



## ЕВРОПА

### Европейский региональный комитет Пятьдесят вторая сессия

Копенгаген, 16–19 сентября 2002 г.

Пункт 7(а) предварительной повестки дня

EUR/RC52/8  
+ EUR/RC52/Conf.Doc./4  
18 июня 2002 г.  
22502  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

### **БЕДНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ – ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ**

В резолюции EUR/RC51/R6 признается связь между бедностью и плохим состоянием здоровья, а также обязанность сектора здравоохранения содействовать многосекторальным усилиям по уменьшению бедности.

В ответ на эту резолюцию Региональное бюро начало процесс систематического сбора, проверки, анализа и распространения информации о конкретных мерах, принятых в государствах-членах для рассмотрения широкого диапазона вопросов, связанных с ролью систем здравоохранения в уменьшении бедности и улучшении здоровья бедных людей.

В настоящем документе кратко описаны основные области мероприятий и вопросы, связанные с бедностью, рассмотренные системами здравоохранения, в рамках двенадцати отдельных тематических исследований из десяти европейских государств - членом ВОЗ. В документ включено резюме основных выводов проделанной до настоящего времени работы и указан ряд основных видов деятельности, которые Региональное бюро может предпринять в будущем.

К документу прилагается проект резолюции для рассмотрения Региональным комитетом.



## Содержание

	<i>Стр.</i>
История вопроса .....	1
Цели настоящего документа .....	2
Принятые методология и процесс .....	2
Вопросы, охваченные тематическими исследованиями .....	2
Доступность основных служб здравоохранения .....	3
Отсутствие культурного и/или географического доступа к услугам здравоохранения .....	4
Бедность и более широкие детерминанты здоровья .....	4
“Болезни бедности” .....	5
Выводы .....	6
Система здравоохранения может предпринять эффективные действия .....	6
Сама система здравоохранения может быть проблемой .....	6
Развитие навыков и знаний, а также мобилизация ресурсов .....	6
Предлагаемые следующие шаги .....	7
Приложение 1. Список тематических исследований, отобранных на 2002 г.....	8
Приложение 2. Резюме критериев для разбивки по категориям тематических исследований в предложенном Европейском банке данных .....	9
Приложение 3. Ссылки .....	10



## История вопроса

1. В последние годы все более осознается тот факт, что бедность, здоровье и экономическое развитие связаны между собой. В сентябре 2000 г. на самой крупной в истории встрече лидеров всего мира Организацией Объединенных Наций была принята Декларация тысячелетия, которая, помимо предложения мер, направленных на развитие и искоренение нищеты, содержит обязательства по обеспечению такого положения, при котором право на развитие станет реальностью для каждого человека (1).
2. Более недавно, во время международной конференции по финансированию развития (Монтеррейская встреча на высшем уровне по вопросам бедности, март 2002 г.), ряд стран обещали значительно увеличить внешнюю помощь развитию для ликвидации разрыва между богатыми и бедными (2).
3. В 2000 г. в ВОЗ была создана Комиссия по макроэкономике и здоровью для изучения роли здоровья в экономическом развитии и предложения дальнейших мер. Доклад этой Комиссии стал поворотным пунктом, поместив здоровье на центральное место в нынешних усилиях и в основное русло потока ресурсов в поддержку более справедливого экономического развития во всем мире (3).
4. В резолюции EUR/RC51/R6 признается связь между бедностью и плохим состоянием здоровья, а также обязанность сектора здравоохранения содействовать многосекторальным усилиям по уменьшению бедности. Региональному директору было предложено:
  - (а) создать механизм сбора, анализа и распространения знаний о причинах бедности и об эффективных действиях, направленных на смягчение неблагоприятного воздействия бедности на состояние здоровья;
  - (б) мобилизовать ресурсы для осуществления деятельности по последовательному и целенаправленному решению проблемы “бедность и здоровье” в региональных рамках;
  - (в) включить данный пункт в повестку дня пятьдесят второй сессии Регионального комитета.
5. В целях обеспечения немедленного выполнения этой резолюции Региональный директор мобилизовал ресурсы Регионального бюро для удовлетворения этих требований, предоставляя возможность Бюро осуществить деятельность по двум основным направлениям:
  - (а) начало систематического сбора информации о конкретных примерах того, как система здравоохранения рассматривает вопросы бедности и здоровья в европейских государствах-членах; и
  - (б) подготовка к стимулированию ведущегося процесса научных обзоров, направленного на анализ и распространение знаний о бедности и ее политических последствиях для систем здравоохранения в Европейском регионе.
6. Эта деятельность осуществляется главным образом Европейским бюро ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, расположенным в Венеции. Начальные результаты первого направления действий изложены ниже. Научное рассмотрение путей, ведущих к бедности и плохому здоровью в Европейском регионе, будет начато в 2003 г.

## Цели настоящего документа

7. Целями настоящего документа являются:
- предоставить краткое описание шагов, предпринятых в 2002 г. для выполнения резолюции EUR/RC51/R6;
  - дать описание основных областей практических действий и вопросов, рассмотренных системами здравоохранения, в рамках двенадцати отобранных тематических исследований в десяти государствах-членах;
  - кратко изложить основные выводы работы, проделанной до настоящего времени; и
  - предложить ряд основных мер, которые могут быть приняты Региональным бюро в будущем в сотрудничестве с государствами-членами в области бедности и здоровья в рамках резолюции EUR/RC51/R6.

## Принятые методология и процесс

8. Действия на ответ на резолюцию EUR/RC51/R6 заключаются в начале процесса систематического сбора, проверки, анализа и распространения информации о конкретных действиях, предпринимаемых в настоящее время в государствах-членах по рассмотрению широкого диапазона вопросов, связанных с ролью систем здравоохранения в уменьшении бедности и улучшении здоровья бедных людей. Этот процесс является открытым, и в нем принимают участие государства-члены, технические подразделения и программы Регионального бюро, а также сотрудники по связям со странами. Были также установлены связи с сотрудниками специализированных средств массовой информации, специалистами здравоохранения, неправительственными организациями, работающими в этой области, и научным сообществом.

9. Этот процесс был начат Региональным директором, который предложил всем государствам-членам указать соответствующие инициативы, предпринятые их системами здравоохранения для рассмотрения конкретных аспектов бедности и здоровья. Были проведены также консультации с экспертами как в странах, так и в ВОЗ. В результате этого была отобрана серия из 12 тематических исследований. Эти тематические исследования были проведены и написаны специально составленной группой профессиональных научных журналистов. Каждое тематическое исследование направлено на то, чтобы дать фактическое описание деятельности, предпринятой государством-членом, и документировать фактические данные о том, что система здравоохранения может предпринять эффективные действия в этой сложной области. Тематические исследования не обязательно являются примерами “наилучшей практики” или новшеств. Тем не менее, они служат для документального подтверждения направления, в котором деятельность в настоящее время осуществляется в европейских странах. Содержание тематических исследований было проанализировано и проверено на совещании экспертов, организованном Региональным бюро при любезной поддержке Федерального министерства здравоохранения Германии (Дюссельдорф, 18–19 апреля 2002 г.). Состав участников совещания представлял собой междисциплинарную группу экспертов из областей общественного здравоохранения, политики и исследований, связанных с бедностью, а также из средств массовой информации, неправительственных и межправительственных организаций.

## Вопросы, охваченные тематическими исследованиями

10. Список тематических исследований, отобранных на 2002 г., приводится в Приложении 1. Участники пятьдесят второй сессии Регионального комитета получают также резюме основных результатов двенадцати тематических исследований (на четырех рабочих языках Европейского региона ВОЗ) и полный текст тематических исследований (только на английском языке).

11. При отборе этой первой серии тематических исследований главная цель состояла в том, чтобы четко определить, на какие конкретные аспекты бедности и плохого состояния здоровья могут быть направлены непосредственные действия в рамках системы здравоохранения. В соответствии с этим двенадцать тематических исследований могут быть сгруппированы под четырьмя широкими заголовками.

## **Доступность основных служб здравоохранения**

12. Эти тематические исследования описывают действия, предпринятые для понижения или устранения финансовых препятствий для доступа к службам здравоохранения. В результате анализа тематических исследований под этим заголовком на совещании экспертов 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 возможности позволить себе услуги здравоохранения, в которых они нуждаются, когда заболевают, так что они откладывают обращение за помощью до тех пор, пока их болезнь не станет более серьезной или хронической и, следовательно, начнет оказывать влияние на их средства к существованию. Во-вторых, они могут быть вынуждены начать искать финансовые ресурсы либо для оплаты услуг, либо для покрытия косвенных расходов, связанных с использованием услуг (или и тех, и других). В этих обстоятельствах люди могут быть вынуждены брать ссуды, залезать в долги, продавать недвижимость или принимать другие меры, которые делают их либо бедными, либо более уязвимыми для бедности. Следовательно (прямые или косвенные) расходы, связанные с услугами в отношении здоровья, действительно могут подтолкнуть людей к бедности или углубить уже существующую бедность. Когда это происходит, сама система здравоохранения становится одной из причин бедности. Для преодоления или избежания этой проблемы государства-члены изучают вопрос о том, как финансируются основные службы здравоохранения, и пытаются обеспечить такое положение, при котором требования оплаты не предотвращают использования услуг здравоохранения, когда они необходимы. Анализ тематических исследований в этом “кластере” показывает, что необходимо также рассмотреть вопрос о том, как структурирована и регулируется система здравоохранения, чтобы обеспечить такое положение, при котором функционирование системы не препятствует работе людей и их средствам к существованию.

13. Два тематических исследования иллюстрируют практические мероприятия по рассмотрению этой проблемы. Исследование из Франции сосредоточено на системе здравоохранения на национальном уровне, где расходы на некоторые услуги не покрываются для некоторых уязвимых групп населения, тогда как процедуры для требования возмещения расходов для других являются столь сложными и/или стигматизирующими, что многие люди отказываются от требования возмещения. Практические меры включили изменение закона и национального регулирования. 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.

14. В тематическом исследовании из Кыргызстана рассматриваются вопросы финансирования системы здравоохранения, включая оплату специалистов здравоохранения и плату пациентов, – т.е. вопросы, с которыми сталкиваются многие европейские государства-члены. В нем документирована попытка уменьшить проблему непредсказуемых расходов на медико-санитарную помощь (в виде незаконной оплаты услуг пациентами) посредством внедрения четкой совместной оплаты за стационарное лечение, а также посредством повышения общей открытости системы. Несмотря на то, что это тематическое исследование анализирует пока еще несовершенное решение сложных аспектов финансирования медико-санитарной помощи, оно иллюстрирует меры, которые имеют тенденцию к уменьшению непредсказуемости расходов на медико-санитарную помощь, одновременно предоставляя дополнительные ресурсы для очень бедных людей.

## **Отсутствие культурного и/или географического доступа к услугам здравоохранения**

15. Даже когда услуги здравоохранения являются официально бесплатными, как в случае многих профилактических услуг (таких как услуги, предназначенные 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, а также для маргинализированных групп, в частности. Некоторые слои общества в действительности могут быть исключены из использования услуг, в которых они нуждаются, и их здоровье может страдать в долгосрочном плане, подталкивая их далее в порочный круг плохого здоровья и бедности. Согласно анализу тематических исследований в этом кластере, практические меры по рассмотрению этого вида проблем могут включать:

- организационные изменения, такие как отраженные в тематических исследованиях Германии и Польши, обеспечивающие услуги по оказанию помощи маргинализированным группам или труднодоступным группам сельского населения вместо того, чтобы ожидать, когда они сами обратятся за этими услугами;
- адаптация времени предоставления услуг и укомплектование кадрами служб для соответствия религиозной или культурной практике, а также подготовка или принятие на работу сотрудников с дополнительными лингвистическими и культурно-антропологическими навыками для преодоления коммуникационных барьеров, как описано в тематических исследованиях из Италии и Хорватии;
- развитие профессиональных навыков и обеспечение руководства/правил в отношении равных возможностей для укрепления позиций профессиональных сотрудников при работе с более бедными пациентами и прекращения очевидной дискриминации, как изложено в тематическом исследовании из Венгрии.

## **Бедность и более широкие детерминанты здоровья**

16. “Болезни ложатся тяжелым бременем на экономическое развитие ... однако экономическое развитие требует большего, чем просто здоровые люди ... Экономическое развитие является многосекторальным процессом, и стратегия экономического развития должна строиться на широком диапазоне социальных инвестиций, а также стратегий поощрения деловых инвестиций частного сектора” (3).

17. Если отсутствуют условия, необходимые для реализации потенциала человека (например, занятость, хорошее жилье, безопасность), система здравоохранения может излечивать пациентов только в том случае, если они обращаются к ней, когда снова заболевают. Но могут ли системы здравоохранения содействовать экономическому развитию в его широком смысле?

18. 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 повышения их дохода находится за пределами их сферы влияния. Однако некоторые из полученных тематических исследований показывают, что при творческом подходе можно разработать способы, с помощью которых система здравоохранения может оказывать серьезное влияние. Однако, чтобы обеспечить уменьшение бедности, часто необходимо формировать партнерские отношения с органами или учреждениями за пределами сектора здравоохранения.

19. Три тематических исследования попадают в эту категорию. Одно из них на тему “Пригодность для работы”, проведенное в Ньюхэме, Соединенное Королевство, связано с политической инициативой правительства по уменьшению неравенств 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. Одно учреждение этого вида (Ньюхэм в Лондоне) преднамеренно предпринимает попытки стимулировать занятость и предоставить возможности для работы в бедной общине, которую оно обслуживает, например, посредством создания систем подготовки “возвращение на работу” и путем поощрения местного найма на вакантные должности в НСЗ. Оно также использует свою значительную покупательную способность для приобретения товаров и услуг от поставщиков в близлежащих находящихся в невыгодном положении районах, стимулируя тем самым местную экономику.

20. Также в Соединенном Королевстве тематическое исследование из Блэкпула дает свидетельство преимуществ организации в местах первичной медико-санитарной помощи оказания консультативных услуг по правам социального обеспечения и по вопросам задолженности. В стране ежегодно остаются невостребованными миллионы фунтов стерлингов из государственной системы выплат по социальному обеспечению. Исследования показывают, что это может быть связано с тем фактом, что процедуры получения выплат воспринимаются как трудные или, особенно в случае пожилых пациентов, с тем, что люди не любят обращаться за тем, что они считают “милостыней”, даже несмотря на то, что они имеют законное право на получение таких выплат. Невостребованные пособия включают поддержку дохода, пособия по нетрудоспособности и инвалидности и пособия на оплату услуг лиц, которые ухаживают за пациентами на дому. Подготовленные по вопросам прав социального обеспечения работники проводят сессии в медицинских пунктах, в которых они оценивают возможности пациентов обращаться за пособиями и помогают им потребовать то, что им причитается. Они также ведут переговоры от имени пациентов с различными установленными законом учреждениями, если пациент имеет большой долг (например, с местным жилищным департаментом в случае задержки выплаты квартплаты). В последние годы инициативы, такие как описанные в исследовании из Блэкпула, помогли каждому пациенту, получить сотни фунтов стерлингов и часто выплата таких пособий после первого заявления продолжают в течение нескольких лет. Этот вид инициатив, следовательно, является прямым путем к увеличению доходов бедных людей, помогая в то же время социальным программам достичь их целевые группы населения. Воздействие инициатив, таких как одна из них, описанная в тематическом исследовании в Блэкпуле, часто не ограничивается только очень бедными людьми, они могут быть также выгодными для людей со средними доходами, которые являются хронически большими и которые могут потерять доход – и стать бедными – из-за того, что они вынуждены платить за транспорт или “помощь на дому”.

21. “Висячие сады” Санкт-Петербурга в Российской Федерации являются другим примером прямого решения вопросов бедности и ее детерминант. Тематическое исследование показывает, что группы “гражданского общества” могут помочь уменьшить нехватку продуктов и плохое питание, работая в партнерстве с установленными законом учреждениями, неправительственными организациями и местной общиной над улучшением доступа к снабжению свежими фруктами и овощами для бедных общин. Действуя таким образом, эти группы также создают возможности для развития экономической деятельности.

### **“Болезни бедности”**

22. Считается, что несколько серьезных заболеваний, таких как малярия, ВИЧ/СПИД, туберкулез и детские болезни, являются основными опасностями для здоровья, влияющими на экономический рост многих стран. В то же время существует ряд эффективных мероприятий в области здравоохранения для преодоления таких опасностей для здоровья (4).

23. Два тематических исследования конкретно ориентированы на так называемые “болезни 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 создает сети социальной поддержки и поддержки в области питания для туберкулезных больных. Используя в качестве основы стратегию краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS), этот

имеющий два направления подход помогает повысить эффективность лечения туберкулеза особенно в бедной части общины.

24. Тематическое исследование из Республики Молдова касается правил, регулирующих лечение инфекционных болезней, передаваемых половым путем (обязательное стационарное лечение и соответствующие процедуры прослеживания контактов), которые часто приводят к тому, что пациенты теряют работу и иногда жилища, – следовательно, подталкивают их еще глубже в пропасть бедности. Практические меры включают изменение национальной практики, а также новые виды лечения и протоколы прослеживания.

## **Выводы**

25. В результате анализа этих отобранных 12 тематических исследований, проведенного на совещании экспертов в 2001 г., был сделан ряд выводов. Три основных вывода изложены ниже.

### **Система здравоохранения может предпринять эффективные действия**

26. Проблема бедности и здоровья, хотя и отличается по масштабам и связям с бедностью, присутствует во всех государствах-членах. Тематические исследования дают четкое подтверждение того, что система здравоохранения может предпринять действия на различных уровнях – от разработки политики на национальном уровне до практических мер на местах. В настоящее время нет систематического сбора информации, документации и оценки способов, с помощью которых системы здравоохранения могут улучшить результаты в отношении здоровья посредством рассмотрения вопросов, связанных со здоровьем бедных людей и более маргинализированных групп общества. Поэтому практику проведения тематических исследований следует продолжить и расширить, при этом больше тематических исследований получить от других государств-членов. Их следует включить в “Европейский банк данных тематических исследований”, предоставляющий фактические данные (на пользу всем государствам-членам) об эффективных действиях, которые могут предпринять системы здравоохранения для уменьшения воздействия бедности на здоровье. Это отвечает четкому требованию государств-членов, которые уже предложили предоставить им информацию и знания в этой конкретной области.

### **Сама система здравоохранения может быть проблемой**

27. В некоторых обстоятельствах система здравоохранения может стать препятствием и непреднамеренной причиной бедности, или же увеличивать бедность. Поэтому важно иметь информационную систему, которая может выявлять эту проблему сразу же по мере ее появления. Следует предложить также системам здравоохранения проводить регулярные обзоры своей эффективности и своей законодательной основы, а также оценивать свое воздействие при рассмотрении различных аспектов проблемы бедности и здоровья. Подобно этому, следует периодически рассматривать организацию служб здравоохранения, оказания лечения и помощи, а также доступ к ним в конкретной стране, с тем чтобы обеспечить такое положение, при котором они не будут отрицательно влиять на бедных людей.

### **Развитие навыков и знаний, а также мобилизация ресурсов**

28. Несмотря на тот факт, что проблема бедности и ее воздействия на здоровье становится областью все большего внимания в европейских государствах-членах, в большинстве случаев системы здравоохранения не имеют адекватных кадровых и финансовых ресурсов для рассмотрения этой сложной области. Знания о воздействии бедности и здоровья на целый ряд вопросов больничного и медицинского лечения болезней, связанных с бедностью, профилактики болезней и укрепления здоровья, не включены в учебные планы или подготовку персонала здравоохранения. Таким образом, помимо мобилизации финансовых ресурсов, необходимо в

неотложном порядке развивать навыки и знания среди профессиональных работников систем здравоохранения европейских государств-членов.

29. И наконец, участники совещания экспертов работали также над уточнением критериев, используемых для отбора тематических исследований. Они рекомендовали, чтобы содержание и формат отобранных тематических исследований по-прежнему были научно обоснованными, чтобы они были написаны интересным и увлекательным стилем, описывающим опыт людей (помимо действий, предпринятых системой здравоохранения), а также чтобы они представляли точные данные и информацию о конкретных проблемах, связанных с бедностью и здоровьем, и о том, что делает система здравоохранения для их решения. В частности, продолжение систематического сбора, проверки, анализа и распространения информации, содержащейся в тематических исследованиях, должно характеризоваться критериями, кратко изложенными в Приложении 2. Еще одним результатом этого совещания было определение числа “недостающих” областей, не охваченных первоначальной группой из двенадцати тематических исследований, включая, в частности, ситуации, связанные с бедностью в сельских районах. Участники совещания экспертов обсудили также необходимость инвестиции ресурсов в эффективную стратегию распространения и использования тематических исследований для разнообразных целей (в том числе для подготовки и развития навыков).

## Предлагаемые следующие шаги

30. В соответствии с результатами совещания экспертов несколько направлений деятельности считаются надлежащими и уместными для заполнения информационного пробела и развития необходимых знаний в этой области, которая имеет все большее значение для всех государств - членов Европейского региона. Эти рекомендации изложены ниже и содержатся в прилагаемом проекте резолюции (EUR/RC52/Conf.Doc./4). Ими являются:

- (а) продолжить процесс составления, анализа и распространения информации о взаимосвязи между бедностью и здоровьем и, в частности, систематический сбор, проверку и распространение тематических исследований о конкретной роли системы здравоохранения в рассмотрении вопросов, связанных с бедностью и здоровьем;
- (б) создать банк данных Регионального бюро о тематических исследованиях, описывающих эффективные действия, предпринятые системами здравоохранения государств-членов в Европейском регионе по укреплению здоровья и благополучия бедных людей и наиболее уязвимых групп;
- (в) оказать помощь государствам-членам в обеспечении краткой и четко представленной фактической информации, которая могла бы улучшить разработку политики при решении вопросов бедности и здоровья, включая показатели для оценки инициатив;
- (г) использовать имеющиеся ресурсы и мобилизовать новые ресурсы для развития деятельности, связанной с бедностью и здоровьем, включая оказание технической помощи государствам-членам в виде подготовки и развития навыков;
- (д) работать в тесной связи с другими соответствующими учреждениями (как межправительственными, так и неправительственными), действующими в этой области, с целью составления полных регулярных отчетов о ситуации в отношении бедности и здоровья в Европейском регионе и мониторинга прогресса;
- (е) организовать надлежащую дискуссию и обмен знаниями между политиками в области здравоохранения, в социальной области и других областях и практиками, участвующими в инициативах по решению проблемы бедности и здоровья.

Приложение 1

**СПИСОК ТЕМАТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ОТОБРАННЫХ НА 2002 Г.**

Тематические исследования, отобранные на 2002 г., описывают самые разнообразные инициативы. Они не только являются уместными в их собственном контексте, но и представляют собой хорошие модели, которые могут быть приняты и применены в других частях Региона.

Германия	Модель Майнца для оказания медико-санитарной помощи бездомным.
Венгрия	Уважение к бедным: больницы и санатории в Будапеште, где бедные и бездомные люди проходят лечение в условиях необычного, но дружелюбного уважения, укрепляющего их самооценку и помогающего им решить социальные проблемы.
Италия	От плохой информированности и пренебрежения к признанию и помощи: решение проблемы иммигрантов и бездомных людей в Риме.
Кыргызстан	Уменьшение индивидуальных выплат и увеличение солидарности: национальное решение для преодоления проблемы незаконной оплаты услуг, обращая особое внимание на уменьшение этой проблемы в бедных сельских общинах.
Польша	Системы здравоохранения г. Лодзь самостоятельно мобилизуются для оказания помощи бездомным.
Республика Молдова	От сегрегации и потери дохода к оказанию помощи и социальному включению: культурные и правовые изменения для лечения инфекций, передаваемых половым путем в Республике Молдова.
Российская Федерация	Остановить туберкулез: обеспечение стимулов для заключенных, бедных и социально маргинализованных групп.
Российская Федерация	“Висячие сады” Санкт-Петербурга: улучшение питания и продовольственного обеспечения в городских условиях.
Соединенное Королевство	“Лечение” проблем лишения и социального исключения: Бюро консультативной помощи гражданам в группе первичной медико-санитарной помощи Блэкула.
Соединенное Королевство	“Пригодность для работы”: системы здравоохранения, поддерживающие занятость и возрождение в Восточном Лондоне.
Франция	Дополнительный охват страхованием здоровья: достижение самых бедных.
Хорватия	Ликвидация препятствий для коммуникаций в службах медико-санитарной помощи и профилактики болезней для кочевого населения: опыт Средиземноморского округа.

Приложение 2

**РЕЗЮМЕ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ РАЗБИВКИ ПО КАТЕГОРИЯМ ТЕМАТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРЕДЛОЖЕННОМ ЕВРОПЕЙСКОМ БАНКЕ ДАННЫХ**

Критерий	Вопрос, подлежащий рассмотрению
Релевантность	Рассматривает ли описанная в тематическом исследовании инициатива вопросы, которые относятся к нынешним проблемам общественного здравоохранения, связанным с бедностью и здоровьем?
	Содействует ли прямо или косвенно инициатива уменьшению/облегчению бедности?
Повторимость	В какой степени эта инициатива может быть повторена в других условиях?
	Имеются ли какие-либо основные предварительные условия для повторимости?
Адекватность	Представлено ли тематическое исследование таким образом, который является полезным для основной целевой аудитории?
	Какие аспекты инициативы необходимо документировать для улучшения понимания того, о чем идет речь в этой инициативе?
Устойчивость	В какой степени описанная в тематическом исследовании инициатива является устойчивой в краткосрочном, среднесрочном и долгосрочном плане?
Обоснованность	Имеются ли данные, иллюстрирующие воздействие этой инициативы?
	Какие основные уроки извлечены из этой инициативы?
	Имеется ли какая-либо непоследовательность в представленной информации?
	Имеется ли открытый отчет о том, как информация, связанная с тематическим исследованием, собиралась и использовалась?
	Имеются ли какие-либо аспекты бедности и здоровья, связанные с тематическим исследованием, которые не были охвачены в его описании? В какой степени их следует далее изучить?
	Имеются ли какие-либо “побочные эффекты”, будь то положительные или отрицательные, связанные с этой инициативой?

### Приложение 3

#### ССЫЛКИ

1. Лидеры всего мира приняли “Декларацию тысячелетия Организации Объединенных Наций” по завершении чрезвычайного трехдневного саммита. Нью-Йорк, Департамент общественной информации Организации Объединенных Наций, 8 сентября 2000 г. (пресс-релиз GA/9758, имеется на сайте: [www.un.org/News/Press/docs/2000/20000908.ga9758.doc.htm](http://www.un.org/News/Press/docs/2000/20000908.ga9758.doc.htm), доступ произведен 11 июня 2002 г.)
2. Президенты Буш и Ширак объявили о недавнем увеличении помощи на конференции по финансированию в целях развития. Нью-Йорк, Департамент общественной информации Организации Объединенных Наций, 22 марта 2002 г. (пресс-релиз DEV/M/14, имеется на сайте: <http://www.un.org/ffd/pressrel/22b.htm>, доступ произведен 11 июня 2002 г.)
3. Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.
4. ВОЗ призывает к массовым усилиям против болезней бедности. Женева, Информационное бюро ВОЗ, 3 октября 2000 г. (пресс-релиз WHO/2000/63, имеется на сайте: <http://www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-63.html>, доступ произведен 11 июня 2002 г.).