



World Health Organization  
Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 39 17 17 17.  
Fax: +45 39 17 18 18.

E-mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Web site: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Концепции и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Часть 1



# Концепции и принципы преодоления социального неравенства в отношении здоровья:

## *Восходящее выравнивание Часть 1*

Margaret Whitehead  
Göran Dahlgren

Сотрудничающий Центр ВОЗ  
по исследованию политики в области  
социальных детерминантов здоровья  
Ливерпульского университета

WHOLIS E89383



Исследования социальных и экономических детерминантов здоровья населения, № 2

**Концепции и принципы преодоления социального  
неравенства в отношении здоровья:**

***Восходящее выравнивание.  
Часть 1***

**Margaret Whitehead  
Göran Dahlgren**

Европейское региональное бюро ВОЗ – одно из шести региональных бюро в мире, каждое из которых имеет свою программу связанную с определенными проблемами здравоохранения в странах, которые оно обслуживает. Европейский регион охватывает около 870 млн человек и простирается от Гренландии на севере до Средиземноморья на юге и до берегов Тихого океана в Российской Федерации. Таким образом, Европейская программа ВОЗ особое внимание уделяет как проблемам индустриальных и постиндустриальных обществ, так и проблемам новых демократических государств Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

Чтобы обеспечить самый широкий доступ к авторитетной информации и рекомендациям по вопросам здравоохранения, ВОЗ заботится о распространении своих публикаций во всем мире, поощряя их перевод и подготовку адаптированных изданий. Литература ВОЗ способствует охране и укреплению здоровья населения во всех странах, помогает предупредить болезни и бороться с ними, внося таким образом, свою лепту в достижение главной цели Организации – наивысшего возможного уровня здоровья для всех людей.

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

Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, координирующий деятельность, которая привела к появлению этой публикации, учрежден Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве и при поддержке Министерства здравоохранения Италии и Области Венето. Одной из его основных обязанностей является обеспечение фактическими данными и организация действий в сфере социальных и экономических детерминантов здоровья. Офис систематически делает обзоры того, что сделано для сведения воедино концепций, научных данных, технологий и политических действий, необходимых для эффективного инвестирования в здравоохранение и достижения согласованности между социальным и экономическим развитием здравоохранения. Офис осуществляет две взаимосвязанных функции:

- мониторинг, обзор и систематизация последствий для политики социальных и экономических детерминантов здоровья населения;
- предоставление государствам-членам Европейского регионального бюро ВОЗ комплекса услуг для расширения их возможностей по инвестированию средств в укрепление здоровья путем изучения политической значимости социально-экономических детерминантов здоровья и их интеграции в программы развития.



**Концепции и принципы преодоления социального  
неравенства в отношении здоровья:**

***Восходящее выравнивание.***

***Часть 1***

**Margaret Whitehead  
Göran Dahlgren**



Письма относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ  
просьба направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Можно также в режиме онлайн заполнить форму для получения докумен-  
тации, информации по вопросам здравоохранения или для разрешения на  
цитирование и перевод на веб-сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Всемирная организация здравоохранения, 2006, переиздание, 2007**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной орга-  
низации здравоохранения разрешает перепечатывать и переводить свои  
публикации частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем ма-  
териалы ни в коем случае не выражают мнения Секретариата Всемирной  
организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны,  
территории, города или района, их правительствах или их государствен-  
ных границах. Пунктирные линии на картах означают приблизительные  
границы, по которым может еще не быть полной договоренности.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изгото-  
вителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им  
предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте. Как пра-  
вило, патентованные наименования выделяются начальными прописными  
буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры  
предосторожности, с тем чтобы проверить информацию, содержащуюся в  
этой публикации. Тем не менее публикуемый материал распространяется  
без каких-либо гарантий, либо выраженных, либо подразумеваемых. За ин-  
терпретацию и использование материала несет ответственность читатель.  
Ни в коем случае Всемирная организация здравоохранения не отвечает за  
возможный ущерб при его использовании. Мнения, выраженные авторами,  
редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения  
и официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

**Ключевые слова:**

ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – СОЦИАЛЬНО-  
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ – ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИКО-  
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ – ЭКОНОМИКА В МЕДИЦИНЕ –  
ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ЕВРОПА



## СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	VII
<i>Предисловие</i>	VIII
<b>Часть А. Концепции</b>	<b>1</b>
В чем разница между различиями в состоянии здоровья и социальным неравенством в отношении здоровья?	2
Справедливость и права человека	3
Несправедливость и неравенство – синонимы	4
Что такое справедливость в отношении здоровья?	5
Неравенство, широко распространенное в Европе	5
Увеличивающийся разрыв в состоянии здоровья	5
Феномен социального градиента	7
Социальное неравенство в отношении доступа к службам здравоохранения	8
Что представляет собой справедливая медико-санитарная помощь?	11
Различные цели достижения справедливости в отношении здоровья и в области оказания медицинской помощи	12
<b>Часть В. Десять принципов для политических действий</b>	<b>15</b>
1. Политика должна быть направлена на восходящее, а не на нисходящее выравнивание	16
2. Три основных подхода к уменьшению социального неравенства в отношении здоровья являются взаимозависимыми и должны дополнять друг друга	16
3. Политика охраны здоровья населения должна преследовать двойную цель – обеспечение улучшения здоровья населения в целом и уменьшение неравенства в отношении здоровья	18
4. Действия должны касаться социальных детерминантов неравенства в отношении здоровья	18

5.	Недостаточно сформулировать политические намерения – следует контролировать действия, которые могут принести вред	19
6.	Выберите соответствующие инструменты для оценки степени неравенства и прогресса в достижении целей	20
7.	Объединяйте усилия, чтобы дать право голоса тем, кто его лишен	20
8.	По мере возможности социальное неравенство в отношении здоровья следует описывать и анализировать отдельно для мужчин и женщин	21
9.	Относительные различия в состоянии здоровья, вызванные этнической принадлежностью, географической обусловленностью и социально-экономическими причинами	22
10.	Системы здравоохранения должны быть построены на принципах справедливости	22
	<b>Резюме</b>	23
	<b>Библиография</b>	25
	<b>Приложение.</b> Пример различий между относительными и абсолютными показателями социального неравенства в отношении здоровья	30

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Этот доклад был подготовлен в тесном сотрудничестве с Европейским офисом ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, находящимся в Венеции. Учтены также советы Группы экспертов по вопросам бедности, неравенства в отношении здоровья и связанных с этим социальных и экономических детерминантов здоровья. Проекты данной публикации и работы на эту же тему, посвященной стратегиям, были представлены на различных совещаниях сотрудников ВОЗ и европейских консультациях, проведенных в Венецианском офисе. На проекты также были написаны анонимные рецензии. Переработка была сделана в соответствии с замечаниями, за которые авторы выражают благодарность, однако только они несут ответственность за окончательный текст и возможные погрешности, которые он содержит. Мы выражаем признательность Jerom M. Rosen за редактирование рукописи, а также Antonella Biasiotto и Cristina Comunian за административную поддержку.



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало в 1990 г. два технических документа: «Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья» [Whitehead, 1990] и последующий, посвященный политике и стратегиям [Dahlgren & Whitehead, 1992]. Целью обоих документов было разъяснение понятия справедливости применительно к здоровью для того, чтобы разработать политику в области здравоохранения. Эти документы были предназначены для лиц, принимающих решения, и практиков, не имеющих отношения к техническим аспектам вопроса. Результатом стало осознание проблемы и ее интенсивное обсуждение в более широкой аудитории. Эти документы обсуждались в Европе, Северной Америке и Австралии, были переведены на 20 языков и включены в обучающие материалы по широкому спектру дисциплин.

Почему мы вновь предпринимаем публикацию документа на эту тему? Во-первых, Европа изменилась с начала 1990-х годов, и социальные разрывы, как в масштабах Европы, так и в пределах отдельных европейских стран во многих отношениях увеличились. Чтобы эффективно ликвидировать проявления социального неравенства, политикам и практикам требуется глубокое понимание текущего состояния данных об основных детерминантах и возможных путях, с помощью которых системы здравоохранения могут противодействовать этим проявлениям в условиях различных стран. За последние два десятилетия значительно возросло наше **концептуальное** понимание всего массива имеющихся данных, особенно касающихся социальных причин неравенства в отношении здоровья. Во-вторых, мы разработали и стали использовать более совершенные и надежные методы оценки неравенства в отношении здоровья. И последнее. Наше знание того, что мы должны предпринять для ликвидации существующих различий, существенно обогатилось, особенно с точки зрения необходимых действий (политика и программа); целенаправленности этих действий (восходящее выравнивание уровня здоровья с учетом уязвимых групп населения), а также **принципов**, которых следует придерживаться в разработке, осуществлении и оценке таких действий (например, активное вовлечение всех заинтересованных сторон на самых ранних этапах).

Европейское региональное бюро ВОЗ всегда было в первых рядах тех, кто поддерживал политику обеспечения справедливости в отношении здоровья. В 2003 г. Бюро подтвердило свои обязательства, открыв Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие (Венецианский офис ВОЗ), деятельность которого сосредоточена на социальных детерминантах здоровья и деятельности систем здравоохранения в этой области. Д-р Danzon, директор Европейского регионального бюро ВОЗ, указал на уменьшение не-

равенства в отношении здоровья как на одну из шести первоочередных задач в работе ВОЗ в Европейском регионе [EUR/RC56/11, Conf.Doc./5].

В глобальном масштабе ВОЗ подтвердила свою приверженность действиям в этой области, создав Комиссию по социальным детерминантам здоровья. Таким образом, обеспечение справедливости в отношении здоровья и социальной справедливости, бесспорно, остаются безусловными приоритетами в работе ВОЗ на глобальном и региональном уровнях, что определяет действия по укреплению систем здравоохранения в целях уменьшения неравенства в отношении здоровья и улучшения состояния здоровья населения.

В целях разработки полезных инструментов и директив для стран по преодолению социального неравенства в отношении здоровья на глобальном и европейском уровнях Венецианский офис ВОЗ пригласил Margaret Whitehead и Göran Dahlgren для того, чтобы они подготовили этот документ о концепции и принципах преодоления социального неравенства в отношении здоровья. Этот документ появился в результате многочисленных консультаций, включая обсуждение его предыдущих версий как на встречах, организованных ВОЗ, так и на международных форумах. Созданию этой окончательной версии очень помогли две европейские консультативные встречи по вопросам того, как поставить в центр внимания социальные детерминанты здоровья и задачу уменьшения неравенства в отношении здоровья. Эти встречи проходили при участии министерств здравоохранения, межправительственных экспертов, учёных и представителей гражданского общества из более 30 государств-членов (Эдинбург, 2006 и Лондон, 2007). Свой вклад в создание этого документа внесли также технические подразделения Европейского регионального бюро ВОЗ и национальные бюро ВОЗ. И наконец, созданию документа помогли критические замечания широкого круга экспертов и разработчиков политики, работающих на международном, национальном и субнациональном уровнях.

Мы надеемся, что наряду с публикацией «Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: восходящее выравнивание. Часть 2» [Dahlgren & Whitehead, 2007] эта работа поможет лицам, принимающим решения, в их усилиях по преодолению социального неравенства в отношении здоровья в быстроменяющейся Европе.

Erio Ziglio,  
Директор,  
Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие



**ЧАСТЬ А.  
КОНЦЕПЦИИ**

---

## Часть А. Концепции

### В чем разница между различиями в состоянии здоровья и социальным неравенством в отношении здоровья?

Социальное неравенство в отношении здоровья находится в центре внимания данной публикации. Такое неравенство касается систематических различий в состоянии здоровья различных социально-экономических групп. И что это конкретно влечет за собой? В любой стране наблюдаются различия в состоянии здоровья населения. Генетические и конституциональные вариации приводят к тому, что здоровье индивидуумов различается, как это происходит в отношении любых других физических характеристик. Распространенность плохого состояния здоровья также варьируется в различных возрастных группах с тенденцией ухудшения здоровья у более пожилых по сравнению с молодыми из-за естественного процесса старения. В старых промышленных странах женщины на любом этапе жизни имеют биологическое преимущество выживания по сравнению с мужчинами. В жизни каждого человека определенную роль играет шанс, и удача решает, какой индивидуум избежит того или иного инфекционного заболевания или фактора риска, а какой ему поддается.

Три отличительные особенности, будучи объединенными, превращают эти простые вариации, или различия, в социальное неравенство в отношении здоровья. Эти отличительные особенности являются *систематическими, социально обусловленными* (и поэтому поддающиеся изменению) и *несправедливыми*.

Первая особенность — систематическая модель различий в здоровье. Эти различия не имеют случайного характера, а демонстрируют устойчивую модель применительно ко всему населению. Один из наиболее ярких примеров — это систематические вариации в состоянии здоровья различных социально-экономических групп. В последующих разделах будет показано, что по мере ухудшения социального положения увеличиваются заболеваемость и смертность. Эта социальная модель заболеваемости является универсальной, хотя ее масштабы и распространенность варьируются от страны к стране.

Вторая особенность состоит в том, что различия в состоянии здоровья в большей степени порождены социальными процессами, и не являются

биологически обусловленными. Например, не существует закона природы, согласно которому дети из бедных семей должны умирать в два раза чаще, чем дети из богатых семей [Blane et al., 1993], поэтому эта несправедливость в отношении здоровья не является устойчивой или неизбежной. По крайней мере, теоретически если социальные процессы порождают эти различия в отдельной стране, то они поддаются изменению путем согласованных действий самой страны.

Третья особенность заключается в том, что социальное неравенство относится к тому типу различий, которые, по общему мнению, являются неприемлемыми, потому оно порождается и поддерживается, по словам Evans и Peters [2001], «несправедливым социальным устройством», оскорбляющим общепринятое понятие справедливости. Конечно, это зависит от того, какое значение вкладывают разные люди в слово «*несправедливость*». Несмотря на то что понятие несправедливости может в некоторой степени варьироваться, его общий смысл во многом сохраняется. Например, большинство людей (если не все) в европейских странах разделяют точку зрения, что у всех детей независимо от социальной группы должен быть одинаковый шанс на выживание. В целом считалось бы несправедливым, если бы у детей из некоторых социально-экономических групп шанс выжить был намного меньше, чем у других. Это один из примеров всеобщей озабоченности в Европе тем, как связать справедливость с правами человека.

### **Справедливость и права человека**

Предубеждение и дискриминация, которые ведут к различиям в доступе к ресурсам и возможностям здравоохранения для социальных групп, являются несправедливыми. Это выражается в том, какое место здоровье занимает среди *прав человека*: обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав любого человека в обществе [WHO, 1946]. Здоровье также является уникальным ресурсом для достижения других целей в жизни, таких, как образование и занятость. Здоровье, таким образом, — это путь, обеспечивающий свободу индивидуумов и обществ [Sen, 2000].

Поэтому обществу важно распределять ресурсы здравоохранения справедливо, чтобы доступ к ним был обеспечен каждому. Существование явных социальных различий в состоянии здоровья и его детерминантах (как будет показано в последующих разделах) идет вразрез с общепринятым представлением о справедливости и законности [Daniels, Kennedy & Kawachi, 2000].

В сегодняшней Европе нет необходимости выяснять, какие социальные различия в состоянии здоровья справедливы, а какие — нет. По существу, все систематические различия в состоянии здоровья различных социально-экономических групп в стране могут считаться несправедливыми и поэтому классифицироваться как *неравенство в отношении здоровья (health inequities)*. Для их существования нет биологических причин, и совершенно ясно, что даже систематические различия в образе жизни социально-экономических групп в значительной мере формируются структурными факторами. Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что социальные и экономические факторы, а также факторы окружающей среды и уровень жизни, на который они структурно влияют, прямо или косвенно порождают социальное неравенство в отношении здоровья. Все эти детерминанты социального неравенства поддаются изменению.

В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах понятие здоровья осознанно используется в контексте условий жизни человека [Kälin et al., 2004]. В практических целях в качестве показателя наивысшего уровня здоровья, которого *можно достичь* в любом обществе и на достижение которого должна быть направлена политика устранения несправедливости, можно принять состояние здоровья людей из групп, находящихся в наиболее благоприятном положении.

### **Несправедливость и неравенство — синонимы**

Во всех ранее написанных работах авторов этой публикации использовалось словосочетание *неравенство в отношении здоровья (inequities in health)*, в то же время объяснялось, что в некоторых странах, особенно в Соединенном Королевстве, это же значение вкладывается в понятие *несправедливость в отношении здоровья (inequalities in health)*. В последующие годы увеличилось число стран, принявших британскую терминологию, что нашло отражение в названии Саммита ЕС по преодолению несправедливости в отношении здоровья, проходившего в 2005 г. Тем не менее, в соответствии с другими документами ВОЗ в данной публикации продолжает использоваться словосочетание *социальное неравенство в отношении здоровья (social inequities in health)*. И все же авторы хотят подчеркнуть, что в сфере здравоохранения выражение *социальное неравенство в отношении здоровья* подразумевает те же различия, которые являются *несправедливыми и неправомерными*. И действительно, в некоторых европейских языках существует только одно слово для обозначения этих двух терминов, и при переводе разграничения между ними нет.

### **Что такое справедливость в отношении здоровья?**

Если неравенство в отношении здоровья неправомерно и необоснованно, что же значит противоположное понятие: *справедливость в отношении здоровья (equity in health)*? Оно тесно связано с основными правами человека и содержится во всех важнейших документах ВОЗ, будь то материалы, относящиеся ко времени начала деятельности организации в 1940-х годах или резолюции XXI века. В Уставе ВОЗ [WHO, 1946], провозглашенном еще в 1946 г., говорится: «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения».

Вторя этому благому пожеланию почти 60 лет спустя, можно сказать, что справедливость в отношении здоровья означает, что в идеале каждый может достичь своего наивысшего потенциала здоровья и что при этом никто не должен находиться в неблагоприятных условиях из-за социального положения и других социально обусловленных обстоятельств.

Эти слова относятся к *каждому человеку*, а не только к самым неблагополучным слоям населения. Таким образом, усилия по обеспечению социальной справедливости в отношении здоровья направлены на создание возможностей и устранение барьеров для достижения потенциала здоровья для *всех* людей. Это подразумевает справедливое распределение ресурсов, необходимых для сохранения здоровья, справедливый доступ к существующим возможностям и справедливую помощь людям, когда они болеют.

Результатом этих усилий будет постепенное сокращение всех систематических различий в состоянии здоровья между различными социально-экономическими группами. И как итог — устранение неравенства путем *восходящего выравнивания* состояния здоровья, доводя до уровня находящихся в наиболее благоприятном положении.

### **Неравенство, широко распространенное в Европе**

#### **Увеличивающийся разрыв в состоянии здоровья**

Можно привести много примеров систематических различий в состоянии здоровья между различными социальными группами в странах Европы. Во всех европейских странах у групп населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, здоровье хуже, а смертность выше. Это проявляется в значительных различиях в ожидаемой продолжительности жизни



у лиц, находящихся на противоположных крайних ступенях социальной лестницы. В Шотландии, например, ребенок, родившийся в наиболее неблагоприятном районе Глазго, по оценкам, проживет на 10 лет меньше, чем ребенок, живущий в самом богатом районе [Acheson et al., 1998]. В Эстонии начиная с 1989 и до 2000 г., в переходный постсоветский период, чрезвычайно увеличился разрыв в показателях смертности между группами населения с самым высоким и самым низким уровнем образования. В 2000 г. 25-летний выпускник с высшим образованием, по оценкам, мог прожить на 13 лет дольше, чем мужчина того же возраста с самым низким уровнем образования [Leinsalu, Vagero & Kunst, 2003].

Показательны примеры из северной и южной частей Региона. В Нидерландах, например, наблюдается 5-летний разрыв в ожидаемой продолжительности жизни и 13-летний разрыв в ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности у мужчин из групп с самым низким и самым высоким уровнем образования [van der Water, Boshuizen & Perenboom, 1996]. Точно так же в Финляндии у женщин из группы с самым низким уровнем образования ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности на 8 лет меньше, чем у женщин с самым высоким уровнем образования [Valkonen et al., 1994]. Более того, исследования, проведенные в Турине, Италия, показали, что на юге, несмотря на то что за последние 30 лет смертность уменьшилась во всех социально-экономических группах, это наименее выражено у мужчин и женщин с наиболее низким уровнем образования и у мужчин с худшими жилищными условиями [Marinacci et al., 2004].

Впечатляют два примера из Франции. Разница в ожидаемой продолжительности жизни между 35-летним работником неквалифицированного физического труда и служащим (*cadre supérieur*) того же возраста составляет около 9 лет. Показатели преждевременной смертности (до 54 лет) говорят о том, что работники, занимающиеся неквалифицированным физическим трудом, умирают преждевременно от диабета в 4 раза чаще, чем служащие; разница достигает десятикратного размера при циррозе и алкогольном психозе [Mesrine, 1999; Jouglu et al., 2000].

Глубокую озабоченность вызывает ситуация в отношении здоровья в странах Центральной и Восточной Европы. В Российской Федерации после экономических и политических потрясений начала 1990-х годов наблюдается резкое, действительно беспрецедентное уменьшение ожидаемой продолжительности жизни. Это не затрагивает все слои населения в одинаковой степени. Наибольший удар пришелся на менее образованные группы. Фактически с 1990 по 1994 г. шансы на выживание мужчин из групп с наибо-

лее низким уровнем образования были хуже, чем в 1970-х и 1980-х годах. Однако показатели смертности лиц с университетским образованием были ближе к показателям смертности населения западных стран в целом [Shkolnikov, Field & Andreev, 2001].

### **Феномен социального градиента**

Характерно, что по мере ухудшения социального положения наблюдается постепенное, или линейное, ухудшение здоровья, а не просто плохое здоровье у представителей групп, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, и относительно хорошее – у остальных. Этот феномен называется *социальным градиентом* [Marmot, 2004]. Например, в течение ряда лет исследовалось состояние здоровья населения Флоренции, Ливорно и Турина, и результаты ясно показали, что смертность увеличивается линейно по мере роста социального неблагополучия. Это наблюдается как при оценке социального неблагополучия по таким характеристикам индивидуумов, как образование, занятость и принадлежность к социальному классу, так и при оценке неблагополучия района, где они живут [Costa, Spadea & Dirindin, 2002].

Влияние социального градиента на здоровье иногда выражается как *дефицит* здоровья, т. е. число жизней, которые можно было бы сохранить, если у всех групп общества был бы такой же уровень здоровья, как и у наиболее благополучной группы. В качестве примера дефицита здоровья можно привести следующий: если бы у всех работающих мужчин в возрасте 20–64 лет в Англии и Уэльсе были бы такие же показатели смертности, как у мужчин того же возраста, занимающих должности специалистов и менеджеров, то, по оценкам, в начале 1990-х годов мы ежегодно наблюдали бы на 17 000 случаев смерти меньше [Acheson et al., 1998]. Избыточная смертность в самых бедных районах Испании по сравнению с наиболее богатыми, по оценкам, составляет 35 000 случаев смерти в год [Benach & Yasui, 1999]. Аналогичный расчет дефицита для Нидерландов показал, что среднюю заболеваемость и смертность голландского населения можно было бы сократить на 25–50%, если бы показатели заболеваемости и смертности мужчин с самым низким уровнем образования были таким же, как у мужчин с университетским образованием [Mackenbach, 1994].

Существование такого социального неравенства почти во всех странах убедительно свидетельствует о необходимости улучшить общее состояние здоровья населения Региона в целом. Так, например, успехи, достигнутые в увеличении ожидаемой продолжительности жизни для той или

иной страны в целом, сдерживаются значительным неравенством в отношении здоровья, существующим в этой стране.

Тем не менее неравенство указывает на то, в каком масштабе могут быть осуществлены улучшения. Например, она показывает, чего достигли наиболее благополучные группы и чего, таким образом, могут достичь другие группы в данной стране и в данное время. Ярким примером несправедливости является социальное неравенство в состоянии здоровья младенцев и детей. В 1930-х годах данные о значительных различиях в показателях младенческой смертности между богатыми и бедными Стокгольма вызвали обеспокоенность в политических кругах, что привело к принятию программы реформ охраны материнства. В сочетании с более общими социальными и жилищными реформами, нацеленными на улучшение жилищных условий городских семей, осуществление таких программ и реформ привело к сокращению социального неравенства в отношении младенческой смертности [Burstrom, 2004]. Сегодня в Швеции неравенство в отношении младенческой смертности почти ликвидировано, чего удалось достичь не во всех других странах с высокими доходами.

### **Социальное неравенство в отношении доступа к службам здравоохранения**

Одним из нескольких детерминантов социального неравенства в отношении здоровья является недостаточный доступ к основным службам здравоохранения. Этот детерминант может быть не главным, но он является важным, требующим неустанного внимания сектора здравоохранения, стремящегося «навести порядок в своем доме». Более того, бремя платы за медицинские услуги — растущая *причина* бедности, особенно для социально уязвимых групп, — представляет для сектора здравоохранения сферу особой ответственности (и возможностей), где следует действовать эффективно [Ziglio et al., 2003].

С точки зрения подхода *прав человека* основополагающим правом людей является доступ к эффективной медико-санитарной помощи, которая уменьшает их страдания, когда они болевают, защищает их и, самое главное, позволяет предотвратить развитие болезни, а также помогает укреплять здоровье, когда они не больны. Без тех благ, которые дают доступ к службам здравоохранения, улучшая здоровье и избавляя от боли и страданий, вся другая человеческая деятельность лишается смысла. Однако для миллионов людей по всему миру и даже в таком богатом регионе, как Европа, этот доступ оказывается недостаточным для некоторых групп

населения и даже практически недостижимым. Более того, наиболее нуждающиеся часто имеют наименьший доступ к медицинской помощи, что являет собой вопиющий пример несправедливости.

Идея неравенства в отношении доступа к медицинской помощи нашла свое знаменитое воплощение в формулировке «Обратного закона здравоохранения» [Hart, 1971], который гласит: «Доступность качественной медицинской помощи изменяется в обратной зависимости от потребности в ней обслуживаемого населения». Этот так называемый закон Tudor Hart сформулировал, когда исследовал районы угольных шахт в Уэльсе. Размещение служб здравоохранения и качество оказываемой ими помощи были гораздо хуже в более бедных городах, где жили шахтеры, которые страдали профессиональными заболеваниями, чем в процветающих городах, где показатели заболеваемости были гораздо ниже.

Пример Уэльса относится к **географической доступности**, т. е. к размещению и, таким образом, к физической доступности служб здравоохранения в различных частях страны. Исследования, проведенные в Европе, показали значительные различия в географической доступности для различных групп населения. Так, например, исследования, проведенные недавно в Северной Европе, в Швеции, показали, что частнопрактикующих специалистов, финансируемых из общественных фондов, больше всего в самых богатых районах Стокгольма, в то время как в бедных районах шведской столицы ощущается их недостаток [Dahlgren, 1994].

Являются значимыми и два других вида доступности медицинской помощи: **экономическая доступность и доступность с точки зрения культуры**. Какой смысл иметь службы здравоохранения рядом с домом, если нет финансовой возможности пользоваться ими? В таком положении находятся многие городские жители некоторых стран. Ярчайший пример проблемы экономической доступности – это когда людей, нуждающихся в срочной помощи, не принимают в клинику или больницу и оставляют умирать, потому что они не могут заплатить. Такая ситуация очень редко наблюдается в Европе, однако увеличивается число случаев, когда пациенты откладывают обращение за несрочной медицинской помощью по финансовым соображениям. Исследования, недавно проведенные в Бельгии, показали, что пациенты с хроническими болезнями в среднем тратят на медицинскую помощь 23% от потребляемого дохода. Кроме того, треть бельгийского населения заявила, что испытывает трудности с оплатой медицинских услуг, а 8% откладывали обращение за медико-санитарной помощью из-за ее стоимости [Louckx, 2002].

Исследование, проведенное во Франции в 1997 г., также показало, что 600 000 человек не охвачены социальным страхованием для оплаты медицинского обслуживания и что 16% населения не имеют дополнительной страховки. Многие из них откладывают лечение из-за его стоимости. Более того, система оказания неотложной медицинской помощи организована так, что, несмотря на то что очень бедные могут обращаться с просьбой в местный департамент, когда им необходимо лечение, – эта процедура унижительна. В 2000 г. французская система была реформирована, чтобы обеспечить лучшую экономическую доступность медико-санитарной помощи для ранее исключенных слоев населения менее унижительным способом [Ziglio et al., 2003].

Другой аспект, иллюстрирующий проблему экономической доступности, — это, когда люди собирают деньги, чтобы заплатить из своего кармана (включая неформальные платежи), но в результате влезают в долги. Это мы назвали *медицинской ловушкой бедности*, т. е. обнищание, наступающее в результате оплаты медицинской помощи [Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001]. Самые яркие примеры таких ловушек можно обнаружить в развивающемся мире, но это явление получило распространение и в развитых странах, больше в Соединенных Штатах Америки и меньше — в Восточной Европе. Поэтому бремя платежей за основные медицинские услуги и лекарства всегда должно подвергаться анализу, потому что они могут быть значительными, даже если и не приводят к бедности [см. публикацию на эту же тему: Dahlgren & Whitehead, 2007].

Другой тип доступности – *с точки зрения культуры* — связан с приемлемостью и уважением. Существуют ли у некоторых групп населения неприемлемые для них культурные барьеры, препятствующие получению необходимых услуг? Испытывают ли маргинальные группы, такие, как бездомные и доведенные до нищеты пациенты, неприемлемый дефицит уважения и достойного обслуживания со стороны работников здравоохранения? Языковые барьеры и культурные традиции, например, могут препятствовать представителям этнических меньшинств и недавним иммигрантам получать профилактическую и психиатрическую помощь, даже если она оказывается бесплатно. Помимо языковых барьеров существует еще один основной барьер между профессиональными работниками здравоохранения и менее образованными пациентами, когда оказывающие помощь медицинские работники не осознают и не понимают повседневных ограничений в жизни пациентов, полной лишений. Может также наблюдаться различие во внимании, которое оказывается пациентам из наименее благополучных групп, которое ведет к различиям в качестве помощи и отношении.

Также могут наблюдаться *различия в результатах лечения* между различными социально-экономическими группами — например, когда выздоровление после операции идет медленнее у более бедных пациентов или когда лекарственное лечение хронической болезни менее успешно у людей, живущих в неблагоприятных жилищных условиях. Такие различия могут иметь место даже при справедливом обеспечении лечения вследствие социально-экономических условий жизни пациентов. Подобные различия в результатах вызваны неравенством в отношении более широких социальных детерминант здоровья, на которые службы здравоохранения могут влиять лишь в незначительной мере или не влиять вообще. В связи с этим стремление к справедливости в отношении результата лечения не всегда является выполнимым для службы здравоохранения.

### **Что представляет собой справедливая медико-санитарная помощь?**

Имея в виду это потенциальное неравенство в доступности медицинской помощи, ее противоположность – справедливость в области здравоохранения – можно представить как многогранную совокупность идей *о справедливой организации, которая обеспечит равный географический, экономический и культурный доступ к имеющимся услугам для всех при равной потребности в помощи.*

Особую важность при формулировании идеи справедливости в области здравоохранения имеет идея, признающая справедливым различие в *потребностях в службах здравоохранения* у различных социально-экономических групп. Легче всего это проиллюстрировать на примере того, как представители различных социально-экономических групп используют службы здравоохранения и их использование рассматривается в качестве косвенного показателя более широкого понятия доступности. Если показатели использования услуг будут одинаковыми для каждой социально-экономической группы, это необязательно будет указывать на справедливое обслуживание. Наоборот, вероятнее всего, это будет говорить о несправедливом положении дел. Это происходит потому, что, учитывая социальный градиент в состоянии здоровья, у социально-экономических групп более низкого уровня основная потребность в медицинском обслуживании будет выше, и поэтому соответственно, по оценкам, принимая во внимание их повышенную потребность, они должны использовать службы в большей степени, чем группы населения, находящиеся в более благоприятном положении.

Прагматическая цель достижения справедливости в области здравоохранения в отношении вышеуказанного примера будет включать стремление к *равному использованию при равной потребности*. Тем не менее при оценке прогресса в достижении этой цели должна учитываться потребность в помощи. Часть населения, не имеющая четкого представления о какой-либо службе, может воспользоваться своим правом не иметь с ней дела, что приведет к более низким показателям использования для этой группы, чем показывает уровень потребности [Whitehead, 1990]. Это относится к профилактическим скринингам и медицинским осмотрам, проводящимся в национальном масштабе, когда некоторые люди с нежеланием пользуются предоставленным обслуживанием. В этой ситуации заставлять людей пользоваться услугой против их воли будет несправедливо. Однако дальнейшие исследования показали, что причины неиспользования служб кроются в плохой географической доступности или социальных и географических барьерах. И то, что люди, желающие воспользоваться обслуживанием, не могут этого сделать, будет считаться неприемлемым и несправедливым.

### **Различные цели достижения справедливости в отношении здоровья и в области оказания медицинской помощи**

С практической точки зрения важно понимать, что цели достижения справедливости *в отношении здоровья и в области оказания медицинской помощи* различны. Что касается справедливости в отношении здоровья, окончательной целью будет устранение всех систематических различий в состоянии здоровья между социально-экономическими группами, как указано в разделе «Что значит справедливость в отношении здоровья?». Конечной целью достижения справедливости *в области оказания медико-санитарной помощи*, тем не менее, будет стремление приспособить службы здравоохранения к уровню потребности в них, что, скорее всего, приведет к значительным различиям в доступе и использовании служб между различными социально-экономическими группами, при повышенном внимании к группам, находящимся в наименее благоприятном положении и имеющим самую большую потребность.







**ЧАСТЬ В.**  
**ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ ДЛЯ ПОЛИТИЧЕСКИХ ДЕЙСТВИЙ**

---

## Часть В. Десять принципов для политических действий

Концепции справедливости в отношении здоровья включают некоторые прагматические принципы действий в целях уменьшения социального неравенства применительно к состоянию здоровья. Эти десять принципов в качестве общего руководства изложены ниже. Основные принципы анализа причин социального неравенства в отношении здоровья и выбора политики и стратегии для ее уменьшения содержатся в публикации на эту тему [Dahlgren & Whitehead, 2007].

### 1. Политика должна быть направлена на восходящее, а не на нисходящее выравнивание

Вряд ли кто-нибудь может серьезно предложить для ликвидации разрывов в состоянии здоровья снизить уровень более здоровых людей до уровня менее здоровых. Так, например, ухудшение показателей младенческой смертности детей богатых родителей без изменения показателей смертности бедных детей не будет считаться успехом, скорее трагедией, даже если это приведет к уменьшению различий между двумя группами, выраженных только в показателях. Даже оппоненты политики достижения равенства были осведомлены об этой опасности. Таким образом, чтобы было абсолютно ясно, принцип, выдвигающийся в этой работе, подчеркивает, что единственный способ сократить разрывы в состоянии здоровья справедливым образом – это повысить уровень здоровья представителей групп, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, до уровня здоровья представителей благополучных групп. Нисходящее выравнивание не является выбором.

### 2. Три основных подхода к уменьшению социального неравенства в отношении здоровья являются взаимозависимыми и должны дополнять друг друга

В последнее время обсуждались относительные достоинства различных путей борьбы с социальным неравенством в отношении здоровья [Mackenbach et al., 2002; Graham, 2004a]. По существу, тремя основными подходами для оценки и преодоления социального неравенства в отношении здоровья являются: фокусирование только на бедных; уменьшение различий в состоянии здоровья и уменьшение социального неравенства среди всего населения.

- i. **Фокусирование только на бедных.** Это так называемый целевой подход, который оценивает прогресс только в плане улучшения здоровья целевой группы безотносительно к улучшению здоровья населения в целом или представителей наиболее привилегированной группы. С этой точки зрения любое улучшение состояния здоровья представителей групп, находящихся в неблагоприятном положении, может считаться успехом, даже если различия в уровне здоровья богатых и бедных увеличиваются.
- ii. **Уменьшение различий в состоянии здоровья.** Этот подход в качестве исходной точки рассматривает здоровье представителей групп, находящихся в неблагоприятном положении *по отношению* к здоровью остального населения. Цель действий при этом подходе — уменьшить разрывы между самыми неблагополучными и самыми благополучными представителями общества, т. е. неравенство в состоянии здоровья между находящимися на противоположных концах социальной лестницы.
- iii. **Уменьшение социального неравенства среди всего населения.** Этот подход признает, что заболеваемость и преждевременная смертность имеют тенденцию увеличиваться по мере ухудшения социально-экономического положения, а не являются только следствием разрывов в состоянии здоровья между богатыми и бедными. Таким образом, этот подход учитывает население в целом, включая группы со средними доходами, и предполагает уменьшение различий в состоянии здоровья между представителями групп с высокими, средними и низкими доходами, обеспечивая равные возможности здравоохранения для различных социально-экономических групп.

Определение равенства в состоянии здоровья, принятое в этой публикации, призывает рассматривать эти три подхода не только как взаимодополняющие, но и как взаимозависимые. Они должны «перетекать» один в другой. Логически поэтому легко убедиться, что важным первым шагом является улучшение здоровья представителей групп, находящихся в неблагоприятном положении. Тем не менее мы рекомендуем не один только целевой подход, нацеленный исключительно на бедных, а общий, который может включать специфические действия, направленные на улучшение здоровья представителей неблагополучных групп, в такой степени, которая уменьшает существующее социальное неравенство в отношении здоровья. Вторым шагом, уменьшающим различия в состоянии здоровья, является более амбициозная цель – улучшить здоровье бедных более быстрыми темпами,

чем здоровье богатых. Третий шаг – это уменьшение неравенства в отношении здоровья между всеми группами, а не только лицами, находящимися на крайних ступенях социальной лестницы. Однако третий подход не может быть отделен от двух других, поскольку уменьшение различий технически может быть достигнуто путем уменьшения разрывов в состоянии здоровья между представителями средних и высших социально-экономических групп, пренебрегая при этом бедными группами населения и оставляя их уровень здоровья далеко позади. Единственно веским показателем уменьшения социального неравенства среди населения в целом будет улучшение здоровья групп, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, более быстрыми темпами, чем групп со средними и высокими доходами, согласно Принципу 1, выдвинутому выше.

### **3. Политика охраны здоровья населения должна преследовать двойную цель — обеспечение улучшения здоровья населения в целом и уменьшение неравенства в отношении здоровья**

Отдельные лица характеризуют эту двойную цель как противоречивую, представляя ее как «делку» между улучшением здоровья населения в целом и еще более быстрым улучшением здоровья слоев общества, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, — т. е. между общим улучшением состояния здоровья населения и уменьшением социального неравенства в отношении здоровья. Это ошибочная точка зрения. Цель уменьшения неравенства в отношении здоровья является неотъемлемой частью всеобъемлющей стратегии развития здравоохранения, а не альтернативным выбором. В действительности ни одна национальная стратегия в Европе или где-либо еще в мире не оставляет попыток улучшить здоровье населения в целом, сосредоточив усилия на уменьшение неравенства в отношении здоровья. Также растет осознание того, что целей здравоохранения, направленных на население в целом, вряд ли можно будет достигнуть, не уделяя внимания слоям общества, находящимся в наиболее неблагоприятном положении. Эти две цели обычно переплетаются.

### **4. Действия должны касаться социальных детерминантов неравенства в отношении здоровья**

Этот принцип сконцентрирован не только на общих социальных детерминантах здоровья (социальных условиях, которые могут влиять на здоровье

людей), но и на основных детерминантах систематических различий в возможностях, уровне и образе жизни, связанных с различным положением в обществе [Graham, 2004b]. Хорошим примером в этом отношении служат условия на рабочих местах. В постиндустриальной Европе плохие производственные условия перестали быть основным детерминантом плохого здоровья у населения в целом. Тем не менее исследование, проведенное в Швеции, показало, что различия, связанные с плохими условиями работы в зависимости от социального положения, объясняют значительную долю наблюдаемого неравенства в отношении здоровья в различных социально-экономических группах [Lundberg, 1991]. Для влияния на такие социальные детерминанты, потребуется более глубокое понимание процессов, которые приводят к социальному неравенству и сохраняют его, с последующим вмешательством в эти процессы наиболее эффективным образом [см. публикацию на эту же тему: Dahlgren & Whitehead, 2007].

##### **5. Недостаточно сформулировать политические намерения — следует контролировать действия, которые могут принести вред**

Этот принцип требует оценки различных влияний, а не только средних эффектов. Классическим примером, иллюстрирующим несправедливость в отношении здоровья, являются неблагоприятные результаты некоторых реформ в секторе здравоохранения, проведенных в последние десятилетия, которые создали *медицинскую ловушку бедности* [Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001]. Это означает, что возрастающая необходимость платить за медико-санитарную помощь при болезни ввергает все большее количество людей в бедность. В этом случае система социального обеспечения, которая первоначально предполагала поддержку больных, превратилась в систему, способствующую бедности. Медицинские ловушки бедности получают все большее распространение, и требуется особая бдительность, чтобы вовремя их обнаружить. Сходным образом вмешательства, направленные на помощь бедным, могут осуществляться таким образом, что унижают именно тех людей, на которых направлена программа, способствуя тем самым их отказу от предлагаемой помощи.

Этот принцип, направленный на конечную оценку влияния неравенства в отношении здоровья, касается различных курсов политики вне и внутри сектора здравоохранения. В действительности наибольшая опасность может быть в более широкой макрополитике, которая *скрывает* отрицательные эффекты на здоровье, так как они не кажутся связанными со здоровьем [см. публикацию на эту тему: Dahlgren & Whitehead, 2007].

## 6. Выберите соответствующие инструменты для оценки степени неравенства и прогресса в достижении целей

Этот принцип может казаться очевидным, но, как показывают принципы 1–5, вмешательства, направленные на уменьшение неравенства, могут быть сфокусированы на одной или нескольких ясных целях или задачах, и для каждой из них может потребоваться отдельный показатель. Так, например, меры, которые предполагают только лишь проведение мониторинга изменений в состоянии здоровья бедных, ничего не дают с точки зрения оценки того, как живут бедные группы населения относительно более благополучных. Необходима оценка изменений как на верхних, так и на нижних ступенях социальной лестницы и последующего сравнения двух показателей. Сравнение показателей между крайними ступенями социальной лестницы не сможет оценить воздействия на все общество. Для этого могут потребоваться показатели так называемого дефицита, т. е. совокупных различий между группой, находящейся в наиболее благоприятном положении, и каждой последующей социальной группой в отношении каждого специфического фактора.

Важно проводить мониторинг как *относительных*, так и *абсолютных* изменений, касающихся социального неравенства в отношении здоровья, так как они дают различную информацию о величине и направлении изменений. Примером относительной оценки является *отношение* показателей смертности представителей группы, находящейся в наиболее неблагоприятном положении, к показателям смертности представителей наиболее привилегированной группы. Абсолютной оценкой в этом случае будет *разница между* показателями смертности в этих группах. В Табл. 1 Приложения в качестве примера приводятся данные по Англии, касающиеся тенденций, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с учетом категории бедности. В этом примере при использовании абсолютных показателей неравенство в отношении смертности уменьшается, а при использовании относительных – увеличивается.

## 7. Объединяйте усилия, чтобы дать право голоса тем, кто его лишен

Этот принцип, например, предполагает выявление точек зрения маргинализированных групп и увеличение их действительного участия (в противоположность словопрениям в ходе консультаций). Представители населения с наиболее четко выраженным мнением и более определенными позициями имеют возможность оказывать большее влияние, чем те, кто имеет более

слабые позиции. Для этого администраторы и специалисты должны предпринять определенные усилия для создания административных систем и обеспечения информацией, с тем чтобы непрофессионалам было легче участвовать в принятии решений, касающихся влияния на их здоровье.

#### **8. По мере возможности социальное неравенство в отношении здоровья следует описывать и анализировать отдельно для мужчин и женщин**

Поскольку размах и причины наблюдаемого социального неравенства в отношении здоровья иногда могут быть различными для обоих полов, необходимы отдельные описания и анализ. Таким образом решающее значение имеет выяснение и учет этих различий при разработке стратегий по преодолению неравенства в отношении здоровья.

Значение объединенного специфического гендерного и социально-экономического анализа хорошо показано в Шведской программе по предотвращению несчастных случаев. Данные по несчастным случаям для населения в целом указывали на относительно благоприятные изменения в предотвращении травм. Тем не менее при отдельном анализе данных в соответствии с полом и социальным статусом наблюдались большие различия в показателях, а также типах несчастных случаев для девочек по сравнению с мальчиками, мужчин по сравнению с женщинами и групп с низкими доходами по сравнению с группами с высокими доходами. Объединенный гендерный и социально-экономический анализ также показал, что для женщин из рабочего класса в особенности характерен очень высокий уровень риска дома и на работе. Как только осознаются эти различия, становится понятной необходимость увязывать профилактические стратегии с гендерным и социально-экономическим положением [La Flamme, 1998]. Это еще более очевидно при проведении политики по борьбе с потреблением табака [Kunst, Giskes & Mackenbach, 2004].

Другим доводом в пользу того, чтобы систематические гендерные различия в состоянии здоровья анализировались с учетом социально-экономического положения, является то, что причины различий в состоянии здоровья могут зависеть от социального положения. Бедные женщины, например, могут быть ограничены в правах, потому что они женщины и потому что бедны. Преодоление различий в состоянии здоровья, вызванных так называемым двойным бременем, может потребовать разработки стратегий, отличных от тех, которые направлены на устранение гендерных различий в состоянии здоровья у более богатых женщин. Таким образом, существующая тенденция игнори-



ровать гендерную принадлежность в анализе социального неравенства в отношении здоровья и, наоборот, социального положения в специфическом гендерном анализе должна уступить объединенному подходу, учитывающему как социальное положение, так и гендерную принадлежность.

### **9. Относительные различия в состоянии здоровья, вызванные этнической принадлежностью, географической обусловленностью и социально-экономическими причинами**

Анализ систематических различий в состоянии здоровья, вызванных этнической принадлежностью, следует по мере возможности связывать с социально-экономическими причинами, так как размах и причины наблюдаемых этнических различий имеют тенденцию варьировать в зависимости от социального положения. Таким же образом этнические причины следует включать в анализ социального неравенства в отношении здоровья в странах с выраженной этнической дискриминацией.

Различия в состоянии здоровья, связанные с географическими районами, также следует анализировать, уделяя при этом должное внимание различиям в социальной структуре. Стандартизированные по возрасту показатели состояния здоровья в районах с довольно однородным населением с точки зрения социально-экономического положения могут использоваться для оценки социально-экономического неравенства в отношении здоровья, когда критерии индивидуального социально-экономического статуса, включающие место работы или доход индивидуума, рутинно не учитываются.

### **10. Системы здравоохранения должны быть построены на принципах справедливости**

Принципы справедливости включают следующие.

- Службы здравоохранения не должны руководствоваться принципом извлечения прибыли и никогда не должны использовать пациентов для ее получения.
- Медицинское обслуживание должно обеспечиваться в зависимости от потребности, а не платежеспособности. Для этого необходимо финансирование системы медико-санитарной помощи, учитывающее факторы риска для населения в целом, с тем чтобы в любое время лица, подверженные высокому риску, субсидировались теми, кто подвержен низкому риску.

- Одинаково высокий стандарт медико-санитарной помощи должен быть предоставлен каждому без различий, связанных с социальным положением, этнической и гендерной принадлежностью или возрастом.
- Должны быть четко определены особо важные вопросы и цели системы здравоохранения, направленные на достижение справедливости, и обеспечен мониторинг продвижения к этим целям наиболее эффективным способом.

## Резюме

*Социальное неравенство в отношении здоровья (social inequities in health)* – это систематические различия в состоянии здоровья различных социально-экономических групп. Это неравенство является социально обусловленным (и потому поддающимся изменению) и несправедливым. По существу, все систематические различия в состоянии здоровья различных социально-экономических групп в европейских странах могут считаться несправедливыми и предотвратимыми и поэтому могут классифицироваться как неравенство. Это суждение о несправедливости основано на всеобщих принципах прав человека.

Факты указывают на существование огромного (и растущего) социального неравенства в современной Европе, по крайней мере в относительных показателях. Необходимость принимать меры для уменьшения этого неравенства и его основных причин становится еще более настоятельной в качестве главной задачи, стоящей перед общественным здравоохранением. Ее выполнение требует нового способа мышления о направлении политики и обновленной системы контроля за ее осуществлением, чтобы быть уверенным в том, что ни одна группа населения не будет исключена или пропущена.

Увеличивающееся число стран в Европе старается принять этот вызов, касающийся социального неравенства в отношении здоровья, и разрабатывает практические мероприятия, которые можно осуществить в странах для улучшения ситуации. Цель этой публикации – обеспечить широкое понимание концепций и принципов, на которых могут быть основаны действия по преодолению неравенства в отношении здоровья.

Стратегии по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья представлены еще в одной публикации на эту тему Dahlgren и Whitehead «Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: восходящее выравнивание. Часть 2» [2007].



## БИБЛИОГРАФИЯ

---

## БИБЛИОГРАФИЯ

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Benach J, Yasui Y (1999). Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:423–431.

Blane D, Davey Smith G, Bartley M (1993). Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, 15:1–15.

British Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme for action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, accessed 15 May 2006).

Burström B (2004). Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of policies and policy. In: Navarro V, ed. *The political and social contexts of health*. New York, Baywood Publishing Company Inc.

Costa G, Spadea T, Dirindin N (2002). Italy. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 229–239.

Dahlgren G (1994). *Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare?* [Health care markets of the future – winners and losers?]. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur (in Swedish).

Dahlgren G, Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR\\_ICP\\_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 15 May 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).

Daniels N, Kennedy B, Kawachi I (2000). Justice is good for our health. In: Cohen J, Rogers J, eds. *Is inequality bad for our health?* Boston, Beacon Press.

Evans T, Peters F (2001). Ethical dimensions of health equity. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Graham H (2004a). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1):115–131.

Graham H (2004b). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82:101–124.

Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696): 405–412.

Jouglé E et al. (2000). Chapitre de :Les inégalités sociales de santé.[Social inequalities in health] In: de Leclerc A et al., eds. *La découverte*. Paris, Inserm (<http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/>

dossiers/sante\_environnement/att00000579/12septembre2000.pdf, accessed 15 May 2006) (in French).

Källin W, Müller L, Wyttenbach J (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.

Kunst A, Giskes K, Mackenbach J on behalf of the EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health (2004). *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus Medical Centre.

Laflamme L (1998). *Social inequality in injury risks: knowledge accumulated and plans for the future*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health (Report 1998: 33).

Lee Jong-wook (2004). *Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, Tuesday, 18 May 2004*. Geneva, World Health Organization (document number: A57/3). (на русском языке: Ли Чон-вук. Выступление Генерального директора на Пятдесят седьмой сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения. [http://alianzaipss.org/gb/eb-wha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_3-ru.pdf](http://alianzaipss.org/gb/eb-wha/pdf_files/WHA57/A57_3-ru.pdf))

Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32(6):1081–1087.

Louckx F (2002). Patient cost sharing and access to care. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 188–198.

Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, 32(4):385–393.

Mackenbach J (1994). Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ*, 309(6967):1487–1491.

Mackenbach JP et al. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 25–50.

Marinacci C et al. (2004). The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3):199–207.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

Mesrine A (1999). Les differences de mortalité par milieu social restent fortes [Differences in mortality according to social class are still important]. *Données Sociales*, 228–235.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc. Shkolnikov VM, Field MG, Andreev EM (2001). Russia: dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 138–155. (на русском языке: А.Сен. Развитие как свобода. – М.: Новое издательство, 2004. – (Библиотека фонда «Либеральная миссия»).

Valkonen T, Sihvonen A-P, Lahelma E (1994). Disability-free life expectancy by education in Finland. In: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies. Proceedings of the 7th meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Canberra, February 1994*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare: 160–168.

Van de Water HPA, Boshuizen HC, Perenboom RJM (1996). Health expectancy in the Netherlands 1983–1990. *European Journal of Public Health*, 6:21–28.

Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414; [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR\\_ICP\\_RPD\\_414.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf), accessed 16 May 2006).

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284):833–836.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 308–324.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. London, World Health Organization ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf), accessed 16 May 2006). (на русском языке: Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/r-bd46\\_2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/r-bd46_2.pdf))

WHO (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization (Health for all series, No. 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, accessed 16 May 2006). (на русском языке: Первичная медико-санитарная помощь: отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), по состоянию на 7 июня 2005 г.).

WHO Regional Office for Europe (2005). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European health for all series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 16 May 2006). (на русском языке: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – (Европейская серия по достижению здоровья для всех – № 7).

Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 16 May 2006). (на русском языке: Системы здравоохранения против бедности. – 2003 – (Анализ конкретных ситуаций в сфере общественного здравоохранения. № 1).

**ПРИЛОЖЕНИЕ:**

**ПРИМЕР РАЗЛИЧИЙ МЕЖДУ ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ  
И АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОЦИАЛЬНОЙ  
НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ**

---



### Приложение: Пример различий между относительными и абсолютными показателями социального неравенства в отношении здоровья

**Таблица 1. Абсолютные и относительные изменения стандартизованных по возрасту показателей смертности (на 100 000 населения) от сердечно-сосудистых болезней у лиц моложе 75 лет, неблагополучные области, Англия в целом, 1995—1997 гг. и 2001—2003 гг.**

Показатель и разрыв	1995–1997 гг.	2001–2003 гг.	Изменение в уровне неравенства
Показатель смертности 20% самых неблагополучных областей (число случаев смерти на 100 000 населения)	173	129	—
Показатель смертности для Англии в целом (число случаев смерти на 100 000 населения)	141	103	—
Абсолютный разрыв (различие) в показателях самых неблагополучных областей и Англии в целом (число случаев смерти на 100 000 населения)	$173 - 141 = 32$	$129 - 103 = 26$	Уменьшение
Относительный разрыв (отношение) в показателях самых неблагополучных областей и Англии в целом	$173/141 = 1,22$	$129/103 = 1,25$	Увеличение

Источник: составлено по British Department of Health [2005]: 32–33.