

# СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОТИВ БЕДНОСТИ

*Под редакцией:*

*Erio Ziglio*

*Rogério Barbosa*

*Yves Charpak*

*Steve Turner*



**ЕВРОПА**

*Анализ конкретных ситуаций в  
сфере общественного  
здравоохранения,*

*№ 1*

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОТИВ БЕДНОСТИ



ЕВРОПА

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию при решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Одна из уставных функций ВОЗ заключается в предоставлении объективной и надежной информации и консультировании по вопросам охраны здоровья людей, и издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций Организация стремится оказать поддержку выполнению стратегий охраны здоровья населения в странах и содействовать решению наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением в 870 млн. человек простирается от Гренландии на севере, до Средиземного моря на юге и до тихоокеанского побережья Российской Федерации на востоке. Поэтому в программе Европейского региона ВОЗ акцент ставится как на проблемах, характерных для индустриального и постиндустриального общества, так и на проблемах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, находящихся в процессе демократических преобразований.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и надлежащего ориентирования по вопросам здоровья и его охраны, ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья, профилактике болезней и борьбе с ними, книги и другие публикации ВОЗ содействуют решению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми как можно более высокого уровня здоровья.

СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРОТИВ БЕДНОСТИ

### **Европейский центр ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие**

Европейский центр ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, который координировал работу по подготовке данной публикации, был создан Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве и при поддержке со стороны Министерства здравоохранения и региона Венето в Италии. Одна из ключевых функций этого центра – собирать фактические данные о социально-экономических детерминантах здоровья и предпринимать в этом направлении соответствующие действия. Центр проводит систематические обзоры подходов и вопросов, относящихся к концепциям, научным фактическим данным, технологиям, а также стратегическим действиям, необходимым для эффективного инвестирования в работу по укреплению здоровья населения и для обеспечения синергизма действий, предпринимаемых в целях социально-экономического развития и развития в сфере здравоохранения. Данный центр выполняет две основные взаимосвязанные функции:

- мониторинг и систематизация социально-экономических детерминантов здоровья населения, а также анализ того, какие последствия они могут иметь для политики в области здравоохранения и развития;
- оказание помощи государствам – членам Европейского региона ВОЗ в повышении их способностей делать эффективные инвестиции в здоровье, учитывая вышеуказанные последствия, в том числе при разработке и реализации своих программ развития.

---

WHO Library Cataloguing in Publication Data

Health systems confront poverty

(Public Health Case Studies, no. 1.)

1. Poverty 2. Health status 3. Delivery of health care – organization  
administration – trends 4. National health programs – organization  
and administration 5. Socioeconomic factors 6. Europe I. Series

ISBN 92 890 4369 5

(NLM Classification: WA 540)

ISSN 1727-138X (Печатная версия)

ISSN 1727-1398 (Он-лайновая версия)

---

# СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОТИВ БЕДНОСТИ

*Отредактировано:*

*Erio Ziglio*

*Rogério Barbosa*

*Yves Charpak*

*Steve Turner*



**ЕВРОПА**

*Серия  
“Анализ конкретных  
ситуаций в области  
здравоохранения”*

*№ 1*

ISBN 92 890 4369 5  
ISSN 1727-138X (Печатная версия)  
ISSN 1727-1398 (Он-лайновая версия)

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int); разрешить их перепечатку – по адресу [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int); и разрешить их перевод – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int). По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark (тел.: +45 39 17 17 17; факс: +45 39 17 18 18; веб-сайт: <http://www.euro.who.int>).

© **Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.**

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных 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 ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Напечатано в Дании

# Содержание

	<i>Стр.</i>
<i>Предисловие</i> .....	<i>vii</i>
Выражение благодарности .....	ix
Выражение благодарности за предоставление фотографий, использованных в данной публикации .....	xi
Введение .....	1
Бедность и здоровье: обзор отобранных ситуационных (тематических) исследований в государствах – членах Европейского региона ВОЗ .....	7
Тематические (ситуационные) исследования по вопросам бедности и здоровья: аналитическая основа .....	15
Анализ конкретной ситуации № 1. ....	21
Анализ конкретной ситуации № 2. ....	35
Анализ конкретной ситуации № 3. ....	51
Анализ конкретной ситуации № 4. ....	63
Анализ конкретной ситуации № 5. ....	75
Анализ конкретной ситуации № 6. ....	87
Анализ конкретной ситуации № 7. ....	105
Анализ конкретной ситуации № 8. ....	119
Анализ конкретной ситуации № 9. ....	135
Анализ конкретной ситуации № 10. ....	147
Анализ конкретной ситуации № 11. ....	157
Анализ конкретной ситуации № 12. ....	167

Выводы .....	181
Приложение 1. Примерный план работы, предложенный авторам .....	185
Приложение 2. Список приглашенных экспертов .....	189
Приложение 3. Примерный план для проведения групповых дискуссий .....	195



# Предисловие

*На своей пятидесятой первой сессии, состоявшейся в сентябре 2001 г. в Мадриде, Испания, Европейский региональный комитет ВОЗ, учитывая бесспорные доказательства наличия тесных взаимосвязей между бедностью и здоровьем, признал, что участие в борьбе с бедностью – это одна из задач и обязанностей систем здравоохранения. Региональный комитет также принял решение способствовать выполнению этой задачи. В частности, в резолюции, принятой по данному вопросу, Региональному директору было предложено создать механизм систематического сбора, анализа и распространения информации о деятельности, проводимой системами оказания медицинской помощи в европейских государствах-членах с целью уменьшения влияния бедности на здоровье населения.*

*Масштабы проблемы бедности в Европейском регионе в настоящее время не вызывают сомнения: во всех странах имеет место вопиющее неравенство в отношении уровня здоровья и благополучия, а во многих из них разрыв между богатыми и бедными продолжает увеличиваться. Эта несущая большую угрозу проблема весьма сложна, но системы оказания медицинской помощи во всех странах Региона предпринимали и продолжают предпринимать активные усилия для решения связанных с нею задач. До настоящего времени, однако, эти усилия носили спорадический характер, и даже там, где полученные результаты были обнадеживающими, они остались малозамеченными.*

*С целью выполнения резолюции Регионального комитета по вопросу бедности и здоровья Европейское региональное бюро ВОЗ приняло решение о применении новаторского подхода, в соответствии с которым на этом первом этапе, т.е. этапе сбора информации, приоритет будет отдаваться инициативам, уже предпринятым системами оказания медицинской помощи в некоторых государствах-членах. Ответственность за выполнение этой задачи была возложена на новый Европейский центр ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, расположенный в Венеции.*

*Настоящий доклад является плодом наших усилий в этой области за прошедший год. В нем приводятся предварительные данные ВОЗ о том, какой реальный вклад системы медицинской помощи способны внести в борьбу с бедностью. Анализ приводимых ситуационных (конкретных) исследований позволяет сделать три главных вывода: (а) системы медицинской помощи действительно способны предпринимать эффективные меры для улучшения*

*состояния здоровья бедных слоев населения; (б) в ряде случаев системы оказания медицинской помощи могут создавать дополнительные трудности для жизни бедных людей; (в) существует настоятельная потребность в расширении информационной работы, подготовке кадров и развитии потенциала в этой области.*

*В духе солидарности, выраженной в вышеупомянутой резолюции Регионального комитета, я надеюсь, что Региональное бюро в сотрудничестве с государствами-членами сможет развить дальнейшую деятельность на основе этого первоначального опыта и перейти к следующему этапу работы – т.е. этапу, когда системы оказания медицинской помощи будут принимать конкретные практические меры для борьбы с бедностью. Необходимо расширить нашу деятельность по сбору информации и проведению и анализу конкретных исследований с охватом всех государств – членов Европейского региона. Следует создать базу данных, благодаря которой этот опыт и результаты проведенного анализа смогут стать доступными для всех, что будет способствовать высказыванию предложений, проведению обсуждений, выработке новых идей и осуществлению практических действий. Необходимо трансформировать наши новые знания в учебные материалы, с тем чтобы повысить квалификацию и компетентность работников здравоохранения во всех государствах-членах в вопросах, связанных с бедностью.*

*Путь к обеспечению развития на справедливой основе является долгим, однако я убежден, что мы сделали важный шаг в правильном направлении. Мы также вносим свой вклад в достижение целей Декларации тысячелетия, принятой мировым сообществом. Я убежден, что наша деятельность в области бедности и здоровья – это одно из ключевых условий, обеспечивающих практическую реализацию права на здоровье для каждого жителя Европейского региона.*

Marc Danzon

*Директор Европейского регионального  
бюро ВОЗ*

# Выражение благодарности

Настоящая публикация подготовлена Европейским центром ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, расположенным в Венеции, Италия, и является результатом усилий многих экспертов и специалистов самого различного профиля. Редакторы и сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ выражают им свою признательность за проявленный интерес и упорство, что было крайне необходимо для завершения этой работы в срок, едва превышающий шесть месяцев.

Мы хотели бы также отметить, что представленные в этой публикации результаты во многом стали возможны благодаря интересу, проявленному государствами – членами Европейского региона ВОЗ к вопросам бедности и здоровья. Мы благодарим Европейский региональный комитет ВОЗ за оказанную помощь и содействие в проделанной работе.

Мы хотим с признательностью отметить не только большую работу, проделанную авторами приведенных в этой публикации анализов конкретных ситуаций, но и выразить свою благодарность большому числу людей в Венгрии, Германии, Италии, Кыргызстане, Польше, Республике Молдова, Российской Федерации, Соединенном Королевстве, Франции и Хорватии, которые приняли участие в опросах или помогали авторам в работе на местах. Кроме того, многие наши коллеги в других странах предоставили свои консультации или рекомендации. Мы не можем привести полного списка всех этих людей, однако мы хотели бы особо выразить нашу признательность за оказанное содействие следующим лицам: Hrair Aslanian, Juliette Bloch, Michael Debrus, Teresa Edmans, Jane Falkingham, Александру Гаврилову, Игорю Глазунову, Jette Gronholt, Iwona Iwanicka, Stephen Jacobs, Bernard Kaic, Antoinette Kaic-Rak, Mauno Konttinen, Piret Laur, Alina Lubinska, Pat Mason, Andrei Mochniaga, Олегу Молдакову, Оскону Молдокулову, Eliane Pihl Kristensen, M. Popovich, Nezahat Ruzdic, Tobias Schüth, Gillian Seabright, Carole Sharrock, Zofia Slonska, David Stout, Diliara Sunyakova, Marianne Szatmari, Vappu Taipale, Gerhard Trabert, Jane Woolley и Andrzej Zbonikowski. Особого упоминания заслуживают сотрудники ВОЗ по координации и связям в странах и члены группы специального представителя Генерального директора ВОЗ в Российской Федерации, включая сотрудников проекта по борьбе с туберкулезом в этой стране.

Ценным вкладом в нашу работу послужила техническая помощь, оказанная многими сотрудниками Европейского регионального бюро ВОЗ, а также экспертами ВОЗ на местах. В частности, мы хотели бы выразить благодарность Александру Громько, Wiesiek Jakubowiak, Elke Jakubowski, Hans Kluge, Joe Kutzin, Louis Lebrun, Сергею Литвинову, Aileen Robertson, Charles Robson, Mikko Vienonen, Steve Wassilak и Risards Zaleskis.

От имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ мы выражаем признательность за ответы на наши вопросы, любезно предоставленные министрами здравоохранения и другими ответственными работниками здравоохранения в странах Европейского региона: Sefer Aycan, Alexander Jentsch, Leonard Levy, Gunter Liebeswar, Ulla Schmidt, А. Вялкову, Helmut Voigtländer и Andro Vlahusic. Мы хотели бы особо отметить тот вклад, который был внесен Тилеком Мейманалиевым и Айнурой Ибраимовой.

Мы искренне благодарим Федеральное министерство здравоохранения Германии за проявленный интерес к вопросам бедности и здоровья, за большой вклад в проведение тематических дискуссий в Дюссельдорфе 18-19 апреля 2002 г., а также за предоставленную Федеральным министерством возможность привлечь к работе Академию общественного здравоохранения в Дюссельдорфе. В частности, мы хотели бы выразить нашу признательность Wolfgang Müller, а также Angelika Remmers за административную работу в Дюссельдорфе, и Fred Passaud – за содействие в проведении групповых дискуссий в Дюссельдорфе, а также тем экспертам, которые приняли участие в этих обсуждениях или внесли какой-либо иной вклад в подготовку данной публикации. Фамилии этих экспертов приведены в Приложении 2.

Наконец, с особой благодарностью мы хотели бы отметить вклад Министерства здравоохранения Италии и региона Венето. Создание Европейского центра ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие в Венеции стало возможным лишь благодаря сотрудничеству между Министерством здравоохранения Италии, регионом Венето и Европейским региональным бюро ВОЗ. Настоящая публикация является одним из первых реальных результатов этого сотрудничества.

Erio Ziglio  
Rogerio Barbosa  
Yves Charpak  
Steve Turner

# Выражение благодарности за предоставление фотографий, использованных в данной публикации

## **Редактор по фотографиям**

Steve Turner

## **Анализ конкретной ситуации № 1**

“Цыганская деревня на момент начала осуществления инициативы, 1997 г.”, “Подарок с детским питанием от ЮНИСЕФ и брошюра с информацией о вакцинации, 1997 г.”: отдел социального обеспечения и здравоохранения округа Меджимурье

Другие фотографии: Jelena Sedlak

## **Анализ конкретной ситуации № 2**

Первичный пункт медицинского страхования в Сен-Сен-Дени

## **Анализ конкретной ситуации № 3**

Sigrún Davídsdóttir

## **Анализ конкретной ситуации № 4**

Katalin Zoldhegyi

## **Анализ конкретной ситуации № 5**

Отделение профилактической медицины, специализирующееся в такой области, как миграция, туризм и тропическая дерматология, институт Сан-Галликано, Рим, Италия

## **Анализ конкретной ситуации № 6**

Anes Alic

**Анализ конкретной ситуации № 7**

“Д-р Михат Ковальски, директор Пальмы”, “Д-р Пашиньска и Ежи Чапла” и “Ставомир вспоминает, как он был бездомным”: отдел маркетинга в Пальме

Другие фотографии: Steve Turner

**Анализ конкретной ситуации № 8**

Anes Alic

**Анализ конкретной ситуации № 9**

Susan Poizner

**Анализ конкретной ситуации № 10**

“Алла Сокол, основательница Санкт-Петербургского клуба городского огородничества”, “Наталья выращивает комнатные растения на всех подоконниках”, “Богатый питательными веществами биогомус производится в подвале дома” (ящик с красными калифорнийскими червями, снятыми крупным планом) и “Алла Сокол показывает Наталье, как выращивать бобовые ростки”: Susan Poizner

“Богатый питательными веществами биогомус производится в подвале дома” (фотография трех человек и ящиков с биогомусом), “Согласно замыслу, проект “Огород на крыше” должен быть самокупаемым” и “Александр Гаврилов (справа) показывает заключенным “Крестов”, как ухаживать за огородом”: клуб городского огородничества, Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Анализ конкретной ситуации № 11**

Sigrún Davídsdóttir

**Анализ конкретной ситуации № 12**

Sigrún Davídsdóttir

# Введение

В настоящей публикации приведена подборка самых разнообразных примеров того, как системы здравоохранения<sup>1</sup> в европейских странах решают проблемы взаимосвязи бедности и здоровья. Отбор этих примеров производился в течение двух месяцев. В публикации признается, что проблема бедности в Европе носит многоаспектный характер и связана не только с материальным неблагополучием, но и с низким уровнем образования, плохим состоянием здоровья, уязвимостью к воздействию экологических и профессиональных факторов риска, отсутствием возможности выразить свое мнение или предпринять какие-либо действия для изменения ситуации. Более того, в публикации отмечается, что бедность не позволяет человеку удовлетворять свои основные потребности и права, лишая его, например, возможности получить достаточное и адекватное питание или лекарственные средства для лечения поддающихся излечению заболеваний или возможности иметь доступ к адекватному водоснабжению или канализации. Вышеуказанные проявления отсутствия свободы выбора не позволяют людям реализовать в полной мере свои потенциальные способности, что приводит к огромным потерям для общества и затрудняет развитие<sup>2</sup>. Бедность может также служить причиной стигматизации в рамках общественных подгрупп как в пределах отдельных стран, так и между ними, независимо от того, идет ли речь о богатых или бедных странах. И наконец, в данной публикации подтверждается тот факт, что воздействие бедности на малоимущие слои населения может носить

---

<sup>1</sup> В настоящей публикации система здравоохранения определяется как система, включающая все виды деятельности, основной целью которой является укрепление, восстановление или сохранение здоровья. Это включает, например, предоставление индивидуальной медицинской помощи; традиционные направления деятельности, такие, как укрепление здоровья и профилактика заболеваний; и мероприятия, проводимые в других секторах, основной целью которых является улучшение состояния здоровья населения, например медико-санитарное просвещение (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. – системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.). Несмотря на такое широкое определение, в большинстве представленных в настоящей публикации исследований основное внимание уделяется вопросам медикосанитарной помощи и инвестиций в систему здравоохранения.

<sup>2</sup> SEN, A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2000.

неравномерный характер и что она оказывает на людей различные по характеру и выраженности воздействия в зависимости от таких, например, факторов, как половая принадлежность и возраст<sup>3</sup>.

Многие из вышеуказанных аспектов бедности хорошо показаны в приведенных в публикации ситуационных или, как они здесь будут также называться, тематических исследованиях. Частично это объясняется тем, что ее авторы приложили целенаправленные усилия собрать примеры самого различного характера.

Процесс сбора информации, позволивший провести представленные здесь исследования, был начат с предложения всем государствам – членам Европейского региона ВОЗ, направленного через министерства здравоохранения этих стран (или эквивалентные им организации), представить фактические примеры о деятельности систем здравоохранения в борьбе с бедностью. Кроме того, экспертам в области здравоохранения и руководящим работникам этого Региона было предложено сообщить о своих примерах передового опыта, которые могли бы дополнить предложения, представленные государствами-членами.

Несмотря на положительный отклик, ввиду сжатых сроков для подготовки ответов у нас не было возможности привести примеры, представленные всеми государствами-членами. Некоторые из материалов, полученные с опозданием, были отложены для рассмотрения в будущем. Кроме того, необходимо было выработать критерии для выбора определенного количества инициатив, которые можно было бы включить в доклад. Основные усилия в этом отношении были направлены на выявление конкретных проблем бедности и плохого здоровья, которые могут быть решены благодаря усилиям системы здравоохранения. Большое внимание также уделялось фактическим данным о достигнутых успехах, релевантности рассматриваемых инициатив применительно к другим усилиям, предпринимаемым для уменьшения бедности, возможности осуществления аналогичных инициатив в других странах, географическому распределению ситуационных исследований (case studies) в рамках Региона, относительной значимости сделанных выводов и новаторским аспектам той или иной инициативы относительно других представленных предложений. Помимо этого, были предприняты усилия по включению инициатив, осуществляемых на различных уровнях: национальном, региональном

---

<sup>3</sup> *Бедность и здоровье: фактические данные и деятельность в Европейском регионе ВОЗ.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (документ EUR/RC51/8).



(областном) и местном. [Примечание переводчика: Case studies – в русской литературе этот термин переводится по-разному, например, “ситуационное исследование”, “ситуационный анализ”, “анализ конкретных ситуаций”, “тематическое исследование”, “конкретное исследование”. В данной публикации будет часто использоваться термин “тематическое исследование”, прежде всего в целях обеспечения последовательности терминологии, использованной в предварительном варианте данной публикации].

В результате было отобрано 12 исследований из 10 стран, и их подготовка была поручена группе специалистов, имеющих опыт в области журналистики и подготовки публикаций по вопросам здравоохранения. Каждому автору было предложено подготовить небольшое число ситуационных анализов и провести (в зависимости от характера условий) 3–4 дня на местах для изучения имеющегося опыта, проведения опросов основных участников, фотографирования и знакомства с печатными материалами. Их задача была простой, но требующей больших усилий: они должны были подготовить доклад о конкретном опыте, не забывая о том, что за сухими цифрами и статистическими данными стоят живые люди – страдающие, нередко лишенные возможности работать, нездоровые и, как следствие этого, социально обездоленные. Поскольку авторы владели языком тех стран, которые они посещали, им было предложено побеседовать не только с лицами, ответственными за осуществление инициатив, но и с представителями бедных слоев общества, т.е. теми людьми, для которых предназначены эти инициативы и которые являются живыми свидетелями их успеха или неудачи. Их искренние свидетельства включены в настоящий доклад, составленный по единой форме (Приложение 1), но отражающий разные стили изложения, выбранные авторами.

Однако проведенная авторами работа на этом не закончилась. Задачей ВОЗ является проведение проверки фактических данных и оказание помощи государствам-членам в использовании этих данных для укрепления здоровья населения. Таким образом, для проведения критического анализа тематических исследований и выбранной методики сбора информации группа представителей сторонних организаций (состоящая из более чем 30 специалистов по вопросам общественного здравоохранения, систем здравоохранения, экономики и развития, а также опытных ответственных работников государственных учреждений и экспертов из международных, государственных и неправительственных организаций) была приглашена принять участие в групповых дискуссиях, организованных при содействии Академии общественного здравоохранения в Дюссельдорфе, Германия (Приложение 2). Участникам этих

тематических дискуссий была предоставлена полная информация обо всех тематических исследованиях и предварительные материалы, с тем чтобы они могли внести свой вклад в подготовку выводов и рекомендаций в отношении возможности расширения, совершенствования и повторения некоторых инициатив по вопросам бедности и здоровья в других районах и странах. Основные выводы, сделанные в ходе интерактивных дискуссий (Приложение 3), приводятся ниже и соответствуют той аналитической основе, которая начала формироваться в Дюссельдорфе в апреле 2002 г.

Читателя не должно удивлять, что в подборе ситуационных анализов для данной публикации прослеживается непреднамеренная, но вполне определенная тенденция: основное внимание в них уделяется инициативам, проводимым на уровне общин, среди городской бедноты, бездомных и безработных. Концентрация внимания на этих аспектах является отражением наиболее распространенных представлений о бедности, ее определении, страдающих от нее лицах и путях борьбы с ней. Все это указывает на то, что предстоит еще немалая работа для того, чтобы выявить все многочисленные проблемы, связанные с бедностью, и разработать меры для успешного их решения.

Наибольшее значение, однако, имеют приводимые ниже рассказы, которые показывают, что воздействие бедности на здоровье обратимо и часто не требует коренных изменений существующего порядка или разработки сложных научных моделей. В самом деле, некоторые из описанных инициатив не являются новыми и не являются примерами “наилучшей практики” в каждой из стран и в той области, которой они касаются. Главное, однако, заключается в том, что они действительно срабатывают в тех или иных конкретных условиях.

Поскольку методы работы, социальные ценности и устремления, равно как и законодательство, могут меняться от страны к стране, а иногда даже и в рамках одной и той же страны, сложно рекомендовать какие-либо конкретные стратегии и меры для решения проблем взаимосвязи между бедностью и здоровьем для всех стран Европейского региона. Тем не менее, Региональное бюро придает все большее значение и усиливает свой потенциал применительно к созданию общей платформы для выработки эффективной политики, определения принципов работы, который следует придерживаться, а также распространения информации о подходах, которые срабатывают на практике. Настоящая публикация вносит определенный вклад в решение этой задачи.

## Введение

---

Для получения дальнейшей информации просьба связаться с:

Европейским центром ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие  
Campo Santa Marina, Castello 6074

30122 Venezia

Italy

Тел.: +39 041 279 3864

Факс: +39 041 279 3869

E-mail: [ezi@ihd.euro.who.int](mailto:ezi@ihd.euro.who.int)

Web: [www.euro.who.int/ihd](http://www.euro.who.int/ihd)



# Бедность и здоровье: обзор отобранных ситуационных (тематических) исследований в государствах – членах Европейского региона ВОЗ

Исследования, включенные в настоящий обзор, безусловно, не отражают всего многообразия проблем бедности, которые можно преодолеть или уменьшить при участии системы здравоохранения, – здесь представлены только несколько наглядных примеров деятельности, направленной на преодоление реально существующих проблем. Наиболее ценным является описание конкретных стратегий, которые позволили достичь положительных результатов.

В округе Меджимурье, **Хорватия**, возникла необходимость донести до цыганских общин необходимость участия в программе вакцинации, что противоречит их традиционным взглядам. Группа местных медицинских работников, посещая цыганские деревни, установила контакт с лидерами цыганских общин и с их помощью изучила цыганский язык в объеме, достаточном для общения с местным населением на их родном языке. Этот подход получил название “Инициатива общения”, хотя деятельность указанной группы не ограничивалась только использованием родного языка как средства установления контакта с местным населением. По мере расширения общения росло и доверие к программе вакцинации. В результате, как сообщалось, уровень иммунизации по округу Меджимурье превысил средние общенациональные показатели. У представителей молодого поколения цыган растет убежденность в необходимости участия во всех этапах общенациональной программы вакцинации, в том числе экстренной вакцинации, плановой вакцинации и прочих профилактических мерах по охране здоровья.

Во **Франции** в начале 2000 г. было введено всеобщее медицинское страхование (*Couverture maladie universelle*, ВМС), предоставляющее населению следующие три вида социальной защиты: во-первых, любой человек, проживающий во Франции на законных основаниях, даже если

он не уплачивает страховые взносы и не является бенефициаром ВМС по месту работы, автоматически включается в систему социального обеспечения. Во-вторых, люди, получающие доход ниже определенного уровня, имеют право на бесплатную дополнительную страховку, покрывающую определенную часть расходов. В-третьих, проживающие во Франции лица без определенного статуса и чей доход оказывается ниже уровня, установленного для целей ВМС, получают доступ к бесплатному стационарному обслуживанию, а лица, прожившие во Франции свыше трех лет, получают бесплатный доступ к услугам врачей общей практики. Существенным моментом является то, что ВМС ликвидирует систему авансовых выплат и устанавливает систему, в соответствии с которой оплата услуг врачей и больниц осуществляется непосредственно из страховых фондов и фондов дополнительного страхования. Во Франции ВМС покрывает большую часть медицинских расходов 4,7 млн. человек. Хотя введение программы ВМС оказалось «культурным шоком» для организаций, ответственных за её реализацию, в настоящее время многие склонны оценивать программу ВМС как «успешную» в том смысле, что она обеспечила свободный доступ беднейших социальных групп к медицинской помощи.

В богатом городе Майнце, Германия, состояние здоровья бездомных, как правило, хуже, чем обычных граждан. Независимое исследование говорит о том, что по сравнению с обычным населением бездомные в целом реже проходят профилактические медицинские обследования, участвуют в мероприятиях, направленных на укрепление здоровья, и обращаются за медицинской помощью. В ходе исследования выяснилось, что бездомные испытывают смущение и страх при посещении медицинских учреждений; они не доверяют медицинскому персоналу, и многие из них не видят необходимости в принятии мер, укрепляющих здоровье и предупреждающих заболевания. Исходя из специфических жизненных обстоятельств и потребностей бездомных, были предприняты усилия по преодолению некоторых из указанных трудностей в рамках инициативы, получившей название «Модель Майнца». Последняя предусматривает применение конфиденциального междисциплинарного подхода в целях обеспечения бездомных медико-санитарной помощью, где бы они ни находились. Усилия по привлечению внимания общественности к проблемам бездомности и бездомных, предпринимаемые в рамках этой инициативы, получили широкое одобрение. Модель Майнца способствовала расширению общественного признания как проблем бездомности в Германии, так и необходимости их преодоления. В решении проблем бедности и здоровья приняла участие самая широкая общественность, благодаря чему активизировалась деятельность

различных социальных организаций, а также был дан импульс процессам ресоциализации в Германии.

В **Венгрии** больные туберкулезом обязаны посещать туберкулезные диспансеры. Однако фактически медицинский персонал целого ряда больниц отказывается принимать бездомных пациентов, которые часто бывают пьяными и плохо одетыми. В 1980-е годы было создано специальное туберкулезное отделение в больнице Корани в Будапеште. Исходя из того, что бездомность и множественные заболевания характерны для многих больных туберкулезом, этим отделением была разработана программа лечения бездомных больных с учетом присущих им проблем социально-экономического характера, которая составила неотъемлемую часть общего процесса борьбы с туберкулезом. В процессе работы с этой традиционно изолированной группой медицинскому персоналу пришлось освоить новые навыки общения, и была разработана программа тройной реабилитации – излечение от алкоголизма, лечение туберкулеза и обеспечение бездомных работой и жильем, которая финансировалась за счет средств фонда, специально созданного для этой цели больницей и местной церковью. Среди бывших пациентов этого специального отделения число рецидивов составляет 17% по сравнению с почти 100-процентным уровнем повторной заболеваемости среди тех, кто возвращается на улицу, не приняв участие в программе.

В **Италии**, учитывая огромное значение иммиграции в жизни этой страны, в 1985 г. в институте Сан Галликано, Рим, было открыто отделение профилактической медицины для иммигрантов. Отделение обслуживает всех итальянцев и иностранцев, находящихся на территории Италии, при этом особое внимание уделяется иммигрантам (находящимся в стране легально, нелегально или тайно), бездомным, лицам без определенного места жительства и лицам, имеющим проблемы со здоровьем, но не имеющим документов, подтверждающих их право на доступ к общенациональной системе медицинского страхования. Начиная с 1996 г. в оказании медико-санитарной помощи иностранцам принимали участие культурно-лингвистические посредники, которые разъясняли пациентам на их родном языке, какими услугами они могут воспользоваться. Кроме того, посредники помогают сотрудникам учреждений вторичной и третичной медико-санитарной помощи понять некоторые культурные и религиозные потребности пациентов. Помимо этого отделение стало своего рода центром изучения и мониторинга детерминантов здоровья и рисков для здоровья у этой части населения Рима: отделение занимается сбором информации и предоставляет заинтересованным организациям статистические данные по состоянию

здоровья пациентов. Благодаря профилактическим мерам и скринингу, которые проводились отделением, заболевания выявлялись на начальной стадии, что позволило сократить число случаев прогрессирования заболеваний и их перехода в более тяжелые клинические стадии и, соответственно, уменьшить число госпитализаций. Кроме того, считается, что деятельность отделения повлияла на разработку современного законодательства, регулирующего оказание медико-санитарных услуг иммигрантам. Согласно этому законодательству, все иностранные граждане, находящиеся на территории Италии как на законных, так и незаконных основаниях, получили право на доступ к Национальной службе здравоохранения.

Начиная с 1991 г. государственные медицинские учреждения **Кыргызстана** взимали плату за оказание медицинских услуг, а также за содержание пациента во время лечения. Согласно полученным данным, размер дополнительных, незаконных, неофициальных выплат, взимаемых с пациентов, значительно превысил официальную стоимость оказываемых услуг<sup>4</sup>. В результате медицинская помощь стала недоступной для большей части населения, в то время как те, кто был в состоянии её оплачивать, оставались в неведении относительно полной стоимости своего лечения вплоть до его окончания. В ходе недавних реформ в Кыргызстане была предпринята попытка ликвидировать такие непомерные выплаты и обеспечить право на получение медицинской помощи тем, у кого полностью отсутствуют возможности для её оплаты. Одной из общенациональных инициатив стала политика сооплаты, предусматривающая четкое определение стоимости лечения до его начала, поддержание уровня оплаты медицинских услуг на уровне, доступном для большинства населения, и предоставление бесплатной медико-санитарной помощи беднейшим слоям населения за счет средств “резервного” фонда. Определенная часть дохода, полученного благодаря этой системе (причем размер этого дохода предсказуем как для Министерства здравоохранения, так и для пациентов), направляется на оплату лечения неплатежеспособных граждан. В марте 2001 г. эта программа была внедрена в двух областях Кыргызстана, и она охватывает около 25% населения страны. Результаты опроса, проведенного по завершении первой фазы проекта, свидетельствуют о сокращении размера неофициальных выплат медицинскому персоналу и поставщикам услуг, в результате чего у больниц появился дополнительный источник дохода. Последние данные также свидетельствуют о том, что беднейшие слои населения смогли воспользоваться преимуществами

---

<sup>4</sup> KUTZIN, J. ET AL. Addressing informal payments in Kyrgyz hospitals: a preliminary assessment. *Eurohealth*, 7(3): 90–96 (2001).



этой программы, получив доступ к медицинской помощи, которую ранее они не могли себе позволить. За ходом осуществления этого проекта ведется тщательное наблюдение, и полученный опыт распространяется по всей стране.

В соответствии с действующим законодательством в **Польше** каждый человек имеет право на экстренную медицинскую помощь вне зависимости от своего юридического статуса. Что касается первичной медико-санитарной помощи, то она не оказывается членам маргинальных групп и меньшинств, не относящихся к категориям лиц, имеющих право на бесплатное медицинское обслуживание. Таким образом, в случае болезни такие люди остаются без медицинской помощи до тех пор, пока их заболевание не становится хроническим или не превращается в “экстренный случай”. При таких обстоятельствах существует вероятность, что помощь придет слишком поздно, или окажется слишком дорогостоящей, или будет оказана уже после того, как больные заразят окружающих. Для решения этой проблемы в июне 2000 г. в Лодзе, втором по величине городе Польши, была начата специальная программа, предусматривающая оказание бесплатной первичной медико-санитарной помощи всем проживающим в выбранных для этой цели приютах для бездомных, невзирая на их статус. В настоящее время в программе принимают участие два приюта для бездомных, в каждом из которых имеется врачебный кабинет и изоляторы для больных. Этой программой было охвачено большое число людей, при этом, как сообщается, её реализация способствовала сокращению потребностей в стационарном лечении и позволила бывшим бездомным найти работу.

В **Республике Молдова** менее десяти лет назад пациенты с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), должны были быть зарегистрированы и иметь при себе соответствующий документ. Такая регистрация означала, что лица с ИППП лишались возможности найти работу или свободно перемещаться по стране. Контакты пациентов с ИППП отслеживались, и в случае необходимости контактных лиц также ставили на учет. В случае принудительной госпитализации кормильца семейный бюджет подвергался серьезному испытанию. В последние годы эта пугающая тактика была, наконец, устранена и её заменила система, которая гарантирует пациентам конфиденциальность и анонимность лечения. Таким образом, государство пытается создать стимулы для того, чтобы в случае необходимости люди самостоятельно, без принуждения обращались в лечебные учреждения. При переходе от стационарного лечения к амбулаторному ставилась цель облегчить финансовое бремя, которое приходилось нести как системе здравоохранения, так и пациенту. Благодаря применению новых

препаратов и переходу от лабораторной диагностики к синдромному подходу сокращается период без лечения. Медицинская помощь оказывается бесплатно. Важнейшие инициативы (пока все ещё на этапе либо разработки, либо первоначального внедрения) предпринимаются в области профилактики и в особенности просветительской деятельности среди населения по вопросам причин и последствий заражения ИППП, а также необходимости скрининга. Разрабатываются новые методики: изучение отношений и мнений населения по определенным вопросам способствует повышению эффективности образовательных программ, партнерство с неправительственными организациями облегчает проведение информационных кампаний, дорогостоящее стационарное лечение заменяется на амбулаторное, которое более доступно и оказывает меньшее воздействие на повседневную жизнь пациента. В 2001 г. в рамках новой программы в Молдове бесплатное обследование на ИППП прошли 470 000 человек, при этом 50% выявленных больных с сифилисом и 40% выявленных больных с гонореей прошли анонимное лечение. В настоящее время все больницы и клиники стремятся начать лечение в течение 24 часов с момента обследования, что является важным достижением, так как это сокращает период без лечения и препятствует дальнейшему распространению заболеваний.

**В Орловской области, Российская Федерация,** число зарегистрированных случаев туберкулеза увеличилось с 41,4 на 100 000 человек в 1990 г. до 71,2 на 100 000 человек в 1999 г. Помимо этого показатель незавершенного лечения в некоторых районах достиг 30%, в результате чего возникла дополнительная проблема – развитие лекарственноустойчивых форм туберкулеза. В 1999 г. комитет здравоохранения Орловской области, понимая, что бедные представляют собой наиболее серьезную группу риска, занялся изучением социально-экономических вопросов, связанных с туберкулезом, причин роста этого вида заболеваемости, а также путей повышения эффективности лечения туберкулеза. Была разработана программа, призванная устранить проблемы, ведущие к росту заболеваемости туберкулезом, и факторы, ослабляющие иммунные силы организма, снижающие эффективность лечения. В основу программы легла методика краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS). В соответствии с этой программой ежедневно или еженедельно пациентам выдавались продуктовые наборы в то время, когда они приходили в медицинское учреждение для приема лекарств. Это не только создавало стимулы для продолжения лечения до его полного завершения, но и обеспечивало, чтобы даже самые бедные из пациентов не голодали. Успех этой программы вдохновляет: как сообщается, число случаев незавершенного лечения в Орловской области составило всего около 3%. Рабочая группа,

включающая ответственных работников Министерства здравоохранения, Министерства юстиции и Академии медицинских наук, рассматривает вопрос об осуществлении этого проекта на федеральном уровне.

Исследование в **Санкт-Петербурге, Российская Федерация**, касается уязвимых групп городского населения, у которых отсутствуют основные продукты питания, что может привести к таким проблемам, как малый вес при рождении, замедленный рост и долгосрочные риски возникновения хронических и инфекционных заболеваний. Деятельность клуба городского огородничества Санкт-Петербурга (КГО), который был официально зарегистрирован в 1992 г. в качестве общественной некоммерческой организации, направлена на увеличение объема производства овощей в условиях города. КГО применяет передовые методы выращивания овощей и использует отобранные виды овощей, которые могут выращиваться как на крышах зданий, так и внутри или на территории жилых домов, школ, больниц, учреждений. Клуб также предоставляет рекомендации и информацию всем лицам, заинтересованным в выращивании овощей. Несмотря на то, что масштаб деятельности клуба невелик, беднейшим жителям дома свежие овощи раздаются бесплатно; в случае необходимости осуществляются бартерные сделки. Помимо прочего, клуб занимается пропагандой малоизвестных в этой местности, но питательных овощей. КГО начал переговоры с местным научно-исследовательским институтом о возможностях увеличения объема производства бобовых ростков, содержащих большое количество питательных веществ. При помощи КГО аналогичные проекты были внедрены на судостроительном предприятии “Рубин”, в средней школе № 42 и СИЗО “Кресты”, где содержится 10 000 подсудимых.

Город **Блэкпул** на северном побережье **Соединенного Королевства** – один из беднейших районов Англии. Бедность, бездомность, долги и стремительные социальные перемены вызывают стресс и беспокойство у многих жителей города. Они ждут от своих врачей общей практики (ВОП) избавления от беспокойства, напряжения, бессонницы, гипертонии и прочих недугов, которые зачастую вызваны не соматическими причинами, а быстрым падением уровня жизни. После того как с ВОП были проведены соответствующие обсуждения, местному филиалу бюро консультационной помощи гражданам (САВ) было предложено организовать службу оказания такой помощи в приемлемых для пациентов условиях приемных комнат ВОП. Благодаря этому САВ смогло давать столь необходимые экспертные советы и рекомендации в обстановке, способствующей преодолению смущения, которое прежде мешало пациентам обращаться за такого рода помощью. Врач напрямую направляет пациента на консультацию к сотруднику САВ, который

находится здесь же, в приемной, что облегчает большому количеству бедных и социально изолированных граждан доступ к услугам, которые им так необходимы. Многие из клиентов службы “СAB во врачебной приемной”, по их собственным словам, ранее не имели возможности или стеснялись обращаться в аналогичные консультационные службы. Как сообщается, помимо прочего, этот проект оказал положительное воздействие на деятельность медицинских работников, которым более не приходится заниматься проблемами, не имеющими отношения к медицине, что позволило им сосредоточить внимание на своих прямых обязанностях. Более того, как утверждают представители официальных органов, сотрудничество ВОП и медицинских сестер с САВ не только позволило им иметь больше времени для решения чисто медицинских проблем, но и оказало определенное профилактическое воздействие на местную общину в целом.

Еще один проект – “Пригодность для работы” – также осуществлялся в **Соединенном Королевстве**, в лондонском районе **Ньюхэме**. Авторы этого проекта исходят из того, что национальная служба здравоохранения является одним из крупнейших местных работодателей и способствует экономическому росту региона, а также экономическому оздоровлению населения, которое она обслуживает. Проект основан на программе возрождения региона, которая связывает учреждения здравоохранения с другими организациями, имеющими отношение к здоровью граждан. В целях установления взаимопонимания между учреждениями и организациями, действующими в различных сферах, возникла необходимость “переводить” многие вопросы с языка здравоохранения на язык, понятный представителям других отраслей и профессий. При организации и проведении учебных курсов для представителей местного населения, которые оставались без работы в течение длительного времени, местные медицинские учреждения сотрудничают с государственными службами занятости и местными предприятиями. В результате внедрения этой программы представители уязвимых групп нашли работу как внутри системы здравоохранения, так и в других отраслях.

# Тематические (ситуационные) исследования по вопросам бедности и здоровья: аналитическая основа

При отборе первой серии исследований главная цель состояла в том, чтобы четко определить, на какие конкретные аспекты бедности и плохого состояния здоровья могут быть направлены действия в рамках системы здравоохранения. Хотя задача отбора исследований, которые “вписывались” бы в определенные рамки, не ставилась, представляется целесообразным сгруппировать их по категориям, для того чтобы выделить как схожие аспекты, так и пробелы в круге рассмотренных проблем.

## **Инициативы, направленные на решение проблемы финансовой доступности основных медицинских услуг**

Некоторые тематические исследования посвящены действиям, предпринятым с целью уменьшения или устранения такой проблемы, как финансовая недоступность медицинской помощи. После анализа исследований этой категории в ходе групповых дискуссий в Дюссельдорфе был сделан предварительный вывод о том, что имеются по крайней мере два основных аспекта этой проблемы. Во-первых, бедные люди могут не иметь финансовых средств для оплаты медицинской помощи, в которой они нуждаются в случае болезни, в связи с чем они откладывают обращение за медицинской помощью до тех пор, пока болезнь не приобретет более серьезный или хронический характер и, следовательно, не начнет оказывать негативное воздействие на их способность зарабатывать на жизнь. Во-вторых, они могут быть вынуждены начать искать финансовые ресурсы либо для оплаты медицинских услуг, либо для покрытия косвенных расходов, связанных с использованием таких услуг (или и того, и другого). В этих обстоятельствах люди могут быть вынуждены брать ссуды, залезать в долги,

продавать ценности или принимать другие меры, которые делают их либо бедными, либо более уязвимыми по отношению к бедности. Следовательно, расходы (прямые или косвенные), связанные с медицинскими услугами, действительно могут подтолкнуть людей к бедности или усугубить уже существующую бедность, и в этом случае сама система здравоохранения становится одной из причин обнищания пациентов. Для преодоления или предотвращения этой проблемы государства-члены изучают вопрос о том, как финансируются основные службы здравоохранения, и пытаются обеспечить такое положение, при котором требования оплаты не являются препятствием при обращении за медицинской помощью, когда она необходима. Анализ исследований этой категории показывает, что необходимо также рассмотреть вопрос о том, как структурирована и регулируется система здравоохранения, с тем чтобы из-за особенностей ее функционирования у пациентов не возникали проблемы с работой и получением средств к существованию.

Два ситуационных исследования иллюстрируют практические мероприятия, направленные на решение этой проблемы. Исследование из Франции сосредоточено на системе здравоохранения на национальном уровне, где расходы на некоторые медицинские услуги не покрываются для некоторых уязвимых групп населения и где процедуры возмещения расходов по ряду медицинских услуг являются столь сложными и/или считающимися позорными, что многие люди даже не подают заявки на их возмещение. Практические меры включали изменение законодательства и национальных нормативов. Следует подчеркнуть, что эти практические меры первоначально были вызваны озабоченностью в отношении маргинализированных групп населения, но происшедшее в результате этого изменение политики в настоящее время дает преимущества гораздо большему кругу людей, испытывающих финансовые трудности.

В исследовании из Кыргызстана рассматриваются трудные вопросы финансирования системы здравоохранения, включая оплату труда медицинских работников и платежи со стороны пациентов, т.е. вопросы, с которыми сталкиваются многие европейские государства-члены. В нем документирована попытка уменьшить проблему непредсказуемости расходов на медицинскую помощь (в виде незаконной оплаты услуг пациентами) посредством внедрения четкой системы соплатежей за стационарное лечение, а также посредством повышения общей открытости системы здравоохранения. Несмотря на то, что этот подход может рассматриваться как все еще несовершенный путь решения сложных аспектов финансирования медико-санитарной помощи, он иллюстрирует меры, которые могут способствовать уменьшению



непредсказуемости расходов, одновременно предоставляя дополнительные ресурсы для беднейших слоев населения.

**Инициативы, направленные на решение проблемы ограниченности доступа к службам здравоохранения в силу тех или иных культуральных факторов и/или по причине их географической отдаленности**

Даже когда услуги здравоохранения являются официально бесплатными, как в случае многих профилактических услуг (например, предназначенных для борьбы с инфекционными болезнями в большинстве европейских стран), эти услуги не могут быть предоставлены в таком виде или таким образом, который является культурно приемлемым или географически доступным для бедных людей в целом и для маргинализованных групп, в частности. Некоторые слои общества в действительности могут быть лишены возможности пользоваться услугами, в которых они нуждаются, и их здоровье может страдать в долгосрочном плане, подталкивая их далее в порочный круг плохого здоровья и бедности. Согласно анализу исследований этой категории, практические меры по решению этого вида проблем могут включать:

- организационные изменения (такие, как описанные в ситуационных исследованиях из Германии и Польши), обеспечивающие активное предложение медицинских услуг маргинализованным группам или труднодоступным группам сельского населения вместо того, чтобы ожидать, когда они сами обратятся за этими услугами;
- согласование сроков предоставления услуг и укомплектование служб кадрами в соответствии с религиозной или культурной практикой обслуживаемого населения, а также подготовка или принятие на работу сотрудников с дополнительными лингвистическими и культурно-антропологическими навыками для преодоления коммуникационных барьеров, как описано в исследованиях из Италии и Хорватии;
- организация системы профессионального совершенствования и принятие и соблюдение нормативов/правил о равных возможностях пациентов, с тем чтобы улучшить отношение медицинского персонала к малоимущим пациентам, а также устранить случаи очевидной дискриминации, примеры которых показаны в ситуационном исследовании из Венгрии.

**Инициативы, непосредственно направленные на решение проблемы бедности и улучшение более широких детерминантов здоровья**

“Болезни ложатся тяжелым бременем на экономическое развитие ... Однако для экономического развития требуется большее, чем просто

здоровые люди ... Экономическое развитие – многоотраслевой процесс, и стратегия экономического развития должна строиться на широком диапазоне социальных инвестиций, а также стратегий поощрения деловых инвестиций частного сектора”<sup>5</sup>.

Если отсутствуют условия, необходимые для реализации полного потенциала человека (например, занятость, хорошее жилье, безопасность), система здравоохранения может излечивать пациентов, но они будут вновь заболеть и обращаться за помощью. Но могут ли системы здравоохранения содействовать экономическому развитию в широком смысле?

На первый взгляд, люди, работающие в системе здравоохранения, могут считать, что обеспечение большего объема финансовых ресурсов для бедных людей или оказание им помощи в поиске работы для увеличения их доходов находится за пределами их сферы влияния. Однако в некоторых из проведенных исследований показано, что при творческом подходе можно разработать способы, с помощью которых система здравоохранения может оказывать значительное влияние в этой области. В целях борьбы с бедностью часто необходимо устанавливать партнерские отношения с органами или учреждениями вне отрасли здравоохранения.

К этой категории относятся три исследования. Одно из них на тему “Пригодность для работы”, проведенное в Ньюхэме, Соединенное Королевство, связано с политической инициативой правительства по уменьшению неравенства в отношении здоровья. Многие местные органы здравоохранения в Соединенном Королевстве сознают, что в бедных районах местные подразделения национальной службы здравоохранения (НСЗ) являются как главными работодателями, так и главными покупателями товаров и услуг. Местные учреждения здравоохранения (например, в Ньюхэме) предпринимают целенаправленные попытки стимулировать занятость и улучшить возможности для получения работы в бедных общинах, которые они обслуживают, например, посредством создания систем переподготовки под девизом “возвращение на работу” и путем поощрения найма местных жителей на вакантные должности в НСЗ. Они также используют свою значительную покупательную способность для приобретения товаров и услуг от поставщиков в близлежащих, находящихся в невыгодном положении районах, стимулируя тем самым местную экономику.

---

<sup>5</sup> *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2001.



Ситуационное исследование, проведенное в Блэкпуле (также в Соединенном Королевстве) свидетельствует об определенных преимуществах оказания консультативных услуг по вопросам социального обеспечения и задолженности в местах оказания первичной медико-санитарной помощи. В стране ежегодно остаются невостребованными миллионы фунтов стерлингов из государственной системы пособий по социальному обеспечению. Исследования показывают, что это может быть связано с тем, что процедуры получения пособий воспринимаются как сложные, или – особенно в случае пожилых пациентов – с тем, что люди не любят обращаться за, как они считают, “милостыней”, даже имея законное право на получение таких пособий. В числе прочих невостребованными остаются пособия для малоимущих, пособия по нетрудоспособности и инвалидности и пособия для лиц, ухаживающих за больными на дому. Работники, имеющие подготовку по вопросам социального обеспечения, работают непосредственно в медицинских учреждениях, где они оценивают права пациентов на обращение за пособиями и помогают им требовать то, что им полагается. Они также ведут переговоры от имени пациентов с различными государственными учреждениями, если пациент имеет большой долг (например, с местным жилищным департаментом в случае задолженности за аренду жилья). В последние годы инициативы, подобные инициативе в Блэкпуле, помогли отдельным пациентам получить в виде пособий сотни фунтов стерлингов. Более того, весьма часто выплата таких пособий после первого заявления продолжается в течение многих лет. Этот вид инициатив, следовательно, является прямым средством увеличения доходов бедных людей, помогая в то же время социальным программам охватить свои целевые группы населения. Воздействие инициатив, таких как описанная в исследовании из Блэкпула, часто не ограничивается только очень бедными людьми, они могут быть также выгодными для людей со средним уровнем доходов, которые являются хронически больными и которые могут потерять доход – и стать бедными – из-за того, что они вынуждены платить за транспорт или помощь по уборке квартиры или дома.

“Висячие сады” Санкт-Петербурга в Российской Федерации являются еще одним примером непосредственного решения проблемы бедности и устранения факторов, ведущих к ней. В исследовании по этому городу показано, что группы “гражданского общества” могут помочь бедным общинам решить проблему нехватки продуктов и недостаточного питания, предпринимая в партнерстве с государственными учреждениями, неправительственными организациями и местным населением усилия для улучшения их доступа к свежим фруктам и овощам. Более того, работая в этом направлении, эти группы также

создают возможности для развития экономической деятельности на местном уровне.

**Инициативы, направленные на борьбу с “болезнями бедности”**

Считается, что ряд заболеваний, например, малярия, ВИЧ/СПИД, туберкулез и детские болезни, являются основными препятствиями для экономического роста во многих странах. В то же время существует ряд эффективных мероприятий в области здравоохранения для борьбы с этими болезнями<sup>6</sup>.

Два исследования непосредственно посвящены так называемым “болезням бедности”. В Орловской области Российской Федерации партнерство между областной комиссией по здравоохранению, ВОЗ, Российским обществом Красного Креста, Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и другими партнерами позволило создать систему социальной и продовольственной поддержки больных туберкулезом. Используя в качестве основы стратегию краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS), этот двусторонний подход помогает повысить эффективность лечения туберкулеза, особенно среди малоимущих.

Исследование из Республики Молдова касается правил, определяющих процедуры лечения инфекций, передаваемых половым путем (обязательное стационарное лечение и соответствующие процедуры отслеживания половых партнеров), которые часто приводили к тому, что пациенты теряли работу, а иногда и жилье, что сталкивало их еще глубже в пропасть бедности. Практические меры в этой области включали изменение национальной практики, а также создание и принятие новых протоколов лечения больных и отслеживания сексуальных партнеров.

Конечно, тематические исследования могут быть сгруппированы и по другим категориям, и представленная аналитическая основа является лишь отправной точкой для будущей работы. Данная публикация приглашает читателя принять участие в последующем откровенном обмене мнениями с учетом всего многообразия опыта, накопленного странами Европейского региона.

---

<sup>6</sup> *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva, World Health Organization, 2001.

# Анализ конкретной ситуации № 1.

## Решение проблемы недостаточной доступности медицинской помощи по причине культурных особенностей обслуживаемого населения на примере Хорватии

*Jelena Sedlak*

### **Цыганская община**

Их называют цыгане, “ромалы” или “божьи дети”, и они верят в судьбу и в лучшее будущее. Они “знают”, что судьба не предназначила им быть бедными, обездоленными, безработными и иметь малую продолжительность жизни. Они любят повторять, что самые красивые из них – “цвета шоколада”. Они почитают свои традиции, и многие из них продолжают жить кочевой жизнью со всеми её достоинствами и недостатками. В большинстве их деревень до сих пор нет водопровода, телефона, канализации и даже электричества. Все они живут на чужой земле. Помимо весьма незавидного социального положения и мечтаний о лучшей жизни характерная черта цыган – многочисленные семьи. Среди прочего, они мечтают о крепком здоровье и долголетию в обществе, которое не будет таким бедным, как то, в котором жили их родители.

При возникновении подозрений на инфекционные заболевания в Хорватии или соседних странах цыганские поселения рассматриваются как особая целевая группа с точки зрения вакцинации и ревакцинации, а начиная с 1997 г. здесь наблюдается большой положительный отклик на такие профилактические меры. В 2001 г., после возникновения нескольких случаев заболевания полиомиелитом в Болгарии<sup>7</sup>, показатели

---

<sup>7</sup>Данные предоставлены Департаментом социальной защиты и здравоохранения округа Меджимурье. См. также Imported wild poliovirus causing poliomyelitis, Bulgaria. *Weekly epidemiological record*, 76(43): 332–335 (2001).

ревакцинации были чрезвычайно высоки, в частности ею было охвачено 800 цыганских детей.

Ввиду несовместимости здоровья и бедности, инициативы по профилактике инфекционных заболеваний должны предусматривать, в частности, пути повышения благосостояния данной общины.

*Цыганская деревня на момент начала осуществления инициативы, 1997 г.*



### **Округ Меджимурье**

Округ Меджимурье, площадью 730 км<sup>2</sup>, является самым маленьким округом в Хорватии. Он включает три города, 21 район и 129 поселков. Предварительные данные переписи населения, домашних хозяйств и единиц жилья от 31 марта 2001 г. свидетельствуют о росте населения, которое ранее насчитывало 116 225 человек (48,8% мужчин и 51,2% женщин), на 0,68% в год (рождаемость – 11,3%, смертность – 10,63%)<sup>8</sup>. В указанном округе цыганское население составляет около 4000 человек.

В феврале 2002 г. группа медиков посетила три деревни округа Меджимурье: Ситнице (население 340 человек), Пишкоровец (600 человек) и Прибиславцы (522 человек). Эти 3 деревни типичны для всех 16 цыганских деревень в пригороде Эаковеца, окружного центра

---

<sup>8</sup> Национальный институт статистики, Загреб ([www.dzs.hr/StatInfo/Stanov.htm](http://www.dzs.hr/StatInfo/Stanov.htm), данные взяты с веб-сайта в мае 2002 г.).

Меджимурья. Во всех трех деревнях возраст более половины населения не превышает 15 лет.

С 1997 г., когда условия жизни в цыганских поселениях были крайне тяжелыми, произошли значительные позитивные изменения. В настоящее время, отчасти благодаря осуществлению программы иммунизации, охраны здоровья и профилактики, отношение цыганского населения к заботе о собственном здоровье и здоровье своих детей постепенно изменяется.

### **Изменение ожиданий**

Цыганское сообщество начинает стремиться к повышению общего качества жизни, а также рассчитывать на улучшение получаемого медицинского обслуживания и общего состояния здоровья. В ряде цыганских поселений уже можно видеть наглядные проявления изменившегося отношения к жизни. В частности, в этих поселениях вместо глинобитных хижин, которые были преобладающим видом жилья всего несколько лет назад, сейчас строятся дома из кирпича. Вследствие ослабления кочевых традиций в регионе наблюдается формирование оседлых цыганских общин; в результате налицо не только улучшение условий жизни людей, но и большая вовлеченность цыганской общины в жизнь общества в целом.

Более половины цыган Хорватии проживает в вышеуказанной местности. Их предки пришли сюда в тринадцатом веке, привлеченные плакучими ивами, древесина которых использовалась ими для разных поделок и изготовления инструментов, которые они продавали, и таким образом содержали себя и свои семьи. Несмотря на существующее мнение о том, что современные цыгане имеют другие занятия, на самом деле большинство из них являются безработными. Поэтому цыгане по-прежнему остаются беднейшим национальным меньшинством в стране, где доход на душу населения составляет 4179 долл. США в год, а уровень безработицы, по оценкам, составляет 21,1%, или 357 872 человека<sup>9</sup>.

По подсчетам, среди цыган уровень безработицы составляет приблизительно 33%, хотя точных данных не имеется из-за отсутствия статистической разбивки по национальным меньшинствам или национальной принадлежности. В цыганских семьях доход составляет приблизительно одну треть от среднего дохода по стране, а большинство цыганских семей живет на социальные пособия.

---

<sup>9</sup> Данные за 2000 г. предоставлены Национальным институтом статистики, Загреб, Хорватия.

### Межнациональная коммуникация

Цыганские поселения находятся либо на государственной, либо на частной земле, и при создании инфраструктуры внутри таких поселений приходится сталкиваться с серьезными трудностями. Властями округа представлены на рассмотрение Правительства Хорватии два проекта, направленные на решение двух важнейших проблем цыганской общины: (1) легализация цыганских поселений; и (2) решение проблемы плохой коммуникации между цыганами и хорватами из-за отсутствия общего языка. В настоящее время группа представителей цыганской общины получает образование, необходимое для их будущей работы преподавателями цыганского языка, что позволит преодолеть языковой барьер. При этом акцент стоит не на том, чтобы обучать хорватскому языку жителей цыганских поселений, а на том, чтобы эти учителя могли обучить цыганскому языку тех хорватов, которые поддерживают связи с цыганской общиной.

Такой подход будет способствовать поддержанию национальной

*Драгутин Лесар, президент  
департамента социальной  
защиты и здравоохранения в  
округе Меджимурье*



идентичности цыган и сохранению самих цыганских общин и в то же время позволит цыганам в некоторой степени интегрироваться в социальную структуру Хорватии. Кроме того, если бы цыганских детей удалось убедить продолжать школьное образование хотя бы до завершения начальной школы, что в настоящее время – редкое явление, то это было бы очень крупным шагом к интеграции цыган в современное общество.

Драгутин Лесар, президент департамента социальной защиты и здравоохранения в Меджимурье, следующим

образом оценивает огромную важность языка и национального самосознания:

“Для некоторых людей идолом может быть Яника Костелиц (чемпион по лыжам) или Дражен Петровиц (баскетболист), или Давор Шукер (знаменитый футболист), но этим детям нужны их собственные герои, которые покажут им, что они тоже могут добиться успеха и даже быть



лучшими. Почему у нас нет 20 цыганских медицинских сестер, 10 цыганских полицейских? Почему обучение в школах не ведется на цыганском языке? А ведь только в нашем районе 900 цыганских детей учится в начальной школе и ещё 1000 готовятся туда поступить. Они должны обучаться на цыганском языке. Но у нас нет учителей-цыган. Мы должны побуждать этих детей получить законченное школьное образование, если мы действительно хотим навсегда решить эту проблему”.

При этом Лесар не считает, что система социальных пособий способна решить проблему интеграции цыган.

### **Экономическое положение**

В округе Меджимурье 1557 семей получают финансовую помощь в размере прожиточного минимума, 53% из них – цыганские семьи. Несмотря на то, что цыгане составляют всего около 3,4% населения, эта община, состоящая в основном из безработных, поглощает большую часть социальных фондов округа. Вплоть до конца 2001 г. безработные матери, имеющие троих детей или близнецов, получали помощь, и из 580 матерей, попадающих под эту категорию, около 300 – цыганки. В цыганских семьях, как правило, от четырех до десяти детей. Сорок восемь процентов семей получают социальную помощь в размере прожиточного минимума<sup>10</sup>.

Наталия – одна из таких безработных матерей. Ей 25 лет, у нее пятеро детей и нет профессии. Хотя она и жила вместе с отцом своих детей, они не были женаты. В прошлом году он умер, но Наталия не имела права на получение пенсии, которая обычно выплачивается вдовам. Сама Наталия выросла в семье, состоящей из десяти человек, и, по её воспоминаниям, её собственная жизнь, наполненная ожиданием преждевременной смерти, никогда не была легкой. “Я не понимала, почему исчезают мои братья и сестры. Мы редко посещали врачей. Кто знает, может это происходило из-за инфекционных



*Наталия, мать пятерых детей*

---

<sup>10</sup> Центр социального обеспечения при Совете округа Меджимурье.

Неделько - отец троих дочерей



болезней? Доктора всегда были далеко, и дети умирали до того, как удавалось добраться к ним”. Однако Наталия причисляет себя к родителям нового поколения и, говоря о собственном положении, добавляет: “Всем моим детям сделаны прививки благодаря врачам, которые приезжают в нашу деревню, особенно доктору Вишня [Смиловиц, член группы медиков – авторов Инициативы общения, см. ниже]. А вот предыдущие поколения вообще не заботились о прививках”.

Неделько, соседу Наталии, 29 лет. Первый ребенок родился, когда ему было 17 лет. Теперь у него есть 3 дочери. Закон, действовавший до начала 2002 г., давал ему право на получение социальных пособий на третьего и каждого последующего ребёнка,

т.е. большие семьи получали больше финансовой помощи. “Было чрезвычайно удобно быть традиционным”, – говорит Лесар. Несмотря на то что этот закон уже не действует, большие семьи все ещё существуют, и главная задача – поддержание их здоровья. По словам Неделько, теперь это стало возможно. “Моей старшей дочери делают прививки в школе, – говорит он, добавляя затем, – младшие дочери проходят вакцинацию в деревне, и очень хорошо, что доктора приезжают к нам, так как у нас нет машины, а клиника находится более, чем в десяти километрах отсюда”.

Вспоминая о своем детстве, Неделько сказал: “Я не помню, чтобы мои родители придавали какое-нибудь значение вакцинации. Наоборот, они считали, что нам, детям, это наносит вред. Они и сейчас не видят в прививках никакого смысла”.

### **Преодоление старых стереотипов**

На момент начала проведения Инициативы общения среди цыганской общины преобладали старые стереотипы, а влияние традиций



по-прежнему оставалось сильным. Некоторые из этих традиций наносили вред здоровью общины в целом и каждого её члена в отдельности. Еще несколько лет назад эпидемиологам из Института общественного здравоохранения округа Меджимурье приходилось преодолевать огромные трудности при осуществлении программ вакцинации.

Одной из причин этих трудностей, была последняя эпидемия полиомиелита (1983 г.), возникшая в цыганских деревнях сразу после проведения вакцинации. Четверо детей из деревни Куршанец заболели полиомиелитом после первичной вакцинации. Этот эпизод способствовал усилению некоторых из старых предубеждений против участия в организованных программах вакцинации.

В этой связи д-р Смиловиц рассказывает о некоторых проблемах, с которыми ей пришлось столкнуться во время работы в цыганских поселениях:

“После эпидемии 1983 г. было доказано, что дети заболели полиомиелитом не по причине вакцинации. Но цыгане всё равно были уверены, что дети заболели из-за прививок. После этого было чрезвычайно трудно снова убедить их в необходимости делать прививки детям. Мы взялись за трудное дело.

Соппротивление было огромным, особенно в деревне, где 14 лет назад заболели дети. Мы опасались, что что-нибудь может опять произойти, например, какая-нибудь реакция на вакцину. Хотя нами и были предприняты все меры против возможных негативных последствий, все-таки было трудно работать в тех условиях: иногда мы просто накрывали скатертью какое-нибудь место в избе ... Ничего похожего на условия в больнице. Однажды у ребенка возникла отрицательная реакция – сыпь по всему телу, и отец чуть не убил меня. Я не могла ничего объяснить, я просто посадила ребенка в машину скорой помощи и поехала в клинику в надежде, что все останутся живы. Слава Богу, в конце концов, все обошлось, но мы могли снова потерять доверие людей. Из-за единственной отрицательной реакции”.

### **Язык – путь к доверию**

В случае утраты доверия необходимо спросить себя, почему это произошло. Однако в том случае, если это произошло без какой-либо разумной причины, как это имело место в приведенном выше случае, нужно найти новые пути к восстановлению доверия. Для врачей округа Меджимурье таким путем стало освоение цыганского языка, благодаря чему доверие населения было восстановлено.

Группа медиков из Института общественного здравоохранения, которая посещает цыганские поселения, включает 4–5 врачей, четырех медсестер, а также санитаров или лиц из числа вспомогательного персонала. Для того чтобы общаться с населением и вызвать доверие для преодоления возникающих трудностей, члены группы изучили цыганский язык. Несмотря на то, что они не могли свободно говорить на нем, их знаний оказалось достаточно для установления доверительных отношений с цыганской общиной. Д-р Смиловиц вспоминает, как им удалось достичь прорыва: “Когда я на цыганском языке просила пациентов открыть рот и дышать или глотать или когда я сказала молодой девушке, что она красива, или говорила с детьми, как говорит их мать, они стали доверять мне. Освоить цыганский язык не так уж сложно. Наши врачи составили свой собственный словарь на листках бумаги, которые они держат в машинах скорой помощи”.

Её учитель цыганского языка по имени Франц был одним из лидеров в деревне Ситнице. К тому же, многие жители деревни тоже были рады помочь медикам в изучении своего языка.

*Д-р Смиловиц, её “учитель”  
(Франц) и дети*



Хотя инициатива не потребовала никаких денежных затрат и дала положительные результаты, вопрос об устойчивости достигнутых результатов продолжал оставаться актуальным. Врачи говорят, что в их

планы не входит смена места работы, но если так случится, то они хотели бы, чтобы другие продолжили их начинание. “Язык выучить нетрудно, и если вы это сделаете, можно достичь действительно хороших результатов при работе с детьми из числа национальных меньшинств”, – говорит д-р Смиловиц. Результаты (табл. 1) действительно впечатляют.

Тип вакцинации	По всей Хорватии, %	В округе Меджимурье, %
Первичная	93,5	95,7
Вторичная	94,3	97,6

Источник: Институт общественного здравоохранения Хорватии.

Таблица 1. Сравнительный уровень вакцинации, 2000 г.

### История Инициативы

Как утверждают сотрудники родильного отделения окружной больницы, многие молодые представители цыганской общины имеют право на медико-санитарную помощь в соответствии с Законом о медицинском страховании, который предоставляет право бесплатного медицинского обслуживания лицам, не достигшим 18 лет. Такие молодые люди имеют законное право на участие в национальных программах вакцинации. В силу своего образа жизни, социальных условий и плохого финансового положения цыгане чрезвычайно подвержены болезням, в особенности инфекционным. До недавнего времени цыгане делали прививки своим детям неохотно и нерегулярно. По данным Института общественного здравоохранения округа Меджимурье, среди охваченных вакцинацией против полиомиелита в 1994 г. было 266 детей цыган, в 1995 г. – 191, в 1996 г. – 404.

В 1997 г. в течение нескольких месяцев дважды возникало подозрение на вспышки полиомиелита, что дало дополнительный стимул к осуществлению программ вакцинации. В округе Меджимурье проведение специальной программы вакцинации было отнесено к категории важнейших приоритетов. Начало Инициативе общения было положено в момент, когда д-р Смиловиц и её коллеги начали изучение языка, на котором говорили их пациенты-цыгане. В соответствии с инициативой Института общественного здравоохранения была осуществлена программа первичной вакцинации 400 цыганских детей, после чего была проведена небольшая аналогичная кампания в цыганской деревне Држимурец. Таким образом, охват вакцинацией детей до 15 лет достиг уровня свыше 95%, а ведь именно в этой группе вакцинация была до этого затруднена по причине традиционных предрассудков и опасений родителей.

21 октября 1997 г. Институт общественного здравоохранения округа Меджимурье получил сведения о случае острого паралича у 14-летней

цыганской девушки из Држимуреца. Это произошло сразу после вторичной вакцинации. В соответствии с диагнозом, причиной был клещевой энцефалит. Была начата новая кампания. В ходе ее появилась возможность использовать дополнительный стимул для вакцинации, так как отделение Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в Хорватии предоставило помощь в виде 800 кг подарков с детским питанием, а Институт общественного здравоохранения округа Меджимурье воспользовался этой возможностью для распространения брошюры “Защита детей от инфекционных заболеваний: когда нужно вести ребенка на прививку?” В этой брошюре был представлен подробный график прививок с трех месяцев до 19 лет.

Эти подарки и брошюры, призванные создать у получателей стимулы к участию в программах вакцинации, были с готовностью приняты во многом благодаря доверительным отношениям, уже установившимся между членами команды медиков, говорящих на цыганском языке, и цыганской общиной.

Д-р Смиловиц говорит, что в ходе двух кампаний 1997 г. “первичную вакцинацию прошли 472 ребенка, а в ходе проведения кампаний дополнительной подчищающей иммунизации – 418 детей”. Д-р Смиловиц высказала мнение, что хотя ведущую роль в укреплении здоровья играют службы медико-санитарной помощи, огромное значение имеет также сотрудничество между муниципальными властями и другими социальными структурами, оказывающими воздействие на здоровье людей, в частности, школами, органами социального обеспечения, коммунальными службами и неправительственными организациями. Такое сотрудничество приобретает особенное значение, когда речь идет о таких чрезвычайно уязвимых общинах, как цыганская.

*Подарок с детским питанием от ЮНИСЕФ и брошюра с информацией о вакцинации, 1997 г.*



“Все ещё имеется ряд нерешенных проблем”, – подчеркивает Людевит, ещё один лидер цыганской общины деревни Прибиславец. Эти проблемы не связаны непосредственно с иммунизацией цыганских детей, но они способны оказать влияние на их здоровье и их будущее иными способами. Возьмем, к примеру, отсутствие возможности закончить образование: в настоящее время только один из десяти цыганских школьников получает начальное образование, а среднее – и того меньше. Людевит считает, что если бы школьные учителя последовали примеру врачей и вели обучение на цыганском языке, эта неутешительная статистика изменилась бы к лучшему.

### **Совершенствование качества коммунальных услуг**

Существуют и другие проблемы, связанные с бедностью и здоровьем, среди которых – легализация цыганских поселений и обеспечение их электричеством и водоснабжением. Обеспечение цыганских поселений коммунальными услугами представляет собой очень серьезную финансовую проблему, так как большинство членов цыганской общины – безработные.

Ещё одна рассматриваемая проблема – медицинское страхование. Среди людей, которые в настоящее время не охвачены системой медицинского обслуживания, много представителей цыганской общины, и отсутствие медицинского страхования представляет собой значительную проблему. При стационарном лечении широко распространенной практикой является “одалживание” чьих-либо документов для того, чтобы пройти лечение бесплатно. Такие действия могут вызвать множество проблем, в том числе неадекватный учет социальных и медицинских льгот. Имел место случай, когда человек с “одолженной” страховкой умер в больнице, а её настоящий владелец не мог доказать, что он жив.

Президент департамента социальной защиты и здравоохранения округа Меджимурье Драгутин Лесар считает, что в результате таких акций, как Инициатива общения, возможно изменить стереотипы, а также установить доверие между цыганской общиной и медицинскими работниками. “Ключевыми направлениями работы в будущем должны быть такие, как формирование среди родителей чувства ответственности за воспитание и здоровье их детей и санитарное просвещение цыганского населения, – говорит он. – Цыгане должны понять, что они сами несут ответственность за то, чтобы отвезти своих детей в клинику на прививки, вместо того, чтобы ждать, когда врачи сами приедут к ним в деревню с подарками, чтобы вакцинировать цыганских детей”. Он полагает, что такой подход может привести к формированию у цыган чувства безответственности. По его мнению, финансовые средства, выделяемые



на социальные пособия и пособия по безработице, следует направлять на санитарное просвещение, обучение цыганских детей в школах, а также обучение матерей-цыганок тому, как решать возникающие проблемы.

### Будущее

Дорогу для этой инициативы открыл визит группы медиков в цыганские деревни, когда им впервые удалось убедить жителей сделать прививки детям. Залогом их успеха было владение языком, на котором говорили их пациенты, что рассматривалось ими как ключ к преодолению трудностей, возникающих при оказании медицинской помощи. Наталия и Неделько не будут повторять ошибок своих родителей; они уже знают, как защитить здоровье своих детей. Другие проблемы также могут быть решены через доверие и добрую волю.

*Благодаря Инициативе  
возможности детей из  
цыганских общин  
расширяются*



Успехи, достигнутые в области иммунизации в 1997 г., носят стабильный характер, что доказывают отчеты по округу Меджимурье, в которых приводятся данные о том, что охват вакцинацией в этом округе продолжает превышать общие показатели по стране (табл. 1)<sup>11</sup>.

Сопrotивление иммунизации и другим инициативам в области здравоохранения имеет место не только среди цыган и не только в странах Центральной Европы. При этом попытка решить проблемы за счет инвестиций дополнительных средств только в систему здравоохранения представляется упрощенным решением. Как указывают Лесар и Смиловиц, необходимы также дополнительные меры в области образования и инвестиции в базовую инфраструктуру (к примеру, обеспечение людей доброкачественным водоснабжением и службами ассенизации).

---

<sup>11</sup> *The Croatian Health Service yearbook 2000*. Zagreb, Croatian National Institute of Public Health, 2001.

В настоящем тематическом исследовании показано, каким образом конкретная инициатива помогла преодолеть ряд культурных барьеров на местном уровне, что облегчило доступ к основным службам здравоохранения для бедных и зачастую изолированных общин. Достигнутые промежуточные результаты очевидны; они должны иметь долгосрочный характер, что выразится в снижении бремени заболеваний – и не только в цыганской общине, но и по стране в целом. Инициатива показала, что даже в странах с ограниченными государственными ресурсами в программы общественного здравоохранения могут быть внесены изменения, позволяющие принять ряд эффективных мер.





# Анализ конкретной ситуации № 2.

## Всеобщее медицинское страхование: охват беднейших слоев населения Франции

*Frederika van Ingen*

“От 10% до 15% моих пациентов живут в условиях финансовой нестабильности, – говорит д-р Жиль де Сен-Аман, врач общей практики из сельской местности. – Несомненно, некоторые из них настоящие маргиналы. Раньше им было трудно получить медицинское обслуживание, но теперь благодаря всеобщему медицинскому страхованию (ВМС) им будет легче обратиться ко мне за помощью. С точки зрения здравоохранения, это, несомненно, улучшает положение людей, и административные процедуры стали значительно проще”. Социальные работники также рассматривают ВМС как шаг вперед. “С момента введения ВМС, – говорит Анни Дюнан, медицинская сестра детского отделения Государственного центра материнства и детства, – когда приходится иметь дело с детьми, у которых проблемы со здоровьем, гораздо легче советовать родителям обратиться к врачу, так как мы знаем, что это не вызовет у них финансовых затруднений”.

Всеобщее медицинское страхование было введено во Франции 1 января 2000 г. Оно основано на следующем принципе: предоставить всем лицам, проживающим во Франции, страховое покрытие по основному набору медицинских услуг, а лицам, имеющим доход ниже определенного уровня, – ещё и страхование по дополнительному набору услуг. Цель таких мер – предложить “медицинское страхование для всех”, чтобы обеспечить всеобщий и равный доступ к медико-санитарной помощи.

Во Франции доступ к медицинскому страхованию основан на системе социальных взносов, отчисляемых с заработной платы рабочих и служащих. Это дает им и членам их семей право на частичную компенсацию медицинских расходов (базовая страховка). Пациенты имеют право сами выбирать врачей (терапевтов и специалистов) и

обращаться к ним за консультациями. Медицинские консультации оплачиваются пациентами, а впоследствии им возмещается часть расходов в соответствии с условиями страхования. Расходы на лекарства, которые пациенты приобретают и оплачивают в аптеках, компенсируются в соответствии с той же процедурой. Определенная часть указанных расходов на медицинскую помощь (подлежащих так называемой “совместной оплате”) оплачивается самими пациентами, за исключением случаев, когда у них имеется договор с частной страховой компанией или ассоциацией взаимопомощи (*association mutuelle*), которые предлагают страховые услуги, полностью или частично покрывающие указанные расходы. В 2000 г. 80–85% населения взяли дополнительную страховку, предусматривающую полное или частичное возмещение медицинских расходов. Благодаря такой системе значительной части населения обеспечен достаточно высокий уровень доступа к медицинской помощи. С другой стороны, некоторые маргинальные группы населения не в состоянии оплачивать дополнительную страховку.

Ещё до введения в действие ВМС населению Франции предоставлялась возможность получения бесплатной медицинской помощи, которая находилась в ведении областных органов власти (*département*). [Примечание переводчика: Официальное название административно-территориальных единиц во Франции – департаменты. Однако для предотвращения возможной путаницы между такими департаментами и департаментами-учреждениями в данном тексте они будут называться областями]. До 1992 г. представителям беднейших слоев выплачивались пособия на основании их заявлений в каждом конкретном случае, когда у них возникала необходимость в медицинской помощи. Такая система порождала неравенство: нуждающиеся в медицинской помощи не только вынуждены были подавать заявление на получение медицинского пособия каждый раз, когда у них возникала проблема со здоровьем, но и отношение к ним было различным в разных областях.

С 1992 г. заявки на бесплатную медицинскую помощь по-прежнему подавались в административные службы области, но рассматривались они уже совместно с местными отделениями Национального фонда медицинского страхования (*Caisses primaires d'assurance maladie*, СРАМ). Люди, оказавшиеся в трудном финансовом положении, должны были обращаться в местные органы власти своей области для того, чтобы получить социальное пособие на год для себя и своих семей. Тот факт, что теперь они получали пособие на целый год, а не одноразовое пособие, как это было раньше, был, несомненно, шагом в правильном направлении, однако по-прежнему нерешенной оставалась проблема неравенства между областями.

Более того, масштабы бедности возрастали. По словам социолога Оливье Керуий, технического консультанта фонда ВМС и бывшего советника межведомственной целевой группы по гарантированной минимальной зарплате:

“В период между 1960-ми годами, когда 50% населения было охвачено социальным страхованием, и 1980-ми годами, когда этот показатель достиг 98%, мы наблюдали повсеместный успех нашей системы социального обеспечения. Картину портили эти два процента неохваченного населения. Такое положение дел было неприемлемым, во-первых, с точки зрения гуманизма, а во-вторых, по причине того факта, что мы имели дело с системой, в которой из-за 2% населения, не охваченного медицинским страхованием, мы должны были проверять наличие права на медицинское страхование у 60 миллионов жителей страны.

После введения системы медицинского страхования соответствующие права были распространены на членов семей работников (бенефициаров), и была разработана программа личного медицинского страхования для лиц, которые не могли выплачивать страховые взносы по месту работы, хотя в основе системы по-прежнему оставались отчисления на социальное страхование. В 1980-е годы мы надеялись достичь полной занятости и, соответственно, охватить медицинским страхованием всех и каждого. Однако этого не случилось. В период 1993–1998 гг. число лиц, получающих медицинскую помощь, утроилось (выросло с 1 млн. до 3 млн., что составило 5% населения). В дальнейшем речь шла уже не об “остаточных уязвимых группах”. Система социального обеспечения, которая с момента её введения в 1945 г. приобретала всё более всеобщий характер, была призвана устранить эту проблему, и политические лидеры по очереди искали её решения”.

В 1997 г. Исследовательский центр по экономике здравоохранения (*Centre de recherches et d'étude en économie de la santé, CREDES*) провел исследование, в результате которого было выявлено неравенство в отношении доступа к медико-санитарной помощи: около 600 000 людей не имели доступа к социальному обеспечению. Помимо этого у 16% населения отсутствовала дополнительная медицинская страховка, и люди не обращались за лечением по причине того, что они были не в состоянии оплатить свою часть расходов.

Положение осложнялось тем, что расходы на лечение амбулаторных больных возмещались в соответствии с условиями базовой страховки, т.е. по более низким ставкам (60–70%), чем расходы, связанные со стационарным лечением (80–95%). В результате люди, для которых обращение к врачу на ранних стадиях было связано с финансовыми

затруднениями, воздерживались от таких обращений. Как указывает Этьен Каньяр, вице-президент Национальной федерации компаний взаимного страхования Франции:

“Это наглядно продемонстрировало, что базовая схема медицинского страхования не позволяла обеспечить всеобщий доступ к медицинской помощи. Возник вопрос, который был обращен к Мартине Обри, возглавлявшей в то время Министерство занятости и солидарности: следует ли проводить реорганизацию системы в целях обеспечения равного доступа к медицинскому обслуживанию на базе имеющихся ресурсов? Она ответила “нет” и пошла по пути создания специфической системы, основанной на концепции недопущения социальной изоляции представителей беднейших слоев”.

### **Революционный акт**

В 1999 г. Парламентом был принят Акт, который рассматривал всеобщее медицинское страхование (ВМС) как неотъемлемую часть более широкого законодательного акта, направленного против социальной изоляции. Он состоял из трех частей. Первая часть предусматривает введение обязательного базового страхования (ВМС) для всех. При этом лица, имеющие доход ниже определенного уровня, освобождаются от уплаты взносов (см. рамку 1). Таким образом, любой человек, постоянно проживающий на законных основаниях во Франции, который не выплачивает взносы и не является бенефициаром, автоматически включается в систему социального обеспечения. Другим важнейшим нововведением является то, что обязательства по подтверждению права на медицинское страхование возлагаются на фонд медицинского страхования, а не на гражданина. Таким образом, для того, чтобы быть приписанными к фонду медицинского страхования, лицам старше 16 лет нужно представить только документы, подтверждающие их местожительство и личность. Лица, не имеющие постоянного места жительства, могут получать пособие только в том случае, если они зарегистрированы в какой-то признанной организации. Представители местного отделения фонда медицинского страхования могут задавать любые вопросы и запрашивать любые дополнительные доказательства того, что то или иное лицо не является застрахованным по какой-либо из программ страхования для работающих граждан. В любом случае право на получение базовой страховки сроком на один год дается человеку автоматически. Далее, в зависимости от уровня доходов ему может быть предложено начать вносить определенные взносы в фонд базового медицинского страхования.

Второй частью указанного Акта вводится дополнительное страхование в

*Рамка 1. Кто имеет право на ВМС?*

ВМС и дополнительное ВМС предоставляются бесплатно, при условии соблюдения ограничений по уровню доходов. Верхний предел доходов был пересмотрен в феврале 2002 г. В настоящее время он установлен на уровне 562 евро (489 долл. США) в месяц для одиноких людей, 843 евро (733 долл. США) – для семейных пар или одиноких родителей с детьми, 1011 евро (879 долл. США) – на троих, 1180 евро (1026 долл. США) – на четверых и дополнительно 225 евро (196 долл. США) – на каждого последующего члена семьи. Это право предоставляется сроком на один год и возобновляется после повторного рассмотрения положения застрахованного. Начиная с февраля 2002 г. граждане, которые более не попадают под действие этой программы по причине изменения своего положения, тем не менее продолжают пользоваться таким преимуществом, как отсутствие необходимости предварительной оплаты медицинских расходов. Кроме того, начиная с вышеуказанной даты лица, чей доход превышает потолок, установленный для целей получения дополнительной ВМС не более чем на 10%, имеют право на получение суммы 115 евро (100 долл. США), предназначенной для покрытия бесплатной дополнительной страховки у страховщика или ассоциации взаимопомощи. Контракты, предлагаемые страховщиками или ассоциациями взаимопомощи, должны предоставлять гарантии возмещения по тем же ставкам, что и по условиям дополнительного ВМС.

Источник: Фонд ВМС.

рамках ВМС. Лица, имеющие доходы ниже определенного уровня, бесплатно получают дополнительную страховку, которая покрывает медицинские расходы в пределах, установленных системой социального обеспечения. Такая дополнительная страховка покрывает выплаты по системе соплатежей, стоимость услуг немедицинского характера, оказываемых стационарным пациентам (10,67 евро, или 9,28 долл. США, в день), а также расходы на зубное протезирование и стоимость очков (в пределах 396 евро, или 345 долл. США, за два года)<sup>12</sup>.

При этом врачи, предоставляющие услуги, подлежащие оплате на условиях ВМС, обязуются не превышать тарифные ставки, предусмотренные соглашением между Национальным фондом медицинского страхования для работающих граждан (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*, CNAMTS), соответствующими государственными органами и медицинскими ассоциациями. Врачи не

<sup>12</sup> Полное возмещение расходов на зубное протезирование было введено в начале 2002 г. Вначале размер компенсации расходов по очкам и зубному протезированию был ограничен суммой 396 евро (345 долл. США) на 2 года. В настоящее время, такое ограничение продолжает действовать только в отношении очков.

имеют права самостоятельно устанавливать размер гонорара. Дополнительное страхование в рамках ВМС предоставляется в каждом конкретном случае сроком на один год.

Граждане имеют право свободного выбора страховщика по дополнительному страхованию (это может быть сам фонд медицинского страхования, частная страховая компания или ассоциация взаимопомощи) на основании перечня, предоставляемого гражданам в момент регистрации в первичном фонде. Преимущество выбора другой организации помимо фонда медицинского страхования заключается в том, что если доходы человека не превышают установленного уровня, после выхода из системы ВМС он может получить на льготных условиях дополнительную страховку (стоимостью 229 евро, или 199 долл. США, в год). Благодаря ВМС появилась возможность покончить с авансовыми платежами. Пациенты больше не должны оплачивать услуги врачей и больниц – выплаты осуществляются непосредственно фондом медицинского страхования и организациями дополнительного страхования.

Наконец, третья составная часть Акта предусматривает изменения в организации государственной медицинской помощи. Эта часть Акта касается лиц, статус пребывания которых во Франции неясен, но чей

*В январе 2000 г. “революционный Акт” вызвал большой положительный резонанс. Множество людей выразили желание оформить ВМС*





доход ниже верхнего уровня, предусмотренного для получения ВМС. Приблизительно 100 000 людей попадают под действие этой части Акта. Представители этой группы имеют право подать заявление на получение медицинской страховки в местные отделения фонда медицинского страхования, местные или региональные службы социального обеспечения или через неправительственные и благотворительные организации. Положения, содержащиеся в этой части Акта, предусматривают свободный доступ к стационарному обслуживанию для всех, а к услугам врачей общей практики – для лиц, проживающих во Франции более трех лет (см. рамку 2).

Акт предусматривал быстрое внедрение вышеуказанных мер, поскольку он должен был вступить в силу 1 января 2000 г. В течение нескольких месяцев после принятия Акта в июле 1999 г. все учреждения и организации, на которые была возложена задача реализации ВМС, направили все силы на регистрацию лиц, охваченных этой новой страховкой.

Что касается финансовой стороны, то создан фонд финансирования дополнительной программы ВМС. Средства направляются из государственного бюджета, а также поступают в виде взносов от организаций дополнительного страхования (страховых компаний, ассоциаций взаимопомощи), исчисляемых по ставке 1,75% от оборота. В 2000 г. бюджет фонда составил 1047 млн. евро (911 млн. долл. США). В 2002 г. размер фонда должен был возрасти до 1120 млн. евро (975 млн. долл. США). В случае, если застрахованные лица приобретают дополнительную страховку у первичного страховщика, их затраты возмещаются фондом в полном объеме. Если же застрахованные лица пользуются услугами ассоциации взаимопомощи или страховой компании, взнос по ВМС, уплачиваемый последними, уменьшается на сумму 228,67 евро (199 долл. США) в год на каждого зарегистрированного. Считается, что указанная сумма соответствует средним затратам на одного человека, которые несут страховщики по дополнительному страхованию, однако она не покрывает управленческие расходы страховых организаций. Как показывают расчеты, среднегодовая сумма медицинских расходов должна быть пересмотрена в сторону повышения до уровня, который в 2001 г. должен составить приблизительно 244 евро, или 212 долл. США, на человека. Организации, занимающиеся дополнительным страхованием, в настоящее время требуют увеличения сумм предоставленных им вычетов или даже полного возмещения затрат, как в случае с первичными страховщиками. «Предстоит проделать большую работу, чтобы донести информацию о ВМС до людей, которые имеют право ею пользоваться, но не знают о её существовании, – замечает Каньяр. – Эта работа

должна прodelьваться группами взаимопомощи в сотрудничестве с ассоциациями по социальному обеспечению, однако это потребует дополнительных средств”.

*Рамка 2. Медицинская помощь  
лицам, не имеющим законного  
статуса*

На конец 2001 г. 120 000 человек получали государственную медицинскую помощь (ГМП), из них 70% проживали в районе Иль-де-Франс (Париж и прилегающие районы) и 44% – в самом Париже. Эта медицинская помощь оказывалась людям, не имеющим “законного” статуса по тем или иным причинам. Это было не только проявлением великодушия, но и мерой охраны общественного здоровья. “Многие из этих людей, – поясняет Ив Карсенак, генеральный инспектор по социальным вопросам, – заражались инфекциями, особенно туберкулезом, но боялись себя обнаружить, обратившись за медицинской помощью”. Одной из важнейших проблем в этой области является определение числа лиц, входящих в эту категорию населения. Однако после введения ГМП и преодоления трудностей начального этапа, в частности подозрительности этих людей, в дальнейшем каждые три месяца регистрацию проходили 10 000–12 000 человек. Право на медико-санитарную помощь предоставлялось главным образом на основании заявлений получателей, в которых описывалось их положение. При этом осуществление программы ГМП оказалось более затруднительным, чем программы ВМС, что отражено в отчете Генеральной инспекции по социальным вопросам (*Inspection général des affaires sociales, IGAS*). Одна из основных трудностей заключалась в отсутствии достаточной информации у целевой группы: одним из главных каналов распространения информации были гуманитарные организации – государственные органы этим не занимались. Другая трудность состояла в том, что в некоторых областях первичные фонды страхования создали для таких лиц специальный пункт приема заявок, в результате чего возник “эффект социальной изоляции” вопреки духу принятого закона, в соответствии с которым представители этой социальной группы должны были “раствориться” в общей массе застрахованных граждан. Тот факт, что для получения права на помощь врача общей практики человек должен прожить во Франции более трех лет, также создает сложные ситуации. С одной стороны, учитывая незаконный статус, людям сложно предоставить доказательства, что они проживали во Франции в течение указанного периода, с другой стороны, как бы парадоксально это ни звучало, людей как бы поощряют за то, что они жили в стране нелегально в течение долгого периода. Наконец, в отчете IGAS указывается, что “озабоченность вызывает” управление бюджетом со стороны государственных органов. К примеру, размер затрат, заложенный в бюджете на 2002 г., составляет 60 млн. евро (52 млн. долл. США), в то время как уже в 2001 г. фактические затраты достигли уровня 145 млн. евро (126 млн. долл. США).

Источник: IGAS.



### Культурный прорыв?

“Введение ВМС было настоящим культурным прорывом на всех уровнях”, – подчеркивает Марк Шлюсселюбер, директор, ответственный за обеспечение доступа к медико-санитарной помощи в рамках фонда первичного медицинского страхования в Сен-Сен-Дени. В этом регионе, расположенном недалеко от Парижа, вопросы бедности стоят особенно остро, и число потенциальных получателей дополнительного ВМС изначально оценивалось в 200 000 человек. В начале 2002 г. право на получение пособия имели 146 650 человек, а максимальное число таких лиц было зафиксировано в июне 2001 г. (177 000 человек). В первые шесть месяцев осуществления программы было зарегистрировано 87 000 человек. Шлюсселюбер вспоминает:

“Местным фондам страхования, таким как наш, пришлось оставить выполнение административных функций и математических расчетов и заняться решением социальных вопросов. Сотрудников нужно было убедить, что в будущем нам придется сыграть определенную роль в деле преодоления бедности. Как только программа была разработана, нас завалили заявками. У нас было несколько месяцев на подготовку, 130 человек было мобилизовано для выполнения этой работы, и мы ещё наняли дополнительно около сотни молодых людей”.

Одной из важнейших перемен было то, что в настоящее время обязательства по подтверждению права на страховку были возложены на фонды страхования, а не на граждан. Шлюсселюбер вспоминает:

“3 января 2002 г. к нам пришел молодой человек, который хотел принять участие в программе. У него не было работы, он собирался подать заявление на получение гарантированного минимального дохода и, казалось, имел “законный” статус. Поэтому он был зарегистрирован автоматически без каких-либо подтверждающих документов. Естественно, впоследствии мы потребуем документы, подтверждающие его права на социальные пособия, но для нас, работников департамента социального обеспечения, этот подход был совершенно новым”.

Шлюсселюбер придерживается того же новаторского подхода и в вопросе, связанном с обеспечением государственной медицинской помощью. “На практике, когда человек, не имеющий законного статуса, хочет принять участие в программе, мы просим предоставить как можно больше подтверждающих документов. Однако сначала нам приходится довольствоваться тем, что люди сами рассказывали о себе”. В указанной области в результате введения ГМП число лиц без законного статуса,

имеющих право на бесплатное медицинское обслуживание, возросло с 3000 до 13 000 человек. Шлюсселюбер продолжает:

“Разумеется, ещё найдутся люди, которые не осмеливаются прийти на регистрацию из-за боязни, что их незаконный статус будет обнаружен. Однако информация о вновь предоставленных им правах на социальное обеспечение постепенно распространяется всё шире.

Благодаря ВМС имидж системы медицинского страхования улучшился. Первичный фонд медицинского страхования предпринимает меры, направленные на борьбу с бедностью. В настоящее время в Сен-Сен-Дени мы сотрудничаем с представителями местных социальных служб, в частности представляя им данные о людях, которым было отказано в ВМС по причине того, что их доходы превышали установленный уровень, с тем чтобы их было можно найти и оказать помощь по другим программам. Мы также проводим мероприятия профилактического характера на уровне приютов для бездомных, благотворительных организаций и мэрий, а также организовали горячую телефонную линию. Собственно говоря, можно сказать, что нам удалось восстановить настоящий диалог с застрахованными лицами. Теперь мы на самом деле чувствуем, что наш вклад больше, чем просто возмещение расходов на медицинскую помощь. ВМС – это система, которая требует участия всех и каждого на всех этапах деятельности, направленной на укрепление социальной солидарности”.

В целом введение ВМС во многом изменило характер деятельности первичных фондов медицинского страхования. В одном из исследований<sup>13</sup>, проведенном Управлением по исследованиям и статистической оценке (*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES*) Министерства занятости и солидарности, была подчеркнута трудность создания такой системы приемных пунктов, в которых, с одной стороны, получатели ВМС не чувствовали бы себя изгоями, а с другой стороны, могли должным образом учитываться их специфические проблемы и потребности. Вначале некоторые из местных фондов медицинского страхования в ряде случаев не смогли обеспечить прием лиц, охваченных ВМС, на основе равенства с прочими участниками страховых программ, и им пришлось создать особые пункты для приема таких лиц. В ряде мест после введения новой системы в некоторых отделениях страхового фонда в силу технических причин возникли проблемы с включением соответствующих лиц в систему дополнительной ВМС в пределах

---

<sup>13</sup>BOISGUERIN, B. *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001*. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2002 (Études et résultats, No.158).

установленного законодательством срока, который не должен превышать двух месяцев.

Кое-где длительного ожидания при обращении в отделения фонда медицинского страхования удалось избежать благодаря использованию помощи добровольцев, поддержке ассоциаций взаимопомощи и страховых компаний, а также благодаря созданию пунктов по приему заявлений в больницах, мэриях и бедных районах.

### **Получатели страховки: 7,8% от общей численности населения**

В соответствии с исследованием, проведенным DREES<sup>14</sup> приблизительно два года спустя, по состоянию на 30 сентября 2001 г. 1,2 млн. человек имели базовую ВМС, а 4,7 млн., или 7,8% населения, были застрахованы на условиях дополнительной ВМС. Число получателей страховки достигло максимума в июне 2001 г. – 5,3 млн. человек. Это произошло благодаря тому, что в соответствии с Актом ВМС автоматически предоставляется лицам, которые ранее имели право на получение медицинской помощи. Однако положение некоторых из этих людей изменилось, или они, возможно, не обращались за возобновлением страховки, так как не нуждались в медицинской помощи. Кроме того, некоторые из них могли получить право на медико-санитарную помощь на областном уровне, где был более высокий потолок доходов, чем в рамках системы ВМС.

### **Молодежь и женское население**

В результате исследования, проведенного DREES<sup>15</sup> в ноябре 2000 г., были более точно определены целевые группы населения. В первую очередь получателями страховки в системе ВМС являются женщины (55%) и молодежь (39% – лица в возрасте до 20 лет). Шесть процентов получателей – лица в возрасте старше 60 лет, а среди лиц трудоспособного возраста (20–59 лет) 40% – безработные. В 26% случаев главное застрахованное лицо (т.е. член семьи, зарегистрированный для целей ВМС, через которого страховкой охвачены и остальные члены семьи) не является безработным. Наконец, 36% получателей являются членами семей, в которых главное застрахованное лицо – это рабочий, тогда как для служащих этот показатель равен 27%. В 30% случаев социальная и профессиональная принадлежность главного страхователя

---

<sup>14</sup> BOISGUERIN, B. *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2001*. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2002 (Études et résultats, No.158).

<sup>15</sup> BOISGUERIN, B. & GISSOT, C. *L'accès aux soins des bénéficiaires de la BMC. Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000*. Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2000 (Études et résultats, No.152).

не установлена по причине того, что такие лица или никогда не работали или являются домохозяйками.

В течение последующих двух лет данные по выплате компенсации являлись основным инструментом оценки влияния ВМС на здоровье населения. Статистика, представленная CNAMTS, показывает, что в 2000 г. расходы населения на медицинскую помощь, покрываемые в соответствии с условиями дополнительного ВМС, составили 70% от затрат, понесенных застрахованными по другим программам страхования. На начало 2001 г. этот показатель возрос до 85%. Эти сравнительно более низкие показатели можно объяснить тем, что целевые группы для целей ВМС включают более молодых и соответственно более здоровых людей. Хотя расходы на здравоохранение по дополнительной ВМС ниже, чем по другим программам, они в основном возникают в связи с получением первичной медико-санитарной помощи (обращение к врачам общей практики, приобретение лекарственных средств) и, как представляется, растут, постепенно приближаясь к уровню расходов на медицинскую помощь, характерному для населения в целом.

Выборочный опрос бенефициаров, проведенный в конце 2000 г., показал, что каждый второй участник программы ВМС до участия в ней вообще не обращался за медицинской помощью по финансовым причинам. Это относилось в основном к тем видам медицинского обслуживания, которые в наименьшей степени компенсировались за счет базового страхования, а именно: стоматологические услуги (31%), услуги офтальмолога (25%), зубное протезирование (19%), консультации у специалистов (10%). С момента введения ВМС 65% опрошенных сказали, что они прошли по крайней мере один курс лечения, от которого ранее вынуждены были отказываться. Две трети прошли лечение у стоматолога или курс фармакотерапии, а также получили консультации у врачей-терапевтов и специалистов. Что касается зубного протезирования и услуг офтальмолога, только 40% опрошенных обратились за услугами, от которых ранее они вынуждены были отказываться. Последнее, вероятно, объясняется установлением ограничений по соответствующим расходам – 396 евро (345 долл. США) за два года. Отмена в начале 2002 г. ограничений по расходам, связанным со стоматологическими услугами, позволит пройти необходимое лечение лицам, застрахованным по программе ВМС. Ещё одним показателем эффективности ВМС является снижение посещаемости центров здравоохранения гуманитарных организаций. Эти организации приняли самое активное участие в обсуждении Акта и других законов и нормативных документов и продолжают внимательно следить за осуществлением ВМС, а также направлять своих пациентов в отделения первичных фондов медицинского страхования. “Очевидно, что число

пациентов, посещающих наши центры здравоохранения, уменьшилось ввиду того, что теперь им облегчен доступ к услугам врачей общей практики или стационарному лечению, – отмечает Натали Симоно из организации *Médecins du monde (Врачи мира)*. – Некоторые из наших центров в маленьких городах даже пришлось закрыть. Актуальной, однако, остается проблема информации: мы уверены, что многие люди даже не знают, что они имеют право на ВМС”. Такое же мнение было высказано представителями Национального союза частных учреждений здравоохранения и социальной защиты (*Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, UNIOOSS*). Ими было также отмечено уменьшение посещаемости гуманитарных центров здравоохранения. Тем не менее, этот союз подчеркивает такую проблему, как дефицит информации среди людей, не проявляющих инициативы к ее получению. В частности, речь идет о представителях самых изолированных социальных групп, с которыми должна проводиться разъяснительная работа в целях их вовлечения в действующие программы.

### **Важный шаг вперед в социальной сфере**

“Всеобщее медицинское страхование является важнейшим шагом вперед в социальной сфере”, – говорится в заключении отчета IGAS<sup>16</sup>, подготовленного Ивом Карсенаком в соавторстве с Эвелин Льювилль. Они подчеркивают:

“Равный доступ к медико-санитарной помощи вне зависимости от места жительства человека и единая приемная в отделениях служб социального обеспечения постепенно создают атмосферу нейтральности, которая не всегда присутствовала в предыдущих системах. Сейчас ещё рано говорить о конкретном воздействии принимаемых мер на здоровье людей, но мы знаем, что многие положения Акта, в частности то, что людям больше не приходится напрямую нести расходы на медицинское обслуживание, на самом деле облегчают доступ к медицинской помощи и, как мне кажется, мы движемся по пути социальной гармонизации”.

Тем не менее, централизация на общенациональном уровне ставит новые вопросы. В частности, перед государственными органами встает проблема контроля. “Это соответствует духу доверия, заложенному в Акте, – поясняет Карсенак. – Наше доверие к людям проявляется в том, что мы согласны действовать на основании поданных ими заявлений. Однако проверка этих заявлений тоже необходима. Вначале перед нами

---

<sup>16</sup> CARCENAC, Y. & LIOUVILLE, E. *Première évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001 (Rapport No. 2001, 112).

стояла задача запустить программу. Сегодня система ВМС претворяется в жизнь быстрыми темпами, и настало время организовать такой контроль”.

Ещё одна трудность заключается в том, что работники здравоохранения, от которых частично зависит эффективность осуществления ВМС (поскольку они берут на себя обязательство не превышать согласованных сумм гонораров), не всегда соблюдают “правила игры”. Как указывается в отчете IGAS, в некоторых случаях людям, застрахованным на условиях ВМС, отказывают в обслуживании, от пациентов требуют авансовой оплаты медицинских услуг или дополнительных сумм. Как утверждают такие специалисты, они действуют таким образом ввиду того, что оплата медицинских услуг некоторыми фондами занимает очень много времени. Однако такие задержки не носят регулярный характер и, как правило, касаются только врачей, у которых отсутствуют компьютеры и которые посылают свои счета не по электронной, а по обычной почте. Другие врачи, в особенности хирурги-стоматологи, не согласны со ставками оплаты, предусмотренными условиями страховки. Как бы то ни было, случаи отказа в предоставлении услуг относительно редки, а система ВМС значительно упрощает административные процедуры.

Однако основным поводом для критики системы ВМС является его “пороговый эффект”. Лица, чей доход хотя бы на один евро превышает уровень, дающий право на получение ВМС, оказываются в сложных обстоятельствах, лишаясь доступа к медико-санитарной помощи, который они имели до введения ВМС. Доход тех, кто живет на пособия, например, одиноких пожилых людей, получающих минимальную пенсию по старости, или тех, кто получает пособие по инвалидности, немного превышает установленный потолок и соответственно им отказано в праве на получение дополнительного ВМС. Размер взносов по дополнительному полису страхования значительно превышает размер расчетных затрат на медицинскую помощь на одного человека по программе дополнительного ВМС (238 евро, или 207 долл. США) при одинаковой сумме страхования. Кроме того, потолок дохода, дающий право доступа к государственному медицинскому обслуживанию, который установлен приблизительно десятком областей, выше, чем потолок дохода, предусмотренный в отношении ВМС. Теоретически это означает, что ВМС снижает их статус, в результате чего они теряют доступ к системе государственной медицинской помощи. Однако на практике следующие один за другим правительственные решения об отсрочке (направленные на то, чтобы избежать внезапного перехода людей, ранее охваченных системой государственной медицинской помощи, на другую программу без дополнительной помощи) устраняют необходимость



выхода из программы государственной медицинской помощи вплоть до конца 2001 г. – начала 2002 г. Система выплаты пособий на получение дополнительного страхования, которая должна быть внедрена в 2002 г., обеспечит непрерывность доступа к медицинской помощи.

Вышеописанная система представляет собой ещё одно средство, разработанное в рамках французской системы здравоохранения для борьбы с бедностью в стране. Программа ВМС позволяет покрывать медицинские расходы огромного числа представителей беднейших слоев. При этом единственной проблемной группой остаются люди, имеющие доход, лишь ненамного превышающий порог, установленный для целей получения ВМС.

Со своей стороны гуманитарные организации выдвинули предложение, чтобы, во-первых, потолок доходов для целей получения ВМС был поднят, а во-вторых, было введено регрессивное пособие, исчисляемое на основе уровня доходов, которое бы помогало людям оплатить дополнительную страховку. “Если органы, обеспечивающие дополнительную страховку, желают сохранить свою монополию, – говорит Жан-Клод Булар, член парламента и один из разработчиков Закона о ВМС в 1999 г., – они должны разработать гибкую систему выплаты страховых взносов для лиц с доходами, превышающими потолок, установленный для программы ВМС”. В отчете IGAS рассматриваются различные сценарии – от увеличения потолка доходов до введения пособий, подлежащих выплате в случае выхода из программы ВМС. В конечном итоге был принят вариант, предусматривающий выплату пособий. Этот вариант был утвержден правительством, которое считает, что увеличение потолка доходов – вариант чрезвычайно затратный, реализация которого к тому же только переместит “проблему порогового эффекта на новый уровень”.

Несмотря на некоторые трудности на начальном этапе и возникновение проблем, связанных с “пороговым эффектом”, ВМС, несомненно, представляет собой шаг вперед в решении проблем как бенефициаров, так и лиц, непосредственно вовлеченных в систему здравоохранения. “Особенностью этого Акта, – заключают Льювилль и Карсенак, – является то, что помимо того, что он был введен в действие при благоприятных условиях и облегчил доступ к медико-санитарной помощи самым обездоленным, все лица, участвующие в реализации программы, искренне настроены делать всё возможное, чтобы обеспечить эффективность принимаемых мер. Теперь нам необходимо объединить наши усилия”. В дальнейшем оценка результатов реализации

этого законодательного акта будет проводиться один раз в два года, что позволит в случае необходимости корректировать процесс осуществления программы.



# Анализ конкретной ситуации № 3.

## Модель Майнца: врачи приходят к бездомным *Sigrún Davídsdóttir*

“Знаете, господин доктор, ваши таблетки мне очень помогли. Теперь я чувствую себя гораздо лучше”. Очень редко врачи встречаются со своими пациентами в кафе, и им редко приходится слышать подобные замечания. Но данное утверждение не относится к д-ру Герхарду Траберту. В отличие от обычных докторов, принимающих пациентов в кабинетах, д-р Герхард Траберт сам приходит к своим пациентам, и для него кафе – место оказания медицинской помощи. Его пациентами являются бездомные и представители других социально изолированных групп г. Майнц, Германия. Тот факт, что некоторые бездомные не обращаются за медицинской помощью, характерен не только для Германии, но и для многих других стран. Многие социальные службы организованы таким образом, что они оказывают помощь лишь тем, кто за ней обратился, однако люди, чье состояние здоровья гораздо хуже, чем у среднего гражданина, часто не обращаются к врачам. Поэтому д-р Траберт сам находит их в приютах для бездомных, подвалах многоуровневых парковочных комплексов, на улицах. Он знает, где их найти, а они всегда знают, когда пришел доктор. Благодаря своим тесным контактам с бездомными д-ру Траберту удалось завоевать их доверие.

Д-р Траберт начинал свою деятельность как работник системы социального обеспечения. Работая в больнице, он был потрясен низким качеством медицинской помощи, оказываемой бездомным, а также неспособностью системы здравоохранения организовать адекватную помощь для этой группы населения. Тогда он занялся медициной. Его докторская диссертация (1994 г.) была посвящена вопросам медицинского обслуживания бездомных<sup>17</sup>. Однако он не мог ограничиваться только теоретическими исследованиями и стремился применить свои знания на

---

<sup>17</sup> TRABERT, G. *Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld, VSH Verlag Soziale Hilfe, 1995.

практике. По мнению д-ра Траберта, эффективная медицинская помощь бездомным возможна только при условии тщательно скоординированного сотрудничества с социальными службами – от системы здравоохранения требуются знания и опыт в области медицины, а на систему социального обеспечения возлагается функция установления контактов с этой группой населения.

Подход, применяемый д-ром Трабертом для охвата бездомных медицинской помощью, получил название “модель Майнца”. Эта модель предусматривает работу как на оплачиваемой, так и на добровольной основе и состоит из четырех частей:

- организация открытых приемов врачей общей практики (ВОП) и медицинских сестер непосредственно в ночных приютах для бездомных;
- организация открытых приемов врачей общей практики и медицинских сестер в дневных приютах для бездомных;
- организация открытых консультативных приемов “с колес”, т.е. с медицинских машин (*Arztmobil*), оборудованных как врачебный кабинет и приезжающих в места скопления бездомных в городе;
- оказание медицинской и паллиативной помощи серьёзно/безнадёжно больным в домах для бездомных.

Консультативные приемы организуются в определенные часы, с тем чтобы бездомные знали, когда и где можно получить помощь. Пятая и чрезвычайно необходимая часть модели – помощь душевно больным

бездомным – в настоящее время находится в стадии разработки; по всей вероятности, её реализация будет начата позднее в 2002 г. Каждую неделю группа медиков принимает по 50–60 пациентов и устанавливает контакт с 80–100 пациентами.

Герхард Траберт (слева) и  
Андреас Пиц (справа)



Оказание медико-санитарной помощи бездомным – это одна из неотъемлемых функций системы социального обеспечения. Д-р Траберт и Андреас Пиц, который возглавляет департамент обслуживания

бездомных от *Diakonisches Werk* (организация социального обеспечения Немецкой лютеранской церкви), считают, что ключевым фактором успеха в обсуждаемой области является тесное сотрудничество между системами здравоохранения и социального обеспечения. “Преимущество модели Майнца, – подчеркивает Пиц, – в сотрудничестве всех учреждений и организаций, работающих с бездомными. Междисциплинарный характер – предпосылка успеха этой деятельности”.

В 1997 г. была основана ассоциация “Бедность и здравоохранение в Германии” (*Armut und Gesundheit in Deutschland*), которая ставила своей задачей сбор денежных средств для внедрения модели Майнца, а также привлечение внимания общественности к взаимосвязи между бедностью и здоровьем. Наряду со сбором средств и социальным обеспечением ассоциация занималась организацией ежегодных конференций по вопросам бедности и здоровья и быстро устанавливала контакты с другими организациями внутри Германии и за её пределами. “Первой реакцией на нашу деятельность, – говорит д-р Траберт, – было заявление об отсутствии бедности в Германии с вытекающим из этого надуманным вопросом – зачем мол нужны ассоциация и конференции в этой области?” Теперь отношение изменилось, во многом благодаря усилиям ассоциации.

Вместе с тем успешная деятельность ассоциации привела к появлению новой проблемы, которая требует незамедлительного решения, – деятельность приобрела такие масштабы, что усилий одних добровольцев уже недостаточно. Следующим шагом должно было стать назначение штатного работника для организации этой работы. При этом создание системы, обслуживающей бездомных, не является самоцелью. По словам д-ра Траберта,

“наша конечная цель – привлечение муниципального совета и государственных органов к руководству службой и интегрирование её в действующую систему здравоохранения. Медико-санитарные услуги бездомным не должны оказываться обособленно – они должны быть неотъемлемой частью действующей системы: система здравоохранения должна охватывать бездомных, а не обособлять их. Наш десятилетний опыт доказывает эффективность используемой модели”.

### От слов к делу

Как показывает официальная статистика, в 1998 г. в Германии было около 700 000 бездомных, из них 180 000 одиноких бродяг. Беднейшие из них составляли около 31 000 человек, из них 3100 – женщины. Эти люди постоянно жили на улице. Эти статистические данные были

собраны д-ром Трабертом для своей диссертации, посвященной вопросам здоровья бездомных. Эти данные шокируют, особенно если учесть тот факт, что у представителей указанной группы состояние здоровья хуже, чем у населения в целом.

При этом 80–90% бездомных остро нуждались в медицинской помощи, 60–70% страдали более чем одним заболеванием, а около 40% – тремя и более заболеваниями. В основном безработные страдают заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистыми и кожными заболеваниями. Естественно, что между количеством времени, проведенным на улице, и состоянием здоровья имеется прямая зависимость: чем дольше люди остаются бездомными, тем хуже состояние их здоровья. В дополнение наблюдается увеличение числа травм вследствие насилия, случаи которого в отношении бездомных, повидимому, участились.

Несмотря на плохое состояние здоровья, бездомные редко обращаются в медицинские учреждения. В своем исследовании д-р Траберт показал, что бездомные мало верят в систему, ранее имели отрицательный опыт и боятся, что их снова вышвырнут за дверь. Кроме того, они стесняются посещать обычные медицинские учреждения, такие, как больницы и приемные ВОП. Более того, по мнению бездомных, система слишком бюрократизирована и от них требуют слишком много документов. Помимо всего вышеуказанного бездомные мало внимания обращают на свое здоровье и считают, что они не нуждаются в медицинской помощи, даже если они серьезно больны.

Вернер Шварц, казначей организации “Бедность и здоровье в Германии”, руководит дневным центром для бездомных в Бингене близ Майнца, который регулярно посещает группа медиков. Он говорит: “У нас есть врачи, которые хотят помогать бездомным, но бездомные не желают идти к ним сами, потому что им не нравится ждать в приемной. Бездомные не обращаются за медицинской помощью до тех пор, пока серьезно не заболеют, и даже в этом случае их бывает трудно убедить начать лечение”. Шварц знает, что даже несмотря на то, что им были созданы все условия, его клиенты постараются уклониться от медицинского осмотра, поэтому он пытается, по возможности, сопровождать их.

Работники здравоохранения всегда приходят в замешательство при приеме грязных и дурно пахнущих бездомных пациентов и плохо понимают их проблемы. Медикаменты, способные предупредить либо само заболевание, либо дальнейшее его прогрессирование, зачастую не доходят до бездомных. По-видимому, большинство бездомных вступают

в контакт с системой здравоохранения только тогда, когда в медицинское учреждение их доставляет полиция в связи либо с несчастным случаем, либо когда их где-либо находят в совершенно беспомощном состоянии.

В ходе проведения своего исследования д-р Траберт часто ставил себе вопрос: “Как можно улучшить медицинское обслуживание для этой группы населения”. В этой связи он вспоминает:

“Множество людей говорили мне, что выполнить то, что я задумал, можно только при условии изменения всей системы здравоохранения. Но я не мог ждать так долго. Я хотел изучить имеющиеся возможности, с тем чтобы создать систему медико-санитарной помощи для бездомных на базе имеющихся ресурсов. Очень важно было найти новые возможности в рамках действующей системы и доказать, что кое-что можно будет изменить. Если бы такие доказательства были найдены, в дальнейшем это могло бы быть использовано как аргумент при осуществлении структурных изменений”.

В течение 1993 г. он разработал план последующей деятельности, а в сентябре 1994 г. началась работа непосредственно среди бездомных.

### **Новые идеи в рамках действующей системы**

Немецкая система социального обеспечения традиционно основана на сочетании государственных и церковных учреждений; последние принадлежат как к Лютеранской, так и Католической церкви. Кроме того, у профсоюзов имеется своя собственная система социального обеспечения. Хотя модель Майнца представляла собой частную инициативу, она основывалась на существующих структурах в рамках государственной системы и системы Лютеранской церкви, но при этом предусматривала создание нового типа связей между действующими структурами. Кроме того, этой моделью предусматривалось использование услуг добровольцев и сбор денежных средств.

Вначале оказание медико-санитарных услуг было организовано как в дневных, так и в ночных приютах для бездомных. Однако при этом медицинским обслуживанием не охватывались те, кто никогда или редко пользовался этими заведениями и проживал исключительно на улице. В идеале, для их вовлечения следовало организовать мобильную приемную. На пожертвования был приобретен и специально оборудован фургон, который был подготовлен к эксплуатации в 1998 г. Это оказалось самой простой задачей при создании мобильной службы. Сложности возникли в связи с тем, что ни одно из учреждений, принимающих участие в этой деятельности, не захотело принять этот фургон на свой баланс и отвечать за его обслуживание.

Пациенты, проживающие в контейнерах, в ожидании приема в *Arztmobil*



Для того чтобы обеспечить фургону законного владельца, д-р Траберт и его коллеги основали ассоциацию “Бедность и здоровье в Германии”. В настоящее время ассоциация не только обеспечивает функционирование фургона, но и занимается сбором

средств, а также в сотрудничестве с другими организациями и учреждениями ежегодно организует Берлинскую конференцию по бедности и здоровью. Конференция и сама ассоциация играют все возрастающую роль в сборе и распространении информации по теме “Бедность и здоровье” не только в Германии, но и в соседних странах. Целью такой деятельности является создание сети организаций по всей Европе. “В Европе широко развито финансовое сотрудничество; теперь пришло время развивать сотрудничество в социальной сфере”, – подчеркивает Траберт.

Ассоциация является важнейшим центром деятельности, осуществляемой в Майнце, а члены ассоциации не только вносят свой вклад в реализацию модели Майнца, но и ведут аналогичную работу в других областях, создавая новые социальные возможности для обездоленных слоев населения. К примеру, один из членов ассоциации управляет в Майнце гостиницей *Inndependence*, где людям с умственными и физическими недостатками предоставляется возможность работать в коммерческой среде.

#### **Единая система здравоохранения вместо систем первого и второго сорта**

Д-р Траберт часто повторяет:

“Мы не пытаемся создать особую систему для бездомных, которая существовала бы отдельно от общей системы здравоохранения. Мы не создаем особую систему медицинского обслуживания бездомных – просто мы демонстрируем необходимость такого обслуживания. Наша цель – заставить действующую официальную систему признать и воспринимать всерьез бездомных и их особые потребности, а также предложить им такие формы оказания медицинской помощи, которые действительно приносили бы им пользу”.



Избранная структура предусматривала использование услуг как оплачиваемых работников, так и добровольцев. Врачебный персонал в мобильной группе состоит из д-ра Траберта (который является также профессором социальной медицины в Нюрнберге) и Ульриха Гребера, пенсионера и заслуженного врача.

Траберт и Пиц подчеркивают, что выбор сотрудников для претворения в жизнь новой инициативы является чрезвычайно важным: нужны не просто квалифицированные работники, но люди, которые заставили бы общество относиться к новой инициативе с уважением и вниманием.

Как правило и по предварительному согласованию с официальным органом медицинского страхования, д-р Траберт, как и любой лицензированный практикующий врач, может выставить органам страхования счета за оказание медицинских услуг. В принципе, каждый житель Германии прямо или косвенно охвачен той или иной системой медицинского страхования. Таким образом, обычно расходы на медицинское обслуживание покрываются за счет медицинской страховки. В случае малоимущих и других лиц, не являющихся участниками систем медицинского страхования, расходы на их медицинское обслуживание берет на себя государство (например, через органы социального обеспечения); это также относится и к лицам, подавшим заявление о предоставлении убежища. Однако нелегальные иммигранты и другие незарегистрированные жители Германии не охвачены системой медицинского страхования. Тем не менее, в рамках модели Майнца любой из них может получить надлежащую медицинскую помощь.

В мобильную группу входят три медицинских сестры. Сестры Мария-Терезия и Анегрет работают в христианской организации, которая выделила им время для работы в группе. Третья медсестра, Анке, работает на добровольной основе. Что же касается услуг социального характера, то этим занимаются Пиц и его коллеги, работающие в приютах для бездомных.

Первым препятствием, с которым столкнулся д-р Траберт при создании системы, которая коренным образом отличалась бы от действующей, был закон,



*Сестра Анке и д-р Траберт посещают пациента, проживающего в автофургоне для кэмпинга*



пришедший из прошлых времен, когда в Германии было широко распространено знахарство. Этот закон разрешал оказание медицинских услуг только в условиях стационарных учреждений. Соответственно, закон представлял собой серьезное препятствие для осуществления планов д-ра Траберта по организации обслуживания бездомных, и на преодоление возникших сложностей ушло некоторое время. Но в настоящее время модель Майнца выходит за рамки обычной системы медико-санитарных услуг, хотя услуги д-ра Траберта, как и любого другого практикующего врача, оплачиваются в рамках обычной системы здравоохранения.

Существенной составляющей оказания первоклассных медицинских услуг является правильное ведение документации. Д-р Траберт и его коллеги приложили немало усилий для того, чтобы тщательно документировать каждый свой визит к пациентам – с той же степенью тщательности, которая требовалась в рамках официальной системы здравоохранения. Тщательно оформляемая документация также позволяет противостоять критике относительно того, что обслуживание по модели Майнца уступает по качеству услугам, оказываемым в рамках официальной системы здравоохранения.

Важной частью документации стал *Krankenpass* – паспорт пациента. Пациенты, обслуживаемые в соответствии с моделью Майнца, жаловались, что им, вероятно, будет трудно убедить других докторов, что они уже проходили медицинское обследование. Другим просто сложно запоминать, какое лечение они получали у д-ра Траберта и его коллег. С этой целью из прочного материала были сделаны небольшие книжечки-паспорта пациента, куда заносились данные о прививках и прочая необходимая информация, касающаяся здоровья пациента.

### **Встречи с пациентами**

“Хорошо, что нам разрешают здесь умереть”, – сказал один бездомный, частый посетитель приюта, когда узнал, что для безнадежно больных была организована служба паллиативной помощи. Было совершенно очевидно, что все, кому оказывалась медицинская помощь, испытывали огромную благодарность: “Да, я обязательно прихожу сюда, если узнаю о визите господина доктора, – говорит оборванный, потрепанный человек с длинными седыми волосами и густой бородой, который живет в одном из контейнеров недалеко от социального центра Майнца. – До этого я никогда не ходил к врачу, даже если было очень нужно. Для меня это – проблема, так как я не люблю бюрократической суеты, да к тому же я никогда долго не остаюсь на одном месте. Но всё оказалось неплохо”.

Городской муниципальный совет устанавливает контейнеры осенью, и всю зиму бездомные могут там спать. Внутри есть только койки, но бездомные быстро приносят все необходимое. В некоторых контейнерах уютно: там есть телевизор, простыни и ковры. Пока контейнеры находятся здесь, д-р Траберт регулярно навещает их обитателей.



*Пациент с д-ром Трабертом в кафе для бездомных*

Когда высокого худого человека с волосами до плеч спросили, что он может сказать о медицинском обслуживании, которое он здесь получает, он сказал: “Мы знаем доктора. Я чувствую, что могу ему доверять. Доктор хороший человек. Он знает нас. Если есть доверие – все по-другому”.

Очевидно, что и в кафе для бездомных д-ра Траберта хорошо знают. Как только он здесь появляется и сообщает о своем визите, некоторые из присутствующих начинают двигаться по направлению к припаркованному неподалеку фургону. Некоторые ограничиваются несложными вопросами, как, например, высокий моложавый человек с бородой. Ему нужно знать, как избавиться от вшей, появившихся у него в спальном мешке, и избавиться от них свою собаку. Другие говорят, что лечение, которое доктор прописал им в прошлый раз, помогло.

Как только д-р Траберт заходит в фургон, образуется очередь. Один за другим люди заходят в фургон, высказывают свои жалобы, отвечают на вопросы доктора и подходят к медсестре для измерения давления и взятия анализов. Все сразу забывают, что прием проходит в необычных условиях. Всё, за исключением обстановки, выглядит как обычный визит к врачу.

“Я прихожу сюда, когда мне нужно показаться врачу”, – говорит коренастый мужчина, который провел на улице шесть месяцев. На этот раз его беспокоит желудок. Его уже один раз направляли на гастроскопию, но тогда он почему-то на нее не пошел. Теперь боли усилились, и он хочет сделать ещё одну попытку вылечиться. Он алкоголик и знает, что причина его бед – алкоголь. Бездомным выдаются рецепты на витамины и обычные лекарства, такие как бета-блокаторы, при этом им никогда не выдаются рецепты на препараты, которые могут быть использованы не по назначению – успокоительные, обезболивающие, снотворные.

Жизнь на улице полна трудностей, и в ней порой отсутствуют человеческие привязанности. Очевидно, что людям нравится, как о них заботится медсестра, им нравится массаж и другие проявления почти “материнского” внимания, которые являются составной частью медицинского обслуживания. Д-р Траберт подчеркивает, что его группа занимается только медициной и не пытается решить социальные проблемы пациентов. “Мы принимаем тот факт, что люди живут на улице, хотя мы стремимся помочь им, если они выражают желание найти постоянное место жительства, – говорит Траберт. – Принятие их образа жизни, несомненно, способствовало успеху нашей группы и стало важнейшим фактором завоевания доверия наших пациентов. Однако для такой терпимости нужно много выдержки. Кроме того, нужно проявлять настойчивость при направлении пациента к врачу – наши пациенты на прием часто не являются”.

### **Добрые дела и их широкое освещение**

“Отношение к добрым делам часто таково, что человек должен делать добро, но никому не говорить об этом, – говорит Пиц. – Но я утверждаю, что в нашей работе нужно не только делать добро, но и рассказывать об этом как можно больше. С самого начала гласность была важной составляющей модели Майнца и не только потому, что она привлекала внимание людей к существованию проблемы, которая иногда игнорировалась обществом, но и потому, что наша деятельность держалась на пожертвованиях”.

Пропагандистская деятельность осуществлялась через ассоциацию “Бедность и здоровье в Германии”. “Очень важно донести до общественности, что бездомные – это не просто алкоголики или тунеядцы, – говорит д-р Траберт. – Люди могут лишиться привычного образа жизни по множеству причин, поэтому не надо слишком строго судить бездомных”. Д-р Траберт часто посещает школы в Майнце и его окрестностях и проводит беседы о медицинском обслуживании для бедных. Его цель – заставить общество понять суть его деятельности. Это помогает вызывать сочувствие, понимание и терпимость в отношении бездомных у детей и молодежи, особенно теперь, когда враждебность по отношению к бездомным усиливается.

Пропаганда вышеуказанной модели в Майнце и соседних городах помогала получать дотации. В свои дни рождения люди, желавшие помочь ассоциации “Бедность и здоровье в Германии”, просили своих друзей и близких не покупать подарков, а направлять деньги в ассоциацию. Это только один из примеров того, насколько ассоциация и её деятельность укрепили свои позиции в Майнце. Иногда средства приходили оттуда,

откуда никто не ожидал: так, британский поп-певец Фил Коллинз предоставил дотацию в размере 100 тыс. евро организации Католической церкви в Германии *Caritas Verbank*, которая занимается вопросами социального обеспечения. Из этих средств мобильной медицинской службе ассоциации “Бедность и здоровье” было выделено 10 тыс. евро.

Дотации исходят главным образом от частных лиц. По словам Шварца,

“трудно было добиться дотаций или даже подарков для бездомных от компаний. Компании любят, когда их благотворительные акции получают широкий общественный резонанс, а у нас нет возможности обеспечить это. Фургон должен соответствовать своему назначению, и мы не можем облепить его рекламой. Кроме того, существуют компании, как, например, производители роскошных автомобилей, в чей имидж бездомность никак не вписывается. Однако частные лица часто выражают желание помочь средствами”.

Тем не менее, пропаганда важна не только для сбора средств и обеспечения понимания проблемы. Она также прокладывает путь к переменам в умах политиков. Как говорит д-р Траберт, “пропаганда нужна не только для привлечения средств, но и для воздействия на политиков, чтобы те приняли меры для облегчения положения бездомных. Политики часто позволяют себе не замечать бездомных, потому что те обычно не участвуют в выборах”.

### **Цена успеха**

Модель Майнца имела успех в том смысле, что она достигла своей целевой группы – группы, которая ранее не обращалась за медицинской помощью. Сейчас соседние города хотели бы, чтобы мы смогли оказывать такого рода медицинскую помощь и на их территории. Кроме того, имеется потребность в информации, с тем чтобы другие могли использовать опыт группы, претворявшей в жизнь модель Майнца.

Д-р Траберт и Пиц отмечают, что на настоящий момент их основная задача – найти работника на полную ставку. “Мы быстрыми темпами движемся к черте, пройдя которую мы уже не сможем довольствоваться услугами добровольцев и людей, имеющих основное место работы”, – говорит д-р Траберт. “Скоро мы перестанем справляться с нашими функциями”, – добавляет Пиц.

Нам необходимы работники, которые будут получать зарплату за выполнение функций по руководству и организации медико-санитарной помощи, обеспечению необходимыми принадлежностями, обслуживанию

фургона и координации пропагандистской деятельности. “Непросто найти людей, которые будут легко справляться с информационными функциями и сбором средств, а также оперативным руководством медицинским обслуживанием, но это именно то, что нам сейчас нужно, – говорит Пиц. – Для такого человека это должно быть основной работой, где он будет получать основную заработную плату. Служба выросла до слишком серьезных масштабов, чтобы ею могли оперативно управлять только люди, чья основная работа находится где-то в другом месте”.

“В частности, нам не хватает времени для того, чтобы сесть, подытожить наш опыт и обсудить новые методы работы. Мы слишком полагаемся на краткосрочные решения, потому что не хватает времени подумать о долгосрочной перспективе, – говорит д-р Траберт. – У нас хватает времени только на то, чтобы принимать пациентов и следить за обеспечением повседневной работы. Сейчас мы пытаемся найти координатора. Нас это радует, так как само возникновение этой проблемы – своего рода подтверждение успеха модели Майнца”.

# Анализ конкретной ситуации № 4.

## Здравоохранение и социальная реинтеграция бедных: поиск новых путей на холмах Буда, Венгрия

*Katalin Zoldhegyi*

Полчаса езды на машине по великолепной дороге, вьющейся среди холмов и хвойных лесов, и окажешься в туберкулезно-пульмонологической больнице и санатории Корани на западной окраине Будапешта, близ Будакеши. Возраст больницы – более ста лет. Её основателем был Шандор Корани, первый венгерский врач, лечивший туберкулез. Больница существовала на народные пожертвования и до сих пор служит обществу и лечит пациентов, которых неохотно принимают другие медицинские учреждения Венгрии.



*Пульмонологическая больница Корани на холмах Буда, Венгрия*

К корпусу L ведут по крайней мере 100 ступеней вверх по холму, преодолеть их – задача не из легких. В этом корпусе находится специальное отделение для бедных и серьезно больных пациентов из Будапешта и его окрестностей. Это отделение относится к туберкулезной больнице и специально предназначено для обслуживания бездомных. Бездомность ассоциируется с целым рядом медицинских проблем – начиная от ослабленного иммунитета до хронических заболеваний, в частности туберкулеза. Кроме того, в этом отделении лечат алкоголиков. Осознавая взаимозависимость проблем медицинского и социального характера, больница реализует программу комплексного лечения. Когда



*Корпус L - отделение для  
лечения бездомных  
алкоголиков, страдающих  
туберкулезом*



туберкулезные пациенты, проходящие также курс лечения от алкоголизма, выздоравливают, в больнице занимаются решением их основной проблемы – бездомности – в рамках новой программы обеспечения жильем.

В начале 2002 г. в больницу Корани, в частности в ее корпус L, было нанесено несколько визитов для ознакомления с программой лечения представителей этой социальной группы.

#### **Работа с пациентами**

Длинный коридор внутри одноэтажного здания ведет к кабинетам врачей. Несмотря на февраль, все двери и окна в палатах и проходах, открыты.

Д-р Эва Шаламон, молодой врач, смогла освободиться всего лишь на час, чтобы познакомить нас с программой лечения. Очень непросто найти время в рабочий день – пациенты, которые находятся в отделении в течение года и более, все время пытаются заговорить, поделиться своими мыслями и пообщаться с врачами и другими сотрудниками больницы.

Специальное отделение было открыто в конце 1980-х годов старшим профессором больницы Корани Ласло Левенделем. С середины 1990-х годов стали выявлять все большее и большее число больных туберкулезом, которые одновременно были бездомными и страдали от алкоголизма.

В настоящее время в отделении, насчитывающем 40 коек, работает три врача. В 2001 г. врачи и 7 медицинских сестер отделения обслуживали 157 бездомных пациентов, страдающих туберкулезом и алкоголизмом. По словам д-ра Шаламон, специальное отделение для туберкулезных больных достигло хороших результатов: всего 17% бездомных пациентов повторно заболели туберкулезом<sup>18</sup>. “Может показаться, – добавляет

<sup>18</sup> Автор выражает признательность профессору Дежё Козма, работающему в больнице Корани и предоставившему большую часть данных для настоящего анализа. Статистические данные были предоставлены методологическим отделением пульмонологической больницы Корани на основании статистических отчетов за 2000 и 2001 гг.



д-р Шаламон, – что 17% – это очень высокий показатель, но правда, однако, и то, что 83% пациентов не заражаются туберкулезом повторно”. Д-р Шаламон не имеет возможности следить за состоянием всех пациентов после их выписки из больницы, но она уверена, что после лечения большинству из них удастся найти место жительства и начать нормальную жизнь. До того как пациент будет выписан, необходимо обеспечить, чтобы он прошел полный курс лечения. Как поясняет д-р Шаламон,

“у них не хватает терпения и им не хочется регулярно принимать лекарства в течение шести месяцев и более, даже если это необходимо. К сожалению, некоторые пациенты прерывают лечение. В таких случаях применяется принудительное лечение. В результате прерывания курса лечения бактерии перестают реагировать на обычные лекарства. ... Если заражение происходит этими резистентными бактериями, судьба пациента может быть предрешена, так как в этом случае излечение чрезвычайно затруднительно”.

Д-р Агнеш Кадар работает в отделении по совместительству. Она также работает в Будапештском институте наркологии. Как главный врач д-р Шаламон также руководит другим туберкулезным отделением в больнице Корани, сотрудником которого она являлась во время нашего визита. Д-р Кадар начала работать в этом специальном отделении четыре года назад. После первого года работы в корпусе L двое из её коллег не выдержали. Это обычная административная проблема, так как при работе с бывшими тяжелыми алкоголиками, во многих случаях являющимися наркоманами и бездомными с трудным характером, возникают огромные проблемы, что вряд ли покажется привлекательным для молодых врачей.

В этот понедельник д-р Кадар была очень расстроена. Двое из её пациентов покинули больницу в выходные дни и после четырех месяцев воздержания снова напились в ближайшей пивной. Даже тот факт, что пациенты обязаны принимать лекарство, вызывающее рвоту при употреблении алкоголя, не остановил этих двух пациентов, вернувшихся в корпус L в чрезвычайно плохом состоянии. “Это для меня самые тяжелые времена, – говорит д-р Кадар. – Когда пациенты сбегают для того, чтобы найти выпивку, моя работа мне кажется абсолютно бесполезной. Я в полной депрессии”.

В этот момент в кабинет входит один из пациентов, который желает договориться об “отлучке” из отделения до вечера. К нему приехал старый друг, который попросил его помочь по работе в Будапеште. Д-р Кадар возражает, но пациент настаивает, упрашивает отпустить его,

обещая не брать в рот алкоголь. “С меня хватит прошлого раза, – говорит он. – Я выпил пару кружек пива и чуть не умер. Больше пить не буду. Я принял антиалкогольное средство. Я знаю, что значит мешать с ним алкоголь. Я не буду пить. Обещаю”.

После пяти минут уговоров и обещаний д-р Кадар разрешает ему уйти. Свое решение она объясняет следующим образом:

“Я должна была отпустить его. Он жил здесь в течение шести месяцев. Во время одной из своих отлучек на выходные он действительно выпил пару кружек и ему было очень плохо. Теперь я должна ему доверять. Понимаете, мы должны быть еще и хорошими психологами. Я должна дать ему шанс доказать, что он заслуживает доверия, что он действительно может измениться. В противном случае его отношение к лечению может стать негативным, а это уменьшит его шансы на полное выздоровление или ухудшит атмосферу в его четырехместной палате. Я ничего не могу поделать. Только молиться за него и верить, что он вернется трезвым, с повышенной самооценкой”.

Пациенты живут в атмосфере, когда постоянно определяется и оценивается состояние каждого из них, а также степень доверия, которое может быть им оказано. Все пациенты имели определенную степень зависимости, все проходят курс лечения. Мы наблюдаем любопытное сочетание надежды и разочарования, перемежающиеся с определенными успехами.

### **Обследования на туберкулез**

Успехи больницы трудно измерить, так как отсутствует статистика по количеству больных туберкулезом среди бездомных. Но в целом, как утверждает д-р Кадар, число случаев заболевания туберкулезом среди бездомных растет. Создание этого специального отделения – путь к решению этой проблемы.

В Венгрии, если бездомные хотят провести ночь в приюте, они должны пройти обследование легких. Если обнаруживается туберкулез, они ставятся на учет в туберкулезном диспансере. По законодательству больные туберкулезом обязаны лечиться. Однако большинство больниц отказываются принимать бездомных. Теоретически больницы обязаны принимать всех больных, но на практике они предпочитают переводить бездомных туберкулезных пациентов в пульмонологическую больницу Корани, где лечение проводится по специальной программе в корпусе L.

Как утверждает на основании своего опыта д-р Кадар, “бездомность порождает алкоголизм”, а сочетание того и другого почти гарантируют заражение туберкулезом. Она добавляет: “Девяносто восемь процентов наших пациентов – это многопьющие. Они проводят здесь большую часть года. Мы отпускаем их только в случае полного излечения как от туберкулеза, так и от алкоголизма. У нас прочные связи с реабилитационными учреждениями и социальными органами, которые следят за дальнейшей судьбой излечившихся бездомных пациентов”. Однако если задать вопрос, какое число пациентов, излечившихся от туберкулеза, заражаются вновь, ответ будет обескураживающим: по словам д-ра Кадара, когда речь идет о тех, кто возвращается на улицу, повторное заражение практически неизбежно.

Заместитель директора туберкулезно-пульмонологической больницы и санатория Корани профессор Дежё Козма, говоря об общей ситуации в отношении туберкулеза в Венгрии, отмечает, что туберкулез всегда был болезнью бедных, но никто не мог ожидать, что после политических перемен в конце 1980-х годов число туберкулезных больных в Венгрии так резко возрастет. В период с 1990 по 1995 гг. заболеваемость туберкулезом возросла на 20%; в конце 1990-х годов этот показатель выровнялся. В соответствии с последними данными ВОЗ по 2000 г., в Венгрии на 100 000 человек приходится 31 больной туберкулезом<sup>19</sup>. В 2000 г. было зарегистрировано 3073 новых пациентов. Год спустя, в 2001 г., число новых случаев заболевания туберкулезом несколько увеличилось – до 3320. В более бедных восточных районах Венгрии число зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом вдвое превышает соответствующий показатель по западным районам (50 человек на 100 000 населения).

“Основная причина увеличения численности больных с активной формой туберкулеза – социально-экономические перемены”, – говорит профессор Козма и добавляет:

“Некоторые социальные слои живут в ухудшающихся экономических условиях. Количество бедных людей увеличилось по сравнению с предыдущими периодами, больше стало бездомных и безработных.

Показатели в разных частях страны значительно отличаются друг от друга. Восточные районы, в частности Саболч-Сатмар, недалеко от румынской границы, и район Будапешта всегда характеризовались и сейчас характеризуются наибольшим числом зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом. С точки зрения заражения туберкулезом,

---

<sup>19</sup> Данные предоставлены компьютеризированной информационной системой по инфекционным заболеваниям (CISID) (<http://cisid.who.dk>, данные получены 10 июля 2002 г.).

бездомные и алкоголики рассматриваются как группа повышенного риска. Три года назад мы обнаружили, что заболеваемость туберкулезом среди бездомных была на 44% выше, чем среди обычного населения. В 2000 г. заболеваемость снизилась. Сейчас она выше на 25%, но это все ещё очень высокий показатель”.

В Западной Европе заболеваемость туберкулезом значительно ниже (10–15 человек на 100 000 населения), чем в Венгрии и других посткоммунистических странах, особенно в Румынии, где этот показатель

– самый высокий в Европе.

*Сеанс терапии в больницу Корани*



В зале больницы Корани проводятся специальные еженедельные занятия для пациентов. Каждую среду все бездомные пациенты

приходят на занятия по курсу самосовершенствования. Занятия проводятся психологом Гезой Занкаи, вышедшим на пенсию. Несмотря на то что ему уже за 60, он приходит сюда каждую неделю и проводит занятия с бездомными пациентами. В туберкулезно-пульмонологической больнице и санатории Корани он работает уже 15 лет. Сегодняшнее занятие начинается с обычных вопросов о питании и чистоте в палатах.

*Геза Занкаи, психолог*



Отвечая на вопросы общего характера, некоторые пациенты переходят к жалобам на количество и качество пищи, затем – к проблеме отсутствия у них свободы. От этой темы они переходят к обсуждению одной из центральных проблем – запрету на алкоголь.

“Вы хотите поклоняться сразу двум богам – трезвости и безумию, – говорит Занкаи группе пациентов, предающихся воспоминаниям о “старых

временах”, когда они разделяли приятный досуг с друзьями за бутылкой”. В корпусе L алкоголь запрещен, а требование приема препарата, вызывающего в сочетании с алкоголем рвоту, установлено внутренними правилами. Беседа продолжается. Один пациент выражает неудовольствие по поводу людей, которые навязывают другим свою доброту, другой говорит об отсутствии перспективы в их больничном существовании. Но Занкаи невозможно сбить с толку этими словами. Он подчеркивает, что важнейшей задачей для каждого из них является избавление от алкоголизма и туберкулеза. “Того, кто не желает соблюдать требования системы, я могу заставить сделать это”, – говорит он, ссылаясь на положения закона о туберкулезе от 1961 г.

Занкаи просит одного из участников рассказать о своей недавно начавшейся работе в школе по выходным. Этот человек среднего возраста проходит вторую фазу лечения; он нашел работу за стенами больницы. Такая работа создает хорошие возможности для реабилитации, и рассказ вносит в беседу оптимистическую ноту. Фери говорит:

“У меня была квартира и работа, когда я начал пить. А теперь вот уже четыре года, как я стал бездомным. В школе я получаю 10 000 форинтов [35 долл. США]. Это заставило меня задуматься. Многие думают, что вот кто-то придет и поможет им. Такого не бывает. Надо помогать себе самим. Никто не будет ничего делать за нас. Мне пришлось долго стоять в очереди, чтобы попасть на прием к мэру Будапешта, но в конце концов он меня принял. Я смогу найти работу по выходным. Хорошо, на сегодняшний день денег хватает, так как сейчас я на лечении. Я чувствую, что у меня хватит сил самому распорядиться своим будущим, если я полностью выздоровею. Я настроен позитивно, а это уже немало!”

Неожиданно все участники дискуссии заплотировали ему. Занкаи усиливает положительную реакцию, цитируя притчу о том, что гораздо важнее не просто дать голодным рыбу, а научить их самих ее ловить. Во время беседы затрагиваются другие темы, касающиеся различных аспектов будущего этих людей.

Д-р Кадар и д-р Шаламон принимают участие в занятиях, проводимых психиатром отделения д-ром Ализ Эрдейи. Они побуждают пациентов высказываться, наблюдают за ними, за их реакциями на высказывания других. После занятий д-р Занкаи говорит:

“Я хочу научить этих бездомных людей снова начать бороться за свою жизнь. Я хочу, чтобы они поверили, что они снова могут зарабатывать на жизнь и найти спутника жизни. Это очень уязвимые люди, которые не верят в своё

будущее. Они пристрастились к алкоголю, чтобы подавить горе, смягчить стресс. Наши занятия имеют терапевтический эффект. В каждой группе необходимо найти темы, вызывающие напряженность. Я должен провоцировать их. Необходимо, чтобы они почувствовали, что они способны управлять своими конфликтами, анализируя и высказывая их вслух”.

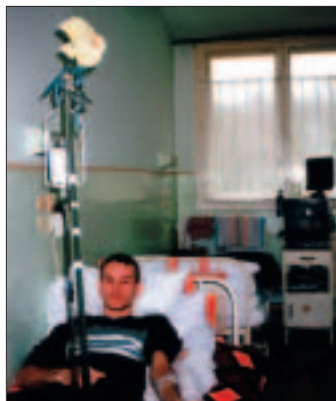
Для больницы было бы гораздо проще вылечить пациента, а потом просто выписать его, но эти сеансы терапии представляют собой часть более широкого подхода, применяемого в больнице Корани, который предусматривает комплексное решение всех проблем пациентов.

Некоторые из пациентов приходят к д-ру Эрдеи на специальные конфиденциальные консультации, продолжительностью в полчаса. После одной из таких консультаций д-р Эрдеи смогла рассказать нам о своем опыте работы с бездомными больными туберкулезом. Она, в частности, подчеркивает следующее:

“Как правило, они не в состоянии сами решать возникающие проблемы, и стремятся уйти от решения проблем, кажущихся для них непосильными. Моя самая важная задача – это найти для них какую-либо мотивацию в жизни. Большинство из них не знают, что они хотят делать: они не хотят возвращаться ни домой, ни на улицу, и они не хотят ни работать, ни брать на себя какую-либо ответственность за свое будущее.

Я работаю в этой больнице уже семь лет. Больше всего меня беспокоит будущее излеченных нами больных после их выписки. Куда они пойдут? Наши пациенты – как правило алкоголики в прошлом – часто начинают снова пить неожиданно даже для самих себя. Они не знают, что всего через пять минут у них возникнет желание выпить. Но проходят эти пять минут, и они вновь оказываются в пивной”.

*Андраш проходит курс  
лечения*



Больница Корани принимает туберкулезных больных со всей Венгрии. Они лежат в трех- или четырехместных палатах в течение многих месяцев. Каждому из них в больнице назначается Эспарал, а это само по себе вызывает проблемы. Андраш, 28 лет, выпил спиртное на фоне противоалкогольной терапии и теперь нуждается в дополнительном лечении. Его жизнь представляет собой пример постепенной деградации.



“К сожалению, мой брак не удался. Я стал бездомным. Мои жизненные обстоятельства полностью изменились. Я пристрастился к алкоголю. Я начал сильно пить, проводить ночи в приютах и ночлежках для бездомных. Я пил все больше и больше. Раньше у меня никогда не было проблем со здоровьем.

У меня был обнаружен туберкулез, когда я пришел на пульмонологическое обследование, так как приюты для бездомных требуют новые документы каждые полгода. До этого у меня никогда не было проблем. Но последнее обследование показало, что мои легкие поражены. После нескольких повторных обследований, было сделано заключение, что у меня серьезная форма туберкулеза”.

Петер, сосед Андраша по палате, доволен, потому что у него есть семья, которая поддерживает его во время лечения в больнице. Петер говорит: “Я не могу сказать, что никогда не выпиваю. Иногда я позволяю себе белого вина с содовой, но никогда не перебираю. Я никогда не напиваюсь допьяна. Я слежу за собой, потому что я болен туберкулезом. На алкоголь у меня денег нет, а моя семья, которая приняла меня обратно, выцарапает мне глаза, если я опять начну пить”.

Заботясь о будущем своих пациентов, д-р Шаламон основала организацию, призванную помочь вылечившимся бездомным пациентам снова найти свое место в обществе. Будучи президентом ассоциации “Здоровье и безалкогольная реабилитация”, она собирает денежные средства для оказания помощи и поддержки излечившимся больным. Ей удалось привлечь к этой деятельности Адвентистскую церковь и основать фонд, средства которого направляются на предоставление жилья сорока пациентам, излечившимся от туберкулеза, бывшим алкоголикам и бездомным. Один из домов фонда находится в Будакеши, в трех автобусных остановках от больницы Корани.

Подход д-ра Шаламон к обучению пациентов имеет не только медицинский и социальный характер – её гуманное отношение к ним также является частью общей программы реабилитации. По её словам,

“иногда бездомные просто не могут поверить тому, что с ними обращаются как со всеми другими людьми, потому что обычно с ними никто не считается и их ото всюду гонят. Для того чтобы заслужить их доверие и начать работать с ними, достаточно показать, что к ним относятся так же как и к другим людям. ... Но когда приходит время прощаться, как врач я всегда волнуясь, хватит ли им сил сказать “нет” алкоголю и прежним друзьям. Надеюсь, что в наших защищенных домах и на работе они смогут держаться лучше, чем в те времена, когда они были лишены поддержки”.



*Жилье и работа для  
выздоровевших  
туберкулезных больных*



Ласло, бывший больной туберкулезом и алкоголик, не пьет с 1994 г. Он живет в большом доме, построенном фондом. Он говорит, что “в доме проживает 40 бывших пациентов, бездомных, ранее страдавших туберкулезом и алкоголизмом. Все работают. Работа – обязательное условие проживания в домах

фонда. Работа предоставляется специальным отделением больницы Корани, дром Шаламоном или Адвентистской церковью. У нас строгое правило: выпил – покинь дом в течение 24 часов. Это – ЗАКОН!”

*Ласло награждается  
грамотой Министерства  
молодежи и спорта за  
строительство домов для  
бездомных*



Дом строился силами бывших бездомных пациентов. Они клали кирпич и мешали раствор, выполняли столярные работы и красили стены. Используя навыки одних пациентов и развивая навыки у других, программа готовила их к будущей трудовой деятельности. Сорок бывших пациентов проживают в доме фонда в течение 2–3 лет. За этот период они пытаются скопить как можно больше денег, чтобы начать новую жизнь, после того как покинут этот дом. Они работают по 6–8 часов в день, часть их зарплаты идет на оплату общих коммунальных расходов (отопление, водоснабжение, электричество), а остальное они оставляют себе. Многие из них

работают в качестве садовников или подсобных рабочих в школах, некоторые имеют строительные специальности, например, плотника.

Некоторые из работающих членов общины бывших пациентов больницы работают в разных районах Будапешта, в то время как пожилые или недостаточно окрепшие люди трудятся в цехе по производству пластмассовых изделий, который расположен на территории больницы.

Г-н Рудаш готов покинуть корпус L. В прошлом году он подал заявление в фонд с просьбой о предоставлении ему помощи в поиске работы и



*В цехе по производству пластмассовых изделий работают бывшие больные туберкулезом*

жилья на три года. Его просьба была удовлетворена. Он говорит, что не скучает по выпивке и собутыльникам: “Фонд дал мне возможность работать. Я люблю свою работу и горжусь тем, что живу в доме, который построил собственными руками. Я хотел бы хотел написать книгу о своей жизни. А больше всего мне хочется не встречаться с моими бывшими собутыльниками”.

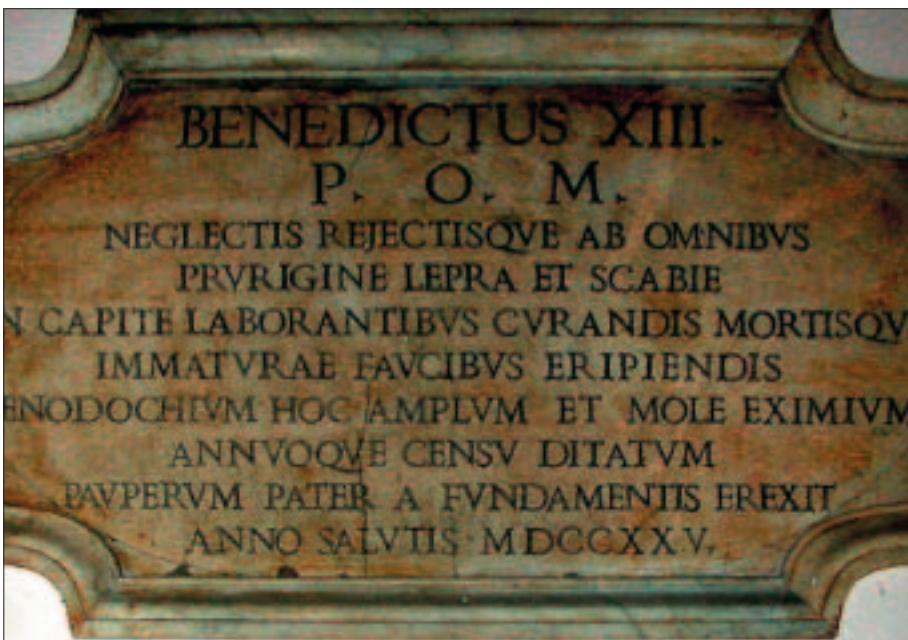


# Анализ конкретной ситуации № 5.

## От заблуждений и незнания к признанию и заботе: иммигранты и бездомные в Риме, Италия

*Dario Manfellotto*

В Священный год 1725 Папа Бенедикт XIII издал указ построить больницу Сан Галликано для оказания помощи бедным, отвергнутым и пилигримам, пришедшим в Рим и страдающим кожными заболеваниями, особенно проказой и чесоткой, о чем и гласит мраморная доска с надписью по-латыни, висящая на стене больницы.



*Мраморная доска с надписью*

Несколько столетий спустя, в начале нового тысячелетия, эта больница, построенная в популярном историческом квартале Трастевере, по-прежнему действует, хотя она и была переименована в Научно-

исследовательский институт стационарной помощи Сан Галликано (*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico San Gallicano*). Там по-прежнему есть и бедные, и отверженные. Несмотря на социально-экономический прогресс, забота и помощь этим людям по-прежнему представляют собой одну из важнейших задач Национальной службы здравоохранения (НСЗ) Италии.

В современном итальянском обществе к категории бедных можно отнести людей, проживающих в особенно неблагоприятных условиях и в той или иной степени зависящих от системы социального обеспечения. Кроме того, малоимущие имеют меньший доступ к медицинской помощи, а также к службам социальной помощи и общественного здравоохранения. Слабые и нуждающиеся, иммигранты, лица без определенного места жительства и бездомные – это частично совпадающие группы. В то же время имеется еще одна группа малоимущих, о которой не следует забывать, а именно пожилые, живущие на социальное пособие или пенсию по инвалидности или старости.

Статья 3 Конституции Италии гласит, что “все граждане равны перед обществом и законом вне зависимости от пола, расы, языка, религии, политических убеждений, личного и социального положения”, а в Статье 32 говорится, что “Республика признает право на охрану здоровья в качестве основополагающего права человека и дела государственной важности и гарантирует бесплатное лечение больным”.

### **Иммиграция в Италии**

В настоящее время, в основном в силу своего географического положения и отсутствия вплоть до последнего времени законодательства об иммиграции, Италия служит воротами в Европу для тысяч иммигрантов.

За последние несколько лет в Италии издан ряд адекватных законодательных и нормативных актов для регулирования вопросов иммиграции. В 1995 г. вышел закон № 489 “*Неотложные меры по регулированию иммиграции, доступа и пребывания на государственной территории Италии граждан стран, не входящих в Европейский союз*”, который предусматривает право на медицинское обслуживание для всех людей, которые нелегально или тайно проживают на территории страны, и предоставляет им не только доступ к медицинской помощи в особых случаях, но и право на регулярное медицинское обслуживание. В 1998 г. Актом 40, который регулирует, в частности, вопросы, относящиеся к системе здравоохранения и медицинского обслуживания иммигрантов, подтверждается, что все люди без какого-либо исключения имеют право на медицинскую помощь. Благодаря Общему акту “*Правила по иммиграционной дисциплине*

*и условиям пребывания иностранцев*” (Закон 286/1998), составной частью которого является вышеупомянутый Акт 40/1998, был достигнут значительный прогресс в деле преодоления неравенства и дискриминации применительно к доступу иммигрантов к НСЗ. Президентский Указ № 394/1999 (*“Правила реализации положений Общего акта об иммиграционной дисциплине и правилах пребывания иностранцев”*) и циркуляр Министерства здравоохранения № 5 (24/3/2000: *Положение о медико-санитарной помощи*) вносят окончательные поправки в положения, предусматривающие неограниченный доступ к службам НСЗ для получения профилактической, лечебной и реабилитационной помощи для всех иностранных граждан, находящихся на территории Италии как на законных основаниях, так и нелегально.

По официальным данным, в январе 2001 г. на территории Италии находились 1 388 153 иностранца, имеющих официальное разрешение на пребывание в стране. В регионе Лацио проживали около 245 000 законных иммигрантов: 90,6% из них – в провинции Рим, где находится основная масса иммигрантов, прибывших в Италию; на втором месте по этому показателю находится Милан.

Оказание помощи группам с различными социальными и культурными особенностями – задача сложная. Имеются языковые барьеры. Зачастую иммигранты не прибегают к профилактической помощи и обращаются в социальные и медицинские учреждения только в экстренных случаях или на поздних стадиях заболеваний, когда лечение становится гораздо более дорогостоящим.

### **Отделение профилактической медицины для иммигрантов в Сан Галликано, Рим**

С целью удовлетворения потребностей иммигрантов с 1985 г. в Институте Сан Галликано работает отделение профилактической медицины, специализирующееся по таким вопросам, как миграция, туризм и тропическая дерматология (DPMM). В течение многих лет это отделение было единственным общедоступным специализированным пунктом, куда можно было обратиться не только за помощью и лечением, но и за медицинскими, эпидемиологическими, социальными и антропологическими данными об иммигрантах, лицах без определенного места жительства, бездомных.

Директором отделения является д-р Альдо Морроне, специализирующийся в области дерматологии и венерологии в Римском университете. Под его руководством эта служба была значительно расширена. В настоящее время в штате отделения четыре врача, два социальных работника,



*Персонал DPMM в больнице Сан-Гальяно*



координатор по административным вопросам, две дипломированные медицинские сестры. Кроме того, отделение сотрудничает с целым рядом других специалистов, включая врачей разного профиля,

психологов, эпидемиологов, социологов, статистиков.

В DPMM организована медико-антропологическая консультативная служба, перед которой поставлена задача выявления лиц, которые находятся в неблагоприятной ситуации в культурном отношении и подвергаются риску заболевания. Кроме того, в отделении действует бесплатная служба юридической помощи для малоимущих и бесплатная служба этнопсихиатрической помощи. Помощь отделению также оказывают антропологи из расположенного в Риме университета “Ла Сапиенца”, чья деятельность координируется профессором Джоя Лонго ди Кристофаро. Ежегодно в сотрудничестве с муниципальным советом Рима и Ассоциацией “Каза деи диритти социали” (Дом социальных прав) DPMM организует международные курсы транскультурной медицины для социальных и медицинских работников, административных работников общественных организаций, преподавателей и добровольцев в целях развития интереса и понимания, а также обмена опытом по всему многообразию проблем здравоохранения.

С момента своего создания DPMM оказывало помощь как итальянцам, так и иностранным гражданам. Работа этого отделения, в основном, ориентирована на оказание помощи иммигрантам, бездомным, лицам без определенного места жительства и лицам, не охваченным медицинской страховкой.

*Очередь на прием в отделении профилактической медицины для иммигрантов*





В соответствии с действующим законодательством все граждане Италии (а также законные иммигранты) имеют право бесплатного доступа к услугам, предоставляемым НСЗ, вне зависимости от своего экономического положения. Когда речь идет о ряде определенных услуг и лекарственных средств, пациентам может быть предложено внести за них частичную доплату. Незаконные и тайные иммигранты имеют право обращаться за медицинской помощью в центры НСЗ при условии, что они имеют документы, подтверждающие их личность и что они зарегистрированы как ВПИ (временно проживающие иностранцы – *straniero temporaneamente presente*, STP). В соответствии с действующими правилами, для того чтобы получить номер ВПИ, иностранцам, не имеющим документов, подтверждающих личность, нужно сообщить только свою фамилию, дату рождения и национальность. Лица, получившие идентификационный документ ВПИ, имеют право на бесплатное получение медицинской помощи и основных лекарственных средств при обращении в государственные больницы. Документ ВПИ должен обновляться каждые полгода.

Каждое утро множество людей толпится у главного входа в Институт Сан Галликано в ожидании приезда врачей. Наряду с итальянцами, среди пациентов имеются люди, принадлежащие к различным культурам, религиям, языковым группам, расам. Отделение открыто для туристов, миссионеров, путешественников, следующих из тропических стран и обратно, и предлагает специализированные тесты, консультации и последнюю информацию о профилактике наиболее распространенных тропических заболеваний.

В настоящее время медицинскую помощь ежедневно получают от 150 до 200 пациентов. Первый этап оказания помощи состоит из



Служба регистрации. Выдача удостоверения молодому пациенту

начального осмотра пациента группой, состоящей из врача (как правило, терапевта), медицинской сестры и культурного посредника. Они сами регистрируют пациента и, если необходимо, выдают ему документ ВПИ.

Далее может быть назначен прием (и консультация) у дерматолога, аллерголога, онколога, хирурга по пластическим операциям, специалистов по внутренним и инфекционным заболеваниям, невролога, специалиста по тропическим болезням, сексолога, специалиста по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), и СПИДу. Недавно к перечню услуг, оказываемых ДРММ, были добавлены одонтостоматологические услуги.

*Клиническое обследование  
пациентов*



Наряду с предоставлением ежедневно бесплатной медицинской помощи, отделение занимается изучением и мониторингом состояния здоровья и факторов риска для вышеуказанных групп пациентов. Данные, собранные в ходе такой работы, анализируются, а статистическая информация о пациентах сортируется по целому ряду параметров: страна происхождения, возраст, образование, периодичность заболеваний, наиболее распространенные заболевания, злоупотребление алкоголем и наркотиками, ИППП, сексуальная активность, продолжительность пребывания в Италии, юридический статус, семейные и родственные отношения, поведение и образ жизни.

**Специализированное лечение**

Начиная с 1996 г. в оказании медико-санитарной помощи принимали участие культурно-лингвистические посредники, которые обеспечивали дружескую атмосферу во время приема и информировали иностранных пациентов обо всех имеющихся у них возможностях на их родном языке. Кроме того, они обеспечивали правильное понимание пациентом своего диагноза и назначенного лечения, а также индивидуальный подход к каждому пациенту исходя из культурно-национальных особенностей последнего.

В частности, ДРММ приходится решать такие деликатные вопросы, как обслуживание мусульман в течение месяца Рамадан. По словам д-ра Морроне, вначале, были случаи непонимания. Пациентам, которым был назначен кортизон, нужно было принимать его утром “во время

завтрака” в соответствии с естественным суточным гормональным ритмом. Такой курс был прописан мусульманскому пациенту с тяжелой формой диффузного дерматита. Через несколько дней пациент снова пришел на прием, но состояние его даже ухудшилось. “Культурный посредник, – продолжает д-р Моррони, – помог найти объяснение. По причине Рамадана пациент отказывался от завтрака, поэтому он вообще не принимал кортизон. Ему стало лучше, когда вопреки всем законам фармакологии и суточного ритма, он начал принимать лекарство после захода солнца”.

Другой случай подобного непонимания имел место, когда пациенту был прописан прием антибиотиков после еды (завтрака и обеда). Этот пациент был правоверным мусульманином и полностью воздерживался от приема пищи во время всего месяца Рамадан. Таким образом, за целый день он ни разу не принимал пищу (и, соответственно, лекарство). Учитывая описанные обстоятельства, отделение начало работать и в ночное время, с тем чтобы пациенты могли лечиться после захода солнца. Внутривенные вливания и уколы также стали делаться после захода солнца. Что касается диабетиков, то инъекции инсулина стали делаться не перед каждой едой, как положено, а два раза в день (до восхода и после захода солнца).

Практически всем пациентам DPMM пришлось пережить войну, бедность, гонения или одиночество. Во время командировки в Рим г-ну С.Х., 45-летнему бизнесмену из Сомали, сообщили, что он не сможет вернуться на родину по причине начавшейся там войны. Его банковские счета были заблокированы, и у него не было возможности получить финансовую помощь. Его семья осталась в Сомали, и связаться с ней было крайне сложно. До этих событий С.Х. был богатым человеком, но внезапно он стал бедным, бездомным и безработным. Ему приходилось ночевать под мостами Тибра или на центральном вокзале.

Как вспоминает д-р Моррони, у С.Х. никогда не было проблем со здоровьем, однако вследствие постоянного недоедания и отсутствия жилья он стал страдать от лихорадки, инфекций, хронического кашля и бронхита. Он неоднократно обращался к врачам по поводу жжения во рту и болей в горле. “После осмотра пациента нашим отоларингологом стало сразу ясно, что у него карцинома гортани, – говорит д-р Моррони, – мы госпитализировали его, и ему была произведена полная ларингэктомия. Его клиническое состояние было чрезвычайно тяжелым. Более того, после операции он не мог говорить, и обо всех своих потребностях ему приходилось писать на листе бумаги”. Вскоре болезнь приобрела терминальный характер. Он попросил д-ра Моррони помочь

ему перед смертью увидеть жену и троих сыновей. ДРММ оплатило перелет его семьи в Рим, а один из друзей доктора предоставил ему свой дом, с тем чтобы тот мог прожить остаток жизни, чувствуя поддержку и любовь своих близких.

Не всегда истории пациентов кончаются так печально. Д-р Моррони вспоминает множество историй со счастливым концом. Молодая женщина из Белграда приехала в Италию для совершенствования своих знаний в области истории и литературы этой страны, когда в бывшей Югославии разразился военный конфликт. Ей пришлось остаться в Италии; она не могла пользоваться кредитной карточкой, и связаться с родными было совершенно невозможно. Она начала работать на рынке в Генуе. Впоследствии, чтобы выжить, ей пришлось заниматься проституцией. Она решила уехать из Генуи в Рим, где обратилась за консультацией в ДРММ. Она была заражена ИППП, которая была немедленно диагностирована и полностью излечена. Женщина имела очень хорошее образование и свободно говорила по-итальянски. Ей предложили работать в отделении культурным посредником при общении с представителями балканских народов. Она оставалась в Италии до окончания конфликта, а затем возвратилась на родину к своей семье.

Наряду с сербско-хорватским культурные посредники владеют многими другими языками: французским, английским, испанским, португальским, арабским, курдским, лингала, суахили, тигринья, амхарским, банту, филипино (тагалонг), тамильским, бангладешским, болгарским, польским, русским, румынским и албанским.

В период с 1 января 1985 г. по 31 декабря 2001 г. ДРММ посетили 49 701 незаконных и тайных иммигрантов. Из них 19 252 (38,7%) были женщинами и 10% – детьми. При этом наблюдается неуклонный рост числа детей.

*Два молодых пациента*



Помимо иностранцев ДРММ обслуживает итальянцев, причем их число увеличилось с 5% в 1985 г. до 25% в начале 2002 г. Эта категория пациентов состоит главным образом из бездомных (около 90%) и пожилых людей (около 10%). Такой рост объясняется, в частности, увеличением

числа итальянцев (13,1%), оказавшихся ниже черты бедности, которые не могут получить необходимую медицинскую или социальную помощь по условиям медицинской страховки. Эти люди обращаются в ДРММ за самого разного рода помощью, в особенности социальной, а также для прохождения простых процедур, таких, например, как внутримышечные инъекции.

### **Иммиграция и здоровье**

Как поясняет д-р Моррони, иммиграция является причиной стрессов и факторов риска для здоровья вследствие коренного изменения образа жизни и отрыва от привычных условий жизни. Как свидетельствуют результаты целого ряда исследований, иммигранты, которые принимают решение покинуть свою родину, как правило, имеют крепкое здоровье и высокий уровень образования – от среднего до высшего (18% имеют высшее образование, 86% могут свободно общаться на иностранном языке). До последнего времени иммигранты прибывали в Италию здоровыми и заболели уже после приезда в эту страну. Однако в настоящее время так называемый “эффект здорового иммигранта”, объясняемый своего рода естественным отбором среди желающих эмигрировать, имеет место далеко не во всех случаях. Более того, как утверждает д-р Моррони, само путешествие представляет собой первый фактор риска для иммигранта. Если учесть, что в судно, рассчитанное на 20–30 человек, набивается 80–100 человек, а плавание длится много дней в условиях, характеризующихся отсутствием санитарных установок и дефицита пищи и воды, то понятно, что иммигранты подвергаются значительному риску развития тех или иных заболеваний.

Здоровье вновь прибывших иммигрантов может быстро ухудшиться в силу наличия целого ряда факторов риска, таких, как болезни, распространенные в стране пребывания, проблемы психологического характера, отсутствие дохода по причине безработицы, проблемы с жильем, удаленность от семьи, перемена климата и изменение пищевых привычек. Период между моментом прибытия в Италию и первым обращением за медицинской помощью (“здоровый период”) резко сократился: с 10–12 месяцев в 1993–1994 гг. до 3–4 месяцев в последние несколько лет. Заболевания, являющиеся следствием вышеперечисленных факторов, определяются как “болезни, вызванные бедностью и стрессом”.

Если судить по данным отделения д-ра Моррони, основные патологии, наблюдаемые у иммигрантов, мало чем отличаются от патологий, характерных для коренных итальянцев. Однако у иммигрантов наблюдается ряд “болезней бедности”, таких, как туберкулез, чесотка,

педикулез, некоторые вирусные, грибковые и венерические инфекции. Хотя эти заболевания не являются специфическими для иммигрантов, сам факт их возникновения свидетельствует о крайней степени их маргинализации, например, когда они оказываются бездомными. Иными словами, у иммигрантов отсутствуют какие-либо тропические болезни или другие патологии, более серьезные, чем у итальянцев. С другой стороны, они лишены мер обеспечения безопасности здоровья, равно как и возможности проведения своевременной диагностики и лечения, благодаря которым коренные итальянцы быстро восстанавливают свое здоровье. Здесь следует также отметить, что в случае терминальных состояний, когда пациенты просят помочь им вернуться на родину, – сделать это бывает очень трудно, а то и невозможно. Весьма часто им приходится умирать в одиночестве.

### **Что достигнуто?**

Трудно выразить в цифрах реальную пользу, которую принесли людям услуги, оказываемые отделением ДРММ. Однако в целом положительные результаты самоотверженной и заинтересованной деятельности персонала отделения совершенно очевидны, если учесть, что благодаря их усилиям тысячи людей теперь стали жить лучше. При этом, собирая данные и анализируя тенденции, связанные с жизнью “невидимого” населения (незаконных иммигрантов), отделение закладывает прочные основы для научного изучения медицинских и социальных факторов, оказывающих воздействие на бедные слои населения.

Как сообщается, уникальный для Италии опыт ДРММ повлиял на разработку современного законодательства об охране здоровья иммигрантов. Это законодательство гарантирует, по крайней мере юридически, доступ к НСЗ всем гражданам, находящимся в Италии как на легальных, так и на нелегальных основаниях.

Более того, в 1998 г. власти провинции Лацио и НСЗ признали ДРММ справочно-консультативным центром по вопросам обучения медицинского персонала методам работы с иммигрантами. Управление по вопросам политики в области укрепления здоровья муниципального совета Рима также назвало ДРММ клинико-эпидемиологическим центром, обеспечивающим мониторинг состояния здоровья бездомных, иммигрантов и бомжей в Риме.

Начиная с декабря 2001 г. ДРММ стало членом Международного центра миграции и здоровья (ИСМН), являющегося сотрудничающим центром ВОЗ.



Описанный выше опыт представляется эффективным с экономической точки зрения и правильным с этической точки зрения. Расходы, связанные с функционированием ДРММ, составляют около 300 000 евро в год, включая расходы на лекарства и прочие средства, предоставляемые пациентам бесплатно. С другой стороны, результаты деятельности этого учреждения бесспорно ценны не только с точки зрения улучшения здоровья иммигрантов, но и с точки зрения сохранения здоровья коренного населения Италии, например, в результате предотвращения распространения инфекционных болезней. Более того, профилактическая деятельность и скрининг, осуществляемые персоналом ДРММ, обеспечивают профилактику, диагностику и лечение заболеваний на начальной стадии, что предупреждает их переход в более тяжелые патологии, когда возникает необходимость в дорогостоящей медицинской помощи.





# Анализ конкретной ситуации № 6.

## Мобилизация ресурсов для здравоохранения: первая фаза внедрения системы соплатежей (сооплаты) в Кыргызской Республике

*Jen Tracy*

Корпуса центральной больницы в Иссык-Атинском районе Чуйской области Кыргызстана – это настоящий архитектурный кошмар: ряд зданий с прогнившим фундаментом подлежит сносу в ближайшее время, однако и другие строения, испещренные заплатами, оставшимися после небрежного ремонта, заслуживают такой же участи. Плохо изолированные стены и покосившиеся окна не держат тепло. Проржавевшие трубы отопительной системы держатся только благодаря изоляционной ленте и пластику. Кругом запах пыли и плесени.

Однако для трех молодых мужчин, пребывающих в тесноте в одной из крошечных больничных палат, получение необходимой медицинской помощи уже не тот кошмар, каким оно было совсем недавно. В прежние времена никто заранее не знал, каковы будут неофициальные расходы на стационарное лечение и сможет ли больница обеспечить пациентов всеми необходимыми лекарствами. Эти три пациента рассказывают как о преимуществах системы соплатежей, так и об определенности их положения как пациентов, ставшей возможной благодаря внедрению этой системы.

Пациент Гасанов, 28 лет, встает и охотно рассказывает нам о том, что его устраивает качество стационарного обслуживания в рамках новой системы. “Сейчас положение улучшилось, – говорит он. – Я оплачиваю только официальную стоимость лечения, которая была известна мне ещё до госпитализации. Плюс меня обеспечивают всеми необходимыми

*Гасанов и его соседи по палате проходят лечение в центральной больнице Иссык-Ата*



лекарствами и мне не нужно самому доставать их в аптеке. Стоимость лечения включает всё”. Он приподнимается повыше и садится в постели, чтобы показать нам, что вокруг идет огромная работа по реконструкции, а это, по

его мнению, свидетельствует об успешности реформ во всех областях. Два других пациента согласны с Гасановым. Они подчеркивают, что качество медицинского обслуживания улучшилось, и добавляют, что здесь их кормят три раза в день.

В Бишкеке, где система соплатежей начнет внедряться не раньше июля 2002 г., люди не так довольны. “Неизвестно, сколько может стоить лечение в больнице, и люди ужасно боятся болеть, – говорит пожилой водитель такси из Бишкека, пожелавший остаться неизвестным. – Официально операция по удалению аппендицита может стоить сто долларов, а сколько это обойдется на самом деле, неизвестно. Значит, если у тебя нет денег, нечего даже и думать об операции”.

В Кыргызстане, где экономика основана на сельском хозяйстве, а большая часть населения живет за чертой бедности, между здоровьем и экономическим выживанием имеется самая прямая зависимость. Для жителей этой страны болезнь одного из членов семьи означает потерю одного кормильца. Кроме того, это означает, что если человек обратится за медицинской помощью, возникнут неофициальные расходы, которые средняя семья вряд ли в состоянии оплатить. Поэтому болезнь становится для людей кошмаром и ещё больше усугубляет положение тех, кто и так принадлежит к беднейшим слоям населения.

Как и в других бывших советских республиках, система медицинского обслуживания в Кыргызстане страдает от избыточного количества больниц, которые невозможно содержать даже при поддержке международных организаций-доноров. Теоретически такая система была призвана обеспечить бесплатную медицинскую помощь всем гражданам. На самом деле пациентам приходится самим оплачивать якобы бесплатные лекарства и хирургические операции, а оплата труда медицинских работников настолько мала, что они порой вынуждены пополнять свои мизерные доходы за счет пациентов.

Одна из распространенных проблем – отсутствие лекарств в больницах, ввиду чего больные и их родственники вынуждены сами доставать и оплачивать их. Таким образом, людям приходится нести значительные дополнительные расходы. Более того, такое положение создает определенную угрозу здоровью пациентов, нуждающихся в срочном лечении.

Самые тяжелые последствия недостатков действующей системы здравоохранения наблюдаются среди беднейших слоев населения. Будучи не в состоянии оплачивать медицинское обслуживание, представители беднейших слоев занимаются самолечением или вообще обходятся без лечения. Именно представителей беднейших слоев имела в виду Айнагуль Исакова, директор ассоциации групп семейных врачей (неправительственная организация первичной медико-санитарной помощи), говоря, что “нельзя допустить, чтобы понятие здравоохранение осталось только в наших далеких воспоминаниях”.

Политика соплатежей, которая является составной частью 10-летней национальной программы реформирования системы здравоохранения “Манас”, направленной на повышение эффективности и действенности системы здравоохранения в Кыргызстане, призвана обеспечить условия для того, чтобы здравоохранение действительно не стало просто “отдаленным воспоминанием”. В марте 2001 г. для внедрения политики соплатежей были выбраны две области Кыргызстана. Благодаря этой программе удалось уменьшить размер неофициальных выплат медицинскому персоналу и снизить число случаев прямой оплаты лекарственных средств пациентами, создать источники дополнительных доходов для больниц, несколько повысить мизерную заработную плату медицинских работников и в целом облегчить населению доступ к медицинскому обслуживанию. Кроме того, был создан специальный фонд для оплаты медицинской помощи, оказываемой малоимущим.



*“Сооплата” – табличка на двери кабинета и счеты, при помощи которых ее исчисляют*

“В целом, эта политика является частью пакета мер, связанных с финансированием местных организаций здравоохранения областными государственными администрациями”, – поясняет Джо Куцин, старший советник-резидент Проекта ВОЗ по анализу политики здравоохранения.

Во время посещения центральной больницы Иссык-Ата в середине марта 2002 г. был собран материал по результатам реализации политики сооплаты. Главный врач двух районных больниц Эмен Исаков всячески стремился продемонстрировать нам успехи в области реализации этой политики. В центральном здании больницы на двери в маленький кабинет висела табличка “Касса сооплаты”.

В этом кабинете при помощи счетов и бланков квитанций администратор больницы регистрирует пациентов, проверяет документы, подтверждающие их статус в отношении страхования и их право на бесплатное обслуживание, получает причитающуюся сумму сооплаты, выдает квитанцию и наконец направляет пациента на лечение. В дальнейшем пациент не должен осуществлять никаких дополнительных выплат. “В общем, – говорит Исаков, – учитывая отсутствие неофициальных выплат и прочих непредвиденных расходов, сумма платежей уменьшается. Самое главное, так удобнее людям, потому что они точно знают сколько [и за что] они платят”.

*Д-р Тилек Мейманалиев,  
министр здравоохранения  
Кыргызстана*

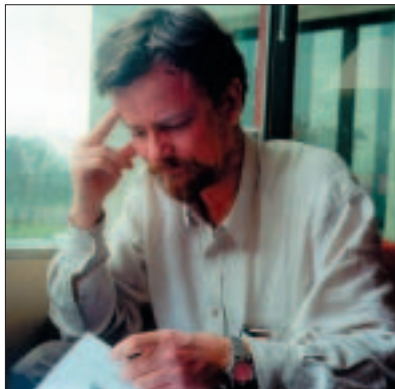


Д-р Тилек Мейманалиев, министр здравоохранения Кыргызстана, во время недавнего интервью подтвердил успешность осуществления политики сооплаты. Он сказал: “Я доволен достигнутыми результатами реализации этой политики. В частности, она продемонстрировала, что можно уменьшить коррупцию в здравоохранении и повысить заработную плату медицинских работников законным путем. Кроме того, благодаря этой системе у пациентов появилось более четкое

представление не только о своих финансовых обязательствах, но и своих правах”.

Тобиас Шют, координатор проекта швейцарского Красного Креста в Кыргызской Республике, также оценивает политику сооплаты как в целом успешную:

“По моему мнению, эта политика представляет собой очень удачную попытку внедрения системы официальных платежей за медицинские услуги. Пути ее осуществления были в целом приемлемы для населения и определенно способствуют снижению неофициальных платежей на уровне больниц до незначительных размеров, а также изысканию средств для больниц на местном уровне при условии предоставления необходимых средств Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС – организация, отвечающая за оплату медицинских услуг) на макроуровне”.



*Тобиас Шют, представитель швейцарского Красного Креста в Бишкеке*

Нинель Кадырова, заместитель директора ФОМС, также положительно оценивает результаты внедрения системы сооплаты. По ее словам, “система единого плательщика внедряется с марта 2001 г., и пока получены только предварительные результаты, но и они свидетельствуют об эффективности мер, принятых в целях облегчения доступа населения к медицинским услугам”.

#### **Данные о результатах первой фазы общенациональной реформы**

После начала внедрения системы в марте 2001 г. ставки сооплаты для стационарных пациентов колебались в диапазоне от 0 до 1890 сомов (приблизительно 40 долл. США) при наличии пяти различных уровней оплаты. Был предпринят целый ряд исследований в области осуществления политики соплатежей при финансовой поддержке проекта ВОЗ по анализу политики здравоохранения в Кыргызстане. Первые результаты исследований, полученные в результате ускоренной оценки, предпринятой в мае-октябре 2001 г. под руководством швейцарского Красного Креста, показали, что большинство опрошенных, получавших медицинскую помощь в рамках новой системы, считают, что политика сооплаты, несомненно, является улучшением по сравнению с предыдущей системой. Общий вывод, сделанный на основании предварительных результатов анализа, представленных Шютом, состоял в следующем: “В настоящее время политика соплатежей позволяет частично выполнить свою основную задачу, заключающуюся в том, чтобы исключить все другие виды расходов пациентов, связанных с медицинским обслуживанием в стационарах”. Здесь следует отметить, что все пациенты, опрошенные в Иссык-Ате и Бишкеке, охарактеризовали эту политику как успешную как на данный момент, так и в перспективе.

Две экспресс-оценки, проведенные группой Шюта, показали в целом положительную картину. Согласно первой оценке, помимо официальных соплатежей пациентам практически не нужно было делать каких-либо иных доплат. С другой стороны, согласно результатам второй оценки, около 40% пациентов помимо соплаты также осуществляли другие платежи, основная часть которых (88%) шла на оплату лечения, а очень незначительная часть (5%) – на неофициальную оплату услуг медперсонала.

Однако по мнению Шюта, эти различия свидетельствуют не о неэффективности системы соплатежей, а скорее о проблемах, связанных с несвоевременным финансированием больниц:

“Больницы не получают причитающиеся им средства из ФОМС в полном объеме, так как последний сам получает из Социального фонда только часть причитающихся ему сумм. Соответственно, вначале больницы пытались точно следовать правилам и не требовали от пациентов каких-либо дополнительных выплат. В дальнейшем они были вынуждены отступить от этих правил и требовать, чтобы пациенты приобретали средства, которые больницы были не в состоянии обеспечить. [В конечном итоге], тот факт, что 40% пациентов выплачивают дополнительные суммы наряду с соплатой, не означает, что система неэффективна на уровне больниц. Скорее, это означает, что экономические условия на макроуровне не позволяют обеспечить надлежащее ее функционирование”.

Кроме того, среди пациентов было проведено два опроса с целью определения количественных показателей эффективности политики совместной оплаты. Первый базовый опрос был проведен среди бывших пациентов стационарных медицинских учреждений в феврале 2001 г., т.е. непосредственно перед началом внедрения политики соплатежей. Второй опрос проводился среди пациентов, выписанных в июле 2001 г., т.е. на пятый месяц после начала внедрения этой политики. Данные указанных опросов в целом подтверждают общие выводы, сделанные на основании результатов экспресс-оценок. Как показывают полученные данные, доля расходов, оплачиваемых пациентами в связи с приобретением лекарственных средств и изделий медицинского назначения (как внутри, так и вне больницы), резко уменьшилась. В частности, в Иссык-Кульской области имел место значительный сдвиг в структуре расходов пациентов от неофициальных платежей в сторону официальной соплаты расходов на госпитализацию (рис. 1).

Приведенные данные также свидетельствуют о том, что размер неофициальных выплат, осуществляемых напрямую медицинскому





Рисунок 1. Результаты опроса выписанных пациентов с указанием размеров дополнительных платежей

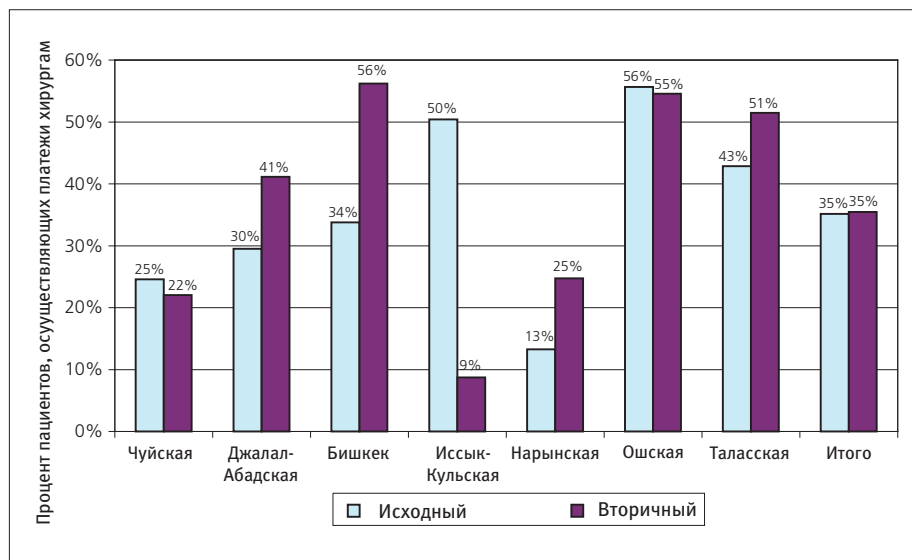
*Источник:* Опросы, проведенные ВОЗ в феврале и июле 2001 г. среди пациентов, выписанных из больниц.

*Примечание:* В исходной опросе приняли участие 2917 пациентов по всей стране, в том числе 381 пациент в больницах Иссык-Кульской области, что составило 11,5% от общего числа стационарных больных в феврале. Во вторичном опросе приняли участие 3731 человек по всей стране, в том числе 560 пациентов в больницах Иссык-Кульской области (16,3% всех стационарных больных в июле).

персоналу, сократился, в частности в Иссык-Кульской области. Такие платежи были особенно распространены при хирургическом лечении. В Иссык-Кульской области частота выплат напрямую хирургам снизилась с 50% в феврале 2001 г. до 9% в июле (рис. 2).

В соответствии с имеющимися данными, которые совпадают с результатами опросов, как застрахованные, так и незастрахованные хирургические пациенты при системе соплатежей осуществляли выплаты в значительно меньших объемах, чем при прежней системе. Однако средний размер оплаты для не имеющих страховки пациентов терапевтического профиля в конечном итоге превысил прежние показатели. В случае застрахованных пациентов терапевтического профиля размер оплаты остался примерно на прежнем уровне. “Короче говоря, – подчеркивает Куцин, – фиксированная сооплата привела к сближению итоговых сумм, уплаченных застрахованными пациентами хирургического и терапевтического профиля. Теперь пациенты дифференцируются в большей степени по своему страховому статусу, чем по стоимости лечения их заболевания” (рис. 3).

Рисунок 2. Число пациентов, осуществляющих прямые выплаты хирургам в Иссык-Кульской и других областях, после внедрения системы сооплаты



Источник: Опросы, проведенные ВОЗ в феврале и июле 2001 г. среди пациентов, выписанных из больниц.

Примечание: см. примечание к рис. 1.

### Эффективное использование доходов

“Преимущество официальных платежей состоит в том, что выплачиваемые пациентами средства могут теперь перераспределяться и использоваться в рамках больницы, в то время как при прежней системе неофициально выплачиваемые пациентами суммы совершенно не контролировались администрацией больниц”, – говорит Куцин.

Исаков утверждает, что средства, получаемые больницами области от пациентов в виде соплатежей, составляют только 10–15% их общего дохода. “Однако эти средства, – отмечает он, – очень важны, потому что они представляют собой “реальные” деньги, которые мы получаем и которые идут прямо на наш банковский счет. Бюджетные средства не всегда переводятся своевременно, а на суммы от сооплаты всегда можно рассчитывать”. По его словам, большая часть средств от соплатежей направляется непосредственно на лечение пациентов, а 20% идут на заработную плату сотрудникам. “В результате, – говорит Исаков, – расходы больниц на лечение пациентов выросли в три раза”.

По данным Министерства здравоохранения (2001 г.), за счет доходов от сооплаты финансирование суточного обеспечения пациентов лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в Чуйской области было увеличено в 1,9 раз, а в Иссык-Кульской области – в 2,7 раза.

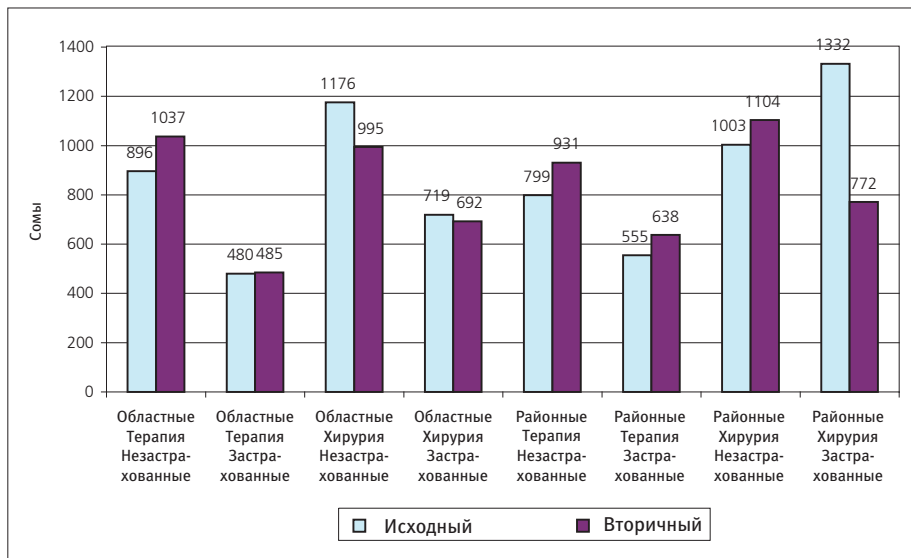


Рисунок 3. Суммарные расходы на терапевтическое и хирургическое лечение (без учета расходов на питание) пациентов в областных и районных больницах Иссык-Кульской области, указывающие на сближение сумм платежей в результате введения системы совместной оплаты

Источник: Опросы, проведенные ВОЗ в феврале и июле 2001 г. среди пациентов, выписанных из больниц.

Примечание: см. примечание к рис. 1.

Благодаря средствам, поступающим от системы сооплаты, суточные расходы на питание больных в Чуйской и Иссык-Кульской областях возросли в 1,8 и 2,2 раза, соответственно. В обеих областях средства от сооплаты также позволили увеличить заработную плату персонала: у врачей она увеличилась в 2,8 раза, у медицинских сестер – в 2,5 раза. Размер среднемесячной заработной платы медицинских работников находится на уровне чуть ниже 10 евро. Исаков утверждает, что “на сегодняшний день наша зарплата – самая высокая по Республике. К примеру, медицинская сестра получает здесь столько, сколько преподаватель медицинского института”. Вопрос о возможном расширении этой программы с целью охвата других больниц нуждается в дальнейшем изучении.

Система совместной оплаты обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков благодаря тому, что пациентам, как правило, выдаются квитанции по платежам, произведенным в рамках данной системы. По словам Куцина, “до введения системы сооплаты в Чуйской области около 13% пациентов вынуждены были платить какую-то сумму за госпитализацию”, хотя официально они не обязаны были делать это. По словам Куцина, из них приблизительно 25% получили квитанции на полную сумму оплаты. В ходе вторичного опроса выяснилось, что приблизительно 34% опрошенных пациентов платили за госпитализацию (среди выборки опрошенных было значительное число лиц, освобожденных

от сооплаты) и около 66% из них получили соответствующие квитанции. По словам Куцина, в Иссык-Кульской области около 22% пациентов платили за госпитализацию в феврале 2001 г., из них около 20% получили соответствующие квитанции. В июле 2001 г., в рамках системы совместной оплаты число таких пациентов выросло до 38%, а квитанции были выданы 86% из них.

### **Медицинская помощь для малоимущих**

Вначале эксперты опасались, что беднейшие слои населения будут исключены из системы сооплаты и поэтому вообще не будут обращаться за медицинской помощью. Однако, как утверждает Шют: “К нашему удивлению, результаты проведенного нами опроса свидетельствуют об обратном. Мнения представителей бедных и богатых групп не очень сильно отличались друг от друга. Около 70% из каждой группы (чуть больше в группе богатых пациентов) рассматривали новую систему как улучшение”. Куцин объясняет это прежде всего наличием механизма освобождений от оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой соплатежей для защиты интересов бедных и обеспечения им доступа к медицинской помощи. Малоимущие пациенты могут получить в сельских органах власти письмо, подтверждающее их неспособность оплачивать лечение. “Это широко практикуется, – говорит Шют, – и именно поэтому введение системы соплатежей не привело к увеличению числа людей, оказавшихся не в состоянии получить больничное лечение”.

Как сказал министр здравоохранения Мейманалиев: “Сделав все выплаты официальными, мы можем внедрять конкретные меры, направленные на обеспечение доступа к медицинской помощи для

людей с низким уровнем дохода и других нуждающихся лиц. Это обеспечивается за счет нашей политики освобождения таких лиц от оплаты, а также “резервного фонда”, создаваемого в больницах в целях обеспечения бедных пациентов лекарственными



*Пациенты Иссык-атанской больницы на ее территории*

средствами”. Министерство здравоохранения издало распоряжение, чтобы все больницы в обеих областях направляли 10% своего дохода от сооплаты в резервный фонд. В соответствии с этим распоряжением

Министерства в каждой больнице был создан специальный комитет для определения лиц, чьи нужды должны оплачиваться за счет средств этого фонда. По словам Мейманалиева, за первые семь месяцев реализации политики соплатежей в 2001 г. за счет средств фонда бесплатно были обеспечены лекарственными средствами 1700 представителей малоимущих слоев населения.

Г-жа Нинель Кадырова, представитель ФОМС, говорит, что менее чем за один год это число выросло до 2500 человек – именно столько пациентов прошли лечение без внесения сооплаты, исключительно за счет средств резервного фонда. При этом, по словам Кадыровой, деятельность ФОМС осуществляется в тесном сотрудничестве с Министерством по труду и социальной защите и направлена на улучшение доступа населения к медико-санитарным услугам, оплачиваемым за счет фонда. Исаков утверждает, что в 2001 г. за счет средств резервного фонда в его больницах прошли лечение около 180 представителей бедных слоев населения, большинство из которых бездомные.

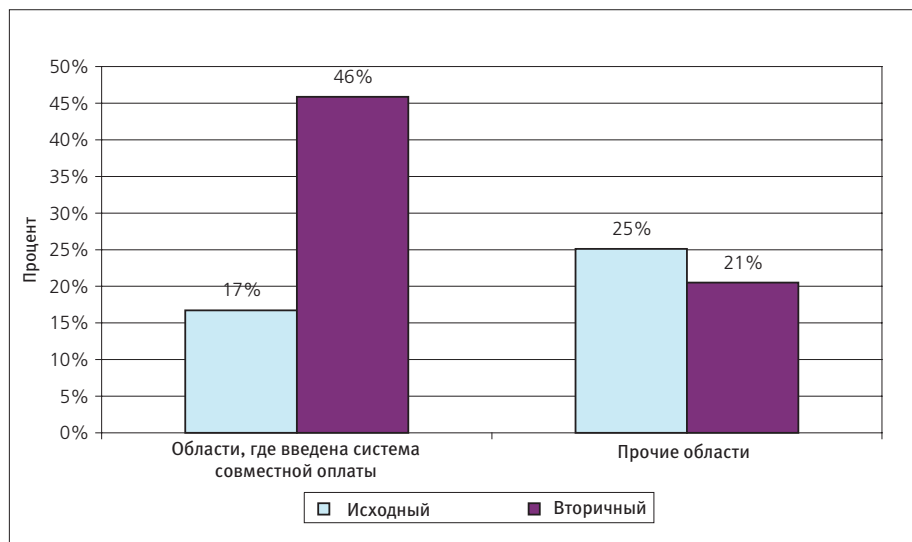
### **Медицинское обслуживание перестает быть кошмаром**

Помимо прочего, политика сооплаты способствовала уменьшению неопределенности относительно стоимости стационарного лечения и обеспечила доступ к медицинской помощи для малоимущих, которые раньше не могли подвергнуть себя такому финансовому риску, как оплата непредсказуемых и чрезвычайно высоких медицинских расходов. Тот факт, что большинство расходов по стационарному медицинскому обслуживанию носили неофициальный характер, означал, что в большинстве случаев пациенты не знали, какова будет окончательная стоимость их лечения. Как показывают результаты опросов, какая-то информация об окончательной стоимости лечения заранее имела только у 23% госпитализированных и только 18% имели представление о его официальной стоимости.

Анализ результатов внедрения политики сооплаты свидетельствует о том, что пациенты сейчас значительно лучше осведомлены о стоимости медицинских услуг (рис. 4).

“На этот раз мне было заранее известно, сколько будет стоить лечение, и я знал, что я заплачу ровно столько, сколько положено и не более”, – говорит 30-летний пациент Исаев, лежа на своей койке в центральной больнице Иссык-Ата. Исаев, Гасанов и Мадинов говорят, что они узнали о политике сооплаты в своих центрах семейной медицины и были готовы заплатить соответствующую сумму в момент госпитализации.

Рисунок 4. Процент стационарных больных, ответивших, что им была заранее известна сумма оплаты медицинских услуг



Источник: Опросы, проведенные ВОЗ в феврале и июле 2001 г. среди пациентов, выписанных из больниц.

Примечание: В исходном опросе участвовали 2917 пациентов, что составило 7,4% от общего числа стационарных больных в феврале. Во вторичном опросе приняли участие 3731 человек, что составило 9,9% от числа стационарных больных в июле.

Данные опроса подтверждают, что в Иссык-Кульской и Чуйской областях осведомленность пациентов об их финансовых обязательствах значительно выросла, в отличие от других районов Кыргызстана, где она находится на прежнем уровне.

Пациентка поликлиники № 6 в Бишкеке говорит, что она с нетерпением ждет июля, когда в их районе начнет действовать система соплатежей, так как тогда она будет знать, что в случае необходимости она сможет получить стационарную помощь. “Сейчас мне, к счастью, достаточно амбулаторного лечения. У меня есть дети, и я должна быть дома. Но если мне когда-нибудь понадобится стационарное лечение, мне будет страшно, потому что я не представляю, сколько это может стоить и найдутся ли необходимые лекарства”, – говорит она. Таким образом, здоровье и доходы членов ее семьи могут зависеть от внедрения системы сооплаты. “Мои родственники в Иссык-Кульской области, – продолжает она, – рассказывали мне об этой системе ... Надеюсь, вскоре она будет применяться и в Бишкеке”.

#### Информирование общественности

Для того чтобы получить максимальную отдачу от системы сооплаты и оказания бесплатной медицинской помощи с помощью средств из

резервного фонда, необходимо обеспечить широкое информирование общественности о существовании этих возможностей. Для того чтобы донести такую информацию до беднейших слоев населения, на которых в первую очередь и рассчитана новая политика, необходимо было найти более эффективный механизм информирования, чем использование СМИ. Как показали опросы, проведенные ВОЗ, наиболее эффективный метод информирования пациентов о новой системе – использование групп семейных врачей, а также персонала поликлиник и больниц. По данным представителя ВОЗ Куцина, только небольшой процент опрошенных ответил, что о программе они узнали из газет; телевидение и радио вообще не были названы в качестве источника информации.

По словам Исакова, отношение населения к политике сооплаты во многом зависит от качества разъяснительной работы. По его словам, “первая реакция людей всегда отрицательная, но потом, после разъяснения подробностей новой системы, удается убедить их в её преимуществах”. Директор Ассоциации групп семейных врачей Айнагуль Исакова говорит, что для информирования населения о новой системе сотрудники её ассоциации используют наглядные пособия, дискуссионные группы, встречи с общественностью, а также средства массовой информации. При этом она признает, что это вовсе не простая задача. “Вначале мы не были готовы к тому, как следует разъяснить людям условия сооплаты, и у них сложилось не совсем положительное мнение об этой программе. Несмотря на это, по прошествии некоторого времени люди начали понимать её преимущества, и теперь они могут точно планировать свою госпитализацию”.

По словам д-ра Исакова, вначале у него был аналогичный опыт: большинство больных понятия не имели о новой политике. “Они поворачивались и уходили. Но к маю-июню в результате нашей информационной кампании отношение людей к программе сооплаты изменилось коренным образом, и они стали возвращаться. К концу года практически не осталось людей, которые не знали бы о политике сооплаты или имели бы о ней отрицательное мнение”.

### **Изменение условий госпитализации**

В 2001 г. число госпитализированных больных в Чуйской и Иссык-Кульской областях уменьшилась на 6,9%. Многие сотрудники Министерства здравоохранения рассматривали это как положительное явление, так как исторически укоренилась тенденция оказывать стационарную помощь без должных для этого показаний. Наряду с этим возникало опасение, что люди не получают необходимой медицинской помощи по причине того, что они не могут позволить себе лечиться на



условиях сооплаты. По мнению Куцина, ни та, ни другая точка зрения не были достаточно обоснованы. “Будет чрезвычайно сложно, – добавляет он, – точно определить результаты применения политики сооплаты, учитывая огромное количество других изменений в жизни людей, которые могли повлиять на показатели госпитализации”.

По данным Кадыровой, заместителя директора ФОМС, в течение первых трех месяцев число госпитализаций уменьшилось, а затем снова начало расти. Уменьшение числа госпитализаций в основном имело место в отношении “плановой госпитализации”, т.е. касалось пациентов, которым, в общем-то, было достаточно и амбулаторного лечения. “Для того чтобы убедиться, что пациенты получают необходимое амбулаторное лечение, – говорит Кадырова, – ФОМС внедрил программу дополнительного набора лекарственных средств, в соответствии с которой расходы на лекарства на уровне первичной медико-санитарной помощи возмещались по страховке”. Подтверждением этому послужило посещение поликлиники № 6 в Бишкеке, где кипит бурная жизнь, проводятся несложные хирургические процедуры и пациенты обеспечиваются всеми необходимыми лекарственными средствами.

Как говорит Исаков, в Иссык-Ата число необоснованных госпитализаций и, соответственно, размер связанных с ними расходов снизились благодаря политике сооплаты и программе дополнительного набора лекарственных средств. “Существует огромное число заболеваний, которые поддаются лечению на уровне первичной медико-санитарной помощи, в частности, гипертония и анемия средней тяжести, которые являются настоящим бичом для региона. Ранее в таких случаях пациентам назначалось дорогостоящее стационарное лечение”.

### **Уроки реализации политики сооплаты**

Первая фаза реализации политики сооплаты показала, что имеются возможности достижения большей прозрачности финансирования системы здравоохранения и что могут быть приняты меры для дальнейшего облегчения доступа к медико-санитарной помощи для беднейших слоев населения. Эффективное решение этой проблемы требует применения комплексного подхода, а не просто определения того или иного уровня оплаты. Такая политика должна соответствовать действующей политике, связанной с оплатой услуг больниц и совершенствованием методов управления в сфере обеспечения лекарственными средствами и медицинскими материалами. Кроме того, политика должна предусматривать информационную и просветительскую деятельность среди медицинского персонала больниц и населения.

По словам Исакова, комплекс таких мер, как серьезные структурные преобразования, способствующие рациональному управлению ресурсами, уменьшение числа больниц и коек и внедрение политики сооплаты способствовал успешному проведению реформы в больницах. Однако одним из абсолютно необходимых условий для этого была работа по информированию населения на всех уровнях и этапах осуществления программы.

Несмотря на то, что руководство Министерства здравоохранения в целом довольно предварительными результатами реализации политики сооплаты, оно осознает, что всегда есть возможность дальнейшего совершенствования, о чем свидетельствуют некоторые различия в результатах, полученных в двух областях на первом этапе осуществления программы.

Мейманалиев отмечает, что необходимо убедить местные органы власти в необходимости реформ:

“Убедить местные органы власти в необходимости осуществления реформ – важнейшая задача. Успех наших ... реформ зависит от размера того вклада, который вносят местные органы власти в единый фонд здравоохранения, находящийся в ведении областного отделения Фонда медицинского страхования. Основная проблема, с которой мы столкнулись в первый год реализации программы, состояла в том, что некоторые местные органы предоставили гораздо меньше средств, чем планировалось. Тем не менее, нам удалось убедить их увеличить свой вклад, и проблемы были решены”.

Для того чтобы повысить осведомленность всего населения о предпринимаемых мерах и заручиться поддержкой в реализации политики сооплаты на всех уровнях при проведении своих информационных кампаний, Министерство здравоохранения охватывает как местные, так и центральные органы власти. Помимо этого, для поддержания адекватного уровня финансирования оно проводит активные переговоры с представителями местных органов власти.

В то же время Шют, представитель Красного Креста, озабочен именно таким макроуровневым управлением. “Я слышал, что ... областные администрации стали приостанавливать бюджетное финансирование больниц на том основании, что последние получают доходы от пациентов. Эта практика ставит под угрозу саму концепцию сооплаты”. В результате значительно сократятся объемы финансирования для бедных слоев населения, так как возможности предоставления им доступа к бесплатной медицинской помощи зависят от уровня совокупного дохода.

Несмотря на попытки сократить размеры финансирования, особенно в Чуйской области, Министерству здравоохранения в конечном итоге удалось отстоять свою позицию. “Эта проблема, – говорит Куцин, – продолжает представлять угрозу для кыргызской модели, и поэтому её необходимо постоянно держать в поле зрения”.

До проведения реформ местные органы власти направляли на финансирование здравоохранения около 25% своего бюджета, что было как одним из их основных финансовых обязательств, так и одним из рычагов их иерархической власти. В связи с внедрением системы единого плательщика, частью которой является программа сооплаты, местным органам власти предлагается сохранить финансирование здравоохранения на прежнем уровне (25%), но отказаться от контролирующей функции. Связанные с этим проблемы представляют реальную угрозу для успешного проведения реформ.

По мнению Шюта, одним из наиболее важных факторов успеха политики сооплаты является сохранение доверия со стороны общественности. Он говорит:

“При системе сооплаты пациентам обещают следующее: вы платите только официально установленную сумму и больше ничего. Люди могут потерять доверие к системе или вообще не приобрести его, если увидят, что это обещание не выполняется. С моей точки зрения, проблема состоит не в том, чтобы привлечь людей к участию в программе сооплаты в том виде, в котором она задумана, или добиться эффективности этой программы на уровне больниц. Проблема в том, чтобы добиться её осуществления в том виде, в котором она задумана, на макроуровне”.

Особенно успешное осуществление программы в иссык-атинских больницах также свидетельствует о степени, в которой успех реформ зависит от желания каждой конкретной больницы работать по этой системе.

В целом первая фаза осуществления политики сооплаты рассматривается как успешная. Следующая задача – расширение этой политики до республиканского уровня. Такой шаг позволит Кыргызстану благодаря усилиям Министерства здравоохранения продвинуться дальше по пути реформ. Как добавляет Шют, “движущей силой реформ является сам министр, который до своего назначения на министерский пост работал в качестве руководителя управления реформ в области здравоохранения. В целом Министерство здравоохранения привержено идее реформирования системы. Здесь имеется огромный потенциал новаторского мышления и открытости для новых идей”.

Успех на последующих стадиях будет зависеть от факторов, которые рассматриваются в настоящей статье, а также от многих других условий, которые находятся под тщательным наблюдением Министерства здравоохранения.



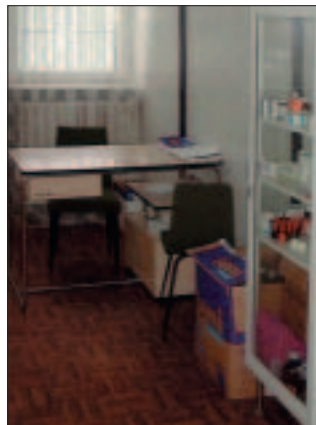
# Анализ конкретной ситуации № 7.

## Первичная медико-санитарная помощь в приютах для бездомных в городе Лодзь, Польша

*Steve Turner*

В городе Лодзь, Польша, имеется четыре приюта для бездомных на 264 места и два ночлежных дома на 138 мест, 122 места для женщин (в двух приютах и одном ночлежном доме) и 280 мест для мужчин (в двух приютах и одном ночлежном доме). В настоящее время эти заведения способны обеспечить удовлетворение потребностей бездомных этого города в приюте<sup>20</sup>.

Врачи и медицинские сестры посещают приюты три раза в неделю в рамках специальной Инициативы Пальмы, предусматривающей обеспечение первичной медико-санитарной помощью всех проживающих в приютах, вне зависимости от наличия у них права на медицинское обслуживание в Польше. Для медицинского обследования и консультаций у специалистов приходящие врачи направляют больных в амбулаторную клинику и больницу Пальма.



*Врачебный кабинет в приюте св. Альберта*

В 2001 г. в рамках Инициативы Пальмы<sup>21</sup> бесплатно были оказаны следующие услуги:

---

<sup>20</sup> Данные предоставлены St. Brother Albert Society of Social Assistance.

<sup>21</sup> Более официальное имя Пальмы - Департамент управления здравоохранением для высших учебных заведений (Health Care Management Unit for Schools of Higher Education).

- 5200 приемов врачей общей практики (ВОП);
- 720 консультаций специалистов;
- 380 приемов стоматологов;
- 100 офтальмологических обследований;
- 1205 диагностических обследований.

На бесплатном стационарном лечении находились: в 2000 г. – 18 человек, в 2001 г. – 12 человек и в 2002 г. (январь-март) – 8 человек.

Из четырех приютов в г. Лодзи для осуществления вышеуказанной инициативы были выбраны два мужских приюта. Ожидается, что в женских ночлежных домах также вскоре будет внедряться программа оказания медико-санитарной помощи, но, учитывая тот факт, что там находится большое количество беременных женщин и молодых матерей (которые и так имеют право на первичную медико-санитарную помощь), задачей первостепенной важности стало осуществление инициативы в приютах, где находится наибольшее количество пациентов, не охваченных системой первичной медико-санитарной помощи.

Административное управление официальной системой здравоохранения осуществляется 16 воеводствами – административными единицами, где средства на здравоохранение распределяются между больницами и клиниками исходя из числа пациентов, зарегистрированных в каждой из них, а не фактических потребностей в медицинской помощи. Таким образом, если в какой-либо больнице зарегистрировано небольшое количество пациентов, то, несмотря на то, что эти пациенты нуждаются в дорогостоящем лечении, размер средств, выделяемых этой больнице, будет меньше сумм, выделяемых больницам, имеющим большее число зарегистрированных пациентов, но меньший объем потребностей в медицинской помощи. В настоящее время сумма ежегодных общенациональных расходов на оплату первичных медико-санитарных услуг составляет 100 злотых (25 долл. США) на одного человека<sup>22</sup>.

Расходы, связанные с реализацией Инициативы Пальмы, которая направлена в первую очередь на оказание медицинской помощи тем, кто не охвачен официальной системой здравоохранения, и таким образом – на совершенствование здравоохранения в целом, оплачиваются из общего бюджета больницы Пальмы и исчисляются исходя из числа зарегистрированных пациентов.

---

<sup>22</sup> *Источник:* Муниципальный департамент здравоохранения г. Лодзь.



Автор настоящей статьи (Steve Turner) посетил город Лодзь в середине февраля, с тем чтобы познакомиться с людьми, принимающими непосредственное участие в реализации этой инициативы.

### **Муниципальный департамент общественного здравоохранения**

Мария Левицка является директором муниципального департамента общественного здравоохранения, который ведет активную работу в сотрудничестве с целым рядом больниц и учреждений здравоохранения региона, направленную на реализацию программы всестороннего медицинского обслуживания. Муниципальные органы принимают активное участие в проекте ВОЗ “Здоровые города” и ряде других профилактических инициатив. “Инициатива, связанная с больницей Св. Альберта, была выдвинута доктором Ковальски, – говорит Мария Левицка. – Для Лодзи эта инициатива уникальна. Существуют и другие муниципальные программы, но в отличие от этой они не предусматривают медицинского обслуживания на регулярной основе”. Д-р Левицка и другие сотрудники департамента гордятся этой программой; беспокойство вызывает лишь финансовая сторона, так как в настоящее время программа финансируется исключительно за счет их весьма скромного бюджета. Она подтверждает, что большинство людей, проживающих в приютах, не имеют доступа к первичной медикосанитарной помощи: “По общему правилу, если человек не работает или зарегистрирован как безработный, он имеет право на медицинское обслуживание только в экстренных случаях”.

Д-р Михат Ковальски является директором управления здравоохранения для высших учебных заведений, известного в Лодзи как “Пальма”. Его энтузиазм по поводу этого проекта отражает общий интерес к социально ориентированным инициативам, некоторые из которых он пытался внедрить после своего назначения на пост директора Пальмы. По его словам, “помощь должна быть оказана всем, кто в ней нуждается. Это наша работа. Я работаю не только в интересах бездомных этого приюта, но и в интересах всех бедных, инвалидов, детей и семей. В Центральной и Восточной Европе проблемы стоят гораздо острее, чем на Западе”. Инициатива по обеспечению медико-санитарной помощью бездомных осуществлялась под его руководством – именно его больница обеспечивала оказание медико-санитарных услуг, консультации приходящих врачей, стационарное лечение и помощь специалистов.



*Д-р Михат Ковальски,  
директор Пальмы*

В целях изыскания средств для этого и других социально ориентированных проектов перед маркетинговым отделом больницы была поставлена задача обеспечить дополнительный доход за счет спонсорской помощи, продажи изделий и деятельности по сбору средств. Сбор денежных средств и дотаций также является совершенно новым видом деятельности для больницы.

При реализации Инициативы особое внимание уделяется обеспечению и поддержанию высокого качества медицинского обслуживания в приютах для бездомных. Проживающие в приютах имеют те же медицинские проблемы, что и обычные люди, плюс особые проблемы, вызванные бездомностью. По мнению д-ра Ковальски, учитывая тот факт, что Польша в силу ее географического и политического положения является “воротами” в Западную Европу, медицинские проблемы, которые приходится решать его больнице, носят транснациональный характер. “Лодзь – это географический и торговый центр, – говорит он, – сюда стекаются бездомные из бывшего Советского Союза и даже из далекого Китая, потому что люди считают Польшу воротами на Запад. Такая миграция создает сложную эпидемиологическую обстановку. Среди нелегальных иммигрантов, которые были здесь арестованы, распространено множество заболеваний, о некоторых из которых в Центральной Европе уже почти забыли”. Естественно, бездомные в наибольшей степени подвержены заражению редкими болезнями, которые привозят нелегальные иммигранты. “Некоторые из проживающих в приютах контактируют с нелегальными иммигрантами через свой второй дом – тюрьму”.

В 1999 г. в Польше было размещено 1280 человек, обратившихся с просьбой о предоставлении убежища, а также было рассмотрено 2864 заявления о предоставлении убежища<sup>23</sup>. Правительство Польши считает, что большое число заявлений, полученных за последние годы, авторы которых не стали дожидаться ответа, говорит о том, что большинство обратившихся с просьбой о предоставлении убежища, просто хотели использовать Польшу как перевалочный пункт, двигаясь далее на Запад. Как говорит д-р Ковальски,

“мы должны лечить этих транзитных иммигрантов, ... и некоторые из них останавливаются в приютах для бездомных. Их потребности – такие же, как и потребности беженцев, проживающих в Польше длительное время. Их

---

<sup>23</sup> US Committee for Refugees. *Worldwide refugee information. Country report: Poland*. Washington, DC, US Committee for Refugees, 2002 (<http://www.refugees.org/world/countryrpt/europe/2000/poland.htm>). (Данные получены в марте 2002 г.).

“транзитный” статус не означает, что они не нуждаются в медицинской помощи.

Кроме того, у нас много студентов, приехавших в Польшу из бывшего Советского Союза, в Лодзи также находится Польский национальный лингвистический институт. Поэтому к нам приезжают студенты из Азии, Африки, США и России. Ситуацию по здравоохранению у нас в стране можно охарактеризовать как тревожную, и наши приюты для бездомных не должны превратиться в рассадник разного рода болезней”.

Д-р Ковальски понимает, что все эти мелкие национальные группы нуждаются в медико-санитарной помощи, и делает все, чтобы медицинским обслуживанием были охвачены все нуждающиеся. У бездомных возникают проблемы не только медицинского характера. Они страдают от проблем психологического и дисфункционального характера, которые возникают в их семьях и социальных группах.

Д-р Ковальски поясняет:

“Мы стремимся помочь этим людям. От медицины ожидаются быстрые результаты, но также необходимы профилактические меры и просветительская работа. Многие из проживающих в приютах проходили рентгеновское обследование на туберкулез; результаты известны: среди 200 прошедших обследование было обнаружено два случая заболевания туберкулезом и назначено лечение. Мы рассматриваем это как положительный результат реализации программы”.

Д-р Ковальски говорит о необходимости расширения в будущем помощи со стороны международных организаций и подчеркивает, что:

“Ответственность за решение этой проблемы должно взять на себя центральное правительство, а не местные власти. Городу такие расходы не по силам. Иммиграция во многом изменила нашу жизнь. С географической точки зрения, Польша занимает центральное положение, и изменения здесь происходят особенно быстро, в первую очередь среди бедных, которые постоянно перемещаются в поисках лучшей жизни. В будущем в Лодзь будет приезжать все больше и больше людей, желающих попасть на Запад, так как Лодзь – это транспортный узел и перекресток путей. Именно бедные и бездомные будут прибывать сюда незаконно, без документов, подтверждающих их право на медицинское обслуживание. Проблемы бедности и здоровья действительно имеют транснациональный характер”.

В идеале, ему видится модель, при которой государство возьмет на себя создание медицинских учреждений для оказания помощи бездомным.

Ещё одна инициатива д-ра Ковальски, проводимая в интересах бедного населения Лодзи, – это ежедневная бесплатная раздача хлеба людям, которые не в состоянии заплатить за него. Местная хлебопекарня каждый день бесплатно поставляет более 300 буханок хлеба, а сотрудники больницы распределяют их в хорошо известной точке у заднего входа в больницу. Перед отъездом из больницы меня пригласили посетить это мероприятие: около 100 человек самых разных возрастов толпились у входа и, казалось, они по опыту знали, что хлеба будет достаточно для всех.

### Приюты Св. Альберта

“Будь хорошим, как хлеб” написано над изображением покровителя бездомных в приюте Св.Альберта. Рисунок сделан одним из его

*Рисунок, изображающий Св. Альберта, покровителя приютов для бездомных, нарисованный обитателем приюта*



обитателей на стене общего зала. Это один из двух приютов, принадлежащих Обществу социальной помощи братства Св. Альберта, который расположен в тридцати минутах езды от центра г. Лодзь. Приют находится в стороне от главной магистрали, в него можно попасть,

свернув на избитую дорогу, и далее – по узкой дорожке и пустынному проезду до заржавевших железных ворот. Посреди заснеженного поля

находится приют для бездомных.

*Приют для бездомных Св. Альберта*



В день нашего посещения приюта по открытому полю мела пурга, и мы воочию увидели некоторые стороны жизни бездомных. После того как посетитель, пройдя под надписью *Patronat*, висящей над главным

входом, попадает внутрь, в тепло, сразу становится ясно, что здесь решена одна из наиболее насущных проблем бездомных, возникающая в зимние месяцы. Вместе с теплом чувствуется затхлый запах, исходящий от людей, проводящих целый день в этом



*Приют Св. Альберта*

натопленном помещении в ожидании и бездействии. Политика приюта такова, что в дневное время здесь не должно быть посетителей. Приют начинает принимать бездомных не раньше 16 часов. Однако по причине плохой погоды внутренние правила были изменены.

Ежи Чапла осуществляет руководство обоими приютами Св. Альберта. Д-р Пашиньска выполняет функции приходящего врача применительно к приютам в рамках Инициативы больницы Пальмы.

Руководство приютов старается предоставить бездомным не постоянное место пребывания, а лишь временное пристанище. Бездомным помогают в поиске работы и, в конечном итоге, обретении нового жилища. В среднем бездомные проводят здесь около года, но многие из них покидают приют даже раньше. В 2001 г. 50 бездомных были возвращены обществу после курса реабилитации в приюте. Теперь эти люди снимают жилье или снова вернулись в свои семьи.



*Обитатели приюта св. Альберта*

Приблизительно половина людей, проживающих в приюте, не имеет работы и официального статуса. Именно такие люди являются основной целевой группой по программе Пальмы. Во время моего посещения, там проживали 35 безработных и бездомных, которые могли воспользоваться медико-санитарной помощью только благодаря Инициативе Пальмы.



*Д-р Пашиньска и Ежи Чапла*



Д-р Пашиньска посещает этот приют, а также другой, более крупный, где выполняются основные административные и снабженческие функции. В течение каждого визита она принимает 20–30 пациентов; когда ей не удастся справиться с их проблемами самой, она направляет их к специалистам или на стационарное лечение.

Когда бездомные в первый раз попадают в приют, их типичные недуги предсказуемы, учитывая их бездомность: язвы, в особенности на ногах, коронарная болезнь сердца, красный плоский лишай, обморожения и другие проблемы,

связанные с пребыванием на улице, авитаминоз, дерматит, высокое кровяное давление, чесотка, вшивость. Имеются также случаи туберкулеза и прочих инфекционных заболеваний.

В приюте употребление алкоголя запрещено, однако алкоголизм – это именно та болезнь, с которой д-ру Пашиньской приходится здесь сталкиваться чаще всего. Когда имеешь дело с бездомностью и алкоголизмом, сложно определить, что первично, а что вторично. Д-р Пашиньска говорит:

“Лечение алкоголизма проводится только на добровольной основе, когда пациент сам принимает решение посещать амбулаторный центр. Иногда алкоголь является причиной, иногда – следствием, но практически всегда больной нуждается в специальном лечении. Если пациент алкоголик, я могу

направить его в клинику на групповое лечение. Но главная проблема возникает, когда кажется, что пациент уже выздоровел: человек находит работу и тогда вновь обретенные деньги он снова тратит на алкоголь”.

Помимо проблемы злоупотребления алкоголем, употребление наркотиков и других психоактивных веществ нехарактерно для приютов в основном потому, что у проживающих здесь нет возможности приобрести их.

*Социальная помощь в приюте  
Св. Альберта*



Для проживающих в приюте организованы консультации. Недавно была создана служба психиатрической помощи. Кроме того, приют посещают стоматологи и офтальмологи. Врачебный кабинет в центре оборудован стоматологическим креслом и инструментами, он может также использоваться для офтальмологических приемов.

### **Финансирование**

В случае если пациент прошел регистрацию и имеет право на получение первичной медико-санитарной помощи в рамках официальной системы здравоохранения, больнице Пальмы компенсируется некоторая часть расходов. Но когда такое право отсутствует, больница полностью оплачивает стоимость медико-санитарной помощи из собственного бюджета. Если в процессе офтальмологического обследования выясняется, что пациент нуждается в очках, последние оплачиваются приютом.

Доход приюта формируется за счет трех основных источников:

- из бюджета города Лодзи выделяется 60% необходимых средств – на коммунальные расходы и эксплуатацию здания, а также на оплату одноразового питания;
- проживающие, которые имеют работу, выплачивают приюту некоторые суммы;
- маркетинговая деятельность (художественные выставки, мероприятия, продажа изделий проживающих в приюте) позволяет получить некоторые средства, направляемые на покрытие текущих расходов.

Д-р Пашиньска работает в приюте уже на протяжении двух лет. Когда к ней в первый раз обратились с просьбой посетить приют, она не была абсолютно уверена, готова ли она принять такое предложение, так как бездомные вызывали у нее страх.

“Меня попросил доктор Ковальски, и я согласилась. Теперь я привыкла к ним, и мы прекрасно ладим. Если в городе мне встречается кто-нибудь из моих пациентов, мы здороваемся и беседуем”. С некоторыми пациентами отношения складываются лучше, с некоторыми – хуже, некоторые стали для нее друзьями. Менеджер приюта добавляет: “Они не могут жить без доктора Пашиньской”.



*Пациент, д-р Пашиньска и медбрат во врачебном кабинете*



В целом, д-р Пашиньска оценивает проект положительно: “Возможно, некоторые пациенты продолжали бы болеть, их состояние продолжало бы ухудшаться, и в конечном итоге – экстренный случай и госпитализация. Таким образом, оплачивая лечение бездомных сейчас, больница экономит средства в будущем”. Действительно, в рамках этой программы профилактика рассматривается как средство экономии средств в будущем, так больница сама оказывается одним из бенефициаров своей собственной инициативы.

Но как и д-р Ковальски, д-р Пашиньска считает, что многое ещё предстоит усовершенствовать: во-первых, нужно избавиться от необходимости проведения специальной инициативы в этой области. Официальная система здравоохранения должна обеспечить оказание медицинской помощи всему населению. В результате появится возможность получения государственного финансирования. Более того, можно будет расширить масштабы этой местной инициативы и охватить ею всех нуждающихся. В административном плане дополнительные положительные результаты могут быть достигнуты путем привлечения приходящих хирургов, улучшения снабжения изделиями медицинского назначения (такими как бинты, оборудование для анализов, шприцы), привлечения дополнительных средств на приобретение лекарственных средств и организации большего числа визитов медицинских работников.

Д-р Пашиньска считает, что эта схема медицинского обслуживания нуждается в централизации административных функций. “Необходимость в этой инициативе объясняется тем, что не все пациенты охвачены системой здравоохранения, так как закон исключает из неё тех, кто не прошел официальную регистрацию. Сам проект очень хороший, но нужны деньги для его продолжения и расширения – другие [женские] приюты тоже нуждаются в помощи”.

Медико-санитарная помощь – это неотъемлемая часть общего процесса возвращения пациентов к нормальной жизни. “При адекватном лечении проживающие в приюте чувствуют себя более уважаемыми и полезными людьми, у них возникает желание воссоединиться с обществом. Часто они возвращаются во внешний мир, когда находят работу. Это очень ответственный момент, в особенности если у них были проблемы с алкоголем”.

Но медицинское обслуживание представляет собой только одну из проблем бездомных. Д-р Пашиньска говорит: “Если бы они нуждались только в медицинской помощи, многие смогли бы покинуть приют

очень быстро. Но выздоровление – это только один из аспектов проблемы, у этих людей отсутствуют другие ресурсы для воссоединения с обществом. Мы организовали службу психиатрической помощи, с тем чтобы помочь в решении этой проблемы, но она работала только в течение короткого периода. Мы могли бы также помочь безработным в поиске работы. Многого ещё предстоит сделать”.

Ежи Чапла, директор приюта Св. Альберта, знает о работе, проделанной участниками Инициативы Пальмы по реабилитации бездомных. Он говорит:

“Многие из бездомных были очень серьезно больны при поступлении в приют. Собственно говоря, это связано с их состоянием бездомности. Как правило, между бездомностью и здоровьем существует взаимосвязь: они либо заболевают, потому что им негде жить, или по причине своей болезни у них нет работы, денег и, следовательно, жилища. В прошлом люди, не имевшие медицинской страховки, могли рассчитывать на медицинскую помощь только в экстренных случаях, что на практике означало, что они должны были ждать, пока не возникнет необходимость в вызове скорой помощи”.

С точки зрения Чаплы, основное предназначение приюта – вернуть людей обществу, и в этой связи здоровье – важнейший фактор. “Возврат к здоровой жизни не только дает человеку определенные преимущества, он может стать основным фактором успеха. Благодаря Пальме, мы имеем возможность помочь каждому, кто заболевает. У нас много людей, которые оставили приют и нашли работу после лечения у доктора Пашиńskiej. В прежние времена, их состояние только бы ухудшалось”.

### **От болезней к работе**

Ставомир прибыл в приют после 12 месяцев жизни на улице, и его история типична для бездомных. Он был партнером в небольшой фирме, занимающейся электроникой. Деятельность фирмы была достаточно успешной и обеспечивала ему доход выше среднего и образ жизни, который его удовлетворял. После ссоры со своим партнером он был арестован в результате обвинения, которое, по его словам, было сфабриковано его партнером с целью вытеснить его из бизнеса. Ставомиру пришлось провести год в тюрьме.

Когда его выпустили, он оказался без дома, работы и средств к существованию. Сначала он жил у друзей, но вскоре после выхода из тюрьмы стал пить, и в результате ему пришлось уйти из их дома. Он

*Ставомир вспоминает, как он был бездомным*



стал жить на улице и продолжал пить. У него начались проблемы с желудком и почками. Ставомир долгое время не обращал внимания на симптомы, пил все больше и больше и просто отказывался признавать, что он серьезно болен. К тому времени, когда он в конце концов был вынужден признать, что ему нужна помощь, он не мог обратиться в медицинские учреждения, так как за время, проведенное на улице, он стал маргиналом, без регистрации и права на стационарное обслуживание. В приюте Св. Альберта он искал скорее убежища, чем лечения.

По окончании первичной процедуры принятия в приют Ставомир был направлен к д-ру Пашиньска, которая лечила его от заболеваний почек и желудка и направила в амбулаторный центр лечения от алкоголизма. Рассказывая о своей жизни, Ставомир разъясняет, что алкоголизм не был для него огромной проблемой, а скорее, следствием потери работы, бизнеса, дома, жилья и здоровья. В то же время Ставомир признает, что оказанные ему консультативная помощь и поддержка в рамках антиалкогольной программы во многом помогли покончить со злоупотреблением алкоголем.

“Вначале я не была уверена, что он будет посещать занятия, – говорит д-р Пашиньска, – поскольку он никак не мог пережить свои несчастья и, казалось, не был ещё готов откликнуться на наши усилия”. Тем не менее, Ставомир приходил на занятия; вскоре лечение его других болезней также дало положительные результаты.

Прошло около полугода с момента его прихода в приют, и Ставомир почувствовал, что он готов подумать о том, чтобы его оставить. Однако поиски работы оказались трудной задачей из-за его тюремного прошлого. По специальности Ставомир был бухгалтером, а работодателям не очень-то хочется брать на такого рода работу бывшего заключенного. По счастью, в то самое время, когда он искал работу за стенами приюта, приюту потребовался работник, который бы вел счета и выполнял иные административные функции. Ставомир предложил свою кандидатуру и теперь он работает в приюте по трудовому соглашению. За месяц до нашей встречи Ставомир переехал в собственную квартиру. Он рад, что снова стал самостоятельным человеком, доволен своей работой и домом.

По его словам, “другие обитатели приюта помогают ему с ремонтом и внутренней отделкой квартиры”.

В дальнейшем Славомиру, возможно, удастся найти другую работу по специальности, хотя он уверен, что его тюремное прошлое всегда будет помехой. Тем не менее, помощь, которую он получил в приюте, и особенно лечение, которое он смог пройти благодаря инициативе Пальмы, помогло ему перестать быть обузой для системы здравоохранения и социального обеспечения и стать полезным членом общества и сотрудником приюта, благодаря которому его уделом не стала мрачная судьба бездомного человека с постоянно ухудшающимся состоянием здоровья.

#### **Бездомность в Польше и затраты на расширение охвата населения медико-санитарной помощью**

Точные данные о количестве бездомных в Польше отсутствуют (полная перепись населения будет проводиться в 2003 г.), однако была сделана предварительная оценка, исходя из числа людей, ранее прошедших регистрацию, по сравнению с числом людей, оставивших прежнее место жительства и не зарегистрировавшихся по новому в течение определенного времени. В результате применения указанной методологии было определено, что число бездомных составляет от 300 000 до 350 000 человек. По мнению д-ра Ковальски, если учитывать количество нелегальных иммигрантов и транзитных иностранцев, эту цифру следует увеличить ещё на 50 000<sup>24</sup>. Если среднегодовая сумма расходов на первичную медико-санитарную помощь останется на уровне 25 долл. США на человека, то годовая сумма затрат на охват первичной медико-санитарной помощью всех бездомных, независимо от того, зарегистрированы они или нет, составит приблизительно 10 млн. долл. США. Эта цифра, несмотря на всю ее приблизительность, показывает, что расширение охвата населения первичной медико-санитарной помощью не является такой уж невыполнимой задачей.

#### **Уроки Инициативы Пальмы**

В рамках Инициативы Пальмы предлагаются решения, которые могут быть использованы в других городах. К сожалению, Инициатива освещалась исключительно в местной прессе и, за исключением польского проекта “Здоровые города”, обмен опытом между городскими районами отсутствует. Ничего не было известно об Инициативе Пальмы

---

<sup>24</sup> Расчеты осуществлялись при помощи г-жи Люцины Новак, директора Государственного статистического управления. Население Польши составляет 38,7 млн. человек (данные по состоянию на декабрь 2000 г. *Источник*: The Economist Intelligence Unit).

людям, с которыми мне пришлось говорить в Варшаве, где проблема бездомных стоит не менее остро.

Первым шагом на этом пути была миссия одного человека, выраженная словами: “Помоги людям, нуждающимся в помощи”. Следующим шагом должна быть поддержка работников здравоохранения в осуществлении этой Инициативы. Изначальные опасения д-ра Пашиньска, вызванные “устрашающим” видом бездомных, исчезли и переросли в дружеские отношения, профессиональный интерес и заботу об обитателях приюта. Развитие аналогичных знаний и навыков, а также открытость по отношению к бедным и бездомным может стать одним из первых шагов на пути к претворению в жизнь аналогичных инициатив в других местах. Выбор мест для начала внедрения вышеописанного проекта не был случаен: в вышеуказанных двух приютах имелись необходимые ресурсы и возможности для оценки результатов. Были выбраны мужские (а не женские) приюты, так как именно там потребность в этом проекте была наиболее острой. Эффективность проекта очевидна. Дополнительные затраты, которые могли бы оказаться непосильным бременем, частично оплачивались за счет средств, полученных маркетинговым отделом Пальмы, который занимается привлечением средств для реализации Инициативы. Хотя это и не самый продуктивный источник доходов, но продажа изделий, сделанных людьми, проживающими в приюте, и дотации в форме материалов также стали дополнительными источниками финансирования проекта и помогли создать атмосферу самопомощи и самодостаточности.

Опыт города Лодзь свидетельствует о том, что преимущественное финансирование первичной, а не неотложной медицинской помощи может стать эффективной мерой для улучшения состояния здоровья бездомных, укрепления здоровья общества в целом и уменьшения влияния одного из факторов, приводящих людей к бедности.

# Анализ конкретной ситуации № 8.

## Борьба с болезнями, передаваемыми половым путем, в Республике Молдова: их профилактика и улучшение отношения общественности к больным БППП

*Jen Tracy*

Радике 22 года, она беременна и больна сифилисом. Но по сравнению с прошлым, она чувствует себя гораздо уверенней и оптимистичней, так как сейчас у нее есть возможность получать медицинскую помощь без риска потерять право на трудовую деятельность на ближайшие пять лет, без отправления в больницу в сопровождении полиции и без страха, что ее мужа силой отправят на стационарное лечение таким же бесчеловечным образом.

Радика проходит лечение в главном кожно-венерологическом диспансере Кишинева в условиях строжайшей конфиденциальности. У нее не спрашивали ни документов, подтверждающих личность,



*Смотровой кабинет в кожно-венерологическом диспансере в Кишиневе*



ни регистрации по адресу проживания, ни информации о ее предыдущих сексуальных партнерах. “Только мы с мужем знаем о моей болезни”, – говорит она.

Менее десяти лет назад Радике пришлось бы постоянно иметь при себе документ о нахождении на учете в качестве пациента с болезнью, передаваемой половым путем (БППП), что лишило бы её возможности найти работу или свободно передвигаться по стране. Что же касается ее партнеров, то им бы о ее болезни сообщила не она сама, а работник полиции в ходе своего расследования. Новая система, медленно, но неуклонно внедряемая с 1996 г., позволила покончить со страхом, который испытывали люди в случае необходимости обращения за медицинской помощью по поводу БППП. Новая система способствует тому, что люди без промедления обращаются в диспансер или больницу, что играет очень важную роль в предупреждении распространения этого вида инфекции.

В 1990-е годы в Республике Молдова, так же, как и в других бывших республиках Советского Союза, наблюдался невиданный экономический застой в сочетании с постоянно растущей инфляцией. Общество переживало острейшие проблемы, и число случаев БППП и ВИЧ-инфекции выросло до масштабов эпидемии. Вопрос о незащищенности человека, в особенности его экономического положения и здоровья, встал особенно остро, и качество жизни резко ухудшилось по всем параметрам. Бремя экономической реформы легло на плечи беднейших слоев населения – тех, кто больше, чем кто бы то ни было, нуждался в социальной защите.

В начале 1990-х годов заболеваемость сифилисом в Республике Молдова (см. рис. 5) увеличилась в 10,6 раза. По данным Министерства здравоохранения, в 1996–1997 гг. она достигла максимального уровня: 200 случаев на 100 000 человек. Начиная с 1997 г. и далее заболеваемость сифилисом стала уменьшаться, а затем несколько стабилизировалась, составив в 2000 и 2001 гг., соответственно, 97,4 и 111 случаев на 100 000 населения. Такая же ситуация наблюдалась и в отношении показателей гонореи и ВИЧ-инфекции, которые также стабилизировались в конце 1990-х годов. В 1997 г. было зарегистрировано резкое повышение числа новых случаев ВИЧ-инфекции (см. рис. 6). На сегодняшний день, по данным Министерства здравоохранения, в стране зарегистрировано 1482 случая ВИЧ-инфекции и 39 случаев СПИДа, из которых 83% были связаны с внутривенным употреблением наркотиков.



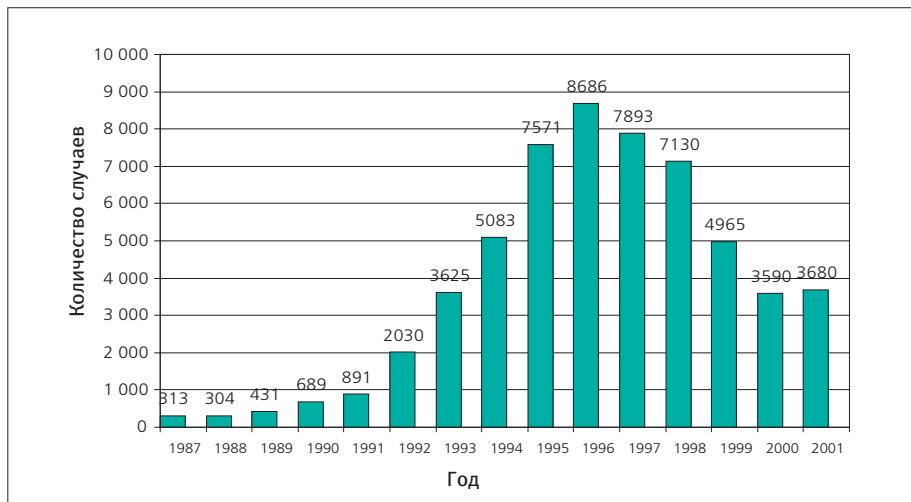


Рисунок 5. Ежегодные данные по зарегистрированным новым случаям заболевания сифилисом в Республике Молдова, 1987–2001 гг.

Источник: База данных “Здоровье для всех”, ВОЗ (данные за 1987–1999 гг.). Данные за 2000–2001 гг. предоставлены непосредственно национальными службами здравоохранения.

В огромном (354 страницы) докладе “Анализ ситуации”, подготовленном по поручению Министерства здравоохранения, раскрывается связь между изменениями переходного периода и распространением заболеваний. Под изменениями переходного периода понимаются, в частности, миграция, резкие изменения в моделях сексуального поведения, угрожающий рост наркомании, почти полное отсутствие сексуального образования и торговля женщинами.

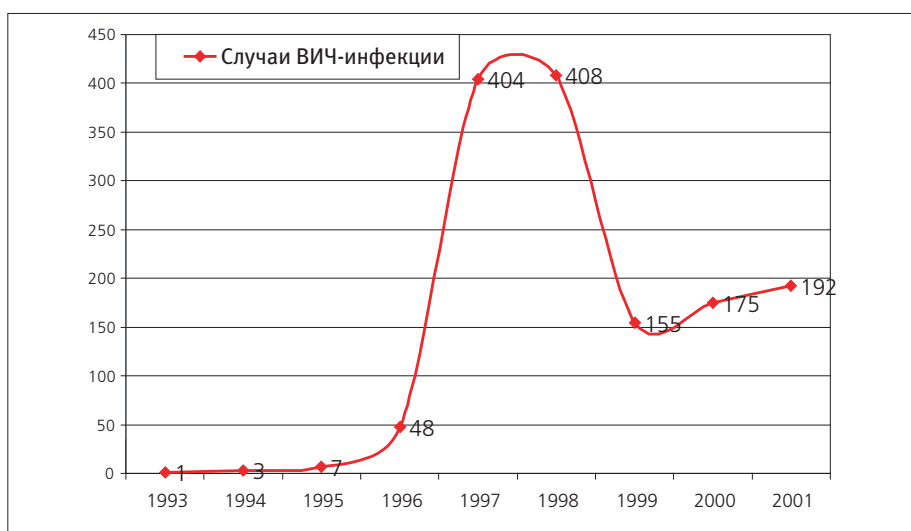


Рисунок 6. Ежегодные данные по зарегистрированным случаям ВИЧ-инфекции в Республике Молдова, 1993–2001 гг.

Источник: Европейский центр эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2001. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2002.

Кроме того, Республика Молдова переживает глубокий демографический кризис. Ежегодно численность населения сокращается на 12–14 тыс. человек. Министерство здравоохранения озабочено тем, что демографический кризис осложняется эпидемией БППП и ВИЧ-инфекции. В отчете также указывается, что бедность – это не только одна из важнейших причин развития эпидемии, но и один из основных факторов, затрудняющих борьбу с ней.

В анализе ситуации указывается:

“Экономическая безопасность – это важный фактор безопасности человека и его стабильного развития. Будучи связанной с основными человеческими потребностями, такими как потребность в пище, жилище, медицинской помощи и т.д., экономическая безопасность предполагает наличие благоприятной среды, которая обеспечивала бы достойные условия жизни.  
... Республика Молдова характеризуется недостаточным уровнем экономической безопасности, что имеет негативные последствия для развития человека”.

В выводах по результатам проведенного анализа указывается, что, в конечном итоге, молдаване стали более восприимчивы и уязвимы по отношению к опасностям социально-экономического характера, включая БППП и ВИЧ/СПИД. Вместо того чтобы уделять первоочередное внимание факторам, угрожающим их здоровью, люди вынуждены прилагать все усилия для того, чтобы обеспечить свое выживание. Подтверждением этого утверждения может послужить тот факт, что в первом полугодии 1999 г. в структуре источников доходов заработная плата людей составляла лишь пятую часть. В настоящее время средняя заработная плата по стране – менее 20 евро в месяц. Министерство здравоохранения обеспокоено тем, что вследствие тяжелой экономической ситуации в стране люди не только становятся более подверженными инфекциям и заболеваниям, но они даже не предпринимают попытки получить информацию по соответствующим вопросам. Вместо этого они вынуждены заботиться исключительно о своем экономическом выживании.

Обеспечение конфиденциальности и анонимности – это не единственный аспект государственной политики реформ, направленной на борьбу с эпидемией. Первая общенациональная программа борьбы с ростом заболеваемости БППП и ВИЧ/СПИДом осуществлялась в период с 1995 по 2000 г. и оказалась достаточно эффективной с точки зрения обеспечения конфиденциальности и перехода с дорогостоящего стационарного лечения на более доступное амбулаторное, а также организации бесплатных обследований и лечения пациентов, зараженных

сифилисом, гонореей и ВИЧ-инфекцией. По словам д-ра Александра Громыко (ВОЗ), эти нововведения следует рассматривать как “революционные”.

18 июня 2001 г. правительство приступило к реализации второй общенациональной программы, которая была профилактической по своему характеру. Эта программа включала восемь конкретных стратегий, направленных как на профилактическую работу среди потребителей инъекционных наркотиков и молодежи, так и на обеспечение безопасности при переливании крови. Кроме того, в рамках этой программы предусматривалось оказание медицинской и социальной помощи людям с ВИЧ-инфекцией и их семьям, а также эпидемиологическое наблюдение и государственный мониторинг ситуации по указанным заболеваниям.

Хотя первая общенациональная программа имела значительный успех, в будущем эффективность принимаемых мер будет зависеть от экономической стабильности в стране, полной поддержки правительства, а также бесперебойной и более активной помощи международных спонсоров и местных негосударственных организаций-партнеров. Министерство осознает, что эпидемии ВИЧ/СПИДа и БППП вызывают проблемы, которые “слишком многообразны и сложны, чтобы правительство и неправительственные организации могли справиться с ними без посторонней помощи. Проблема имеет социально-экономические, юридические и этические аспекты; кроме того, неизбежно возникают вопросы, связанные с соблюдением прав человека. Каждая из возникающих проблем требует адекватного подхода, так как только в этом случае борьба с эпидемией может стать действительно эффективной”.

**Социальные аспекты: конфиденциальность, доверие и профилактика**

Серьезный и представительный молодой человек 23 лет, который обратился в Национальный центр профилактики и борьбы со СПИДом в Кишиневе за консультацией и обследованием, будет всю жизнь жалеть о той единственной ночи на одном из черноморских курортов в августе 2001 г. Этому молодому человеку (имени он просил не называть) в январе 2002 г. был сделан анализ на ВИЧ-инфекцию, и результат оказался положительным. Он вспоминает: “Когда я узнал об этом, то не знал, что предпринять, что подумать. Но центр предлагает очень хорошие консультации. Без их помощи я бы не смог все это пережить”.

Теперь, будучи выпускником медицинского института, этот носитель ВИЧ-инфекции ставит себе цель использовать все свои знания для

*Анализ крови в Национальном центре профилактики и борьбы со СПИДом*



разъяснительной и лечебной работы среди других молодых людей и для борьбы с ВИЧ/СПИДом и БППП. Его цель совпадает с целью Министерства здравоохранения – прекратить эпидемию беспрецедентной для этой страны

болезни. Остается надеяться, что люди смогут осознать серьезность имеющейся угрозы их здоровью до того, как они будут инфицированы сами.

Активная просветительская деятельность среди населения должна сыграть ключевую роль в изменении опасных для здоровья моделей поведения, которые в последнее время все в большей степени выходят из-под контроля. В докладе “Анализ ситуации” за 2000 г. Министерством здравоохранения представлено широкомасштабное исследование моделей сексуального поведения подростков и взрослых с акцентом на поведение молодежи, которая является наиболее уязвимой социальной группой в условиях социальных изменений переходного периода. Опрос целевой группы, проведенный шведской неправительственной организацией CIVIS, показал, что наибольшую озабоченность у представителей молодого поколения вызывает экономическая нестабильность.

В целом, как свидетельствуют результаты опроса, большинство молодых людей имеют некоторые элементарные знания о БППП и ВИЧ/СПИДе, о причинах возникновения этих заболеваний и их последствиях. С другой стороны, некоторые молодые люди заявили, что меры предосторожности против БППП, ВИЧ и СПИДа бессмысленны, и дело только в том, кому повезет, а кому нет. Более того, выбор поведенческих моделей в случае потенциального заражения свидетельствует об отсутствии четкого понимания серьезности такой ситуации. Судя по результатам опроса, большинство молодых людей собираются в случае заражения БППП предпринять попытки самостоятельного лечения и лишь после этого обратиться к врачу. Такое решение вызвано “застенчивостью”, а также отсутствием достаточной степени конфиденциальности.

По данным Министерства здравоохранения, в Республике Молдова наблюдается переход от традиционных принципов сексуальной культуры к урбанистическим. В этой связи активизация работы по медицинскому просвещению молодых людей и попытки изменить модели сексуального поведения приобретают первостепенное значение. Как указывается в “Анализе ситуации”,

“С открытием границ была открыта дорога к личным контактам и общению, но в то же время были созданы условия для распространения ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, которые в нашем обществе и системе здравоохранения никогда не носили массового характера... [несмотря на то, что у молодежи имеется общая осведомленность по вопросам, связанным с этими заболеваниями], уровень знаний и степень, в которой эти знания используются на практике как в начале, так и в дальнейшей сексуальной жизни, явно недостаточны [что подтверждается статистическими данными]”.

Министерством здравоохранения при содействии целого ряда местных и международных неправительственных организаций разработана комплексная образовательная программа, которая призвана изменить создавшееся положение. Эта программа уже проводится в жизнь. Большое разнообразие публикаций, теле- и радиопрограмм, горячих линий и выездных семинаров свидетельствует о том, что Министерство делает все возможное для профилактики этих болезней. Д-р Стефан Георгита, директор Национального центра профилактики и борьбы со СПИДом, отмечает, что в новой общенациональной программе Министерства просвещение и профилактика стоят во главе угла. В подтверждение этого заявления доктор показывает три учебника, разработанные совместно с Программой Организации Объединенных Наций по СПИДу (ЮНЭЙДС), которые были переведены на русский и молдавский языки и повсеместно распространялись в школах. Кроме того, по его словам, проводятся специальные семинары для обучения преподавателей методике проведения занятий по медико-санитарному просвещению с акцентом на проблемы, связанные с БППП и ВИЧ/СПИДом.

Сам центр по борьбе со СПИДом производит весьма положительное впечатление: здесь работают энергичные доктора, лаборанты и консультанты. При помощи таких международных организаций, как ЮНИСЕФ, Программа развития ООН (ПРООН) и ЮНЭЙДС, центр был оборудован по последнему слову медицинской техники, и его персонал гордится тем, что их деятельность во всех областях соответствует международным стандартам. Как утверждает один из молодых ВИЧ-пациентов, качество услуг здесь самое высокое.

*Национальный центр профилактики и борьбы со СПИДом – пакеты и информация для наркоманов*



Помимо прочего, клиника ставит своей задачей прекратить распространение инфекционных заболеваний путем обеспечения потребителей инъекционных наркотиков

чистыми иглами, презервативами и дезинфицирующими веществами – все это раскладывается в пакеты вместе с большим количеством литературы по профилактике. Клиника тщательно наблюдает за распределением “подарков”. Чистые иглы выдаются в обмен на использованные, которые затем стерилизуются в клинике.

Один из молодых ВИЧ-инфицированных пациентов центра соглашается с тем, что центр расширяет свою деятельность, но подчеркивает, что в будущем ему предстоит сделать ещё очень многое. По его словам, “улучшения есть, и люди все в большей степени осознают угрозу своему здоровью, но деятельность по информированию и медицинскому просвещению необходимо продолжать, с тем чтобы каждый знал, как можно защитить себя самого и оказать помощь и поддержку тому, кто уже болен – ведь эти люди так одиноки”. Он добавляет, что есть серьезный повод для беспокойства относительно гомосексуалистов, потому что из разговоров с ними ему стало ясно, что они “не видят необходимости в принятии мер предосторожности”.

Хотя, по общему мнению, главной задачей Министерства является обеспечение профилактических мер, нельзя не признать, что реформы, призванные изменить грубое, основанное на страхе лечение людей больных БППП и создать атмосферу конфиденциальности и анонимности, также чрезвычайно важны и дали весьма положительные результаты. В процессе этих реформ была поставлена задача – повысить у людей доверие к государственной системе здравоохранения, а также убедить их в необходимости скорейшего обращения в медицинское учреждение в случае возникновения каких-либо проблем со здоровьем. “Сегодня мы предлагаем анонимное и конфиденциальное обслуживание – никаких



расследований, только лечение”, – говорит д-р Виорел Калистру, директор главного кожно-венерологического диспансера Кишинева.

Представитель ВОЗ д-р А. Громыко следующим образом описывает коренные изменения, имевшие место в стране:

“Теперь люди могут свободно обращаться в медицинские учреждения, если у них возникает подозрение на заражение. Раньше они пытались избежать лечения. Полиция дежурила у дверей больниц, и пациентам не давали выйти. Полиция находила их и дома. Если у мужа была положительная реакция на БППП, полиция приходила и насильно уводила жену на медицинское обследование и лечение”.

Люди с БППП страдали и от других социальных последствий, в частности, от вынужденной безработицы, которая усугубляет и без того хроническую бедность среди таких лиц.

В течение 2001 г. 50% больных сифилисом и 40% больных гонореей прошли анонимное лечение в рамках новой системы. Как говорит д-р Калистру, “очень важно, чтобы люди доверяли государственной системе здравоохра-



*Республиканский кожно-венерологический диспансер в Кишиневе*

нения. Тогда они не будут избегать лечения, и распространение заболеваний можно будет остановить. Десять лет назад мы даже не могли представить себе существование такой системы”.

Теперь обязанность по информированию партнеров о риске заражения лежит на самих пациентах. В связи с этим, как рассказывает д-р Калистру, клиники проводят среди пациентов активную разъяснительную работу относительно важности оповещения всех прежних сексуальных партнеров, а также помогают пациентам выполнить эту задачу. Для этого каждому пациенту выдается карта, где содержится код пациента (без указания имени) и адрес клиники, где пациент проходит лечение. В нижней части карты содержится информация о том, что клиника дает гарантию полной конфиденциальности лечения. Пациентам выдается столько



карт, сколько нужно для оповещения всех партнеров. Карты могут распространяться лично или анонимно, например по почте. Однако на сегодняшний день возможности определить степень эффективности такой процедуры оповещения партнеров отсутствуют. Во многом успех такой деятельности будет зависеть от постоянной просветительской работы среди населения, побуждающей людей информировать своих партнеров о риске заболевания.

Как утверждает д-р Калистру: “В сущности, врачи и пациенты – одна команда. Мы работаем в сотрудничестве с пациентами. Мы всегда действуем в интересах пациентов, и такой подход дает оптимальные результаты”.

*Д-р Вьорел Калистру,  
директор Республиканского  
кожно-венерологического  
диспансера*



Бесплатный скрининг и лечение сифилиса, гонореи и ВИЧ-инфекции – важная часть программы. Д-р Калистру рассуждает:

“Посмотрите на пациентов: 80% из них не имеют стабильной работы и, соответственно, возможности лечиться за свой счет. Программа напрямую связана с преодолением бедности в стране. Бедным должен быть предоставлен свободный доступ к медико-санитарной помощи или эпидемиям БППП никогда не будет положен конец: люди будут продолжать заражать друг друга, что усугубит их бедность по причине отсутствия возможности работать и даже потери кормильца”.

### **Медицинские аспекты: реструктуризация и устойчивость**

Если главной составляющей второй общенациональной программы в Республике Молдова является профилактика и просветительская деятельность, то первая программа, которая внедрялась в период с 1995 по 2000 г., в основном была сосредоточена на реорганизации системы здравоохранения в целях более эффективной борьбы с эпидемией БППП.

Программой предусматривалась реструктуризация, которая должна была быть выгодной как для пациентов, так и для медицинских учреждений благодаря тому, что пациентам предлагается бесплатный скрининг и лечение, а больницы получают возможность перейти с дорогостоящего стационарного обслуживания на более дешевое амбулаторное. Как говорит д-р Калистру, вначале одной из основных задач была централизация скрининга на БППП и ВИЧ. По его данным, в прошлом году в рамках новой программы бесплатные обследования были проведены для 470 000 человек по всей стране. Сплошным скринингом были охвачены пациенты больниц и беременные женщины, представители профессий, где требуется регулярное обследование, доноры крови и пары, вступающие в брак. На сегодняшний день, говорит д-р Калистру, повсеместно больницы и клиники могут начинать лечение в течение 24 часов с момента обследования, и это важнейшее достижение, так как благодаря этому сокращается период без лечения и, соответственно, уменьшается опасность дальнейшего распространения заболевания.

Принятое в недавнем прошлом решение о переходе с диагностического тестирования на синдромный подход<sup>25</sup> также будет способствовать сокращению продолжительности периода, проходящего между обследованием и лечением. На более ранних этапах реформы в отчете ВОЗ за 1997 г. говорилось, что в Республике Молдова врачи сопротивлялись

---

<sup>25</sup> Традиционный подход к диагностике и лечению БППП осуществляется путем лабораторной диагностики, направленной на выявление этиологических факторов. Этот подход является дорогостоящим как с точки зрения диагностики, так и с точки зрения поддержания лабораторной инфраструктуры, а также связан с задержками при постановке диагноза и, зачастую, при проведении лечения. При синдромном подходе для выбора оптимальной антимикробной терапии применяются клинические алгоритмы и совокупность симптомов и клинических признаков. Среди преимуществ синдромного подхода могут быть названы следующие: возможность принятия срочных мер, начало лечения во время первого визита, сокращение затрат за счет отсутствия лабораторных анализов и растущая удовлетворенность клиента качеством услуг. Основные недостатки – значительные затраты на диагностику, а также проведение ненужного лечения в случаях, когда комбинированная антибиотикотерапия назначается пациентам либо только с одной инфекцией, либо вообще без инфекции.

внедрению синдромного подхода. Несмотря на задержки в лечении при диагностическом тестировании, некоторые врачи считали, что, с точки зрения пациентов, проведение анализов было показателем высокого качества услуг. Д-р Калистру отмечает, что в настоящее время вопрос о сопротивлении больше не стоит, и Министерством здравоохранения уже выпущено распоряжение о внедрении синдромного подхода. В настоящее время специалисты Министерства обучают врачей тому, как применять новый метод, и разрабатывают соответствующие подробные инструкции для персонала всех уровней. Хотя эта деятельность ещё не завершена, д-р Калистру считает, что врачи уже сейчас готовы применять и охотно применяют новую систему. Переход с дорогостоящей лабораторной диагностики на новую систему способствует сокращению расходов больниц и клиник.

Республика Молдова довольно далеко продвинулась в том, чтобы сделать амбулаторное лечение основным видом оказания медицинской помощи больным сифилисом и гонореей. По словам д-ра Калистру, за исключением беременных женщин, больных нейросифилисом и неконтролируемого бездомного населения, все больные БППП проходят лечение амбулаторно. «Пациенты считают новую систему гораздо более привлекательной», – говорит он.

Межбольничное обучение методам лечения и профилактики также является одним из центральных аспектов первой и второй общенациональных программ по искоренению БППП. Врачи и другой медицинский персонал должны не только посещать различные занятия по новым методикам лечения и профилактики, но и отработать шесть часов в месяц в области профилактики БППП, как правило, читая лекции для молодежи в школах и университетах.

*Офис неправительственной организации “Молодежь за право жить” в Кишиневе*



Министерство здравоохранения осознает, что для повышения эффективности профилактических мер необходимо сотрудничать с неправительственными организациями,

которые имеют больше времени и более значительный опыт работы непосредственно среди населения. Сотрудники клиники д-ра Калистру проводили обучение среди сотрудников местной неправительственной организации “Молодежь за право жить”, чтобы те могли правильно отвечать на вопросы о БППП и ВИЧ/СПИДе.

В докладе “Анализ ситуации” Министерства здравоохранения четко определяется требование об установлении как можно большего количества подобных партнерств. “Планируется ... расширение партнерских связей по всей стране путем концентрации внимания на важнейших направлениях деятельности в целях достижения наибольшего эффекта от деятельности по предотвращению распространения эпидемии”.

Д-р Калистру говорит, что, предлагая бесплатную медико-санитарную помощь больным БППП, новая программа реализует одну из своих главных целей – преодоление нищеты среди беднейших слоев населения страны. До начала реализации программы пациенты должны были приобретать лекарственные средства в основном самостоятельно, что обходилось в 100–300 лей (около 6–8 евро). Отдельно оплачивалась стоимость медицинского обслуживания.

В стране, где средняя заработная плата находится на уровне ниже 20 евро в месяц и 80% населения не имеют постоянного дохода ввиду задержек с выплатой заработной платы, где платежи осуществляются в натуральной форме и постоянно растет безработица, такое лечение оказывается недоступным. Как говорит д-р Калистру, если система здравоохранения не способна обеспечить лечение достаточного числа больных, то с эпидемией никогда не удастся покончить. Он также добавляет, что только бесплатное лечение может побудить людей своевременно обращаться за медицинской помощью.

Хотя в настоящее время амбулаторное и стационарное лечение сифилиса официально является бесплатным, имеют место немногочисленные случаи, когда доктора требуют небольшой неофициальной оплаты их услуг. Беременные пациентки, 18-летняя Оля и 22-летняя Радика, страдающие сифилисом, утверждают, что в государственной клинике с них потребовали внести небольшую плату за лечение. “Насколько я поняла, – говорит Оля, – первые двадцать дней госпитализации для нас бесплатны, а следующие десять – стоят 100 лей (около 6 евро)”.

Такие случаи свидетельствуют о том, что колоссальное бремя бедности затрагивает все социальные группы. Как правило, врачи получают

мизерную зарплату, составляющую 17–20 евро в месяц, и, равно как и представители других профессий, они предпринимают самые различные усилия, чтобы выжить.

Со своей стороны, д-р Калистру уверяет, что такие случаи не являются обычным явлением при лечении больных БППП; всем пациентам предоставляется полный курс лечения, вне зависимости от “индивидуальной инициативы” некоторых врачей.

Несмотря на то, что бесплатные обследования и лечение больных БППП абсолютно необходимы для привлечения максимального количества больных в клиники и предотвращения распространения болезней, связанные с этим расходы ложатся дополнительным бременем на и без того небогатую систему здравоохранения. Дальнейшее поддержание этих общенациональных программ, дающих хорошие результаты, и “революционных преобразований” станет ещё одной серьезной проблемой для Республики Молдова – одной из беднейших стран Европы. “Но с другой стороны, – замечает д-р Калистру, – с уменьшением заболеваемости, высвободятся новые ресурсы”.

Д-р Георгита предупреждает, что стабильности достигнутых результатов можно добиться только при условии наличия целого ряда факторов, среди которых немаловажное значение имеет эффективность реформ в других областях общественной жизни. “Это не только вопрос здравоохранения, – говорит он. – Это также серьезная экономическая и политическая проблема”.

### **Знания и опыт, приобретенные в ходе проведения программы**

Главный “урок”, полученный в процессе борьбы с эпидемией БППП в Республике Молдова, состоит в том, что единственно возможное решение этой проблемы – профилактика, как все участники реализации программы смогли убедиться в этом на своем горьком опыте.

На начальных стадиях эпидемии первая государственная общенациональная программа была нацелена главным образом на реорганизацию системы здравоохранения, а профилактика должна была играть вспомогательную роль по отношению к прочим реформам. Эта ошибка была исправлена при разработке второй общенациональной программы, начатой в июне 2001 г., в которой профилактика выдвигалась на первый план на всех уровнях и всех восьми ступенях подробно разработанной стратегии.

“В последние 10 лет преимущество отдавалось анализам, в то время как следовало больше внимания уделять профилактике, – говорит представитель ВОЗ д-р Громыко. – Но в последние несколько лет ситуация стала меняться. В конце концов, пришло понимание того, что нет ничего важнее первичной профилактики”.

Изменения в стратегии нашли отражение в появлении множества брошюр, учебников и прочей литературы, которую можно было получить в любой клинике. Их распространяли в школах, университетах и в ходе выездных семинаров. Д-р Калистру и д-р Георгита заявили о первостепенной важности просветительской деятельности по вопросам, связанным с опасностью эпидемии.

Учитывая ограниченность ресурсов, которыми располагает государство, усиление профилактических мер не является такой уж простой задачей. Однако, как утверждает д-р Громыко, в этой связи был приобретен чрезвычайно важный опыт: “В Молдове осознали важную роль неправительственных организаций в осуществлении профилактической деятельности. Неправительственные организации были чрезвычайно важным инструментом осуществления программы. Это одно из наиболее значительных достижений за последние несколько лет”.

Министерство здравоохранения добилось серьезных успехов в борьбе с БППП и ВИЧ/СПИДом, но в какой степени эти успехи удастся закрепить, будет зависеть от наличия у государства необходимых ресурсов, а на сегодняшний день ресурсы уже практически исчерпаны. Без серьезной поддержки со стороны высших властных структур, а также получения значительной дополнительной помощи от местных и международных партнеров и спонсоров сегодняшние успехи могут легко перерасти в завтрашнюю трагедию.

Всего четыре года назад в стране свирепствовали неконтролируемые эпидемии БППП и ВИЧ. Сегодня – по-видимому, благодаря настойчивым усилиям Министерства здравоохранения – эпидемию удалось обуздать. Однако сейчас еще рано говорить, что эта проблема в Молдове решена полностью. По этому поводу д-р Громыко заявил, что успех Республики Молдова – это своего рода луч надежды для всего мира. “Возможно, этот опыт свидетельствует о том, что при должной поддержке и незамедлительных действиях распространение даже такой грозной эпидемии может быть приостановлено. Вполне возможно, что страхи по поводу якобы непреодолимости проблемы СПИДа являются необоснованными”.





# Анализ конкретной ситуации № 9.

## Бедность и туберкулез: экспериментальное партнерство в городе Орел, Российская Федерация

*Susan Poizner*

Через центральную площадь города Орла, Российская Федерация, мать, одетая в неуклюжее пальто и меховую шапку, ведет девочку. Малышка смеется и отбрасывает ногой камешек с дороги. По другую сторону огромной площади в направлении к ближайшей аптеке идут две полные пожилые женщины, поддерживая друг друга под руку. Сейчас утро воскресного дня, и на улицах этого города с населением 341 тыс. человек тихо и спокойно. Надо заметить, что и в будни жизнь в этой, преимущественно сельскохозяйственной, области в 382 км от Москвы проходит спокойно и размеренно.

Со всех сторон площадь окружена крупными, величественными зданиями. С одной стороны стоит памятник Ленину – некогда обязательный атрибут городского пейзажа, украшенный букетом увядших красных цветов. За памятником Ленину стоит внушительный “Белый дом”. Отсюда местная власть руководит не только городом Орел, но и одноименной областью. Орловская область занимает площадь 24 700 км<sup>2</sup>. Она делится на 24 административных округа, в том числе города Орел, Ливны и Мценск. Население области составляет 900 тыс. человек.

Перед городской администрацией стоит серьезная проблема: после распада Советского Союза число случаев заболевания туберкулезом резко возросло. Рост бедности и бездомности в постсоветский период, сокращение бюджета здравоохранения и нерегулярные поставки противотуберкулезных препаратов стали основными факторами роста заболеваемости туберкулезом в Орле и по всей Российской Федерации. В 1990 г. в Орловской области было зарегистрировано 41,4 случая заболевания туберкулезом на каждые 100 000 человек. Через два года это число выросло до 50,4 случаев на 100 000 человек. Когда в 1996 г.

заболеваемость туберкулезом достигла отметки 65 случаев на 100 000 человек (табл. 2) и стало ясно, что это число будет продолжать расти, местные власти поняли, что необходимо что-то предпринимать.

Таблица 2. Заболеваемость туберкулезом (на 100 000 населения) в Орловской области

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
41,4	39,3	50,4	48,3	51,9	52,3	65,0	66,6	71,3	71,2	81,0	77,1

“Главная опасность для нас состояла в том, что один человек мог заразить десятки других, – говорит глава областного отдела здравоохранения Михаил Владимирович Широков, – а отсутствие лечения оборачивается очень дорого и не только потому, что люди умирают, но и потому, что растет число нетрудоспособных лиц. Мы поняли, что имеем дело с серьезной угрозой для здоровья людей и что необходимы срочные меры для устранения этой угрозы или по крайней мере для сокращения ее масштабов”.

Учитывая дефицит бюджетных средств, а также частые перебои с противотуберкулезными препаратами, было ясно, что самостоятельно справиться с нависшей угрозой городу было не под силу. Поэтому в 1999 г. городские власти обратились в ВОЗ и по ее рекомендации начали внедрение стратегии борьбы против туберкулеза, а именно краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS). В дальнейшем к работе подключились Российский Красный Крест и Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, которые взяли на себя социальное обеспечение и организацию питания для больных туберкулезом.

Такой комбинированный подход, сочетающий социальное обеспечение и медицинское обслуживание, способствовал повышению эффективности реализации программы DOTS в Орловской области, в особенности среди беднейших слоев населения. Авторы программы хорошо осознают тот факт, что именно малоимущие являются основной группой риска, когда речь идет о туберкулезе. Поэтому каждый раз, когда пациенты приходят, чтобы принять лекарство, им выдаются продуктовые наборы, благодаря чему у больных появляется дополнительный стимул доводить лечение до конца, не прерывая его. Более того, такой подход гарантирует, что даже самые бедные из пациентов не голодают, а как известно, здоровое питание – одно из важнейших условий успешного лечения туберкулеза.

### Общая ситуация в отношении бедности и здоровья

Дорога, ведущая из Орла в соседний Мценск, изобилует выбоинами, а пейзаж все время меняется. Полоса прогнивших дореволюционных крестьянских хижин сменяется застройкой крепких кирпичных домов “новых русских”. Кругом простираются широкие, разделенные на отдельные участки поля, где горожане построили себе дачи – простые летние домики с маленькими садами. Здесь люди сами выращивают овощи и делают заготовки на зиму, с тем чтобы обеспечить себя достаточным количеством здоровой пищи.

Однако не все могут позволить себе иметь дачу. И не все могут обеспечить себя здоровым питанием. “Человек, к которому мы направляемся, борется с туберкулезом вот уже на протяжении двух лет, – рассказывает врач-фтизиатр Александр Николаевич Малахов. – И неудивительно, что он не может справиться с болезнью. Он живет в крохотной комнатухе в коммунальной квартире без водопровода и канализации. Даже в самые холодные зимние месяцы он вынужден выходить из дома, чтобы умыться или воспользоваться туалетом”.

Войдя внутрь ветхого жилого дома, д-р Малахов здоровается с пациентом, которого зовут Виктор. Этот человек напоминает призрак. Большую часть своей жизни он проработал на заводе. Живет вместе со своей женой в неопрятной комнатухе с оборванными обоями и односпальной кроватью. Еду они готовят на коммунальной кухне, в которой кроме ржавой плиты и небольшого рукомойника почти ничего нет.



*Виктор, больной туберкулезом*

Судьба Виктора является типичной для больных туберкулезом в Российской Федерации, где около 70% больных туберкулезом – это представители малоимущих, пенсионеры, безработные.

Связь между туберкулезом и бедностью самоочевидна. Инфекционные заболевания, будучи в большей степени распространенными среди бедных слоев населения, сами по себе увеличивают вероятность наступления бедности в связи с потерей доходов. По российскому законодательству, официальные работодатели должны оплачивать больничные листы, однако в случае неофициальных дополнительных заработков (а эта практика чрезвычайно распространена среди беднейших слоев населения) отсутствие на работе по болезни не оплачивается.

Благодаря проводимой в Орле совместной программе ВОЗ и Красного Креста, сочетающей передовые методы лечения с социальным обеспечением и организацией питания, у Виктора появились шансы на выздоровление, которые, к сожалению, отсутствуют у больных в других российских регионах. Как и другие пациенты, участвующие в программе, он получает продуктовый набор каждый раз, когда приходит на лечение, что несомненно способствует прохождению полного курса лечения, а также обеспечивает ему адекватное питание, необходимое для эффективного лечения.

“Хорошее питание является существенным аспектом лечения, – говорит д-р Малахов. – Оно дает больным силы, необходимые для борьбы с болезнью”. Решение о предоставлении помощи принимается врачами противотуберкулезного диспансера исходя из финансового и социального положения пациентов. Предпочтение отдается представителям наиболее уязвимых групп – алкоголикам, наркоманам, бывшим заключенным, наиболее ослабленным и пожилым.

*В Орловском областном противотуберкулезном диспансере все стационарные больные получают трехразовое питание*



Каковы бы ни были масштабы распространения туберкулеза среди обычного населения, они несравнимы с уровнем заболеваемости среди заключенных. В 2000 г. в Российской Федерации насчитывался приблизительно 1 млн. заключенных, у 10% из них была обнаружена активная форма туберкулеза<sup>26</sup>, в то время как общая

заболеваемость среди населения в целом составляет 90 случаев на 100 000 человек<sup>27</sup>. Причинами такого высокого уровня заболеваемости заключенных является переполненность камер в тюрьмах, низкое качество питания и плохие условия жизни. При этом, по словам представителей руководства российских тюрем, в условиях бюджетного кризиса трудно ожидать каких-либо изменений к лучшему.

В Орле эту грозную эпидемиологическую ситуацию пытаются держать под контролем. Ответственность за это возложена на заместителя начальника туберкулезной больницы при орловском следственном

<sup>26</sup> *Communicable diseases 2000: highlights of activities in 1999 and major challenges for the future.* Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/CDS/2000.1).

<sup>27</sup> Компьютерная информационная система по инфекционным заболеваниям (CISID) (<http://cisid.who.dk>, данные взяты с веб-сайта 10 июля 2002 г.).

изоляторе (СИЗО) Виктора Федоровича Герасичева, под чьим руководством работают 9 врачей и 23 медицинские сестры. Подследственные, находящиеся в СИЗО, и заключенные пяти исправительных колоний Орловской области направляются на лечение в туберкулезную больницу при СИЗО. В настоящее время в больнице, которая официально рассчитана на 50 коек, находятся на лечении 200 заключенных, а их общее число в Орловской области составляет приблизительно 6000 человек. Здесь, как и везде, питание рассматривается как важнейшая составляющая лечения, и больные туберкулезом обеспечиваются питанием улучшенного качества в целях укрепления их иммунной системы. Однако предоставляемая больным помощь не может полностью удовлетворить их нужды. «Ежедневно наши пациенты принимают прописанные им лекарства, запивая их водой, – говорит Герасичев. – Было бы лучше запивать их соком, тогда пациенты могли бы получать хоть небольшую дополнительную дозу витамина С. Но этого мы себе позволить не можем».

В женской камере находятся 19 человек. Бюджет не позволяет обеспечить заключенных формой, поэтому женщины одеты в яркие тренировочные брюки, свитера, юбки и прочую потрёпанную одежду, которую им принесли из дома. Помещение, в котором они находятся, крохотное, почти негде повернуться. Десять двухъярусных кроватей, туалет за грубой перегородкой и запачканный журнальный столик практически полностью занимают всю площадь камеры. Шкафы отсутствуют. Нижние полки закрывает одежда, свисающая с верхних полок.

Туберкулез чрезвычайно заразен, он передается воздушно-капельным путем в тот момент, когда больной кашляет, чихает или отхаркивается. Возникает вопрос, заражаются ли заключенные по причине переполненности тюрем? «Не всегда, – утверждает Герасичев. – Около 30% людей, прибывающих в областные тюрьмы, уже страдают туберкулезом. Это было выяснено в ходе тщательного обследования, которое проходит каждый вновь прибывший заключенный. Их вылечивают, но зачастую болезнь снова возвращается по причине атмосферы уныния и стресса, царящей в местах лишения свободы; кроме того, в тесноте повышена вероятность заражения других заключенных».

Но почему такой большой процент заключенных прибывает в тюрьму, будучи уже больными туберкулезом? Причина одна и та же – бедность, как один из важнейших причинных факторов развития заболевания. «Как правило, люди, попадающие в тюрьмы, не из богатых. Это очевидно. Заключенные – это люди, у которых нет семьи, родственников. Они не в состоянии зарабатывать себе на жизнь, поэтому совершают

преступления и в конце концов оказываются в тюрьме. Их жизнь протекает в бедности. Они плохо питаются, поэтому риск заражения туберкулезом очень велик”, – говорит Герасичев.

Программа ВОЗ по Орловской области помогла Герасичеву и его коллегам повысить эффективность лечения туберкулеза: пациенты обеспечены необходимыми лекарствами, выделены средства на внедрение рекомендованной ВОЗ стратегии DOTS. Этой стратегией предусматриваются предоставление информации о методике лечения и сбор статистических данных (прилагаются стандартные формы для ведения историй болезни), а также создание финансовых стимулов для персонала больниц, чья нагрузка увеличивается в связи с реализацией программы. Программа лечения заключенных нашла поддержку и у других международных организаций, в частности Агентства Соединенных Штатов Америки по международному развитию (USAID), которое финансирует службы юридической и психологической поддержки. Задача этих служб – облегчить для освобожденных реинтеграцию в нормальную социальную и профессиональную жизнь.

### Цели программы

Одним из обязательных компонентов стратегии DOTS является “прямое наблюдение”, ответственность за которое возложена на орловское отделение Красного Креста. В 10 часов утра представительницы Красного Креста уже ждут прибытия своих пациентов. Вскоре несколько человек собирается у главного входа. Один за другим они подходят к медицинской сестре, которая, просмотрев их истории болезни, выдает им назначенные лекарства и следит за приемом таблеток. Как только пациент принял лекарства, пациент и медицинская сестра ставят свои подписи под соответствующей формой, затем пациенту выдается ежедневный продуктовый набор. Продукты в наборе каждый день разные. Сегодня это пачка пельменей и пакет йогурта.

*После приема лекарств  
пациенту выдается  
ежедневный продуктовый  
набор*



В 11 часов утра медицинская сестра Красного Креста Нина Привиденцева приступает к доставке продуктовых наборов пациентам, которые не могут сами приехать в отделение, чтобы принять лекарства. Среди таких пациентов люди преклонного возраста, ослабленные, бывшие заключенные, алкоголики.



Одинокая мать Катя, 22 года, – одна из таких пациенток. Бледная, но красивая молодая женщина проживает в крохотной квартирке вместе со своей трехлетней дочерью Инной, бабушкой и братом. Бывают дни, когда Катя напивается так, что не может сама дойти до отделения Красного Креста, и Нине приходится доставлять продуктовый набор к ней домой. Этот набор Нина отдает Кате только после того, как убедится, что та приняла назначенные ей лекарства.

Социальное обеспечение, предусмотренное орловской программой, не исчерпывается только вышеописанными мерами. В дополнение к ним пациентам, которые принимают лекарства два раза в месяц, выдаются “семейные продуктовые наборы” – большие картонные коробки с рисом, гречкой, сахаром, мукой, растительным маслом и прочими основными продуктами питания. Каждые два месяца Красный Крест выдает пациентам гигиенический набор, содержащий мыло, шампунь, стиральный порошок и другие хозяйственные принадлежности. Стоимость таких наборов:

- ежедневный продуктовый набор – около 30 руб. (1 долл. США);
- семейный продуктовый набор, выдаваемый два раза в месяц, – 120 руб. (около 4 долл. США);
- гигиенический набор, выдаваемый один раз в два месяца, – 60 руб. (2 долл. США).

Каждый год в городе регистрируется около 700 новых больных туберкулезом. Приблизительно 150 из них получают помощь от Красного Креста, которая оказывается в течение 2–8 месяцев в зависимости от эффективности лечения.

Каковы же цели программы борьбы с туберкулезом в Орле? Они не ограничиваются внедрением стратегии DOTS, включая также:

- обеспечение того, чтобы все больные туберкулезом независимо от того, где они находятся и какие проблемы они испытывают, принимали назначенные лекарства. Выдача продуктовых наборов способствует тому, чтобы пациенты не пропускали визитов в лечебный центр для принятия лекарств на протяжении всего 6–8-месячного курса лечения;
- повышение эффективности DOTS путем оказания пациентам определенной социальной поддержки;
- укрепление иммунитета пациентов путем обеспечения их здоровым питанием.



### Процесс и методология

Если граждане, проживающие в Орловской области, обращаются к врачу с жалобами на усталость и постоянный кашель, врач-терапевт направляет их к врачу-фтизиатру. В свою очередь, фтизиатр берет у них пробу мокроты для проведения анализа, результаты которого бывают готовы через день-два. Микроскопический анализ мазка представляет собой быстрый и эффективный метод выявления инфекционного легочного туберкулеза. Далее, пациента помещают в орловский противотуберкулезный диспансер, где немедленно начинается лечение – во многих случаях выявить заболевание и начать лечение можно еще до того, как пациент заразит кого-либо из окружающих.

*Проведение анализа мазка при диагностике туберкулеза - ключевой элемент стратегии DOTS*



Микроскопия мазка при диагностике туберкулеза – это один из ключевых элементов стратегии DOTS, являющейся медицинской составляющей орловской двунаправленной программы борьбы с туберкулезом. Это существенно отличается от старой методики, в соответствии с которой каждый пациент должен был проходить рентгеновское обследование один раз в год для выявления заболевания. Такой подход был действительно эффективным: к концу 1980-х годов наблюдалось постепенное сокращение заболеваемости туберкулезом до самого низкого за 25 лет уровня. Однако затраты на диагностику по этой схеме оказались слишком значительными и не во всех случаях удавалось выявить и начать лечение туберкулеза на ранних стадиях.

Программа DOTS предусматривает регулярное и бесперебойное снабжение всеми необходимыми сильнодействующими противотуберкулезными препаратами, которое финансируется за счет Правительства Российской Федерации и международных спонсоров. Во время краткосрочного курса химиотерапии пациенты принимают 4–5 препаратов в течение 6–8 месяцев, при этом только первые два

месяца они находятся в стационаре. В прежние времена пациентам приходилось проводить в больнице не менее двух лет. Такие длительные периоды стационарного лечения могли вызывать и усиливать бедность. Кроме того, расходы по такому лечению ложились тяжким бременем на бюджет здравоохранения. Менее длительное стационарное лечение и более быстрое выведение больных из инфекционного периода болезни, благодаря чему они могут вернуться к трудовой деятельности и зарабатывать себе на жизнь, позволяют уменьшить негативные последствия лечения для их финансового положения.

Без помощи местных, областных и федеральных органов власти осуществление DOTS было бы невозможно, в связи с чем государственная помощь рассматривается как существенная составляющая стратегии. В рамках новой программы используется хорошо развитая инфраструктура борьбы с туберкулезом, а также специалисты, прошедшие подготовку по современным методам диагностики и лечения туберкулеза. Разработаны образовательные программы и проведены кампании, целью которых было повысить общий уровень знаний населения о туберкулезе и убедить людей, у которых появились симптомы этой болезни, незамедлительно обращаться к врачу. Проведение просветительных кампаний среди населения – это один из ключевых факторов успешной реализации стратегии DOTS.

Стратегией DOTS предусматривается создание стандартизированной системы учета и отчетности, отражающей результаты диагностики и лечения каждого пациента, а также степень эффективности программы борьбы с туберкулезом в целом. Это помогает работникам здравоохранения не только наблюдать за процессом выздоровления пациента и оценивать его, но и планировать и поддерживать на должном уровне запасы всех необходимых лекарственных средств.

Стратегия DOTS применяется и в других регионах Российской Федерации. К концу 2001 г. российскими государственными органами было учреждено 19 экспериментальных (пилотных) проектов по всей стране. Некоторые из этих проектов предусматривали меры по социальному обеспечению. Тем не менее, орловский проект занимает среди них особое место ввиду того, что в его рамках социальное обеспечение – это важнейшая и неотъемлемая часть программы, на реализацию которой выделены значительные денежные средства.

Wieslaw Jakubowiak, координатор Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации, говорит, что цель орловского

проекта заключалась в том, чтобы найти способ решения такой проблемы, как высокие показатели незавершенного противотуберкулезного лечения, наблюдающиеся в ряде областей. “В некоторых областях, например, в Ивановской, этот показатель превысил 30%. В сотрудничестве с USAID мы попытались найти пути повышения эффективности нашей работы с трудным контингентом пациентов, прерывающих лечение до его полного завершения”.

ВОЗ и USAID обратились в Красный Крест – организацию, имеющую большой опыт и пользующуюся огромным уважением в Российской Федерации, – за помощью в создании механизма работы с больными, досрочно прекращающими лечение, к которым чаще всего относятся бывшие заключенные, бездомные, алкоголики и наркоманы. Такая мера, как раздача продуктовых наборов, представлялась хорошим стимулом для представителей названных беднейших групп.

“Мы получили хорошие результаты, несмотря на то, что работать с этой группой пациентов крайне сложно, – говорит Jakubowiak. – В сущности, эта программа оказалась столь успешной, что в настоящее время мы сотрудничаем с рабочей группой высокого уровня, включающей ответственных сотрудников Министерства здравоохранения, Министерства юстиции и Академии медицинских наук, с тем чтобы расширить масштабы проведения этого проекта до федерального уровня”.

### **Основные знания и опыт, приобретенные в ходе проведения орловского проекта**

Борис Яковлевич Казенный, главный врач орловского туберкулезного диспансера, – чрезвычайно занятой человек. Будучи ответственным за контроль над осуществлением орловского проекта, он часто принимает участие в совещаниях с представителями органов власти, ВОЗ и Красного Креста. К нему всегда стоит очередь из врачей и медицинских сестер диспансера, которые пытаются переговорить с ним о состоянии здоровья пациентов или получить совет.

Раньше его функции ограничивались руководством противотуберкулезным диспансером на 470 коек. Но д-р Казенный не жалеет о том, что взял на себя дополнительные обязанности по орловскому проекту. По его словам, даже если проект будет остановлен, орловские доктора все равно не откажутся от DOTS. “Но, – тут же добавляет он, – уникальность орловского проекта состоит именно в его социальном аспекте”.

“Роль Красного Креста была огромной, – говорит он, – так как именно благодаря нашей совместной деятельности в Орле были достигнуты

такие хорошие результаты, и показатель незавершенного лечения снизился здесь до 2, 3 или 4 процентов. И разумеется, наряду с химиотерапией, одним из наиболее эффективных путей лечения туберкулеза стало обеспечение пациентов хорошим питанием, что во многом было достигнуто благодаря раздаче больным туберкулезом продуктовых наборов”.

Средства в поддержку вышеописанной инициативы были предоставлены международными организациями, что обеспечило оплату лекарств, продуктовых наборов, переподготовку медицинского персонала и организацию просветительных кампаний. Дополнительная социальная помощь, которую международное сообщество оказывает больным туберкулезом, рассматривается как долгосрочная инвестиция, которая в будущем позволит государству сэкономить средства на выполнение других задач. Благодаря этому проекту спасаются жизни многих людей, а шансы пациентов на выздоровление и возврат к трудовой деятельности значительно возрастают.

У малоимущих пациентов, получающих противотуберкулезное лечение в рамках Орловского проекта, стало на одну проблему меньше. Они знают, что еженедельно вместе с лекарствами они получают и продукты питания. Вопрос, однако, в том, что с ними произойдет после излечения?



# Анализ конкретной ситуации № 10.

## Висячие сады Санкт-Петербурга: улучшение качества питания и обеспечение продуктами бедных слоев городского населения

*Susan Poizner*

Алла Сокол поднимается по узким ступенькам на чердак своего девятиэтажного жилого дома на Пулковской улице в Санкт-Петербурге. Чердачный потолок низок, и ей приходится нагибаться. В нескольких метрах от входа на чердак находится еще одна лестница. Моложавая 64-летняя женщина поднимается по ее ступенькам и через маленькую дверцу попадает на крышу.

В весенние и летние месяцы Алла и другие жильцы проделывают этот путь практически каждый день. Они приходят сюда не для того, чтобы полюбоваться великолепной панорамой Санкт-Петербурга, последнее – это скорее дополнительная награда, чем реальный стимул. Нет, они поднимаются на крышу для того, чтобы выращивать высококачественные овощи, которые они не могут позволить себе покупать в магазинах.

“Для пенсионеров и семей с низким уровнем доходов овощи – дорогое удовольствие, в особенности в зимнее время. Но каждый, кто помогает возделывать огород на крыше, может бесплатно набрать для себя овощей в летнее время. Кроме того, бесплатные овощи получают проживающие в нашем доме пожилые женщины, которым уже за восемьдесят и которые не могут работать на крыше”, – говорит Алла.



*Алла Сокол, основательница  
Санкт-Петербургского клуба  
городского огородничества*

Первоначальная идея разведения огорода на крыше появилась у Аллы в 1991 г., когда она посетила лекцию Мартина Прайса, консультанта по сельскому хозяйству и лектора из американской организации ЕСНО (*Educational Concerns for Hunger Organization* – Обучающие программы для борьбы с голодом). Это было время острого дефицита продуктов в Российской Федерации, и Алла подумала, что выращивать овощи на крыше – отличный способ помочь жильцам дома пережить трудные времена.

Она предложила ещё нескольким жильцам принять участие в осуществлении её идеи, и все вместе они организовали Санкт-Петербургский клуб городского огородничества (КГО), а к 1994 г. на крыше их дома уже рос огород, который был разведен при содействии ЕСНО и некоммерческого Центра гражданских инициатив США – Россия (ЦГИ). Это огород, выращиваемый силами жильцов, был и остается уникальным проектом Санкт-Петербурга.

Экономические проблемы того времени, для решения которых был создан КГО, до сих пор существуют, и Алла и ее коллеги по-прежнему оказывают помощь другим городским клубам в разведении огородов на крыше. Кроме того, КГО сотрудничает с научно-исследовательскими институтами. Цель этого сотрудничества – внедрить в культуру российского огородничества новые дешевые и неприхотливые овощные культуры.

Члены клуба выражают уверенность, что в конечном итоге их деятельность будет способствовать удешевлению и большей доступности свежей продукции для всех жителей Санкт-Петербурга. Проект создавался в первую очередь в интересах наиболее уязвимой группы – лиц с низким уровнем доходов, поскольку увеличение потребления свежих фруктов и овощей среди этих лиц будет способствовать улучшению показателей состояния здоровья населения в целом.

### **Общая ситуация в отношении бедности и здоровья**

Что касается внешнего облика, то Санкт-Петербург с его широкими зелеными улицами и захватывающими дух соборами – это, вероятно, самый аристократичный город России. Однако бедность невозможно скрыть даже за этими великолепными городскими пейзажами. В 2000 г. в городе проживало 4,6 млн. человек, около трети из них находились за чертой бедности.

В России многие люди с низким уровнем доходов экономят на том, что ограничивают свой рацион недорогими крахмалосодержащими (картофель



и хлеб) или жирными (масло и мясо) продуктами, отказываясь от более дорогостоящих фруктов и овощей. Но вслед за специалистами в области диетологии члены КГО считают, что это ошибка, которая неизменно приводит к ухудшению состояния здоровья.

“Примерно 30% случаев сердечно-сосудистых заболеваний являются следствием избыточного употребления в пищу продуктов, содержащих насыщенные жиры, в ущерб овощам и фруктам”, – говорит д-р Эйлин Робертсон, региональный советник ВОЗ по вопросам питания.

Высокое содержание соли в пище усугубляет положение. “В странах Содружества независимых государств овощи и мясо традиционно консервируются, вследствие чего имеет место повышенное потребление соли”, – говорит она.

Высокий уровень потребления мяса ассоциируется с раком толстой кишки и молочной железы, в то время как употребление большого количества овощей способствует защите организма от инсульта, гипертонии и ожирения. Согласно оценкам, до 40% случаев рака можно предотвратить путем увеличения потребления овощей, фруктов, клетчатки<sup>28</sup>.

Россиянам рекомендуется ежедневно употреблять в пищу пять порций или 400 г фруктов и овощей (помимо картофеля)<sup>29</sup>. Однако Санкт-Петербург находится на северо-западе России, и в условиях этого региона, где импортные и парниковые продукты стоят дорого, а период, когда возможно выращивание местной продукции, составляет всего 4 месяца в году, потребление овощей и фруктов в таком количестве обеспечить достаточно сложно.

Для жителей Санкт-Петербурга вопросы питания напрямую связаны с размером семейного бюджета. Семьи с низким уровнем доходов получают менее 1500 руб. (50 долл. США) в месяц. Квартплата за скромное жилье составляет от 300 до 500 руб. (10–17 долл. США). Именно поэтому, когда встает выбор между покупкой килограмма хлеба по 8 руб. или того же количества зеленого салата по 19 руб., малоимущие семьи отдадут предпочтение хлебу.

---

<sup>28</sup> *CINDI dietary guide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR/00/5018028).

<sup>29</sup> *Urban and Peri-urban Food and Nutrition Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/01/5026040).

В советские времена местные совхозы (государственные сельскохозяйственные предприятия) поставляли городу широкий ассортимент недорогих овощей круглый год. Однако в постсоветские времена совхозы были приватизированы. Стоимость электроэнергии резко возросла, и, пытаясь сократить расходы на энергию, хозяйства закрыли теплицы и перешли на выращивание более дешевых культур, таких, как картофель, свекла и морковь. Немногочисленные компании, продолжающие вести парниковое хозяйство, соответственно повысили цены на свою продукцию.

В прежние времена российская дача была бы идеальным решением этой проблемы. На сегодняшний день более половины жителей Санкт-Петербурга имеют летние дачи, где они могут сами выращивать овощи. Однако, по словам Олега Молдакова, ученого-агронома и члена КГО, до 8% владельцев дач в настоящее время не используют их. Причину он объясняет следующим образом:

“Проблема состоит в том, что дачи расположены в 30–100 км от города, и чтобы добраться до самых отдаленных из них, иногда приходится ехать на электричке до трех часов. В связи с подорожанием транспорта билеты на электричку для среднего размера семьи могут стоить до 250 рублей, а на эти деньги можно купить 25 кг картошки. Кроме того, для выращивания своих овощей необходимо также покупать семена, пестициды и компост. В силу всего вышеуказанного малообеспеченные семьи могут принять решение не пользоваться своей дачей”.

Местным властям хорошо известна проблема бедности и недостатка продуктов питания. “У нас имеется хорошо развитая сеть гуманитарной помощи, – говорит Светлана Коновалова, глава муниципального объединения “Звездное”, где находится КГО. – Третья часть жителей нашего округа (56 000 человек) – это малоимущие. Недавно мы распределили десять тонн продуктов, присланных из США”. Но какие это были продукты? Семьям и одиноким людям выдавалось масло, сахар и молоко – свежих овощей и фруктов там не было.

### **Цели и деятельность КГО**

Наталья, соседка Аллы по дому, живет в уютной двухкомнатной квартире. На подоконниках она разводит комнатные растения с длинными зелеными листьями. Раньше Наталья работала на заводе по производству аккордеонов, а её муж Леонид был корабельным механиком. В советские времена Леонид проводил много времени в плаваниях, поэтому этой семейной паре дача была не нужна.

Теперь Наталья и Леонид получают 750 и 1200 руб. в месяц (25 и 40 долл. США) соответственно, что меньше прожиточного минимума, который в настоящий момент, составляет 1500 руб. (50 долл. США). Леонид подрабатывает охранником, а Наталья, ухаживая за огородом на крыше, обеспечивает себя и мужа свежими овощами в течение всего летнего периода.

Главной задачей КГО является облегчение доступа к свежей продукции людям с низким уровнем доходов, таким, как Наталья и Леонид. Ещё одна задача – обеспечение экологической чистоты продукции. В 1999 г. жильцы создали компостную станцию в подвале своего дома для переработки органических кухонных отходов. Отходы помещаются в черные ящики с красными калифорнийскими червями. Черви поедают отходы, производя богатый питательными веществами компост (биогумус), который члены клуба продают или используют для собственного огорода на крыше.



*Наталья выращивает комнатные растения на всех подоконниках*



*Богатый питательными веществами биогумус производится в подвале дома*

Еще одним положительным результатом деятельности КГО было создание новых рабочих мест. К 1999 г. одни добровольцы уже не справлялись с обслуживанием новой компостной станции и работой в огороде. Благодаря гранту, полученному от Фонда Гагарина в США, Алле удалось нанять для этой работы двух одиноких матерей на полную ставку.

Однако создание собственного огорода на крыше было не единственной целью санкт-петербургского проекта. Помимо этого ставилась цель информировать, предоставлять консультации и оказывать содействие другим клубам в реализации аналогичных проектов. Информация о КГО публикуется в средствах массовой информации, было выпущено руководство по огородничеству, разрабатывается курс обучения для содействия в реализации аналогичных программ. Благодаря тому, что клуб прошел официальную регистрацию, он имеет право обращаться за поддержкой в органы власти в целях расширения своей деятельности.

### **Масштаб инициативы**

Анна не стесняется признаться, что у неё осталось всего 15 зубов. В конце концов ей уже 82 года. Но Анна не такой человек, чтобы жаловаться на недомогания, которые естественны в её возрасте. “Конечно, иногда где-то побаливает, – замечает она небрежно, – но боли и недомогания случаются и в молодом возрасте. Нужно просто научиться не обращать на это внимание”.

Анна также не придает особого значения тому, что размер её пенсии 1500 руб. (50 долл. США), т.е. она стоит прямо у черты бедности. “Мне хватает, – не сдаётся она. – Не хватает тому, кто привык транжирить деньги на водку и сигареты. А я могу обеспечить себя всем необходимым”.

Анне помогает то, что она проживает на Пулковской улице, 9, где КГО бесплатно обеспечивает овощами пятерых самых пожилых жильцов – тех, кто не имеет физической возможности работать на крыше. В 287 квартирах дома проживает 540 человек. Каждый жилец может участвовать в проекте на добровольной основе и получать определенную долю урожая.

### **Методология**

По профессии Алла Сокол – агротехник. Профессиональные знания пригодились ей при проектировании огорода: нужно было доказать жильцам и городской администрации, что крыша выдержит дополнительную нагрузку. Анна рассчитала нагрузку и доказала, что при условии использования легкого грунта, угроза обрушения крыши отсутствует.

В 1993 г. ЦГИ в порядке гуманитарной помощи предоставил Алле семена. “Тогда мы обменяли часть этих семян на грунт и ящики”, – рассказывает Алла. К 1994 г. КГО был зарегистрирован в качестве некоммерческой общественной организации, и Анна и её коллеги могли

посеять оставшиеся семена уже в своем огороде. Так было положено начало осуществлению проекта.

В 1994 г. ЦГИ начал выплачивать Алле 1500 руб. (50 долл. США) в месяц, с тем чтобы поощрить её деятельность по руководству проектом. На следующий год была предоставлена помощь в виде удобрений, шлангов, ящиков и пластиковой пленки, предназначенных для ухода за огородом на крыше.

Осуществление проекта по созданию компостной станции было начато в 1998–1999 гг. после получения финансирования в рамках программы Европейского союза ТАСИС. “Они оплатили все, в том числе ремонт подвала. Самостоятельно мы бы не справились”, – вспоминает Алла. В 1999 г. был получен грант для найма персонала на полный рабочий день. Таким образом было обеспечено финансирование проекта.

Теперь, когда создана необходимая инфраструктура, деятельность по проекту будет осуществляться на основе самофинансирования. Семьдесят пять процентов общей площади огорода (а она составляет 300 м<sup>2</sup>) отведено под выращивание цветочной и овощной рассады, которая далее реализуется в магазине, расположенном на первом этаже того же жилого дома. Помимо этого КГО реализует домашний биогумус. В 2001 г. доход клуба составил 30 тыс. руб. (1000 долл. США).

“В будущем мы планируем зарабатывать в три раза больше, – говорит Алла. – Этого будет достаточно для оплаты двух полных ставок штатных работников КГО. На крыше ещё много свободного места, но для того, чтобы расширить нашу деятельность, нужны гарантированные заказы. Нам нужно получить крупный заказ на рассаду от компании, которая сможет оплатить часть причитающейся нам суммы авансом”.



*Согласно замыслу, проект “огород на крыше” должен быть самоокупаемым*

Основное препятствие на пути расширения проекта городских садов в Санкт-Петербурге – это тот факт, что только люди, проживающие в кооперативных домах, как, например, дом Аллы, могут быть уверены,



что они получают соответствующее разрешение. В этой связи Алла отмечает следующее: “В частности, нам потребовалось получить разрешение от каждого из наших жильцов, так как наше здание – это наша коллективная собственность. Возможно, владельцы других жилых зданий в Санкт-Петербурге не захотят дать такое разрешение”.

Светлана Коновалова, глава муниципального объединения “Звездное”, в чьей собственности находится множество других домов, говорит, что все не так просто. “... нам нравится этот проект, – поясняет она. – Но осуществление такого рода проектов – дело сложное. В результате разведения огорода на крыше могут образоваться протечки и пострадают квартиры внизу. Подготовка крыши для такого огорода стоит недешево. Кроме того, нужно огромное количество документов для подтверждения того, что крыша и все здание выдержат дополнительную нагрузку”.

Огороды на крыше – это все еще новая для России концепция, однако при содействии КГО подобные проекты уже внедряются на судостроительном предприятии “Рубин”, в средней школе №42 и печально известном следственном изоляторе “Кресты”, где содержится 10 000 подсудимых.

*Александр Гаврилов (справа) показывает заключенным “Крестов”, как ухаживать за огородом*



Здесь, в переполненном следственном изоляторе, огороды были посажены на крыше и на прилегающей территории с целью создания дополнительных источников обеспечения подсудимых продуктами питания. Уже трижды эти огороды дали урожай. По словам энтузиастов, огороды на крыше “Крестов” будут давать богатый урожай каждый год. Урожай, собранного в “Крестах”, хватило не только для того, чтобы обеспечить нужды подсудимых в летнее время, но и для заготовки (сушки) овощей на зиму.

Без поддержки и финансирования местных властей и международных организаций проект “огород на крыше” вряд ли сможет достаточно быстро развиваться в России.

### **Приобретенный опыт и знания и перспективы на будущее**

Главное, что члены КГО вынесли из этого опыта, – это осознание

важности просвещения россиян в области сбалансированного питания. “В России проблемы с питанием возникают не только у бедных, – считает эколог Александр Гаврилов, который работал в тесном сотрудничестве с Аллой при основании КГО. – Очень немногие понимают, что такое здоровое питание”.

Гаврилов хотел бы организовать общегородскую просветительскую кампанию по взаимосвязи питания и здоровья. “Нам необходимо разработать рацион, включающий недорогие продукты, с тем чтобы показать, что бедные тоже могут позволить себе здоровое питание, заменив торты и печенье на более полезные и питательные продукты”, – говорит он.

В ходе такой просветительской кампании нужно указать людям на возможность без особого труда выращивать овощи в зимние месяцы, когда ощущается нехватка свежих продуктов. Например, цикорий можно выращивать в полной темноте – в подвалах зданий. КГО экспериментировал с этой культурой в 2000 г. и раздавал выращенный цикорий жителям дома. Проблема была в том, что семена этой культуры импортируются из Голландии и поэтому стоят весьма недешево. Однако существует простое решение этой проблемы: в Институте им. Н. Вавилова имеется коллекция, состоящая из 200 разновидностей семян цикория.

“Нам нужно создать культуру потребления цикория в России, – считает научный сотрудник Института им. Н. Вавилова Ольга Зверева. – Тогда его можно будет выращивать в больших объемах при низких затратах”.

Другой вариант – выращивание бобовых ростков. Однако, если на Западе их можно найти в любом супермаркете, то в России они по-прежнему совершенно не пользуются спросом. Алла выпустила брошюру о бобовых ростках, где описывает, как их выращивать в домашних условиях. Однако она понимает, что необходимо провести более масштабную кампанию по продвижению этой культуры.

Это может быть сделано в сотрудничестве с Санкт-Петербургским агрофизическим научно-исследовательским институтом. “В бобовых ростках содержится целый ряд полезных веществ”, –



*Алла Сокол показывает Наталье, как выращивать бобовые ростки*



утверждает научный сотрудник института Виталий Судаков. Он делится планом расширения употребления бобовых ростков:

“Нами разработана безопасная технология производства бобовых ростков в большом объеме, но у нас отсутствуют необходимые средства. Мы планируем создать центр “Живое питание” при нашем институте, с тем чтобы познакомить диетологов школ, больниц и других учреждений города с достоинствами потребления таких овощей, как бобовые ростки и цикорий. Мы надеемся, что это позволит нам создать спрос на обе эти культуры”.

В дополнение Алла говорит, что центр, деятельность которого будет осуществляться на основе самофинансирования, может выращивать бобовые ростки в большом объеме, но для этого понадобятся начальные инвестиции в размере 26 000 долл. США, что позволит центру функционировать в течение двух лет. При условии изыскания дополнительных 17 000 долл. США у клуба появится возможность совместно с Институтом им. Н. Вавилова выращивать недорогой цикорий в больших объемах, который можно будет продавать больницам, школам и прочим учреждениям.

Это дерзновенные планы. Но такими же казались в свое время и планы по созданию в Санкт-Петербурге первого и пока единственного огорода на крыше жилого дома. Алла Сокол и её коллеги полны решимости продолжать бороться за осуществление своих планов и уверены, что они смогут внести свой вклад в улучшение питания самых нуждающихся социальных групп и тем самым способствовать укреплению их здоровья.

# Анализ конкретной ситуации № 11.

## Сочетание социальной поддержки и медико-санитарной помощи в бедных районах: Бюро консультационной помощи гражданам в Блэкпуле, Соединенное Королевство *Sigrún Davídsdóttir*

В течение ряда десятилетий городок Блэкпул на побережье Ирландского моря был излюбленным английским курортом. С ростом чартерного туризма выросло число людей, проводящих отпуска за рубежом, и город частично утратил свою былую привлекательность, приобретая некоторые признаки экономического упадка: сокращение количества туристов, объема сезонной торговли, числа пансионатов, гостиниц и других туристических объектов, предприятий сферы обслуживания. Коренное население, составляющее 153 000 человек, все ещё ощущает разницу между “мертвым” зимним и “энергичным” летним сезоном, однако появившиеся признаки бедности и лишений свидетельствуют об упадке местной туристической индустрии – основы экономики города.

Многие теперешние жители в свое время приехали в Блэкпул из других частей Соединенного Королевства в поисках сезонной работы, но здесь уже нет таких возможностей, какие были в прошлом. По словам Джона Демпси, сотрудника проекта, проводимого Бюро консультативной помощи гражданам (БКГ), в город стекается большое количество безработных. “Здесь, на морском побережье, безработным быть гораздо приятнее, чем в другом, менее привлекательном, месте”, – замечает он. Однако вместе с безработными здесь появились и социальные проблемы, сопровождающие безработицу – наркомания и алкоголизм, бедность и лишения.

### **Выявление причин заболеваний**

Взаимосвязь между стрессом и состоянием здоровья характерна для любых социальных групп, а не только для бедных и обездоленных. Тем не менее, многие врачи общей практики в Блэкпуле жалуются, что большое количество времени у них уходит на то, чтобы облегчить пациентам симптомы, в основе которых лежат причины немедицинского характера. Беседуя с пациентами, они время от времени сталкиваются с такими медицинскими проблемами, как бессонница и депрессия, вызванными беспокойством по поводу долгов и прочими факторами социального характера. Врач может без особого труда вылечить или облегчить эти симптомы, но у него нет возможности устранить их первопричину.

“Врачи общей практики не обучены оказывать помощь в вопросах, не связанных с медициной, например, консультировать по вопросам, связанным с наличием долгов, поэтому они не могут дать пациенту квалифицированный совет в соответствующей области, – говорит Кэрол Гудьер, менеджер по развитию первичной медико-санитарной помощи управления здравоохранения Северо-Западного Ланкашира. – Но это не означает, что они игнорируют такие проблемы”.

Именно наблюдения врачей побудили нас предпринять попытку найти способы уменьшения или устранения тех проблем немедицинского характера, которые оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье. После тщательного рассмотрения множества вариантов, включая создание специального консультационного отдела в рамках Национальной службы здравоохранения (НСЗ), была выбрана схема, предусматривающая объединение усилий медицинских служб с Бюро консультативной помощи гражданам (БКГ). Последнее хорошо известно в Великобритании как благотворительная организация, специализирующаяся на предоставлении независимых консультационных услуг по любым вопросам, возникающим у клиента. “Несмотря на мой тридцатилетний опыт работы в области консультирования, все равно иногда возникают вопросы, с которыми мне раньше не приходилось сталкиваться”, – подчеркивает Демпси.

С точки зрения пациентов, преимущество заключается в том, что предлагаемые по интересующим их вопросам консультации способствовали устранению целого ряда факторов, вызывающих у них проблемы со здоровьем. С точки зрения врачей общей практики, преимущество заключается в том, что у них появилась возможность сосредоточить свое внимание на медицинских проблемах и перестать решать вопросы, не входящие в их компетенцию. Это позволило сэкономить время, которое

врачи могли целиком посвятить решению медицинских проблем. Как подчеркивает Гудьер, “учитывая потребности НСЗ в денежных средствах, зачастую бывает сложно выкроить из бюджета деньги на проекты, не имеющие отношения к медицине. Наряду с тем, что благодаря сотрудничеству с БКГ у врачей высвободилось дополнительное время для выполнения их прямых обязанностей, возник профилактический эффект”. В настоящее время НСЗ выделяет на осуществление проекта 56 579 фунтов в год, предназначенных для заработной платы трем штатным сотрудникам, а также для покрытия некоторых дополнительных расходов, в том числе на небольшое число командировок<sup>30</sup>.

### **Комплексное обслуживание: предоставление консультаций по финансовым, медицинским и психологическим вопросам**

Блэмпльская инициатива, в рамках которой организуются консультации по социальным вопросам, отражает растущее понимание работниками здравоохранения глубинной взаимосвязи между медицинскими симптомами и социальными проблемами, в особенности когда речь идет о беднейших слоях населения. В 1997 г. управление здравоохранения Блэмпла обратилось к врачам общей практики за рекомендациями относительно мер, которые могут быть предприняты в целях снижения дополнительной нагрузки, мешающей выполнению их основных обязанностей. Как выяснилось, наряду с недостатками системы здравоохранения врачи были озабочены еще тем, что значительная часть их времени уходила на работу с пациентами, чьи болезни были вызваны факторами немедицинского характера. Нередко врачи были вынуждены оказывать пациентам содействие в получении экономической помощи, в частности при подаче заявлений на получение социальных пособий, несмотря на то, что они осознавали свою некомпетентность в таких вопросах.

Как представляется, проблема заключалась в том, что хотя консультации по таким социальным вопросам, как получение пособий, предлагались многими организациями, входящими (или не входящими) в систему социального обеспечения, многие нуждающиеся не обращались к ним, несмотря на наличие острых проблем. Поэтому частично из-за отсутствия информации, частично из-за нежелания людей обращаться за “милостыней” социальные проблемы порождали проблемы со здоровьем, которые вынуждали их обращаться к врачам. В свою очередь, врачи осознавали всю серьезность имеющихся проблем, но не имели возможности помочь в их разрешении.

---

<sup>30</sup> *Citizens Advice Bureau (БКГ) workers in GP practice*. Blackpool, North West Lancashire Health Authority, 2001. Остальные данные предоставлены Кэрл Шэррок, менеджером проекта, Группа первичной медико-санитарной помощи Блэмпла.

Что касается самой системы здравоохранения, то ее руководящие органы всегда испытывают, что вполне понятно, определенное нежелание, когда речь идет о финансировании проектов немедицинского характера. Данная инициатива была вначале проведена на экспериментальной основе в двух беднейших районах Блэкпула, а ее оценка была проведена специалистами Университета Центрального Ланкашира. На основе положительных результатов этого экспериментального (пилотного) проекта Группа первичной медико-санитарной помощи (ГПМСП) Блэкпула при управлении здравоохранения Северо-Западного Ланкашира приняла решение расширить масштабы проекта, охватив службами консультирования еще четыре центральных района и два крупных муниципальных жилых квартала Блэкпула, являющихся зонами особой бедности. При предоставлении консультаций по медицинским, социальным и психологическим вопросам применялся комплексный подход “все услуги – в одном месте”.

Таким образом, было принято решение, что врачей необходимо освободить от решения проблем немедицинского характера. Далее предстояло пройти огромный путь и разработать адекватную и эффективную систему, которая была бы способна устранить различные причины, ведущие к болезни. Было рассмотрено несколько вариантов, но в конечном итоге ГПМСП Блэкпула остановилась на варианте, предусматривающем установление сотрудничества с местным отделением БКГ. Были четко определены задачи и функции БКГ по разрешению тех проблем немедицинского характера, которые могут испытывать обращающиеся пациенты.

Бюро консультационной помощи гражданам представляет собой общенациональную сеть консультационных служб, в которой, как и в большинстве других благотворительных организаций, вначале работали только добровольцы. Однако БКГ все больше испытывает потребность в использовании оплачиваемых консультантов для решения постоянно усложняющихся проблем клиентов и обеспечения большей последовательности и надежности услуг. Услуги блэкпульского отделения БКГ, предоставляемые в рамках рассматриваемого проекта, оплачиваются за счет средств ГПМСП. Бюро гарантирует клиентам бесплатные, конфиденциальные и независимые консультации. Бесплатность является существенной чертой, так как пациенты часто не способны оплатить услуги платных консультантов. Независимость – довольно редкая черта. Как указывает Демпси, не часто можно встретить организации, предлагающие рекомендации, не служащие интересам каких-либо других лиц. Как правило, люди обращаются в

БКГ с вопросами, касающимися задолженности и социального обеспечения, и в этом смысле блэмпурская служба не исключение.

Выбор БКГ для осуществления обсуждаемой инициативы объясняется тем, что эта уважаемая и широко известная организация имеет огромный опыт и знания в областях, в которых, по мнению врачей, пациентам была необходима помощь. В свою очередь БКГ, чье блэмпурское отделение представляло собой сравнительно небольшую организацию, было радо вырваться из переполненного и устаревшего офиса, работа которого мало изменилась за последние 20 лет. Благодаря обсуждаемой инициативе у БКГ появилась возможность предлагать свои услуги совершенно в иной обстановке и оказать помощь той группе людей, которые, несмотря на острую потребность в квалифицированных советах, никогда к ним ранее не обращались.

Еще одним положительным моментом для БКГ в Блэмпуре было получение дополнительных источников финансирования: прежде основным источником финансирования был местный муниципальный совет, а теперь в лице НСЗ у БКГ появился новый очень важный партнер. С самого начала было очевидно, что благодаря такому партнерству доступ к дополнительным опыту и знаниям появится не только у БКГ в Блэмпуре, но и у отделений БКГ по всей стране. Благодаря этому БКГ смог не только давать советы новой категории клиентов и в новых условиях, но и расширить свой штат, пригласив одного консультанта на полную ставку и двух – на неполную.

#### **Удовлетворение медицинских и социальных потребностей населения**

На практике функции этой службы стали значительно отличаться от первоначально задуманных. Согласно замыслу, основная функция БКГ должна была быть “направляющей”: в ее задачу входило не решение конкретных проблем пациентов, а информирование их о том, где они могут получить соответствующие рекомендации и помощь. На практике, однако, БКГ оказывает комплексные консультативные услуги, стремясь к удовлетворению как можно большего числа потребностей клиентов. В основе перехода на новую модель работы лежит тот факт, что клиенты оказываются в трудном положении, если им приходится обращаться во многие организации с целью решения своих проблем. Именно поэтому сотрудники БКГ изменили свои методы работы, и теперь они оказывают своим клиентам помощь до тех пор, пока их проблемы не будут удовлетворительно решены.

Сотрудники БКГ проводят консультации в нескольких врачебных кабинетах Блэмпура в соответствии с установленным расписанием.

Клиентов направляют на консультацию в БКГ главным образом врачи и медицинские сестры. Благодаря такому подходу люди, которые никогда до этого не обращались в БКГ, стали теперь активно пользоваться услугами этой организации. Таким образом, у БКГ появилась возможность не только расширить свои знания и опыт, но и оказать помощь представителям наиболее уязвимых слоев населения, которые до этого к ним никогда не обращались.

Нежелание пациентов обращаться за консультациями объясняется многими факторами. Считается, что главным из них является то, что, по мнению пациентов, обращение в центральный офис БКГ – позорный шаг, вот почему раньше люди стыдились прийти за помощью. Но теперь, когда поговорить с сотрудником БКГ можно прямо в приемной у врача, обращение в БКГ стало легко сохранить в тайне. Кэрол Шэррок, менеджер проекта ГПМСП Блэкпула, рассказывает: “Пациенты находятся в знакомой спокойной обстановке и никто не знает, ожидают ли они своей очереди для посещения врача, медицинской сестры или сотрудника БКГ – так обеспечивается анонимность. А если учесть, что к сотруднику БКГ пациента направляет врач, то консультации становятся в порядке вещей – “Так велел доктор, значит, так надо”!

При проведении информационных кампаний среди населения БКГ и ГПМСП исходят из того, что люди по-прежнему стыдятся обращаться за консультациями. “Не имеет смысла расклеивать плакаты с информацией о работе службы, если люди не могут открыто читать их. Гораздо разумнее будет распространять листовки в более укромных местах. Сотрудники БКГ выяснили, что лучше всего листовки расходятся в туалетах”, – улыбается Шэррок. Бюро имеет возможность поделиться своим опытом в области установления контактов с целевыми группами, с тем чтобы расширить свою деятельность, привлекая к ней другие агентства, работающие на этой территории.

#### **От экспериментального (пилотного) проекта к широкомасштабной службе оказания услуг**

Осуществление пилотного проекта было начато в конце января 1998 г. Срок проекта составлял один год. Для начала было предложено внедрить программу “БКГ во врачебных приемных” в пяти кабинетах Блэкпула и провести девять двухчасовых сеансов консультаций. Управление здравоохранения Северо-Западного Ланкашира обратилось в Университет Центрального Ланкашира, предложив ему провести анализ этого проекта. Руководство анализом Университет возложил на профессора Алана Джиллиса. В ходе анализа были получены ценные данные, отражающие существенные аспекты проекта и включенные в



информационный отчет блэмпльской ГПМСП. Результаты выполнения проекта были оценены как положительные, серьезных проблем и недостатков выявлено не было.

На основании положительных результатов анализа, представленного профессором Джиллисом, а также благоприятных отзывов медицинских работников было принято решение о расширении деятельности по проекту. При этом ставились такие две основные задачи, как оказание адресной помощи наиболее нуждающимся в ней и эффективное управление связанными с этим затратами. В настоящее время консультативные услуги оказываются в девяти консультациях врачей общей практики Блэмпла. Предусматривается проведение 17 двухчасовых приемов. Новый контракт рассчитан на 3,5 года – с 1 октября 2000 г. по 31 марта 2004 г. Финансирование в размере 56 579 фунтов в год обеспечивается ГПМСП. Такое финансирование покрывает расходы на заработную плату троих сотрудников (включая одну полную ставку), а также расходы на обучение, офисные расходы, расходы на приобретение справочных материалов и часть командировочных расходов.

#### **Долги и лабиринты системы получения пособий**

“Самой распространенной проблемой является задолженность, – говорит Демпси. – В течение многих лет, – уточняет он, – банки и другие финансовые учреждения были более чем “великодушны”, когда речь шла о предоставлении займов и выдаче кредитных карточек, в результате чего у людей могли быстро накапливаться задолженности.”

Пациент, который приходит к врачу с жалобами на бессонницу, не всегда страдает от физического недуга; может быть, ему не дает уснуть страх, что вот-вот в его дверь постучит судебный исполнитель. В таком случае врач может выявить причину заболевания, но не сможет помочь. В тех блэмпльских кабинетах, где осуществляется программа “БКГ во врачебных приемных”, врач направляет пациента к представителю БКГ, а затем продолжает наблюдать пациента, с тем чтобы выяснить, исчезла ли бессонница вместе с угрозой появления судебного исполнителя.

Еще одна важная проблема относится к самой процедуре получения пособий. В Великобритании принято тщательно проверять источники доходов граждан, претендующих на получение пособий; без серьезной проверки пособие предоставлено не будет. Поэтому при обращении за правом на получение пособия гражданам приходится заполнять очень сложные формы. Количество пособий огромно, и заявитель не всегда знает, на какие из них он может претендовать. В таком “лабиринте”

правильный путь может найти только человек, имеющий высокий уровень знаний и огромный опыт; у простых граждан такие знания и опыт, как правило, отсутствуют. БКГ, работающий в приемных врачей, уделяет много времени тому, чтобы помочь гражданам выяснить, на какие именно пособия они имеют право, а также составить соответствующее заявление.

*Слева направо:  
Джон Демпси (БКГ),  
Кэрол Шэррок (ГПМСР) и  
Кэрол Гудьер (Управление  
здравоохранения)*



По словам Джона Демпси, в 2001 г. благодаря заявлениям, составленным работниками БКГ, их клиенты смогли получить пособия на сумму около 150 000 фунтов стерлингов. В первый год реализации проекта к персоналу БКГ обратилось 215 человек, по результатам беседы с которыми сотрудники БКГ направили в соответствующие инстанции 1233 запроса или заявления на получение пособий, благодаря чему их клиенты смогли получить 106 000 фунтов стерлингов. С апреля 2001 г. по март 2002 г. службы БКГ зарегистрировали 3554 случая обращения клиентов. Приведенные цифры убедительно свидетельствуют о широкой популярности этой службы.

Как показывает опрос, проведенный среди клиентов, проект внес значительные перемены в их жизнь. При заполнении вопросника некоторые из клиентов выражали благодарность в адрес сотрудников БКГ, например, “всегда и при любых обстоятельствах проявляют приветливость и дружелюбие” или “я обращался в службу несколько раз, и каждый раз с положительным результатом”. При ответе на вопрос “Имеются ли какие-либо улучшения в качестве обслуживания?” один из клиентов написал: “Нет, мне представляется, что уровень, достигнутый службой на настоящий момент, очень высок, и у меня нет никаких претензий”. На вопрос “Порекомендовали бы они другим обратиться в службу?” один из опрошенных ответил: “Служба обещает совет и

помощь и выполняет свои обещания. Благодаря этому проблемы решаются”.

Как указывает Демпси, хотя в основном клиентов направляют в службу врачи, появилось много обращений по рекомендациям самих клиентов. “К нам теперь обращаются члены семей наших клиентов, что свидетельствует о высокой степени удовлетворенности нашими услугами”. И добавляет с улыбкой: “Про нас даже говорят, что мы волшебники”. При этом Демпси и его коллеги не собираются почивать на лаврах – они думают о дальнейшем совершенствовании качества услуг. Возникла идея организовать службу дружеской поддержки – в случае, когда возникает необходимость обратиться в какие-либо органы, клиента будет сопровождать сотрудник БКГ, с тем чтобы клиент не чувствовал себя одиноким и беспомощным.

НСЗ присвоила службе “статус маяка”, другими словами, служба была признана одной из лучших. На настоящий момент это один из одиннадцати проектов, представленных на собственном веб-сайте НСЗ. Как замечает Шэррок, после присуждения службе “статуса маяка”, ГПМСП пригласила работников здравоохранения, БКГ и служб социального обеспечения принять участие в семинарах, проводимых в Блэкпуле. ГПМСП приглашает по 20 человек для участия в семинарах, на сегодняшний день были проведены четыре семинара и ряд других мероприятий, таких, как создание рекламного стенда и выступление на недавней общенациональной конференции по первичной медико-санитарной помощи. Рекламная деятельность ГПМСП направлена, в первую очередь, на организации, работающие в зонах бедности (в соответствии с определением британского правительства), другие ГПМСП, трасты первичной медико-санитарной помощи и БКГ. Рекламные материалы по проекту были также представлены на мероприятиях НСЗ.

### **Знания и опыт, приобретенные в ходе проекта**

“Такие службы могут быть созданы повсеместно на территории Соединенного Королевства, и в конечном итоге они могут изменить жизнь к лучшему”, – отмечает Демпси. Наряду с тщательной подготовкой ключевым фактором успеха является четкая координация деятельности медицинских работников и сотрудников БКГ. Врачи считают такую службу полезной и необходимой.

При ответе на вопрос о том, что другие должны учесть при организации аналогичной службы, Демпси, Гудьер и Шэррок говорили, что их удивило вялое начало проекта: только по прошествии некоторого

времени к ним стали обращаться клиенты. Но как только начало было положено, число обращений клиентов возросло до такой степени, что пришлось просить врачей направлять в службу БКГ только тех пациентов, которым она действительно могла помочь.

С самого начала немаловажная роль отводилась рекламе. Необходимо было дать населению информацию о проекте, с тем чтобы потенциальные клиенты знали, куда обращаться. «Вначале главная роль отводилась местному радио и прессе, – говорит Шэррок, – затем появились листовки, и люди смогли узнать, как и где работает эта служба. С самого начала мы стремились поделиться нашим опытом с другими группами, у которых могло возникнуть желание создать нечто подобное у себя дома”.

“Для БКГ сотрудничество с ГПМСП означало, что у нас появилась возможность работать с людьми, которые больше всего в нас нуждались, в особенности с теми, кто не привык сам обращаться за помощью, например, пожилыми людьми, – говорит Демпси. – Такая гибкость является, по-видимому, необходимым условием для оказания поддержки наиболее нуждающимся лицам”.

# Анализ конкретной ситуации № 12.

## “Пригодность для работы”: связь между возрождением города и здоровьем в Ньюхэме, Лондон

*Sigrún Davídsdóttir*

Когда выходишь из поезда на станции “Стрэтфорд” лондонского района Ньюхэм, не сразу понимаешь, что это один из беднейших районов страны. Однако по таким показателям, как уровень доходов, безработица, задолженность, жилищные условия и бездомность этот район относится к числу наиболее неблагополучных. Кроме того, с точки зрения доли детского населения, Ньюхэм занимает второе место в Соединенном Королевстве – свыше 32% семей в Ньюхэме имеют детей в возрасте до 16 лет. Свыше 13% жителей этого района – пенсионеры. Учитывая тесную взаимосвязь между бедностью и безработицей, с одной стороны, и плохим состоянием здоровья – с другой, неудивительно, что у жителей Ньюхэма отмечается общий низкий уровень здоровья<sup>31</sup>.

За последние десять лет территория вокруг железнодорожной станции в центре Ньюхэма была реконструирована за счет государственного бюджета. С 1997 г. здравоохранение приобрело все большее значение для возрождения этого района. В Соединенном Королевстве разрабатывается множество программ возрождения, но программа “Пригодность для работы” (ПДР), рассчитанная на пять лет, была первой в своем роде. Задача ПДР – увязать возрождение со здоровьем. Другими словами, люди и организации, принадлежащие к различным сферам деятельности, говорящие на разных профессиональных языках и руководствующиеся разными концепциями и идеями, должны были научиться работать вместе и тем самым создать прочную базу для осуществления программы.

---

<sup>31</sup> *Fit for work. Newham Health Partnership. Delivery plan year 5 – 2001/2002. London, Stratford Development Partnership Limited, 2002.*

Единый фонд бюджета возрождения (SRB), которым управляет департамент по вопросам транспорта, местного правительства и регионов (DTLR), выделил 3,7 млн. фунтов стерлингов для реализации программы ПДР, направленной на достижение следующих пяти целей:

1. улучшение возможностей для получения работы в отрасли здравоохранения;
2. развитие бизнеса;
3. улучшение здоровья и доступа к медицинской помощи;
4. интеграция различных видов медицинских услуг;
5. управление и реклама.

Эти пять целей были сформулированы, исходя из правительственной политики и стратегических целей SBR, что должно было облегчить поиск средств для реализации программы и обеспечить поддержку со стороны правительства. Двенадцать ключевых проектов, входящих в ПДР<sup>32</sup>, были разработаны и внедрялись, исходя из вышеперечисленных целей.

В основе программы ПДР лежал постулат о том, что отрасль здравоохранения подобна любой другой отрасли экономики и, следовательно, является важнейшим рычагом экономического развития региона. Таким образом, здравоохранение может стать мощным фактором будущих положительных перемен в регионе не только в плане экономического развития, но и в плане улучшения состояния здоровья населения.

Программа ПДР была призвана решить две важные проблемы, имеющиеся в данном регионе, а именно: кадровый дефицит в системе здравоохранения и высокий уровень безработицы. Соответственно, проектом предусматривались следующие пути решения этих проблем: организация обучения людей для работы в системе здравоохранения и создание заинтересованности у медицинских учреждений Ньюхэма в приобретении местных товаров и услуг. По замыслу авторов программы, экономический потенциал отрасли здравоохранения может быть использован для создания новых рабочих мест. Известно, что с ростом безработицы в регионе растет нагрузка на местные медико-санитарные службы, поэтому система здравоохранения может только выиграть от уменьшения уровня безработицы.

---

<sup>32</sup> Эти проекты перечислены в Приложении на сс. 175–179.

### Привлечение партнеров к участию в проекте

Тремя основными движущими силами ПДР и, соответственно, тремя ключевыми партнерами по проекту были следующие:

- Доверительный фонд (траст) первичной медико-санитарной помощи Ньюхэма – организация, финансируемая правительством и занимающаяся вопросами здравоохранения;
- Совет Ньюхэма – местный орган власти;
- Stratford Development Partnership Ltd (SDP) – Агентство по управлению и разработке социальных предпринимательских/некоммерческих проектов.

Хотя программа ПДР осуществлялась в основном за счет государственных средств, она предусматривала сотрудничество не только общественного и частного секторов и неправительственных и других некоммерческих организаций. Так, например, при проведении отдельных проектов в рамках программы были использованы не только средства из бюджета ПДР, но и другие частные и государственные источники финансирования. Ещё одним ключевым членом партнерства по ПДР был Королевский фонд (мозговой центр, работающий на основе собственных исследований и являющийся независимой благотворительной организацией), который ставит своей задачей совершенствование системы здравоохранения. Королевскому фонду принадлежала ключевая роль в деятельности по оценке программы ПДР и распространению передового опыта.

Стивен Джэкобс, руководитель SDP, подчеркнул, что здравоохранение имеет достаточный потенциал для того, чтобы изменить жизнь людей к лучшему. Он хотел бы вывести систему здравоохранения на новый уровень, когда её роль не будет ограничиваться только оказанием медико-санитарных услуг:

“Следует отметить, что в этом районе с высоким уровнем безработицы в сфере здравоохранения имеется большое число вакантных рабочих мест. Возникает вопрос: почему бы не использовать единую стратегию для решения обоих этих проблем? ... Отрасль здравоохранения функционирует не только исключительно для того, чтобы улучшать здоровье людей; ее работники должны также осознать роль этой отрасли как одной из центральных движущих сил в экономике страны – силы, способной создавать рабочие места для людей, здоровье которых в противном случае может пострадать из-за связанных с безработицей последствий ... Система здравоохранения должна осознать свою роль как одной из отраслей экономики, так как это улучшит возможности для изыскания необходимых средств и нахождения путей решения различных серьезных проблем ...



Кроме того, качество медицинского обслуживания представителей национальных меньшинств очень низкое, другими словами, у представителей национальных меньшинств меньше шансов получить обслуживание высокого качества”.

Однако система здравоохранения не в состоянии решать социальные вопросы в одиночку – ей нужны партнеры. “У здравоохранения имеется тенденция замыкаться в себе”, – подчеркивает Джэкоб и добавляет, что идеальными партнерами системы здравоохранения были бы неправительственные и некоммерческие организации.

Положительные стороны внедрения программы очевидны. Как отметил Джэкобс, “когда люди находят работу, они прекращают получать пособия. Это означает, что наряду с экономией на социальных пособиях государство получает налоговые поступления, а нагрузка на медико-санитарные службы снижается. В этой игре – все победители” (рамка 3).

*Рамка 3. Программа ПДР: результаты, достигнутые на местном уровне*

- Программа ПДР была начата в 1997 г. и завершена в 2002 г. Как сообщается, в течение этого периода были достигнуты следующие результаты:
- было создано почти 350 рабочих мест, и ещё 350 мест было гарантировано благодаря государственным инвестициям;
  - 400 человек, прошедших обучение по программам ПДР, получили официальный квалификационный диплом;
  - 450 местных жителей получили работу в результате осуществления проекта ПДР;
  - 500 местных жителей получили работу, после окончания учебных курсов в рамках программы ПДР;
  - тысячи учеников школ Ньюхэма получили необходимую им информацию благодаря проведенной просветительной работе по вопросам здоровья молодежи;
  - было открыто 100 новых предприятий при содействии и финансовой помощи в рамках ПДР;
  - 700 предприятий обратились за рекомендациями и содействием в рамках проектов, входящих в программу ПДР;
  - 25 000 жителей получили доступ к новым медицинским учреждениям;
  - свыше 300 добровольным организациям было оказано то или иное содействие.

*Источник:* Stratford Development Partnership, London, 2002.

Безработицу невозможно победить только силами системы здравоохранения. “Мы привлекаем к нашей деятельности по ПДР новых участников в лице местных органов власти и служб занятости, которые, возможно, ранее не осознавали, что они тоже могут внести немалый

вклад в совершенствование системы здравоохранения, – сказал Джэкобс. – Организуя сотрудничество между участниками, мы решаем основные социальные проблемы, такие, как преступность и безопасность, которые, в свою очередь, связаны с вопросами занятости, здравоохранения и образования. Деятельность в рамках программы ПДР затрагивает все эти жизненно важные аспекты”.

“Мы пытаемся убедить людей в том, что улучшение состояния здоровья – это проблема не только здравоохранения, – заявила Тереза Эдманс, менеджер программы “Здоровье и возрождение” Королевского фонда. – Один в поле не воин, и мы видим свою задачу в том, чтобы помочь другим осознать, каков должен быть их вклад в общее дело и какова их роль в сотрудничестве между партнерами”.

#### **Деньги – это ещё не всё, необходимо новое мышление**

Джэкобс решительно утверждал, что здравоохранение – это важная отрасль экономики и что в большинстве районов страны здравоохранение играет ключевую экономическую роль. В частности, именно эта отрасль часто является крупнейшим работодателем и застройщиком и одним из важнейших покупателей товаров и услуг, как, например, это имеет место в Ньюхэме. “Если рассматривать здравоохранение как отрасль экономики, требующую модернизации, можно облегчить изыскание средств и решение серьезных проблем, таких, как неудовлетворительное качество услуг, предоставляемых, скажем, представителям национальных меньшинств”. При этом ошибочно было бы рассматривать в качестве деловых предприятий только крупные структуры. Более мелкие участники рынка медико-санитарных услуг, в частности, врачи общей практики и стоматологи, также должны рассматривать свою деятельность как ведение небольшого бизнеса.

В Ньюхэме особое внимание было обращено на то обстоятельство, что, хотя число вакантных должностей в различных медицинских учреждениях достигало 15–30%, в районе в целом наблюдался высокий уровень безработицы. “Это означает, что крупнейший работодатель в Ньюхэме сам не имеет достаточных кадровых (человеческих) ресурсов”, – отметил Джэкобс. Эта проблема решается за счет привлечения новых партнеров, а также развития нового мышления. “Правительству было бы гораздо легче просто выделить больше средств и дать распоряжение, чтобы медицинские учреждения использовали их иным образом. Но в соответствии с программой ПДР мы создаем структуру, которая охватывает местные органы власти, медицинские учреждения, врачей общей практики, компании и добровольные организации, с тем чтобы найти новые возможности для оказания помощи друг другу”.

Именно такую цель преследовали различные проекты. Каждый из них был построен на новых концепциях и/или сводил воедино усилия партнеров, которые в других случаях не стали бы сотрудничать. Джэкобс вспомнил программу “Фитнес по рецепту” (один из проектов в рамках ПДР), в соответствии с которой врачи общей практики могут, когда это целесообразно, прописывать пациентам тренировки в местном фитнесцентре вместо болеутоляющих таблеток или других традиционных средств. “Этот путь совершенно непохож на традиционные, он направлен на достижение долгосрочного улучшения состояния здоровья за счет средств, которые обходятся гораздо дешевле, чем болеутоляющие таблетки”.

Тереза Эдманс раньше работала в жилых массивах, расположенных в беднейших районах, где возрождением занималась не органы системы здравоохранения, а местные власти. По её мнению, вопросы возрождения следует рассматривать с учетом фактора здоровья. Она решила, что для неё недостаточно просто рассматривать отдельные проекты – она хотела оказывать влияние на общий политический процесс, и поэтому она перешла на работу в Королевский фонд. Она хочет приложить усилия к тому, чтобы концепция ПДР переросла рамки местной инициативы и стала составной частью общегосударственной политики.

### **Выводы, сделанные по результатам проведенного проекта**

#### *Вывод первый: преодоление инертности*

Переход от проведения отдельных проектов к внедрению широкомасштабной политики не может быть безболезненным, так как на этом пути приходится преодолевать скептицизм и множество других препятствий. Тем не менее, те, кто практически внедрял перемены, предусмотренные в рамках программы ПДР, например, Джиллиан Сибрайт, заместитель директора по развитию услуг Треста первичной медико-санитарной помощи Ньюхэма, утверждают, что положительные сдвиги есть. “Раньше, нарушая правила, которые мы хотели изменить, нам приходилось это делать чуть ли не в подполье, тогда как теперь мы можем действовать более открыто”.

Неправильно было бы думать, что в случае, когда проекты оказываются успешными, медицинские работники тут же обрадуются и скажут, что им хочется попробовать что-то новое. “Система здравоохранения весьма иерархична, и в ней имеются островки власти, интересы которых ревностно защищаются, – отметил Джэкобс. – Одна из характерных особенностей системы здравоохранения – это глубокий скептицизм в отношении любых новых идей”.

Говоря о руководителях среднего звена, Эдманс подчеркнул: “Это серьезный камень преткновения. Здесь сталкиваешься с нежеланием идти на риск, делиться властью и изменять характер своих профессиональных функций. К примеру, как может медицинская сестра передать какие-то из своих функций неквалифицированному персоналу? Это связано с изменениями в поведении и в профессиональных взаимоотношениях”. Алина Лубинска, менеджер программы в агентстве SDP, считает, что основные финансирующие организации не достаточно оперативно усваивают полученные уроки или внедряют в более широком масштабе наиболее перспективные проекты.

Благодаря программе ПДР появилась возможность испытать на практике новые проекты и подходы. Существует опасность, что без дальнейшего финансирования проекты будут свернуты, а их опыт не будет внедрен. Иными словами, мы имеем дело с извечной проблемой повторного изобретения колеса и еще с большими затратами просто из-за того, что система здравоохранения не способна более эффективно идентифицировать и внедрять в более широком масштабе назревшие преобразования.

Джейн Вули, ассистент менеджера программы в агентстве SDP, отметила, что для осуществления перемен партнерство обеспечивает совместное участие в программе как руководителей системы здравоохранения, так и руководителей других заинтересованных ведомств. “В ходе внедрения программы список партнеров менялся, так как нам становилось ясно, кто именно нам был нужен для достижения желаемых результатов”.

“Главное достоинство партнерства по ПДР состоит в том, что нами устанавливаются все необходимые связи для максимально широкого внедрения передовой практики”, – подчеркнула Тереза Эдманс.

***Вывод второй: преодоление культурного барьера – изучение профессионального языка друг друга***

ПДР финансируется за счет средств департамента DTLR. Это означает, что источником финансирования является учреждение, не имеющее никакого отношения к здравоохранению. “Естественно, что сотрудники DTLR не имеют никакого понятия о здравоохранении, – отметила Тереза Эдманс, – поэтому им нужно было многому учиться. Их отчеты написаны языком, отличным от того, который мы используем в здравоохранении, поэтому между нами возник некий языковой барьер. С другой стороны, они прекрасно разбираются в вопросах занятости”.

В реализацию программы ПДР было вовлечено огромное число учреждений и частных лиц, никак не связанных со здравоохранением и

не понимающих его проблем, и поэтому при изложении своих мыслей и планов работникам здравоохранения приходилось специально подстраиваться под их мышление. К примеру, совсем непросто связать необходимость строительства школы с вопросами здоровья или концепцию возрождения в широком смысле с совершенствованием системы общественного здравоохранения. Поэтому, как указывала Эдманс, партнерство ПДР означало культурный прорыв, преодоление культурных барьеров. По словам Сибрайта, она получила большую помощь от агентства по разработке программ SPD, которое “переводило” многие понятия на понятный ей язык. Агентство чувствовало себя уверенно как в вопросах здравоохранения, так и в других областях общественной жизни.

### *Вывод третий: распространение опыта и обмен информацией*

Многие участники реализации проекта были удивлены, что вопросы пропаганды деятельности по программе приобрели большое значение, начиная с самого начала ее реализации. Пропаганда – это не только распространение информации о проекте среди населения, не менее важен широкий обмен опытом. Обмен информацией слишком долго осуществлялся только на местном уровне. “Программа ПДР рассматривалась как новая инициатива местного значения, что было неплохим началом. Однако такой подход применялся слишком долго. Мы не смогли донести до общественности, что проект содержит целый ряд концепций общего характера, выходящих за местные рамки, – подчеркнул Сибрайт. – Для меня основным уроком стало следующее: Поддерживай связи с широкой общественностью, делись опытом и добейся признания!”

Джейн Вули придает первостепенное значение работе, которой участники партнерства ПДР занимаются в настоящее время: они выступают, знакомят общественность с проектами и неизменно подчеркивают эффективность этого подхода. Неожиданно информацией смогли с выгодой воспользоваться другие: человек, услышавший о ПДР, взял на вооружение один из проектов и стал внедрять его в своем регионе, за что недавно был удостоен награды. “В целом система здравоохранения не научилась хорошо пропагандировать собственную деятельность, – заявила Сибрайт. – Вся наша рекламная деятельность была направлена на Ньюхэм, информация распространялась только на местном уровне. А я трачу около 20% своего времени на анализ идей и проектов других. Об этом редко говорят, и это напрасно, поскольку мы подаем много разных идей другим”.

По словам Джейн Вули, для того чтобы оказать влияние на государственную политику и добиться финансирования, необходимо хорошо знать, какие цели и задачи ставит перед собой правительство, включиться в политический процесс на ранних стадиях и интегрировать проект в общий политический курс. «Мы выяснили, каковы были цели правительства, и сделали наш проект созвучным этим целям. Были выдвинуты предложения о проведении 30–40 проектов, и, рассмотрев их, партнерство ПДР выбрало те, которые больше всего вписывались в общую политическую линию».

Джейн Вули, интуитивно чувствует, что программа ПДР имела серьезный резонанс. Однако, учитывая тот факт, что с самого начала не ставилась задача распространения и наблюдения за распространением передового опыта, трудно представить доказательства эффективности деятельности по программе. «Это должно быть неотъемлемой частью проекта, – сказала она. – Вопрос состоит лишь в том, какую направленность должна иметь пропагандистская деятельность – местную или общенациональную, должна ли она охватывать только отрасль здравоохранения или и другие связанные с ним области? В программе «Пригоден для работы» ответ на этот вопрос отсутствует, и пропаганда велась только от случая к случаю. Межотраслевой характер проекта создает дополнительные трудности при определении целевых групп». Как отмечает Джейн Вули, учитывая тот факт, что программа осуществлялась в рамках концепции возрождения, были предприняты попытки пробудить к ней интерес со стороны средств массовой информации. «Однако в области возрождения такие дорогостоящие проекты, как строительство, вызывают гораздо больший интерес, чем здравоохранение».

#### **Приложение: отдельные проекты, объединенные в программу «Пригоден для работы»**

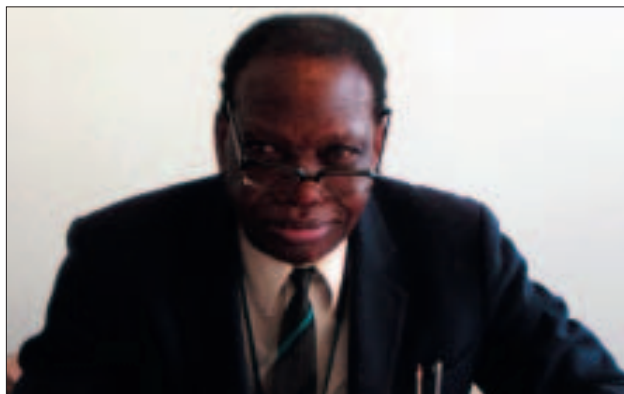
Основной идеей, лежащей в основе программы ПДР, было не просто создание новых рабочих мест и обеспечение ими граждан на долгосрочной основе, но и создание рабочих мест, дающих людям возможность (а) работать и (б) продолжать обучение, которое обеспечивало бы их профессиональный рост. Проекты финансировались государством и широко внедрялись в организациях, учреждениях и компаниях в районах города, другими словами, – непосредственно среди населения. Периоды работы по конкретным проектам были различны, и на определенном этапе всегда проводилась их оценка. В программу ПДР входили следующие 12 проектов:



### 1. Обучение

По всей видимости, самым успешным оказался проект, предусматривавший девятинедельный курс подготовки обучаемых для работы в системе здравоохранения. Идея этого проекта состояла в том, чтобы помочь людям найти работу в отрасли здравоохранения, а также осознать, что первая найденная ими работа не является окончательной – в дальнейшем возможен профессиональный рост в рамках системы здравоохранения. Целевая группа по этому проекту – все люди, не имевшие работы в данный момент; возрастной ценз отсутствовал. Этнические группы не были особым объектом внимания, но приблизительно 60% участников программы относились к этническим меньшинствам.

*Адетимола проходит девятимесячный курс обучения для последующей работы в системе здравоохранения*



Адетимола – один из участников вышеуказанного курса обучения. По профессии он преподаватель, работал во многих местах, пришел на курсы, так как был знаком с системой здравоохранения – женат на

медицинской сестре. Он хочет работать в социальной службе и стать полезным членом общества. По его мнению, курсы могут помочь ему найти работу в системе социального обеспечения.

Присцилла училась на тех же курсах. Она уже имела опыт ухода за



больными, но очень довольна курсами, так как они дали ей хорошую подготовку для её последующей деятельности. Она хочет найти работу, связанную с уходом за пожилыми людьми.

*Присцилла, которой помогает преподаватель Дайан Инглиш*



До посещения этих курсов Мари-Жан уже прошла один курс профессиональной переподготовки. Она довольна курсами, чувствует, что многому научилась здесь, и уверена, что в конце концов найдет работу.



*Мари-Жан и её преподаватель Бобби Сполл*

### **2. Фитнес по рецепту**

Могут ли физические упражнения заменить лекарства? Да, но только с разрешения врача. Проект предусматривает сотрудничество с четырьмя фитнес-центрами в Ньюхэме. Пациенты, нуждающиеся в тренировках, направляются в эти центры, где они получают внимание и помощь, которые способствуют улучшению их физической формы. В настоящее время эта программа осуществляется Трасом первичной медико-санитарной помощи, который обеспечивает стабильность проекта. Схема оказалась чрезвычайно популярной, и иногда высказывается мнение, что врачи даже слишком часто направляют пациентов в фитнес-центры.

### **3. Центр комплексной помощи**

Самый амбициозный проект в рамках ПДР – строительство центра здравоохранения в Ньюхэме. Здание центра открылось весной 2002 г. и оно является собственностью Траста первичной медико-санитарной помощи Ньюхэма. Здесь Траст будет выполнять все свои функции и устанавливать связи, необходимые для осуществления других проектов и замыслов.

### **4. Стоматологические медсестры**

До внедрения этого проекта существовала практика подготовки стоматологических медицинских сестер в больницах. Однако стоматологические услуги предоставляются главным образом в городских стоматологических кабинетах, что делает обучение на базе больниц малоэффективным. Создатели проекта считают, что медицинских сестер следует обучать, исходя из особенностей работы в местных стоматологических кабинетах. В настоящее время проект предусматривает именно такое обучение. Благодаря такой направленности обучения, а также более тщательному отбору кандидатов на обучение, чем осуществлявшемуся ранее местным центром по подбору персонала,

число студентов, прерывающих обучение, сократилось. Менее чем за три года было создано 118 рабочих мест, которые заняли в основном представители этнических групп. Авторы этой схемы обучения/подбора персонала ставят перед собой задачу внедрить ее в практику в более широких масштабах на основе франчайзинга.

#### **5. Сотрудники, говорящие на двух языках**

Коммуникация с пациентами и их родственниками, говорящими только на иностранном языке, часто представляет серьезные трудности. Задача данного проекта заключалась в том, чтобы обучить навыкам коммуникации всех медицинских работников, которые помимо английского говорили и на другом языке, независимо от их профессионального уровня, будь то уборщицы, медсестры или врачи. Идея состояла в том, что вместо того, чтобы спрашивать у вновь нанимаемых медицинских работников, имеются ли у них необходимые языковые навыки, весь уже имеющийся многоязычный персонал мог пройти обучение, необходимое для выполнения посреднических функций между работниками здравоохранения, с одной стороны, и пациентами и их семьями – с другой. Благодаря этому была улучшена коммуникация с пациентами, и возросла ценность сотрудников и, следовательно, их заработная плата.

#### **6. Подготовка к собеседованию**

У людей, имеющих работу, здоровье, как правило, лучше, чем у безработных. Кроме того, работающие, как правило, производят лучшее впечатление на собеседованиях с работодателями. Настоящая программа, нацеленная на работу с людьми, которые в течение долгого времени оставались безработными, помогала им лучше составить свое резюме и усовершенствовать навыки, необходимые для успешного прохождения собеседования, что повышало их шансы найти работу.

#### **7. Здоровье и безопасность труда**

Целевой группой по настоящему проекту была молодежь в возрасте 14–15 лет и 18–25 лет. Проект предусматривал ее обучение по вопросам здоровья и безопасности труда либо до первой производственной практики, либо перед началом трудовой жизни. Кроме того, еще одной целевой группой в рамках проекта были работники, занимающиеся уходом на дому, которые также проходили обучение по вопросам здоровья и техники безопасности, связанным с их работой. Эта инициатива получила поддержку Совета профсоюзов Великобритании.

#### **8. Развитие бизнеса**

Одним из путей борьбы с безработицей в регионе является развитие

торговой деятельности на местном уровне. В данном случае ставилась задача создания посреднической службы внутри региона, с тем чтобы предприятия малого и среднего бизнеса могли успешно конкурировать в области осуществления сделок купли-продажи. В целом ряде случаев проблема состояла в том, что информация о новых предприятиях отсутствовала. В рамках рассматриваемого проекта эта проблема решалась путем распространения такой информации среди соответствующих предприятий и потенциальных заказчиков. Эта работа проводилась в сотрудничестве с организациями, занимающимися бизнесом, и группами поддержки, действующими в регионе.

#### ***9. Пропаганда деятельности***

В настоящем проекте, совместно осуществляемом социальными службами и службами здравоохранения, ставилась задача добиться того, чтобы за помощью к этим системам обращались те лица, которые раньше, как правило, не делали этого. В частности, этот проект был нацелен на работу с тремя следующими целевыми группами: труднообучаемые лица, молодежь, душевнобольные. Проект предусматривал совершенствование работы по пропаганде услуг среди представителей указанных групп, а также среди других граждан, которые нуждаются в помощи и содействии, но сами не обращаются за ними.

#### ***10. Укрепление здоровья подростков***

Настоящий проект был направлен на распространение информации по вопросам здоровья среди подростков. В дальнейшем в Ньюхэме будет разработан специальный план охраны здоровья подростков.

#### ***11. Экспериментальные центры “Здоровая жизнь” для молодежи***

Задачей этого проекта было создание пилотных (экспериментальных) центров “Здоровая жизнь”, ориентированных на удовлетворение различных потребностей детей и молодежи.

#### ***12. Мониторинг и оценка***

Наряду с тщательным отбором проектов, много внимания уделялось мониторингу их осуществления и оценке. В частности, для этой цели все руководители проектов прошли специальное обучение в Университете Восточного Лондона, который также руководит мониторингом и оценкой проектов ПДР.



# Выводы

Работа по отбору включенных в данную публикацию исследований сама по себе оказалась очень полезной. Она позволила Региональному бюро не только проанализировать существующие представления о бедности в ряде государств-членов, но и дала ему возможность определить как те проблемы, в отношении которых принимаются соответствующие меры, так и те проблемы, которые пока не получают достаточного внимания в Европейском регионе.

Кроме того, на встрече в Дюссельдорфе был проведен обзор всех подходов и методов, использованных в ходе работы, а также критериев отбора тематических (ситуационных) исследований. Этот обзор позволил выявить, что в первых 12 таких исследованиях не нашли отражение некоторые важные аспекты. В частности, в них не получили освещения меры и действия, направленные на решение проблемы бедности и здоровья в сельских районах. С другой стороны, на основе полученных результатов были намечены дальнейшие действия, которые были сочтены целесообразными и важными для устранения информационных пробелов и разработки необходимых методов работы в этой области, вызывающей серьезную озабоченность всех государств – членов Европейского региона. Это включает продолжение процесса развития, анализа и распространения знаний о взаимосвязи между бедностью и здоровьем и, в частности, разработку методик и способов систематизированного сбора, проверки и распространения информации об исследованиях, посвященных конкретной роли системы здравоохранения в решении проблем, связанных с бедностью и здоровьем.

Во время встречи было также отмечено, что многие меры, направленные на улучшение существующих условий, являющихся причиной бедности, выходят за рамки возможностей системы здравоохранения. Таким образом, хотя министерства здравоохранения и персонал медицинских учреждений и являются основными партнерами в деле борьбы с бедностью, следует подчеркнуть, что для решения проблем взаимосвязи бедности и здоровья отрасль здравоохранения должна поддерживать связи и координировать свою деятельность и объединять свои усилия с другими отраслями.

Ограниченная, но разнообразная подборка тематических исследований показывает, что усилия, предпринимаемые государствами-членами для борьбы с бедностью, включая деятельность системы здравоохранения и партнерство с учреждениями социальной помощи, одинаково важны для всех стран Европейского региона – как для богатых, так и для бедных.

Наконец, необходимо отметить, что на встрече в Дюссельдорфе было высказано много других ценных замечаний и выводов, которые не могли быть детально представлены в настоящей публикации. Ниже кратко излагаются основные общие выводы, имеющие большое значение для будущей работы.

### **Системы здравоохранения способны осуществлять эффективные действия**

Приведенные выше исследования показывают, что деятельность систем здравоохранения может осуществляться на разных уровнях – от мероприятий, проводимых в рамках небольших общин, как описано в исследовании из Хорватии, до выработки общенациональной политики, примером чего служит исследование из Франции.

Однако какие действия могут оказывать наибольшее влияние на проблему бедности? На каком административном уровне следует внедрять полученный опыт? Какие инициативы могут быть легко расширены и каких ошибок следует избегать при их широком внедрении? Какого рода оценку необходимо проводить для обеспечения устойчивого развития?

Настоящая работа может дать лишь часть ответов на столь сложные вопросы. Фактически в ней признается, что для осуществления эффективных действий лицам, определяющим политику, потребуется база данных, содержащая современную и достоверную информацию об успешных результатах деятельности по решению проблем бедности и здоровья. Таким образом, следует признать, что необходимо продолжать работу по сбору, анализу, оценке и распространению самых разнообразных инициатив, направленных на решение проблем здоровья бедных и уязвимых групп населения.

### **Системы здравоохранения не должны становиться для бедных людей еще одним дополнительным бременем**

Болезни не должны делать человека бедным или лишать его средств к существованию. На практике, однако, системы здравоохранения могут создавать для людей дополнительные трудности и непреднамеренно

приводить к бедности или усиливать ее. Например, данная публикация показывает, что в ряде случаев традиционные подходы к лечению могут вынуждать пациентов оставаться без работы на протяжении длительных периодов времени. Кроме того, другие исследования показали, что некоторые формы организации медицинского обслуживания могут заставлять малоимущих осуществлять непосильные для них выплаты из собственного бюджета<sup>33</sup>. Однако представленное в настоящей публикации исследование из Кыргызстана показывает, что в условиях недостаточности выделяемых государственных средств для здравоохранения из-за недостаточного объема налоговых поступлений, а также широкой распространенности неформальных и незаконных платежей полезным прагматическим решением может стать создание системы соплатежей параллельно с проведением более широкой реформы всей системы здравоохранения<sup>34</sup>. В самом деле, результаты предварительных обследований в Кыргызстане показывают, что введение политики сооплаты позволило не только улучшить показатели прозрачности и открытости в системе здравоохранения, но и обеспечить резкое снижение суммарных расходов пациентов на лекарства и изделия медицинского назначения. Более того, благодаря созданию при больницах резервного фонда у них появилась возможность обеспечивать своих малоимущих пациентов бесплатными лекарствами.

Эти примеры, которые не могут быть детально рассмотрены в рамках настоящей публикации, указывают на важное значение критериев, механизмов и показателей, позволяющих оценивать эффективность различных мер и действий, предпринимаемых в интересах бедных слоев населения. Системы здравоохранения, например, могут совместно с учреждениями других отраслей проводить регулярные обзоры законодательства, затрагивающего вопросы бедности и здоровья. Аналогичным образом, с целью оценки их влияния на здоровье малоимущих могут периодически анализироваться различные механизмы и аспекты организации, обеспечения доступности и оказания медицинской помощи населению в той или иной стране.

---

<sup>33</sup> Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. – системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.

<sup>34</sup> Причины, по которым лица, ответственные за выработку политики, прибегают к использованию принципа соплатежей, и возможные трудности, связанные с его внедрением, также хорошо обоснованы и охарактеризованы в литературе. См., например, MOSSIALOS, E. ET AL. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press, 2002.



### **Навыки, умения и мобилизация ресурсов**

Несмотря на то, что проблеме бедности и ее воздействию на здоровье в европейских государствах-членах уделяется все больше внимания, во многих странах системы здравоохранения не располагают достаточными кадровыми и финансовыми ресурсами для решения проблем в этой сложной области. Еще одним недостатком является тот факт, что в учебные планы и программы подготовки работников здравоохранения не включен целый ряд вопросов, относящихся к стационарному и амбулаторному лечению болезней, связанных с бедностью, а также к профилактике заболеваний и укреплению здоровья малоимущих. Здесь следует отметить, что, как показано в исследовании из Италии, многое может быть достигнуто благодаря использованию медперсонала, обученного особенностям оказания медицинской помощи малоимущим гражданам. Таким образом, помимо мобилизации финансовых ресурсов для борьбы с бедностью необходимо в неотложном порядке развивать навыки и знания профессиональных работников систем здравоохранения, которые находятся на переднем крае этой борьбы.

В заключение, обобщая полученную информацию и результаты проведенных исследований, следует подчеркнуть, что целесообразно инвестировать средства в людей, побуждать их находить собственные решения проблем, помогать им обмениваться накопленным опытом и объединять с ними усилия, показывая, что приобретение умений и навыков, необходимых для реального улучшения ситуации в данной области – это вполне выполнимая задача.

# Приложение 1.

## Примерный план работы, предложенный авторам

Авторы, которым была поручена подготовка настоящей публикации, обладают обширным опытом и знаниями в самых различных областях, которые они использовали в своей работе, и им была предоставлена возможность проявить творческий подход к стилю изложения результатов проведенных ими исследований. Тем не менее, с целью подготовки единого по замыслу документа были разработаны примерный план работы и ряд рекомендаций, которые были направлены всем авторам. Авторам было предложено использовать приведенный ниже план работы и перечень вопросов в качестве руководства, с тем чтобы обеспечить полный охват различных аспектов рассматриваемой проблемы.

### **Информация общего характера**

Страна

Название проекта/инициативы (все сокращения следует расшифровать)

Основные партнерские организации/учреждения

Текущее состояние проекта/инициативы

### *Сроки осуществления инициативы/проекта*

Дата начала осуществления инициативы

Дата, когда осуществление инициативы будет/было завершено

Причины прекращения осуществления инициативы

### **Общая характеристика ситуации в отношении бедности и здоровья, в контексте которой проводится исследование**

*Организация медицинского обслуживания населения*

Имеются ли какие-либо крупные механизмы планирования и организации медицинского обслуживания, которые либо уменьшают, либо наоборот усиливают проблему неравенства?

Определены ли важнейшие национальные цели в области борьбы с бедностью среди населения в целом или среди уязвимых групп?

*Финансирование здравоохранения и расходы на медицинское обслуживание*

Какова основная система (системы) финансирования здравоохранения – обеспечивает ли они медицинское обслуживание бедных слоев населения?

Оказывают ли негосударственные организации/частный сектор какую-либо существенную помощь для улучшения состояния здоровья бедных людей/в бедных районах?

*Другие факторы*

Имеются ли другие программы или стратегии, которые могут иметь отношение к данному исследованию?

**Конкретные обстоятельства: цели и основные направления деятельности**

Каковы основные цели данной инициативы?

Каковы основные направления деятельности?

Как данная инициатива сочетается с деятельностью всей системы здравоохранения?

Каковы основные достижения в рамках данной инициативы?

*Масштаб осуществления инициативы*

Носит ли она экспериментальный характер или является частью принятой политики?

Какая часть населения является основной целевой группой?

- а) Все население
- б) Уязвимые группы
- в) Отдельные лица

На каком уровне осуществлялось руководство проведением инициативы?

- а) На местном
- б) На национальном
- в) На региональном
- г) На ином уровне (следует уточнить)

В какой местности преимущественно осуществляется инициатива?

- а) Сельской
- б) Городской
- в) В обеих

Примерное число лиц, которые извлекли пользу из осуществления инициативы:

*Процесс/методика*

Какие методы используются для привлечения/установления контакта с представителями основной целевой группы и какова их эффективность?

Каковы основные препятствия для осуществления инициативы и что делается для их устранения?

Проводилась ли оценка эффективности инициативы и какие методы были для этого использованы?

Были ли какие-либо неожиданные отрицательные результаты?

**Основные сделанные выводы**

Каков объем ресурсов потребовался для осуществления инициативы?  
(финансовых, физических, интеллектуальных)

Что было достигнуто?

(продукция, услуги и потенциальные возможности)

Какими были результаты?

(доступ к услугам, их использование или удовлетворенность)

Какое влияние оказала инициатива?

(воздействие на здоровье и благосостояние)

**Прочая информация**

Кто в основном принимал участие в осуществлении инициативы?

Каковы характеристики основной целевой группы данной инициативы?

Например:

а. Возраст:

- Все возрастные группы
- Дети раннего возраста (0–2 года)
- Дети (3–12 лет)
- Подростки (13–17 лет)
- Взрослые (18–65 лет)
- Пожилые (старше 65 лет)
- Другие
- Не применимо

б. Пол:

в. Уровень бедности:

- Ниже черты абсолютной бедности в стране
- Выше черты абсолютной бедности в стране, но бедные
- Не бедные, но уязвимые

г. Группы с особыми характеристиками:

- Семьи
- Беременные женщины
- Дети школьного возраста
- Лица с низким уровнем образования
- Работники здравоохранения
- Безработные
- Этнические группы
- Рабочие/служащие
- Другие

д. Географическое местонахождение

Поддерживали ли инициативу промежуточные группы? Например:

- а. Работники здравоохранения
- б. Жители общины
- в. Социальные работники
- г. Учителя
- д. Родители
- е. Другие

Каналы коммуникации, использованные для контактов с целевыми группами населения:

Сообщалось ли ранее о данной инициативе? Если да, то когда и кем?

# Приложение 2.

## Список приглашенных экспертов

Следующим экспертам было предложено принять участие в подготовке данной публикации, а также в работе технического совещания, состоявшегося в Дюссельдорфе, Германия, 18–19 апреля 2002 г.

Фарман Абдуллаев<sup>1</sup>

Сотрудник по координации и связям с ВОЗ, Баку, Азербайджан

Martijntje Bakker

Сотрудник по вопросам политики, Фонд общественного здравоохранения, Гаага, Нидерланды

Rogerio Barbosa

Технический специалист, социально-экономические детерминанты здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Sara Burke

Сотрудник по вопросам развития общественного здравоохранения, Институт общественного здравоохранения в Дублине, Ирландия

Sarbanī Chakraborty

Специалист Всемирного банка по вопросам здравоохранения в регионе Европы и Центральной Азии, Вашингтон, США

Yves Charpak

Старший советник по вопросам политики, канцелярия Регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Sigrún Davídsdóttir

Профессиональный журналист и писатель, Лондон, Соединенное Королевство

---

<sup>1</sup>Эксперты, которые не смогли принять участие в работе технического совещания в Дюссельдорфе.

Finn Diderichsen<sup>1</sup>

Копенгагенский университет, Институт общественного здравоохранения, отделение социальной медицины, Копенгаген, Дания

Rebecca Dodd

Технический специалист, отделение стратегии при канцелярии Генерального директора ВОЗ, штаб-квартира ВОЗ, Женева, Швейцария

David Dror<sup>1</sup>

Старший специалист по вопросам медицинского страхования, сектор социальной защиты, Международная организация труда, Женева, Швейцария

Philippe Duprat

Старший советник в рамках проекта, сеть фактических данных по здравоохранению, канцелярия Регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Armin Fidler<sup>1</sup>

Руководитель сектора здравоохранения, Регион стран Европы и Центральной Азии, Всемирный банк, Вашингтон, США

Joachim Gardemann

Профессор, Университет прикладных наук в Мюнстере, программа по изучению гуманитарной деятельности, Мюнстер, Германия

Марина Гудушаури<sup>1</sup>

Первый заместитель министра труда, здравоохранения и социального обеспечения, Тбилиси, Грузия

Monika Hommes-Ruediger

Заместитель руководителя отдела Федерального министерства здравоохранения Германии, Бонн, Германия

Айнура Ибраимова<sup>1</sup>

Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан

---

<sup>1</sup>Эксперты, которые не смогли принять участие в работе технического совещания в Дюссельдорфе.



Abdulai Issaka-Tinorgah<sup>1</sup>

Медицинский специалист, финансирование деятельности в области бедности и здоровья, департамент финансирования здравоохранения и руководства, кластер “Фактические данные и информация для разработки политики”, Всемирная организация здравоохранения

Александр Квиташвили<sup>1</sup>

Президент грузинской некоммерческой неправительственной организации Международный фонд Curatio. Г-н Квиташвили является также членом подмиссии по социальной политике Министерства труда, здравоохранения и социального обеспечения, Тбилиси, Грузия

Jacques Lebas<sup>1</sup>

*Médecins du Monde* (Врачи мира), Париж, Франция

Suszy Lessof

Руководитель проекта, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Брюссель, Бельгия

Christian Luetkens

Представитель земель Германии (*Länder*), Висбаден, Германия

Johan Mackenbach<sup>1</sup>

Директор, Сотрудничающий центр ВОЗ по изучению неравенства в отношении здоровья, отдел общественного здравоохранения, Эразмский университет в Роттердаме, Нидерланды

Peter Makara<sup>1</sup>

Исполнительный директор, Совет по научным исследованиям в здравоохранении в целях развития (COHRED), Женева, Швейцария

Dario Manfellotto

Врач и журналист по вопросам науки, Рим, Италия

Owen Metcalfe<sup>1</sup>

Заместитель директора, Институт общественного здравоохранения в Ирландии, Дублин, Ирландия

---

<sup>1</sup>Эксперты, которые не смогли принять участие в работе технического совещания в Дюссельдорфе.

Andreas Mielck

Старший научный сотрудник GSF – Национальный научно-исследовательский центр по окружающей среде и здоровью, Нойсберг, Германия

Piotr Mierzewski

Административный сотрудник, Генеральный директорат III – Социальное сплочение, отдел здравоохранения, Совет Европы, Страсбург, Франция

Aldo Morrone

Директор, отдел оказания медицинской помощи мигрантам, *Istituto San Gallicano (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico)*, Рим, Италия

Wolfgang Müller

Директор Академии общественного здравоохранения, Дюссельдорф, Германия

Birgit Neuhaus

Фактические данные о потребностях и вмешательствах в области здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Antonina Ostrowska

Профессор социологии, руководитель отдела по изучению условий жизни и социальных детерминантов здоровья, заместитель директора Института философии и социологии, Польская академия наук, Варшава, Польша

Лилия Овчарова<sup>1</sup>

Директор научных программ, Независимый институт социальной политики, Фонд Форда, Москва, Российская Федерация

Fred Passaud

Директор и председатель Института социальной и профилактической медицины, университетская больница и факультет медицины, Лозанский университет, Швейцария

---

<sup>1</sup>Эксперты, которые не смогли принять участие в работе технического совещания в Дюссельдорфе.

Johannes Siegrist

Профессор и директор, отдел медицинской социологии, Школа общественного здравоохранения, Дюссельдорфский университет, Германия

Marita Sihto

Старший научный сотрудник STAKES (Национальный центр научных исследований и разработок в области социального обеспечения и здравоохранения), Хельсинки, Финляндия

Steve Turner

Профессиональный журналист, писатель и телевизионный продюсер, Лондон, Соединенное Королевство

Александр Умняшкин<sup>1</sup>

Директор, отдел внешних сношений, Министерство здравоохранения, Баку, Азербайджан

Аббас Валибаев<sup>1</sup>

Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения, Баку, Азербайджан

Eugenio Villar Montesinos<sup>1</sup>

И.о. координатора, финансирование деятельности в области “Бедность и здоровье”, департамент финансирования здравоохранения и руководства, кластер “Фактические данные и информация для разработки политики”, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария

Margaret Whitehead

Кафедра общественного здравоохранения, руководитель отделения общественного здравоохранения, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство

Egio Ziglio

Руководитель Европейского центра ВОЗ по инвестициям на цели здоровья и развития, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

---

<sup>1</sup> Эксперты, которые не смогли принять участие в работе технического совещания в Дюссельдорфе.



# Приложение 3.

## Примерный план для проведения групповых дискуссий

Приводимый ниже примерный план был разработан для проведения групповых дискуссий. Он был предложен для проведения обсуждений на заседании в Дюссельдорфе, Германия, 18–19 апреля 2002 г. Хотя не все представленные в нем элементы смогли найти отражение в этой первой публикации, сам план и ответы на вопросы, представленные техническими экспертами, являются хорошей основой для будущей работы.

### **Релевантность**

Касаются ли инициативы вопросов, которые относятся к общим проблемам общественного здравоохранения?

Содействуют ли инициативы прямо или косвенно уменьшению или облегчению бедности? Если да, то каким образом?

### **Возможность воспроизведения**

Может ли эта инициатива быть повторена в других условиях?

Если да, то насколько легко?

Существуют ли какие-либо основные предварительные условия для этого?

### **Применимость/адекватность**

Представлены ли тематические (ситуационные) исследования так, чтобы они были интересны для основной целевой аудитории?

Существуют ли какие-либо аспекты исследования, которые должны быть лучше разъяснены для обеспечения либо их лучшего понимания, либо большей их полезности для пользователей?

Являются ли язык и форма изложения адекватными для целевой аудитории? Следует ли предпринять дополнительные усилия для их улучшения?

### **Устойчивость**

Являются ли инициативы устойчивыми в краткосрочном, среднесрочном и долгосрочном плане?

Интегрированы ли они или могут ли они быть интегрированы в другие существующие системы в стране/регионе?

### **Осуществление**

Какие основные выводы извлечены из этой инициативы?

Какое воздействие оказала эта инициатива?

### **Информация, не включенная в отчет**

Имеются ли какие-либо ключевые аспекты бедности и здоровья, связанные с тематическими исследованиями, которые не были включены в данный документ? (аспекты, которые нуждаются в дополнительном изучении)?

### **Качество фактических данных**

Имеется ли четкий и ясный отчет о том, как осуществлялся сбор информации (например, источники получения информации, потенциальный конфликт интересов и т.д.)?

Имеется ли какая-либо непоследовательность в представленной информации?

Соответствует ли применявшаяся методика текущей деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ в отношении сбора и анализа фактических данных?

Какие меры будут применяться для улучшения качества имеющихся материалов?

### **Корпоративная точка зрения**

Соответствуют ли тематические исследования корпоративным целям и задачам ВОЗ и не противоречат ли они существующей системе положений и принципов?

*На сегодняшний день серьезность проблемы бедности в Европейском регионе ВОЗ представляется бесспорной: в Регионе продолжают сохраняться значительные различия в состоянии здоровья и благополучия населения, а во многих странах продолжает расширяться разрыв между богатыми и бедными слоями населения. Системы здравоохранения многое сделали и продолжают делать для решения этой сложной и трудной проблемы, однако работа в этом направлении была спорадической и оставалась малозамеченной для общественности и средств массовой информации. Издание данной публикации – это один из элементов работы ВОЗ, направленный на то, чтобы стимулировать большее число эффективных действий для решения проблем бедности и здоровья посредством систематического сбора, анализа и распространения информации о конкретных действиях в этом направлении, предпринимаемых системами здравоохранения в различных частях Региона.*

*В публикации дается описание 12 инициатив, уже предпринятых в 10 государствах - членах ВОЗ (Венгрия, Германия, Италия, Кыргызстан, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Соединенное Королевство, Франция, Хорватия). По своим масштабам и характеру эти инициативы сильно варьируются, включая глубокие общенациональные изменения в системе законодательства и медицинского обслуживания; программы и проекты, проводимые на уровне регионов, городов и отдельных лечебно-профилактических учреждений; а также действия, предпринимаемые по почину отдельных энтузиастов на периферии системы общественного здравоохранения.*

*В данной книге приводятся предварительные результаты исследований ВОЗ, посвященных тому, как системы здравоохранения могут помочь уменьшить проблему бедности. В частности, на основе этих результатов делаются три основных вывода: 1) системы здравоохранения способны предпринять эффективные действия для улучшения здоровья бедных слоев населения; 2) в отдельных случаях они могут стать дополнительной трудностью в жизни малоимущих; 3) в этой области отмечается настоятельная потребность в большем объеме знаний, улучшении подготовки кадровых ресурсов и наращивании потенциала. Хочется надеяться, что информация, приведенная в настоящей публикации, внесет весомый вклад в усилия ВОЗ, нацеленные на то, чтобы помочь всем странам Европейского региона улучшить здоровье населения и обеспечить большую справедливость за счет уменьшения проблемы бедности и ее последствий для здоровья населения.*