничение доступности может стать эффективным средством ограничения потребления ... Первый шаг – рассмотреть возможность ограничения доступности в местах, где сбыт нацелен конкретно на детей, например в школах. В Бразилии в трех муниципалитетах недавно приняты законы о запрете продажи некоторых продуктов в школьных столовых, включая безалкогольные напитки. Газированные напитки запрещены в школах Омана, Саудовской Аравии и Объединенных Арабских Эмиратов. Эта мера внедряется также в США. Ощутимый эффект на потребление оказывает цена, хотя повышение цен поднимает проблему неравенства ... Еще один возможный вариант – регулирование размеров упаковки. В Мексике до 1994 г. действовали ограничения на размеры упаковки. В результате до 75% кока-колы продавалось в индивидуальных стеклянных бутылках, тем самым ограничивая потребление.

Варианты действий:

Начать диалог о целесообразности регулирования или установления стандартов на реализацию жирных, сладких и соленых продуктов пищевой промышленности и, в случае положительного решения, определить масштабы – местный, национальный или международный. В этом диалоге должны участвовать представители пищевой промышленности наряду с международными, государственными и неправительственными организациями.

Провести экономический анализ для более гибкого понимания воздействия транснациональных брендов на структуру потребления (в сравнении с местными или региональными брендами) и эффекта маркетинга этих продуктов относительно других факторов, влияющих на выбор.

С исправлениями и с разрешения издателя, из Hawkes (2002).

Табачная и алкогольная продукция

Разработка Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табакокурением – превосходный (хотя и редкий) пример согласованной в глобальном масштабе работы по ограничению наличия на рынке смертоносного товара (Вставка 12.16). Комиссия настаивает на том, чтобы 12 стран в Африке, 13 стран на Американском континенте, 12 стран в Европе и 5 стран на Ближнем Востоке, которые не входят в Рамочную конвенцию, ратифицировали эту конвенцию и обеспечили ее исполнение. Рамочная конвенция включает страны G8 – Италию, Россию и США, а также Швейцарию, где находится штаб-квартира ВОЗ.

Стратегические решения на глобальном и национальном уровнях должны быть дополнены соответствующими действиями на уровне местных органов власти, а также мерами, направленными на изменение поведения. Один из примеров таких стратегий – местное налогообложение и более широкий комплекс мер по регулированию спроса и предложения (Вставка 12.17). Однако необходимо учитывать возможное усугубление неравенства в результате налогообложения, которое оказывает обратное действие на беднейшие слои населения.

По примеру Рамочной конвенции по борьбе против табакокурения Комиссия настоятельно рекомендует ВОЗ инициировать дискуссию со странами-членами о регулирующих мерах по борьбе с употреблением алкоголя (Вставка 12.18 и 12.19). В странах ВОЗ европейского региона отмечается самый высокий уровень заболеваний и насилия, связанных с потреблением алкоголя, при очень больших межстрановых различиях в смертности в результате злоупотребления алкоголем. В дискуссии о европейской

политике проявился конфликт мнений: считать ли алкоголь обычным товаром или угрозой здоровью обществу? В последнем случае торговля им требует регулирования, чтобы защитить здоровье населения. Комиссия убеждает государства в европейской зоне ВОЗ и во всем мире объединить усилия в работе по ограничению вреда для здоровья, вызываемого алкоголем.

Ответственность частного сектора

Поведение представителей частного сектора может противоречить интересам общества, но они также могут внести большой вклад в создание общественных благ. Имеются некоторые данные, свидетельствующие о небольших сдвигах в сторону увеличения социального вклада, но они не очень надежны. Корпоративная социальная ответственность пропагандируется как средство улучшения позитивного социального воздействия со стороны игроков частного сектора. Однако на данный момент корпоративная социальная ответственность часто имеет не более чем косметический характер. Один из основных недостатков состоит в том, что, будучи добровольной, она лишена механизма принуждения к действию (Вставка 12.20), а также в том, что было предпринято не так много попыток осуществить оценку ее эффективности. Исключением является Инициатива по этической торговле. Например, независимая оценка влияния Кодекса рабочих практик инициативы по этической торговле выявила целый ряд областей, в которых отмечались улучшения (Barrientes & Smith, 2007). Но добровольные инициативы неизбежно будут ограничены в своем влиянии. Корпоративная ответственность, возможно, будет более содержательным подходом.

ВСТАВКА 12.16. РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ПО БОРЬБЕ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ

Имеются достоверные данные о том, что либерализация торговли в применении к табачным изделиям приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья. Исследование Всемирного Банка показало, что снижение тарифов в некоторых странах Азии вызвало рост числа курящих на 10% по сравнению с их численностью до либерализации торговли. В некоторых группах населения в Республике Корея, таких, как подростки, рост числа курящих был еще более резким (среди юно-

шей с 18,4% до 22,8% в год, среди девушек с 1,6% до 8,7%). Чтобы не дать торговой политике взять верх над задачей охраны здоровья, организации здравоохранения и ВОЗ потребовали исключения табачных изделий из торговых договоров. Рамочная конвенция признает наличие связи между торговлей и табакокурением, но не содержит никаких условий для ее устранения.

Источник: GKN, 2007; Gostin, 2007.

ВСТАВКА 12.17. СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ В ТАИЛАНДЕ

В своем докладе «Таиланд: ограничения на импорт сигарет и внутренние налоги на сигареты» группа специалистов Генерального Соглашения по тарифам и торговле (ГАТТ) в 1990 г. приняла решение о том, что «меры, соответствующие условиям ГАТТ, могут быть приняты для контроля как предложения, так и спроса на сигареты при условии их равного применения к местным и импортным сигаретам на основе национального режима». Таким образом, был сделан вывод о том, что ограничение импорта сигарет обязательно, если можно принять другие меры. В будущем можно было бы осуществить гармонизацию стратегий борьбы с табаком, включая повышение цен,

налоги на стоимость и запрет на рекламу, при условии, что эти стратегии не приводят к дискриминации между иностранной и отечественной продукцией. И так, группа специалистов представила общий механизм для усиления контроля за потреблением табака, который не нарушает правил ВТО. Следуя этому решению, Таиланд сохранил запрет на рекламу и подтвердил другие строгие меры по контролю за потреблением табака. Суровое законодательство Таиланда – образец того, что страны могут предпринять, когда им противостоят транснациональные табачные компании и их реклама.

Источник: Bettcher et al., 2000.

ВСТАВКА 12.18. НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ О БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Имеются убедительные данные о том, что повышение цен на алкогольную продукцию сокращает ее потребление и количество проблем, связанных с потреблением алкоголя. В большинстве стран, и особенно в странах с низкой налоговой ставкой на спиртные напитки повышение цены на спиртные напитки вследствие повышения налога ведет к росту государственных налоговых поступлений и снижению государственных расходов, обусловленных вредными последствиями потребления алкоголя. Влияние повышения цен, как и других антиалкогольных мер, в разных странах проявляется неодинаково и зависит от таких факторов, как уровень культуры потребления спиртных напитков и поддержка жестких антиалкогольных мер со стороны общества. Однако

эффект влияния на вредные последствия потребления алкоголя очевиден, а издержки невысоки, что делает эту меру вполне рентабельной. Кроме того, эффективны такие меры государственного вмешательства, как более строгое регулирование доступности алкогольной продукции, особенно установление минимального возраста, с которого разрешена покупка спиртных напитков, государственная монополия на розничную торговлю спиртными напитками и регулирование количества торговых точек. Учитывая широкий охват и сравнительно низкие издержки на осуществление этих мер, их можно признать высокорентабельными.

Источник: <http://www.euro.who.int/document/E82969.pdf>

ВСТАВКА 12.19. СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Во всем мире налогообложение алкогольной продукции – в форме специальных акцизов, налогов на добавленную стоимость и налогов с оборота – зарекомендовало себя одной из наиболее популярных и эффективных в социальном отношении мер государственного вмешательства, направленных на сокращение общего потребления алкоголя и тем самым на снижение уровня хронических заболеваний, которые с ним ассоциируются. Политика в области налогообложения основана на экономическом законе о спросе и предложении: введение налога повышает цену алкогольной продукции. Более высокая цена означает, что потребитель может купить меньшее количество любимого спиртного напитка. Политика в области налогообложения может быть поддержана концентрацией рыночной

власти в руках контролируемых государством монополий, которые регулируют цены, производство, импорт и продажу алкогольной продукции. Такой подход преобладал в Северной Америке и некоторых странах Южной Америки, в Восточной Европе и Скандинавских странах. В последнем случае тщательно продуманные меры по регулированию потребления алкоголя привели к поразительным успехам в изменении структуры потребления: например, путем снижения доступности крепких спиртных напитков, которые вызывают сильное опьянение, и пропаганды менее крепких напитков типа пива с пониженным содержанием спирта.

Источник: PPHCKN, 2007b.

ВСТАВКА 12.20. ФОРМИРОВАНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ: ДАВЛЕНИЕ СНИЗУ

Насколько справедливо то, что корпоративная социальная ответственность вносит положительный вклад в обеспечение прав человека для тех, кто работает в транснациональных корпорациях, настолько же справедливо утверждение о том, что это имеет значение только для тех немногих корпораций, которые ориентированы на потребителя или которые уже восприняли этический и ответственный подход. Другие же

отрасли экономики не слишком расположены к этому. Такие аномалии и несколько несогласованный подход, характерный для движения за корпоративную социальную ответственность, должны заставить граждан осознать необходимость более системного подхода к проблеме.

Источники: Kemp, 2001.

Деятельность гражданского общества, особенно профсоюзов, включая действия со стороны заинтересованных лиц и потребителей, может усилить давление на организации частного сектора, требуя большей социальной ответственности, а также принятия более активных формальных регулирующих мер (Вставка 12.21).

Рынок и заинтересованные представители частного сектора, несомненно, обладают большими возможностями влияния на социальные условия, включая многие, если не все, важнейшие социальные детерминанты здоровья. Но это влияние – на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях – должно быть благотворным. От справедливого участия в глобальных институтах, посредством которых формулируются рыночные стратегии, через соглашения по вопросам торговли и инвестиций к регулированию коммерческой деятельности и товаров – роль государственного сектора, как в обеспечении товаров и услуг, так и в регулировании, остается жизненно необходимой.

ВСТАВКА 12.21. ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО: ВЛИЯТЕЛЬНЫЕ АКЦИОНЕРЫ

Признавая ограниченность добровольных инициатив, ряд международных организаций гражданского общества образовали общественное движение, нацеленное на решение вопросов корпоративной ответственности и справедливой торговли и доступа к рынкам в бедных странах на более широкой основе. Один из методов – целенаправленная работа с акционерами для получения их поддержки в принятии резолюций на ежегодных общих собраниях. Это потребует от компаний назначения независимых аудиторов, чтобы обеспечить для рабочих на предприятиях-поставщиках и фермах

гарантированные достойные условия работы, прожиточный минимум, обеспеченность работой и право на вступление в профсоюз по их выбору. Учитывая, что упор делается на повышение стоимости для акционера и увеличение влияния институциональных акционеров, нужно отметить, что эффективность подобной деятельности гражданского общества не доказана.

Источник: SEKN, 2007.

ГЛАВА 13

Гендерное равенство

«Вопросы, касающиеся женщин, требуют всеобъемлющего рассмотрения и решения во взаимосвязи с общими социальными проблемами и проблемами развития. Невозможно добиться устойчивого развития без тесного партнерства между женщинами и мужчинами во всех аспектах жизни».

Гертруда Монгелла (1995)

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО И ЗДОРОВЬЕ

Гендерное неравенство характерно для любых общественных формаций. Гендерные привилегии во власти, распределении ресурсов, предоставлении прав, определении норм и ценностей, а также при формировании служб несправедливы. К тому же они нерациональны и неэффективны. Гендерное неравенство наносит вред здоровью миллионов девочек и женщин (WGEKN, 2007). Оно сказывается на здоровье, в том числе, через дискриминационный характер питания, насилие против женщин, отсутствие доступа к ресурсам и возможностям, а также через отсутствие права принимать решения в отношении собственного здоровья. Более того, само выживание и развитие всех детей – и мальчиков и девочек – тесно взаимосвязаны с положением женщины в обществе (Caldwell, 1986; Cleland & Van Yinncken, 1988). Например, установлено, что более низкий статус женщин в Южной Азии является важнейшим фактором недоедания среди детей в этом регионе (Smith & Haddad, 2002).

Гендерное соотношение сил выражается через нормы и ценности и проявляется в сфере социальных отношений. Оно обнаруживает себя в том, как законы способствуют соблюдению равенства полов, получают ли женщины равный с мужчинами доход за одинаковую работу и насколько экономический вклад женщин учитывается в системе национальных счетов. Более того, гендерные предубеждения находят отражение в структуре организаций и направленности реализуемых программ.

По имеющимся в настоящее время оценкам, 495 млн женщин в мире неграмотны (64% от общей численности неграмотного взрослого населения) (ЮНЕСКО, 2007а).

В повседневной жизни гендерное соотношение сил часто подкрепляется неравным доступом к материальным и нематериальным ресурсам и контролем над ними, несправедливым распределением труда, отдыха и возможностей для улучшения качества жизни. В некоторых странах девочек меньше кормят, и они более ограничены в физическом развитии (WGEKN, 2007). В значительной степени сохраняется гендерное неравенство в образовании, особенно в среднем образовании. Почти во всех обществах женщины имеют меньше земли, богатства и собственности, при этом на них лежит более тяжелое бремя работы в «экономике обслуживания и ухода», которая обеспечивает выживание, деторождение и безопасность людей, включая молодых и старых. Для многих женщин обязанности по уходу за детьми являются важнейшим препятствием к участию на рынке наемного труда (Bargiento, Kabeer & Hossain, 2004). Однако даже там, где женщины все более активно выходят на рынок труда, они продолжают нести неравное бремя забот о детях и неоплачиваемой работы по дому (WGEKN, 2007). Усугубление

этого двойного бремени сказывается на здоровье женщин, как на производстве, так и в виде последствий недостатка отдыха и досуга (WGEKN, 2007). Более того, феминизация рабочей силы совпала с ростом несчастных случаев (WGEKN, 2007). К тому же женщины, как правило, заняты на низкооплачиваемых, более опасных и неформальных работах (WGEKN, 2007). Даже за равноценную работу женщины во всем мире получают на 20–30% меньше, чем мужчины (Рис. 13.1) (ЮНИСЕФ 2008).

Крайнее, но достаточно типичное проявление гендерного неравенства – насилие со стороны сексуального партнера или супруга. Несмотря на распространенность и серьезные последствия для здоровья и благосостояния, подобные случаи до сих пор часто игнорируются в сфере политики и услуг (ВОЗ, 2005а).

В сфере здравоохранения гендерное соотношение сил выражается в разном доступе к ресурсам здоровья внутри и вне семьи; в неравном разделении труда и выгод в формальной, неформальной и домашней компонентах системы медико-санитарного обслуживания (см. Гл. 9: *Всеобщая медицинская помощь*) и в гендерной дискриминации в содержании и процессе научных исследований в области здравоохранения (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*). Более того, в последние годы снизилось внимание к сексуальному и репродуктивному здоровью и соответствующим правам, а также расходы на них, в значительной мере из-за политических сил, влияющих на выделение финансовой помощи (Glazier et al., 2006). Как в рамках сектора здравоохранения, так и вне его гендерное неравенство означает для женщин урезанные права на собственное мнение, на принятие решений, меньше полномочий и признания по сравнению с мужчинами. Рис. 13.2 показывает, что доля женщин, имеющих решающий голос в отношении собственного здоровья, существенно варьирует в странах с низким и средним уровнем доходов – от 20% в Буркина-Фасо до примерно 88% в Иордании.

Даже там, где гендерное неравенство не так явно выражено, для женщин затруднен доступ в органы власти и политические институты – от местного муниципального совета до национального парламента и международных организаций (ООН, 2006в; WGEKN, 2007).

Уровень гендерного неравенства возможно снизить. За последнее столетие положение женщин радикально изменилось во многих странах, хотя этот процесс проходил неравномерно. Законодательство, новые технологии и структурные изменения – все эти факторы внесли свой вклад в расширение прав и возможностей женщин в ряде стран. Использование современных контрацептивов во многих случаях дает женщинам больше власти над собственным телом и репродуктивной стороной жизни, а снижение рождаемости существенно сокращает время, затрачиваемое на вынашивание и воспитание детей. Растет уровень грамотности и образования среди девочек и женщин, отмечается устойчивое увеличение доли женщин в трудовых ресурсах (ЮНИСЕФ, 2006в). Однако очень многое еще предстоит сделать.

Образование, профессиональная подготовка и повышение квалификации имеют существенное значение для расширения прав и возможностей женщин. Кроме того, должны решаться проблемы гендерного неравенства на рынке труда, включая разрыв в оплате труда. Далее, необходимы более основательные политические и финансовые обязательства в отношении репро-

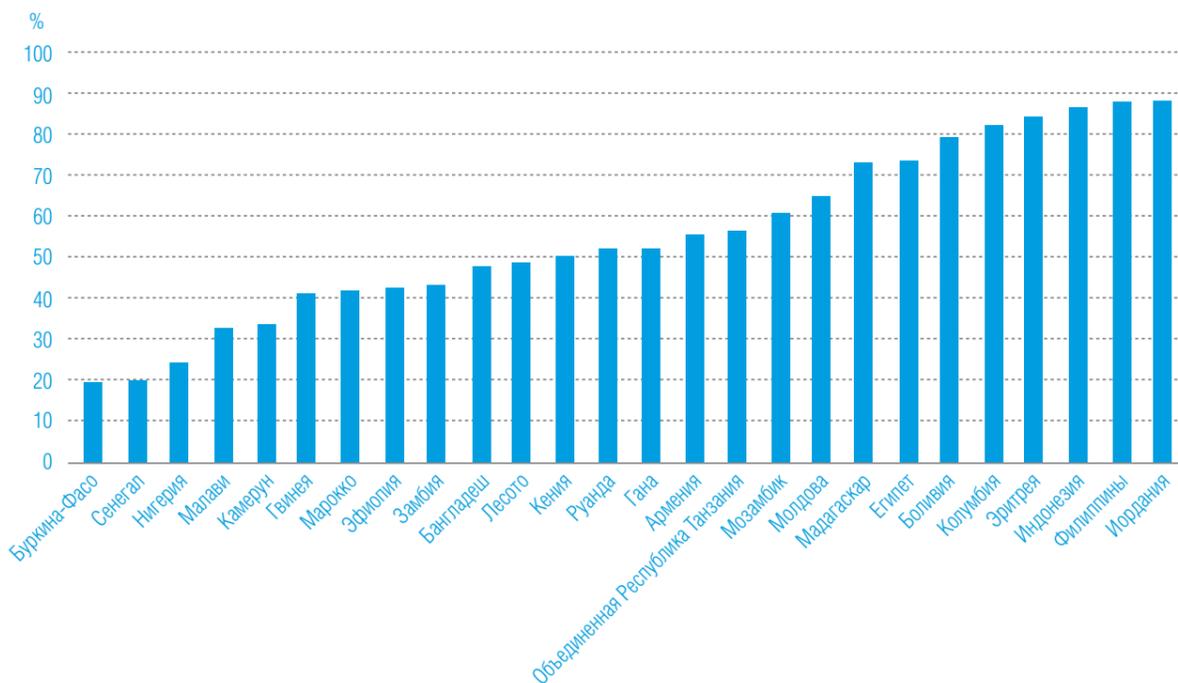
Рисунок 13.1. Уровень заработной платы женщин, по сравнению с мужчинами, в некоторых странах (территориях)



Перепечатано с разрешения автора, из UNICEF (2006)

Ближний Восток и Северная Африка: Бахрейн, Египет, Западный берег р. Иордан и сектор Газа, Иордания. Восточная Азия и Тихоокеанский регион: Республика Корея, Малайзия, Мьянма, Сингапур, Таиланд, Филиппины. Промышленно развитые страны: Австралия, Австрия, Бельгия, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Исландия, Ирландия, Кипр, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Португалия, Финляндия, Франция, Швеция, Швейцария, Япония. Страны с переходной экономикой: Болгария, Грузия, Казахстан, Латвия, Литва, Румыния, Турция, Украина. Чехия, Хорватия. Латинская Америка и Карибский бассейн: Бразилия, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор. Страны Африки к югу от Сахары: Ботсвана, Кения, Свазиленд, Эритрея.

Рисунок 13.2. Доля женщин, имеющих право самостоятельно принимать решения об обращении за медицинской помощью (%), 2001–2005



дуктивного и сексуального здоровья и прав. К более активным действиям обязывает влияние гендерного неравенства на отношения между поколениями. Своевременные меры по преодолению гендерного неравенства и расширению прав и возможностей женщин играют решающую роль в сокращении разрыва в состоянии здоровья в течение жизни одного поколения.

ДЕЙСТВИЯ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ УРОВНЯ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ

Законодательство

Комиссия рекомендует:

13.1 Государства должны подготовить и ввести в действие законодательство, которое способствует гендерному равенству и делает незаконной дискриминацию по половой принадлежности.

Успех деятельности по обеспечению гендерного равенства – будь то расширение доступа к образованию, сокращение всех видов насилия в отношении женщин или защита женщин и девочек от дискриминации и эксплуатации на рынке труда – зависит от правовой среды, защищающей и стимулирующей гендерное равенство. Это может потребовать проведения реформы законодательства: отмены дискриминационных законов, разработки и внедрения в практику законов и норм, которые защищают и продвигают принцип гендерного равенства, и гармонизации законодательства с договорами о правах человека (ВОЗ, 2005а) (Вставка 13.1). Среди прочего государства должны гарантиро-

вать женщинам и девочкам равные права собственности и наследования (Grown, Gupta & Panda, 2005). Например, в странах Африки к югу от Сахары эти права имеют особое значение, облегчая тяжесть обязанностей по ведению домашнего хозяйства и уходу за больными ВИЧ/СПИДом (WGEKN, 2007).

В целях эффективного исполнения законов необходимо обратить внимание на юридическую возможность интерпретировать и применять такие законы и ориентировать правовую и судебную систему (включая полицию, следователей, адвокатов, судей), глав местных органов власти и работников здравоохранения на решение вопросов, связанных с конкретными нуждами женщин (ВОЗ, 2005а; ВОЗ, 2007в). Например, в случае насилия это означает, что к женщинам, обратившимся с жалобами, должно относиться профессионально и уважительно, обеспечить их защиту как свидетелей и принять меры для предотвращения насилия в дальнейшем (ВОЗ, 2005а).

Для эффективного обеспечения законности и исполнения законов в поддержку гендерного равенства необходимо соответствующее финансирование. Средства должны быть достаточно для решения проблемы в полном объеме и для охвата всей целевой группы населения (Вставка 13.2). Важнейшим условием успешного исполнения законов является такое распределение ресурсов, когда они напрямую включаются в статьи государственного бюджета, а не зависят от действующих по собственному усмотрению независимых фондов.

Для эффективного исполнения законов, стимулирующих гендерное равенство, также требуется, чтобы женщины знали свои права и могли требовать их соблюдения и противостоять гендерному неравенству путем расширения своих потенциальных

ВСТАВКА 13.1. УСТРАНЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ДИСКРИМИНАЦИИ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О СЕМЬЕ И БРАКЕ В КЕНИИ

В Кении международная комиссия юристов на основании данных исследования, показавшего степень дискриминации женщин в брачно-семейном праве, успешно пролоббировала формирование Отдела по делам семьи в рамках Верховного суда Кении, который сосредоточил свою деятельность на арбитраже по бракоразводным делам, алиментам и семейной собственности и организации в рамках судебной системы профессиональной подготовки по вопросам

устранения гендерной дискриминации. Дальнейшие усилия были направлены на применение Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин в качестве руководящего документа в судебной практике с целью приведения национальной политики в соответствие с международными стандартами в области прав человека.

Источник: WGEKN, 2007.

ВСТАВКА 13.2. БЮДЖЕТНЫЕ АССИГНОВАНИЯ НА ИСПОЛНЕНИЕ ЗАКОНОВ О ДОМАШНЕМ НАСИЛИИ В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ

В ходе исследования Международного научно-исследовательского центра по проблемам женщин в 2002 г. был проведен сравнительный анализ бюджетных ассигнований и расходов на исполнение законов о домашнем насилии на примере стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Анализ показал, что объем финансирования программ по прекращению домашнего

насилия, как правило, недостаточен для полного охвата всей численности целевой группы населения и решения проблемы во всех аспектах. Кроме того, значительная часть финансирования носила независимый дискретный характер и поступала из бюджетов министерств и международных доноров (Luciano et al., 2005).

Источник: WGEKN, 2007.

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 13.1

Устранить гендерную дискриминацию во всех структурах общества: в законах и при их применении, в управлении деятельностью организаций, планировании его действий, а также при определении показателей экономического развития государства.

возможностей, в частности через образование и работу по найму (WGEKN, 2007). Организации гражданского общества и национальные правительства могут сыграть важную роль в повышении информированности женщин об их законных правах (WGEKN, 2007) (Вставка 13.3).

Изменения, направленные на устранение гендерного неравенства, могут столкнуться с мощным организованным противодействием. Обычно подготовка реформы занимает много времени, особенно при наличии организованной оппозиции, которая умеет использовать угрозы перемен для разжигания культурных и религиозных страхов. В этой борьбе могут показать свою силу местные правозащитные или женские организации. В Пакистане, например, организации гражданского общества сыграли важную роль в изменении законодательства, в направлении облегчения процедуры подачи заявления об изнасиловании (Вставка 13.4). В связи с этим необходимо предоставить долгосрочную поддержку местным женским организациям. (WGEKN, 2007).

Некоторые обычаи, такие, как калечащая деформация женских половых органов, можно изменить скорее в результате вмешательства на местном уровне, чем с помощью законодательства и правоохранительных мер. (Вставка 13.5). Одного законодательства в этом случае недостаточно. Более того, если законодательство и санкции недостаточно продуманы и применяются без консультаций с местными лидерами и организациями гражданского общества, они могут иметь негативные последствия, например, приведут к использованию подпольной практики (WHO, 2008a).

Изменение общественных норм в отношении гендерного неравенства и обычаев, которые наносят вред девушкам и женщинам, требует работы с мужским населением, как показывает пример с проблемой калечащих деформаций женских половых органов. Методы, используемые в программах, направленных на ломку гендерных стереотипов и несправедливых нормативных систем, включают: предоставление молодым людям возможности испытать модели поведения, основанные на ролевом равноправии, в привычных для них условиях своей общины и поощрение и поддержка равноправных отношений между мужчинами и женщинами

в условиях маленькой группы и в более широких сообществах. (Вставка 13.6) (см. Гл. 5: *Равенство с самого начала*).

Системный подход к обеспечению гендерного равенства Комиссия рекомендует:

13.2 Государства и международные институты должны учредить на уровне центрального органа власти подразделения по вопросам гендерного равенства, обеспечив его адекватным и долгосрочным финансированием и наделив полномочиями по анализу проблемы и обеспечению реализации принципа гендерного равенства в политике, программах и институциональных механизмах (см. Рек. 10.2; 15.2).

Необходимо не только устранить перекос в структуре и функционировании правовых систем. Внимания заслуживают также гендерная дискриминация и перекос в организационной структуре органов власти и институтов и в механизмах, с помощью которых вырабатываются и реализуются стратегии и политические решения (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Это требует системной интеграции гендерного аспекта на всех уровнях (в отличие от придания этой деятельности вспомогательного характера), так чтобы он учитывался в организационных структурах и их деятельности, в разработке и реализации политических решений, программ и предоставлении услуг. Это и есть выдвигание гендерного фактора на первый план и придание приоритетного характера соответствующей проблеме. (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Это предполагает проведение оценки значения любых планируемых действий с точки зрения получения мужчинами и женщинами равных выгод (ЭКОСОС, 1997; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

Несмотря на все более широкое признание важности системного подхода к гендерной проблеме, его реализация требует увеличения усилий. Системный подход к проблеме равенства полов должен быть правильно понят, признан институционально, адекватно профинансирован и эффективно реализован. Он должен быть поддержан специальным подразделением по ген-

дерным вопросам, исполняющим роль катализатора этого процесса и обладающего прочным институциональным положением, полномочиями и бюджетом (WGEKN, 2007). Комиссия рекомендует национальным органам власти и международным институтам с помощью ВОЗ и других организаций учредить подразделение по гендерным вопросам, которое помогает оценивать политические решения, программы и институциональные структуры с позиций гендерного равенства. Например, в Швеции на уровне центральных органов власти функционирует Управление по вопросам гендерного равенства, которое отвечает за координацию всей деятельности в рамках системного решения гендерной проблемы (Вставка 13.7).

Существует целый ряд стратегий для осуществления системного гендерного подхода в рамках организаций, процессов выработки политики и разработки программ и мероприятий

(Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Вставка 13.8). В организационном плане эффективной реализации комплексного гендерного подхода способствует возложение ответственности на топ-менеджмент и выделение достаточных финансовых и трудовых ресурсов для центрального подразделения, компетентного в гендерных вопросах.

Планируя реализацию системного гендерного подхода, целесообразно выяснить, имеются ли для этого соответствующие условия. Если нет, необходимо провести подготовительную работу по их созданию, даже если работа по внедрению этого подхода уже начата (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Благоприятные условия подразумевают наличие политической воли, установление правовых и конституционных рамок, поддерживающих гендерное равенство, и наличие сильного женского движения (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) (Вставка 13.9).

ВСТАВКА 13.5. ИЗМЕНЕНИЕ НОРМ, КАСАЮЩИХСЯ КАЛЕЧАЩЕЙ ДЕФОРМАЦИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

С помощью многоэтапной образовательной кампании в некоторых случаях удалось изменить отношение и нормы, касающиеся калечащей деформации женских половых органов. Среди успешных примеров – Сенегальский проект, который в настоящее время является региональной моделью, одобренной и утвержденной ЮНИСЕФ. Своим успехом проект обязан публичному заявлению о намерении прекратить эту практику и медленной, но непрерывной реализации образовательной программы в области прав человека, которая поощряет сельских жителей к тому, чтобы они составили собственное мнение об этой практике. В более общих чертах эффективная программа должна предусматривать следующее:

(i) вовлечение мужчин в деятельность, направленную на изменение их позиций; (ii) тщательный отбор подходящих лидеров для проекта и договоренность о критериях отбора участников; (iii) занятия по проблемам репродуктивного здоровья и прав, которые снимают табу с обсуждения проблемы вреда здоровью, наносимого калечащими деформациями женских половых органов; (iv) сотрудничество с общиной в разработке альтернативных обычаев и (v) широкую образовательную кампанию, выходящую за рамки проблематики калечащей деформации женских половых органов и включающую вопросы прав человека, здоровья и развития.

Источник: WGEKN, 2007.

ВСТАВКА 13.6. ПРОГРАММА «СТУПЕНЬКИ» В ЮАР

«Ступеньки» – это поэтапная программа изменения поведения, направленная на снижение уровня ВИЧ-инфицирования путем формирования более крепких, равноправных отношений. Программа охватывает группы мужчин и женщин, применяет принцип активного участия в процессе обучения и приобретения навыков, включая критикующие выступления и постано-

вочные действия. Тщательный анализ эффективности программы в Южной Африке показал снижение уровня инфекций, передающихся половым путем, среди женщин, изменения в рискованном сексуальном поведении мужчин и сокращение количества случаев насилия по отношению к женщинам.

Источник: WGEKN, 2007

ВСТАВКА 13.7. СТРАТЕГИИ ДОСТИЖЕНИЯ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА: ПРИМЕР ШВЕЦИИ

Основная цель системного гендерного подхода в Швеции – устранение структурных корней гендерного неравенства в обществе в целом. Такая постановка вопроса выходит далеко за пределы норм, принятых даже в ЕС. В Швеции это выражается в том, что гендерные взаимоотношения принимаются во внимание во всех сферах деятельности и всеми государственными, частными и общественными организациями через систематический гендерный анализ в процессе выработки и реализации всех политических и управленческих решений. Это стало возможным благодаря ключевой роли экспертов-специалистов в определении и формулировании задач

и способов их решения. Однако этот подход более проявлен на государственном, чем на муниципальном уровне. Второй фактор успеха – эффективная координация действий между секторами и различными организациями. Координацию осуществляет Управление по вопросам гендерного равенства, действующее на уровне центральной администрации. Однако главным фактором стало достижение широкого общественного консенсуса среди всех политических сил, который в определенной мере ограждает стратегию гендерного равенства от неожиданных проявлений политики демократии.

Источник: WGEKN, 2007.

ВСТАВКА 13.3. РОСТ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В ОБЛАСТИ ПРАВ СОБСТВЕННОСТИ В ОБЪЕДИНЕННОЙ РЕСПУБЛИКЕ ТАНЗАНИИ

Центр правовой помощи женщинам, созданный в Объединенной Республике Танзания повышает их информированность о том, как приобрести, продать и заложить землю, получить документы, подтверждающие право собственности на землю и участвовать в принятии решений, касающихся земли, а также предостав-

ляет им юридическую помощь. Кроме того, Центр проводит обучение представителей полиции, магистратов (мировых судей) и судей по вопросам прав женщин на собственность.

Источник: WGEKN, 2007.

ВСТАВКА 13.4. ИЗМЕНЕНИЕ В СУДОПРОИЗВОДСТВЕ ПО ДЕЛАМ ОБ ИЗНАСИЛОВАНИИ В ПАКИСТАНЕ

Согласно данным Комиссии по правам человека в Пакистане, каждые два часа в стране совершается одно изнасилование и каждые восемь часов – групповое изнасилование. Немногочисленное, но заметное движение женщин в рамках более широкого движения за права человека ведут борьбу за изменение политической ситуации, которая все больше осложняется войнами в Афганистане и Ираке. Их усилия недавно увенчались успехом: Национальное собрание и Сенат приняли Закон о защите прав женщин (2006), который вывело дела об изнасиловании из юрисдикции суда шариата и пере-

дало их под юрисдикцию гражданского суда. Этот закон также облегчает решение проблемы доказательства изнасилования, что прежде всегда сопровождалось обвинением женщины в супружеской неверности. Несмотря на противодействие исламистов, из-за которого рассмотрение законопроекта ранее многократно откладывалось, он все-таки был утвержден. Однако еще многое предстоит сделать, чтобы в полной мере обеспечить исполнение и подтвердить действенность закона.

Источник: WGEKN, 2007.

Отражение экономического вклада женщин в национальных счетах

Комиссия рекомендует:

13.3 Государства должны учитывать экономический вклад в виде ведения домашнего хозяйства, работы по обслуживанию и уходу и неоплачиваемой домашней работы, а также оплачиваемой работы в неофициальной сфере в национальные счета (см. Рек. 8.3).

Национальные счета содержат данные об экономической деятельности в стране и являются показателем уровня производства, дохода и богатства государства. Система национальных счетов ООН (UNSNA), утвержденная в качестве руководства по разработке национальных систем счетов, а также для облегчения межстрановых сравнений, характеризует экономику с точки зрения развития рыночных операций (Waring, 2003).

Неоплачиваемая работа, которую выполняют преимущественно женщины – в домашнем хозяйстве или по уходу за больными, не включается в национальные счета, поэтому такая деятельность не отражена в национальной статистике. В Канаде доля неоплачиваемой работы оценивается в 33% ВВП, причем три четверти этой работы выполняются женщинами (данные на 1998 г.) (Hamdad, 2003). «Отсутствие видимого вклада женщин в экономику обуславливает проведение такой политики, которая увековечивает экономическое, социальное и политическое неравенство между женщинами и мужчинами. Если вы невидимка в национальной экономике как производитель, вы останетесь невидимкой и при распределении выгод», таких,

как кредиты или профессиональная подготовка (Waring, 2003). Женщин и девушек, которые выступают своего рода «амортизаторами» для семьи, экономики и общества, выполняя обязанности по уходу и обслуживанию, необходимо поддерживать, используя денежные средства, инфраструктуру и эффективные стратегии и программы. (WGEKN, 2007). Первый важный шаг к этому – отразить их вклад в национальных счетах (Waring, 1988; Waring, 1999).

Для того чтобы признать и сделать видимым вклад женщин в глобальную, национальную и местную экономику, необходимы системы учета (Waring, 2003). Пересмотренные в 1993 г. правила Системы национальных счетов ООН все еще не отражают экономическую деятельность как в производстве, так и в потреблении в рамках одного и того же домохозяйства (Waring, 2003). Предложено несколько методик измерения и оценки неоплачиваемой работы, и в некоторых странах, например в Канаде, они используются для оценки стоимости неоплачиваемой работы. Все методики имеют свои достоинства и недостатки, поэтому необходимо продолжать работу по совершенствованию и применению разных методик.

Помимо работы по дому, по уходу и неоплачиваемой работы, многие женщины выполняют оплачиваемую работу в неофициальном секторе. Включение оплачиваемой неофициальной работы в национальные счета должно получить дальнейшее развитие, поскольку до сих пор она представлена недостаточно полно. Имеются соответствующие методики для включения таких работ в действующие системы счетов (Делийская группа по статистике неофициального сектора).

ВСТАВКА 13.8. СТРАТЕГИЯ ДОСТИЖЕНИЯ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА В ПРАВИТЕЛЬСТВЕ ЧИЛИ: ПРОГРАММА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ

Программа улучшения процесса управления в Чили представляет собой систему коллективного поощрительного вознаграждения, связанную с эффективностью институциональной деятельности: весь персонал в государственном учреждении получает премиальную надбавку доходящую до 4% от величины заработной платы, если учреждение выполняет программные цели, одобренные Министерством экономики. Программа улучшения менеджмента в каждом учреждении разрабатывается с учетом совокупности аспектов, общих для всех учреждений государственного сектора. Один из этих аспектов – гендерное планирование. Соответствующее предложение вместе с проектом бюджета ежегодно вносится в Министерство экономики. Компонент гендерного планирования предполагает внедрение ген-

дерного подхода в бюджетный процесс. Появляется возможность включения гендерных критериев в рутинные процедуры управления на государственном и местном уровнях с постоянным внесением изменений в повседневную деятельность учреждений и их унифицированные методы работы. Так, государственные учреждения должны включать этот аспект во все свои стратегии, что позволяет распределять бюджетные ассигнования так, чтобы точнее учесть потребности мужчин и женщин и содействовать уменьшению гендерного неравенства. Внедрение этого стимулирующего механизма – важная инновационная инициатива. Впервые в Чили концепция гендерного равенства тесно увязывается с управлением бюджетными средствами.

Источник: WGEKN, 2007.

ВСТАВКА 13.9. ПРОПАГАНДА ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА

Организованные феминистские движения в разных странах в 1970-х гг. требовали изменений в законодательстве, политике, программах и услугах, затрагивающих здоровье женщин. Медицинских центры для женщин были созданы во многих странах Севера и в некоторых странах Юга. Во многих развивающихся странах были широко распространены стихийные выступления в поддержку предоставления женщинам контроля за регулированием деторождения и собственного полового поведения, за снятие табу или

ореола таинственности с необходимой медицинской информации, за продвижение и отстаивание стратегий и программ, разработанных в интересах женщин. Все это способствовало созданию в начале 1980-х гг. Международного движения за здоровье женщин, которое дало новый стимул для пропаганды здоровья женщин. Одним из результатов этой деятельности стала разработка стратегий в сфере охраны здоровья женщин в некоторых странах.

Источник: Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007.

Образование и профессиональная подготовка

Комиссия рекомендует:

13.4 Государство и доноры должны инвестировать в расширение потенциальных возможностей девушек и женщин путем поддержки формального образования и профессионального обучения (см. Рек. 5.4).

Содействие гендерному равенству и предоставлению прав и возможностей женщинам является ключевой стратегией развития и включено в Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ 3). Развитие способностей девушек и женщин через образование закладывает фундамент для расширения прав и возможностей женщин. В Главе 5 (*Справедливость с самого начала*) обсуждается ряд инициатив, которые улучшают показатели поступления девочек в школу и продолжительности их школьного обучения и способствуют устранению барьеров к образованию девушек. В то же время есть настоятельная потребность в расширении возможностей формального и профессионального обучения для миллионов взрослых женщин, получивших недостаточное образование.

ВСТАВКА 13.10. СТАТИСТИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАНАДЫ: ОЦЕНКА ВКЛАДА НЕОПЛАЧИВАЕМОЙ РАБОТЫ

Статистическое управление Канады – одно из ведущих учреждений страны, которое разрабатывает и применяет методики измерения и оценки неоплачиваемой работы. Всеобщий социальный опрос населения Канады включает проведение оценочных мероприятий с хронометражем каждые шесть лет. В ходе его осуществляется сбор информации о времени, затраченном на неоплачиваемую работу в домохозяйстве. Эти данные сопоставляются с вмененными почасовыми затратами для определения стоимости неоплачиваемой работы. Существуют различные методы для условного начис-

Существующие инициативы были сочтены недостаточными для достижения цели программы «Образование для всех» – снижения уровня неграмотности среди взрослых в два раза к 2015 г. (ЮНЕСКО, 2007в). Поэтому ЮНЕСКО приступила к осуществлению Инициативы повышения уровня грамотности в интересах расширения прав и возможностей. Эта программа действий, направленная на развитие грамотности, будет реализовываться в 35 странах, где уровень грамотности ниже 50% или где существует более 10 млн неграмотных. (ЮНЕСКО, 2007в). Инициатива подчеркивает необходимость уважительного отношения к учащимся и их нуждам и важность вовлечения их в процесс обучения на основе партнерских отношений. Это – партнерство между органами власти, гражданским обществом, международными организациями, частным сектором, университетами, средствами массовой информации и самими учащимися.

Вовлечение людей в процесс оценки собственных потребностей – неотъемлемый элемент подхода на основе социальных детерминантов здоровья. Вставка 13.11 представляет инновационную модель, в которой подход на основе повышения грамотности используется для уменьшения уровня бедности в Бангладеш, особенно среди женщин сельских районов.

ления почасовых затрат на неоплачиваемую работу, включая метод альтернативных издержек (издержек неиспользованных возможностей, т.е. упущенного дохода) и метод рыночного замещения (т.е. стоимость аналогичных затрат труда на открытом рабочей силы). В зависимости от используемого метода оценочная стоимость неоплачиваемого труда может варьировать в широких пределах. В Канаде ее величина составляет от 33 до 52% ВВП (в 1998 г.) в зависимости от метода оценки.

Источник: Hammad, 2003.

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 13.2

Разработать и финансировать стратегии и программы, которые восполняют разрыв в уровне образования и профессиональных навыках и поддерживают участие женщин в экономической деятельности.

ВСТАВКА 13.11. GANOKENDRAS – НАРОДНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ В БАНГЛАДЕШ

Несмотря на улучшения, достигнутые в последние годы в результате целого ряда инициатив по распространению образования в Бангладеш, уровень грамотности среди женщин остается низким (ЮНЕСКО, 2007а). Программа была принята в 1992 г. неправительственной организацией Dhaka Ahsania Mission и сейчас действует более чем в 800 общинах в интересах 400 000 жителей. Программа Ganokendras направлена на сокращение масштабов бедности и расширение прав и возможностей женщин путем ликвидации неграмотности. Программа находится в ведении местной общины, в ней активно участвуют женщины. Она расширяет сферу их участия в соответствии с потребностями общины. В деятельности программы принимают участие мужчины, женщины

и дети, но большинство составляет женщины. Помимо повышения грамотности среди женщин и начального обучения неграмотных, Ganokendras функционирует как местный центр профессиональной подготовки и место для обсуждения важных вопросов. Такие центры занимаются деятельностью, связанной с социальными и экологическими программами, многие предоставляют микрокредиты. Кроме того, программа способствует объединению членов общины, дает возможность общаться друг с другом, с неправительственными организациями и государственными учреждениями, обеспечивая более эффективный доступ к имеющимся услугам.

Источник: Alam, 2006; ЮНЕСКО, 2001.

Инициативы, расширяющие доступность профессиональной подготовки для женщин, помогут им овладеть умениями и навыками, которые повысят их возможности получения дохода. Целый ряд подобных инициатив реализуется по всему миру. Например, в Великобритании в последние годы запущена образовательная программа в ответ на доклад Комиссии по делам женщин и занятости (2006) (Вставка 13.12).

Участие в экономической деятельности

Комиссия рекомендует:

13.5 Государство и работодатели должны поддерживать участие женщин в экономике: законодательно гарантировать справедливость в оплате труда, обеспечить равные возможности для трудоустройства на всех уровнях и проводить политику, благоприятную для семьи, когда женщины и мужчины могут в равной мере принимать на себя обязанности по уходу за детьми (см. Рек. 7.2).

Расширение приема девушек и продление срока их пребывания в учебных заведениях всех ступеней часто оказывается недостаточным для решения проблемы другого плана, а именно вовлечения в экономическую деятельность. Там, где действуют строгие нормы гендерных отношений, даже те девушки, которые посещают школу, могут со временем принять на себя роль, обусловленную гендерными стереотипами (WGEKN, 2007). Ломка этих барьеров требует действенных мер по устранению дискриминации и ограничений на рынке труда (WGEKN, 2007).

Законодательно гарантированное равенство в оплате труда

В разных странах мира женщины зарабатывают на 30–60% меньше чем мужчины вследствие существования так называемых женских работ, дифференциальных ставок заработной платы и

разной степени участия в трудовой деятельности (ЮНИСЕФ, 2006). Даже за равноценную работу женщины обычно получают меньше мужчин (Cohen, 2007; Hartman, Allen & Owens, 1999). Это оказывает влияние на уровень бедности, например среди детей, которых растят матери-одиночки (Hartman et al., 1999). Различия в накопленных доходах могут также привести к образованию больших гендерных разрывов в размере пенсий (Cohen, 2007; Управление по социальному обеспечению США, 2004). Бедность и низкие пенсии ассоциируются с худшим состоянием здоровья (см. Гл. 8: *Социальная защита на протяжении жизни*), доход же в руках женщин может быть особенно полезен для здоровья их детей (ЮНИСЕФ, 2006).

Для преодоления этой несправедливой ситуации необходимы целенаправленные действия на всех уровнях. Действенными инструментами для устранения разрыва в оплате труда могут быть законы, обязывающие работодателей устанавливать и поддерживать равенство в оплате труда. МОТ приняла «Резолюцию о содействии гендерному равенству, равной оплате труда и охране материнства», которая призывает все правительства и социальных партнеров (профсоюзы и работодатели или их представительные организации) предпринять конкретные меры по преодолению разрыва в заработной плате (МОТ, 2004а). Более конкретно, резолюция предлагает социальным партнерам обсудить условия внедрения нейтральных в гендерном отношении схем оценки труда, статистических показателей и проведения гендерных и равных исследований на рабочем месте (Вставка 13.13).

Профсоюзы могут сыграть важную роль в борьбе за принятие законов, гарантирующих «равную оплату за равный труд». Они могут собирать информацию для оценки проблемы, используя, например, Практический кодекс по осуществлению равной оплаты за равный труд, изданный Европейской Комиссией (Европейская Комиссия, 1996; Программа МОТ по содействию гендерному равенству, 2001).

ВСТАВКА 13.12. ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИН В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И КАРЬЕРЫ: ПРИМЕР СОЕДИНЕННОГО КОРОЛЕВСТВА

В ответ на доклад Комиссии по вопросам трудоустройства женщин правительство Соединенного Королевства запустило в качестве части большого плана действий пилотный проект профессионального обучения, направленный на то, чтобы помочь низкоквалифицированным работницам – женщинам вернуться на рабочие места. Кроме того, была разработана программа-посредник между работодателями и организаторами

обучения. Была сформирована Рабочая группа по вопросам женского предпринимательства, которая совместно с Агентствами по региональному развитию должна испытывать различные методы помощи женщинам в организации собственного бизнеса.

Источник: Департамент по вопросам местного управления, 2006.

ВСТАВКА 13.13. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА РАВНУЮ ОПЛАТУ ТРУДА В ПРОВИНЦИИ КВЕБЕК: ПРИМЕР КАНАДЫ

В Квебеке, так же как и на остальной территории Канады, женщины получают около 70% от зарплаты мужчин за равноценный труд. Профсоюзы Квебека ведут упорную борьбу под лозунгом «равная оплата за равный труд». Их длительные усилия привели к принятию закона о равной оплате труда. После совместной борьбы женского движения и профсоюзов правительство Квебека ввело закон, обязывающий работодателей соблюдать принцип равной оплаты труда на своих предприятиях. В соответствии с законом все предприятия с численностью работников от 50 человек и выше долж-

ны разработать программу по установлению равной оплаты труда. Она включает четыре этапа: (1) определить преимущественно женские и преимущественно мужские категории работ; (2) описать методы и инструменты оценки (категорий работ); (3) произвести оценку категорий работ, их сравнение, оценку разрыва в заработной плате и расчет необходимой корректировки оплаты и (4) принять решение, как должны восполняться результаты корректировки заработной платы.

Адаптировано с разрешения издателя, из Cote (2002/3)

Обеспечение равных возможностей при трудоустройстве на всех уровнях

В дополнение к вышесказанному нужны меры, которые дали бы женщинам равные возможности для повышения своей профессиональной квалификации и продвижения по службе на равных с мужчинами. Правительства и работодатели должны применять комплексный подход, включая обеспечение исполнения законодательства, запрещающего дискриминацию на рабочем месте, и принятие мер по недопущению финансовых санкций за материнство (МОТ, 2004б). Этот подход также включает организацию подготовки руководящих кадров, введение кураторства и отработку образцовых моделей на высшем уровне, а также доступ на рабочем месте к официальным и неофициальным сетевым организациям и каналам обмена информацией (МОТ, 2004б). В некоторых странах, чтобы помочь женщинам пробиться, используют квоты. Например, в Норвегии женщины должны составлять не менее 40% в правлении государственных предприятий. Тщательному мониторингу подлежит реализация политики обеспечения равных возможностей занятости, включая наем персонала, распределение должностей, планирование карьеры, аттестацию, размер заработной платы, перевод и продвижение по службе. Все процедуры должны быть прозрачны, объективны и справедливы (МОТ, 2004б).

Качество и условия работы не менее важны, чем гендерное неравенство в возможностях для трудовой деятельности. Один из ключевых элементов улучшения качества работы – это осуществление политики, направленной против сексуальных домогательств, и обеспечение воспитательной работы в этом отношении для создания атмосферы уважения на рабочем месте (МОТ, 2004б).

Политика поддержки семьи

Проведение политики в интересах семьи имеет важное значение для обеспечения равных возможностей для трудоустройства женщин и мужчин (см. Гл. 7: *Справедливое трудоустройство и достойная работа*). Правительства и работодатели должны принять меры, которые бы позволяли женщинам и мужчинам

в равной мере брать на себя обязанности по уходу за детьми. Эти меры предусматривают создание качественных детских садов и яслей, применение гибкого графика работы, предоставление родительского отпуска для мужчин и женщин и программы, направленные на изменение отношения мужчин и женщин к уходу за детьми с тем, чтобы мужчины брали на себя равные обязанности в этой работе (WGEKN, 2007; МОТ, 2004б). Качественные услуги детских учреждений, предоставляемые независимо от платежеспособности, не только позволяют женщинам выходить на рынок труда, но также не оставляют детей дома одних или под присмотром старших сестер и братьев, что может привести к серьезным последствиям для детского здоровья (Неуптаун, 2006). Кроме того, это дает возможность девочкам посещать в школу, а не присматривать за младшими (ЮНИСЕФ, 2006). Даже в бедных странах организация детских учреждений осуществима на практике, как следует из Вставки 13.14.

Сексуальное и репродуктивное здоровье и права

Комиссия рекомендует:

13.6 Правительства, доноры, международные организации и гражданское общество должны усилить свои политические обязательства и увеличить инвестиции, добиваясь всеобщего охвата услугами и программами в области сексуального и репродуктивного здоровья (см. Рек. 9.1; 11.3).

Гендерное неравенство существенно влияет на репродуктивное и сексуальное здоровье и права женщин. Такие важнейшие проблемы, связанные с гендерным неравенством, как насилие со стороны партнера или супруга, могут оставаться незамеченными в процессе оказания медицинских услуг, связанных с репродуктивным здоровьем. Например, насилие со стороны интимного партнера во время беременности редко встречается в практике служб репродуктивного здравоохранения, хотя случается гораздо чаще, чем гипертония или преэклампсия, по поводу которых женщины обычно обращаются за медицинской помощью в пре-

ВСТАВКА 13.14. ОБЕСПЕЧЕНИЕ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ В ИНДИИ

SEWA – профсоюз бедных женщин, занятых собственным бизнесом. Его члены потребовали организации детских садов и яслей, что позволило им работать, не подвергая риску безопасность и развитие своих детей. 100 детских дошкольных учреждений профсоюза работают в тесном взаимодействии с правительством, и управляются кооперативами работников по уходу за детьми, образованными при поддержке SEWA. Каждый центр обслуживает 35 детей, от новорожденных до шестилеток. Они занимаются всесторонним развитием детей, включая физические и интеллектуальное. Учителя регулярно встречаются с матерями, обсуждая развитие каждого ребенка и давая рекомендации. Детей регулярно взвешивают и ведут тщательную регистрацию показателей развития. Детские дошкольные учреждения функционируют также как центры по иммунизации детей, а также по антенатальному и постнатальному наблюдению. Исследования, проводимые

SEWA, показывают важные результаты работы детских дошкольных центров: по сообщениям матерей, их доходы увеличились более чем на 50%, что благоприятно сказалось на питании детей. Они рассказали, что впервые смогли принести домой овощи и чечевицу, чтобы кормить детей. Они также говорили о своем «душевном спокойствии», потому что знали, что за детьми ухаживают и присматривают, пока они на работе. Кроме того, старшие дети, особенно девочки, впервые пошли в школу, т.к. их освободили от обязанностей по уходу за младшими. Благодаря предоставляемому в центрах питанию, существенно улучшился физический рост детей и их когнитивные навыки. Все дети пошли в начальную школу в возрасте 6 лет, и большинство из них продолжили обучение в средней школе.

Адаптировано с разрешения автора, из SEWA Social Security (nd).

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 13.3

Вновь подтвердить свою приверженность задаче улучшения сексуального и репродуктивного здоровья и прав.

натальный период (Glasier et al., 2006). Программы и услуги по охране репродуктивного и сексуального здоровья должны быть организованы таким образом, чтобы они давали женщинам возможность для принятия обоснованных решений по сексуальному и репродуктивному вопросам в течение всей жизни, тем самым обеспечивая их независимость в репродуктивной сфере. Усиление политических и финансовых обязательств для достижения цели всеобщей охраны репродуктивного и сексуального здоровья играет важнейшую роль, в том числе в финансировании соответствующих научных исследований.

Первые десятилетия второй половины 20 века отмечены пристальным вниманием к регулированию рождаемости. Были разработаны и реализовывались программы семейного планирования, направленные больше на достижение макроэкономических результатов, чем на обеспечение благосостояния и прав отдельных женщин. На Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире в 1994 г. произошло изменение парадигмы от регулирования рождаемости к обеспечению репродуктивного здоровья и прав. Центральное место в концепции репродуктивного здоровья и прав занимает «признание того, что продвижение гендерного равенства и справедливости и расширение прав и возможностей женщин, ликвидация всех видов насилия в отношении женщин и предоставление женщинам возможности самостоятельного контролировать деторождение являются краснотельными камнями программ, связанных с проблемами народонаселения и развития» (Glasier et al., 2006). В этом смысле концепция улучшения репродуктивного здоровья способствует расширению прав и возможностей, подчеркивая значение прав в сексуальной и репродуктивной сферах и помогая женщинам обрести независимость в выборе решений, касающихся их репродуктивной жизни. Парадигма репродуктивного здоровья делает акцент на важности понимания индивидуального опыта и ограничений и социальных факторов, которые влияют на сексуальное и репродуктивное здоровье в течение жизни женщины (Zanger, 2006). Это неотъемлемая составляющая системы социальных детерминантов здоровья.

В 1994 г. делегаты из 179 стран и представители 1200 неправительственных организаций постановили обеспечить универсальный доступ к услугам в сфере репродуктивного здоровья к 2015 г. (Glasier et al., 2006), позднее это решение было принято в качестве одной из задач Целей развития тысячелетия. Однако процесс продвижения к цели обеспечения универсального доступа к репродуктивному здоровью идет неравномерно. В то время как в Ирландии риск материнской смертности на протяжении жизни составляет всего 1 к 47 600, в Афганистане – 1 к 8 (ЮНИСЕФ, 2007с). Кроме того, наблюдается высокий внутристрановой уровень неравенства. Например, в Индонезии материнская смертность среди бедного населения в три-четыре раза выше, чем среди богатых (Graham et al., 2004). В странах с низким и средним уровнем дохода 65% родов без медицинского родовспоможения приходится на бедное сельское население (Houweling et al., 2007). Важнейшей проблемой также остается обеспечение доступности услуг в сфере репродуктивного здоровья для женщин, являющихся перемещенными лицами, и, в целом для женщин в странах, где происходят вооруженные конфликты или другого рода кризисы (Hargreaves, 2000; Petchesky et al., 2007)

В 21 веке новые глобальные приоритеты отвлекли внимание от этих проблем (Fathalla, 2006). Не связанные с ВИЧ/СПИДом проблемы сексуального и репродуктивного здоровья не получили ожидаемых финансовых средств со стороны донорского сообщества, особенно это касается таких сфер, как планирование семьи, небезопасные аборт и болезни, передающиеся половым путем (Zanger, 2006). Успех программ по планированию семьи, выразившийся в снижении рождаемости, привел к сокращению инвестиций в услуги по регулированию рождаемости, что имело «катастрофические последствия для стран с все еще низким уровнем применения контрацепции» (Glasier et al., 2006). Кроме того, были сделаны попытки отказаться от до-

говоренностей, достигнутых в Каире (Fathalla, 2006). Идеологическое сопротивление парадигме обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья, в частности в вопросах, касающихся половой жизни, абортов и услуг подросткам, оказало пагубное влияние на доступ к услугам, которые особенно помогают женщинам (Zanger, 2006; Fathalla, 2006).

Крайне необходимо, чтобы государства и доноры вновь подтвердили свою приверженность обеспечению репродуктивного здоровья и прав и вновь провозгласить проблему сексуального и репродуктивного здоровья ключевым приоритетом охраны здоровья и развития (Glasier et al., 2006; Fathalla, 2006). В настоящее время отмечаются шаги в позитивном направлении. В 2004 г. все страны-члены ВОЗ (только США не присоединились к этой стратегии) одобрили глобальную стратегию обеспечения репродуктивного здоровья, разработанную ВОЗ и направленную на ускорение прогресса в достижении международных целей и задач, касающихся репродуктивного здоровья (Glasier et al., 2006). В 2005 г. в ООН на Всемирном саммите ООН по оценке хода реализации ЦРДТ мировые лидеры подтвердили свою приверженность «достижению всеобщего доступа к услугам по репродуктивному здоровью к 2015 г.», заявленному на Каирской конференции (Fathalla, 2006). Первоначально конкретная задача обеспечения репродуктивного здоровья не была включена в ЦРДТ, но при пересмотре в 2007 г. в них была включена задача «достигнуть к 2015 г. всеобщего доступа к репродуктивному здравоохранению. Выполнение задач сексуального и репродуктивного здравоохранения в рамках ЦРДТ потребует увеличения политических и финансовых обязательств. Это предусматривает финансирование организаций гражданского общества, которые считают своим долгом отстаивать обеспечение репродуктивного здоровья и прав.

Информация и технологии для достижения цели обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья для всех известны и доступны (Glasier et al., 2006). «Пять главных компонентов охраны сексуального и репродуктивного здоровья – это улучшение дородового, перинатального, постнатального обслуживания и ухода за новорожденными; обеспечение высококачественных услуг по планированию семьи, в том числе услуг по лечению бесплодия; исключение опасных абортов; профилактика и лечение инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ, инфекций половых путей, рака шейки матки и других гинекологических заболеваний, и пропаганда здоровой половой жизни» (Glasier et al., 2006).

Также важное значение имеет такое направление деятельности, как снижение уровня насилия в семье. Хотя наличие качественных услуг по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья играет решающую роль (Glasier et al., 2006) (см. Гл. 9: *Всеобщий доступ к медицинской помощи*), тем не менее, они должны быть встроены в общий контекст борьбы с глубинными социальными и культурными корнями гендерного неравенства.

Отношения гендерного неравенства социально обусловлены и могут быть изменены, что позволит улучшить здоровье миллионов девочек и женщин во всем мире. Действия в этом направлении включают принятие законов, защищающих и стимулирующих гендерное равенство, и устранение гендерной дискриминации в организационных структурах и политике. В некоторых регионах в качестве приоритета избраны образование и профессиональная подготовка женщин; в других приоритетом стало уменьшение ограничений на их участие в экономической, социальной и политической деятельности всех уровней. Наконец, крайне важно, чтобы правительства и доноры подтвердили свою приверженность решению вопросов сексуального и репродуктивного здоровья и прав, т.к. на практике наблюдается ослабление усилий в этом направлении.

ГЛАВА 14 Предоставление политических полномочий: включение и право голоса

«Людым во всем мире не нравится утрата контроля над собственной жизнью, над своим окружением, над своей работой и, в конце концов, над судьбой Земли. Поэтому, в соответствии со старым законом эволюции общества, сопротивление противостоит господству, расширение прав и возможностей – бесправию, а альтернативные проекты бросают вызов логике нового глобального порядка, который люди во всем мире все чаще воспринимают как беспорядок»

Кастеллс 1997: 69 (Oldfield & Stokke, 2004)

ВЛАСТЬ И НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Участие в жизни общества крайне важно для материального, психосоциального и политического аспекта расширения прав и возможностей человека, которые составляют основу общественного благосостояния и справедливости в отношении здоровья. В этой главе мы рассматриваем роль власти как главный структурный элемент несправедливости в отношении здоровья. Любая серьезная попытка уменьшить степень несправедливости предполагает расширение политических прав и возможностей -- изменение в распределении власти внутри общества и между регионами мира, особенно в интересах групп населения и государства, лишенных льгот и привилегий.

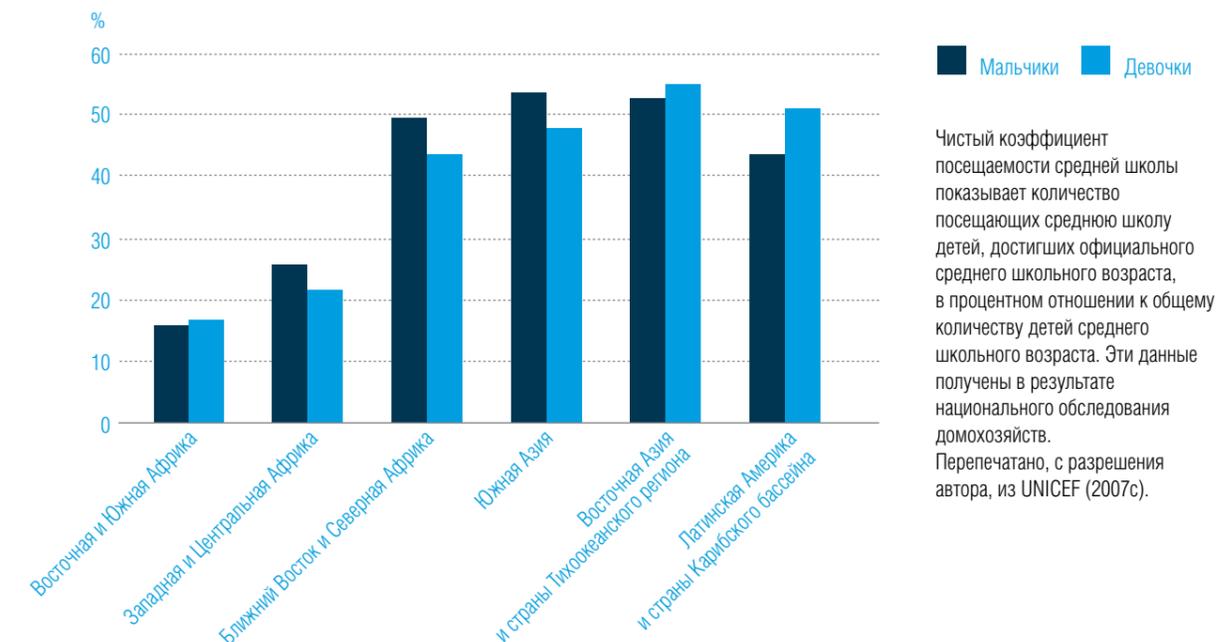
Проявление несбалансированности власти

Право на условия, необходимые для достижения максимального высокого стандарта здоровья, является всеобщим правом каждого человека (ООН, 1998). Однако риск нарушения чьих-либо

прав не является всеобщим, и это неравенство в риске нарушения простирается из глубоко укоренившегося структурного неравенства (Farmer, 1999). Социальное неравенство, проявляющееся в целом ряде социальных категорий, частично перекрывающих друг друга, таких, как класс, образование, пол, возраст, этническая принадлежность, нетрудоспособность, географический фактор, отражает глубоко укоренившееся неравенство в богатстве, власти и престиже разных индивидуумов и групп. Люди, и так лишенные льгот и привилегий, обездолены еще и в отношении здоровья.

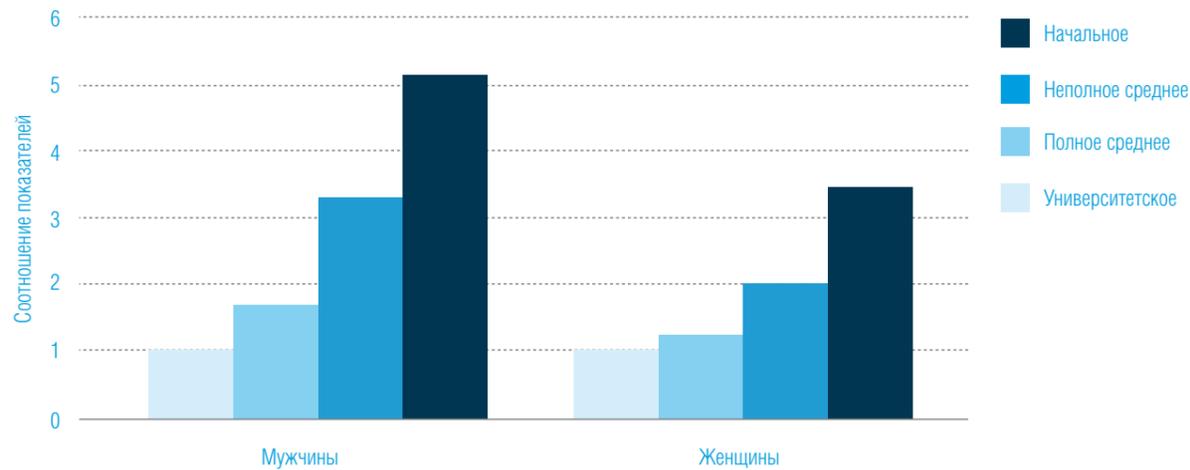
Равенство в отношении здоровья зависит главным образом от предоставления индивидуумам и группам прав и возможностей уверенно и эффективно заявлять о своих интересах и потребностях и при этом оспаривать и изменять несправедливое и крайне дифференцированное распределение социальных ресурсов (условий для хорошего здоровья), на которые все женщины и мужчины как граждане имеют равные притязания и права (CS, 2007). В основе структурных элементов неравенства в повседневной жизни, которые рассматриваются в этом докладе, - несправедливое распределение власти. Неравенство во власти проявляется в четырех аспектах – политическом, экономическом, социальном и культурном, образующих неразрывную целостность, в которую в той или иной степени включены или, напротив, исключены некие группы индивидуумов. Политический аспект охватывает формальные права, внедренные в законодательство, конституцию, политику и практику, и условия, в которых осуществляются эти права, включая доступность безопасной воды, санитарных условий, крова, транспорта, энергии и услуг, таких, как медико-санитарное обслуживание, образование и социальная защита. Экономический аспект включает доступ

Рисунок 14.1. Чистый коэффициент посещаемости средней школы мальчиками и девочками



Чистый коэффициент посещаемости средней школы показывает количество посещающих среднюю школу детей, достигших официального среднего школьного возраста, в процентном отношении к общему количеству детей среднего школьного возраста. Эти данные получены в результате национального обследования домохозяйств. Перепечатано, с разрешения автора, из UNICEF (2007с).

Рисунок 14.2. Стандартизированная по возрасту смертность среди мужчин и женщин в Республике Корея, с разбивкой по уровням образования, 1993–1997 гг.



Источник: Son et al., 2002.

к материальным ресурсам, необходимым для поддержания жизни (право на получение дохода, трудоустройство, жилищные условия, земля, средства существования), и их распределение. Социальный аспект подразумевает близкие отношения поддержки и солидарности (дружба, родство, семья, соседи, община, общественные движения). Культурный аспект связан с тем, какой вклад вносит все многообразие ценностей, норм и образа жизни в обеспечение здоровья всего населения и в какой степени принимается и уважается (SEKN, 2007).

Право обладания свободой участвовать в экономических, политических и культурных взаимоотношениях само по себе имеет некую ценность (Sep, 1999). Вовлечение, содействие и контроль – все это важно для развития и здоровья общества (Marmot, 2004). Ограничения участия также приводит к лишению человека основных потенциальных возможностей, создавая условия для разницы в трудоустройстве, образовании и медицинском обслуживании. К примеру, дифференцированный доступ к образованию (Рис. 14.1) приводит к различным показателям смертности по всему спектру причин (Рис. 14.2).

Недостаточное развитие потенциальных возможностей приводит и к другим проявлениям неравенства. Отсутствие доступа к качественному образованию ведет к исключению из рынка труда или включению в него на крайне невыгодных условиях, что, в свою очередь, обуславливает сравнительно низкий доход и плохие условия функционирования домохозяйства (такие, как жизненное пространство, питание и другие факторы плохого здоровья). Глобальный рост случайной занятости, детского и рабского труда отражает и усиливает несправедливость рабочих и их профессиональных и политических представителей. Решения, принимаемые в политической, экономической, финансовой и торговой сферах горсткой организаций и корпораций, оказывают глубокое влияние на повседневную жизнь миллионов людей (EMCONET, 2007), к мнениям и чаяниям которых не прислушиваются или отбрасывают их ради интересов более могущественных кругов.

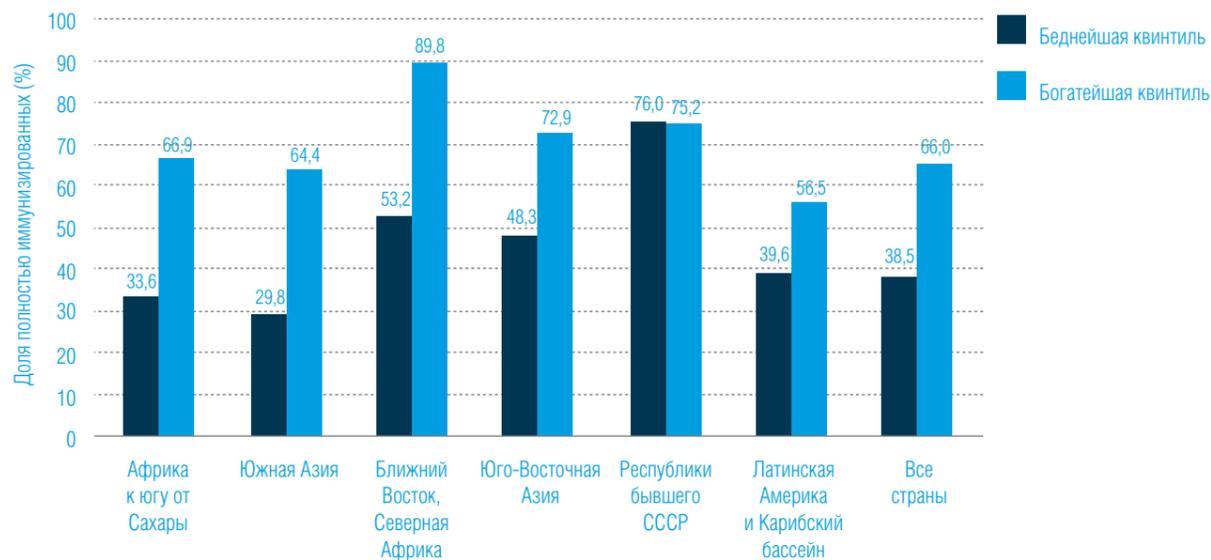
Существует также существенное социальное неравенство в возможностях пользоваться плодами прогресса в технике и биомедицине. Анализ DHS (Demographic and Health Survey), проведенные для 42 стран (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) показывают значительное социально-экономическое неравенство в доступности полной иммунизации: более высокий уровень отмечается практически повсеместно среди богатого населения по сравнению с бедными (Рис. 14.3).

Самобытность и отношения представительства

Различия в статусе, которым пользуются некоторые группы населения, и дифференцированные возможности для участия в жизни общества у разных групп наглядно проявляются в отношении к коренным культурам – их мировоззрению, ценностям и надеждам – со стороны правительства и тех, кто непосредственно предоставляет услуги (Группа по вопросам здоровья коренных народов, 2007). Устойчивая несправедливость в условиях, обеспечивающих здоровье, характерное для положения коренных народов, лежит в основе взаимоотношений между состоянием здоровья и властью, участием в общественной жизни и расширением прав и возможностей (Группа по вопросам здоровья коренных народов, 2007). Восстановление личностной и культурной целостности имеет колоссальное значение для здоровья и благосостояния этих сообществ, как показывает уровень самоубийств среди молодежи североамериканских индейцев в Канаде (Рис. 14.4).

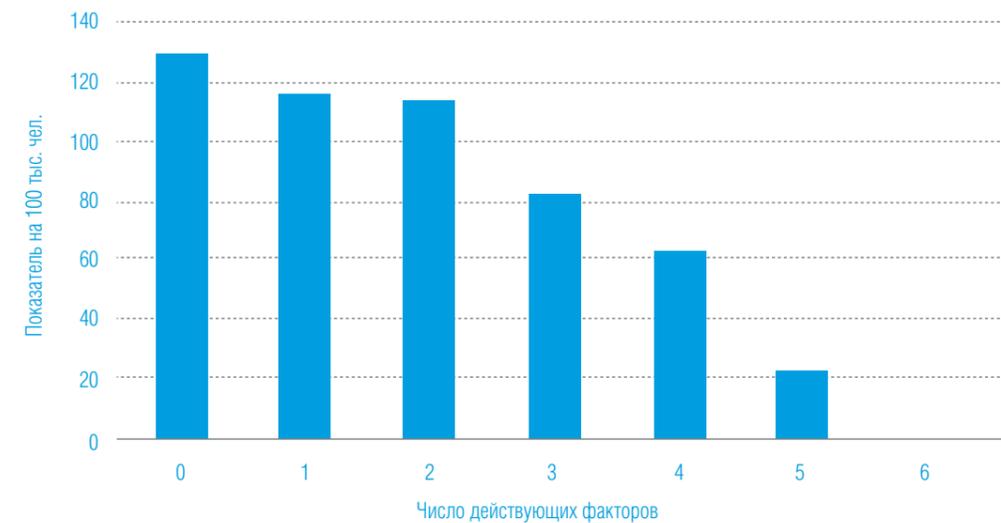
Несправедливый отказ в участии и ограничение прав и возможностей также могут привести к конфликту. В условиях конфликта люди испытывают физические и социальные лишения, включая отсутствие защищенности, вынужденное перемещение (переселение) и утрату социальных и семейных связей, потерю средств к существованию, небезопасную пищу и плохие физические и социальные условия (Watts et al., 2007). Лишение прав и возможностей индивидумов, общин и даже стран, сопутствующие конфликту, несет с собой огромное количество проблем, связанных с ухудшением состояния здоровья. Как и в случае других аспектов неравенства, потребности людей, находящихся в условиях кон-

Рисунок 14.3. Коэффициент полной иммунизации среди беднейшей и богатейшей квинтилей населения (в среднем по региону)



Перепечатано, с разрешения издателя, из Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001).

Рисунок 14.4. Показатель самоубийств среди молодежи в группе коренного населения, в зависимости от факторов культурной преимственности



Факторы культурной преимственности: право на землю, самоуправление, образовательные услуги, полиция и пожарная служба, здравоохранение, учреждения культуры. Перепечатано, с разрешения издателя, из Chandler & Lalonde (1998).

фликта, должны быть отражены в содержании и укреплении экономической и социальной политики и систем.

Вопросы несбалансированности власти относятся не только к индивидуумам и сообществам. Некоторые страны остаются глубоко несправедливыми вследствие недостаточности ресурсов по сравнению с другими. Бедность государств усугубляет неравенство возможностей в условиях многосторонних переговоров, в результате чего заключаются договоры и соглашения, в которых их интересы не представлены должным образом (см. Гл. 15: *Эффективное глобальное управление*). Из этого можно сделать вывод о том, каким образом государства могут создать условия, благоприятные для улучшения здоровья населения и обеспечения равенства в отношении здоровья.

СПРАВЕДЛИВОЕ УЧАСТИЕ В РАЗРАБОТКЕ ПОЛИТИКИ

Расширение политических прав и возможностей в сфере здоровья и справедливости в отношении здоровья требует усиления справедливого подхода к включению или представительству всех групп населения в процесс принятия решений, связанных с функционированием общества, в частности с их влиянием на состояние здоровья и справедливость в отношении здоровья. Справедливость в отношении права на выражение собственного мнения и включение в процесс принятия решений зависит от социальных структур, поддерживаемых органами власти, которые уполномочены добиваться того, чтобы права различных групп были приняты во внимание или заявлены, например, через законодательство или институциональный потенциал, и от конкретных программ, поддерживаемых этими структурами, через которые и реализуется право на активное участие. Помимо этого, справедливость зависит от развития организаций гражданского общества и движений и повышения их способности противостоять неравенству и бороться за установление справедливости в целом и в отношении здоровья в частности во всех текущих и будущих политических дебатах.

Законодательство в области расширения политических полномочий: право и представительство

Право на условия жизни, необходимые для достижения максимально возможных стандартов здоровья, упомянутые в Статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, - главным образом касается бедного населения, участия в жизни общества и ответственности и занимает центральное место в движении за право на здоровье и права человека (Hunt, 2007). Замечание общего порядка № 14 (2000) является основным документом, который подтверждает, что право на условия, благоприятные для здоровья, включает не только доступ к медицинской помощи, но и основные детерминанты здоровья, такие, как чистая вода, приемлемый уровень санитарии, здоровая экология, информация о здоровье и свобода от дискриминации (ООН, 2000а). Главные условия поступательной реализации этого права - ратификация, введение в действие и мониторинг исполнения Замечания общего порядка № 14 и осуществление связанных с ним действий. ВОЗ в сотрудничестве с другими международными организациями и Специальным докладчиком ООН по праву на достижение

максимально возможных стандартов здоровья (см. Гл. 15: *Эффективное глобальное управление*) поддерживает государства в принятии и исполнении Замечания общего порядка № 14.

Ключевое значение для справедливого участия имеет право на юридически подтвержденное гражданство. Люди не могут претендовать на права - доступа к образованию и социальной помощи, медицинскому обслуживанию или гражданскому участию и безопасности, не имея удостоверения личности (Вставка 14.1) (Acosta, 2006). Поэтому важно, чтобы страны при поддержке институциональных организаций и доноров укрепили законодательные и институциональные рамки для обеспечения права на юридически подтвержденное гражданство (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*).

Основой реализации прав, справедливого участия и вовлечения в процесс принятия решений и действий, затрагивающих вопросы здоровья и справедливости в отношении здоровья, являются прозрачные, ответственные и открытые для участия политические и правовые системы, которые расширяют и укрепляют участие.

Комиссия рекомендует:

14.1 Национальное правительство должно укреплять политическую и правовую системы, чтобы они способствовали всеобщему равному и справедливому вовлечению в жизнь общества (см. Рек. 13.1; 16.1).

Гендерные проблемы

К числу политических реформ, в наибольшей степени способствующих обеспечению справедливости и участия, относятся реформы, затрагивающие ярко выраженные проявления глобально гендерного неравенства. Она требует участия женщин в политике и процессах принятия решений и должна повысить вероятность учета гендерного фактора в планировании и реализации решений. Например, реформа национального законодательства в Индии, которая обеспечила женщинам минимальное количество мест в сельских советах, сыграла важнейшую роль в расширении политических прав и возможностей женщин и, следовательно, в действиях на локальном уровне, которые отвечали насущным нуждам (Вставка 14.2).

Вопросы автономии

Жизнь коренных народов до сих пор управляется специфическими законами, нормами и правилами, которые не применяются ни к каким другим гражданам государства. Коренные народы продолжают жить на специально выделенных территориях и их интересы часто оказываются на пересечении границ юрисдикций различных уровней государственной власти, особенно в сферах, касающихся доступа к финансовым средствам, программам и услугам. В связи с этим коренные народы имеют особый статус и специфические потребности по сравнению с другими народами и национальностями.

Комиссия рекомендует:

14.2 Национальное правительство должно признать, узаконить и поддерживать маргинализированные группы, в частности коренные народы, в политике, законодательстве и программах, которые расширяют права и возможности людей представлять свои нужды, требования и права.

Как заявляет ООН, коренные народы имеют право на «особые меры, направленные на немедленное и постоянное улучшение экономических и социальных условий в таких сферах, как трудоустройство, профессиональная подготовка и переподготовка, обеспечение жильем, санитария, здравоохранение и социальное обеспечение». Кроме того, в Декларации о коренных народах, недавно принятой Советом ООН по правам человека, заявлено, что «коренные народы имеют право определять и разрабатывать все программы по здравоохранению, обеспечению жильем и другие экономические и социальные программы, затрагивающие их интересы, и, насколько это возможно, осуществлять руководство этими программами через собственные институты». Это предполагает права коренных народов на автономию и самоопределение. Важно, чтобы ООН завершила работу над Декларацией о правах коренного населения, добиравшись ее ратификации и стимулировала ее исполнение всеми странами-членами.

Вопрос о том каким образом Декларация по правам коренных народов способствует решению вопросов здравоохранения и справедливости в отношении здоровья в различных социально-политических аспектах потребует тщательного рассмотрения и обсуждения, которое должно происходить при ведущей роли самих коренных народов. Пример Трехстороннего плана по вопросам здравоохранения, принятого в Британской Колумбии, включающий элементы законодательства, совместного управления и услуги здравоохранения, учитывающие нужды коренного населения, предлагает одну из совместных схем для продвижения вперед (Вставка 14.3). Примером признания государством истории колонизации коренного населения и необходимости принятия особых шагов стало публичное извинение, принесенное лейбористским правительством Австралии

в феврале 2008 г. коренным народам за то, что в детском возрасте их насильно отнимали у родителей и заставляли жить в приемных семьях или в приютах. (The Age, 2008). Извинения сопровождались обещанием правительства принять меры к сокращению в течение жизни одного поколения (25 лет) разрыва в средней продолжительности жизни аборигенов по сравнению с остальным населением Австралии.

Справедливое участие в разработке политики

Эффективное управление - основа успешной практической деятельности - требует создания механизмов, обеспечивающих доверие, взаимовыгодное сотрудничество и социальную ответственность (KNUS, 2007). Для этого необходимо справедливое соучастие в управлении. Неотъемлемой особенностью права на здоровье является активное и информированное участие индивидуумов и сообществ в принятии решений по вопросам здравоохранения, напрямую затрагивающих их интересы.

«Разница между чисто формальным и содержательным участием заключается в последовательной вовлеченности в процесс от начала и до конца» (Информационный Центр по изучению проблем детства и прав детей Лэндона Пирсона, 2007)

Комиссия рекомендует:

14.3. Национальные и местные органы власти должны обеспечить справедливое представительство всех групп и сообществ в процессе принятия решений, влияющих на здоровье человека, и в вырабатываемых в результате принятия этих решений программ и учреждаемых служб, а также в оценке их эффективности (см. Рек. 6.1; 7.1; 11.6).

ВСТАВКА 14.1. ИДЕНТИЧНОСТЬ И ПРАВА В БОЛИВИИ

Индейцы кечуа и аймара составляют 55% населения Боливии. По оценкам, почти каждые 9 из 10 человек сельского коренного населения Боливии не имеют удостоверения личности, а более половины не имеют свидетельства о рождении, которое необходимо для его получения документов. Без свидетельства о рождении дети не могут ходить в школу, что перекрывает им возможность избежать нищеты. Не имея удостоверения личности, люди не могут участвовать в выборах, обладают ограниченными юридическими правами и фактически лишены доступа к социальному и медицинскому обслуживанию. Эти виды обслуживания включают государственное медицинское страхование матерей и бе-

ременных женщин, которое было введено в Боливии для снижения высокого уровня материнской и детской смертности, но доступ к которому, тем не менее, закрыт для женщин, не имеющих удостоверения личности.

С помощью проекта «Право на самобытность» Департамент международного развития Соединенного Королевства (ДМР) при взаимодействии с Государственным электоральным судом Боливии, неправительственными организациями и общинами старается облегчить процесс регистрации населения и получения удостоверений личности и повысить информированность населения об их гражданских правах.

Источник: DFID, 2008

ВСТАВКА 14.2. ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИН В ИНДИИ

Согласно 73-й поправке к Конституции Индии, принятой Национальным парламентом и введенной в действие в 1993 г., одна треть мест в сельских советах предоставляется женщинам. Это одна из самых серьезных мер по изменению ранее существовавших норм, которые обеспечивали крайне незначительное представительство женщин в политических организа-

циях. Женские организации активно осуществляют обучение и подготовку избранных женщин. В настоящее время в сельских советах насчитывается более 1 млн избранных представительниц-женщин, которые принимают решения по бюджету и определяют приоритетные направления местной политики.

Источник: Правительство Индии, 1992.

РАСШИРЕНИЕ ПОЛИТИЧЕСКИХ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 14.1

Расширять права и возможности всех групп в обществе через справедливое представительство в процессе принятия решений о путях функционирования общества, особенно в связи с влиянием на равенство в отношении здоровья, и создавать и поддерживать социально инклюзивную основу для выработки политики.

Все члены общества, включая самых обездоленных и маргинализованных, имеют право участвовать в определении приоритетов и целей, которые служат ориентиром детально продуманных основополагающих политических формулировок. Более того, участие не должно сводиться к процессу разработки программ, а скорее должно рассматриваться как ситуационный, обусловленный самой обстановкой процесс, посредством которого вырабатываются политические меры, который преобразуются в программы и назначаемые службы, окончательные, компетентные и взвешенные.

Рекомендации по межотраслевому взаимодействию, данные в Главе 10 (*Принцип справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах*) предлагают процессы и механизмы, с помощью которых разные социальные группы и сообщества могут участвовать в выработке, реализации и оценке политики. Многого можно узнать из существующей практики. Организованная система поддержки в вопросах управления – возможно, через Экономический и социальный совет ООН, функционирующий на глобальном, региональном и национальном уровнях, – облегчила бы выявление успешных практик и обмен опытом (Альянс за здоровые города, Европейская сеть здоровых городов, Объединение муниципалитетов и Пан-Американская организация здравоохранения [ПАНО]).

Обязательное представительство гражданского общества в общественном механизме, как, например, в Уганде, – важный элемент последовательной, учитывающей реальные

потребности политики в интересах здоровья и равенства в отношении здоровья (Вставка 14.4).

Инициатива по приобщению к общественной жизни, выдвинутая в штате Южная Австралия (Вставка 14.5), иллюстрирует значение политического признания и приверженности принципам участия и справедливости в отношении здоровья. Этот пример показывает преимущества наличия независимой организации, которая скорее облегчает процессы, связанные с вовлечением в общественную жизнь, а не руководит ими, а также стратегического плана и четко обозначенных целей для преобразований.

В основе социальной справедливости лежит не только ориентированная на равенство политика центральной власти. Эту политику стимулируют местные условия, способствующие участию и справедливому представительству. Один из путей поддержки таких условий – придать задаче построения здорового и равноправного сообщества статус требования, предусмотренного законом на местном уровне. Чтобы это осуществить, можно разработать стратегический план местного развития, утвержденный демократическим путем и соответствующий закону, который должен регулярно контролироваться и пересматриваться (Вставка 14.6). Важнейшую роль играет выделение предусмотренного законом финансирования для поддержки участия сообщества в этом процессе. Ежегодный мониторинг и отчетность помогают оценивать прогресс в сравнении с конкретными целевыми установками, включая влияние на справедливость в отношении здоровья (ЛНС, 2000).

ВСТАВКА 14.3. КАНАДА: ТРЕХСТОРОННИЙ ПЛАН ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ КОРЕННОГО НАРОДА В ПРОВИНЦИИ БРИТАНСКАЯ КОЛУМБИЯ

Трехсторонний план по вопросам здравоохранения – это беспрецедентное соглашение, подписанное 11 июня 2007 г. Правительством Канады, провинцией Британская Колумбия и Советом старейшин коренного народа Британской Колумбии. План обязывает стороны к взаимодействию в выработке практических и инновационных решений, которые бы способствовали фундаментальным улучшениям здоровья коренного народа Британской Колумбии. Он отражает общее представление о сотрудничестве в разработке, испытании и реа-

лизации новых методов планирования и осуществления программ и услуг. Главное в Плане – обязательство создать новую структуру управления, которая позволит расширить контроль над услугами здравоохранения со стороны коренного народа и стимулировать более тесную интеграцию и координацию услуг, что поможет улучшить доступ к качественной медицинской помощи для коренного народа Британской Колумбии.

Источник: Правительство Канады, 2007.

ВСТАВКА 14.4. КОНСТИТУЦИЯ УГАНДЫ И УЧАСТИЕ ГРАЖДАН

В настоящее время государство активно поощряет участие населения в принятии решений в сфере здравоохранения. Конституция подчеркивает важность «активного участия всех граждан на всех уровнях», поэтому организации гражданского общества были вовлечены в подготовку Плана действий по ликвидации нищеты в Уганде.

Уганда проводит новую политику децентрализации в секторе здравоохранения. В рамках районных сис-

тем здравоохранения имеется четыре уровня организации и управления. Низший уровень – сельские бригады медицинской помощи, также известные как сельские комитеты медицинской помощи. С точки зрения осуществления права на здоровье, эти бригады играют решающую роль в обеспечении массового участия общины в работе сектора здравоохранения.

Источник: Hunt, 2006.

ВСТАВКА 14.5. ИНИЦИАТИВА СОЦИАЛЬНОГО ВКЛЮЧЕНИЯ В ШТАТЕ ЮЖНАЯ АВСТРАЛИЯ

Инициатива по приобщению к общественной жизни – это ответ правительства штата Южная Австралия на социальную изоляцию граждан, которая направлена на облегчение совместного выполнения программ министерствами и ведомствами, секторами и общинами; на финансирование и применение инновационных подходов; на развитие партнерства и взаимодействия с заинтересованными группами и на анализ и изучение результатов.

Инициатива по приобщению к общественной жизни действует и в государственном, и в негосударственном секторах, используя модель, которая отражает интерес правительства штата Южная Австралия и общества к конкретному вопросу или конкретной группе населения, находящейся в таких обстоятельствах, которые в настоящее время или потенциально в будущем исключают этих людей из здоровой и полноценной жизни.

Совет по приобщению к общественной жизни состоит из председателя и 9-10 членов, обычно известных представителей общины или высококлассных специалистов в своей области. Председатель и Совет независимы от правительства, но глубоко включены в процесс, который поддерживается правительством и работают в непосредственном и тесном взаимодействии с ним. Существуют крепкие рабочие взаимоотношения между председателем Совета и премьер-министром (главой штата), а также между председателем и исполнительным директором подразделения по вопросам приобщения к общественной жизни. Совет по вопросам приобщения к общественной жизни устанавливает круг полномочий и отвечает за следующие вопросы:

обеспечение ведущей и направляющей роли в работе подразделения по вопросам приобщения к общественной жизни, для того чтобы правительство получало квалифицированные рекомендации по конкретным вопросам социальной политики и возможность выработки скоординированного и всестороннего подхода к разработке, выполнению и анализу директив по снижению социальной изоляции;

предоставление рекомендаций, информации и советов премьер-министру и правительству, включая советы по определению потенциальных приоритетов для выделения государственного финансирования;

предоставление ориентиров и рекомендаций, поддержки и советов подразделению по вопросам приобщения к общественной жизни для решения вопросов, определенных премьером и правительством;

разработку стратегий для преодоления причин социальной изоляции и обеспечения ведущей роли в формировании национальной политики социальной справедливости;

обеспечение помощи подразделениям по вопросам приобщения к общественной жизни в разработке и использовании соответствующих механизмов в рамках правительства, общины и заинтересованных групп;

предоставление советов и информации подразделению по вопросам приобщения к общественной жизни, чтобы помочь в исследовательской деятельности;

представление поквартального отчета премьеру.

Источник: Newman et al., 2007.

ВСТАВКА 14.6 ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ НА ОСНОВЕ УЧАСТИЯ В СОЕДИНЕННОМ КОРОЛЕВСТВЕ

В 1999 г. был принят закон о создании Администрации Большого Лондона. Этот закон предусматривает ответственность за разработку и реализацию всеобъемлющего плана территориального развития (Лондонский план) вкрупне с сопутствующими стратегиями для обеспечения качества воздуха, сохранения биоразнообразия среды, борьбы с шумом, решения проблемы городских отходов, развития культуры, транспорта и экономики. Кроме того, Закон включает статутную обязанность мэра и Администрации Большого Лондона по улучшению здоровья горожан, обеспечению справедливости в отношении здоровья и устойчивого развития.

Администрация Большого Лондона – хорошая платформа для сотрудничества на городском уровне, т.к.

она объединяет работу мэра, отдельного избираемой Ассамблеи, Агенства по развитию Лондона, Лондонское городское управление планирования системы предотвращения и ликвидации пожаров, Столичной полиции и Лондонского управления транспорта.

Лондон также имеет специальный объединенный орган, предназначенный для улучшения системы здравоохранения и преодоления несправедливости в отношении здоровья, – Лондонскую Комиссию по здравоохранению, которая объединяет деятельность всех статутных, государственных, частных, академических и добровольных учреждений, которые могут оказать влияние на социальные детерминанты здоровья.

Источник: ЛНС, 2000.

Финансовая поддержка в интересах справедливого участия

Необходимым элементом поддерживающей и инклюзивной структуры управления в интересах справедливости в отношении здоровья является финансовая помощь, выделяемая общинам и местным органам власти для соучастия в строительстве более здорового и равноправного общества. Пример Порту-Аллегри (Бразилия) показывает, насколько существенное влияние на здоровье населения оказала программа совместного составления бюджета, которая была учреждена муниципалитетом с целью использования уникальных знаний, опыта и учета мнений горожан для решения многочисленных проблем, стоящих перед городом (Вставка 14.7). Аналогично, пример Венесуэлы (Вставка 14.7) иллюстрирует модель совместного управления на основе принципов совместного составления бюджета и законодательной поддержки вовлечения в процесс представителей местной общины.

Принцип инициативы снизу к справедливости в отношении здоровья

Безусловно, расширение прав и возможностей социальных групп через их представительство в процессе выработки политики и принятия решений играет важную роль, но не меньшее значение имеет расширение прав и возможностей для практических действий снизу, через движение широких масс (Sibal, 2006). Борьба против проявлений несправедливости, с которыми сталкиваются самые обездоленные члены общества, и процесс организации этих людей способствуют формированию местного самоуправления. Это дает людям ощущение контроля над собственной жизнью и будущим. Расширение прав и возможностей охватывает все аспекты их жизни. Например, если ребенок болен, они обращаются за медицинской помощью, а не уповают на «судьбу». Еще лучше, если они принимают превен-

тивные меры, например, проводят иммунизацию ребенка, тем самым предупреждая заболевание.

Данные о вмешательствах, направленных на расширение прав и возможностей молодежи, профилактику ВИЧ/СПИДа, а также расширение прав и возможностей женщин, свидетельствуют о том, что «наиболее эффективны те стратегии, которые способствуют укреплению подлинного участия, обеспечивающего независимость в принятии решений, чувство общности и взаимосвязи на местном уровне и укрепляют веру в себя самих членов общины» (WGEKN, 2007).

Комиссия рекомендует:

14.4. Расширение прав и возможностей для целенаправленных действий в интересах равенства в отношении здоровья, которые осуществляются снизу широкими массами, требует поддержки, чтобы гражданское общество развивалось, укреплялось и выполняло инициативы, ориентированные на обеспечение справедливости в отношении здоровья.

Изменения в законодательстве, направленные на признание и поддержку инициатив по расширению прав и возможностей общины, будут способствовать вовлечению обездоленных групп населения в деятельность по улучшению здоровья и справедливости в отношении здоровья на глобальном, национальном и местном уровнях. Для обеспечения гендерного равенства важное значение имеет финансовая поддержка скоординированных действий женских организаций со стороны доноров и правительства (Вставка 14.9).

Как показывает пример SEWA (Ассоциация самозанятых женщин), самостоятельное учреждение собственных организаций является одним из способов укрепления солидарности, предо-

ВСТАВКА 14.7. СОВМЕСТНОЕ СОСТАВЛЕНИЕ БЮДЖЕТА В ПОРТУ-АЛЛЕГРИ (БРАЗИЛИЯ)

В Порту-Аллегри введено совместное составление бюджета, при котором жителям предоставлено право голоса при составлении муниципального бюджета. Город организовал подготовительные занятия для горожан, чтобы они могли с пониманием дела участвовать в обсуждении статей бюджета. Эти занятия оказались бесценными для тех членов общины, которые непосредственно представляли большие группы горожан на региональных пленарных собраниях. Эти собрания проводились два раза в год при участии правительственных чиновников и представителей общества. В результате взаимодействия между чиновниками и представителями гражданского населения составлялся проект бюджета, который затем ставился на голосование в разных группах общества. Таким образом, городские чиновники осуществляли общее руководство и помогли решить сложные вопросы бюджета, но проект и окончательный вариант бюджета создавались жителями Порту-Аллегри.

Программа совместного составления бюджета стимулировала активность гражданского общества, вклад общины и ощутимые улучшения в городской жизни. Из всего

населения города 8% (100 000 человек) принимали непосредственное участие в составлении бюджета; 57,2% жителей утверждают, что население всегда или почти всегда «реально принимает решение» по вопросу общественных работ. Новый бюджет позволил департаменту жилищного строительства предоставить помощь 28862 семьям в сравнении с 1714 семьями в 1986-1988 гг. Система сбора мусора охватывает практически все домохозяйства, а с 1990 г. включает отдельный сбор отходов, поддающихся переработке и повторному использованию. Практически во всех домах имеется водопровод, большинство домов обеспечено качественной системой ассенизации и канализации. Совместное составление бюджета способствовало передаче полномочий от городского совета и наделению жителей инструментами для осуществления перемен. Сейчас в Порту-Аллегри самый высокий уровень жизни и самый высокий показатель средней продолжительности жизни по сравнению с остальными районными центрами Бразилии.

Источник: KNUS, 2007.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛИТИЧЕСКИХ ПОЛНОМОЧИЙ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 14.2

Предоставить гражданскому обществу возможность создавать организации и действовать в интересах развития и реализации социальных прав, оказывающих влияние на справедливость в отношении здоровья.

ставления помощи и совместной борьбы за перемены. Эти организации имеют различную численность – от маленьких, включающих жителей деревни или соседей, до массовых. Необходимо поддерживать и поощрять подобные организации и движения таким образом, чтобы сохранить и защитить их независимость и способствовать их долгосрочной устойчивости, включая способность полагаться только на себя. Это можно сделать разными путями:

- выделять ресурсы женским организациям в виде первоначальных инвестиций, возобновляемых фондов или в сочетании обоих способов поддержки;
- создать платформы для демонстрации достижений и расширения системы охвата;
- обеспечить помощь в наращивании потенциала через подготовительные курсы, фонды для подготовки и повышения квалификации руководящих кадров.

ВСТАВКА 14.8. BARRIO ADENTRO («ВНУТРИ РАЙОНА»): ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ И УЧАСТИЕ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА В БОЛИВАРИАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ВЕНЕСУЭЛЕ

В Конституции Венесуэлы жестко закреплены права на здоровье и обязанность граждан принимать активное участие в организации охраны здоровья. В проекте нового Закона о здоровье говорится о том, что участие является конституционным правом всех граждан и что они имеют право принимать решения, вмешиваться и осуществлять непосредственный контроль, свободно и независимо, во всех вопросах, касающихся формулирования, планирования и регулирования политики, планов и проектов в секторе здравоохранения, а также право на оценку, контроль и мониторинг управления и финансирования сектора здравоохранения.

Миссия Баррио адентро – ключевой элемент плана приобщения граждан к общественной жизни, содержащегося в Конституции Венесуэлы 1999 г. Миссия, учрежденная в 2003 г., стала национальной программой общественного здравоохранения, призванной устранить дефицит медико-санитарной помощи на национальном уровне. Миссия стимулирует конкретные меры по вмешательству и участию лидеров общества в разработке структуры управления системой здравоохранения и осуществлении контроля. С января 2004 г. главная роль Миссии – обеспечение населения всем объемом первичной медико-санитарной помощи.

Что касается административной структуры Миссии, индивидуумы несут ответственность за координацию работы бригад врачей в рамках церковных приходов, муниципалитетов и регионах во взаимодействии с местными комитетами по здравоохранению, которые принимают непосредственное участие в разработке политики, планов, проектов и программ в сфере здравоохранения, а также в осуществлении и оценке управления работой Миссии. В 2006 г. насчитывалось 150 зарегистрированных комитетов, связанных с работой Миссии Баррио адентро и другими социальными проектами. В обязанности комитетов по здравоохранению входит установление приоритетных проблем охраны здоровья в местном сообществе, определение очередности их выполнения и принятие решения об основных мерах, которые обществу следует осуществить для решения поставленных задач. Деятельность комитетов регулируется Законом о местных советах от 6 апреля 2006 г., который обязывает комитеты работать во взаимодействии с другими местными организациями, учрежденными местным советом. Среди других обязанностей местного совета – управление бюджетами, выделяемыми каждой общине, включая бюджеты комитетов по охране здоровья.

Источник: РАНО, 2006

ВСТАВКА 14.9. ПРАВОВАЯ ПОДДЕРЖКА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОБЩИН: SEWA (ИНДИЯ)

Как и другие бедные женщины, работающие не по найму, продавцы овощей в Ахмедабаде (Индия) живут в плохих условиях. SEWA, профессиональный союз, объединяющий около 1 млн работниц, служит примером коллективных действий, с помощью которых женщины бросают вызов обстоятельствам и пытаются изменить условия жизни. Часто притесняемые местными органами власти, продавцы овощей с помощью профсоюза борются за укрепление своего статуса через официальное признание в форме лицензий и других личных документов и через представительство в городских советах, которые регулируют деятельность рынка и развитие города. Эта кампания, начавшаяся в Гуджарате, прошла все стадии и дошла до Верховного суда Индии.

Чтобы добиться большего контроля над собственными средствами к существованию, все члены SEWA объединились и образовали свой магазин оптовой

торговли овощами, избавившись от эксплуататоров-посредников. SEWA также организует детские сады и ясли для детей младшего возраста и выступают за то, чтобы все работающие женщины имели право на предоставление мест для их детей в детских дошкольных учреждениях. Кроме того, члены SEWA улучшают свои жилищные условия, используя программы модернизации труб, для обеспечения основных элементов инфраструктуры. Эти шаги осуществляются во взаимодействии с правительством, организациями гражданского общества и промышленными корпорациями. В целях решения проблемы доступа к кредитам Банк SEWA предоставляет небольшие займы и банковские услуги бедным женщинам, занятым собственным делом. Банк принадлежит своим клиентам, его политика формируется избираемым советом женщин-работниц.

Источник: SEWA Bank, nd

На примере Японии видно, насколько эффективно сотрудничество людей, самоорганизующихся для решения касающихся их вопросов здравоохранения и других проблем с правительственными и неправительственными организациями, при условии лидерства общины в решении намеченных проблем и адекватного финансирования (Вставка 14.10). \Это требует создания механизмов, которые смогут объединить усилия государственного и частного сектора и гражданского общества, и определения механизма поддержки деятельности широких масс со стороны международных и национальных заинтересованных сторон.

ВСТАВКА 14.10. ЯПОНИЯ: СИЛА СООБЩЕСТВА

Население района Камагасаки насчитывает около 30 000 человек, из которых примерно 20 000 человек занимаются поденной работой, а остальные ведут обычное частное хозяйство или занимаются собственным делом. Самая важная проблема для рабочих состоит в том, что им не гарантированы такие условия здоровья, как пища, жилищные условия, трудоустройство и участие в общественной жизни.

В 1999 г. началось движение за возрождение района при участии групп поддержки неправительственных организаций, церкви и профсоюзов. Одновременно был создан Форум возрождения Камагасаки – первая массовое народное объединение, нацеленное на развитие местного сообщества. Эта группа начала формировать общественные связи и стимулировать создание новых видов бизнеса. Возрождение района, который когда-то считался замкнутым социумом, происходило благодаря «заново выявленным местным активам и трудовым ресурсам, расширением их возможностей за счет объединения и развития потенциала для зарабатывания средств к существованию».

Форуму удалось достичь ряда значимых результатов. После проведения им первых политических деба-

Несмотря на важнейшее значение совместный контроль членов общины над теми процессами, которые влияют на их жизнь, без политической поддержки и руководства и выделения финансовых ресурсов эти инициативы могут оказаться недолговечными. Именно об этом говорит пример Бангладеш (Вставка 14.11).

Имеются наглядные примеры того, как подробно составленный перечень прав был успешно применен в управлении глобальными вопросами. В случае с ТРИПС и лекарствами против СПИДа действия со стороны гражданского общества Южной Африки,

тов и ампании за голоса избирателей в Камагасаки в 2003 г. только в этом районе Осаки был зарегистрирован рост избирательной активности в ходе всеобщих выборов в том же году. Политики начали работать с избирателями, чтобы получить поддержку в этом районе. Повышение активности частично было результатом частных инициатив по предоставлению постоянного жилья для рабочих в бывших съемных домах. В 2000 г. Форум предоставил возможность рабочим/бездомным получить государственную помощь, после того как некоторые владельцы дешевых ночлежных домов превратили их в «Дома поддержки» – квартиры с маленькими комнатами, приспособленными для особо нуждающихся людей и предоставляющими услуги, чтобы помочь жильцам сохранить уверенность в себе. Такая организация дела позволила поденным рабочим и бездомным обратиться за государственной помощью. Национальный закон о бездомных, в котором прописана ответственность городских и государственных органов власти за решение проблемы, также призван способствовать положительным изменениям.

Источник: KNUS, 2007.

ВСТАВКА 14.11. УЧАСТИЕ ОБЩИН В БАНГЛАДЕШ

Правительственные инициативы были направлены на то, чтобы стимулировать участие общественности в предоставлении необходимых услуг. Например, пятилетняя правительственная Программа развития сектора здравоохранения и народонаселения (1998-2003) содержала компонент, стимулирующий потребителей услуг отслеживать эффективность работы производителей услуг на местном уровне. Специально отобранные неправительственные организации формировали местные комитеты и обеспечивали для потребителей услуг специальную подготовку (наращивание потенциала), необходимую для грамотного участия и обсуждения вопросов. Женщины и мужчины, элита и безземельные жители отбирались в комитеты на прозрачной основе. Самые разные люди принимали активное участие в работе комитетов. Возросла информированность о возможностях, предоставляемых учреждениями общественного здравоохранения. Увеличился спрос на услуги общественного здравоохранения, врачей заставляли присутствовать на рабочем месте в рабочие часы и не взимать незаконную плату. Однако были и отрицательные моменты: низкая

осведомленность общества о комитетах и о предоставляемых ими возможностях обратной связи с системой медико-санитарной помощи. У комитетов не хватало полномочий и политической возможности реализовывать решения. С внедрением в 2003 г. новой программы в секторе здравоохранения, которая не предусматривала сохранения этих комитетов из заинтересованных лиц, большинство из них было распущено. Пятилетняя программа 1998-2004 г.г. также экспериментировала с общественной собственностью на учреждения здравоохранения. Предполагалось, что община подарит землю, а затраты на строительство поделит между собой местная община и центральное правительство. Однако в составе комитетов отмечался перекокс в сторону местной элиты и родственников председателя. Руководство было неэффективным, и в отсутствие четко определенных структур воспроизводились неравноправные отношения между богатыми и бедными и между мужчинами и женщинами, при этом мнению людей с более низким статусом придавалось мало значения.

Источник: SEKN, 2007.

поддержанные во всем мире, создали «эффект лавины» в подражании созданному прецеденту, что привело к немедленным и систематическим изменениям не только в доступности рынка жизненно необходимых препаратов, но и в глобальном понимании вопросов интеллектуальной собственности и в применении соответствующих норм в интересах справедливости в отношении здоровья (Вставка 14.12).

Общественные движения

Чтобы добиться изменений во власти, необходимо пространство для вызова и соревнования между общественными движениями. Несмотря на тенденцию к объединению усилий вокруг конкретных вопросов повседневной жизни, деятельность общественных движений и местных организаций тесно связана со структурами и процессами, выходящими за пределы чисто местных интересов. Эти движения обычно принимают какую-либо из трех форм: политическое объединение (политические партии, группы давления, лобби), которые стремятся к влиянию на политическую арену; организации гражданского общества, такие, как профсоюзы, крестьянские организации и религиозные движения, и гражданские политические объединения, совмещающие или связывающие между собой деятельность политических и гражданских общественных организаций (рабочие движения, женское движение, движение против апартеида). Движение за здоровье населения (<http://phmovement.org/>) – обширная сеть, охватывающая активистов, выступающих за улучшение здоровья и поддерживающих политику ВОЗ «Здоровье для всех». Объединение ставит перед собой цель бороться с экономическими и политическими причинами усугубляющейся

несправедливости в отношении здоровья во всем мире и требовать возвращения к принципам, провозглашенным в Алма-Ате. Поддержка Движения за здоровье населения и других подобных организаций гражданского общества, таких, как глобальное движение против нищеты и рабочее движение, поможет планированию, осуществлению и оценке целенаправленной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья.

Общество, заботящееся об улучшении и более справедливом распределении услуг здравоохранения, – это общество, которое бросает вызов неравному соотношению сил, решая эту проблему через расширение участия, обеспечивающего право на собственное мнение, которое будет услышано и воспринято с уважением, в процессе принятия решений, затрагивающих равенство в отношении здоровья. Более широкая вовлеченность в жизнь общества требует социальной политики, законов, институтов и программ, которые бы защищали права человека. Она также требует участия индивидуумов и групп, которые бы последовательно и эффективно представляли свои нужды и интересы в процессе выработки политики. Кроме того, она требует активного гражданского общества и общественных движений. Очевидно, что деятельность общины или организаций гражданского общества по преодолению неравенства в отношении здоровья неотделима от обязанностей государства гарантировать всю совокупность прав и обеспечить справедливое распределение основных материальных и общественных благ между различными группами населения (Solar & Irwin, 2007). В решении этих проблем одинаково важны, как движение сверху, так и движение снизу.

ВСТАВКА 14.12. БОРЬБА ЗА ПРАВА И ПРОТИВ ТОРГОВЛИ: ДЕЛО О ЛЕКАРСТВАХ ПРОТИВ СПИДА

«Право человека на здоровье требует обеспечения необходимыми лекарствами, что является главной обязанностью, которую нельзя передать в руки частного предпринимательства или поставить в зависимость от внутреннего экономического развития. Это право может служить средством для того, чтобы добиться формулирования, выполнения и интерпретации национальными судами, правительствами и ВТО торговых правил, в большей степени ориентированных на фактор здоровья. Растущее признание этого права отражено в нарождающейся судебной практике, которая успешно ставит вопрос о распределении медицинских препаратов под защиту принципов прав человека».

Десять лет назад высокая стоимость препаратов против СПИДа заставила ВОЗ и ЮНЭЙДС заявить о том, что лечение является нецелесообразной тратой средств в беднейших странах. На первое место была поставлена задача профилактики ВИЧ/СПИДа. Развивающимся странам не предоставлялась международная финансовая помощь на закупку лекарств, а компании делали крайне незначительные уступки в цене. Драматическая борьба за лекарства от СПИДа достигла своего пика в 2001 г. и вылилась в судебный иск Ассоциации производителей фармацевтической продукции в Южной Африке. В период с 1997 по 2001 гг. США и 40 фармацевтических компаний использовали торговый пресс и судебный процесс, чтобы не дать правительству Южной Африки принять закон о доступности приемлемых по цене медицинских препаратов. Представители промышленности заявляли, что действующее законодательство (и разрешаемый им параллельный импорт)

нарушает ТРИПС и Конституцию Южной Африки и лишает промышленность стимула к разработке и производству новых лекарств. Фармацевтические компании обратились в суд Южной Африки. Дело получило необычно высокий общественный резонанс и международное осуждение корпораций. В апреле 2001 г. фармацевтические компании отозвали свой иск.

Последовал «эффект лавины», вызвавший волну заявлений стран-членов ООН о праве на лечение как одном из неотъемлемых прав человека и о государственных обязательствах в отношении антиретровирусной терапии. В том же году ВОЗ опубликовала Декларацию о ТРИПС и общественном здравоохранении. Эта риторика была дополнена соответствующими политическими мерами и изменениями цен. Цены на препараты для антиретровирусной терапии упали за год с 1500 долл США до 148-549 долл США. Были созданы новые механизмы международного финансирования, такие, как Глобальный фонд для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, Американская президентская программа PEPFAR и Программа Всемирного банка для борьбы с ВИЧ/СПИДом в странах Африки. В 2002 г. ВОЗ поставила цель охватить антиретровирусной терапией 3 млн человек, а к 2010 г. добиться всеобщего доступа к такому лечению. Эта цель была принята Генеральной Ассамблеей ООН и странами Большой восьмерки. За пять лет доступность антиретровирусной терапии в странах к югу от Сахары возросла с менее чем 1% до 28%.

Источник: Forman, 2007.

ГЛАВА 15

Эффективное глобальное управление

«Мы являемся непосредственными свидетелями и участниками нового и очень важного этапа в мировой истории».

Кемаль Дервиш (2005)

ЭФФЕКТИВНОЕ ГЛОБАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ И СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Колоссальные различия в шансах на здоровье и жизнь у народов в разных странах мира, отражают глубокий, давний и постоянно растущий дисбаланс в могуществе и процветании отдельных наций. В 2000 г. некий усредненный представитель самого верхней децилы богатых стран в мире обладал в 3000 раз большим благосостоянием, чем усредненный представитель самой нижней децилы (Davies et al., 2006). Разница между средней продолжительностью жизни в самых бедных и в самых богатых странах составляет около 40 лет, т.е. людям отказано в четырех десятилетиях жизни. Издержки на информационные и коммуникационные технологии – важнейшие аспекты роста глобализации – в некоторых странах с низкими доходами в 170 раз выше, чем в странах с высокими доходами. В то время как риски, ассоциирующиеся с глобализацией и связанные с охраной здоровья, торговлей и финансами или безопасностью человека, становятся все более транснациональными и несоразмерно высокими для стран с низкими и средними доходами, выгоды по-прежнему далеко неравномерно распределяются в пользу регионов с высокими доходами. Необходимость того, чтобы международное сообщество вновь обратилось к многосторонней системе, где все страны – как богатые, так и бедные – участвуют, имея равное право голоса, носит характер императива. Только через такую систему глобального управления, которая ставит справедливость в отношении здоровья в число самых важных пунктов в перечне проблем, определяющих развитие, а истинное равенство оказывае-

мого влияния – в центр процесса выработки решения, возможно добиться устойчивого внимания к вопросам справедливости в отношении здоровья на глобальном уровне, благодаря которому реализуется право всех людей на условия, благоприятные для улучшения здоровья.

Возможности и угрозы

Глобализация открыла новые возможности для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Но она же привнесла угрозы и риски. «Глобальные рынки начали стремительно расти, что не сопровождалось параллельным развитием экономических и социальных институтов, необходимых для их бесперебойного и равномерного функционирования. В то же время вызывает тревогу несправедливость основных глобальных правил... и асимметричный характер эффекта их влияния на богатые и бедные страны» (Международная Комиссия по социальным аспектам глобализации, 2004). Нынешняя картина глобализации включает «победителей» и «неудачников». Чтобы справиться с рисками неравенства в распределении выгод глобализации и направить потенциал глобализации на улучшение здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья, назрела потребность в новых формах глобального управления. Глобализация предоставляет беспрецедентные возможности для реализации справедливости в отношении здоровья с помощью эффективного управления. Но любой предполагаемый шанс при неэффективном управлении становится угрозой (Вставка 5.1).

Такие аспекты глобализации, как либерализация торговли и интеграция рынков, вызвали значительные изменения в национальной политике в сфере производства и распределения. «Структурные сдвиги» – главный программный и политический мотив с начала 1970-х гг. – сформировали доминирующую (ингода именуемую неолиберальной) ортодоксию в глобальных институтах. Политика преобразований, направленная на снижение инфляции

ВСТАВКА 15.1. ГЛОБАЛИЗАЦИЯ: ВЛИЯНИЕ ПОЛИТИКИ, СОЗДАЮЩЕЕ УГРОЗУ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Результаты влияния политики, создающие угрозу справедливости в отношении здоровья, таковы:

технологические достижения, ведущие к быстро снижающимся издержкам на перевозки, связь и обработку информации, которые, наряду с институциональными изменениями, такими, как либерализация торговли, упрощают глобальную реорганизацию производственной деятельности таким образом, что эти процессы могут усилить неравенство;

рост ценности прямых иностранных инвестиций по сравнению с результатами торговли, что отражает растущую взаимозаменяемость прямых инвестиций и результатов торговли, в производстве и обеспечении товаров и услуг;

рост значения «офшорного» или «аутсорсингового» (с использованием внешнего подряда) производ-

ства, часто организуемого независимыми фирмами-исполнителями (подрядчиками), а не дочерними предприятиями или филиалами материнской компании, что нередко приводит к ухудшению условий труда;

резкое увеличение движения гипермобильных портфельных инвестиций («горячие деньги»), что повышает риск валютных кризисов;

усиление конкуренции за инвестиции и, как следствие, смещение власти от местных и национальных администраций к лицам, принимающим решения на международных финансовых рынках, что ведет к принятию политических решений, которые могут оказать неблагоприятное влияние на уровень справедливости в отношении здоровья.

Источник: GKN, 2007.

в развивающихся странах, имеющих задолженность, на сокращение государственных расходов и на стимулирование роста экономики – меры, строго ориентированные на помощь в погашении долга, способствовала либерализации торговли, приватизации и снижению роли государственного сектора в экономике. Это оказало крайне неблагоприятное воздействие на ключевые социальные детерминанты здоровья, включая медико-санитарную помощь и образование, в большинстве охваченных стран. Многим странам, несомненно, пошло на пользу снижение галопирующей инфляции и модернизация процесса управления финансовой деятельностью. Однако неясно, дали ли ожидаемые выгоды навязанные перестройкой жесткость и политические ограничения, еще менее понятно, были ли оправданы социальные издержки и последствия для здоровья населения (Golly, 1991).

Устойчивая бедность

Дебаты по поводу взаимосвязи между либерализацией торговли и ростом экономики могут продолжаться долго, однако ясно, что расширение торговли на более выгодных условиях весьма желательно – если это происходит в рамках экологических требований о разумном природопользовании. Однако взаимосвязь глобализации, экономического роста и сокращения масштабов бедности весьма проблематична. В целом, численность населения, живущего менее чем на 1 долл. в день, снизилась на 412 млн. человек в период с 1981 по 2003 гг. Правда, в значительной степени это было вызвано резким сокращением масштабов нищеты в Китае (Chen & Ravallion, 2004). Приливная волна глобализации подняла на воду не все лодки или же подняла их слишком высоко, к тому же она не поспедала за ростом населения. За тот же период в странах к югу от Сахары численность населения, живущего менее чем на 1 долл. США в день, удвоилась, а численность населения, живущего на 2 долл. США или менее в день, почти удвоилась.

Несправедливость в отношении здоровья на глобальном уровне

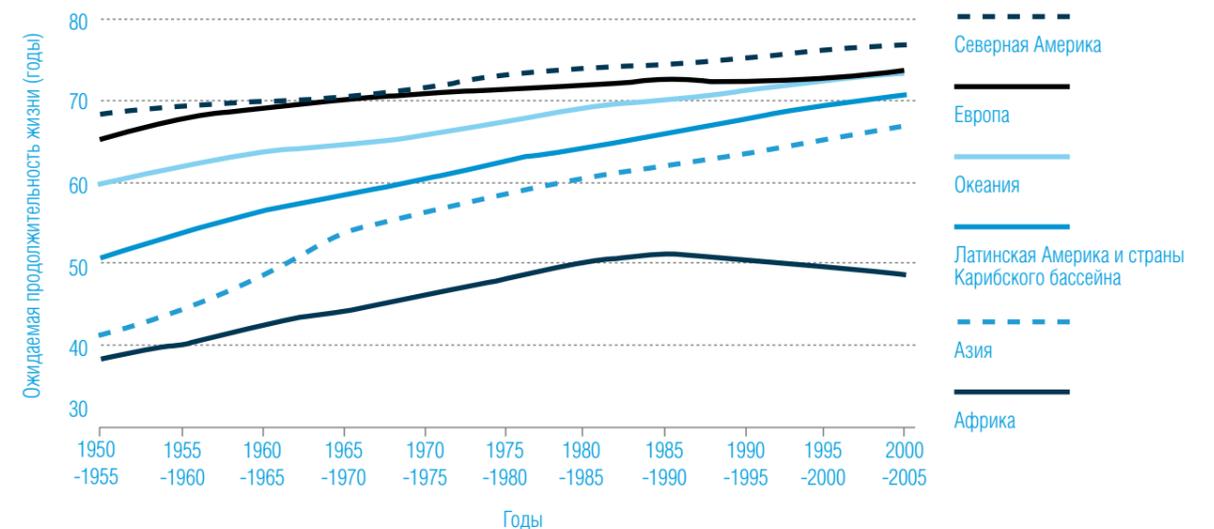
Увеличение глобального уровня благосостояния и знаний не переросло в повышение степени справедливости в отношении здоровья. Вместо сближения, когда бедные страны постепенно

догоняют ОЭСР, произошло, скорее, расхождение в средней продолжительности жизни населения по странам и регионам: у одних этот показатель улучшился, у других стагнировал, у третьих ухудшился (Рис. 15.1).

В то время как показатели средней продолжительности жизни продолжают сближаться и стабилизироваться в странах с высоким уровнем доходов, а в странах со средним уровнем доходов быстро приближаются к показателям стран с высоким уровнем доходов, во многих странах Африки к югу от Сахары и стран с экономикой переходного типа показатели средней продолжительности жизни в 2006 г. были ниже, чем в 1990г. В значительной степени это обусловлено, с одной стороны, драматическими переменами в переходных экономиках бывших Советских Республик, и – с другой – пандемией ВИЧ/СПИДа (хотя совсем недавно, начиная с 2005 г., расчетный показатель смертности по причине ВИЧ/СПИДа в странах Африки к югу от Сахары начал постепенно снижаться). Однако анализ регрессии, проведенный GKN, дает основание предполагать, что в расхождении региональных показателей средней продолжительности жизни внесли свой вклад другие факторы, такие как факторы, вызванные доминирующей экономической политикой, ориентированной на рынок. В то время как в странах ОЭСР произошел общий рост средней продолжительности жизни на 3 года, в странах Африки к югу от Сахары этот показатель снизился примерно на 6 лет.

Недавняя фаза глобализации не только усилила несправедливость в отношении здоровья на международном уровне, но и усугубило его в самих странах. Либерализация торговли и интеграция рынков, способствующие появлению глобального рынка труда, повысили требования к гибкости и подвижности рабочей силы, что привело к росту неопределенности работой (см. Гл. 7: *Справедливое трудоустройство и достойная работа*). Возросший спрос на рабочую силу, хотя и предоставляет новые возможности для участия женщин в процессе труда, тем не менее, поддерживает гендерное неравенство в отношении условий занятости, одновременно возлагая на женщин двойное бремя работы, т.к. они сохраняют свои обязанности в семье и в домашнем хозяйстве (см. Гл. 13: *Гендерное равенство*). Выигрыш в доходах вследствие

Рисунок 15.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (годы) по регионам, 1950–2005



Перепечатано, с разрешения издателя, из Dorling et al. (2006).

расширения рынка и повышения производительности распределен в обществе неравномерно. Всемирный Банк признает, что «изменения на рынке труда приведут к росту экономического неравенства в странах, на которые приходится 80% населения развивающегося мира, за период до 2030г., и еще больше обездолят «неквалифицированную бедноту» (Всемирный Банк, 2007).

Влияние глобализации на несправедливость в отношении здоровья внутри стран можно выявить также в торговых соглашениях, которые ограничивают применение тарифов, снижают доходы казны бедных стран со слабым потенциалом прямого налогообложения, тем самым сокращая государственные расходы на улучшение ключевых социальных детерминантов, таких, как образование (см. Гл. 11: *Справедливое финансирование*). Либерализация торговли ассоциируется с ростом коммерциализации медико-санитарной помощи, усугубляющей несправедливость в доступе к медицинскому обслуживанию и в получении выгод для здоровья среди бедных групп населения, а также с ростом за-

трат на доступ к жизненно важным лекарствам в условиях действия прав на интеллектуальную собственность (см. Гл. 12: *Ответственность рынка*) (GKN, 2007).

Возобновление потребности в глобальном управлении

Наряду с либерализацией торговли, несхожестью в характере и уровне экономического роста и различиями в состоянии здоровья населения, глобализация сопровождалась также ростом других серьезных рисков для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Колоссальное увеличение капитала с его быстрыми переливами вызвало рост неустойчивости международных финансовых рынков и привело к тенденции учащения финансовых кризисов (Вставка 15.2). Устойчивая бедность и растущее экономическое неравенство, часто ассоциирующиеся с эксплуатацией природных ресурсов транснациональными компаниями, способствуют повышению риска вооруженных конфликтов внутри стран с соответствующими последствиями для гражданского населения (Вставка 15.3). Конфликты, бедность

ВСТАВКА 15.2. ГЛОБАЛЬНАЯ КАРТИНА ФИНАНСИРОВАНИЯ

В условиях современной глобализации во все больших объемах происходит приток и отток «гипермобильного» капитала, и скорость его движения не способно регулировать самостоятельно ни одно правительство или министерство финансов. Наряду с ростом движения транснационального капитала, возросли темпы развития мировых финансовых кризисов, подобных

кризисам в Мексике в 1994 г., в Азии в 1997 г., в России в 1998 г. и в Аргентине в 2001 г. Такие кризисы оказывают серьезное влияние на ключевые детерминанты здоровья, не в последнюю очередь обусловленное способностью правительств к инвестициям в общественное здравоохранение и стабильностью рынков труда.

ВСТАВКА 15.3. ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНФЛИКТ

Конфликт, ассоциирующийся с глобальной нищетой и экономическим неравенством и усиливающий эти факторы, остается бедствием во всем мире и показателем провала глобального и национального управления. В 1990 г. в результате военных действий в мире погибло 502 000 человек, т.е. конфликты стали третьей главной причиной насильственных смертей в глобальном масштабе. С начала 1990-х гг. в вооруженных конфликтах было убито 3,6 млн чел. и 50 млн чел. стали вынужденными переселенцами. Современный вооруженный конфликт в развивающихся странах

часто является следствием нищеты. Преимущественно это трагедия стран Африки к югу от Сахары. Из 49 конфликтов, произошедших с 1990 г., 90% приходится на этот регион. Главными причинами конфликтов – в частности, участвовавших внутринациональных конфликтов, возникающих при передаче власти гражданскому правительству от военной хунты, – наряду с низкими доходами государства и нищетой являются вопросы справедливости, распределения доступа к ресурсам, этнической принадлежности и социальной изолированности.

ВСТАВКА 15.4. ГЛОБАЛЬНАЯ МИГРАЦИЯ

Как только вспыхивают конфликты, люди вынуждены покидать свои жилища и перемещаться – как внутри своей страны, так и между странами. С конца 1970-х г. количество беженцев и лиц перемещенных внутри регионов постоянно растет. Согласно World Refugee Survey (1996), в 1995 г. в странах Африки к югу от Сахары насчитывалось 5,2 млн беженцев. Самая многочисленная группа приходилась на Демократическую Республику Конго (бывший Заир) (1,3 млн чел.), затем следовали Объединенная Республика Танзания (0,7 млн чел.) и Гвинея (0,6 млн чел.). Количество лиц перемещенных внутри регионов еще более внушительно: в одной только Африке, по оценкам, их было 8 млн чел. Миграция –

вынужденная и добровольная – это еще одна важная область, в которой деятельность и благосостояние человека зависят от уровня наднационального управления. В дополнение к вынужденному перемещению и колоссальному влиянию на человека и на состояние его здоровья, глобализация также сопровождается оттоком рабочей силы из бедных стран. Особенно важно отметить в связи с этим значительную миграцию работников здравоохранения – врачей, медсестер и другого квалифицированного персонала из стран с низким уровнем доходов, что оказывает существенное влияние на потенциал здравоохранения в странах, испытывающих «утечку мозгов».

и экономические стимулы – все это способствовало значительному росту миграции населения внутри стран и за пределы национальных границ (Вставка 15.4).

Характер современных потоков капитала, их потенциальные выгоды и очевидные опасности являются серьезным основанием для укрепления глобального управления финансами. Роль глобального управления в предотвращении конфликтов можно усилить разными путями: обеспечивая справедливое распределение выгод от национального и транснационального производства и торговли, особенно в отношении природных ресурсов; осуществляя международные меры безопасности, включая контроль над мировой торговлей вооружениями, и расширяя согласованное и своевременное финансирование и операции гуманитарной помощи в слабых и затронутых конфликтами государствах (Collier, 2006). Влияние глобального управления на миграцию населения может быть усилено за счет: более эффективных политических и финансовых механизмов поддержки беженцев и внутренне перемещенных лиц; расширения международного сотрудничества по разработке «прав мигрантов», предоставляемых всем иностранным мигрантам и признаваемых всеми принимающими правительствами, а также заключения взаимовыгодных договоренностей, касающихся работников здравоохранения, между странами, теряющими свой потенциал, и странами, наращивающими его.

Глобализация предоставляет реальные и весьма существенные возможности для достижения справедливости в отношении здоровья. Однако если в области действий, соглашений и регулирования в отношении экономики, торговли, финансов и инвестиций на глобальном уровне возникло «мощное» управление, то глобальное управление в отношении социальной справедливости и, в частности, в отношении здоровья остается «слабым». Международная Комиссия по социальным аспектам глобализации (2004) и Хельсинский процесс по глобализации и демократии – два последних примера усилий многостороннего характера, предпринятых в защиту новой формы глобализации, которая признает социальные обязательства и одновременно учреждает новые институты глобального управления. Усиление управления интегрированной экономической деятельностью и социальным развитием на глобальном уровне предлагает нациям более последовательный путь к обеспечению более справедливого распределения безусловных выгод глобализации и более справедливой защиты от ее потенциально неблагоприятных последствий.

Время для перемен

Многосторонняя система – сложный организм, оказывающий влияние на здоровье в глобальном масштабе, используя целый ряд механизмов. Генеральная Ассамблея ООН, куда страны-члены входят (по крайней мере, в принципе) как равные субъекты; Совет Безопасности, где ОЭСР изначально имела пять

мандатов; Экономический и социальный совет ООН, уполномоченный координировать межправительственную деятельность и работу специализированных организаций ООН, таких, как ВОЗ с руководящим органом – Всемирной ассамблеей здравоохранения; международные финансовые институты (Всемирный Банк и МВФ) и ВТО, где экономические стратегии всегда конфликтовали с императивами социального развития; сильные региональные организации, такие, как ЕС, и другие, которые стремятся занять подобающее место в глобальной системе, – все эти составляющие многосторонней системы делают ее наиболее эффективной пространством, в котором страны, представляющие свои народы, могут участвовать в поисках решений, которые они считают эффективными и справедливыми на глобальном уровне.

Однако, созданной сразу после Второй мировой войны многосторонней структуре ООН, организациям ООН и главным международным финансовым институтам уже почти 60 лет. С тех пор характер глобальных систем и требования к эффективному глобальному управлению существенно изменились. Возникли также необходимость, и возможность для пересмотра полномочий и организации глобальной системы (GKN, 2007), что не в последней степени отражает текущий процесс реформирования самой ООН. Хотя Комиссия признает ограниченность своих полномочий и компетенции, она не может не отметить преобладание плохого функционирования демократии и несбалансированного влияния. Практически любая значимая реформа, направленная на улучшение управления и демократического функционирования многосторонней системы в целом, зависит в значительной степени от реформы Совета Безопасности (Вставка 15.5).

Один из подходов к реформированию Совета Безопасности – учитывать паралич реформы укоренившихся национальных интересов членов и нечленов Совета – усиление регионального представительства. Каждый регион мог бы иметь собственный секретариат Совета Безопасности в Нью-Йорке. Это усилило бы поддержку его членов и способствовало отстаиванию общей региональной политики без необходимости пересмотра Устава ООН. Это помогло бы небольшим и бедным государствам расширить свои возможности для участия в работе Совета Безопасности на равных условиях (Paul & Nahogy, 2005).

Немногие из глобальных институтов настолько влиятельны в разработке стратегий и программ в международном и в национальном плане, как международные финансовые институты – Всемирный Банк и МВФ. За последние 30 лет эти два института приобрели огромное влияние в сфере глобального управления, причем, не только в своих непосредственных финансовых отношениях с разными странами, но и, косвенно, через воздействие на доминантную парадигму развития в политике и практической деятельности. Хотя в их влиянии и компетентности практически нет сомнений, но институциональные процессы и демократиче-

ВСТАВКА 15.5. РЕФОРМА СОВЕТА БЕЗОПАСНОСТИ ООН

Состав Совета Безопасности ООН отражает соотношение сил, сложившееся в мире в 1945 г., когда большинство из современных национальных государств являлись колониями. В 1965 г. под давлением расширившегося состава стран-членов ООН в число членов Совета Безопасности было избрано еще четыре государства, и общее количество участников достигло 15. Но пять главных союзников во Второй мировой войне продолжали держаться за свой привилегированный статус. Они остаются т. н. постоянными членами и обладают правом вето в отношении любого решения Совета Безопасности ООН. Такое положение вещей делает

Совет Безопасности недемократическим, и неэффективным. Из-за пяти постоянных членов, обладающих правом вето, многие вопросы не доходят до повестки дня заседаний Совета Безопасности. Зачастую постоянные члены из эгоистических соображений тормозят инициативы, которые одобрены широким кругом стран и в которых нуждаются очень многие страны. Несмотря на 10 вновь избранных членов, Совет Безопасности ООН остается географически несбалансированным и в значительной мере нерепрезентативным.

Источник: <http://www.globalpolicy.org/security/reform/index.htm>

ские полномочия, задачами которых является всемерно способствовать созданию разносторонних перспектив для развития приоритетов той или иной страны, включая обеспечение справедливости в отношении здоровья, - по меньшей мере, не внушают доверия (Вставка 15.6).

Глобализация стремится к взаимозависимости между национальными государствами и народами и к достижению пропорциональной пользы, если не сказать – необходимости сотрудничества в областях, представляющих общий интерес. Возникла концепция глобальных общественных благ – совместное управление условиями и ресурсами, имеющими жизненно важное значение для всего человечества, которые невозможно контролировать силами отдельных стран. До сих пор эта концепция охватывала такие вопросы, как изменение климата и контроль за состоянием окружающей среды, мир и безопасность, борьбу с болезнями и знания. За кругом всех этих вопросов, а возможно утверждать, что и в основании, лежит концепция социальной справедливости, равенства и, следовательно, справедливости в отношении здоровья не только внутри страны, но и на межстрановом уровне.

ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ГЛОБАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Комиссия рекомендует:

15.1. Экономический и социальный совет при поддержке ВОЗ должен подготовиться к рассмотрению в ООН в 2010 г. возможности принятия принципа справедливости в отношении здоровья в качестве центральной цели глобального развития вкюпе с соответствующими показателями для мониторинга продвижения к этой цели как внутри стран, так и между странами (см. Рек. 10.1; 103;16.3).

Справедливость в отношении здоровья как глобальная цель

Для уменьшения несправедливости в отношении здоровья между странами и в пределах одной страны необходима согласованность политики не только на национальном, но и на глобальном уровне (см. Гл. 10: *Справедливость и справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях, системах и программах*). Приняв справедливость в отношении здоровья на международном и внутривосточном уровне в качестве главного критерия развития, Экономический и социальный совет может использовать свою

функцию координатора для повышения согласованности целенаправленных действий по улучшению социальных детерминантов здоровья со стороны организаций ООН (Вставка 15.7).

Многостороннее согласование

Состоявшаяся 61-я сессия Генеральной Ассамблеи ООН, посвященная теме «Укрепление Экономического и социального совета» (14 ноября 2006 г.), предоставила возможность Экономическому и социальному совету возглавить в глобальном масштабе согласованную деятельность в интересах развития и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Во-первых, Совет может дать указание постоянной Комиссии по социальному развитию принять концепцию справедливости в отношении здоровья в качестве темы для двухгодичного обзора на 2009–2010 гг., сконцентрировав внимание на разработке многосторонних условий для действий по улучшению социальных детерминантов здоровья. Во-вторых, Совет может представить стандартный отчет об успехах в области справедливости в отношении здоровья для Ежегодного доклада на уровне министров. В-третьих, несмотря на свою первоочередную задачу по улучшению многостороннего реагирования на гуманитарный кризис, Форум сотрудничества в интересах развития, который должен собираться каждые два года, начиная с 2008 г., может служить для обсуждения возникших в мире ключевых проблем, касающихся здоровья, в том числе вопросов, связанных с справедливостью в отношении здоровья.

Цели развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

Цели развития тысячелетия (ЦРДТ) – выражение общей воли мирового сообщества к предпринять решительные действия. Они представляют собой прочную основу, на которой Комиссия

выстраивает программу своей работы. Цели развития отражают консенсус по поводу необходимости взаимодействия мировых игроков в интересах согласованного и последовательного социально-экономического развития. К сожалению, ЦРДТ также отражают невнимание к проблеме справедливости в отношении здоровья на внутривосточном уровне. В связи с этим появляется возможность для ВОЗ как руководящего органа и для всей многосторонней системы, согласованно взаимодействующей в интересах равенства, пересмотреть Цели развития и выдвинуть обеспечение справедливости в качестве главного показателя достижения целей (Вставка 15.8). Многосторонние организации уже играют важную роль в разработке международных стандартов для создания стратегий и мер, направленных на улучшение социальных детерминантов здоровья, используя глобальные, международные и региональные соглашения и механизмы управления, такие, как Глобальная программа социального обеспечения для всех и программа «Достойная работа» в рамках МОТ, Программа сокращения масштабов нищеты ПРООН, Экономическая комиссия Латинской Америки и Карибский договор о социальном единстве, Health Exclusion Initiative (Инициатива в отношении не имеющих доступа к медицинскому обслуживанию) в рамках Панамериканской организации здравоохранения, Специальный докладчик по праву на здоровье Комиссии ООН по правам человека и Ежегодные совместные доклады ООН по вопросам социальной защиты и социальной интеграции (SEKN, 2007). Но еще более широкие возможности открываются при более тесном сотрудничестве в планировании политики и программ между соответствующими многосторонними организациями, которое укрепляет их собственное коллективное управление.

ВСТАВКА 15.6. ВРЕМЯ ДЛЯ ПЕРЕСМОТРА ГЛОБАЛЬНОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ

Репрезентативность в процессе принятия решений в Совете директоров МВФ и в Совете директоров Всемирного Банка основано на экономическом вкладе (то есть в значительной степени на богатстве) стран-членов. Развитые страны, составляющие 20% членов МВФ и имеющие 15% мирового населения, имеют солидный перевес в количестве голосов в обеих организациях. В противоположность им развивающиеся страны имеют недостаточное представительство. Система пропорционального голосования дает возможность одним США и любым четырем членам G7, действующим сообща без США, заблокировать политические ре-

шения в 18 сферах, требующих квалифицированного большинства в 85% голосов. Главные исполнительные директора Всемирного банка и МВФ назначаются США и ЕС соответственно, а дискуссии и принятие решений в Исполнительном совете остаются скрытыми от стран-членов. Несмотря на попытки вовлечения более широкого круга игроков, улучшения систем информирования общественности и представления более полных отчетов о деятельности, а также прозрачности процессов принятия ключевых решений остается недостаточной.

Источник: GKN, 2007.

ЭФФЕКТИВНОЕ ГЛОБАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 15.1

Сделать справедливость в отношении здоровья целью глобального развития и принять систему социальных детерминантов здоровья для усиления многосторонней деятельности в интересах развития.

ВСТАВКА 15.7. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ

Экономический и социальный совет – это главный орган по координации экономической, социальной и другой соответствующей деятельности 14 специализированных учреждений, функциональных комиссий и пяти региональных комиссий. Он также получает доклады из 11 фондов и программ ООН. Совет служит центральным форумом для обсуждения международных экономических и социальных проблем и выработки рекомендаций в отношении политики государств-членов

и системы ООН. В его обязанности входят: продвижение более высоких стандартов жизни, полной занятости и экономического и социального прогресса; поиски решения международных экономических, социальных проблем и проблем здоровья; облегчение международного культурного и образовательного взаимодействия и поощрение уважения к правам человека и основным свободам.

Источник: ЭКОСОС, nd.

ВСТАВКА 15.8. СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ В ЦЕНТРЕ ПРОЦЕССА ГЛОБАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОХРАНОЙ ЗДОРОВЬЯ: ЦРДТ

Цели развития тысячелетия (ЦРДТ) – представляет из себя перечень из восьми целей, связанных с сокращением бедности, поставленных ООН на Саммите тысячелетия в 2000 г. Все Цели тысячелетия связаны с деятельностью по улучшению социальных детерминантов здоровья. Глобальный консенсус, выраженный в ЦРДТ, – это новая отправная точка для развития. Проект тысячелетия ООН и множество высших должностных лиц, активистов, двухсторонних организаций и сообществ уже активно участвуют в деятельности, направленной

на достижение ЦРДТ. Тем не менее, эти усилия на глобальном уровне только выиграют от четко заявленной и системной приверженности принципу равенства на уровне отдельных стран. Ясно поставленные цели, учитывающие принцип равенства и обеспеченные соответствующими источниками данных, необходимы, чтобы предоставить бедным, маргинализированным и уязвимым группам населения возможности для улучшения здоровья и доступ к услугам здравоохранения.

Источник: Wirth et al., 2006.

ВСТАВКА 15.9. СОЦИАЛЬНАЯ ИЗОЛИРОВАННОСТЬ: «ОТКРЫТЫЙ МЕТОД КООРДИНАЦИИ» В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

На Лиссабонском саммите Европейского Совета в 2000 г. главы государств сформулировали стратегию борьбы с социальной изолированностью в странах ЕС и перспективы ее влияния на ликвидацию нищеты к 2010 г. В стратегии подчеркивалась необходимость более глубокого понимания социальной изолированности и организации политического взаимодействия государств-членов на основе «открытого метода координации». Все государства-члены должны были принять общие цели в борьбе с бедностью и социальной изолированностью и разработать двухлетние Национальные планы действий по проблеме социальной изо-

лированности, предоставляя данные о масштабах бедности и социальной изолированности в своих странах. Должны были применяться показатели Лекена – общие показатели социальной изолированности. Новые страны-члены договорились разработать обязательные совместные меморандумы по социальной интеграции, в которых необходимо кратко обрисовать положение в стране и изложить приоритеты политики в борьбе с нищетой и социальной изолированностью, прежде чем получить полноценное членство в ЕС.

Источник: SEKN, 2007

Комиссия настоятельно рекомендует международным организациям сделать следующий шаг. Улучшение глобального управления для обеспечения справедливости в отношении здоровья зависит от способности многосторонних организаций более согласованно решать всеобъемлющий комплекс задач на основе общего взгляда на поставленные вопросы и общих критериев для оценки результатов своей деятельности. Для этого организациям полезно иметь систематическую, общую совокупность данных (объединяя уже используемые базы данных и дополняя их показателями справедливости в отношении здоровья) (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*).

Комиссия предполагает, что многостороннее сообщество пересмотрит действующие рамки глобального развития и включит в них показатели справедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья. Эти пересмотренные рамки потребуют глобального доверия и согласия со стороны стран-членов, подобно тому, как получили признание или продолжают добавляться такоо всеобщего признания и применения Индекс развития человека и Общая страновая оценка. Предлагаемые Комиссией рамки должны включать показатели улучшения социальных детерминантов и справедливости в отношении здоровья. Совместно разработанные и подвергнутые строгой проверке, эти рамки социального развития и обеспечения справедливости в отношении здоровья могут быть поддержаны глобальным наблюдательным органом (ВОЗ) и послужат основой для регулярных периодических глобальных отчетов Экономическому и социальному совету. Более подробно это излагается в Гл. 16 (*Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*). Аналогичную схему могут использовать страны-участницы

для формулирования собственных национальных планов, показателей и отчетов по улучшению социальных детерминантов здоровья, тем самым подкрепляя задачи обеспечения здоровья и справедливости в отношении здоровья, а, следовательно, согласованность выделяемой финансовой помощи, – в рамках процесса реализации стратегии сокращения масштабов нищеты (см. Гл. 11: *Справедливое финансирование*).

Это должен быть поступательный процесс. Достигнув согласия по основным целям, включая обеспечение справедливости в отношении здоровья в качестве центральной цели, глобальные организации могут приступить к разработке общих показателей. Региональный пример индикаторов социальной изолированности среди стран-членов ЕС, по поводу которых согласие было достигнуто постепенно, с помощью механизмов присоединения, служит возможной моделью того, как поставить в центр внимания различных организаций принцип справедливости в отношении здоровья в качестве основной задачи развития и общего показателя прогресса (Вставка 15.9).

Комиссия рекомендует:

15.2. К 2010 г. Экономический и социальный совет при поддержке ВОЗ должен подготовить для обсуждения в ООН план создания тематических рабочих групп по вопросам улучшения социальных детерминантов здоровья – для начала касающихся развития детей младшего возраста, проблем гендерного равенства, занятости и условий труда, систем здравоохранения и участия в управлении, – включающих представителей всех релевантных многосторонних организаций и гражданского общества, регулярно отчитывающихся о проделанной работе (см. Рек. 5.1; 6.2; 9.1; 13.2).

ВСТАВКА 15.10. ВОЗ И ООН-ХАБИТАТ

ООН-ХАБИТАТ и ВОЗ определили три самых важных и насыщенных мероприятия в качестве отправной точки для деятельности сектора здравоохранения, направленной на здоровую урбанизацию: инструмент оценки справедливости и ответных изменений в отношении здоровья в городах (Urban HEART), который позволяет министерствам здравоохранения отслеживать зоны стремительной урбанизации и контролировать степень несправедливости в отношении здоровья; составление доклада о состоянии здоровья в городах мира; одновременное проведение совместного совещания ООН-ХАБИТАТ/

ВОЗ, которое совпадет по времени с проводящимся раз в два года Всемирным форумом по проблемам городов в рамках ООН-ХАБИТАТ, возможно, в 2010 г. Существуют также инструменты для сокращения несправедливости в отношении здоровья в городских условиях, а именно «социальная технологическая сетка» и учебный модуль (Учебная группа по проблемам здоровой урбанизации), предназначенные для того, чтобы объединить работу общественного здравоохранения и усилия местного сообщества на муниципальном уровне.

Источник: KNUS, 2007

ВСТАВКА 15.11. ПАНАМЕРИКАНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕЖДУНАРОДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА

МОТ и ПАОЗ совместно разрабатывают стратегию для «расширения социальной защиты в отношении здоровья». МОТ и ПАОЗ определяют эту стратегию как «общественные вмешательства, с целью обеспечения доступа для всех граждан к эффективной медико-санитарной помощи и уменьшения негативного влияния, как в экономическом, так и в социальном плане: (i) неблагоприятных личных обстоятельств (включая, например, заболевание и безработицу), (ii) коллективных рисков, таких, как природные бедствия и перенаселение и/или (iii) специфических рисков, испытываемых уязвимыми социальными группами». В отличие от политики, направленной на социальное управление ри-

сками, доступа концептуализирует социальную защиту в области здоровья как право человека, а не только как экономический риск. ПАОЗ предлагает рассматривать три компонента права на социальную защиту в области здоровья: (i) гарантированный доступ к услугам здравоохранения при устранении экономических, социальных, географических и культурных барьеров; (ii) гарантированная финансовая защита домохозяйств и (iii) гарантированное качество медицинской помощи, соответствующее человеческому достоинству.

Источник: SEKN, 2007.

Приняв улучшение социальных детерминантов здоровья в качестве цели для совместных действий, многосторонние организации могут сформировать рабочие группы, регулярно отчитывающиеся о достигнутых успехах в конкретной сфере в рамках показателей улучшения детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья (см. выше). Имеются примеры такого рода межучрежденческих рабочих групп, например Постоянный комитет ООН по питанию (см. Гл. 5, 6 и 7: Равенство с самого начала; Здоровые условия жизни – здоровое население; Справедливое трудоустройство и доступная работа). Рабочие группы можно также образовать на основе действующего межучрежденческого взаимодействия. ВОЗ, например, работает в сотрудничестве с целым рядом ведущих организаций ООН (таких, как ЮНИСЕФ, ООН-Хабитат, МОТ и Всемирный Банк) (Вставки 15.10 и 15.11).

Подобные рабочие группы могут еще больше упрочить последовательность и согласованность программ и их реализации на страновом уровне, дополняя внутривидовые рамки в интересах единых целенаправленных действий (Вставка 15.12).

Борцы за глобальное управление здравоохранением

Если социальная, экономическая и политическая справедливость находится в центре внимания растущего аппарата глобального управления, то достижение справедливости в отношении здоровья должно стать главным показателем успеха такого управления. Чтобы сделать справедливость в отношении здоровья общей проблемой и ключевым индикатором успешной совместной деятельности участников многостороннего процесса, необходимо глобальное руководство, осуществляемое лидерами, способными фокусировать внимание мирового сообщества на достижении справедливости в отношении здоровья.

Специальный представитель по вопросам глобальной справедливости

Назначение Специального представителя можно истолковать как поворотный момент, когда проблема получает полное признание как глобальная, имеющая безотлагательный характер и решаемая. Главная цель назначения Специального представителя – подтолкнуть все заинтересованные стороны к более согласованным многосторонним действиям (Вставка 15.13).

Постоянный Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье

Существует явная связь между подходом к здоровью на основе «прав» и подходом к справедливости в отношении здоровья на основе социальных детерминантов здоровья. Всеобщая декларация прав человека указывает на взаимозависимость гражданских, политических и социальных прав – аспектов социальной изоляции, которые находятся в центре внимания системы социальных детерминантов здоровья. Всеобщее право на здоровье в изложении действующего Специального докладчика, профессора Пола Ханта, неотразимый довод в пользу действий по улучшению социальных детерминантов здоровья (Вставка 15.14).

Комиссия рекомендует:

15.3. ВОЗ должна институционализировать подход на основе социальных детерминантов здоровья во всех действующих секторах – от штаб-квартиры ВОЗ до каждой отдельной страны (см. Рек. 10.5; 16.8).

Имеются данные, свидетельствующие об обособлении и конкуренции среди главных мировых игроков, которым отведены важные роли в инициативах, связанных с улучшением здоровья и национальных инициативах по социальному развитию (от

ВСТАВКА 15.12. МЕХАНИЗМ ОБЪЕДИНЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ООН

Цель Механизма объединенных действий ООН – консолидировать деятельность различных учреждений ООН на страновом уровне, чтобы сократить дублирование и повысить эффективность совместных усилий учреждений и доноров. В настоящее время в восьми странах в рамках такой работы проходит испытание модели,

предполагающей осуществление деятельности учреждений ООН через единого «резидента-координатора», который оказывает помощь в разработке Национальных планов развития, ориентированных на достижение ЦРДТ.

Источник: SEKN, 2007.

ВСТАВКА 15.13. СПЕЦИАЛЬНЫЙ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПО ПРОБЛЕМАМ ВИЧ/СПИДА В АФРИКЕ

Бывший представитель Канады в ООН Стивен Льюис был назначен в 2001 г. Специальным уполномоченным Генерального секретаря ООН Кофи Аннана по проблемам ВИЧ/СПИДа в Африке. Миссия Льюиса была охарактеризована как «одно из мощнейших средств в войне против эпидемии». Специальный уполномоченный должен выступать как пропагандист и защитник, поднимая проблему необходимости особого внимания к сексуальным отношениям как главному движителю пандемии, к положению сирот, доступу к лечению, а также вопросы, связанные с объемами помощи, выделяемой на борьбу с ВИЧ/СПИДом.

По его словам, «мир страшно виноват» в кризисном положении со СПИДом в Африке, а так же вина лежит непосредственно на некоторых руководителях африканских стран. Даже в конце 1990-х гг. «многие из них

просто не занимались этой проблемой... а их страны явно находились в большой беде. Справедливости ради, нужно сказать, что и остальной мир также не занимался этой проблемой... Все застыли на месте, в то время как вокруг бушевала эта пандемия, сея панику».

Льюис заявил, что исподволь росло понимание масштабов и природы кризисного положения со СПИДом в Африке, его связи с гендерным неравенством и угнетением. «Наконец, кажется, мир понял, что [в Африке] в основе этой пандемии лежат гендерные причины. Пока не будет признано, что женщины являются наиболее уязвимой группой... и не будут приняты меры, направленные на обеспечение социального и культурного равенства для женщин, никогда не удастся победить эту пандемию».

Воспроизведено с разрешения издателя, из ООН (2001).

Всемирного Банка, ВТО и крупных учреждений ООН до Большой Восьмерки и других международных объединений стран) (Deacon et al., 2003). В последние десятилетия произошла также диверсификация международного финансирования здравоохранения в мире, что сопровождалось соответствующими изменениями в процессе и системе отчетности. Например, бюджет Фонда Гейтса временами превосходил основной бюджет ВОЗ (Kickbusch & Raup, 2004). Комиссия твердо поддерживает ВОЗ в возобновлении управления мировым здравоохранением и подтверждении ее ведущей роли в деятельности многосторонней системы. Однако главное для восстановления руководства – необходимость институционального обновления самой ВОЗ путем внедрения во все ее программы и департаменты подхода на основе социальных детерминантов здоровья.

Эта работа уже ведется. Одна из Информационных сетей Комиссии, занимающихся приоритетными направлениями общественного здравоохранения (РПНСКН), была создана в недрах самой ВОЗ и охватывает все главные учреждения и программы по улучшению состояния здоровья, а также привлекает академических и полевых исследователей, проекты и неправительственные организации, работающие в разных странах. В ходе сотрудничества в рамках РПНСКН была принята на вооружение и использована на практике аналитическая система, применимой к большинству основных направлений общественного здравоохранения, над которыми работает ВОЗ, начиная с традиционного уровня результатов здравоохранения, но проводя при этом анализ более глубоких структурных причинных факторов и тем самым определяя более широкое поле для проведения работы на каждом из пяти уровней системы (Рис. 15.2). ВОЗ также определила региональные фокусные точки для целенаправленных действий по улучшению социальных детерминантов здоровья, с тем чтобы работать в тесном взаимодействии со странами-членами, поддерживая работу Комиссии на страновом уровне и стимулируя реализацию

политики и осуществление практики по обеспечению справедливости в отношении здоровья.

Программы, рассчитанные на конкретные заболевания, вызывают значительный интерес и, следовательно, способны привлекать финансовые средства. Около 2/3 бюджета ВОЗ расходуется на эти программы. В мировом масштабе процветают программы, сосредоточенные на борьбе с одним заболеванием или очень ограниченном круге заболеваний. РПНСКН разрабатывает направления действия для программ с учетом применения подхода на основе социальных детерминантов здоровья. Работа, начатая РПНСКН, уже показала потенциальную возможность поддержки перемен в деятельности ВОЗ (Вставка 15.15).

Институционализация социальных детерминантов здоровья в рамках ВОЗ потребует существенных инвестиций в наращивание организационных возможностей (см. Гл. 16: *Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, научные исследования и профессиональная подготовка*).

Глобализация – есть объективная реальность нашего времени. Она способна генерировать значительные выгоды, включая огромный прогресс в состоянии здоровья населения мира. Однако, судя по положению дел, эта выгода неочевидна. Наоборот, мы наблюдаем растущее неравенство как между странами и регионами, так и внутри них. Углубление интеграции между народами в экономической сфере не сопровождается в равной степени возросшим вниманием к более широким императивам справедливого социального развития. Чтобы это произошло, структуру глобального управления необходимо реформировать и расширить: сделать более справедливым и равным для всех доступ на форумы, определяющие стратегии развития и поставить в центр внимания вопросы справедливости в отношении здоровья и благосостояния для всех.

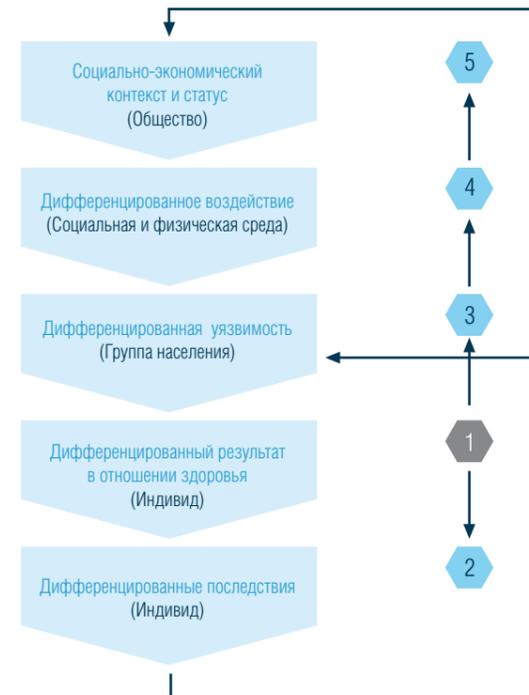
Рисунок 15.2. Приоритетные условия функционирования общественного здравоохранения. Причинно-обусловленные направления действий в отношении здоровья

Последовательность анализа

Мы стремимся определить – т.е. объяснить – причинно-обусловленные направления, которые приводят к наблюдаемым дифференцированным результатам в отношении здоровья. Поэтому представляется естественным начать анализ с результата [1]. Поскольку последствия могут иметь обратную связь как с социальным статусом, так и с уязвимостью, представляется естественным далее проанализировать последствия [2]. Затем мы продолжаем исследование, двигаясь «вверх по цепочке» – [3, 4, 5].



Начало



ВСТАВКА 15.15. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТАХ ЗДОРОВЬЯ ПО ВСЕЙ СТРУКТУРЕ ВОЗ

Прогресс в деятельности по определению социальных детерминантов здоровья, являющейся составной частью программы РПНСКН, набирает ход в структуре ВОЗ и включает:

руководство концептуальными переменами в ВОЗ путем пересмотра технических рекомендаций в отношении лечения заболеваний и детерминантов, а также других аспектов приоритетных национальных программ, с целью показать как меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний вкуче с программами по борьбе с отдельными болезнями успешно способствуют улучшению детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья;

влияние на программы, разработанные для конкретных условий, с целью улучшения их эффективности (предупредить, выявить, лечить, вылечить), а также содействия социальным изменениям, как основному средству для решения задачи устойчивого улучшения

здоровья населения, занимающему в настоящее время более заметную роль в деятельности ВОЗ;

стимулирование ВОЗ к принятию на себя еще более заметной руководящей роли с целью позиционирования здоровья и справедливости в качестве подлинной глобальной ценности, а не просто как средства экономического роста;

проведение оценки устойчивости и институциональной приверженности взаимодействию на основе социальных детерминантов здоровья во всех учреждениях ВОЗ и в рамках программ путем распределения ресурсов и назначения персонала, т.е. приверженности действиям по улучшению социальных детерминантов, более программатичной работе, связанной с социальными сторонами болезней, и изменениям работы на страновом уровне, включая принятия схем действий на основе социальных детерминантов в отношении здоровья.

Источник: РПНСКН, 2007с.

ВСТАВКА 15.14. ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ – ПРАВО НА УСЛОВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

«Право на здоровье включает право на медико-санитарную помощь, но оно выходит за ее пределы и охватывает такие аспекты, как приемлемые санитарные условия, здоровые условия труда и доступ к информации, связанной со здоровьем, в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Кроме того, оно включает такие свободы, как право на свободу от принудительной стерилизации и дискриминации, а также такие права, как право на доступ к системе охраны здоровья. Право на здоровье состоит из множества элементов, своего рода второстепенных прав, включая право на охрану здоровья матери, здоро-

вья ребенка и репродуктивного здоровья. Как и другие права человека, право на здоровье вызывает особую озабоченность в связи с его осуществлением в отношении обездоленных, уязвимых и живущих в бедности групп населения. Хотя это право подлежит постепенной реализации, но налагает и некоторые обязательства немедленного действия, такие, как обязательство обеспечить равное лечение и недискриминацию. Это требует разработки показателей и эталонов для мониторинга постепенной реализации права».

Перепечатано с разрешения автора, из Hunt (2003).

ЭФФЕКТИВНОЕ ГЛОБАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 15.2

Усилить руководящую роль ВОЗ в глобальной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья, институционализируя социальные детерминанты здоровья в качестве руководящего принципа во всех учреждениях ВОЗ и программах для отдельных стран.

ЗНАНИЕ, МОНИТОРИНГ И НАВЫКИ: ОСНОВА ЭФФЕКТИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Последний из трех принципов деятельности Комиссии гласит:

Оценить важность проблемы, определить направление действий, расширить базу знаний, подготовить рабочую силу – специалистов по социальным детерминантам здоровья – и углубить информированность общественности по вопросам социальных детерминантов здоровья.

Общество, которое озабочено проблемами здоровья и справедливости в отношении здоровья, признает существование всех своих граждан и важное значение их благосостояния. Оно определяет масштаб проблем, связанных со здоровьем и несправедливостью в отношении здоровья, и их детерминанты и, используя фактические данные, вырабатывает и корректирует политику и программы с целью обеспечения максимальной выгоды для здоровья для всех.

Мир быстро меняется, и часто непонятно, какое воздействие социальные, экономические и политические изменения окажут на здоровье в целом и на несправедливость в отношении здоровья внутри стран и в мире в частности. Воздействие на социальные детерминанты здоровья будет более эффективным, если будут существовать базисные системы данных, включая записи актов гражданского состояния и регулярный мониторинг проявлений несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья, и механизмов, необходимых для правильного понимания собранных данных и применения их для разработки более эффективных вмешательств.

Создание организационного пространства, мандата и потенциала для эффективной деятельности по устранению несправедливости в отношении здоровья зависит от адекватного понимания воздействия социальных детерминантов на состояние здоровья населения со стороны политиков, практиков и широкой общественности. ВОЗ должна помочь нарастить потенциал на международном, национальном и местном уровнях и подтвердить свою руководящую роль путем расширения своих возможностей для предоставления рекомендаций по реализации политики, направленной на обеспечение справедливости в отношении здоровья, и технической поддержки по улучшению социальных детерминантов здоровья. В настоящее время накоплено вполне достаточно достоверных данных для того, чтобы начинать действовать немедленно. Для повышения эффективности наших действий необходимы целенаправленные усилия по укреплению и совместному использованию глобальной базы данных.



ГЛАВА 16

Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследование и подготовка кадров

«Мы никогда не должны забывать: достоверные данные имеют огромное стратегическое значение и убеждающую силу на политическом уровне».

Маргарет Чен, Генеральный директор ВОЗ (Chan, 2007).

ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА, ИССЛЕДОВАНИЙ И ПОДГОТОВКИ

Выработка стратегий по улучшению социальных детерминантов здоровья на основе достоверных данных вселяет достаточно твердую надежду на решение проблемы несправедливости в отношении здоровья (MEKN, 2007a). Однако, это потребует надежной информации о масштабах проблемы и самых последних данных, касающихся детерминантов и факторов, способствующих уменьшению несправедливости в этой сфере. Это также требует от политиков и практиков умения разбираться в содержании данных, с тем чтобы на их основе осуществлять деятельность по улучшению социальных детерминантов здоровья.

Мониторинг

Меры по улучшению социальных детерминантов здоровья с целью повысить общие показатели состояния здоровья населения и уменьшить несправедливость в этой сфере станут гораздо более эффективными при наличии системы сбора обработки основных данных на национальном и международном уровнях, а также механизмов, необходимых для понимания данных и применении их при разработке более эффективных вмешательств. Эти процессы нужны для определения масштабов проблемы, для понимания того, какие группы населения она затрагивает в наибольшей степени, улучшается или ухудшается положение со временем, а также для определения критериев и нацеленности для проведения вмешательств и оценки влияния реализуемых стратегий (MEKN, 2007 b). Представленные должным образом данные могут служить стимулом для принятия политических решений (CW, 2007). В мировом масштабе системы мониторинга состояния здоровья находятся на разных стадиях разработки. В некоторых странах практически не существует системы регулярного сбора данных о состоянии здоровья населения. В других имеются системы текущей информации о состоянии здоровья, но они не дают возможности судить об уровне несправедливости в отношении здоровья. Некоторые страны проводят регулярные обследования степени несправедливости в отношении здоровья, но не собирают данные о детерминантах несправедливости, поэтому невозможно выявить отправную точку для реализации стратегий (MEKN, 2007 a). Как правило, в странах с самыми серьезными проблемами в области здоровья населения хуже всего обстоит дело с наличием достоверных данных.

Один из важных элементов базисной системы данных о здоровье – всеобъемлющая качественная система учета населения. Однако многие рождения и смерти остаются незарегистрированными, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов (UNICEF, 2005; UNICEF, 2000c) (Таблица 16.1). Внутри стран количество незарегистрированных рождений несоизмерно высоко среди бедных домохозяйств и общин (UNICEF, 2007c). «Проблемы, с которыми сталкиваются родители при регистрации рождения детей, часто указывают на наличие более широкой системы социальной изолированности и недостатка доступа к социальному обслуживанию» (UNICEF, 2007 c). Во многих стра-

нах важной причиной для отказа от регистрации является высокая плата за регистрацию рождения ребенка (UNICEF, 2007c).

Недостатки системы регистрации рождений не только нарушают право ребенка на имя и национальную принадлежность (Конвенция о правах ребенка, статья 7), но и влекут за собой серьезные последствия для показателей здоровья и развития. Незарегистрированные дети не учитываются и в дальнейшем: у них возникают проблемы с доступом к важнейшим услугам здравоохранения и с поступлением в школу (UNICEF, 2005). Системы учета населения выполняют важнейшие правовые функции: способствуют установлению личности и гражданства, противостоят эксплуатации, например использования детского труда, и защищают права собственности. Разработка и поддержание функционирования системы регистрации рождений как составляющего элемента общей системы учета населения могут защитить детей обездоленных родителей от дальнейших лишений в результате отсутствия регистрации при рождении (UNICEF, 2006). Система учета населения показала свое значение для социального и экономического развития в индустриально развитых странах (Szreter, 2007; Lundberg et al., 2007). В странах с низким и средним уровнем доходов за последние 50 лет эти системы не претерпели сколь-нибудь заметных изменений к лучшему (Mahapatra et al., 2007).

Таблица 16.1

Незарегистрированные рождения (тыс.) по регионам и уровню развития, 2003

Регион	Рождения	Незарегистрированные дети, численность (%)
В мире	133 028	48 276 (36%)
Страны Африки к югу от Сахары	26 879	14 751 (55%)
Ближний Восток и Северная Африка	9790	1543 (16%)
Южная Азия	37 099	23 395 (63%)
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	31 616	5901 (19%)
Латинская Америка и Карибский бассейн	11 567	1787 (15%)
Страны Центральной и Восточной Европы/СНГ и государства Балтии	5250	1218 (23%)
Промышленно развитые страны	10 827	218 (2%)
Развивающиеся страны	119 973	48 147 (40%)
Наименее развитые страны	27 819	19 682 (71%)

СНГ – Содружество независимых государств.

Источник: UNICEF, 2005.

Научные исследования

Хотя базовые данные очень важны, сами по себе они не показывают, какие меры наиболее эффективны для улучшения состояния здоровья и уменьшения несправедливости в отношении здоровья. Необходимо понимать основные причины несправедливости, и нужны факты, свидетельствующие о том, какие виды вмешательства наиболее эффективны для снижения остроты проблемы. Базу

данных необходимо укреплять в нескольких аспектах. Во-первых, в области медицинских исследований (финансирование) до сих пор преобладает биомедицинский аспект, притом, что можно с уверенностью утверждать, что наиболее заметные результаты в состоянии здоровья населения происходят в результате улучшения социальных детерминантов здоровья (IUNPE/CEU, 1999; Woolf et al., 2004; Woolf et al., 2007; Szreter, 2002; Szreter, 1988). Необходимо проводить больше междисциплинарных и мультидисциплинарных исследований по проблемам социальных детерминантов здоровья. Генерирование данных о мерах, которые способствуют уменьшению несправедливости в отношении здоровья, представляет собой сложный процесс. Рандомизированные контролируемые исследования часто практически и/или этически неосуществимы. Кроме того, данные в отношении социальных детерминантов здоровья могут зависеть от конкретных условий (контекста). Реакции на несправедливости будут отражать широкий диапазон факторов, включая культуру и историю страны, политическую обстановку и эффективность гражданского общества. Для понимания влияния контекстных условий на несправедливость в отношении здоровья и эффективность вмешательств требуется широкая база данных, включающая как качественные, так и количественные показатели. Данные необходимо оценивать с точки зрения целевой пригодности – т.е. отвечают ли они достаточно убедительно на заданный вопрос, – а не на основе строгой традиционной структуры достоверных данных (MEKN, 2007 a).

Подготовка кадров

Социальные детерминанты здоровья – проблема в основе своей политическая и, следовательно, требует политических действий. Однако фактические данные крайне важны. В дополнение к политической воле нужны признание и определение проблемы, а также формулирование путей ее решения. Политики должны признать и понять проблему несправедливости в отношении здоровья, его детерминантов и возможных решений и почувствовать, что у них есть организационное пространство, полномочия и ресурсы для выработки соответствующих мер. Это требует инвестиций в профессиональную подготовку лиц, определяющих политический курс, а также консультантов, специалистов-медиков и работников здравоохранения, как и других практиков (например, градостроителей), и, кроме того – в повышении информированности широкой общественности о социальных детерминантах здоровья.

ДЕЙСТВИЯ ПО НАРАЩИВАНИЮ ПОТЕНЦИАЛА ДЛЯ МОНИТОРИНГА, ИССЛЕДОВАНИЙ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Системы регистрации рождений

Комиссия рекомендует:

16.1. Правительства должны обеспечить бесплатную для домохозяйств регистрацию рождения всех детей. Это должно стать частью общего улучшения регистрации актов гражданского состояния – рождений и смертей (см. Рек. 5.2; 14.1).

Улучшение регистрации рождений должно стать одним из важнейших приоритетов в наращивании потенциала для текущего мониторинга несправедливости в отношении здоровья, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода (Braveman, 1998). Эта задача требует, чтобы власти уделяли особое внимание развитию возможностей и инфраструктуры для учета населения

в своих национальных планах, касающихся здоровья и развития населения, в том числе в распределении финансовых и трудовых ресурсов (Mahapatra et al., 2007; Setel et al., 2007). Национальные правительства должны нести ответственность за создание системы регистрации рождений как неотъемлемой части качественной общей системы учета населения. Необходимо также укрепить систему регистрации смертей, включая указание причины смерти, путем совершенствования стандартных регистрационных записей или (в краткосрочном плане) путем совершенствования альтернативных методов, таких, как вербальная аутопсия (определение причины смерти по данным опроса близких о признаках и симптомах, предшествовавших смерти) (Murray et al., 2007).

Система здравоохранения может и должна сыграть важную роль в развитии и укреплении систем учета гражданского населения. В тесном взаимодействии с отделами записи актов гражданского состояния и национальными статистическими управлениями органы здравоохранения могут предоставлять информацию, оказывать содействие и помощь в организации и работе этой системы (Setel et al., 2007). Например, учреждения, оказывающие медико-санитарные услуги, могут информировать родителей о том, как получить регистрацию. И наоборот, родителям могут предоставляться сведения о здоровье и развитии ребенка при регистрации его рождения (UNICEF, 2005). Качество регистрации причин смерти можно улучшить путем более повышения уровня подготовки врачей в вопросах, касающихся заполнения формы о причине смерти (Mahapatra et al., 2007).

Усилия по улучшению системы регистрации рождений следует объединить с борьбой за уменьшение несправедливости в регистрации рождений между социальными группами и регионами внутри стран (UNICEF, 2005). Для выявления регионов с самым высоким уровнем незарегистрированных рождений и планирования регистрационных кампаний можно использовать картирование зон охвата регистрацией (UNICEF, 2005). Конкретные механизмы для расширения охвата и смягчения несправедливости в охвате должны соответствовать контексту. Мерой первостепенной важности является отмена платы за регистрацию и штрафов за позднюю регистрацию. Если регистрация затруднена из-за удаленности места жительства, могут быть использованы мобильные подразделения или сплошная регистрационная кампания (с обходом всех домов, квартир и т.п.) (UNICEF, 2005). В условиях, когда проблема заключается в недостатке знаний, подходящим вариантом является кампания по повышению уровня информированности, охватывающая все регионы и социальные группы (UNICEF, 2005). В целях расширения охвата правительства могут взаимодействовать с организациями гражданского общества и другими местными организациями, такими, как школы и дошкольные учреждения, или лагеря для лиц, перемещенных внутри регионов (UNICEF, 2005).

Улучшение эффективности систем учета населения требует доверия и участия граждан (Setel et al., 2007). Их персональные данные должны быть закрыты с помощью системы защиты информации. Отдельные индивидуумы, особенно из числа представителей уязвимых групп, должны быть защищены от злоупотреблений в системе учета населения правительством и другими органами власти (Setel et al., 2007).

Разработка и укрепление устойчивых в долгосрочном плане систем учета гражданского населения требуют выполнения политических и финансовых обязательств на национальном и международном уровнях со стороны правительств, доноров и между-

МОНИТОРИНГ, ИССЛЕДОВАНИЯ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 16.1

Обеспечить создание систем текущего мониторинга уровня справедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья на местном, национальном и международном уровнях.

народных организаций (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007). Доноры и международные учреждения должны осознать, что регистрация рождений – как составляющая успешно функционирующей общей системы учета населения – является ключевым элементом инфраструктуры развития (Mahapatra et al., 2007). ВОЗ предназначена ведущая роль в обеспечении технической поддержки странам. Кроме того, необходимы международные усилия для того, чтобы повысить качество и сопоставимость статистики естественного движения населения, например с помощью Система измерения показателей здравоохранения (СИПЗ) (Health Metrics Network) (Setel et al., 2007; Mahapatra et al., 2007; Health Metrics Network, nd). Финансовая поддержка системы учета населения должна быть включена в проекты, финансируемые международными организациями (Mahapatra et al., 2007). Например, Всемирный Банк может ввести ее в рамки финансирования развития и реформы систем здравоохранения, а ЮНИСЕФ мог бы более активно содействовать улучшению регистрации смертей в дополнение к усилиям по улучшению регистрации рождений (Mahapatra et al., 2007).

Национальные системы контроля справедливости в отношении здоровья

Комиссия рекомендует:

16.2. Национальные правительства должны организовать собственную государственную систему контроля справедливости в отношении здоровья с регулярным сбором данных о социальных детерминантах здоровья и несправедливости в отношении здоровья (см. Рек. 10.3).

Система надзора за справедливостью в отношении здоровья в текущем режиме занимается сбором, сравнением и распространением информации о состоянии здоровья, несправедливости в отношении здоровья и детерминантах здоровья. Многие страны и международные организации уже собирают данные о социальных детерминантах здоровья в той или иной форме. Это может послужить основой для формирования национальных и глобальных систем надзора за справедливостью в отношении здоровья, к которой следует добавить еще два важных элемента. Во-первых, в то время как большинство действующих информационных систем предоставляют только средние данные по стране, система надзора за несправедливостью в отношении здоровья должна представлять данные, стратифицированные по социальным группам внутри стран, и включать показатели несправедливости в отношении здоровья и детерминантов между этими группами. Во-вторых, в то время как сейчас данные о разных социальных детерминантах здоровья рассеяны по множеству информационных систем, система надзора за справедливостью в отношении здоровья должна свести воедино данные по широкому кругу социальных детерминантов здоровья.

ВСТАВКА 16.1. СТАТИСТИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫРАБОТКИ ПОЛИТИКИ

«На африканском континенте ЮАР – наиболее яркий документально подтвержденный пример, когда отсутствие достоверных данных о причинах смерти обусловило проведение в течение некоторого времени неэффективной государственной политики, а улучшение использования существующих данных об основных фактах биографии привело к изменениям в политике и программных приоритетах... В начале 2000-х гг. доступные данные по этой стране однозначно указывали на значительный рост смертности взрослого населения.

Формирование минимальной системы надзора за справедливостью в отношении здоровья

Всем правительствам рекомендуется организовать всеобъемлющую систему надзора за справедливостью в отношении здоровья (см. Вставка 16.3), используя техническую помощь со стороны ВОЗ, где это необходимо. Такую систему можно формировать постепенно, в зависимости от стадии развития страны и существующей системы медицинской информации. Первое требование состоит в том, чтобы правительство обеспечило наличие основных данных о заболеваемости и смертности по социально-экономическим группам и регионам внутри страны. Опыт работы в ЕС показывает, что страны, не располагающие основными данными о заболеваемости и смертности в зависимости от социально-экономических показателей, неспособны двигаться дальше в соответствии с повесткой дня, направленной на улучшение справедливости в отношении здоровья (Mackenbach & Bakker, 2003); то же можно утверждать и в отношении стран, не входящих в ЕС. Рамочные требования для минимальной системы надзора за справедливостью в отношении здоровья представлены во Вставке 16.2.

Для формирования минимальной системы надзора все страны должны:

- незамедлительно создать систему сбора текущих медицинских статистических данных, если она отсутствует; даже в зонах конфликта/чрезвычайного положения практически осуществимы выборочные групповые обследования состояния здоровья и условий жизни (Burnham, 2006; UNDP & Ministry of Planning and Development Corporation, 2005), хотя это и трудно;
- улучшить качество текущей медицинской статистики таким образом, чтобы можно было проследить тенденцию изменения показателей здоровья и смертности отдельно для мужчин и женщин и для разных социальных слоев, используя данные, репрезентативные на национальном масштабе;
- в случае использования обследований, улучшить:
 - репрезентативность: в национальном масштабе, решая одновременно проблему недостижимости данных по уязвимым группам, таким, как бездомные, подвижные группы, коренные народы;
 - статистическую мощность: достаточную для дезагрегирования большинства показателей здоровья и детерминантов для релевантных социальных групп и мониторинга временных трендов в уровне несправедливости в отношении здоровья;
 - качество данных и методов: надежность, обоснованность, выборочные методы и методы оценивания, статистические методы;
 - непротиворечивость/сопоставимость совокупности данных: возможность сопоставления во времени и между странами;

Однако отсутствие информации о причинах смертей позволило правительству, скептически настроенному по отношению к проблеме СПИДа, продолжать сомневаться в истинных масштабах эпидемии в стране. Власти в Кейптауне приняли участие в анализе имеющейся информации о причинах смерти, особенно от СПИДа и в результате убийств, и оценили значение данных, собранных на местном уровне, для принятия решений». Перепечатывается с разрешения издателя, из Setel et al. (2007).

- ссылки на географический фактор: для облегчения выявления связи между данными (объединения данных);
- частоту проведения обследования: в идеале, по крайней мере, раз в пять лет;
- улучшить знания об уровне здоровья и смертности среди всех возрастных и социальных групп в бедных странах. Данные, полученные в ходе обследования, особенно во время Обследования демографии и здоровья (DHS), бесценны для описания различий в уровне детской смертности и ее детерминантах в странах с низким и средним уровнем дохода. Широкое использование обследований показывает, что они практически осуществимы в этих странах. Важно создать системы, которые бы обеспечивали информацию о состоянии здоровья взрослого населения, например с помощью расширенных обследований демографии и здоровья.

Необходимо чтобы система надзора за справедливостью в отношении здоровья была скоординирована на государственном уровне, чтобы ее могли использовать в своей деятельности лица, определяющие политику как на национальном так и на местном уровнях. В случае необходимости правительства, используя помощь доноров, должны выделить достаточное долгосрочное финансирование центрального органа, который координирует национальную систему наблюдения за уровнем справедливости в отношении здоровья. ВОЗ должна играть ведущую роль в поддержке таких систем на уровне стран-членов. Эта поддержка предполагает включение технической помощи для улучшения системы; повышение качества и сопоставимость данных (между странами и во времени) и наращивание потенциала на страновом уровне для использования данных в процессе выработки политики, разработки программ общественного здравоохранения и анализа. Такие инициативы, как Система измерения показателей здравоохранения (СИПЗ), также могут помочь в наращивании технических возможностей для надзора за справедливостью в отношении здоровья (Health Metrics Network, nd). Кроме того, возможно использование опыта, накопленного действующими инициативами по мониторингу уровня справедливости в отно-

шении здоровья, такими, как Программа мониторинга состояния здравоохранения в ЕС (ЕС, 1997).

На пути к универсальной всесторонней системе контроля уровня справедливости в отношении здоровья

Данные о наиболее значимых социальных детерминантах здоровья следует собирать и анализировать вместе с медицинскими данными. Система наблюдения и контроля должна предоставлять данные о ряде социальных детерминантов с точки зрения причинно-следственной связи их воздействия на здоровье, начиная с повседневных бытовых условий до, в наибольшей степени системных побуждающих причин и механизмов несправедливости в отношении здоровья (Solag & Irwin, 2007). Система должна быть структурирована так, чтобы можно было проследить временные тренды в отношении социальных детерминантов здоровья отдельно для женщин и мужчин и для разных социальных групп.

Вставка 16.3 предлагает схематичный образец системы контроля справедливости в отношении здоровья. Она должна включать информацию о несправедливости в отношении здоровья и его детерминантах и о последствиях плохого состояния здоровья. Медицинская информация должна быть представлена с учетом распределения по социальным и региональным признакам. При этом должен быть представлен абсолютный пороговый уровень состояния здоровья обездоленных групп населения, который является важным показателем для лиц, определяющих политику. Кроме того, необходимо включить в систему показатели, суммирующие величину несправедливости в отношении здоровья между разными группами населения. Рекомендуется включать как показатель относительной, так и показатель абсолютной несправедливости в отношении здоровья, т.к. они взаимно дополняют друг друга, и результаты исследования могут зависеть от того, какой показатель используется. При анализе структуры несправедливости и трендов политики, планирования и исследователи должны точно понимать, какой вид сводного показателя они ис-

ВСТАВКА 16.2. МИНИМАЛЬНАЯ СИСТЕМА КОНТРОЛЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Минимальная система контроля обеспечивает основные данные о смертности и заболеваемости по различным социально-экономическим и региональным группам внутри страны. Все страны должны, как минимум, иметь в своем распоряжении основные данные об уровне справедливости в отношении здоровья, репрезентативные на национальном уровне и дающие возможность проводить сравнения во времени. В идеале смертность оценивается на основе полной и качественной регистрации биографических фактов, тогда как данные о заболеваемости могут быть собраны с помощью обследования состояния здоровья методом опроса (Kunst & Mackenbach, 1994). Во многих странах с низким и средним уровнем доходов обследование состояния здоровья в ближайшем будущем останутся важным источником информации о смертности.

Показатели состояния здоровья:

смертность: детская смертность и/или смертность детей в возрасте до 5 лет, материнская смертность, смертность взрослого населения и средняя продолжительность жизни;

заболеваемость: существуют, по крайней мере, три показателя заболеваемости, актуальных на государственном уровне, которые варьируют от страны к стране и могут включать: распространение ожирения, частоту

заболеваемости диабетом, показатель недостаточности питания (истощения) и ВИЧ;

самостоятельная оценка своего психического и физического здоровья.

Критерии несправедливости:

Кроме средних данных, необходимы данные о показателях здоровья по отдельным группам, разбитых:

по половой принадлежности;

по крайней мере, по двум социальным показателям из числа следующих: образование, доход/благополучие, принадлежность к определенной профессиональной группе, этническая/расовая принадлежность);

по крайней мере, по одному региональному показателю из числа следующих: сельский/городской район, провинция;

включать, по крайней мере, один суммарный показатель абсолютной несправедливости в отношении здоровья между социальными группами и один суммарный показатель относительного несправедливости в отношении здоровья между социальными группами (см. Вставку 16.3).

Где необходимо, должны быть доступны качественные данные о состоянии здоровья коренных народов.

пользуют. Простые показатели несправедливости в отношении здоровья – такие как соотношение и разность показателей, – в целях исследования могут быть дополнены более сложными показателями (такими, как относительный индекс неравенства) (Kunst & Mackenbach, 1994; Mackenbach et al., 1997; MEKN, 2007 b; Vägerö, 1995). В систему необходимо включить информацию о распределении населения по социальным и региональным группам, т.к. размер групп будет определять влияние уровня несправедливости в отношении здоровья на население.

Основная схема, представленная во Вставке 16.3 показывает широкие категории показателей и детерминантов здоровья, для которых необходимо разработать индикаторы, полученные в результате взаимодействия на международном и национальном уровнях. Основные категории будут определены в результате работы Комиссии, как обозначено в этом докладе. Схематичная основа ясно показывает важность мониторинга, выходящего за рамки сектора здравоохранения (CW, 2007). В идеале необходимо разработать основной набор индикаторов, которые можно использовать для межстранового сопоставления. Эта работа должна проходить под руководством ВОЗ и при участии заинтересованных кругов на

страновом и международном уровнях (см. Гл. 15. *Эффективное глобальное управление, Рекомендация 15.1*). Этот набор должен включать показатели состояния здоровья на основе соблюдения прав человека, что позволит осуществлять мониторинг и оценку постепенной реализации права на приемлемые условия для поддержания здоровья (UN, 2000a). На страновом уровне на основе этой рамочной системы могут быть разработаны единицы измерения и конкретные показатели, которые можно адаптировать к национальному и местному уровням.

В некоторых странах уже имеются инициативы по мониторингу несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья на всесторонней и исчерпывающей основе (CW, 2007) (Вставка 16.4).

Роль местных сообществ и общин в контроле справедливости в отношении здоровья

Вовлечение местного сообщества – неотъемлемая часть общего процесса контроля справедливости в отношении здоровья. Это имеет особое значение, т.к. если нужно получить точную оценку справедливости на низовом уровне, то именно обездоленные

ВСТАВКА 16.3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОЗДАНИЮ ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Включить информацию о:

- показателях здоровья, разбитых:
 - по половой принадлежности
 - по меньшей мере, по двум социально-экономическим показателям из числа следующих: образование, доход/благосостояние, принадлежность к профессиональной группе;
 - по этнической/расовой принадлежности или принадлежности к коренным народам;
 - по другим социальным показателям, актуальным для данных контекстных условий;
 - по месту жительства (сельский/городской и провинциальный или другой географический населенный пункт);

распределении населения по разным подгруппам;

сводных показателей относительной несправедливости в отношении здоровья: относительные показатели, относительный показатель неравенства, относительный вариант риска для данной группы населения, и показатель концентрации;

сводном показателе абсолютной несправедливости в отношении здоровья: составные показатели включают разность коэффициентов, коэффициент наклона линии регрессии неравенства, индекс несправедливости и риск, применительно к данному населению.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

смертность (от всех причин, от конкретных причин, по возрастным группам);

раннее детское развитие (РДР);

психическое здоровье;

заболеваемость и нетрудоспособность;

самостоятельная оценка физического и психического здоровья;

причинно-обусловленные показатели.

ДЕТЕРМИНАНТЫ, В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ВКЛЮЧАЮЩИЕ РАЗБИВКУ ДАННЫХ

Условия повседневной жизни

отношение к здоровью:

- курение;
- потребление алкоголя;
- физическая активность;
- рацион и полноценность питания;

физические и социальные условия:

- водоснабжение и канализация;
- жилищные условия;
- инфраструктура, транспорт и планировка городов;
- качество воздуха;
- капитал, вложенный в инфраструктуру;

условия труда:

- вредные производственные условия;
- подверженность стрессам;

медико-санитарная помощь:

- охват;
- инфраструктура системы здравоохранения;

социальная защита:

- охват;
- щедрость.

Системный механизм несправедливости в отношении здоровья:

гендерный:

- нормы и ценности;
- участие в экономической деятельности;
- сексуальное и репродуктивное здоровье;

социальное неравенство:

- социальная изолированность;
- распределение доходов и благосостояние;
- образование;

социально-политические контекстные условия:

- гражданские права;
- условия занятости;
- приоритеты в государственном управлении и государственных расходах;
- макроэкономические условия.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПЛОХОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

экономические последствия;

социальные последствия.

группы могут предоставить сведения об изменениях, если таковые имеются. Например, мониторинг на уровне местного сообщества может вскрыть разные факторы на низовом уровне, такие, как отсутствие услуг и ресурсов для лечения ВИЧ-инфицированных (Вставка 16.5). Еще один пример – вопрос об определении пола будущего ребенка и снижении доли детей женского пола в Индии. Именно органы местного здравоохранения и женские объединения вскрыли практику определения пола будущего ребенка и последующего аборта во время мониторинга изменений гендерных показателей рождаемости на местном уровне.

Мониторинг со стороны местного сообщества не только обеспечивает достоверные и надежные данные, но и способствуют расширению прав и возможностей местного населения (Вставки 16.5 и 16.6). Формирование потенциала для сбора и анализа

данных часто предшествует совместным действиям местного населения по улучшению социальных детерминантов здоровья и позволяет самим общинам делать выбор и принимать решения по вопросам, затрагивающим условия их жизни. Предоставление общинам доступа к сбору данных и мониторингу и возможности контроля над ними может облегчить деятельность, направленную на улучшение социальных детерминантов здоровья. Как правило, данные собираются на местном уровне, но затем отправляются в органы управления и лицам, определяющим политику, и редко спускаются вниз, для ознакомления местного населения. В результате население не замечает изменений, даже если они происходят, и не может сравнить свою жизнь с жизнью других общин. Такого допускать нельзя (Вставка 16.6).

ВСТАВКА 16.4. МОНИТОРИНГ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТОВ ЗДОРОВЬЯ В АНГЛИИ

После расследования Ачесона в 1997 г. Министерство здравоохранения проводит анализ трендов уровня несправедливости в отношении здоровья и изучение социальных детерминантов здоровья, как части работ по мониторингу прогресса в этой области. Анализ включает ряд показателей состояния здоровья по социальным группам, а также данные по широкому кругу социальных детерминантов – от отношения к вопросам здоровья,

состояния систем здравоохранения и использования медико-санитарной помощи до материальных условий, условий занятости и социально-экономической политики, в соответствии с рамочной основой, приведенной во Вставке 16.3.

Источник: Health Inequalities Unit, 2008; Department of Health, 2005.

ВСТАВКА 16.5. ПОДХОД К МОНИТОРИНГУ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ СПРАВЕДЛИВОСТИ

GEGA (Global Equity Gauge Alliance) стремится уменьшить степень несправедливости в отношении здоровья с помощью подхода на основе проведения измерения справедливости, который включает оценку и мониторинг, защиту и расширение прав и возможностей местного населения. Оценка справедливости активно используется по крайней мере в 10 странах. В процесс проведения оценки справедливости могут вовлекаться заинтересованные лица из самых разных социальных групп, в том числе местные сообщества, организации гражданского общества, исследователи, политики, СМИ, работники здравоохранения и местные органы

власти. Мониторинг несправедливости в отношении здоровья связан с социальной и политической мобилизацией. При оценке распространения ВИЧ в ЮАР, например, берутся данные мониторинга местного населения, чтобы оценить, имеются ли в наличии основные службы и ресурсы для лечения ВИЧ-инфицированных. Результаты мониторинга используются для защиты интересов общин и для выработки мероприятий по борьбе с факторами, мешающими предоставлению медицинского обслуживания, связанного с ВИЧ.

Источник: GEGA, nd; Health Systems Trust, nd.

ВСТАВКА 16.6. ПРИВЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОМОХОЗЯЙСТВ, ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ И ПОСЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЯМ

Неправительственные организации могут играть важную роль в мониторинге на местном уровне. Например, голландская некоммерческая организация «Коннект Интернешнл» финансирует и помогает местным организациям-партнерам осуществлять региональные программы развития в нескольких африканских странах. Партнеры проводят обследование домохозяйств в отношении состояния здоровья и социальных детерминантов здоровья в отдельных населенных пунктах в Мозамбике, Объединенной Республике Танзания и Замбии, где работают сотрудники этой организации. Обследования служат для того, чтобы оценить местные

программы развития, и дают представление о сильных и слабых сторонах в здравоохранении и социальных детерминантах в каждом обследуемом населенном пункте. Местные медико-санитарные работники в деревнях и персонал местных партнерских организаций обучены проведению подобных обследований. Результаты доводятся до сведения членов общины и широко обсуждаются. Таким образом, местное население активно участвует в анализе успехов и определении приоритетов для дальнейшего улучшения положения на основе результатов обследований.

Источник: Connect International, nd.

Глобальная система контроля справедливости в отношении здоровья

Комиссия рекомендует:

16.3. ВОЗ должна руководить созданием глобальной системы контроля справедливости в отношении здоровья как части общей структуры глобального управления (см. Рек. 15.1).

Глобальная система надзора и контроля за справедливостью должна сопоставлять и делать доступными для всех стран мира данные, касающиеся справедливости в отношении здоровья и детерминантов здоровья. Такая система надзора является важным элементом эффективного глобального управления (см. Главу 15. Эффективное глобальное управление). Глобальная система должна строиться на национальных системах и дополнять их. Она может формироваться на той же рамочной основе, какая приводится во Вставке 16.3 для создания национальных систем надзора за справедливостью в отношении здоровья. В дополнение к внутристрановой несправедливости, глобальная система должна отслеживать несправедливость в состоянии

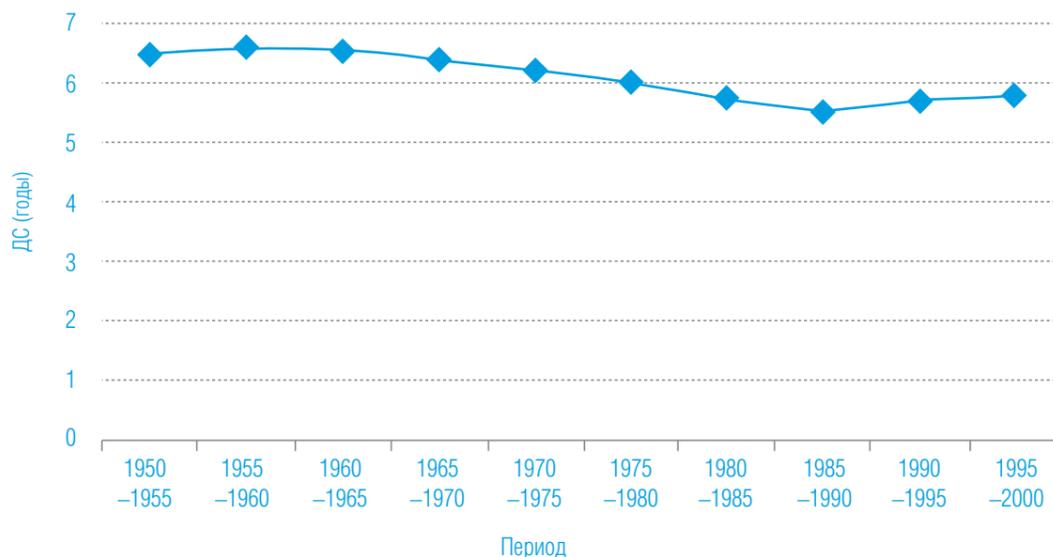
здоровья между странами (Вставка 16.7) и детерминанты этой несправедливости. Эти детерминанты, наряду с другими, можно обнаружить на уровне глобальной среды, например: межстрановые различия в благосостоянии; сумма средств по всему миру, затраченных на работу по улучшению социальных детерминантов здоровья (по сравнению со средствами, выделенными на борьбу с отдельными болезнями); ассигнования, выделенные ВОЗ на работу по улучшению справедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья, степень выполнения обязательств по оказанию помощи другим государствам и размеры освобождения от уплаты долга. Это примеры детерминантов межстрановой несправедливости в отношении здоровья. Необходимо разработать основу для глобального надзора за справедливостью в отношении здоровья, включающую основные показатели. Эта работа должна проводиться по руководством ВОЗ и при участии заинтересованных кругов на уровне стран, а также представителей международных организаций и научно-исследовательских институтов (см. Гл. 15. Эффективное глобальное управление).

ВСТАВКА 16.7. ПОКАЗАТЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

За последнее время разработано несколько методов измерения глобальной несправедливости в отношении здоровья. Для измерения межстрановой несправедливости используются следующие инструменты: измерение степени дисперсии показателей смертности (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005), кластерный анализ (Ruger & Kiml, 2006) и применение индекса угла наклона кривой регрессии неравенства (обычно используется для измерения внутристрановой несправедливости в отношении здоровья) (Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006). Например, изучение степени дисперсии показате-

телей смертности показало, что сближение этих показателей на глобальном уровне (с 1950-55 по 1985-90) сменилось расхождением, начиная с середины 1980-х годов (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (Рис. 16.1). Необходимы дальнейшие исследования способов измерения глобальной несправедливости в отношении здоровья и его детерминантов. Важное значение имеет разработка на глобальном уровне целей по сокращению несправедливости между странами и внутри стран при регулярном мониторинге успехов на пути к достижению этих целей.

Рисунок 16.1. Тенденция в дисперсии смертности (ДС) для ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1950–2000 гг.



Перепечатано с разрешения издателя из работы: Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

Роль ВОЗ и системы учреждений ООН

Мониторинг и надзор за состоянием здоровья населения в мире – одна из основных функций ВОЗ. Комиссия поддерживает создание глобального наблюдательного органа, который будет «собирать, сопоставлять и распространять данные по приоритетным проблемам в области здоровья» (WHO, 2008b). Крайне важно, чтобы глобальный надзор за справедливостью в отношении здоровья стал ключевым компонентом такого наблюдательного органа. Этот компонент, помимо привлечения заинтересованных лиц из стран-членов, международных организаций и научно-исследовательских институтов, может выполнять ряд ключевых действий: разработку согласованной основной схемы мониторинга с основными показателями, применимыми для межстрановых сопоставлений; обеспечение стандартов и рекомендаций для надзора за справедливостью в отношении здоровья; разработку интерактивных и быстро обновляемых национальных, региональных и глобальных параметров несправедливости в состоянии здоровья и социальных детерминантов здоровья, предназначенных для разных целевых аудиторий, и обеспечение прозрачных данных и доказательной основы, которые могут использоваться и совершенствоваться всеми заинтересованными лицами в качестве исходных данных для формулирования политики или разработки программ.

В рамках широкого процесса в деятельности ООН, направленного на более согласованное и последовательное планирование (см. Гл. 15. Эффективное глобальное управление), ВОЗ может руководить улучшением координации и взаимодействия между странами и международными учреждениями, чтобы уменьшить дублирование и дублирование требований к странам, в отношении сбора данных и отчетности (UNICEF, 2007c). В эту задачу входит следующее: облегчение межучрежденческих дискуссий по вопросам технического и методологического характера, таких, как стандартизация показателей; выявление основных разрывов в имеющихся данных и разработка стратегий для преодоления этих разрывов. В этой связи ВОЗ должна создать внутренние условия и возможности для мониторинга справедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья. Чтобы глобальная система надзора за справедливостью в отношении здоровья была максимально эффективной, она должна охватывать всю систему ООН и привлекать партнеров – представителей гражданского общества, частного сектора и всех уровней государственной власти (см. Гл. 15. Эффективное глобальное управление). Важнейшая роль ВОЗ состоит в том, чтобы возглавить сбор и контроль разрозненных и неоднородных данных по результатам здравоохранения

и социальным детерминантам здоровья во всех учреждениях системы ООН. Генеральная Ассамблея и национальные стратегии по сокращению бедности ДССБ могли бы поставить в центр своего внимания проблему справедливости в отношении здоровья, и решение этой задачи в качестве одной из составляющих можно было бы включить в ЦРАТ тысячелетия. Общая система страновой оценки, служащая широко распространенным инструментом контроля и анализа развития стран в системе организаций ООН, может стать важным средством мониторинга, если включить в нее показатели уровня справедливости в отношении здоровья и социальные детерминанты здоровья. Страновые группы ООН, в которых представлены различные специализированные организации, включая ВОЗ, могли бы создать реальный механизм для выполнения такой работы. В рамках глобальной системы контроля справедливости в отношении здоровья рекомендовано силами ООН создать всесторонний, направленный на достижение совокупности долгосрочных, одобренных мировым сообществом целей по обеспечению справедливости в отношении здоровья процесс мониторинга, с разработанной системой эталонных показателей измерения (см. Гл. 17. Поддержка действий по улучшению социальных детерминантов здоровья вне деятельности Комиссии)

Использование результатов наблюдения для выработки политики

Данные о несправедливости и детерминантах здоровья, как составная часть глобальной и национальной системы контроля и надзора должны быть доступны широкой общественности и доводиться до сведения тех, кто обязан проводить и выработать согласованный и последовательный политический курс. Необходимо сделать результаты надзора доступными для неспециалистов на постоянной основе. Необработанные данные должны быть широко доступны для исследовательских целей. Национальные данные контроля справедливости в отношении здоровья должны докладываться, среди прочих, лицам, ответственным за проведение национальной политики, и ВОЗ. Результаты глобального контроля справедливости в отношении здоровья обязательно должны предоставляться Экономическому и социальному совету, другим международным организациям и доводиться до национальных органов власти (см. Гл. 15. Эффективное глобальное управление).

Необходим четкий ясный процесс, обеспеченный обратной связью, от сбора данных о несправедливости в отношении здоровья до использования их при выработке политики, как на национальном, так и на наднациональном уровне, а также при разработке

ВСТАВКА 16.8. МЕКСИКА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ДЛЯ РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Во время реформы системы здравоохранения в Мексике в 2000 г. половина мексиканских семей, в большинстве своем бедных, оказались беззащитными перед финансовыми последствиями плохого здоровья. Реформа привела к существенным инвестициям в генерировании и практическом применении знаний. Анализ национальных счетов показал, что более половины расчетов за услуги здравоохранения в Мексике осуществлялись наличными деньгами. В результате многие домохозяйства скатились ниже черты бедности или еще больше увязли в нищете. Эти данные позволили обществу осознать проблему, которая до сих пор не затрагивалась в дебатах о политическом курсе, а именно что медицинское обслуживание само по себе может стать непосредственной причиной обнищания. Была

проведена основательная реформа законодательства, в результате которой возникла система социальной защиты. Реформа получила одобрение всех политических партий Национального конгресса. Новая государственная добровольная схема под названием Seguro Popular вступила в действие 1 января 2004 г. К 2010 г. она должна охватить все население.

Периодический анализ обзоров государственных доходов и расходов показывает снижение количества домохозяйств, затронутых катастрофическими платежами за медицинские услуги, и заметный рост использования услуг по ранней диагностике для ряда неинфекционных заболеваний.

Источник: MEKN, 2007a.

программ развития общественного здравоохранения (Вставка 16.8). Выявленные в ходе контроля необходимые для определения политики картины состояния здоровья населения и тенденции развития характерные, для всех секторов (Braveman, 1998), а не только для здравоохранения должны оцениваться регулярно и постоянно. В процесс необходимо вовлечь представителей заинтересованных сторон, включая политиков, практиков из разных секторов, исследователей из самых разных областей науки, представителей гражданского общества и местных организаций. Их знания и опыт помогут в интерпретации данных. Такое широкое участие имеет важнейшее значение для мобилизации общества в целях реализации политических решений и поддержки политической воли (Braveman, 1998).

Расширение базы данных

Комиссия рекомендует:

16.4. Органы, финансирующие научные исследования, должны составлять целевой бюджет, предназначенный для сбора и совместного использования в глобальных масштабах сведений о социальных детерминантах здоровья и справедливости в отношении здоровья, включая исследования вмешательств, касающихся справедливости в отношении здоровья.

Диапазон научно-исследовательской деятельности в здравоохранении

Работа Комиссии наглядно показывает важное значение расширения диапазона исследований в сфере здравоохранения с целью более направленного изучения социальных детерминантов здоровья. Эта задача требует от финансирующих организаций, включая национальные советы по исследованиям в области здравоохранения, медицины и общественных наук, больше инвестировать в научные изыскания, касающиеся социальных детерминантов здоровья, и в вытекающие из них мультидисциплинарные и междисциплинарные исследования, а не только в работы по биомедицинской тематике, ориентированные на борьбу с отдельными заболеваниями, определяющими преобладающий подход к финансированию в настоящее время (Global Forum for Health Research, 2006; Sanders et al., 2004; McCoy et al., 2004).

Темы всех глав этого доклада требуют дальнейшего изучения факторов, способствующих снижению уровня несправедливости в отношении здоровья (см. Гл. 17. Поддержка действий по улучшению социальных детерминантов здоровья вне деятельности Комиссии). Особого внимания инвесторов заслуживают три обширные сферы. Во-первых, более подробного изучения требуют прежде всего детерминанты несправедливости в отношении здоровья, а не детерминанты среднего уровня здоровья населения. Во-вторых, большого внимания заслуживают факторы и условия, способствующие снижению уровня несправедливости в отношении здоровья, а также те способы осуществления вмешательств, которые максимально способствуют сокращению несправедливости (Вставка 19.9). Такое исследование должно учитывать всю сложность подобных вмешательств. Некоторый опыт в оценке сложных вмешательств имеется (например, Head Start (Рывок вперед) и Moving to Opportunity (Навстречу возможностям) в США и Health Action Zones (Зоны действий в области здоровья) в Великобритании). Однако по сравнению с биомедициной размеры финансирования разработок соответствующих методов для оценки подобного рода вмешательств ничтожны. Глобальное движение «За здоровые города» оказалось очень важным и полезным для распространения широкого подхода к проблеме улучшения здоровья, но и здесь не хватает систематической оценки. Третья область, требующая инвестиций, – это разработка методов для измерения и мониторинга уровня несправедливости в отношении здоровья и оценки влияния вмешательств на уровне всего населения (MEKN, 2007b). ВОЗ может способствовать объединению усилий исследователей – специалистов в самых разных областях, имеющих опыт в использовании методов оценки сложных вмешательств. ВОЗ также может добиться того, чтобы национальные правительства инвестировали в международные разработки вмешательств, основанных на учете контекстных условий, но при этом позволяющих проводить межстрановые сопоставления.

Расширение понятия фактических данных

Целенаправленная деятельность по улучшению социальных детерминантов здоровья наиболее эффективна при наличии богатой и разнообразной базы данных. Она должна включать сведения из разных областей и методологических традиций (Вставка

16.10), а также системную совокупность знаний и опыта от основных заинтересованных лиц, особенно от практиков и предполагаемых получателей выгод в результате вмешательств. Это особенно важно, т.к. данные, касающиеся социальных детерминантов здоровья, часто обусловлены контекстными условиями. Оценка вмешательств, связанных с социальными детерминантами здоровья, требует обширных качественных данных, чтобы понять, как контекст влияет на вмешательство, а также причины успеха или неудачи вмешательства. Обоснованными данными считаются те, которые установлены на основе «соответствия цели», а не только на иерархии данных (которая традиционно отдает предпочтение рандомизированным контролируемым исследованиям и лабораторным экспериментам) (MEKN, 2007a). Хотя ни один подход к генерированию данных не должен быть преобладающим, все виды данных могут быть оценены по следующим критериям: четкая постановка конкретных вопросов исследования, на которые его результаты должны ответить в рамках более широкого исследования социальных детерминантов здоровья; прозрачность (особенно выявление всех форм потенциальных влияний на результат) и релевантность для различных групп населения и контекстных условий (MEKN, 2007a).

Придание гендерной направленности научным исследованиям

Медицинские исследования не всегда демонстрируют объективность в отношении гендерных вопросов (Begin, 1998). Для значительной части исследований характерна гендерная предвзятость, как в отношении темы исследования, так и в отношении проведения исследования (Williams & Borins, 1993; Eichler, Riesman & Borins, 1992). Например, проблемы здоровья, особенно актуальные для женщин, обычно более медленно признаются на официальном уровне. Нередко жалобы женщин рассматриваются как чисто психологические, и не принимаются в качестве объектов исследований (Begin, 1998). Зачастую не признается взаимосвязь между гендерными и другими социальными факторами, и не осуществляется сбор данных, дезагрегированных по гендерному фактору (Iyer, Sen & Östlin, 2007). В методах, используемых в медицинских исследованиях и клинических испытаниях лекарственных препаратов, может отсутствовать гендерный аспект, и женщины могут быть исключены из обследуемой совокупности населения. Дискриминация женщин обуславливает гендерный дисбаланс в составе комитетов по этике, организаций, финансирующих исследования, и консультативных органов, а также провоцирует неравное отношение к женщинам-ученым (WGEKN, 2007).

Необходимо разработать механизмы и стратегии для устранения и корректировки гендерной дискриминации как в содержании, так и в проведении исследований, касающихся здоровья (WGEKN, 2007). Эти механизмы и стратегии включают:

- обеспечение сбора данных, дезагрегированных по гендерному признаку и другим критериям стратификации в отдельных исследовательских проектах, а также в более крупных информационных системах;
- включение достаточного количества женщин в клинические испытания и другие медицинские исследования;
- анализ данных, полученных в результате клинических испытаний и других медицинских исследований, с использованием инструментов и методов, учитывающих гендерную принадлежность;
- усиление роли женщин в медицинских исследованиях путем таких мер, как устранение гендерного дисбаланса в комитетах по научным исследованиям и в финансирующих организациях, а также в учреждениях, публикующих результаты исследований и консультативных органах.

Меры по укреплению глобальной системы сбора, обмена и накопления данных

Сбор и синтез данных и выработка рекомендаций на основе фактов по улучшению социальных детерминантов здоровья – ресурсоемкий процесс. Для обеспечения накопления знаний и предупреждения ненужного дублирования усилий необходимо международное взаимодействие. Механизмы, используемые для обмена данными и их накопления, нужно усовершенствовать, например, путем создания своего рода центра сбора и анализа информации для получения данных о вмешательствах, связанных с социальными детерминантами здоровья. Его созданием может заниматься, например, глобальный наблюдательный орган. Построенный на основе опыта Комиссии, центры сбора и анализа информации должны собирать не только технические данные, но и сведения, полученные на практике, от политиков и представителей гражданского общества. Этот центр мог бы также помочь в передаче результатов исследований, касающихся эффективности вмешательств, из одного места в другое. Для этого следует облегчить ведение диалога и обмен опытом между правительствами, донорами, партнерами и представителями гражданского общества. Важность накопления и обмена знаниями о справедливости в отношении здоровья является обоснованием для международных инвестиций (EUROTHINE, 2007).

ВСТАВКА 16.9. МЕКСИКА: ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ВСЕОБЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (SEGURO POPULAR)

В результате реформы системы здравоохранения в Мексике существенно возрос объем инвестиций в генерирование и применение знаний. Практика оценки влияния на здоровье и опыт проведения оценки в рамках программы условных денежных переводов (УДП) Oportunidades широко применяются в реформе системы здравоохранения, которая привела к созданию системы всеобщего медицинского страхования Seguro Popular. В дополнение к ее техническим аспектам точная оценка

имеет и политическое значение, подкрепляя последовательность инноваций изменениями в руководстве. В случае с программой Oportunidades данные научных исследований убедили правительство не только продолжить осуществление программы, но и расширить ее. Обнадеживающие результаты оценки действий системы Seguro Popular могут способствовать продолжению реформы независимо от будущей смены правительства.

Источник: MEKN, 2007a.

ВСТАВКА 16.10. ЗНАЧЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ В ПОНИМАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТОВ ЗДОРОВЬЯ

Статистические данные необходимы для описания масштабов проблемы общественного здравоохранения, но мало чем могут помочь в объяснении проявлений этой проблемы на практике или ее влияния на жизнь людей. В пояснительных целях важен жизненный опыт, кроме того, содержательная история из жизни, представленная политикам и другим игрокам, может в корне изменить их точку зрения (Baut, 1995). Например, лица, определяющие политику, часто не в состоянии объяснить, почему люди курят, несмотря на данные, свидетельствующие о негативном влиянии курения на здоровье. Грехэм (Graham, 1987) провел качественный анализ, чтобы показать, что для бедных женщин курение может служить способом психологической защиты в ответ на вынужденную необходимость жить в бедно-

сти и быть матерью. Качественные данные могут также помочь объяснить противоречивые интуитивным догадкам результаты статистического анализа. Например, некоторые исследования капитала, вложенного в инфраструктуру и медицинские исследования, показывают, что участие в общественной жизни может стать фактором ухудшения здоровья. Анализ статистических данных, которые иллюстрировали этот случай, никак не объяснил причины этого явления. Дополнительные качественные данные дали более подробное представление о совместной работе и позволили предположить, что одним из вероятных факторов стал конфликт, который нередко возникает, когда люди объединяются в общественные группы (Ziersch & Baum, 2004).

МОНИТОРИНГ, ИССЛЕДОВАНИЯ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 16.2

Инвестировать средства в генерирование и распространение новой информации о способах воздействия социальных детерминантов на здоровье населения и справедливость в отношении здоровья, а также в повышение эффективности мер, направленных на сокращение несправедливости в отношении здоровья с помощью целенаправленного улучшения социальных детерминантов.

Подготовка и обучение в области социальных детерминантов здоровья

Обучение врачей и медицинского персонала

Комиссия рекомендует:

16.5. Учебные заведения и соответствующие министерства должны сделать вопросы социальных детерминантов здоровья стандартной и обязательной частью процесса подготовки медиков и работников здравоохранения (см. Рек. 9.3).

Специалисты-медики и работники здравоохранения, в том числе врачи, медсестры, обслуживающий персонал и социальные работники, должны быть осведомлены о такой важной проблеме здравоохранения, как несправедливость в отношении здоровья. Они также должны понимать важность влияния социальных факторов на уровень и распределение здоровья населения. К сожалению, в большинстве учебных планов уделяется слишком мало внимания подготовке в области социальных детерминантов здоровья.

Министерства здравоохранения и образования во взаимодействии со средними и высшими учебными заведениями, готовящими специалистов-медиков, медицинский персонал и специалистов в сфере управления, должны включить изучение социальных детерминантов здоровья в качестве стандартной и обязательной составляющей в учебные планы по подготовке практических медработников и работников здравоохранения. Все специалисты системы здравоохранения должны пройти такой курс обучения как минимум в базовом объеме. Кроме того, можно готовить группы по более углубленной специализированной программе, чтобы они, как члены сообщества работников здравоохранения, могли распространять полученные знания.

Сектору медико-санитарной помощи отведена ведущая роль в межотраслевом взаимодействии в интересах справедливости в отношении здоровья (см. Гл. 10. Справедливость в отношении здоровья при разработке любых стратегий, систем и программ). Это требует осознания влияния социальных детерминантов на здоровье со стороны политиков и специалистов-профессионалов.

Медработники также должны знать, каким образом сектор здравоохранения – в зависимости от его структуры, деятельности и финансирования – может усугубить или уменьшить уровень несправедливости в отношении здоровья. Они должны хорошо понимать свою роль в справедливом оказании медицинской помощи. Например, медработники и специалисты системы здравоохранения должны получать навыки общения и внимательного выслушивания больных, в соответствии с запросами пациентов (Kickbusch, Wait & Magg, 2006). Они должны также знать о влиянии гендерного фактора на показатели здоровья и поведение, связанное с улучшением здоровья. Это требует введения гендерного аспекта в учебные планы по подготовке медицинского персонала как одного из элементов подготовки в области социальных детерминантов здоровья (Вставка 16.11). В связи с рекомендованной переориентацией сектора здравоохранения на усиление профилактики и пропаганды здорового образа жизни (см. Гл. 9: *Всеобщая медико-санитарная помощь* и Гл. 10: *Справедливость в отношении здоровья при разработке любых стратегий, систем и программ*) необходима переориентация навыков, знаний и практического опыта медицинского персонала и повышение профессионального статуса в этих областях. Безусловно, вопросы профилактики и пропаганды здоровья должны занимать более заметное место в учебных планах медицинских учебных заведений.

Чтобы сделать изучение социальных детерминантов здоровья стандартной и обязательной частью профессионального медицинского обучения и подготовки других работников здравоохранения, необходимо разработать соответствующие учебники и учебные материалы. Назрела необходимость в создании, кроме прочего, виртуального архива учебных материалов по широкому кругу социальных детерминантов здоровья, доступного пользователю на бесплатных условиях. Кроме того, нужно создать возможности для междисциплинарной профессиональной подготовки и исследований в области социальных детерминантов здоровья. В странах с низким уровнем доходов это можно сделать, например, через региональные центры повышения квалификации и/или центры дистанционного обучения (Вставка 16.12).

Комиссия рекомендует:

16.6. Учебные заведения и соответствующие министерства должны целенаправленно повышать уровень осознания роли социальных детерминантов здоровья среди профессионалов, не являющихся специалистами-медиками, а также среди широкой общественности (см. Рек. 10.2).

Подготовка специалистов-практиков и политиков в других сферах деятельности

Подготовка в области социальных детерминантов здоровья должна охватить также других специалистов-практиков, политиков и заинтересованных лиц. Такие специалисты, как градостроители, специалисты по транспортному планированию, преподаватели и архитекторы, имеют преимущества с точки зрения влияния на социальные детерминанты здоровья. Более глубокое понимание тех факторов, которые воздействуют на состояние здоровья населения, и социального вектора в здравоохранении, готовит почву для понимания фактических данных и применения их в работе, тем самым обеспечивая основу для межотраслевого взаимодействия. Для подготовки практиков немедицинского профиля нужно, чтобы школы социальных работников и учебные факультеты приложили совместные усилия к тому, чтобы сделать подготовку в области социальных детерминантов здоровья стандартной составляющей учебного плана. Есть настоятельная потребность в таких ресурсах образования и профессиональной подготовки, которые демонстрируют основные идеи об улучшении здоровья населения иным путем, нежели воздействие на отдельных индивидуумов из групп повышенного риска, а преимущественно через воздействие, учитывающее характеристики отдельных групп гражданского общества (Rose, 1985), а также раскрывая значение вектора здоровья для улучшения здоровья населения (Graham & Kelly, 2004).

Повышение осведомленности в вопросах социальных детерминантов здоровья

Необходимо расширять и углублять знания широкой общественности о социальных детерминантах здоровья в рамках новой концепции грамотности в отношении здоровья. Грамотность в отношении здоровья определяется, как «способность получать, понимать, оценивать и распространять информацию в целях улучшения здоровья в обстановке разнообразия окружающих условий на протяжении всей жизни» (Rootman & Gordon-El-Bihety, 2008). «Это важнейшая стратегия расширения прав и возможностей, направленная на усиление контроля населения над своим здоровьем, способности людей отыскивать нужную информацию и брать на себя ответственность» (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Недостаточная грамотность в области здоровья превалирует даже в странах с высоким уровнем доходов и с большой долей вероятности способствует несправедливости в отношении здоровья между различными социальными группами (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (Вставка 16.3).

Масштаб грамотности в отношении здоровья необходимо расширить за счет включения способности накапливать, понимать, оценивать и распространять информацию о социальных детерминантах здоровья. Повышение грамотности в отношении здоровья – важный элемент стратегий, направленных на сокращение несправедливости в отношении здоровья. Это требует наличия достоверной, надежной, доступной информации, соответствующей потребностям и условиям жизни разных социальных групп (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

Грамотность в отношении здоровья – это не только способность индивидуума читать и понимать информацию о здоровье и действовать, принимая ее во внимание, но также и способность представителей государственного и частного секторов обмениваться информацией, касающейся здоровья, подходящими и доступными для понимания способами. Это требует повышения информированности об уровне грамотности в отношении здоровья среди специалистов сферы здравоохранения. Кроме того, необходимо выработать стратегию, направленную на использование доступ-

МОНИТОРИНГ, ИССЛЕДОВАНИЯ И ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СФЕРА ДЕЙСТВИЙ 16.3

Необходимо обеспечить специальную подготовку политиков, заинтересованных лиц и специалистов-практиков в области социальных детерминантов здоровья и инвестировать в повышение информированности общественности.

ВСТАВКА 16.11. ВКЛЮЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТА В УЧЕБНЫЕ ПЛАНЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

В последнее десятилетие были предприняты попытки ввести изучение гендерных аспектов в учебные планы медицинских учебных заведений в ряде развитых и развивающихся стран, включая Нидерланды, Швецию, Австралию, Канаду, США, Филиппины и Индию.

В Нидерландах, например, общестрановая инициатива по включению гендерного аспекта в учебный план восьми медицинских школ была выдвинута в 2002 г. Анализ инициативы показал, что она в значительной мере оказалась успешной. Главными препятствиями стали устойчиво сохраняющееся недостаточное внимание к гендерному аспекту в учебных планах и пониженный интерес к инициативе со стороны преподавателей-мужчин в медицинских учебных заведениях.

В Индии проект «Комплексный гендерный подход в медицинском образовании» является важной инициативой, которая не только предназначена специально для медицинских школ (медвузов), но и дает более широкое представление о комплексном гендерном подходе посредством взаимодействия со специалистами-медиками и неправительственными организациями. Цель проекта – научить студентов-медиков учитывать гендерный аспект в своей профессиональной деятельности с помощью введения вопросов гендерного характера в учебники, а также путем специальной подготовки преподавателей медицинских учебных заведений по гендерной проблематике.

Источник: Govender & Penn-Kekana, 2007.

ВСТАВКА 16.12. НАРАЩИВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА В ОБЛАСТИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ: ВИРТУАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ (ECDVU)

Это инновационный подход к повышению уровня руководства и квалификации в области раннего детского развития. Это институт типа Север-Юг, работающий в настоящее время в тесном взаимодействии с академическими институтами Ганы, Малави и Объединенной Республики Танзании и с академическими, правительственными и неправительственными кругами в других частях региона Африки к югу от Сахары, а также Ближнего Востока и Северной Африки. Международные и местные партнерские фонды сделали воз-

можным организацию дистанционного и традиционного обучения, направленного на успешное развитие ориентированных на конкретную страну межотраслевых инициатив по раннему детскому развитию. Независимая оценка по завершении пилотного проекта показала, что «виртуальный университет «добился» необычайных успехов в достижении и превышении всех поставленных целей».

Источник: ECDKN, 2007в.

ВСТАВКА 16.13. НИЗКАЯ ГРАМОТНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМА И ДЛЯ БОГАТЫХ СТРАН

Каждый пятый взрослый в Великобритании не обладает навыками, достаточными для понимания простой информации, которая могла бы помочь улучшить состояние здоровья. Бедные группы населения менее склонны искать информацию или помощь для решения проблем со здоровьем.

С исправлениями, с разрешения издателя, из Kickbusch, Wait & Maag (2006).

ного языка изложения и визуальных символов в процессе распространения информации (Rootman & Gordon-El-Bihbey, 2008).

Инициативы по повышению грамотности в отношении здоровья должны быть идеально разработаны, профинансированы и реализуемы в условиях скоординированных общегосударственных стратегий (Rootman & Gordon-El-Bihbey, 2008). Это требует долгосрочных инвестиций (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). Страны могут создать многосторонний Совет по вопросам грамотности в отношении здоровья, близкий к правительству, для мониторинга и оценки прогресса, упрощения взаимодействия между организациями и обеспечения стратегического управления деятельностью по повышению грамотности в отношении здоровья (Rootman & Gordon-El-Bihbey, 2008).

Создание кадрового потенциала для компетентной оценки влияния справедливости в отношении здоровья

Комиссия рекомендует:

16.7. Правительства должны создать кадровый потенциал для оценки влияния на справедливость в отношении здоровья среди лиц, определяющих политику, и занимающихся планированием во всех подразделениях государственной власти (Рек. 10.3; 12.1)

Важное значение для политиков имеет более глубокое понимание роли социальных детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья, но только этого недостаточно. В процессе выработки политики и на практике следует регулярно рассматривать возможное влияние детерминантов на состояние здоровья и уровень справедливости в отношении здоровья. Оценка влияния справедливости в отношении здоровья – один из инструментов, рекомендованных Комиссией (см. Гл. 10 *Справедливость в отношении здоровья при разработке любых стратегий, систем и программ* и Гл. 12 *Ответственность рынка*). Этот инструмент должен помочь лицам, принимающим решения, проводить системную оценку потенциального влияния политического курса, программ, проектов или предложений на справедливость в отношении здоровья в данном сообществе с целью минимизации потенциально неблагоприятно воздействия (MEKN, 2007в).

Оценка влияния справедливости в отношении здоровья важна по ряду причин. Во-первых, успехи сектора здравоохранения в дости-

жении поставленных целей в значительной мере зависят от влияния других секторов. Поэтому крайне важно оценивать влияние проводимой политики и действующих программ во всех секторах, а не только в секторе здравоохранения на состояние здоровья и справедливость в отношении здоровья. Во-вторых, политические решения и программы могут иметь непредусмотренные последствия, которые можно предотвратить с помощью систематической оценки влияния справедливости в отношении здоровья. И, наконец, решения, направленные на улучшение здоровья и уменьшение несправедливости в отношении здоровья, неприменимы в качестве универсальных во всех контекстах. Поэтому все политические решения и программы необходимо пересматривать применительно к конкретным контекстным условиям (MEKN, 2007а).

Оценка влияния стратегий и программ должна проводиться как регулярная процедура в процессе выработки политики. Значительный объем информации, поступающей из сектора охраны окружающей среды, и пересмотр природоохранной политики служат надежной основой, для того, чтобы оценка справедливости в отношении здоровья стала конкретным инструментом, заставляющим все заинтересованные стороны работать сообща над выработкой более справедливых стратегий и программ.

Существует три важных элемента наращивания кадрового потенциала для компетентной оценки влияния справедливости в отношении здоровья.

- *Инвестиции в профессиональную подготовку, инструменты и ресурсы.* Регулярное обсуждение вопросов здоровья и справедливости в отношении здоровья в процессе выработки политики требует роста компетентности лиц, определяющих политику, и отвечающих за планирование во всех секторах, а не только в секторе здравоохранения на местном, национальном и международном уровнях. В настоящее время слишком невелико число специалистов, способных дать оценку влияния справедливости в отношении здоровья, поэтому регулярное обсуждение не представляется возможным. Следовательно, подготовка специалистов-практиков по оценке влияния справедливости в отношении здоровья – вопрос безотлагательный (Wismar et al., 2007). Необходимо расширять возможности для такой подготовки и разработать необходимые инструменты и ресурсы (Harris, 2007) (см. Вставку 16.15). Рассмотрение вопроса спра-

ведливости должно быть включено в учебную подготовку по проведению оценки влияния на здоровье на системной основе. Оценка влияния справедливости в отношении здоровья может быть также включена в курс обучения для работников общественного здравоохранения (Wismar et al., 2007).

- *Создание национальных и региональных центров поддержки.* Такие центры могут быть созданы или укреплены для того, чтобы обеспечить техническое руководство и консультирование в проведении оценки влияния справедливости в отношении здоровья (Wismar et al., 2007). Кроме того, в организационном плане общее образование и стратегии, способствующие обмену информацией, могут повысить информированность о масштабах и целях такой оценки среди пользователей и ключевых заинтересованных лиц (Wismar et al., 2007). ВОЗ может сыграть ведущую роль в создании или укреплении таких центров поддержки.
- *Обеспечение финансирования оценки влияния справедливости в отношении здоровья.* Регулярное обсуждение влияния справедливости в отношении здоровья требует адекватного обеспечения ресурсами через включение оценки в рабочие планы всех департаментов (Wismar et al., 2007) при отдельном финансировании центров поддержки. Имеются данные, показывающие, что выгоды от оценки влияния справедливости в отношении здоровья намного превосходят затраты (Wismar et al., 2007).

Наращивание потенциала ВОЗ

Комиссия рекомендует:

16.8. ВОЗ должна наращивать свой потенциал для предоставления технической помощи в целенаправленной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья на глобальном, национальном и местном уровнях (см. Рек. 5.1; 9.1; 10.5; 15.3).

ВОЗ играет руководящую и направляющую роль в целенаправленной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья. Для эффективного выполнения этой роли ВОЗ должна наращивать свой институциональный потенциал в отношении социальных детерминантов здоровья на глобальном, региональном и национальном уровнях. Страны-члены могут усилить возможность ВОЗ и других учреждений ООН с помощью полномочий, связанных с социальными детерминантами здоровья, через централизованное финансирование (регулярные бюджеты). В рамках ООН этот приоритет должен выражаться в выделении значительного и пропорционального финансирования. Это обязательство влечет за собой пропорциональное увеличение в штате доли специалистов по общественным наукам и другим фундаментальным областям знаний (PHM, Medact & GEGA, 2005). Ведущая роль ВОЗ в деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья подразумевает специфические действия, затрагивающие основные функции ВОЗ:

- Обеспечивать руководящую роль стран-членов, а также представителей заинтересованных сторон международного и местного уровня в деле стимулирования эффективной государственной политики, учитывающей социальные детерминанты здоровья.
- Формулировать инициативы на основе достоверных данных для введения комплексного подхода к социальным детерминантам здоровья в деятельности правительств и в рамках программ ВОЗ.
- Стимулировать накопление, синтез, распространение и толкование новой информации, тем самым поддерживая межотрас-

левое взаимодействие по улучшению социальных детерминантов здоровья на национальном уровне.

- Разрабатывать стандарты и рекомендации для осуществления политики на основе социальных детерминантов здоровья, направленной на достижение справедливости в отношении здоровья.
- Предоставлять техническую помощь и создавать устойчивый институциональный потенциал из правительственных и неправительственных учреждений для осуществления повестки дня на основе социальных детерминантов здоровья (см. Гл. 10. *Справедливость в отношении здоровья при выработке любых стратегий, систем и программ*).
- Проводить мониторинг несправедливости в отношении здоровья на глобальном, региональном и национальном уровнях и оценивать тенденции в связи с социальными детерминантами здоровья (см. также рекомендацию 13.6).

Ряд механизмов могут ускорить усиление потенциала ВОЗ. К ним относится, в том числе, организация:

- групп, состоящих из стран – членов ВОЗ, которые должны руководить согласованием политики по улучшению социальных детерминантов здоровья в рамках ВОЗ, тесно связанной с более общими стратегиями, такими, как РНС, права человека, ЦРАТ, здоровье и сокращение масштабов нищеты;
- групп независимых экспертов, которые будут консультировать ВОЗ по вопросам политики, основанной на достоверных данных;
- межотраслевых технических групп, которые будут продвигать эффективное институциональное использование комплексного подхода на основе социальных детерминантов здоровья, например РНСКН (см. Гл. 15. Эффективное глобальное управление) (РНСКН, 2007с).

Содействие развитию через подход на основе социальных детерминантов здоровья, который уделяет особое внимание обеспечению справедливости в отношении здоровья, подразумевает конкретные действия, соответствующие повестке дня ВОЗ. ВОЗ должна:

- работать совместно со странами-членами в целях укрепления систем здравоохранения, чтобы они обеспечивали предоставление справедливой и доступной первичной и высокоспециализированной (третичной) медицинской помощи населению и помогали людям и организациям бороться против факторов, неблагоприятных для здоровья;
- осуществлять надзор и контроль за научными исследованиями, информацией и фактическими данными, касающимися социальных детерминантов здоровья, чтобы направлять принятие политических и программных решений на национальном и местном уровнях;
- расширять взаимодействие между учреждениями ООН и другими международными организациями, донорами, гражданским обществом, частным сектором и местным населением, чтобы осуществлять целенаправленную деятельность по решению проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья и сформулированных странами и местными сообществами;
- улучшать эффективность собственной работы по пропаганде подхода на основе социальных детерминантов здоровья и технической работы со странами посредством мониторинга реализации программ и показателей качества работы.

ВСТАВКА 16.14. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Австралийская Инициатива по улучшению здоровья – часть пакета реформ, осуществляемых Советом австралийских правительств, проведение которых нацелено на улучшение здоровья всего населения Австралии. В качестве элемента Плана реализации для Нового Южного Уэльса была проведена быстрая оценка влияния на справедливость. Восемь инициатив оценивались с точки зрения их потенциального влияния на справед-

ливость, причем рассматривалась несправедливость по возрасту, полу, месту жительства, этнической принадлежности и социально-экономическому статусу. Были сформулированы конкретные рекомендации о том, как усилить внимание к проблеме справедливости и улучшить потенциальное позитивное влияние инициатив на уровень справедливости в отношении здоровья.

Источник: Harris, Harris & Kemp, 2006.

ВСТАВКА 16.15. РАСШИРЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ НА СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Примером наращивания потенциала для оценки влияния фактора здоровья служит подход «Обучение действием», который стал частью проекта оценки влияния фактора здоровья, реализованного в Новом Южном Уэльсе. Этот подход включает формальную подготовку, доступ к ресурсам и техническую поддержку, а также

непрерывный процесс достижения всеобщего согласия по вопросам оценки влияния фактора здоровья. Аспект справедливости необходимо ввести во все виды профессиональной подготовки по оценке влияния фактора здоровья.

Источник: Harris, 2007.



ГЛАВА 17

Поддержка действий, направленных на социальные детерминанты здоровья, вне рамок деятельности Комиссии

Оказание воздействия на социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья представляет собой амбициозный план, который нуждается в глобальной поддержке, ответственном руководстве и смелых действиях на всех уровнях. Фундамент уже заложен. Сама идея создания Комиссии была рассчитана на широкое партнерство всех, кто проводит исследования, разрабатывает стратегию и политику, проводит их в жизнь, отстаивает их принципы и работает для их реализации. Результат политических обязательств и действий сверху в сочетании с действиями снизу, со стороны общин и групп гражданского общества, был назван «эффектом раскалывания ореха» (Рис. 17.1) (Baum, 2007).

Фундамент для устойчивых действий

Мировые лидеры

Крайне необходимо, чтобы международная и глобальная политическая обстановка способствовала действиям, направленным на социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья. В этом смысле важным резервом становятся члены Комиссии, в числе которых могут быть: бывшие главы правительств, министры и высокие правительственные чиновники, разработчики национальной политики и международные советники; руководители международных организаций; известные ученые; а также представители гражданского общества. Вместе

Рисунок 17.1. Разбить орех несправедливости в отношении здоровья



Верхняя рукоятка щипцов: политики, главные разработчики решений.

Скорлупа ореха: Неправедливость.

Ядро ореха: Справедливость в отношении здоровья.

Нижняя рукоятка щипцов: Действия на уровне общины.

На майках участников действий написано: «Здоровье людей», «Гражданское общество».

Карикатура Саймона Книбона. Перепечатана с разрешения издателя их Baum (2007).

они составляют небольшое, но влиятельное собрание глобальных сторонников, отстаивающих идею подхода к проблемам здравоохранения и справедливости в отношении здоровья на основе принципа социальных детерминантов. Повышение руководящей роли организаций и структур системы ООН в глобальном управлении, разработке политики и финансировании развития, а также через глобальные общественные движения поможет установить справедливость в отношении здоровья в качестве приоритета в повестке дня глобальных задач XXI века.

ВОЗ

Комиссия работала в тесном сотрудничестве с ВОЗ на национальном, региональном и глобальном уровнях. Хотя выработанные Комиссией суждения не зависят от процесса принятия решений и руководящих органов ВОЗ, безусловно, важно то, что ВОЗ, как орган ООН, которому предписывается обеспечивать руководство глобальным здравоохранением, содействует выполнению рекомендаций Комиссии.

На сегодняшний день заметны положительные сдвиги: ВОЗ предпринимает шаги для того, чтобы во всех своих сферах деятельности был принят подход, основанный на социальных детерминантах здоровья. Принципы этого подхода изложены в Среднесрочном стратегическом плане ВОЗ на 2008–2013 гг. (MTSP) (WHO, 2007a), который наметил в качестве стратегической цели «учет основных социально-экономических детерминантов здоровья в проводимой политике и программах, направленных на увеличение справедливости в отношении здоровья и подразумевающих подходы, ориентированные на бедное население, учитывающие гендерные аспекты и основанные на правах человека», а также ожидаемые в масштабах организации результаты, которые могут быть использованы для измерения степени выполнения этой цели (Вставка 17.1). Согласно плану MTSP, для поддержания этой цели выделен бюджет почти в 66 млн долл. США на двухлетний период 2008–2009 гг.

Для достижения ожидаемых результатов на техническом уровне, ВОЗ следует трем стратегиям: на первый план во всех программах выдвигается справедливость в отношении здоровья, укрепление межсекторных функций, связанных со справедливостью в отношении здоровья, и увеличение существующих возможностей мониторинга. В рамках основного направления деятельности,

ВОЗ начала анализ потенциала для осуществления программ по улучшению эффективности и справедливости в 2006 г. на основе межпрограммной сети, РРНСКН (Сеть знаний по приоритетным условиям общественного здравоохранения), которая ищет пути внедрения подходов к здравоохранению на основе социальных детерминантов и более непосредственного решения проблемы справедливости в рамках глобальных и национальных программ здравоохранения. ВОЗ определила региональные центры для координирования действий, направленных на социальные детерминанты здоровья, и поддержала анализ и распространение существующих данных с точки зрения справедливости на национальном и региональном уровне.

Комиссия поддерживает цели всех этих разнообразных процессов и обращается ко всем странам с просьбой инициировать разработку планов воздействия на социальные детерминанты здоровья, чтобы повысить справедливость в отношении здоровья.

Страны-партнеры

Деятельность на уровне отдельной страны имеет первостепенное значение как один из главных механизмов использования глобальной базы данных Комиссии, осуществления рекомендаций Комиссии и поддержки процесса осознания и понимания социальных детерминантов здоровья в среде политических лидеров, министров здравоохранения и других представителей основных заинтересованных сторон.

Комиссия сотрудничала с множеством стран-партнеров, поддерживая развитие национальных стратегий, нацеленных на уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством множества разнообразных механизмов. Бразилия, Исламская Республика Иран, Канада, Кения, Мозамбик, Соединенное Королевство, Чили, Швеция и Шри-Ланка стали «странами – партнерами» Комиссии, пройдя официальную процедуру принятия письменного обязательства обеспечить прогресс в области социальных детерминантов здоровья с целью улучшения справедливости в отношении здоровья. По мере того как работа Комиссии набирала силу, другие, разделяющие ее идеи страны внесли свой вклад в проведение возросшего объема технических работ в области содействия должно уровня внимания социальным детерминантам здоровья в интересах справедливости в отношении здоровья (например, Норвегия провела тематические социологические

ВСТАВКА 17.1. СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ № 7 (СЦ-7) ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СВЯЗАННЫЕ С НЕЙ ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ В ЦЕЛОМ

СЦ-7: «Учитывать основополагающие социально-экономические детерминанты здоровья в политике и программах, направленных на увеличение справедливости в отношении здоровья и включающих ориентированные на бедных людей, учитывающие гендерные аспекты и основанные на правах человека подходы».

Ожидаемый результат 7.1: Признание значения социально-экономических детерминантов здоровья для всей организации и включение их в нормативную работу и техническое сотрудничество с государствами-членами и другими партнерами.

Ожидаемый результат 7.2: Осуществление инициативы ВОЗ по обеспечению возможностей и средств для межсекторального сотрудничества на национальном и международном уровнях с целью улучшения социально-экономических детерминантов здоровья, а также способствовать сокращению бедности и устойчивому развитию.

Ожидаемый результат 7.3: Сбор, сопоставление и анализ на дифференцированной основе (по половой принадлежности, возрасту, этнической принадлежности, доходам и состоянию здоровья, типу заболевания или инвалидности) различных данных социально-экономического характера, имеющих отношение к здоровью.

Ожидаемый результат 7.4: Продвижение подходов к здоровью, основанных на морали и правах, в рамках ВОЗ, а также на национальном и глобальном уровнях.

Ожидаемый результат 7.5: Включение в нормативную работу ВОЗ гендерного анализа и придание гендерной направленности деятельности, а также оказание поддержки государствам-членам в формировании мер политики и программ, учитывающих специфику ситуации в области гендерных проблем.

исследования по межсекторальному взаимодействию), а также в организацию обмена опытом и рекомендациями по улучшению согласованности политики в этой области (например, Таиланд).

Официальные страны – партнеры Комиссии разными способами продолжают действовать, создавая условия для позитивных изменений, что было документально закреплено (подробнее об усилиях стран в этом направлении см.: СW, 2007). Некоторые страны сосредоточили усилия на том, чтобы вызвать политический интерес к социальным детерминантам здоровья. Другие, например, Бразилия, Канада и Чили, создают новые механизмы и институциональные структуры для разработки межсекторальной политики. Так, Бразилия в марте 2006 г. учредила Национальную Комиссию по социальным детерминантам здоровья. Агентство здравоохранения Канады создало Канадскую референтную группу – влиятельную консультативную организацию, которая добивается реальных политических успехов в продвижении программы изучения социальных детерминантов здоровья в Канаде и на международном уровне. В Англии Научная референтная группа дает рекомендации по проводимой политике, она разработала показатели для оценки несправедливости в отношении здоровья.

Еще один используемый вариант странового подхода заключается в исследовании процессов обмена опытом между странами и осуществлении совместных инициатив (например, Канада, Чили, Швеция; а также в Соединенном Королевстве – Англия и Шотландия). Скандинавская референтная группа, состоящая из представителей пяти стран, обеспечивала Комиссию данными о национальных мерах политики в этом регионе. Подобная группа была создана и в Восточной Азии. Такие модели сотрудничества между странами со схожими социально-политическими контекстными условиями могут использоваться и в других регионах.

Действия всех этих стран – партнеров Комиссии усилили призыв устранить социальные детерминанты несправедливости в отношении здоровья на различных региональных и глобальных форумах здравоохранения и развития человека. Все большее число стран готовы присоединиться к этому движению. Так, энтузиазм в этом отношении высказали Аргентина, Мексика, Новая Зеландия, Польша и Таиланд. В Австралии подход на основе социальных детерминантов здоровья был утвержден в качестве ключевого компонента в рамках провозглашенного в 2007 г. плане правительства ликвидировать разрыв в ОПЖР между коренными народами и остальным населением в течение одного поколения (COAG, 2007). Цель на будущее состоит в вовлечении все большего числа стран в процесс принятия политического подхода, изложенного в данном докладе, а также в превращении этого политического процесса в конкретные меры и программы, которые в известной мере улучшают здоровье населения и уменьшают несправедливость в отношении здоровья.

Города

В дополнение к городам, представленным в KNUS (Информационная сеть по городской среде), с Комиссией наладили связь и работают над продвижением программы посредством обмена данными, основанными на практике Нью-Йорк, Глазго, Лондон, и Новый Орлеан. В тесном взаимодействии функционирует движение «Здоровые города» (координируемое Европейским региональным бюро ВОЗ) и программа здоровой урбанизации, осуществляемая Центром Кобе при ВОЗ.

Гражданское общество

Группы гражданского общества являются влиятельными сторонниками в осуществлении глобальной повестки дня, касающейся справедливости в отношении здоровья. С самого начала Комиссия активно стремилась привлечь к участию в работе представителей групп гражданского общества в Африке, Азии, странах Америки и Европы. Представители гражданского общества занимались сбором информации для Комиссии, они помогли формировать взгляды Комиссии, становясь активными

участниками будущих изменений (подробнее о направлении работы «Гражданское общество» см.: CS, 2007).

Создание и совместное использование информационной базы

Комиссия создала глобальную базу данных для лучшего понимания социальных детерминантов здоровья и определения эффективных действий по обеспечению справедливости в отношении здоровья. Для поддержания этого процесса Комиссия учредила девять Информационных Сетей, включающих ученых-теоретиков и практикующих специалистов из университетов и исследовательских институтов, министров и высших правительственных чиновников, а также международных организаций и организаций гражданского общества во всем мире. Эти сети в самых разнообразных формах продолжают генерировать глобальные данные для осуществления деятельности. Комиссия создала партнерства для сбора дополнительных данных через две постоянные региональные сети (Скандинавская и Азиатская сети) и партнерства с привлечением исследователей в дополнительных ключевых тематических областях, таких как старение, коренные народы, пищевые продукты и питание, насилие и конфликты и окружающая среда. Доклады, составленные с привлечением Информационных Сетей и всех остальных вспомогательных материалов и докладов, включая доклады из направлений работы «Страна» и «Гражданское общество», доступны на вебсайте Комиссии: www.who.int/social_determinants/en.unfinished/en.

Непроработанные вопросы

Список детерминантов несправедливости в отношении здоровья, которые исследовала Комиссия, не является исчерпывающим. Не хватает подробного рассмотрения других важных областей, имеющих глобальное значение, например, вопросов, связанных с изменением климата. Комиссия признает эту очень важную проблему и проделанный в этом направлении объем работ, и ставит их в один ряд с целями равноправного и устойчивого развития.

Изменение климата

Изменение климата выделяется как приоритетная область для рассмотрения в связи с несправедливостью в отношении здоровья. Изменение климата, урбанизация, необходимость развития сельских районов, сельское хозяйство и безопасность пищевых продуктов являются взаимобусловленными детерминантами здоровья населения и справедливости в отношении здоровья. Очень важно обеспечить, чтобы в ответ на изменение климата и ухудшение экологической обстановки принимались меры экономической и социальной политики, учитывающие справедливость в отношении здоровья. Однако, для обеспечения данными процесс разработки необходимой стратегии и практики, нужен гораздо более масштабный анализ связей между социальными детерминантами, экологическими изменениями и несправедливостью в отношении здоровья. В докладе Стерна было неопровержимо доказано, что, если не предпринимать действия, то общие издержки из-за изменений климата будут эквивалентны ежегодной потере не менее 5% объема глобального ВВП (Stern, 2006). Поэтому инвестиции, которые будут осуществлены в течение последующих 10–20 лет, окажут глубокое и длительное влияние не только на климат, но и на здоровье наших детей и внуков. Вероятно, наиболее сильное это влияние будет ощущаться среди тех, кто находится в неблагоприятных социально-экономических условиях.

Программа исследований

Комиссия свела воедино беспрецедентную глобальную базу данных о социальных детерминантах здоровья и деятельности по обеспечению справедливости в отношении здоровья. Тем не менее, существует необходимость расширить объем данных во

всех тематических областях и в различных контекстах отдельных стран. Кроме того, социально-экономические факторы несправедливости в отношении здоровья являются динамическими, изменяющимися с течением времени. С помощью регулярного анализа пробелов в ключевых исследованиях можно выявить самые неотложные потребности в области исследований. Вот некоторые неисследованные вопросы и направления, выявленные в ходе работы Комиссии:

1. Детерминанты несправедливости в отношении здоровья в дополнение к детерминантам среднего уровня здоровья населения:
 - понимание причин связи между социальным расслоением и его последствиями для здоровья;
 - понимание взаимодействия между аспектами расслоения (например, по половому признаку, этнической принадлежности и уровню доходов) и несправедливости в отношении здоровья;
 - количественное определение масштаба воздействия национальных политических, экономических, и социальных систем на здоровье и несправедливость в отношении здоровья внутри стран и между странами.
2. Роль вмешательства на различных уровнях – от глобального до местного, воздействующих на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья:
 - оценка влияния действий на социальном уровне (меры политики и программы) на несправедливость в отношении здоровья;
 - исследование социальных, экономических и медицинских затрат и выгод в процессе снижения несправедливости в отношении здоровья.
3. Анализ политики:
 - анализ политических мер направленных на вмешательство, связанные со справедливостью в отношении здоровья;
 - понимание факторов, препятствующих и содействующих межсекторальным действиям (МСД), а также согласованности государственного и местного уровня власти в управлении и выработке политики;
 - выявление примеров удачной практики и дальнейшая разработка механизмов МСД.
4. Мониторинг и оценка:
 - развитие новых методов оценки и мониторинга несправедливости в отношении здоровья, а также оценки воздействия вмешательств на уровне всего населения страны.

Цели и задачи для обеспечения справедливости в отношении здоровья

Комиссия сформулировала рекомендации и определила глобальные вызовы. Продвижение к справедливости в отношении здоровья на протяжении всего пути требует наличия целей и поддающихся оценке задач. Цели и задачи могут перенаправить политику, улучшить распределение ресурсов и результаты развития. Благодаря регулярным публичным отчетам, а также развитию систем сбора и обработки данных на глобальном и национальном уровнях мир сможет увидеть, какие задачи выполняются и где требуются дальнейшие усилия.

Наглядно это можно видеть на примере ЦРАТ. Выполнение ЦРАТ позволяет сосредоточить внимание на важности надежной статистической базы при постановке значимых задач для политики в области развития и мониторинге их выполнения. Достижение связанных со здоровьем ЦРАТ и выполнение задач на уровне страны подразумевает уменьшение абсолютной величины неравенства в отношении здоровья между странами. В настоящее время эти цели не включают процесс отслеживания уровня справедливости в отношении здоровья внутри стран.

В действительности, ЦРАТ для результатов в отношении здоровья сформулированы для среднестатистического населения, вместо того чтобы включать распределение результатов в отношении здоровья внутри стран и между странами.

Выходя за пределы нынешнего сосредоточения на ЦРАТ и срока их достижения, намеченного на 2015 г., Комиссия занимается проблемой несправедливости в отношении здоровья между странами, а также социальным уровнем здоровья в странах с высоким, средним и низким доходом, и вопросами влияния на показатели смертности среди взрослого населения от инфекционных и неинфекционных болезней и от насилия и травматизма.

Цель, к которой, по мнению Комиссии, должен стремиться весь мир, а также его политические лидеры, международные организации, национальные правительства и группы гражданского общества:

Ликвидировать разрыв в здоровье в течение одного поколения

Продвижение к этой столь желаемой цели невозможно без сокращения разрыва между наиболее благополучными и наиболее неблагополучными слоями общества. Это также связано с постепенным выравниванием разницы в показателях состояния здоровья, доведения показателей состояния здоровья всех социальных групп до уровня, близкого к уровню наиболее благополучных групп населения.

Именно международные организации и национальные правительства должны разработать детализированные цели и задачи для обеспечения справедливости в отношении здоровья и устранения социальных детерминантов здоровья посредством консультативных процессов и составлять планы действий, в которых отчетливо показано, какие цели должны быть достигнуты и какие ресурсы необходимы для этого. В качестве отправной точки Комиссия предлагает три (нижеописанные) задачи. Они содержат вызовы и наглядно показывают масштаб проблемы. Однако если их выполнять посредством рекомендованных Комиссией действий, то вполне можно ликвидировать разрывы в показателях здоровья в течение одного поколения. Комиссия настоятельно рекомендует ВОЗ в процессе консультаций уточнить и более четко сформулировать задачи по обеспечению справедливости в отношении здоровья и взять на себя инициативу по их выполнению.

Задача 1: *В период между 2000 и 2040 г., сократить разрыв в ОПЖР до 10 лет между третьей частью стран с самым высоким и третьей частью стран с самым низким уровнем ОПЖР, посредством выравнивания по верхнему уровню показателей стран с более низкой ОПЖР.*

Уменьшить наполовину, в период между 2000 и 2040 г., разрыв в ОПЖР между социальными группами внутри стран, выравнивая по верхнему уровню ОПЖР более низких социально-экономических групп.

Задача 2: *Уменьшить наполовину, в период с 2000 по 2040 г., показатель смертности среди взрослого населения во всех странах и во всех социальных группах внутри стран.*

В действительности, достижение этой цели означает уменьшение наполовину разрыва показателей смертности взрослого населения между странами и внутри стран.

Задача 3: *Сократить на 90%, в период с 2000 по 2040 г., показатель смертности среди детей в возрасте до 5 лет во всех странах и всех социальных группах внутри стран, и сократить на 95%, в период с 2000 по 2040 г., показатель материнской смертности во всех странах и всех социальных группах внутри стран.*

В действительности, выполнение этой задачи означает сокращение разрыва в показателях смертности

среди детей в возрасте до 5 лет между странами и внутри стран на 90%, а также сокращение разрыва в материнской смертности между странами и внутри стран на 95%.

Как говорилось в Главе 1, хотя мы не ожидаем абсолютного устранения различий в показателях здоровья населения в течение жизни одного поколения, мы видим возможности для уменьшения – и значительного – несправедливости внутри стран и между странами. Для того чтобы определить задачи в этом направлении, в планах на будущее должны быть учтены наблюдавшиеся в прошлом тенденции в группах стран с позитивными характеристика-

ми. В случае Задачи 1 (ОПЖР) была проанализирована тенденция, прослеживавшаяся с 1950 по 1980 г. – период, когда наблюдалось сокращение глобального разрыва в ОПЖР. В некоторых случаях, в особенности в случае несправедливости в ОПЖР внутри стран, было недостаточно данных, чтобы использовать их в качестве основания для определения задачи. Выполнение Задачи 3, приблизительно сформулированной в ЦРАТ в пунктах 4А и 5А¹¹, планируется примерно на 2040 г. Задачи 2 и 3 основываются на принципе, по которому уменьшение показателя смертности в разных странах и внутри социальных групп в этих странах должно быть, по крайней мере, пропорциональным. Более конкретно, страны

Таблица 17.1. Важнейшие мероприятия на пути обеспечения справедливости в отношении здоровья

Сроки	Мероприятия
Ноябрь 2008	Глобальная конференция: «Ликвидировать разрыв в течение одного поколения: обеспечение справедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья».
2008–2009	Создание после работы Комиссии глобального альянса, нацеленного на продвижение в партнерстве с ВОЗ программ по социальным детерминантам здоровья.
2008–2009	Экономическая и социальная оценка издержек выполнения рекомендаций Комиссии и издержек бездействия в этой области.
2009	Встречи членов Комиссии и сторонников подхода на основе социальных детерминантов здоровья с целью продвижения глобального плана по распространению и выполнению рекомендаций Комиссии.
2009	Принятие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения по социальным детерминантам здоровья и справедливости в отношении здоровья.
2008–2013	Прогрессивный рост финансирования и направление увеличивающихся объемов ресурсов на исследования социальных детерминантов здоровья, особенно в областях, которым Комиссия придает большое значение.
2008–2013	Все большее число стран принимают подход, основанный на роли социальных детерминантов здоровья при решении вопросов справедливости в отношении здоровья, разрабатывают и реализуют стратегии по социальным детерминантам здоровья, так, чтобы к 2013 г. не менее 50% всех стран с низким, средним и высоким доходом имели постоянный план по снижению несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья, наряду с базой данных по осуществлению этого плана.
2009–2010	Экономический и Социальный Совет, при поддержке ВОЗ, устанавливает межведомственный механизм ООН для разработки тематики социальных детерминантов здоровья силами рабочих групп, специализирующихся в определенных областях, первоначально по РАР, гендерной справедливости, вопросам занятости и условиям труда, системам здравоохранения и управлению ими с широким участием, включая все профильные многосторонние организации и представителей заинтересованных сторон гражданского общества.
2010	Экономический и Социальный Совет, при поддержке ВОЗ, готовит к рассмотрению в ООН принятие справедливости в отношении здоровья в качестве главной глобальной цели развития, с соответствующими показателями для мониторинга прогресса в ее достижении как внутри стран, так и между странами.
2010	Подготовка первого доклада о справедливости в отношении здоровья (на тему глобальных и национальных показателей и задачах механизма надзора за справедливостью в отношении здоровья) для Первого всемирно форумa государств – членов ООН по социальным детерминантам здоровья и справедливости в отношении здоровья.
2013	Анализ прогресса в выполнении задач ВОЗ по социальным детерминантам здоровья.
2015	Дата выполнения задач, связанных с ЦРАТ; анализ прогресса с точки зрения справедливости в отношении здоровья: Второй доклад за пятилетний период и Всемирный форум по глобальной справедливости в отношении здоровья.
2020–2040	Анализ прогресса за пятилетний период в сокращении несправедливости в отношении здоровья внутри стран и между странами.

11 ЦРАТ 4А: Сократить на две трети за период 1990–2015 гг. смертность среди детей в возрасте до 5 лет. ЦРАТ 5А: Сократить на три четверти за период 1990–2015 гг. показатель материнской смертности.

и социальные группы с самыми высокими уровнями смертности должны достичь, по крайней мере, того же пропорционального снижения смертности, что и страны и социальные группы с более низким уровнем смертности. Выполнение этих задач, при соблюдении вышеупомянутого принципа, обеспечит уменьшение абсолютного неравенства в смертности между странами и между социальными группами внутри стран. Относительное неравенство либо останется на том же уровне, либо, если будет достигнуто более чем пропорциональное уменьшение смертности, снизится. На более высоком уровне амбиций, Комиссия хотела бы видеть ускоренное улучшение положения в социальных группах и внутри стран с более плохими показателями состояния здоровья.

Выполнить эти задачи будет непросто. Во-первых, известно, что мир сталкивается с серьезными трудностями в достижении 4 и 5 пунктов ЦРАТ, в особенности, в странах Африки к югу от Сахары, а также в странах других регионов. Например, в Индии не происходит движения по пути выполнения пункта 4 ЦРАТ (Countdown Group, 2008). Подобным образом данные страны и регионы будут сталкиваться со значительными проблемами в достижении вышеуказанного уменьшения размеров смертности населения. Однако глобальная ответственность за достижение этих целей, не в последнюю очередь, ложится на сохранение глобальных детерминантов несправедливости в отношении здоровья внутри стран и между странами. Значительное снижение детской смертности в период с 1950 по 1980 гг. предполагает, что достижение 4 пункта ЦРАТ и выполнение задачи 3 пункта в отношении смертности среди детей в возрасте до 5 лет возможно. Действительно, существуют страны, которые успешно реализуют 4 и 5 пункт ЦРАТ. Например, Индонезия и Перу, где среднее годовое снижение смертности среди детей в возрасте до 5 лет составляет 6,2% и 7,1%, находятся на пути к достижению 4 пункта ЦРАТ (Countdown Group, 2008), а также к выполнению 3 пункта в отношении смертности среди детей в возрасте до 5 лет. Однако темпы сокращения уровня смертности среди детей в возрасте до 5 лет в Индии (менее 3% ежегодно) недостаточны для реализации 4 пункта ЦРАТ (Countdown Group, 2008).

Выполнение этих Задач требует обязательств по устойчивому инвестированию в социальные детерминанты здоровья, и оно будет реалистичным только в том случае, если будут предприняты весьма значительные и сосредоточенные усилия – с особым вниманием к тем странам и регионам, которые, как в настоящее время ожидается, недостаточно преуспели в выполнении ЦРАТ. Однако, хотя стремление к решению этих задач достаточно амбициозно, оно возможно с помощью заблаговременного применения упреждающих мер. В Индии материнская смертность

в 2005 г. составляла 450 материнских смертей на 100 тыс. живорожденных; в Китае этот показатель в 10 раз ниже, чем в Индии, а именно 45 материнских смертей на 100 тыс. живорожденных (Countdown Group, 2008). Выполнение задачи 3 пункта ЦРАТ означает, что материнская смертность в Индии в 2040 г. – через более чем три десятилетия – должна составить 22,5 случая материнской смертности на 100 тыс. живорожденных в абсолютном выражении, что не намного меньше, чем уровень материнской смертности в Китае в настоящее время.

Предложены дальнейшие консультации и разработка этих задач. Сам процесс постановки задач, при проведении многосторонних консультаций, может создать совместное партнерство, которое поддерживает достижение намеченных результатов (Kickbusch, 2003).

Шаги на пути к достижению и, что важно, мониторингу процесса выполнения задач, описанных в рекомендациях на протяжении всего этого доклада, можно предпринять уже сейчас. Странам и международным организациям предлагается переоценить существующие задачи и включить в них компонент справедливости. Общий принцип, по крайней мере, пропорционального снижения смертности в разных странах и социальных группах может быть применен к множеству существующих задач.

Очень важно, чтобы международные организации и страны выработали общие показатели для измерения уровня справедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья в существующих у них системах мониторинга. Задачи для социальных детерминантов здоровья и справедливости в отношении здоровья должны быть определены на основе рамочной схемы, изложенной в Главе 16 «Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследование и подготовка».

Основные этапы на пути к справедливости в отношении здоровья – краткосрочные и среднесрочные результаты

Кроме предложенных рекомендаций для предпринимаемых действий и предполагаемых задач, важно также, чтобы были установлены контрольные точки на пути к их выполнению. Благодаря их использованию можно контролировать прогресс в воздействии на социальные детерминанты здоровья и справедливость в отношении здоровья как на глобальном, так и на национальном уровне, а также способствовать возложению ответственности на международные институты, национальные правительства, гражданское общество и частный сектор. Чтобы инициировать такой процесс, Комиссия описывает ниже сроки достижения ключевых, хотя и неполных, результатов работы.



ОБЩАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ № 1

Улучшить условия повседневной жизни

Улучшить благополучие девочек и женщин и обстоятельств, при которых рождаются их дети, уделить серьезное внимание развитию детей в раннем возрасте и образованию для девочек и мальчиков, улучшить условия жизни и труда и создать стратегию социальной защиты, благоприятную для всех, а также создать условия для активной жизни людей в старости. Меры политики для достижения этих целей должны привлечь гражданское общество, правительства и глобальные институты.

Глава 5. Справедливость с самого начала

Сфера действий 1. Принять и осуществить на практике всеобъемлющий подход к раннему периоду жизни, основываясь на существующих программах обеспечения выживания детей и расширяя сферу вмешательства в раннем периоде жизни, включив в нее социально-эмоциональное и речевое/познавательное развитие.

Комиссия рекомендует:

5.1. ВОЗ и Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) – создать межучрежденческий механизм, обеспечивающий согласованность стратегий раннего развития детей с тем, чтобы во всех специализированных учреждениях применялся всеобъемлющий подход к раннему развитию детей (см. Рек. 15.2; 16.8).

5.2. Правительствам обеспечить всеобщий охват всеобъемлющим комплексом качественных программ раннего развития детей и услуг для детей, матерей и других лиц, осуществляющих уход за детьми, независимо от их платежеспособности (см. Рек. 9.1; 11.6; 16.1).

Сфера действий 2. Расширить обеспечение и масштаб образования с тем, чтобы они включали принципы развития детей в раннем возрасте (физического, социально-эмоционального и речевого/познавательного развития).

Комиссия рекомендует:

5.3. Правительствам обеспечить качественное образование, в котором внимание уделяется физическому, социально-эмоциональному и речевому /познавательному развитию детей, начиная с дошкольного обучения.

5.4. Правительствам обеспечить качественное обязательное начальное и среднее образование для всех мальчиков и девочек, независимо от платежеспособности, выявить и преодолеть препятствия в обучении для зачисленных и продолжающих посещать школу девочек и мальчиков, а также отменить плату за обучение в начальной школе (см. Рек. 6.4; 13.4).

Глава 6. Здоровое место жительства — здоровые люди

Сфера действий 1. Надо поставить вопросы здравоохранения и справедливости в отношении здоровья в центр городского управления и планирования.

Комиссия рекомендует:

6.1. Местным органам власти и гражданскому обществу, при поддержке национального правительства, создать местные механизмы управления с широким участием, которые позволят местному населению и местному органу власти стать партнерами в создании более здоровых и безопасных городов (см. Рек. 14.3).

6.2. Национальному правительству и местному органу власти в сотрудничестве с гражданским обществом, надо управлять городским развитием так, чтобы обеспечить более широкое предоставление доступного качественного жилья. При поддержке со стороны ООН-Хабитат, там, где это необходимо, следует осуществлять инвестиции по улучшению жизни в городских трущобах, считая приоритетной задачей обеспечение их водопроводной и канализационной системами, электроснабжением, а также производить устройство улиц с твердым покрытием покрытием дорожной части для всех домохозяйств независимо от платежеспособности (см. Рек. 15.2).

6.3. Местным органам власти и гражданскому обществу планировать и проектировать городские территории так, чтобы они способствовали физической активности, через инвестиции в активный транспорт; поощрять здоровое питание через планирование размещения мест розничной торговли, управляя наличием и доступностью продуктов питания; и уменьшать проявление насилия и преступности посредством надлежащего проектирования городской среды и создания регулирующего контроля, включая контроль за количеством торговых точек, продающих спиртные напитки (см. Рек. 12.3).

Сфера действий 2. Способствовать справедливости в отношении здоровья между сельскими и городскими территориями посредством устойчивых инвестиций в сельскохозяйственное развитие, преодоления стратегий исключительности и тех процессов, которые приводят сельских жителей к бедности, безземельности и вынужденному переселению из своих родных мест.

Комиссия рекомендует:

6.4. Национальному правительству и местным органам власти разработать и осуществить стратегии и программы, которые сосредоточиваются на вопросах сельского землепользования и прав; возможности круглогодичной сельскохозяйственной занятости; сельскохозяйственном развитии и справедливости в международных торговых соглашениях; сельской инфраструктуре, включая здравоохранение, образование, дороги и услуги; а также стратегии, которые защищают здоровье мигрантов из села в город (см. Рек. 5.4; 9.3).

Сфера действий 3. Обеспечить, чтобы в ответных мерах экономической и социальной политики на изменение климата и другие ухудшения экологической обстановки во внимание принималась справедливость в отношении здоровья.

Комиссия рекомендует:

6.5. Международным организациям и национальным правительствам, основываясь на рекомендациях Межправительственной группы экспертов по изменению климата, учитывать воздействие на справедливость в отношении здоровья стратегий сельского хозяйства, транспорта, топлива, зданий, промышленности и удаления отходов, связанных с адаптацией к изменениям климата и предупреждением их последствий.

Глава 7. Справедливые условия найма и достойная работа

Сфера действий 1. Рассматривать полную занятость, справедливые условия найма и достойную работу в качестве основных целей при разработке национальной и международной социально-экономической политики.

Комиссия рекомендует:

7.1. Полная занятость, справедливые условия найма и достойная работа должны стать общими целями международных институтов и занять центральное место в национальных повестках дня социально-экономической политики и стратегиях развития; необходимо повысить представительство работников в создании политики, законодательства и программ, имеющих отношение к занятости и работе. (см. Рек. 10.2; 14.3; 15.2).

Сфера действий 2. Для достижения справедливости в отношении здоровья требуются безопасный, гарантированный и справедливо оплачиваемый труд, круглогодичная возможность найти работу и здоровое соотношение между рабочим и свободным временем для всех.

Комиссия рекомендует:

7.2. Национальным правительствам разрабатывать и внедрять социально-экономическую политику, обеспечивающую гарантированную занятость и прожиточный минимум, в котором учитывается реальная текущая стоимость здоровой жизни (см. Рек. 8.1; 13.5).

7.3. Укреплять потенциал государства с целью внедрения регулятивных механизмов поощрения и принудительного применения стандартов в области справедливых условий найма и достойного труда для всех работников (см. Рек. 12.3).

7.4. Правительствам уменьшить ненадежное положение лиц, имеющих случайную работу, включая работу в неформальном секторе, временную работу и неполную занятость, посредством политики и законодательства, гарантирующих заработную плату, основанную на учете реальной стоимости жизни, социальное обеспечение и оказание поддержки родителям (см. Рек. 8.3).

Сфера действий 3. Улучшить условия труда для всех работников, чтобы уменьшить их подверженность воздействию физических рисков, профессиональных стрессов и вредных для здоровья стилей поведения.

Комиссия рекомендует:

7.5. Политика и программы в области БОТ должны применяться по отношению ко всем работникам – как формального, так и неформального секторов, – а их диапазон должен быть расширен, включая стрессоры и виды поведения, связанные с работой, а также воздействие материальных рисков (см. Рек. 9.1).

Глава 8. Социальная защита на протяжении всей жизни

Сфера действий 1. Создавать и укреплять всеобщие всеобъемлющие стратегии социальной защиты, которые поддерживают уровень доходов, достаточный для здоровой жизни для всех.

Комиссия рекомендует:

8.1. Правительствам там, где это необходимо, с помощью стран-доноров и организаций гражданского общества, и там, где это уместно, в сотрудничестве с предпринимателями, создавать всеобщие системы социальной защиты и повысить их щедрость до уровня, достаточного для здоровой жизни (см. Рек. 7.2, 11.1).

8.2. Правительствам там, где это необходимо, с помощью стран-доноров и организаций гражданского общества, и там, где это уместно, в сотрудничестве с предпринимателями, использовать целевую помощь в качестве поддержки только тех, кто выпадает из сети всеобщих систем.

Сфера действий 2. Расширить системы социальной защиты так, чтобы они включали обычно исключаемые группы людей. Создание таких систем требует долгосрочных национальных и международных обязательств.

Комиссия рекомендует:

8.3. Правительствам, там, где это необходимо, с помощью стран-доноров и организаций гражданского общества, и там, где это уместно, в сотрудничестве с предпринимателями, обеспечить, чтобы системы социальной защиты расширили свою сферу действия, включив в нее тех, кто имеет ненадежную работу, в том числе работу в неофициальном секторе, а также ведение домашнего хозяйства или работу по уходу (см. Рек. 7.4, 11.1, 13.3).

Глава 9. Всеобщий доступ к медицинской помощи

Сфера действий 1. Создание систем медицинской помощи, основанных на принципах справедливости, профилактике болезней и содействии здоровому образу жизни.

Комиссия рекомендует:

9.1. Национальным правительствам совместно с гражданским обществом и странами-донорами, строить здравоохранение на основе принципа всеобщего охвата качественными услугами, сосредоточив усилия на первичной медико-санитарной помощи (см. Рек. 5.2; 7.5; 8.1; 10.4; 13.6; 14.3; 15.2; 16.8).

Сфера действий 2. Обеспечение справедливого финансирования системы медицинской помощи.

Комиссия рекомендует:

9.2. Национальным правительствам обеспечить руководящую роль государственного сектора в финансировании систем медицинской помощи, сосредоточив финансирование на основе налоговой/страховой системы, обеспечивая всеобщий охват медицинской помощью независимо от платежеспособности, и минимизировав оплату наличными услуг здравоохранения (см. Рек. 10.4; 11.1; 11.2).

Сфера действий 3. Создание и укрепление персонала здравоохранения и расширение возможностей воздействия на социальные детерминанты здоровья.

Комиссия рекомендует:

9.3. Национальным правительствам и странам-донорам увеличить инвестиции в подготовку и оплату медицинских специалистов и других работников здравоохранения, уравновесив плотность распределения медико-санитарных работников в сельской и городской местности (см. Рек. 6.4; 16.5).

9.4. Международным организациям, странам-донорам и национальным правительствам решить проблему утечки кадров здравоохранения, сосредоточившись на инвестициях в увеличение численности и подготовку кадров здравоохранения, и двусторонних соглашениях, регулирующих прибыли и убытки.

Общая рекомендация № 2

Преодоление несправедливого распределения власти, денег и ресурсов

Для того чтобы преодолеть несправедливость в отношении здоровья и несправедливые условия повседневной жизни, необходимо преодолеть несправедливость – например, неравенство между мужчинами и женщинами – в том, как организовано общество. Это требует наличия сильного государственного сектора, который принимает на себя обязательства, является дееспособным и надлежащим образом финансируется. Достижение этого требует чего-то большего, чем усиленное правительство, это требует усиленного управления: законности, простора для действий и поддержки гражданского общества, подотчетного частного сектора и представителей общественности, чтобы согласовать государственные интересы и восстановить в правах ценность коллективных действий. В глобализованном мире потребность в управлении, специализированном на обеспечении справедливости, в равной степени применима от уровня местного сообщества до глобальных институтов.

Глава 10. Принципы справедливости в отношении здоровья при разработке любых стратегий, систем и программ

Сфера действий 1. Возложить ответственность за действия по улучшению здоровья и справедливости в отношении здоровья на самый высокий уровень власти и добиться включения этих вопросов во все стратегии.

Комиссия рекомендует:

10.1. Парламент и прочие органы надзора ставят перед собой цель: улучшить степень справедливости в отношении здоровья через воздействие на социальные детерминанты здоровья, рассматривая их в качестве критерия эффективности государственного управления (см. Рек. 13.2; 15.1).

10.2. Руководство страны должно разработать общеправительственный механизм взаимодействия, подотчетный парламенту и возглавляемый должностными лицами наиболее высокого уровня (см. Рек. 11.1; 11.2; 11.5; 12.2; 13.2; 16.6).

10.3. Необходимо институционализировать мониторинг социальных детерминантов и показателей справедливости в отношении здоровья и использовать оценку последствий всех политических решений правительства, включая финансовые, для обеспечения справедливости в отношении здоровья (см. Рек. 12.1; 15.1; 16.2; 16.7).

Сфера действий 2. Правильно обозначить роль сектора здравоохранения: ввести принцип социальных детерминантов во все стратегии и программы министерства здравоохранения и укрепить его руководящие позиции в поддержке роли социальных детерминантов в качестве общеправительственного подхода.

Комиссия рекомендует:

10.4. Сектор здравоохранения должен активизировать свою политику и программы по укреплению здоровья, профилактике болезней и медико-санитарной помощи с учетом социальных детерминантов здоровья и под руководством министра здравоохранения (см. Рек. 9.1).

10.5. ВОЗ должна содействовать развитию знаний и компетенций национальных министерств здравоохранения, которые позволили бы им работать в интересах улучшения социальных детерминантов здоровья и играть руководящую роль во внедрении и упрочении этого подхода на общеправительственном уровне (см. Рек. 15.3; 16.8).

Глава 11. Справедливое финансирование

Сфера действий 1. Увеличить государственное финансирование деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья.

Комиссия рекомендует:

11.1. Страны-доноры, многосторонние агентства и страны-члены должны создавать и укреплять национальный потенциал для осуществления прогрессивного налогообложения (см. Рек. 8.1; 8.3; 9.2; 10.2)

11.2. Должны быть разработаны новые национальные и международные механизмы государственного финансирования, включая специальные налоги на развитие здравоохранения и возможность выбора налогов на глобальном уровне (см. Рис. 9.2; 10.2).

Сфера действий 2. Увеличить международное финансирование для обеспечения справедливости в отношении здоровья и скоординировать возросший объем средств в соответствии с действиями в рамках социальных детерминантов здоровья.

Комиссия рекомендует:

11.3. Страны-доноры должны выполнять свои обязательства, увеличив денежную помощь до 0,7% своего ВВП; расширить действие Многосторонней инициативы по освобождению от уплаты долга и координировать использование финансовой помощи через систему социальных детерминантов здоровья (см. Рек. 13.6; 15.2).

11.4. Международные финансовые институты должны обеспечить прозрачные условия для международных займов и кредитования, чтобы избежать будущей непогашенной задолженности.

Сфера действий 3. Справедливо распределять государственные средства на целенаправленные действия по улучшению социальных детерминантов здоровья.

Комиссия рекомендует:

11.5. Национальные и местные органы власти и гражданское общество должны сформировать общий механизм выделения бюджетных средств на целенаправленные действия по улучшению социальных детерминантов здоровья (см. Рек. 10.2).

11.6. Государственные средства должны справедливо распределяться между регионами и социальными группами, и их расходование должно отслеживаться, например, с помощью показателей равенства (см. Рис. 5.2; 14.3; 16.2).

Глава 12. Ответственность рынка

Сфера действий 1. Институционализировать вопросы компенсации влияния на здоровье и обеспечения справедливости в отношении здоровья в национальных и международных экономических соглашениях и процессах выработки политического курса.

Комиссия рекомендует:

12.1. ВОЗ во взаимодействии с другими многосторонними организациями, поддерживающими страны-члены, должны институционализировать на глобальном и национальном уровне оценку основных глобальных, региональных и двухсторонних экономических соглашений на предмет их влияния на справедливость в отношении здоровья (см. Рек. 10.3; 16.7).

12.2. Государственные органы, принимающие политические решения, при поддержке ВОЗ должны обеспечить и усилить обсуждение вопросов, касающихся общественного здравоохранения, на внутренних и международных переговорах по вопросам экономической политики (см. Рек. 10.2).

Сфера действий 12.2. Усилить первостепенную роль государства в предоставлении базовых услуг, необходимых для здоровья (таких, как водоснабжение/канализация), и в регулировании производства товаров и услуг, оказывающих большое влияние на здоровье (таких, как табак, алкоголь и продукты питания).

Комиссия рекомендует:

12.3. Национальные органы власти во взаимодействии с соответствующими многосторонними организациями должны усилить лидирующие позиции государственного сектора в предоставлении необходимых товаров/услуг, имеющих отношение к вопросам здоровья населения и в осуществлении контроля за товарами, вредными для здоровья (см. Рек. 6.3; 7.3).

Глава 13. Гендерное равенство

Сфера действий 13.1. Устранить гендерную дискриминацию во всех структурах общества: в законах и при их применении, в управлении деятельностью организаций, планировании его действий, а также при определении показателей экономического развития государства.

Комиссия рекомендует:

13.1. Государства должны подготовить и ввести в действие законодательство, которое способствует гендерному равенству и делает незаконной дискриминацию по половой принадлежности.

13.2. Государства и международные институты должны учредить на уровне центрального органа власти подразделения по вопросам гендерного равенства, обеспечив его адекватным и долгосрочным финансированием и наделив полномочиями по анализу проблемы и обеспечению реализации принципа гендерного равенства в политике, программах и институциональных механизмах (см. Рек. 10.2; 15.2).

13.3. Государства должны учитывать экономический вклад в виде ведения домашнего хозяйства, работы по обслуживанию и уходу и неоплачиваемой домашней работы, а также оплачиваемой работы в неофициальной сфере в национальные счета (см. Рек. 8.3).

Сфера действий 13.2. Разработать и финансировать стратегии и программы, которые восполняют разрыв в уровне образования и профессиональных навыках и поддерживают участие женщин в экономической деятельности.

13.4. Государство и доноры должны инвестировать в расширение потенциальных возможностей девушек и женщин путем поддержки формального образования и профессионального обучения (см. Рек. 5.4).

13.5. Государство и работодатели должны поддерживать участие женщин в экономике: законодательно гарантировать справедливость в оплате труда, обеспечить равные возможности для трудоустройства на всех уровнях и проводить политику, благоприятную для семьи, когда женщины и мужчины могут в равной мере принимать на себя обязанности по уходу за детьми (см. Рек. 7.2).

Сфера действий 13.3. Вновь подтвердить свою приверженность задаче улучшения сексуального и репродуктивного здоровья и прав.

13.6. Правительства, доноры, международные организации и гражданское общество должны усилить свои политические обязательства и увеличить инвестиции, добиваясь всеобщего охвата услугами и программами в области сексуального и репродуктивного здоровья (см. Рек. 9.1; 11.3).

Глава 14. Предоставление политических полномочий: включение и право голоса

Сфера действий 14.1. Расширять права и возможности всех групп в обществе через справедливое представительство в процессе принятия решений о путях функционирования общества, особенно в связи с влиянием на равенство в отношении здоровья, и создавать и поддерживать социально инклюзивную основу для выработки политики.

Комиссия рекомендует:

14.1. Национальное правительство должно укреплять политическую и правовую системы, чтобы они способствовали всеобщему равному и справедливому вовлечению в жизнь общества (см. Рек. 13.1; 16.1).

14.2. Национальное правительство должно признать, узаконить и поддерживать маргинализированные группы, в частности коренные народы, в политике, законодательстве и программах, которые расширяют права и возможности людей представлять свои нужды, требования и права.

14.3. Национальные и местные органы власти должны обеспечить справедливое представительство всех групп и сообществ в процессе принятия решений, влияющих на здоровье человека, и в выработываемых в результате принятия этих решений программ и учреждаемых служб, а также в оценке их эффективности (см. Рек. 6.1; 7.1; 11.6).

Сфера действий 14.2. Предоставить гражданскому обществу возможность создавать организации и действовать в интересах развития и реализации социальных прав, оказывающих влияние на справедливость в отношении здоровья.

14.4. Расширение прав и возможностей для целенаправленных действий в интересах равенства в отношении здоровья, которые осуществляются снизу широкими массами, требует поддержки, чтобы гражданское общество развивалось, укреплялось и выполняло инициативы, ориентированные на обеспечение справедливости в отношении здоровья.

Глава 15. Эффективное глобальное управление

Сфера действий 15.1. Сделать справедливость в отношении здоровья целью глобального развития и принять систему социальных детерминантов здоровья для усиления многосторонней деятельности в интересах развития.

Комиссия рекомендует:

15.1. Экономический и социальный совет при поддержке ВОЗ должен подготовиться к рассмотрению в ООН в 2010 году возможности принятия принципа справедливости в отношении здоровья в качестве центральной цели глобального развития вкпе с соответствующими показателями для мониторинга продвижения к этой цели как внутри стран, так и между странами (см. Рек. 10.1; 10.3; 16.3).

15.2. К 2010 г. Экономический и социальный совет при поддержке ВОЗ должен подготовить для обсуждения в ООН план создания тематических рабочих групп по вопросам улучшения социальных детерминантов здоровья – для начала касающихся развития детей младшего возраста, проблем гендерного равенства, занятости и условий труда, систем здравоохранения и участия в управлении, - включающих представителей всех релевантных многосторонних организаций и гражданского общества, регулярно отчитывающихся о проделанной работе (см. Рек. 5.1; 6.2; 9.1; 13.2).

Сфера действий 15.2. Усилить руководящую роль ВОЗ в глобальной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья, институционализируя социальные детерминанты здоровья в качестве руководящего принципа во всех учреждениях ВОЗ и программах для отдельных стран.

Комиссия рекомендует:

15.3. ВОЗ должна институционализировать подход на основе социальных детерминантов здоровья во всех действующих секторах – от штаб-квартиры ВОЗ до каждой отдельной страны (см. Рек. 10.5; 16.8).

ОБЩАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ № 3

Измерение и понимание проблемы и оценка влияния действий

Признание существования проблемы и обеспечение оценки несправедливости в отношении здоровья – внутри стран и в мире – является важной платформой для осуществления действий. Национальные правительства и международные организации, при поддержке ВОЗ, должны создать национальные и глобальные системы надзора за справедливостью в отношении здоровья для регулярного мониторинга несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья и должны оценить влияние на справедливость в отношении здоровья стратегии и действий. Создание организационного простора и возможностей эффективно воздействовать на несправедливость в отношении здоровья требует инвестиций в подготовку политиков и практических специалистов здравоохранения и информированность общества в области социальных детерминантов здоровья. Это также требует более глубокого сосредоточения на социальных детерминантах в исследованиях здоровья населения.

Глава 16. Социальные детерминанты здоровья: мониторинг, исследование и подготовка кадров

Сфера действий 16.1. Обеспечить создание систем текущего мониторинга уровня справедливости в отношении здоровья и социальных детерминантов здоровья на местном, национальном и международном уровнях.

Комиссия рекомендует:

16.1. Правительства должны обеспечить бесплатную для домохозяйств регистрацию рождения всех детей. Это должно стать частью общего улучшения регистрации актов гражданского состояния – рождений и смертей (см. Рек. 5.2; 14.1).

16.2. Национальные правительства должны организовать собственную государственную систему контроля справедливостью в отношении здоровья с регулярным сбором данных о социальных детерминантах здоровья и несправедливости в отношении здоровья (см. Рек. 10.3).

16.3. ВОЗ должна руководить созданием глобальной системы контроля справедливости в отношении здоровья как части общей структуры глобального управления (см. Рек. 15.1).

Сфера действий 16.2. Инвестировать средства в генерирование и распространение новой информации о способах воздействия социальных детерминантов на здоровье населения и справедливость в отношении здоровья, а также в повышение эффективности мер, направленных на сокращение несправедливости в отношении здоровья с помощью целенаправленного улучшения социальных детерминантов.

Комиссия рекомендует:

16.4. Органы, финансирующие исследования, должны составлять целевой бюджет, предназначенный для сбора и совместного использования в глобальных масштабах сведений о социальных детерминантах здоровья и справедливости в отношении здоровья, включая исследования вмешательств, касающихся справедливости в отношении здоровья.

Сфера действий 16.3. Обеспечить подготовку в области социальных детерминантов здоровья для политиков, заинтересованных лиц и специалистов-практиков и инвестировать в повышение информированности общественности.

Комиссия рекомендует:

16.5. Учебные заведения и соответствующие министерства должны сделать вопросы социальных детерминантов здоровья стандартной и обязательной частью процесса подготовки медиков и работников здравоохранения (см. Рек. 9.3).

16.6. Учебные заведения и соответствующие министерства должны целенаправленно повышать уровень осознания роли социальных детерминантов здоровья среди профессионалов, не являющихся специалистами-медиками, а также широкой общественности (см. Рек. 10.2).

16.7. Правительства должны создать кадровый потенциал для оценки влияния на справедливость в отношении здоровья среди лиц, определяющих политику, и занимающихся планированием во всех подразделениях государственной власти (Рек. 10.3; 12.1).

16.8. ВОЗ должна наращивать свой потенциал для предоставления технической помощи в целенаправленной деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья на глобальном, национальном и местном уровнях (см. Рек. 5.1; 9.1; 10.5; 15.3).

Биографии членов Комиссии

Майкл Мармот – Председатель Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Директор Международного института общества и здоровья, декан факультета эпидемиологии и здравоохранения Университетского колледжа (Лондон). В 2000 г. был посвящен в рыцари за заслуги в области эпидемиологии и осмысления проблемы несправедливости в отношении здоровья.

Франс Баум – декан факультета общественного здравоохранения Университета Флиндерс, профессор. Основательница и директор Южно-Австралийского общинного центра научных исследований в области здоровья, сопредседатель Глобального координационного совета Движения за здоровье человека.

Моник Бжээн – профессор Школы управления Оттавского университета (Канада). Вторично назначена на должность министра национального здравоохранения и социального обеспечения. Была первой представительницей Квебека, избранной в Палату общин.

Джованни Берлингуэр – член Европейского парламента. Входил в состав Международного комитета ЮНЕСКО по биоэтике (2001–2007) и был докладчиком по проекту Всеобщей декларации о биоэтике.

Дэвни Ваггер, – профессор медицинской социологии, директор Центра по исследованиям справедливости в отношении здоровья (CHES) в Швеции, член Королевской шведской академии наук и ее Постоянного комитета по здравоохранению.

Гейл Виленски, – старший научный сотрудник Проекта «ХОУП», международного фонда по осуществлению образования в области здравоохранения. Ранее руководила программами Medicare и Medicaid в США, а также возглавляла две комиссии, консультирующие Конгресс США по вопросам, связанным с программой Medicare.

Ян Гуо – профессор общественного здравоохранения и вице-президент Центра медицинских наук Пекинского университета. Вице-председатель Китайской ассоциации сельского здравоохранения, заместитель директора Китайской академии политики здравоохранения

Киёси Курокава – профессор Национального института политических исследований (Токио), член Комитета по научной и технологической политике при Секретариате Кабинета министров. Ранее был президентом Научного совета Японии и Тихоокеанской научной ассоциации.

Рикардо Лагос Эскобар – бывший президент Чили. Занимал также должности министра просвещения и министра общественных работ. Кроме того, будучи по специальности экономистом и юристом, работал в качестве экономиста в Организации Объединенных Наций.

Алиреза Маранди – профессор педиатрии Университета «Шахид Бехешти» (Исламская Республика Иран). Дважды занимал должность министра здравоохранения и медицинского образования, был заместителем министра и советником министра. Недавно избран в члены Иранского парламента.

Пашкуал Мокумби – Высокий представитель Партнерства европейских и развивающихся стран по клиническим испытаниям, бывший премьер-министр Республики Мозамбик. До этого возглавлял Министерство иностранных дел и Министерство здравоохранения.

Ндиоро Ндиайе, – заместитель Генерального директора Международной организации по миграции, бывший министр социального развития и министр по делам женщин, детей и семьи в Сенегале.

Чарити Калуки Нгилу – министр здравоохранения Кении. До этого была членом Национальной Ассамблеи Кении от Демократической партии. С 1989 г. возглавляет организацию Maenbeleo ya Wapawake (национальное женское движение),

Хоша Рашад, – директор Центра социальных исследований Американского университета в Каире, профессор. Член Сената, одного из двух законодательных органов власти в Египте. Работает в Национальном совете по делам женщин при президенте Египта.

Амартия Сен, – профессор университета Ламонт, профессор экономики и философии Гарвардского университета. В 1998 г. был удостоен Нобелевской премии в области экономики.

Дэвид Сэтчер – директор Центра совершенствования по вопросам неравенства в отношении здоровья, директор Инициативы Института Сэтчера по лидерству в здравоохранении. Бывший Главный врач Государственной службы здравоохранения США и помощник Секретаря по вопросам здравоохранения. Работал также в должности Директора Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) США.

Анна Тибайджука, – исполнительный директор Программы ООН по населенным пунктам (ООН-ХАБИТАТ), основательница и председатель независимого Танзанийского национального женского совета.

Уильям Х. Фэйги, – заслуженный профессор международного здравоохранения Университета Эмори. Ранее занимал должность директора Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), руководил Программой ликвидации оспы CDC и был исполнителем директора Центра Картера. Занимал также должность старшего медицинского советника в Фонде Билла и Мелинды Гейтс.

Мираи Чаттерджи – координатор по вопросам социальной безопасности Индийской ассоциации самозанятых женщин (профсоюз, начитывающего свыше 900 тыс. самозанятых). Недавно была включена в состав Национального консультативного комитета и Национальной комиссии по неорганизованному сектору.

Библиография

Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. (http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf, accessed 20 February 2008).

Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35-98.

Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (<http://www.brookings.edu/>, accessed March 2008).

Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005-2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. (http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf, accessed 13 May 2008)

Adlung R (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455-485.

Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality>, accessed 7 March 2008).

Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640-658.

Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989-1997. *Health Policy and Planning*, 20:80-89.

Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293-304.

Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343-352.

Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>, accessed 10 April 2008).

Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (<http://www.pambazuka.org/en/category/features/34800>, accessed 27 May 2008).

Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207-220.

Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761-767.

Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*. Harare, EQUINET. (<http://www.equinet.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>, accessed 27 May 2008) (Discussion paper 39).

Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. New York, The Earth Institute at Columbia University. (http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdchallenge.pdf, accessed 13 May 2008) (CGSD Working Paper No. 24).

Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Barriento S, Kabere N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Geneva, Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.

Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417-423.

Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skimming, equity and cost containment. In: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. London, MacMillan, pp. 183-199

Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713-729.

Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357-371.

Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718-719.

Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771-777.

Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368-375.

Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.

Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459-468.

Baum F, ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.

Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion and Education*, 14:90-95.

Baum F (2008). *The new public health*. New York, Oxford University Press.

Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.

Baunsgaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Report No. WP/05/112. Washington, DC, International Monetary Fund.

Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canada, 2 May 1998.

Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.

Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. London, Health Systems Resource Centre.

Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.

Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. In: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cape Town, UCT Press, pp. 77-101.

Bidani B & Ravallion M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.

Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.

Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research.

Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.

Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.

Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf, accessed 4 September 2007).

Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.

Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Globalisation Knowledge Network synthesis paper 4. Background document of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.

Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, World Bank.

Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Johannesburg, EQUINET. (<http://www.equinet.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf>, accessed 26 March 2007) (Discussion Paper 2).

Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40:289-328.

Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon was Senior Vice-President and Chief Economist of the World Bank between 2003 and 2007. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0>, accessed 9 May 2008).

Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization (WHO/CHS/HSS/98.1).

Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.

Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.

Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.

Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce "Innovative Approaches and Promising Practices" study: the Capacity Project*. (http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc, accessed 8 February 2007).

Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.

Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.

Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.

Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. (http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php, accessed 24 January 2008).

Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.

CASEL (nd). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life*. Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (<http://www.casel.org/downloads/academicbrief.pdf>, accessed 1 February 2008).

Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.

Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Beijing, China, 29 October 2007. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html, accessed 10 April 2008).

Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people. Geneva, 14 May 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html>, accessed 29 May 2008).

Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.

Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.

Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa*. New York, UNICEF. (http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html, accessed 5 February 2008).

Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. (http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, accessed 3 April 2008).

Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. In: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment*. Oxford, Oxford University Press.

Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.

Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth*. Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).

CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization.

COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform*. Canberra, Council of Australian Governments (<http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind>, accessed 2 May 2008).

Cobham A (2005). *Taxation policy and development*. Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).

Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers*. Statement prepared for the Health, Education, Labor, and Pensions Committee of the US Senate, 12 April 2007. (http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf, accessed 5 May 2008).

Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Working Paper 2041).

Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.

Connect International (nd). Connect International website. Leiden, Connect International (<http://www.connectinternational.nl>, accessed 9 May 2008).

Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (<http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm>, accessed 5 May 2008).

Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.

Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presented at the Globalism and Social Policy Programme (GASPP) Seminar, Dubrovnik, Croatia.

CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Curriculum Corporation (nd). Mind Matters website. Melbourne,

MindMatters (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters>, accessed 13 May 2008).

Cutler D & Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/working-paper06-19.pdf>, accessed 25 September 2007).

CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Dambisya Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, South Africa*. Harare: EQUINET (<http://www.equinetfrica.org/bibl/docs/Dis31HRdambisya.pdf>, accessed 27 June 2007) (Discussion Paper 31).

Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 3647).

DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (http://www.oecd.org/department/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_00.html, accessed 16 May 2008).

Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.

Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. New York, The Commonwealth Fund.

de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, World Bank.

De Maeseneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsinki, Ministry of Foreign Affairs for Finland.

Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.

Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.

Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. (http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf, accessed 20 March 2008).

Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsinki, WIDER Annual Lecture.

Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, South Africa. *Antipode*, 39:222-226.

Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.

Delhi Group on Informal Sector Statistics (nd). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. New York, UN. (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>, accessed 28 May 2008).

Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. London, Government Equalities Office (http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wwc_govtactionplan_sept06.pdf, accessed 5 May 2008).

Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. London, Department of Health.

Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health.

Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.

Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).

Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.

DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. London, Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp>, accessed March 6 2008).

DHS (nd). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (<http://www.measuredhs.com>, accessed 15 February 2008).

Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.

Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. A background paper commissioned by the Disease Control Priorities Project. Washington, DC, World Bank.

Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332:662-664.

Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.

Dreze J (2003). Food security and the right to food. In: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. New Delhi and Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.

Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.

Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Asian Development Bank, 18 January 2006.

Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsinki, World Institute for Development.

ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Background document of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

ECOSOC (1997). Agreed Conclusions 1997/2, 18 July 1997.

ECOSOC (nd). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. New York, United Nations (<http://www.un.org/ecosoc/about>, accessed 28 May 2008).

Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.

EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.

Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.

EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Final report of the Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.

Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.

EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.

European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Brussels, European Commission (<http://aci.pitt.edu/3963/>, accessed 5 May 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).

EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Rotterdam, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.

Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 June.

Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-496.

Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.

Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.

Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.

Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.

Forman L (2007). Right and wrong: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four:

comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.

French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, January 14.

Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.

Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.

Frobel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.

Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.

Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. New York, Springer.

Galiani S, Gertler P & Schargrodsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.

Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.

Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Millennium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. London, Earthscan.

GEQA (nd). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust (http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf, accessed 5 May 2008).

Geiger H (1984). Community health centres. In: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. New York: Pantheon Books, pp. 11-31.

Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.

Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Geneva, International Labour Organization. (http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eoo/tu/tu_toc.htm, accessed 5 May 2008).

GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Glasier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.

Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.

Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (<http://www.amacad.org/publications/Glewwe.pdf>, accessed 4 September 2007).

Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Geneva, Global Forum for Health Research. (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf, accessed 9 May 2008).

Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, UK, Institute of Development Studies. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf>, accessed 27 June 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).

Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation*, 2005. University of California San Diego and University of Virginia (<http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf>, accessed February 2008).

Gostin L (2007). The 'Tobacco Wars' – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537-2539.

Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96-107.

Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank.

Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.

Graham H (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47-56.

Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency. (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453>, accessed 5 May 2008).

Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23-27.

Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1-5.

Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.

Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.

Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541-543.

Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685-696.

Gwatkin D & Devshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. New York, World Bank.

Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272-1280.

Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why*. Washington DC, World Bank.

Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, World Bank.

Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation.

Hamdad M (2003). *Valuing households' unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Ottawa: Statistics Canada.

Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.

Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.

Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.

Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.

Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women's Policy Research. (<http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm>, accessed 28 May 2008).

Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Geneva, World Health Organization.

Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Background paper of the Globalisation Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Case study prepared by Department of Health UK for the Commission on Social Determinants of Health. London, Department of Health.

Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public Health Agency Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf, accessed 11 April 2008).

Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. London: Department of Health.

Health Metrics Network (nd). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>, accessed 5 May 2008).

Health Systems Trust (nd). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (<http://www.hst.org.za/generic/28>, accessed 9 May 2008).

Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. a pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.

HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. London, HelpAge International (www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf, accessed 5 May 2008).

HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia>, accessed 5 May 2008).

HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY>, accessed 5 May 2008).

HelpAge International (nd). *Social pensions in low and middle income countries*. London, HelpAge International. (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility>, accessed 5 May 2008).

Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.

HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. (http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3-d-2%20trillion.aspx, accessed 20 March 2008).

Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy*. Oslo, Norwegian Ministry of Foreign Affairs.

Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83-96.

Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745-754.

Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [thesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (<http://hdl.handle.net/1765/11023>, accessed 5 May 2008).

- Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 34:1257-1265.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). *Final report of the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861-873.
- Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223>, accessed 17 April 2008).
- Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. UN Economic and Social Council, New York, United Nations (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf, accessed March 08).
- Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.
- Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.
- Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, DFID Health Systems Resource Centre.
- Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.
- IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Geneva, Internal Displacement Monitoring Centre.
- ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Geneva, International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang-en/WCMS_005285/index.htm, accessed 8 May 2008).
- ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92nd Session of the International Labour Conference. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Geneva, International Labour Organization (www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf, accessed 3 March 2008).
- ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2006b). Facts on labour migration. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope. World of work, No. 61*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007b). *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April 2007. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/-/webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf, accessed 5 May 2008).
- ILO (2008). *Global employment trends*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (nd). *In Africa*. Web page of the Social Security Department. Geneva, International Labour Organization. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/projects/africa.htm>, accessed 21 February 2008).
- ILOLEX (2007). International Labour Standards [online database]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/ilolex/english/>, accessed December 2007).
- Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (<http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfnm=73>, accessed March 08).
- Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presented at the Adelaide Symposium of the Commission on Social Determinants of Health.
- Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. In: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisbon, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Geneva, International Office of Migration.
- IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. New York, Cambridge University Press.
- Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Background document for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.
- IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: International Union for Health Promotion and Education.
- Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).
- Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231-245.
- Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807-1821.
- Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. London, Jubilee Debt Campaign (<http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl>, accessed 29 May 2008).
- JUNJI (nd). JUNJI website [in Spanish]. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (<http://www.junji.cl>, accessed 14 May 2008).
- Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707-713.
- Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Background document of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Geneva, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-388.
- Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. In: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.
- Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presented to the Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2-3 June 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (<http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf>, accessed 28 May 2008).
- Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf, accessed 5 May 2008).
- Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.
- Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566-74.
- Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663-668.
- Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431-442.
- KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.
- Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 3-21.
- Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13:235-283.
- Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661-687.
- Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22:113-127.
- Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Presented to the meeting of the Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Thailand. (<http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>, accessed 4 May 2007).
- Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. New York, UNICEF.
- Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Ottawa, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.
- Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. London, Centre for Food Policy, City University.
- Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552-1554.
- Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383-388.
- Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.
- Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.
- LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. London: London Health Commission.
- Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.
- Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. In: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead, Open University Press.
- Locke K (2006). *Health impact assessment of foreign and security policy*. Background paper: the role of health impact assessment. London, Nuffield Foundation.
- Loewenson R (2003). *Civil society – state interactions in national health care systems*. Annotated bibliography on civil society and health. Harare: WHO/Training and Research Support Center (TARSC). (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/>, accessed 26 June 2007).
- Lofus AJ & McDonald DA (2001). Of liquid dreams: a political

ecology of water privatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization*, 13:179-200.

Logie DE (2006). An affordable and sustainable health service for Africa in the 21st century. Ottawa, International Development Research Center (http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 28 May 2008).

Lokshin M et al. (2005). Improving child nutrition? The Integrated Child Development Services in India. *Development and Change*, 36:613-640.

Lopez A et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford: Oxford University Press and World Bank.

Luciano D, Esim S & Duvvury N (2005). How to make the law work? Budgetary implications of domestic violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27:123-133.

Lundberg O et al. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Report for the Commission on Social Determinants of Health. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHES).

Lynch RG (2004). *Exceptional returns: economic, fiscal, and social benefits of investment in early childhood development*. Washington, DC, Economic Policy Institute.

McCoy D et al. (2004). Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630-1631.

McDonald D & Smith L (2004). Privatising Cape Town: from apartheid to neo-liberalism in the mother city. *Urban Studies*, 41:1461-1484.

McGillivray M et al. (2005). *It works; it doesn't; it can, but that depends...: 50 years of controversy over the macroeconomic impact of development aid*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Research Paper No. 2005/54).

Macinko J et al. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13-19.

Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Rotterdam: ErasmusMC University Medical Center Rotterdam.

Mackenbach JP & Bakker MJ (2003); for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362:1409-1414.

Mackenbach JP & Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757-771.

Mackenbach JP, Meerding WJ & Kunst AE (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg: European Commission.

McKinnon R (2007). Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. In: *International Social Security Association. Developments and trends: supporting dynamic social security*. World Social Security Forum, 29th ISSA General Assembly. Geneva, International Social Security Association, pp. 31-37 (<http://www.issa.int/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 5 May 2008).

McMichael AJ et al. (2007). Food, livestock production, energy, climate change and health. *Lancet*, 370:55-65.

McMichael AJ et al. (2008). Global environmental change and

health: impacts, inequalities, and the health sector. *BMJ*, 336:191-194.

Macpherson AK et al. (2002). Impact of mandatory helmet legislation on bicycle-related head injuries in children: a population-based study. *Pediatrics*, 110:e60-e65.

Madsen PR (2006). Contribution to the EEO Autumn Review 2006 'Flexicurity'. Denmark: European Employment Observatory.

Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23:167-176.

Mahapatra P et al. (2007). Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 370:1653-1663.

Mandel S (2006). *Debt relief as if people mattered: a rights-based approach to debt sustainability*. London, New Economics Foundation.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. London, Bloomsbury.

Marmot M (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370:1153-1163.

Marmot M & Wilkinson RG, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.

Marshall TH (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.

Martens J (2007). Strengthening domestic public finance for poverty eradication. *Development*, 50:56-62.

Mathers CD & Loncar D (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Evidence and information for Policy Working Paper. Geneva, World Health Organization.

MDG Report (2007). The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 13 May 2008).

Mehta L & Madsen BL (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *Natural Resources Forum*, 29:154-164.

MEKN (2007a). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

MEKN (2007b). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Background paper for the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.

Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.

Millennium Villages Project (nd). Millennium Promise website. New York, Millennium Promise (<http://www.millenniumpromise.org>, accessed 8 February 2008)

Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February-1 March 2006. Paris, Government of France.

Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, IMF (Working Paper 07/100).

Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.

Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Issues in Social Protection, Geneva, Social Security Department, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Discussion paper 17).

Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt>, accessed 5 May 2008).

Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. London, Earthscan.

Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.

Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.

Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.

Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.

Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.

Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.

Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.

Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4:e327.

Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Paper prepared for the Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.

Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in

a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, World Bank, pp. 43-71.

Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

NAS Panel on Aging (2006). Panel on Aging of the National Academies Committee on Population, convened for the Commission on Social Determinants of Health, August 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.

National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>, accessed 7 March 2008).

Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative*. Paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. London, UK National Heart Forum.

NHS (2000). *The London Health Strategy*. London, NHS Executive London Regional Office.

Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women--a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.

Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. In: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.

NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.

O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf>, accessed 12 October 2006) (EQUITAP Project Working Paper #3).

O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.

ODI (1999). *Global governance - an agenda for the renewal of the United Nations*. London, Overseas Development Institute.

OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

OECD (2005). *From employment to work*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. New York: Office of the Mayor. (<http://www.nyc.gov>, accessed 5 May 2008).

Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.

Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*.

A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. (<http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Research%20Report.pdf>, accessed March 2008)

Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84:i27-i34.

Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.

Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. London, Oxfam. (Briefing Paper 34).

Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.

Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Pan-American Health Organization (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).

PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (<http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm>, accessed 10 May 2008).

PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Pan-American Health Organization.

PAHO (2007). *Renewing primary health care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Pan-American Health Organization (<http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf>, accessed 27 June 2007).

Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secoc/downloads/policy/1023sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).

Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.

Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Partnership for Child Development (nd). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. (www.freshschools.org, accessed 13 May 2008).

Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on school-age children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.

Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.

Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. New York, Global Policy Forum.

Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*.

Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf, accessed 5 May 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).

Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.

PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.

PHM (2000). *People's charter for health*. Cairo: People's Health Movement.

PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. London, Zed Books.

Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:251-267.

Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. In: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.

Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [online], (<http://dissentmagazine.org/article/?article=990>, accessed 10 April 2008).

PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Report from the alcohol node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

PPHCKN (2007c). *Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Report from the mental health node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.

Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization.

Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>, accessed 14 May 2008).

Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, UK, National Resources Institute (<http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf>, accessed 30 April 2008).

Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsinki, UNU-WIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).

Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, IMF (IMF Working Paper 05/127).

Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. London, IBON Books Manila/Zed Books.

Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.

Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburg: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms (www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm, accessed 27 March 2007).

Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science and Medicine*, 23:559-566.

Rihani MA (2006). *Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education*. Washington, DC, AED Global Learning Group (http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf, accessed 24 September 2007).

Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. New York: Luxembourg & Syracuse (LIS Working Paper Series, no. 393).

Roberts H & Meddings DR (2007). *What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury*. Background paper of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Rodrik D (2001). *The global governance of trade as if development really mattered*. New York, United Nations Development Programme.

Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999-2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19-34.

Rootman I & Gordon-El-Bihety D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.

Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-745.

Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928-936.

RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States*. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.

Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947-952.

Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [online], (http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs, accessed 14 March 2008).

Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* London, Penguin Books.

Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK, Open University Press.

Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. London, Macmillan.

Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757-763.

Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. London: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.

Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632-637.

Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).

Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District – Zambia*. Manchester, Institute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).

Schurmann A (2007). *Microcredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Background paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.

Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.

Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. In: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 233-253.

SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf Inc.

Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569-77.

SEWA Bank (nd). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Self-

employed Women's Association (<http://www.sewa.org/services/bank.asp>, accessed 7 April 2008).

SEWA Social Security (nd). Childcare section of the SEWA Social Security webpage. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (<http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare>, accessed 5 May 2008).

Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397-418.

Sheuya S, Howden-Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84:i98-i108.

Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.

Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, World Bank (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).

SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands (http://www.sign-schoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc, accessed 30 April 2008).

Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. In: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. *Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva, World Health Organization (<http://www.expandnet.net/volume.htm>, accessed 26 June 2007).

Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Research Report No.111).

Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798-799.

Stahl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and the European Observatory on Health Systems and Policies.

Standing Committee on Nutrition (nd,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Geneva, Standing Committee on Nutrition (<http://www.unsystem.org/SCN/Default>, accessed 4 May 2008)

Standing Committee on Nutrition (nd,b). *Strategic framework*. Geneva: Standing Committee on Nutrition Secretariat (<http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf>, accessed 8 May 2008)

Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.

Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11-32.

Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457-502.

Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*.

London, HM Treasury.

Stern N, Dethier J-J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.

Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. London, Penguin Books.

Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. New York, WW Norton.

Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202-225.

Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437-461.

Swaminathan M (2006). *2006-7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.

Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37.

Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.

Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205-228 (special issue).

Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security—a historical perspective. *World Development*, 35:67-86.

Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023-2027.

Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295-303.

Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termites. *Finance and Development*, 38.

Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116-127.

Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525-542.

Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25-45.

Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, UK [online] (http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf, accessed 27 February 2008).

The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (<http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorry-address/2008/02/12/1202760291188.html>, accessed 28 May 2008).

The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (<http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm>, accessed 30 January 2008).

Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33-37.

Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. London, Allen Lane/Penguin, 2000.

Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).

Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405-12.

UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=7194_201&ID2=DO_TOPIC, accessed 20 May 2008).

UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>, accessed 28 May 2008).

UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En), accessed 1 March 2008).

UN (2000b). *Millennium Development Goals*. New York, United Nations.

UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. *Africa Recovery* 15:12 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm>, accessed 16 May 2008).

UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). New York, United Nations.

UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Geneva, United Nations Committee on the Rights of the Child (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>, accessed 8 May 2008).

UN (2006b). *The Status of Women in the United Nations System*. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf>, accessed 21 February 2008).

UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. London, Earthscan.

UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. New York and Geneva, United Nations.

UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development.

UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs.

UNDESA, Population Division (2006). *Population ageing 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>, accessed 5

May 2008).

UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP (1999). *Human development report. Globalization with a human face*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. New York, United Nations Development Programme.

UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume I: tabulation report. Baghdad, Central Organisation for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation.

UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Principal Regional Office for Asia and the Pacific.

UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood care and education*. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>, accessed 5 May 2008).

UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

UNESCO (2007b). *Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006-2015. Vision and strategy paper*. Hamburg, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Lifelong Learning.

UN-HABITAT (2006). *State of the world's cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, UN-HABITAT.

UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/>, accessed 10 Dec 2007).

UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Address by Executive Director Anna Tibaijuka. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0>, accessed April 30, 2008).

UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.

UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org>, accessed December 2007).

UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. New York, United Nations Children's Fund.

UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. New York, United Nations Children's Fund.

- UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. New York, United Nations Children's Fund (Statistical Review, Number 7).
- UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (nd,a). *Child protection information sheets*. New York, UNICEF.
- UNICEF (nd,b). Life skills website. New York, UNICEF (<http://www.unicef.org/lifeskills>, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. New York, UNICEF. (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html, accessed 20 March 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. New York, UNICEF. (http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc, accessed 20 March 2008).
- US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (<http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm>, accessed 5 May 2008).
- Vägerö D (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1-19.
- Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Geneva, International Labour Organization (ESS Paper No. 13).
- Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482-483.
- Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Victora CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093-1098.
- Victora CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340-357.
- Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205-1209.
- Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50-54.
- Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84:i16-i26.
- Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746-753.
- Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529-1538.
- Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 4111).
- Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.
- Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Francisco, HarperCollins.
- Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.
- Waring M (2003). Counting for something! Recognizing women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.
- Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Background paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/heli/risks/risksmaps/en/index5.html>, accessed May 2008).
- WHO (2006a). WHO (2006b). Dr Margaret Chan. Director-General elect Speech to the First special session of the World Health Assembly. SSA1/DIV/6. Geneva, 9 November 2006. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html, accessed 14 February 2008).
- WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007c). *World health statistics*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>, accessed 28 March 2008).
- WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008a). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008b). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (nd,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, accessed 17 March 2008) (Factsheet No 317).
- WHO (nd,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html, accessed 15 March 2008).
- WHO (nd,c). *Quick diabetes facts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/diabetes/en/>, accessed 17 March 2008).
- WHO (nd,d). *Child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>, accessed 4 May 2008).
- WHO & PHAC (2007). Improving health equity through intersectoral action. Geneva, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.
- WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 28 May 2008).
- WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf, accessed 16 July 2008).
- WHO Healthy Cities (nd). Healthy Cities website. Copenhagen, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/healthycities>, accessed April 10, 2008).
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London, Routledge.
- Williams K & Borins EF (1993). Gender bias in a peer-reviewed medical journal. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.
- Wilthagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Invited paper for the 113th World Congress of the International Industrial Relations Association, Berlin.
- Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York; CIESIN and UNICEF.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. London, Government Equalities Office (http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf, accessed 30 April 2008).
- Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation.
- Woodward D (2005). The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.
- Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. London, New Economics Foundation (http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf, accessed 5 May 2008).
- Woodward D & Simms A (2006b). *Growth is failing the poor: the unbalanced distribution of the benefits and costs of global economic growth*. New York, United Nations (ST/ESA/2006/DWP/20), based on Woodward D & Simms A (2006a).
- Woolf SH et al. (2004). The health impact of resolving racial disparities: an analysis of US mortality data. *American Journal of Public Health*, 94:2078-2081.
- Woolf SH et al. (2007). Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health*, 97:679-683.
- World Bank (1997). Designing effective safety net programmes. *Poverty Lines*, 7:1-2. (http://www.worldbank.org/html/prdph/lms/research/povline/pl_n07.pdf, accessed 5 May 2008).
- World Bank (1999). *Global development finance*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006a). *Global monitoring report 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006b). *World development indicators, 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2007). *Global economic prospects 2007: managing the next wave of globalization*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2008). *The world development report 2008 – agriculture for development*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank Independent Evaluation Group (2006). *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, World Bank.
- World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Organization.
- WorldWatch Institute (2007). *State of the world 2007: our urban future*. Washington DC, The WorldWatch Institute.
- Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972-983.
- YouGov Poll (2007). Commissioned by the Fabian Society. London, YOUGOV (<http://www.yougov.com/uk/archives/pdf/fabian%20toplines.pdf>, accessed 20 March 2008).
- Young ME (2002). Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil. In: Young ME ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 123-142.
- Yusuf S et al. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104:2746-2753.

Zedillo E et al. (2001). *Recommendations of the High-level Panel on Financing for Development*. New York, United Nations (A/55/1000).

Ziersch A & Baum F (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:493-500.

Список сокращений

АБР	Азиатский банк развития	НИИСП	Научно-исследовательский институт социально-го развития при ООН
АСЗЖ	Ассоциация самозанятых женщин	НПО	Неправительственная организация
АФРО	Региональное бюро ВОЗ для стран Африки	ОДР	Официальная помощь в целях развития
БОТ	Безопасность и охрана труда	ООН	Организация Объединенных Наций
БПП	Болезни, передающиеся половым путем	ООН-	Программа ООН по населенным пунктам
ВВП	Валовой внутренний продукт	ХАБИТАТ	(ПООННП)
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/ синдром приобретенного иммунодефицита	ОПБ	Общая поддержка бюджета
ВНД	Валовой национальный доход	ОПЖР	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении
ВНП	Валовой национальный продукт	ОПЗЖ	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ВПРО	Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана	ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация	ПИИ	Прямые иностранные инвестиции
ГАТС	Генеральное соглашение по торговле услугами	ПКПООН	Постоянный комитет системы ООН по вопросам питания
ГАТТ	Генеральное соглашение о тарифах и торговле	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ГИЗ	Глобальная инициатива в области здравоохранения	ПРООН	Программа развития ООН
ДМР	Департамент международного развития	ПСП	Программа структурной перестройки
ДМСО	Демографическое и медико-санитарное обследование	ПЦЗ	Помощь на цели здравоохранения
ДССМБ	Документ по стратегии сокращения масштабов бедности	РКБПТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
ЕВРО	Европейское региональное бюро ВОЗ	РРД	Раннее развитие детей
ЕС	Европейский союз	СДЗ	Социальные детерминанты здоровья
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста	СЕАРО	Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии
ИРЧП	Индекс развития человеческого потенциала	СЗ	Сеть знаний
КЖО	Калечащие операции на женских половых органах	СИДА	Канадское агентство международного развития
КЛФДОЖ	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин	СНС	Система национальных счетов ООН
КМЗ	Комиссия по макроэкономике и здоровью	ТРИПС	Соглашение по торговым правам интеллектуальной собственности
КСР	Комиссия содействия развитию	УВКБ	Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
МВФ	Международный валютный фонд	ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
МГКС	Межправительственная группа по климатическим изменениям	ХИПК	Бедные страны с высоким уровнем задолженности
МОМ	Международная организация по миграции	ЦРАТ	Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия
МОТ	Международная организация труда	ЭКОСОС	Экономический и социальный совет
МПП	Мировая продовольственная программа		
МСД	Межсекторальные действия		

ЭМРО	Региональное бюро ВОЗ для Восточного Средиземноморья (ВОЗ)	HEIA	Оценка результатов осуществления справедливости в отношении здоровья
ЭСКАТО	Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана	HIA	Оценка воздействия на здоровье
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры	HSKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам систем здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН	KNUS	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам населенных пунктов
ЮНКТАД	Конференция ООН по торговле и развитию	MEKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам измерения и понимания проблем и оценки влияния действий
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения	MTEF	Среднесрочная структура расходов бюджета
ЮНЭЙДС	Совместная программа ООН по ВИЧ/СПИДу	PEPFAR	Чрезвычайный план президента Дж. Буша по борьбе со СПИДом
DALY	Годы жизни, скорректированные на инвалидность, утраченные годы здоровой жизни	PPHCKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам приоритетных условий общественного здравоохранения
ECDKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам раннего развития детей	SEKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам социальной исключенности
EMCONET	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам условий найма	WGCKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам женщин и гендерной справедливости
G7/8	Группа семи (восьми)		
GEGA	Всемирный альянс по оценке равенства		
GKN	Сеть знаний Комиссии по социальным детерминантам здоровья по вопросам глобализации		

СПИСОК ВСТАВОК, РИСУНКОВ И ТАБЛИЦ

Вставки

Вставка 3.1	Несправедливость и коренные народы: последствия пагубного сочетания стратегий	Вставка 7.5	«Flexicurity» и обучение в течение жизни в Дании
Вставка 3.2	Инвестиции в здоровье и экономическая эффективность (Канада)	Вставка 7.6	Усиление правительственного контроля над субпоярными отношениями
Вставка 5.1	Пример межучрежденческого механизма: Постоянный комитет системы ООН по вопросам питания	Вставка 7.7	Действия работников швейной промышленности и активистов гражданского общества
Вставка 5.2	США: поощрение чтения вслух	Вставка 7.8	Действия на национальном уровне, направленные на преодоление стресса на рабочем месте
Вставка 5.3	Комплексный подход к решению проблем раннего развития детей на Ямайке	Вставка 8.1	Укрепление социальной защиты в условиях экономического кризиса: пример Республики Корея
Вставка 5.4	Применять меры вмешательства еще до зачатия. ICDS – комплексные услуги по развитию детей (Индия)	Вставка 8.2	Национальная стратегия по искоренению детской нищеты в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии
Вставка 5.5	Охват маргинализированных общин на Филиппинах	Вставка 8.3	Всеобщая социальная пенсия (Боливия)
Вставка 5.6	Всеобщая служба развития детей на Кубе	Вставка 8.4	Обеспечение ответственности перед людьми преклонного возраста и использование права на пенсию (Бангладеш)
Вставка 5.7	Интеграция раннего развития детей в существующие программы и услуги здравоохранения	Вставка 8.5	Минимальный доход, необходимый для здоровой жизни
Вставка 5.8	Разработка учебного плана раннего развития детей для сельских районов в Лаосской Народно-Демократической Республике	Вставка 8.6	Oportunidades – программа обусловленных денежных выплат
Вставка 5.9	Цели программы Юнеско «Образование для всех»	Вставка 8.7	Всеобщая система социальных пенсий в Лесото
Вставка 5.10	Страновые подходы к дошкольному образованию	Вставка 8.8	Создание системы социального обеспечения за счет взносов в Индии
Вставка 5.11	Школы, дружественные для детей	Вставка 9.1	Таиланд: обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи
Вставка 5.12	Кения: отмена платы за обучение в школе	Вставка 9.2	Первичная медико-санитарная помощь, медицинская помощь первичного уровня и здоровье населения
Вставка 5.13	Африка к югу от Сахары: спрос на высококачественное образование	Вставка 9.3	Примеры стратегий расширения социальных прав и возможностей граждан
Вставка 6.1	Улучшение условий жизни и обеспечение землепользования в Таиланде	Вставка 9.4	Бангладеш: первичная медико-санитарная помощь
Вставка 6.2	Калифорнийская программа налоговых кредитов	Вставка 9.5	Деятельность правительства, направленная на повышение публичной отчетности в сфере общественного здравоохранения
Вставка 6.3	Южное побережье Англии: рандомизированное исследование модернизации жилья и здравоохранения	Вставка 9.6	Бразилия: Программа семейного здоровья (PSF)
Вставка 6.4	Модернизация трущоб в Индии	Вставка 9.7	Справедливость и социальная защита
Вставка 6.5	Общегородская модернизация в Объединенной Республике Танзания	Вставка 9.8	Прогрессивное финансирование медицинской помощи: опыт районов со средним доходом
Вставка 6.6	Лондонская схема платежей за пользование перегруженными участками дорог (LCC)	Вставка 9.9	Обязательное медицинское страхование в Гане
Вставка 6.7	«Здоровье по проекту», Мельбурн (Австралия): инновационный инструмент планирования для создания безопасной, доступной и привлекательной среды	Вставка 9.10	Таиланд: единая система здравоохранения, финансируемая за счет налогообложения
Вставка 6.8	Форум по безопасности пищевых продуктов, сельского хозяйства и домашнего скота в Найроби и окрестностях (NEFSALF)	Вставка 9.11	Социальное страхование на случай болезни
Вставка 6.9	Мобилизация общин против насилия в Бразилии	Вставка 9.12	Уганда: внедрение и отмена системы взносов с пациентов
Вставка 6.10	Индия: устойчивое сельское хозяйство	Вставка 9.13	Оплата наличными и справедливость в отношении здоровья
Вставка 6.11	Бангладешский комитет развития села (БКРС) микрокредиты	Вставка 9.14	Исправление ситуации с текучестью квалифицированных кадров в Таиланде
Вставка 6.12	Таиланд: медицинское обслуживание в сельских районах	Вставка 9.15	Списание задолженности, сокращение бедности и оплата труда работников службы здравоохранения
Вставка 7.1	Труд и здоровье безземельных крестьян и мелких землевладельцев в Бразилии	Вставка 9.16	Глобальные инициативы в области здравоохранения
Вставка 7.2	Непал: детский труд	Вставка 9.17	Варианты выбора стратегии для прекращения утечки трудовых ресурсов из сектора здравоохранения
Вставка 7.3	Индийская национальная программа гарантий сельской занятости	Вставка 10.1	Межотраслевые меры по борьбе с ожирением
Вставка 7.4	Минимальный доход, необходимый для здоровой жизни		

Вставка 10.2	Комитет министров по вопросам здравоохранения, общественного развития и социального обеспечения Замбии	Вставка 12.9	Защита здоровья и справедливости в отношении здоровья в торговых соглашениях
Вставка 10.3	Межотраслевое сотрудничество по вопросу устранения несправедливости в отношении здоровья (Соединенное Королевство)	Вставка 12.10	Участие органов здравоохранения в торговых переговорах на различных уровнях: правительственном, региональном, с представителями гражданского общества
Вставка 10.4	Шри-Ланка: согласованный отраслевой подход к проблемам здравоохранения	Вставка 12.11	Расчет справедливых тарифов на водоснабжение
Вставка 10.5	Бразильская Национальная программа по продовольствию и полноценному питанию (PNAN)	Вставка 12.12	Регулирование медицинского страхования в интересах справедливости и равенства
Вставка 10.6	Поэтапная программа профилактики хронических заболеваний	Вставка 12.13	Изменение форм эксплуатации в швейной промышленности Бангладеш
Вставка 10.7	Мониторинг несправедливости в отношении здоровья в Новой Зеландии	Вставка 12.14	Защита средств к существованию в сельском хозяйстве
Вставка 10.8	Оценка влияния на здоровье Лондонской стратегии в сфере здравоохранения	Вставка 12.15	Регулирование рынка и продукты питания: безалкогольные напитки
Вставка 10.9	Опыт Кубы: инструменты мониторинга и оценки эффективности межотраслевой деятельности	Вставка 12.16	Рамочная конвенция по борьбе с табакокурением
Вставка 10.10	Активное вовлечение объединений пострадавших: работники индустрии секса в Колкате	Вставка 12.17	Стратегия борьбы с табакокурением в Таиланде
Вставка 10.11	Движение GERBANGMAS в районе Лумаджанг: возрождение первичной медико-санитарной помощи в рамках новых экономических условий в Индонезии	Вставка 12.18	Некоторые факты о борьбе с распространением алкоголя
Вставка 11.1	Рост глобальной экономики и распределение в интересах бедных	Вставка 12.19	Стратегии борьбы с распространением алкогольной зависимости
Вставка 11.2	Международная финансовая помощь и потребность в ней	Вставка 12.20	Формирование корпоративной социальной ответственности: давление снизу
Вставка 11.3	Нестабильность предоставления финансовой помощи	Вставка 12.21	Гражданское общество: влиятельные акционеры
Вставка 11.4	Финансовая помощь и проблема ВИЧ/СПИДа	Вставка 13.1	Устранение гендерной дискриминации в законодательстве о семье и браке в Кении
Вставка 11.5	Освобождение от уплаты долга и социальные расходы	Вставка 13.2	Бюджетные ассигнования на исполнение законов о домашнем насилии в Латинской Америке
Вставка 11.6	Укрепление национальной и международной налоговой системы	Вставка 13.3	Рост информированности гражданского общества в области прав собственности в Объединенной Республике Танзании
Вставка 11.7	Налоговая конкуренция и «фискальные термиты»	Вставка 13.4	Изменения в судопроизводстве по делам об изнасиловании в Пакистане
Вставка 11.8	Международная система финансирования иммунизации населения	Вставка 13.5	Изменение норм, касающихся калечащей деформации женских половых органов
Вставка 11.9	Обеспечение большей согласованности финансовой помощи: сдвиг в сторону общей поддержки бюджета	Вставка 13.6	Программа «Ступеньки» в ЮАР
Вставка 11.10	Повышение эффективности стратегии сокращения бедности	Вставка 13.7	Стратегии достижения гендерного равенства: пример Швеции
Вставка 11.11	Финансирование деятельности по улучшению социальных детерминантов здоровья	Вставка 13.8	Стратегия достижения гендерного равенства в правительстве Чили: программа совершенствования процесса управления
Вставка 11.12	Справедливое распределение финансов: метод оценки степени равенства	Вставка 13.9	Пропаганда гендерного равенства
Вставка 12.1	Представительство в Комиссии «Кодекс Алиментариус»	Вставка 13.10	Статистическое управление Канады: оценка вклада неоплачиваемой работы
Вставка 12.2	Приватизация водоснабжения в Аргентине и Боливии	Вставка 13.11	Gapokendras – народные образовательные центры в Бангладеш
Вставка 12.3	Цена табакокурения	Вставка 13.12	Поддержка женщин в развитии профессиональных навыков и карьеры: пример Соединенного Королевства
Вставка 12.4	Всемирная организация здравоохранения: Диагностический инструмент и инструкции для торговли и здоровья – приоритетное направление на 2008/2009 гг.	Вставка 13.13	Реализация права на равную оплату труда в провинции Квебек: пример Канады
Вставка 12.5	Оценка влияния на здоровье населения в Таиланде	Вставка 13.14	Обеспечение ухода за детьми в Индии
Вставка 12.6	Словения: оценка влияния на здоровье стратегии развития сельского хозяйства, политики в области продовольствия и качества питания	Вставка 14.1	Идентичность и права в Боливии
Вставка 12.7	Генеральное соглашение по торговле услугами	Вставка 14.2	Законодательная поддержка женщин в Индии
Вставка 12.8	Соглашение ВТО о торговых аспектах прав на интеллектуальную собственность	Вставка 14.3	Канада: трехсторонний план по вопросам здравоохранения для коренного народа в провинции Британская Колумбия

Вставка 14.7	Совместное составление бюджета в Порту-Алегри (Бразилия)
Вставка 14.8	Barrio adentro («внутри района»): право на здоровье и участие в жизни общества в Боливарианской Республике Венесуэла
Вставка 14.9	Правовая поддержка для расширения прав и возможностей общин: SEWA (Индия)
Вставка 14.10	Япония: сила сообщества
Вставка 14.11	Участие общины в Бангладеш
Вставка 14.12	Борьба за права и против торговли: дело о лекарствах против СПИДа
Вставка 15.1	Глобализация: влияние политики, создающее угрозу справедливости в отношении здоровья
Вставка 15.2	Глобальная картина финансирования
Вставка 15.3	Глобальный конфликт
Вставка 15.4	Глобальная миграция
Вставка 15.5	Реформа Совета Безопасности ООН
Вставка 15.6	Время для пересмотра глобального экономического влияния
Вставка 15.7	Экономический и социальный совет
Вставка 15.8	Справедливость в отношении здоровья в центре процесса глобального управления охраной здоровья: ЦРАГ
Вставка 15.9	Социальная изолированность: «Открытый метод координации» в Европейском союзе
Вставка 15.10	ВОЗ и ООН-ХАБИТАТ
Вставка 15.11	Панамериканская организация здравоохранения и Международная организация труда
Вставка 15.12	Механизм объединенных действий ООН
Вставка 15.13	Специальный уполномоченный по проблемам ВИЧ/СПИДа в Африке
Вставка 15.14	Право на здоровье – право на условия для здоровья
Вставка 15.15	Институциональные изменения в социальных детерминантах здоровья по всей структуре ВОЗ
Вставка 16.1	Статистика естественного движения населения и ее значение для выработки политики
Вставка 16.2	Минимальная система контроля справедливости в отношении здоровья
Вставка 16.3	Рекомендации по созданию общегосударственной системы контроля справедливости в отношении здоровья
Вставка 16.4	Мониторинг социальных детерминантов здоровья в Англии
Вставка 16.5	Подход к мониторингу на основе оценки справедливости
Вставка 16.6	Привлечение местного населения к осуществлению обследования домохозяйств, интерпретации данных и последующим действиям
Вставка 16.7	Показатели глобальной несправедливости в отношении здоровья
Вставка 16.8	Мексика: использование фактических данных для реформы системы здравоохранения
Вставка 16.9	Мексика: оценка системы всеобщего медицинского страхования (Seguro Popular)
Вставка 16.10	Значение качественных данных в понимании социальных детерминантов здоровья

Вставка 16.11	Включение гендерного аспекта в учебный план медицинских учебных заведений
Вставка 16.12	Наращивание потенциала в области раннего развития детей: виртуальный университет раннего развития детей
Вставка 16.13	Низкая грамотность в отношении здоровья – проблема и для богатых стран
Вставка 16.14	Оценка влияния на справедливость в отношении здоровья
Вставка 16.15	Расширение потенциала для оценки влияния на справедливость в отношении здоровья
Вставка 17.1	Стратегическая цель № 7(СЦ-7) Всемирной организации здравоохранения и связанные с ней ожидаемые результаты для Организации в целом

Рисунки

Рисунок 2.1	Межстрановое и внутривидовое неравенство по показателю младенческой смертности в зависимости от уровня образования матери
Рисунок 2.2	Детская смертность в возрасте до 5 лет на 1 тыс. живорожденных в зависимости от уровня благосостояния домохозяйства
Рисунок 2.3	Показатели смертности, стандартизированные по возрасту, для всех причин смерти, в зависимости от уровня депривации, измеряемого по 20-ступенчатой шкале, лица в возрасте 15–64 лет, 1999–2003, Соединенное Королевство (Англия и Уэльс)
Рисунок 2.4	Детская смертность в возрасте до 5 лет на 1 тыс. живорожденных в некоторых странах, 1970 и 2005 гг.
Рисунок 2.5	Тенденции средней ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин и женщин в возрасте 20 лет в зависимости от уровня образования, Российская Федерация.
Рисунок 3.1	Кривая Престона в 2000 г.
Рисунок 3.2	Доля сравнительно бедного населения до и после перераспределения доходов государством всеобщего благоденствия в различных странах
Рисунок 4.1	Концептуальная рамочная схема, разработанная Комиссией по социальным детерминантам здоровья
Рисунок 5.1	Воздействие комбинированного применения усиленного питания и социально-психологического стимулирования детей с низким ростом по отношению к возрасту в течение двухлетнего интервенционного исследования на Ямайке
Рисунок 6.1	Смертность от изменений климата
Рисунок 6.2	Изменение процента случаев смерти в результате дорожно-транспортных происшествий за период с 1987 г.
Рисунок 7.1	Количество производственных травм со смертельным исходом, связанных с воздействием опасных веществ, в различных странах и регионах
Рисунок 7.2	Доля трудящихся, живущих не более чем на 2 долл. в день, в различных регионах (%)
Рисунок 7.3	Распределение экономически активного населения по статусу занятости во всех регионах в 2007 г.
Рисунок 7.4	Формы нестандартной занятости в Европейском союзе (%)
Рисунок 7.5	Гендерное неравенство в отношении условий труда

- Рисунок 8.1 Низкая самооценка здоровья российских мужчин и женщин в возрасте 50 лет и старше и накопление социально-экономических факторов риска в течение жизни, 2002 г.
- Рисунок 8.2 Коэффициент относительной бедности для трех «групп социального риска» в 11 странах, около 2000 г.
- Рисунок 8.3 Совокупная щедрость семейной политики и младенческая смертность в 18 странах, около 2000 г.
- Рисунок 9.1 Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и доля частных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение в 2000 г.
- Рисунок 9.2 Эффективное обслуживание для достижения всеобщего охвата
- Рисунок 9.3 Распространение льгот среди бедного населения в рамках Схемы всеобщего охвата
- Рисунок 11.1 Доля тарифов в общем объеме доходов по регионам, 1980-1998
- Рисунок 11.2 Расходование средств Официальной помощи в целях развития на нужды здравоохранения в некоторых странах
- Рисунок 11.3 Изменения в распределении расходов в соответствии с Президентским чрезвычайным планом помощи больным СПИДом, 2004–2006
- Рисунок 11.4 Налогообложение в Восточной Азии (слева) и в странах Африки к югу от Сахары (справа), 1970–1989 и 1990–1999
- Рисунок 11.5 Помощь в целях развития для нужд здравоохранения в 1973–2004 гг.: 5-летнее скользящее среднее, финансовые обязательства
- Рисунок 11.6 Сумма внешнего долга бедных стран с высоким уровнем задолженности (ХИПК), 1970–2004 (миллиарды долл. США)
- Рисунок 12.1 Потребление продукции предприятий быстрого питания в некоторых странах (1995 и 1999 гг.)
- Рисунок 12.2 Водоснабжение в Йоханнесбурге: выпуклая кривая тарифов и идеальная вогнутая кривая
- Рисунок 13.1 Уровень заработной платы женщин, по сравнению с мужчинами, в некоторых странах (территориях)
- Рисунок 13.2 Доля женщин, имеющих право самостоятельно принимать решения об обращении за медицинской помощью (%), 2001–2005
- Рисунок 14.1 Чистый коэффициент посещаемости средней школы мальчиками и девочками
- Рисунок 14.2 Стандартизированная по возрасту смертность среди мужчин и женщин в Республике Корея, с разбивкой по уровням образования, 1993–1997 гг.
- Рисунок 14.3 Коэффициент полной иммунизации среди беднейшей и богатейшей квинтилей населения (в среднем по региону)
- Рисунок 14.4 Показатель самоубийств среди молодежи в группе коренного населения, в зависимости от факторов культурной преемственности
- Рисунок 15.1 Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (годы) по регионам, 1950–2005
- Рисунок 15.2 Приоритетные условия функционирования общественного здравоохранения. Причинно-обусловленные направления действий в отношении здоровья
- Рисунок 16.1 Тенденция в дисперсии смертности (ДС) для ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1950–2000 гг.
- Рисунок 17.1 Разбить орех несправедливости в отношении здоровья

Таблицы

- Таблица 2.1 Средняя ожидаемая продолжительность жизни мужчин в некоторых странах: неравенство между странами и внутри страны
- Таблица 3.1 Увеличение неравенства доходов между странами
- Таблица 6.1 Городское население и население городских трущоб, около 2003 г.
- Таблица 8.1 Социальные пенсии в странах с низким и средним доходом
- Таблица 9.1 Психическое здоровье — детерминанты и меры вмешательства
- Таблица 16.1 Незарегистрированные рождения (тыс.) по регионам и уровню развития, 2003 г.
- Таблица 17.1 Важнейшие мероприятия на пути обеспечения справедливости в отношении здоровья

Предметный указатель

А

авиабилеты: налогообложение стоимости 124
 Австралия 195
 городское планирование и проектирование городской среды 67
 инициатива по обеспечению социальной включенности 160-161
 коренные народы 160
 меры вмешательства в школе 58
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190
 согласованность социально-экономической политики 112
 автономия 159-160
 автомобили: загрязнение воздуха 62, 66
 адвокатирование 97, 150
 акционеры, влиятельные 144
 алкоголь 30, 62
 и развитие городов 6, 68
 контроль потребления 142, 143
 рынки 134-135
 Алма-атинская декларация (1978) 28, 33
 Англия – см.: Соединенное Королевство
 антенатальное определение пола плода 183
 Аргентина 133, 195
 Ассоциация самозанятых женщин (Индия) 92, 153, 162-163
 аутсорсинг 81, 82
 Афганистан 154
 Ачесона доклад (1998) 111, 113, 183

Б

баланс рабочего и свободного времени 80
 Бангладеш
 Бангладешский комитет по вопросам развития села (БКРС) 70
 Городская первичная медико-санитарная помощь, проект 97
 грамотность женщин 151
 социальные пенсии 89
 участие общин 164
 швейная промышленность 140
 Баум, Франс 207
 Бежэн, Моник 207
 беднейшие слои населения 31-32
 бедность 35
 в масштабах страны 157
 в странах с высоким доходом 38, 85
 влияние на жизненный цикл 84
 детская 7, 88
 затраты на медицинскую помощь, приводящие к катастрофическому обнищанию 95
 и глобализация 167
 и распределение дохода 38

и трудящиеся 73
 финансовые потоки, направленные на её сокращение. 120, 121
 Бедные страны с высоким уровнем задолженности (ХИПК) 105, 123, 129, 130
 беженцы и перемещенные лица 71, 86-87, 168
 см. также: мигранты
 безалкогольные напитки 141
 безземельные крестьяне 77
 безопасность и охрана труда (БОТ) 80, 81, 82-83, 203
 «Безопасные общины», программа 68
 безработица 88
 Бенин 82
 Берлингуэр, Джованни 207
 болезни, передаваемые через воду 35
 Боливия 89, 124, 133, 159
 Бразилия 195
 Движение сельских безземельных рабочих (MST) 77
 партисипативное управление 162
 Программа по продовольствию и полноценному питанию (PNAN) 113-114
 Программа семейного здоровья (PSF) 99, 100
 профилактика преступности и насилия 68, 69;
 Бургиньон Ф. 120
 бюджетирование
 и инициативы в области обеспечения гендерной справедливости 147
 и оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190-191
 партисипативное 162
 см. также: финансирование

В

Вагеро, Дэнни 207
 валютные сделки: налогообложение 124-126
 вдовы 86
 велосипед, пользование 10, 67-68
 Венесуэла 99, 162, 163
 вехи на пути к обеспечению справедливости в отношении здоровья 198
 взносы с пациентов как элемент системы медицинской помощи 103
 взяточничество 125
 Виленски, Гейл 207
 Виртуальный университет раннего детского развития 189;
 ВИЧ/СПИД
 и вопросы гендерной справедливости 147, 149
 предоставление лекарств 164, 165
 привлечение общин к работе по профилактике ВИЧ/СПИДа и борьбе с ним 117
 профилактика 58

распределение помощи 122, 123, 124
 согласованность политики 112
 власть 155-165
 дисбаланс 155-157
 и несправедливость в отношении здоровья 155-157
 несправедливое распределение 10-19, 44, 109, 204-205
 см. также: расширение прав и полномочий
 вода
 несправедливость в отношении доступа 35, 133
 приватизация 133
 справедливый доступ 14, 138, 139
 «Возьми и прочти», кампания 53
 вооруженные конфликты 36, 71, 157, 168
 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 1, 27, 28
 Алма-атинская декларация (1978) 28, 33
 «Безопасные общины», программа 68
 Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья 118
 Диагностический инструмент и инструкции для торговли и здоровья 135
 значение рекомендаций 22, 44-45, 202, 204, 205, 206
 и эффективное глобальное управление 170, 171, 172-173, 174
 изменения в институциональной сфере 174, 175
 исследование мер вмешательства, касающихся справедливости 186
 меры вмешательства, направленные на здоровую урбанизацию 172
 определение здоровья 33
 осуществление действий 194-195
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 135
 поддержка для министерств здравоохранения 117-118
 Поэтапная программа профилактики хронических заболеваний 114
 предлагаемые задачи в отношении здоровья 197-198
 Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ) 142
 роль раннего развития детей 51-52
 руководящая роль управления 181, 184, 191
 системы надзора за соблюдением справедливости в отношении здоровья 181, 184-185
 Среднесрочный стратегический план на 2008–2013 гг. (ССП) 194, 195
 укрепление потенциала 191
 Всемирная торговая организация (ВТО) 76, 133, 137, 138, 141, 165
 Всемирный альянс по оценке равенства 130, 183
 Всемирный Банк
 и облегчение долгового бремени 129
 и системы регистрации актов гражданского состояния 180
 и справедливые условия найма 76
 потребность в изменениях 169, 170
 Всеобщая декларация прав человека 84, 173
 всеобщие системы социальной защиты 87-89, 90-91, 92
 всеобщий доступ к медицинской помощи 8-9, 95, 96-106
 данные, подтверждающие необходимость действий 8-9
 рекомендации 9, 203
 всеобщий охват услугами медицинской помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья 153-154
 выплаты по нетрудоспособности 88

Г

Гана 70, 82, 101, 124
 гендерная справедливость 16-17, 145-154
 адвокатирование 150
 данные, подтверждающие необходимость действий 16
 действия по обеспечению 147-154
 и законодательство 147-148
 и медицинская помощь 97, 145, 146
 и научные исследования 187
 и национальные счета 150
 и права землепользования 69
 и ранние годы жизни 50, 51, 56
 и труд (работа) 74, 75, 145, 146, 152-153
 и учебные планы медицинских учебных заведений 188
 образование и повышение квалификации 56, 59, 151-152
 расширение политических прав и полномочий 159
 рекомендации 16, 205
 сексуальное и репродуктивное здоровье 153-154
 социальная защита 91, 152
 экономическая активность 152-153
 см. также: женщины
 Генеральное соглашение о тарифах и торговле (ГАТТ) 142
 Генеральное соглашение по торговле услугами (ГАТС) 136-137, 138
 географические районы; и распределение ресурсов 130, 131
 см. также: сельские районы; городские районная среда
 глобализация 14-15, 19, 27
 возможности и угрозы 166-167
 и бедность 167
 и налогообложение 124-126
 и социальная защита 86-87
 результаты, ведущие к повышению несправедливости 132
 Глобальная инициатива в области здравоохранения (ГИЗ) 105
 глобальная несправедливость в отношении здоровья 167-168
 Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья 118
 глобальное движение за перемены 27
 глобальное управление 19, 166-174
 борцы за эффективное г. у. 173
 новая потребность в г. у. 168-169
 действия, направленные на повышение эффективности г. у. 170-174
 потребность в переменах 169-170
 рекомендации 19, 205
 глобальные общественные блага 124, 170
 города 196; см. также: городские районы
 «Города, благоприятные для пожилых», инициатива 63
 городские районы 4, 196
 городское планирование и проектирование городской застройки 66-69, 110
 градиент, социальный см.: социальный градиент здоровья
 гражданское общество 196
 данные, подтверждающие необходимость действий 4
 значение рекомендаций 22-23, 45, 202, 204, 205
 и улучшение условий проживания 64-65

и вопросы гендерной справедливости 147, 148
и всеобщий доступ к медицинской помощи 96
и городское планирование и проектирование городской среды 66-68
и меры вмешательства в области раннего развития детей 51, 53
и партисипативное управление 63, 202
и партисипативное управление на местном уровне 63
и подотчетность частного сектора 144
и проблемы здоровья 62-63
и расширение политических прав и полномочий 160, 162, 165
и справедливое распределение средств 130
и схемы социальной защиты 87, 89, 90, 91
и условия найма 81-82
и услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья 153-154
миграция в г. р. 71
определение 27
работники здравоохранения 103-104
рекомендации 4, 202
улучшение условий жизни 63-66
условия повседневной жизни 35
уязвимость г. р. 60-62
гражданство, юридически подтвержденное 158, 159
грамотность населения в отношении здоровья 189
грамотность: женщин 145, 151
и здоровье 189
стимулирование раннего овладения г. 53
Греция 32
Гуо, Ян 207

Д
Дания 79
данные
источники 42
качественные д. 187
международное сотрудничество 187
оценка 43
потребность в д. 178-179
расширение определения 186-187
сбор 42
см. также: научные исследования
движение за улучшение здоровья на уровне общины 34
Движение сельских работников здравоохранения 34
девочки 16-17
забота о младших братьях и сестрах 56, 153
образование 59, 151-152, 205
см. также: женщины
действия (воздействие на социальные детерминанты здоровья)
ключевые сферы 2, 26-27, 43-44
межсекторальные – см.: межсекторальные действия
оценка результатов 20-21, 44, 206
устойчивые д. 194-198
участники 22-23, 44-46
финансовая поддержка 116
Дейтон, Энгус 37

Декларация коренных народов 159-160
Демографическое и медико-санитарное обследование (DHS) 157, 180
демпинг изделий 76
деньги
денежные потоки между странами 36, 38
несправедливое распределение 10-19, 44, 109, 204-205
см. также: финансирование
депрессия 62-63
депривация, материальная 31-32, 35
Дервиш К. 166
«Деревни тысячелетия», проект 70
дети
бедность 7, 88
права 52, 178
раннее развитие см.: раннее развитие детей
питание 3, 50, 52, 53-54, 55
социальная защита 88
труд 35, 74, 77
детская смертность 29, 85, 86
несправедливое распределение показателей 29, 30, 31, 32
детская смертность в возрасте до 5 лет
и социальная несправедливость 30, 31, 32, 50
предлагаемый целевой показатель 197
Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) 51, 52, 58
и системы записи актов гражданского состояния 180
рекомендации 202
диабет 30
Диагностический инструмент ВОЗ и рекомендации для торговли и здоровья 135
дисперсия смертности 19, 184
Доклад Стерна (2006) 196
доктора – см: работники здравоохранения
Документы по стратегии сокращения масштабов бедности (ДССМБ) 52, 69, 105, 128-129, 185
долг 120, 122-123
облегчение бремени 105, 123, 125, 129
ответственность 129
практически осуществимый подход к списанию долга с точки зрения чистого дохода 129
тенденции 129, 130
уплата 36, 38
доноры 12
значение рекомендаций 203, 204
и всеобщая медицинская помощь 96
и медицинская помощь 103, 105
и поддержка прогрессивного налогообложения 123
и структурная схема социальных детерминантов здоровья 126-129
и схемы социальной защиты 87, 89, 90, 91-92
предоставление обещанной финансовой помощи 121-122, 126;
доход
безопасность 84
защита см.: социальная защита
и ожидаемая продолжительность жизни при рождении 37
и прожиточный минимум, необходимый для здоровой жизни 78, 79, 90
несправедливое распределение 31, 37-38

перераспределение 85, 87
душевное здоровье 30, 62-63, 98

Е

Европейский союз (ЕС)
борьба против социальной исключенности 171, 172
индикаторы социальной защиты 88
системы мониторинга обеспечения справедливости в отношении здоровья 180, 181
условия найма 74, 75
Египет 32

Ж

женщины 16-17
вдовы 86
женское движение 149, 150
и медицинские услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья 153-154
измерение экономического вклада 150
насилие в отношении ж. 145, 147, 153
научные исследования с участием ж. 187
обеспечиваемая законом справедливость оплаты труда 152, 205
образование и обучение 151-152, 205
пожилые ж. 86
права 153-154
работники здравоохранения 104
равные возможности занятости 152-153
расширение политических прав и полномочий 159
расширение прав и полномочий 151, 154, 162-163
социальная защита 91, 152
трудоустройство ж. 140
юридические права 147, 148
см. также: гендерная справедливость; девочки

З

загрязнение воздуха 62, 66
задачи обеспечения справедливости в отношении здоровья 196-198
законодательство: и гендерная справедливость 147-148
и расширение политических прав и полномочий 158-160
Замбия 112, 183
занятость: полная 178
«Здоровая обстановка», подход 63
здоровому образу жизни содействие 66-68
здоровому питанию содействие 66, 67-68
«Здоровые города», движение 63, 111, 186, 196
здоровье
городского населения 62-63
определение ВОЗ 33
право на з. 158, 165, 173, 174
эффективность вложений в з. 39
«Здоровье для всех», инициатива 33, 34
здоровье и безопасность на работе – см. безопасность и охрана труда
Зимбабве 124
знания
накопление и обмен 196

расширение 186-187
см. также: данные
зоны экспортного производства (ЗЭП) 125, 134
ЗЭП – см. зоны экспортного производства

И

изменения климата 63, 196, 202
и урбанизация 4, 60-62
ухудшение 71
измерение и понимание проблем и оценка несправедливости в отношении здоровья 20-21, 44, 206
иммунизация 128, 156, 157
инвалиды 97
в городах 60
социальная защита 86, 88
инвестиции
и несправедливые переговоры 132
индикаторы 171-172
в области развития 181
Индия 197
Комплексные услуги по развитию детей (ICDS) 55
межсекторальные действия 117
меры вмешательства в области раннего развития детей 55
мониторинг справедливости в отношении здоровья 183
потери, связанные с табакокурением 134
программа гарантий занятости в сельских районах 78
программы сельского развития 69-70
расширение прав и полномочий женщин 159
система социального обеспечения 92
улучшение условий жизни в трущобах 65
услуги по уходу за ребенком 153
Индонезия 82, 119, 154, 197
Инициатива по распространению грамотности в целях расширения прав и возможностей 151
Инициатива по этической торговле 142
Институт развития организации общин (CODI) 64
информационные системы в области здоровья 178
инфраструктура сельская 70-71
Иран, Исламская республика 195
Ирландия 64, 154
Испания 5

К
калечащие операции на женских половых органах 148, 149
Калифорния
программа налоговых кредитов 65
Канада 39, 195
бедность 85
безопасность велосипедного транспорта 10
измерение неоплачиваемого труда 150, 151
коренное население 157, 159-160
равная оплата труда для женщин 152
условия труда 82, 83
финансирование межсекторальных действий 114;
капитала бегство 124, 127

Кастелас М. 155
 качественные данные 187
 Кения 59, 68, 125, 147, 195
 Керала (штат в Индии) 33
 Кикбуш И. 110
 Китай 33, 132, 134, 197
 Колумбия 71
 Комиссия Codex Alimentarius 132, 133
 Комиссия по социальным детерминантам здоровья 1
 концептуальная схема 42-43
 рекомендации – см.: рекомендации Комиссии; три принципа действий 2, 26-27, 43-44
 Комитеты общественного развития (Аруша, Объединенная Республика Танзания) 66
 Комплексное ведение болезней детского возраста (IMCI) 52, 55, 56
 Комплексные услуги по развитию детей (ICDS) (Индия) 55
 Конвенция о правах ребенка 52, 178
 «Коннект интернешна» 183
 Конференция ООН по торговле и развитию (ЮНКТАД) 129, 136
 Концептуальная схема, разработанная Комиссией по социальным детерминантам здоровья 42-43
 коренные народы 4, 36, 157
 идентичность и права 159
 расширение политических прав и полномочий 159-160
 рекомендации 205
 Корея, Республика 18, 87
 кормление грудью 50;
 корпоративная социальная ответственность 142-144
 коррупция 125
 Коста-Рика 33, 96
 Кривая Престона 37
 кров 64-65
 Куба 33, 55, 116
 Курокава, Киёси 207

Л

Лагос Эскобар, Рикардо 207
 Лаосская Народно-Демократическая Республика 56, 57
 Лесото
 социальные пенсии 89, 92
 Ли Чон-вук 27
 Лидеры, мировые 194
 ликвидация разрыва в течение жизни одного поколения 1, 26, 197-198
 осуществимость 23, 28, 32-33
 лица преклонного возраста 30
 лица, стремящиеся получить социальную защиту 86-87
 Лондон
 статутное совместное планирование 161
 стратегия здоровья (ЛНС) 115
 схема платежей за пользование загруженными участками дорог 67
 Лондонское агентство развития 68
 см. также: Соединенное Королевство
 Льюис, Стивен 173

М

Малави 125
 Малайзия 138
 Малер, Халфден 33
 Мали 125
 Мандела, Нельсон 50
 Маранди, Алиреза 207
 Мармот, Майкл 207
 материнская смертность 30, 154, 197
 Машел Г. 50
 мегаполисы 60
 медицинская помощь 94-106
 всеобщая м. п. – см.: всеобщий доступ к медицинской помощи и гендерная справедливость 97, 145, 146
 Модель Танахаси 99
 несправедливое распределение 94
 подотчетность государства 97
 подход с точки зрения социальных детерминантов здоровья 116
 регулирование в целях обеспечения справедливости 139
 регулирование частного сектора 133-134
 финансирование 8, 100-103, 104
 целевая м. п. 99
 медицинское образование 188
 медицинское обслуживание
 в сельских районах 70-71
 медсестры – см. работники здравоохранения
 Международная комиссия по социальным аспектам глобализации 169
 Международная налоговая организация (проект) 125-126
 Международная организация труда (МОТ)
 и гендерная справедливость 152, 153
 и ответственность рынка 136, 139
 и социальная защита 89, 172
 и трудовые стандарты 80
 Международная система финансирования иммунизации населения 127, 128
 международные специализированные учреждения (агентства) 73
 значение рекомендаций 202-203, 205
 и медицинские услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья 153-154
 и «утечка мозгов» работников здравоохранения 105
 справедливые условия найма и достойный труд 76
 учет гендерных вопросов в повседневной деятельности 148-149
 Международный валютный фонд
 и потребность в изменениях 169, 170
 и справедливые условия найма 76
 и финансирование медицинской помощи 105, 128, 129
 межсекторальные действия (МСД) 10, 110, 160
 в секторе здравоохранения 116
 и борьба с ожирением 110, 111
 потребности в области обучения 116, 189
 привлечение сообщества 117, 118, 119
 привязка к местным условиям 112-114
 укрепление институциональной основы 116-118
 финансирование 114, 130, 131
 межучрежденческий подход к раннему развитию детей 52

Мексика 141, 195
 реформа системы здравоохранения 185
 Oportunidades 89, 90-91, 186
 мелкие фермеры 77
 Менкен Г.А. 72
 меры вмешательства в период до беременности 54, 55
 местные органы власти
 городское планирование и проектирование городской среды 66-68
 значение рекомендаций 22, 45, 202, 204, 205
 и сельское развитие 69-71
 межсекторальные действия с участием м. о. в. 118, 119
 партисипативное управление на местном уровне 63
 справедливое распределение средств 130
 участие общественности в разработке политики 160
 транспортная политика 66
 улучшение условий проживания 64-65
 Метод оценки степени равенства 130, 131, 183
 методы предварительной оплаты при финансировании медицинской помощи 100-102
 мигранты
 внутренние 71
 международные 80, 86-87
 см. также: беженцы и перемещенные лица
 миграция
 глобальная 168
 и глобальное управление 169
 и работники здравоохранения 35, 105, 106
 микросхемы страхования здоровья 102
 министерства здравоохранения 116-118, 188, 204
 министерства образования 188, 206
 министр здравоохранения 116
 мировые лидеры 194
 многонациональные корпорации – см. транснациональные корпорации
 многосторонние специализированные учреждения
 значение рекомендаций 22, 44, 204, 205
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 135-136
 поддержка прогрессивного налогообложения 123
 потребность в изменениях 169-170
 предложения по обеспечению эффективного глобального управления 171-174
 схема социальных детерминантов здоровья 126-129
 согласованность многосторонних мероприятий 170-171
 Модель медицинской помощи Танахаси 99
 Мозамбик 113, 183, 195
 Мокумби, Пашкуал 207
 Монгелла Г. 145
 мониторинг 20-21, 178
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 114-115
 повышение потенциала в области м. 179-185
 рекомендации 21, 204, 206
 мужчины
 изменение привычек 148, 149

Н

наём 5-6, 72-83
 данные, подтверждающие необходимость действий 5
 и политика, благоприятная по отношению к семье 153
 и равные возможности 152-153
 поддерживающая международная среда 76
 рекомендации 6, 202-203
 справедливые условия 76-83
 условия 72, 73-74, 75
 см. также: занятость, труд, работа
 наличные платежи в сфере медицинской помощи 103, 104
 налог на валютные сделки 125-126
 Налог Тобина 124-125
 налогообложение 12
 и глобализация 124-126
 и финансирование медицинской помощи 100-103
 и финансирование социальной защиты 91-92
 налоги на табак и алкоголь 142, 143
 прогрессивное 123-124
 прямое и косвенное 124, 126
 рекомендации 13, 204
 специальные налоги в пользу здравоохранения 124
 укрепление систем н. 123-124, 125, 127
 Народное движение за здоровье 34, 165
 насилие 62, 148
 и вопросы городского планирования и проектирования городской застройки 66, 68, 69
 со стороны партнера (супруга) 145, 147, 153
 научные исследования 20-21, 178-179, 186-187
 гендерный уклон 187
 потребности 196
 рекомендации 21, 206
 масштаб 186
 институты 23, 45-46
 см. также: данные
 национальные правительства см. правительства
 национальные счета
 и гендерная справедливость 150
 Нгила, Чарити Калуки 207
 Ндиайе, Ндиоро 207
 недоедание в детстве 3, 53-54
 недостаточное питание 68
 неинфекционные болезни 62-63
 Непал 77, 125, 197
 неправительственные организации (НПО)
 мониторинг на уровне общин 183
 обучение работе 79
 несправедливость в отношении здоровья 1, 26, 29-34
 глобальная 167-168
 и беднейшие слои населения 31-32
 и социальный градиент 31
 и структурообразующие факторы – см. структурообразующие факторы
 измерение и понимание масштабов проблемы 20-21, 44, 206
 между странами и внутри страны 29, 167-168

осуществимость перемен 32-33
 по показателям здоровья 30
 причины и решения 35-39
 неформальная экономика 81, 82
 Нигер 59
 Нидерланды 183
 Новая Зеландия 115, 195
 Норвегия 153, 195

О

образование 50, 56–59
 в сельских районах 70
 девушек и женщин 59, 151–152, 205
 дошкольное 57, 58
 и продолжительность жизни 33
 и социальные детерминанты здоровья 188–191, 206
 масштабы 56–58
 матерей 29
 начальное 58, 59
 препятствия для получения 58–59
 результаты несправедливости в отношении доступа 18, 155, 156, 157
 рекомендации 4, 202
 среднее 58, 59
 см. также: раннее развитие детей, школа

Образование для всех, стратегия 57, 58, 59, 151
 обратный закон здравоохранения 95
 обследования домашних хозяйств 183
 обучение и повышение квалификации 20-21, 179, 188-191
 врачей и медицинского персонала 188
 других специалистов-практиков и участников внедрения стратегий 116, 189
 женщин 151-152, 205
 и оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190
 обучение для работы 79
 рекомендации 21, 206
 см. также: образование

Общая система страновой оценки 185
 общественные блага 120
 глобальные 124, 170

Общий комментарий о праве на здоровье 34
 Общий рынок стран Восточной и Южной Африки 138

общины
 интегрированные действия по улучшению здоровья 111
 и схемы страхования здоровья 102
 мониторинг соблюдения справедливости в отношении здоровья 183
 расширение прав и полномочий 160-161, 162-164

Объединенные Арабские Эмираты 141
 ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖР) 26, 167
 динамика во времени 32-33
 дисперсия смертности 19, 184
 и национальный доход 37
 и системы социальной системы 85
 различия внутри стран 30

целевой показатель 197
 окружающая среда
 деградация 66, 71
 и раннее развитие детей 51
 изменения 27
 см. также: среда обитания

Оман 141
 ООН-ХАБИТАТ 60, 64-65, 172, 202
 Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) страны 78, 167, 169
 Организация Объединенных Наций (ООН)
 Департамент по экономическим и социальным вопросам 136
 и раннее развитие детей 51-52
 механизм объединенных действий 173
 мониторинг справедливости в отношении здоровья 185
 Постоянный комитет системы ООН по вопросам питания (ПКПООН) 52
 реформа 169;
 Оттавская хартия укрепления здоровья (1986) 34
 Официальная помощь в целях развития (ОПР) 120, 121-122, 126;
 см. также: помощь

охрана материнства 94
 Оценка воздействия на здоровье (НИА) 115, 136
 поощрение здоровых продуктов питания 68
 территориальное распределение работников здравоохранения 104

улучшение условий жизни в трущобах 64
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 114-115
 при заключении экономических соглашений 135-136
 развитие потенциала оценки 190-191
 рекомендации 206

П

Пакистан 138, 148
 Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) 172
 парникового газа выбросы 60-62, 63, 66, 71

пенсии
 гендерная справедливость 152
 доступность 86
 социальные п. 88, 89, 91-92, 93

первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) 96-97
 участие общин и расширение их прав и полномочий 96-97
 движение за ПМСП 34
 возрождение ПМСП в Индонезии 119
 всеобщая 96
 модель ПМСП 8, 33, 94, 96

Первичная медико-санитарная помощь, ориентированная на общину 34
 первичная медицинская помощь 96
 перелив норм 164, 165

перемены
 осуществимость 28
 глобальное движение за п. 27

перемещенные лица – см.: беженцы и перемещенные лица

питание
 быстрое п. 134-135

в период до зачатия 54, 55
 в раннем детстве 3, 50, 52, 53-54, 55
 доступ к здоровому п. 68
 переход на новый рацион 62

планирование семьи 154
 платежи за пользование перегруженными участками дорог (Лондон) 66, 67
 повышение уровня осведомленности общества 189
 подход с точки зрения жизненного цикла
 и раннее развитие детей 54
 и социальная защита 84-92

подходы к организации действий по принципу «Инициатива снизу» 162-165

пожилые люди
 и городская среда 60
 и несправедливость в отношении здоровья 85
 медицинская помощь 97
 социальные пенсии 88, 89, 91-92, 93
 экономическая уязвимость 35, 86

политический климат
 и гендерная справедливость 145
 необходимость совершенствования 35

политические факторы
 влияние на состояние здоровья и справедливость в отношении здоровья 33

полнота 35, 62, 110, 111
 Польша 195

помощь 12, 121-122
 и экономический рост 126
 и кадры здравоохранения 105
 и социальная защита 91-92
 и концептуальная схема социальных детерминантов здоровья 126-129
 международные потоки 38
 нестабильность международных потоков 122
 повышение согласованности 127-129
 предоставление п., обещанной странами-донорами 121-122, 126
 рекомендации 204
 связанная со здоровьем – см.: помощь в целях развития на нужды здравоохранения
 см. также: доноры

помощь в целях развития на нужды здравоохранения 120, 122-123, 126, 127
 Португалия 32
 Постоянный комитет системы ООН по вопросам питания (ПКПООН) 52
 Поэтапный подход ВОЗ 114
 права 158-159
 детей 52, 178
 женщин 153-154
 коренных народов 159-160
 юридически подтвержденное гражданство 158, 159

права землепользования 69
 права интеллектуальной собственности (IPR) 137
 права человека – см. права
 Правительства (национальные)
 вклад женщин в национальные счета 150

законодательство о гендерной справедливости 147-148
 значение рекомендаций 22, 45, 202-206
 и медицинская помощь 96, 103, 105
 и раннее развитие детей 50-51, 202
 и системы записи актов гражданского состояния 179-180
 и системы мониторинга справедливости в отношении здоровья 180-181
 и социальные схемы защиты 87, 90, 9
 и справедливое распределение средств 130
 и транспортная политика 66
 и улучшение условий проживания 64-65
 медицинские услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья 153-154
 методы контроля рынка 138-142
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190-191
 партисипативное городское управление 63
 повышение справедливости в отношении здоровья 111
 подотчетность государства в сфере медицинской помощи 97
 практика найма и труда 78, 81
 расширение политических прав и полномочий 159, 160
 сельское развитие 69-71
 системный подход к обеспечению гендерной справедливости 148-149
 стратегия – см.: стратегии

право на здоровье 158, 165, 173, 174
 предприятия с потогонной системой 82
 преступность 62, 66, 68, 69

привлечение общины
 к межсекторальным действиям 117, 118, 119
 к мероприятиям по раннему развитию детей 56, 57
 к профилактике насилия 69

привлечение отцов к воспитанию детей 56
 Программа развития ООН (ПРООН) 38
 программы социальных субсидий 89, 90-91
 Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО) 51, 133, 136, 141

продолжительность жизни
 и расходы в частном секторе 94, 95
 и социальный градиент 32
 и уровень образования 33

продукты питания
 регулирование рынка п. п. 140, 141
 рынки 134-135
 согласованность политики в области п.п. 110
 безопасность 68, 70

прожиточный минимум 78, 79
 профессиональное обучение 79
 профилактика болезней 97, 116
 профилактика хронических болезней 114
 профсоюзы 77, 81-82, 112, 144, 152

Р

работа
 достойная работа 76-83
 см. труд

работники здравоохранения 103-105
 обучение 188
 оказание помощи 105
 распределение между городом и сельскими районами 103-104
 «утечка мозгов» 35, 105, 106
 работники здравоохранения на уровне общины 104
 работники индустрии секса 117
 рабочие группы (предложения по созданию) 172-173
 рабство 74
 развитие навыков 116-117, 152
 разделение стоимости 131
 разработка политики
 и оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190-191
 использование данных мониторинга 185
 справедливое участие в формулировании политики 160-162
 разрыв в области здоровья – см.: ликвидация разрыва в области здоровья в течение одного поколения
 Рамочная конвенция о контроле над табаком (ВОЗ) 142
 рандомизированные контрольные испытания 42, 179
 раннее развитие детей (РРД) 3-4, 50-59
 всеобщий охват 55
 всеобъемлющий подход 52-56
 выгоды от инвестирования в РРД 14
 данные, подтверждающие необходимость действий 3
 изменение умонастроения 51-52
 интегрированная схема 52-53
 использование существующих программ (услуг) в области здоровья 56
 подход с точки зрения жизненного цикла 54
 поощрение гендерного равенства 56
 привлечение общины 56, 57
 приоритетность мер в отношении социально обездоленных 54-55
 рекомендации 4, 202
 создание потенциала 189
 см. также: образование
 расходы на вооружение 36
 расходы на здоровье 36
 расширение политических прав и полномочий 18, 155-165
 данные, подтверждающие необходимость действий 18
 и законодательство 158-160
 инициатива снизу 162-165
 рекомендации 18, 205
 участие в разработке политики 160-162
 расширение прав и полномочий; в области политики – см.:
 расширение политических прав и полномочий
 и женщины 151, 154, 162-163
 и первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) 96-97
 рацион питания
 и городское планирование 66, 67-68
 см. также: продовольствие
 Рашад, Хода 207
 регулирование рынка продовольствия 141
 рекомендации Комиссии 2, 43-44, 202-206
 значение для различных участников 22-23, 44-46
 привязка к местным условиям 46
 см. также: действия

ресурсы
 и оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190-191
 несправедливое распределение 10-19, 44, 109, 204-205
 объединение 131
 справедливое распределение 130, 131
 см. также: финансирование; работники здравоохранения
 Родрик Д. 132
 Россия 32-33, 135
 руководящая роль
 сектора здравоохранения 111-112
 министерства здравоохранения 117-118; ВОЗ 181, 184, 191
 рутина
 и ее преодоление 27-28
 рынки 14-15, 132-144
 влияние транснациональных корпораций 133
 глобальная интеграция 132
 данные, подтверждающие необходимость действий 14
 и практика найма 76
 инструменты контроля со стороны государственного сектора 138-142
 регулирование частного сектора 133-135
 рекомендации 15, 205
 см. также: экономические соглашения; торговля

С

самоубийство 157
 Саудовская Аравия 141
 связь между поколениями 50, 84
 сексуальная дискриминация: законодательство 147-148; см. также:
 справедливость в отношении здоровья
 сексуальное и репродуктивное здоровье 153-154, 205
 сексуальные домогательства на рабочем месте 153
 сектор здравоохранения 117
 действия в рамках с. з. 116
 рекомендации 204
 реформа 95, 185
 руководящая роль 111-112
 учет задач с. з. при заключении торговых соглашений 137-138
 сельские районы 4, 63
 безземельные и мелкие фермеры 77
 инвестиции в развитие 68-71
 инфраструктура и услуги 70-71
 медицинская помощь 103-104
 миграция из с.р. 71
 относительное невнимание к развитию с. р. 60
 права землепользования 69
 природная среда 71
 рекомендации 4, 202
 средства к существованию 69-70
 условия найма 70, 78
 условия повседневной жизни 35
 сельское хозяйство
 и изменения климата 62
 защита средств к существованию 140, 141
 мелкие фермеры 77

развитие и поддержка 69-70
 устойчивое с. х. 69
 Сен, Амартия 207
 Сенегал 82, 149
 сердечно-сосудистые заболевания 30
 сердечные заболевания 35
 Сети знаний 42-43, 196
 Сеть знаний по вопросам глобализации (GKN) 42, 137
 Сеть знаний по вопросам женщин и гендерного равенства (WGEKN) 42
 Сеть знаний по вопросам измерения и понимания проблем и оценки влияния действий (MEKN) 42
 Сеть знаний по вопросам населенных пунктов (KNUS) 42, 196
 Сеть знаний по вопросам приоритетных условий общественного здравоохранения (PPHCKN) 42, 97, 98, 99, 117, 174, 175, 195
 Сеть знаний по вопросам раннего развития детей (ECDKN) 42
 Сеть знаний по вопросам систем здравоохранения (HCKN) 42
 Сеть знаний по вопросам социальной исключенности (SEKN) 42
 Сеть знаний по вопросам условий найма (EMCONET) 42
 Сеть по показателям здоровья 180, 181
 Сингапур 32
 Система национальных счетов (СНС) ООН 150
 Системный подход к обеспечению гендерного равенства 148-149, 150
 системы медицинской помощи 95
 и запись актов гражданского состояния 179
 и роль раннего развития детей 50, 56
 роль с. м. п. 27, 35
 системы мониторинга – см.: системы мониторинга справедливости в отношении здоровья
 системы мониторинга справедливости в отношении здоровья 180-185
 комплексные 181-183
 глобальные 184-185
 минимальные 180-181
 национальные 180-183
 рекомендации 206
 роль общин 183
 использование данных с. м. для разработки политики 185
 системы регистрации актов гражданского состояния 20, 178, 179-180, 206
 системы регистрации рождения 20, 178, 179-180, 206
 системы регистрации смерти 178, 179-180
 Скандинавские страны 33, 38, 85, 195
 Словения 136
 смертность детская в возрасте до 5 лет – см.: детская смертность в возрасте до 5 лет
 смертность среди взрослого населения 31, 197
 смертность
 несправедливость распределения показателей 29, 30, 31, 32
 целевой показатель 197-198
 см. также: смертность среди взрослого населения; детская смертность в возрасте до 5 лет, младенческая смертность, материнская смертность
 Совет Безопасности ООН 160
 согласованная деятельность правительственных структур 112-114, 115, 160
 см. также: межсекторальные действия
 Соглашение по торговым правам интеллектуальной собственности 137, 138, 164, 165

содействие здоровому образу жизни 97, 116
 Соединенное Королевство 195
 жилищные условия 65
 межсекторальные действия 113
 мониторинг справедливости в отношении здоровья 183
 показатели бедности 38, 85
 программа обучения женщин 152
 прожиточный минимум, необходимый для здоровой жизни 79
 социальный градиент здоровья 31, 32
 стратегия ликвидации детской бедности 88
 стресс на рабочем месте 83
 улучшение справедливости в отношении здоровья 111, 113
 уставное совместное планирование 161
 см. также: Лондон
 создание потенциала
 и раннее развитие детей 189
 и министерства здравоохранения 116
 и оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 190-191
 см. также: обучение и повышение квалификации
 социальная включенность 18, 158-165, 205
 социальная защита 7, 84-92
 в течение жизни 84-86
 всеобщая 87-89, 90-91, 92
 вспомогательные системы 92
 гендерная справедливость 91, 152
 данные, подтверждающие необходимость действий 7
 действия по обеспечению всеобщей с.з. 87-92
 и аспекты глобализации 86-87
 и здоровье 84-87, 172
 исключенные группы 91-92
 основанная на налогах и пособиях 91-92
 пилотные проекты 89
 пособия, выплачиваемые лицам с доходом ниже черты бедности, или целевые выплаты 90-91
 рекомендации 7, 203
 щедрость 90-91
 социальная исключенность 171, 172
 социальная обездоленность
 в богатых странах 31-32
 и дошкольное образование 57, 58
 и меры вмешательства, направленные на раннее развитие детей 54-55
 передача из поколения в поколения 50
 социальная политика
 и экономический рост 37
 необходимость совершенствования 35
 социально-психологическое стимулирование маленьких детей 53-54
 социальное благосостояние – см.: социальная защита
 социальное обеспечение см.: социальная защита
 социальное страхование здоровья 102, 103
 социально-экономический статус 30
 социальные движения 165
 социальные детерминанты здоровья 1, 26
 социальный градиент здоровья 30, 31-32
 динамика во времени 32-33

в богатых странах 31-32
 социальных норм изменение 148, 149
 союзы см. профсоюзы
 Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье 173, 174
 специальный посланник для Африки 173
 Специальный посланник
 по проблеме глобальной справедливости в отношении здоровья 173
 по проблеме ВИЧ/СПИДа в Африке 173
 СПИД – см.: ВИЧ/СПИД
 Список сокращений 225-226
 справедливость в отношении здоровья 110-119
 вехи развития 198
 заинтересованные участники и отрасли 110-111
 как глобальная цель 170, 171
 как показатель социального прогресса 111-112
 согласованный подход 10-11, 111-118
 учет в повседневной деятельности 195
 цели и задачи 196-198
 справедливость социальная 26
 Среднесрочная структура расходов бюджета (МТЕФ) 105
 средства к существованию сельских жителей 69-70
 старение, здоровое 97
 статистика естественного движения населения 178, 179-180
 стимулирование социально-психологическое маленьких детей 53-54
 страны с высоким доходом
 внутренние доходы 121
 несправедливость по показателям здоровья 30
 низкий уровень санитарного просвещения населения 189
 показатели бедности 38, 85
 помощь для целей развития 120
 системы социальной защиты 85
 социальный градиент здоровья 31-32
 структурообразующие факторы несправедливости в отношении здоровья 36
 страны с низким доходом
 медицинская помощь 99, 101
 межсекторальные действия (МСД) 110
 несправедливость по показателям здоровья 30
 пожилые люди 86, 88, 89
 потенциал ведения торговых переговоров 132
 препятствия к получению образования 58-59
 с высокими показателями здоровья населения 33
 социальная защита 87, 88, 89, 90, 91-92, 93
 социальный градиент здоровья 31
 справедливые условия найма и достойная работа 78, 80, 81
 структурообразующие факторы 36
 финансирование общественных услуг 12, 120, 121, 124
 страны со средним доходом
 межсекторальные действия (МСД) 110
 несправедливость по показателям здоровья 30
 облегчение бремени задолженности 129
 пожилые люди 86, 88, 89
 страны-партнеры 27-28, 195
 социальная защита 88, 89, 90, 91-92, 93
 структурообразующие факторы 36

финансирование медицинской помощи 101
 финансирование общественных услуг 121
 стратегия: воздействие на справедливость в отношении здоровья 114-115
 нахождение взаимовыгодных политических решений 112
 представительство трудящихся 77
 рекомендации 11, 204;
 согласованность 10-11, 110, 112-114
 страхование здоровья 100-103, 116
 оценка 186
 социальное 102, 103
 частное, вопросы регулирования 139
 стресс, связанный с работой 5, 83
 структурные сдвиги 166-167
 структурообразующие факторы 26, 36, 109
 как объект воздействия 42
 «Ступеньки», программа (ЮАР) 149
 субподряд 81
 субсидии 36
 схемы микрокредитования 70
 США
 движение против предприятий с погонной системой 82
 жилищные условия 64, 65
 медицинская помощь 94
 меры вмешательства в целях раннего развития детей 53, 58
 показатели бедности 38, 85
 регулирование в области прохладительных напитков 141
 Сэтчер, Дэвид 207

Т

табак
 как источник финансирования 116
 контроль за потреблением 142
 рынки 134-135
 смертность, связанная с потреблением т. 30
 ущерб для здоровья 134
 табакокурение 30, 134
 см. также: табак
 Таиланд 195
 всеобщая медицинская помощь 95, 96, 102
 контроль за потреблением табака 142
 медицинское обслуживание в сельских районах 70
 налоги в пользу здравоохранения 124
 Танзания, Объединенная Республика 10, 66, 125, 183
 Тибайджука, Анна 60, 207
 Толстой, Л. Н. 29
 топливная бедность 64
 торговля
 и глобальное управление 168-169
 и несправедливость 36
 и права человека 164, 165
 либерализация 121, 134-135, 166-168
 согласованность политики 110
 тарифы 76, 121, 124
 торговые соглашения 12

гибкость 136-137
 и несправедливость в отношении здоровья 167-168
 и справедливая практика условий найма 76
 несправедливые глобальные переговоры 132
 оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 135-136
 разработка защищающих т. с. 123
 учет вопросов здравоохранения 137-138
 травмы 62, 68
 полученные в результате дорожно-транспортных происшествий 62
 транснациональные корпорации
 влияние рынка 133, 134-135
 налогообложение 123, 125, 127
 условия найма и труда 73, 80
 труд 5-6, 72-83
 в неформальном секторе 35, 73, 80-82, 150
 в сельских районах 70, 78
 временная/частичная занятость 72, 74
 данные, подтверждающие необходимость действий 5
 детский 35, 74, 77
 и аспекты глобализации 167
 и гендерная справедливость 74, 75, 145, 146, 152-153
 и несправедливость в отношении здоровья 72-74
 неоплачиваемый 150, 151
 обучение 79
 опасные профессии 72
 принудительный 74
 равная оплата труда для женщин 152, 205
 регулирование рынка т. 139-140
 регулирующие стандарты 80, 134, 139
 рекомендации 6, 202-203
 случайный 72, 73, 74, 80-82, 91
 трудовые стандарты 80
 условия 72-73, 82-83, 134
 см. также: занятость; наём, работа
 трудовые ресурсы здравоохранения – см.: работники здравоохранения
 трудящиеся
 организации 77, 81-82
 прожиточный минимум, необходимый для здоровой жизни 78, 79
 роль 139, 140
 социальная защита 86, 88
 справедливая представленность 77;
 трудобобы 35, 60
 доля лиц, живущих в т. 60, 61
 определение 60
 улучшение условий жизни в т. 64-65, 66

У

убийства, статистика 69
 Уганда 59, 103, 125, 160
 уклонение от уплаты налогов 124, 127
 укрепление институциональной основы 116-118

Управление безопасности и охраны труда (Соединенное Королевство) 83
 Управление по вопросам гендерного равенства (Швеция) 148-149
 управление
 справедливое участие в у. 160-162, 163
 глобальное – см.: глобальное управление
 урбанизация 60, 63
 условия повседневной жизни 3-9
 и несправедливость 26, 35
 и несправедливость в отношении здоровья 60-63
 как объект воздействия 42
 меры вмешательства по улучшению у. п. ж. 63-71
 рекомендации 44, 202-203
 условия проживания 4, 60-71
 см. также: сельские районы; городская среда
 условия проживания 64-65, 66, 202
 услуги в области репродуктивного здоровья 153-154, 205
 «утечка мозгов» работников здравоохранения 35, 105, 106
 уход за детьми 145, 153
 участие сообщества
 в осуществлении модели первичной медико-санитарной помощи 96-97
 в разработке политики 160-162
 в улучшении условий жизни в городах 64
 результаты расширения прав и полномочий 162-164
 финансовая поддержка 162
 Уэльс см.: Великобританию
 уязвимые группы населения
 занятость 74
 социальная защита 86

Ф

феминистское движение 149, 150
 физическая активность 62, 66, 67-68
 физические упражнения – см.: физическая активность
 Филиппины 55
 финансирование 12-13, 120-130
 внутренние доходы 121
 воздействие на социальные детерминанты здоровья 116
 данные, подтверждающие необходимость действий 12
 донорской помощи и облегчения бремени задолженности 121-123
 и роль общественности 120-121
 и экономический рост 120, 121
 медицинской помощи 8, 100-103, 104
 межсекторальных действий 114, 130, 131
 рекомендации 13, 204
 справедливое ф. 123-130, 131
 участия в разработке политики 162
 см. также: финансовая помощь; бюджетирование; деньги
 финансовое управление, глобальное 168-169
 финансовые кризисы 168
 финансовые центры, офшорные 124
 «фискальные термиты» 127
 Фонд Билла и Мелинды Гейтс 174
 формирование жизненных навыков в процессе обучения 58

Форум по безопасности пищевых продуктов, сельского хозяйства и домашнего скота в Найроби и окрестностях (NEFSALF) 68
Фэйги, Уильям Х. 207

Х

Хант, Пол 173, 174
Хельсинский процесс по глобализации и демократии 169

Ц

целевые показатели 197-198
цели в области справедливости в отношении здоровья 196-198
Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРДТ) 28, 34, 171-172
задача обеспечения репродуктивного здоровья 154
задачи в области труда и занятости 78
и задачи по обеспечению справедливости в отношении здоровья 196-197
и всеобщий доступ к медицинской помощи 8
и гендерная справедливость 151

Ч

Чад 125
частный сектор
действия в пользу справедливости в отношении здоровья 118
значение рекомендаций 23, 45
корпоративная социальная ответственность 142-144
расходы на медицинскую помощь 94, 95; регулирование 133-135
Чаттерджи, Мираи 207
Чен, Маргарет 27, 94, 178
Чили 58, 139, 150, 195
Чрезвычайный план президента Дж. Буша по борьбе со СПИДом (PEPFAR) 122, 123, 124
Чумтонтай, фонд 64

Ш

швейная промышленность 82, 140
Швеция 149, 195
школы 51
дружественные к детям 58
поощрение посещаемости 58-59
см. также: образование
Шри-Ланка 33, 113, 138, 195

Э

Эквадор 91
экономика
должна быть более справедливой 35
экономическая активность
и гендерное равенство 152-153
экономические кризисы
социальная защита в период кризиса 87
экономические соглашения 12
несправедливые глобальные переговоры 132
обсуждение вопросов, касающихся здравоохранения 137-138

оценка воздействия справедливости в отношении здоровья 135-136
рекомендации 205
см. также: торговые соглашения
экономический вклад женщин
измерение 150
Экономический и социальный совет 160, 169, 170-171, 172-173, 198, 205
экономический рост 1, 27, 37-39
и выгоды от инвестиций в здоровье 39
и социальная политика 37
и финансовая помощь 126
распределение 37-38, 120, 121
энергоэффективность 64, 65
этнические меньшинства 30
«эффект раскалывания ореха» 194

Ю

ЮАР
водоснабжение 14, 138, 139
гендерная справедливость 149
лекарства от СПИДа 164, 165
мониторинг 180, 183
собираемость налогов 124
ЮНЕСКО 136

Я

Ямайка 3, 54
Япония 163-164

Barrio Adentro, программа (Венесуэла) 163
flexicurity, система (Дания) 79
FRESH, инициатива 58
Ganokendras (Бангладеш) 151
Gerbangmas, движение (Индонезия) 119
Oportunidades (Мексика) 89, 90-91

