



МЕТОДОЛОГІЯ АНАЛІЗУ ПРИЧИН СОЦІАЛЬНОЇ НЕРІВНОСТІ ЩОДО ЗДОРОВ'Я І ЙОГО ОХОРОНИ

***Методичні вказівки
до практичного заняття
для студентів спеціальностей
222 "Медицина", 228 "Педіатрія" з дисципліни
"Соціальна медицина, громадське здоров'я"
(Громадське здоров'я)***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

МЕТОДОЛОГІЯ АНАЛІЗУ ПРИЧИН СОЦІАЛЬНОЇ НЕРІВНОСТІ ЩОДО ЗДОРОВ'Я І ЙОГО ОХОРОНИ

***Методичні вказівки
до практичного заняття
для студентів спеціальностей
222 "Медицина", 228 "Педіатрія" з дисципліни
"Соціальна медицина, громадське здоров'я"
(Громадське здоров'я)***

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 18.06.2020.

**Харків
ХНМУ
2020**

Методологія аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я і його охорони : метод. вказ. до практ. заняття для студентів спеціальностей 222 "Медицина", 228 "Педіатрія" з дисципліни "Соціальна медицина, громадське здоров'я" (Громадське здоров'я) / упоряд. В. А. Огнєв, С. Г. Усенко. – Харків : ХНМУ, 2020. – 20 с.

Упорядники В. А. Огнєв
 С. Г. Усенко

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВИВЧЕННЮ ТЕМИ

Мета заняття: опанувати базові поняття соціальної нерівності в забезпеченні здоров'я населення, як причини незадовільної доступності до медичної допомоги та соціальної підтримки.

Знати:

➤ *програми питання:*

- перешкоди на шляху забезпечення необхідних умов для підтримки індивідуального здоров'я, аналіз причин соціальної нерівності щодо здоров'я та його охорони, принципи справедливості;
- шляхи покращання стану здоров'я всіх верств населення.

Основні міжнародні та державні нормативно-правові документи з теми:

- Конституція України (прийнята Верховною Радою України 26 червня 1996 року).
- Основи законодавства України про охорону здоров'я (затверджені Верховною Радою України 19 листопада 1992 року №2801-ХІІ).
- Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні (2000 р.).
- Загальнодержавна програма "Здоров'я-2020: український вимір" (затверджена 11.12.2013 року).
- Ріо-де-Жанейрська політична декларація з соціальних детермінант здоров'я. Всесвітня конференція з соціальних детермінант здоров'я, Ріо-де-Жанейро, Бразилія, 21 жовтня 2011 року, Женева.

Вміти:

- розробляти профілактичні заходи щодо забезпечення справедливої, рівної доступності до медичного та соціального забезпечення всіх верств населення.

Рекомендована література

Базова

1. Громадське здоров'я : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва [та ін.]. – 3-є вид. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – С. 308–531.
2. Социальная медицина и организация здравоохранения / под общ. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленко. – Тернополь : Укрмедкнига. 2000. – С. 236–258.
3. Пособие по социальной медицине и организации здравоохранения / под ред. Ю. В. Вороненко. – Киев : Здоровье, 2002. – С. 116–130.
4. Збірник тестових завдань до державного випробування з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко та ін. / за ред. В. Ф. Москаленка, В. Г. Бардова, О. П. Яворовського. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 200с.
5. Тестові завдання з соціальної медицини, організації охорони здоров'я та біостатистики : навч. посібник для студентів мед. ф-тів / за ред. В. А. Огнева. – Харків : Майдан, 2005. – С. 141–148.

6. Методичні рекомендації кафедри.

7. Лекційний курс кафедри.

Допоміжна

1. Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегий для XXI века. – ВОЗ, 2013. – 248 с.

2. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Европейский региональный комитет EUR/RC62/12, 62 сессия +EUR/RC62/Conf.Doc./6. – Мальта, 10–13 сентября 2012 г., 16 июля 2012 г. 121379 Пункт 5(b).

3. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьевич. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.

4. Беляков А. В. Деятельность ВОЗ в отдельных областях обеспечения права на здоровье / А. В. Беляков // Мед. право. – 2009. – № 4. – С. 3–6

5. Коблянська А. В. Сучасні вимоги до державної політики у сфері охорони довкілля та здоров'я дітей: досвід та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я / А. В. Коблянська, К. А. Скляренко // Довкілля та здоров'я. – 2016. – № 1. – С. 68–72.

6. Шафранський В. В. Поліпшення здоров'я для всіх та скорочення нерівності щодо здоров'я як стратегічне завдання політики "Здоров'я-2020": аналітичний огляд публікацій ВООЗ / В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4. – С. 243–246.

7. Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/150095/RC61_rInfDoc5.pdf.

8. Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья. Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья, Рио-де-Жанейро, Бразилия, 21 октября 2011 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа :

<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>,
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-ru.pdf.

9. Проект Закона України "Про затвердження Загальнодержавної програми "Здоров'я-2020: український вимір" – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/print/Pro_20120316_1.html 146.

Інформаційні ресурси

1. U.S. National Library of Medicine – Національна медична бібліотека США – <http://www.nlm.nih.gov/>

2. Державна науково-педагогічна бібліотека України ім. В. О. Сухомлинського – <http://www.dnpb.gov.ua/>

3. Населення України. Демографічний щорічник. – Київ : Держкомстат України –
www.ukrstat.gov.ua

4. Наукова бібліотека Харківського національного медичного університету –
<http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>

5. Наукова педагогічна бібліотека ім. К. Д. Ушинського Російської академії освіти –
<http://www.gnpbu.ru/>

6. Національна бібліотека України ім. В. І. Вернадського –
<http://www.nbuv.gov.ua/>

7. Національна наукова медична бібліотека України –
<http://www.library.gov.ua/>

8. Харківська державна наукова бібліотека ім. В. Г. Короленка –
<http://korolenko.kharkov.com>

9. Центральна бібліотека Пушчинського наукового центра РАН –
<http://cbp.iteb.psn.ru/library/default.html>

10. Центральна наукова медична бібліотека Першого Московського державного медичного університету ім. І. М. Сеченова. –
<http://elibrary.ru/defaultx.asp>

ОСНОВНИЙ ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Рівність та справедливість в охороні здоров'я

Питання рівності та справедливості в охороні здоров'я є актуальними в усьому світі. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗ "Здоров'я – 2020" спрямована на удосконалення системи охорони здоров'я в країнах Європейського регіону ВООЗ, а також забезпечення справедливого та рівного доступу населення до медичних послуг.

Однією із стратегічних цілей програми "Здоров'я-2020" є поліпшення здоров'я населення в усіх соціальних групах Європейського регіону і подолання нерівності в здоров'ї. Механізми подолання цих нерівностей пов'язані з розподілом державної влади, ресурсів, політичного впливу, послуг з охорони здоров'я, так само як і з умовами життя і праці, доступом до високоякісної медичної допомоги, освітнім установам. Зменшення відмінностей у населення в стані здоров'я є ефективним інструментом на шляху формування справедливого та стабільного суспільства.

Незважаючи на поліпшення в останні роки, стан громадського здоров'я в Україні не можна вважати задовільним. Ускладнює ситуацію суттєва регіональна диференціація суспільного здоров'я, яка зумовлена особливостями економічних, соціальних, екологічних, демографічних, природно-кліматичних факторів, що порушує основне конституційне право громадянина України на справедливую охорону здоров'я. Реалізація його права

повинна проводитися незалежно від можливостей і особливостей окремих регіонів на основі рівного, справедливого доступу до послуг охорони здоров'я незалежно від місця проживання та соціального стану людини.

На території України велику кількість робіт присвячено соціальній нерівності і несправедливості по відношенню до здоров'я. Однак деякі питання, особливо регіональної нерівності в стані здоров'я і його охорони, залишаються не вирішеними. Серед детермінант здоров'я ключову роль в забезпеченні здоров'я населення відіграють соціально-економічні фактори. Саме диспропорція соціально-економічного розвитку регіонів України призводить до регіональної диференціації стану громадського здоров'я. За даними дослідників, рівень життя населення (ВВП в розрахунку на душу населення і індикатора економічного розвитку) України різниться між різними регіонами більше ніж в 2 рази. У світі близько 100 млн людей приречені жити в бідності через стан здоров'я. Вони не можуть заплатити за лікування, забезпечити себе і свою сім'ю корисним харчуванням, їх супроводжує бідність. До того ж ці люди часто хворіють, вони не можуть працювати і стають тягарем для своєї держави. В даний час уряди багатьох країн намагаються зменшити нерівність у здоров'ї громадян, оскільки це скорочує витрати держави на виплату допомоги непрацездатним особам. Рівний доступ до медичних послуг також підвищує стабільність держави, оскільки в умовах нерівності люди висловлюють невдоволення, адже вони не відчують турботи про себе. Дослідниками встановлено, що зростання ВВП на душу населення корелює зі збільшенням тривалості життя і зменшенням рівня смертності серед населення.

Сучасне трактування нерівності передбачає вихід за межі суто економічних параметрів. Крім економічної нерівності виділяють: нерівність соціальну, політичну та етнокультурну. Відповідно окремі групи населення в результаті обмеження своїх прав можуть також страждати від конкретного виду нерівності, але найбільш гострі прояви має їх комбінація. Саме через кумулятивний вплив формуються такі вкрай негативні і загрозові для національної безпеки явища, як відторгнення окремих груп населення від суспільного життя, поляризація і маргіналізація суспільства.

У забезпеченні рівності здоров'я в міжнародній практиці широко використовується термін *"соціальний градієнт"*. Сутність його полягає в наступному: самі незаможні люди в усьому світі мають найгірший стан здоров'я. Соціальний градієнт свідчать про те, що чим нижче соціально-економічне становище людини, тим гірше його стан здоров'я. Це глобальний феномен, що спостерігається в країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходу. Соціальний градієнт здоров'я означає, що несправедливість у відношенні до здоров'я стосується кожного. Наприклад, якщо ми аналізуємо показники смертності дітей у віці до п'яти років залежно від рівнів сімейного достатку, то бачимо, що всередині країн зв'язок між соціально-економічним рівнем і здоров'ям має свою певну градацію. Найвищі

показники смертності дітей у віці до п'яти років спостерігаються в найбільш високих сім'ях, а в сім'ях, які перебувають на другому місці, спостерігається більш висока смертність дітей у порівнянні з сім'ями, чий рівень життя вищий, ніж у них. Це явище є *соціальним градієнтом здоров'я*. Але даній несправедливості в рівні здоров'я, можна запобігти на державному рівні.

Можна розглядати різні варіанти скорочення соціально-економічної нерівності. Серед них можуть бути, наприклад:

- держава і громади можуть виділяти матеріальні ресурси на охорону здоров'я, освіту і зайнятість тільки для малозабезпечених верств населення;

- можна оподатковувати високим податком найбагатші верстви населення і таким чином перерозподілити матеріальні ресурси на користь малозабезпечених;

- можна встановити прогресивну шкалу податку для різних соціальних груп населення відповідно до обсягу їх доходів.

Цілком ймовірно, що перші 2 пропозиції не сприятимуть вирішенню проблеми: якщо виділяти фінанси тільки малозабезпеченим, то інші, які знаходяться трохи вище за статусом, почнуть переміщатися вниз по соціальній ієрархії та вливатися до лав незабезпечених верств населення і, відповідно, стан їх здоров'я буде погіршуватися. Якщо перерозподіляти фінанси від найбагатших до нужденних, то вони просто стануть залежними від вищої групи, і їх ситуація не зміниться.

Якщо застосувати останню модель, то стан речей може покращитися, адже кожен буде, з одного боку, щось віддавати, а з іншого – щось отримувати. Це добре для стабільності в країні і для соціальної єдності, держава зможе інвестувати в освіту та інші важливі сфери. Держава в цьому випадку буде мати податки від кожної групи населення за їх можливостям, і розподіляти, відповідно, за потребами.

Таким чином, несправедливість стосовно здоров'я – це передбачуваність нерівності в стані здоров'я між групами населення всередині країн та між країнами. Така несправедливість виникає в результаті нерівностей всередині спільнот і між спільнотами. Політика, соціальні та економічні умови і їх вплив на життя людини визначають ризик розвитку у них проблем зі здоров'ям.

2. Економічна нерівність як основна причина незадовільного доступу до медичної допомоги і соціальної підтримки

Термін "нерівність в сфері охорони здоров'я" визначають так: "існуючі відмінності в рівні здоров'я". Якщо поглянути на кожну країну та її систему охорони здоров'я, то можна припустити, що стан здоров'я всіх громадян відносно однаковий. Але це не так. Чому в одних країнах людина живе тільки 40 років, а в інших – 80? Це залежить від економічного становища, від того, де людина перебуває в соціальній ієрархії своєї країни. Подібна нерівність систематична, вона стосується не одного індивідуума, а в цілому популяції.

Економічна нерівність – це відмінність за показниками економічного добробуту між окремими особами в групі, між групами населення або між країнами. Проблема економічної нерівності має відношення до понять справедливості, рівності результатів і рівності можливостей. Найбільш наочні прояви економічної нерівності проявляються в нерівності:

- доступу до основних соціальних благ (якісного медичного обслуговування, якісної освіти, комфортного житла);
- доступу до ресурсів (фінансових, зокрема кредитів та ін.);
- реалізації своїх основних прав в цілому (права на здоров'я, життя, безпеку).

Однак при цьому нерівність за доходами одночасно є наслідком інших видів і проявів нерівності, таких, як відсутність можливості отримати якісну освіту, що прирікає дітей з бідних сімей на бідність вже в дорослому житті. Повною мірою це стосується і нерівності за тривалістю життя – діти з бідних сімей зустрічаються з більш високим ризиком передчасної смерті або захворювання і мають менше шансів реалізувати свій потенціал. Зазвичай люди з високими доходами живуть довше бідних, тому що їх доходи забезпечують їм умови збереження і зміцнення здоров'я.

Справедливий розподіл доходів є вагомим стимулом (і матеріальним, і психологічним) розширення участі всіх верств населення в економічному розвитку, тоді як посилення нерівності загрожуватиме соціальною напругою та опором з боку тих, хто втратив надію на поліпшення власної долі. До речі, найчастіше така активна деструктивна поведінка є характерною рисою для освічених осіб. Отже, політика подолання нерівності сприяє економічному зростанню країни в цілому.

Нерівність в стані здоров'я є загальним терміном, який використовують для визначення розбіжностей, змін і диспропорцій в стані здоров'я індивідів або груп. Нерівність в здоров'ї зумовлюється, як правило, рівнем і умовами життя різних груп населення і проявляється в комплексі факторів, які діють на мікрорівні, тобто на рівні індивідів.

За визначенням ВООЗ, нерівність щодо здоров'я – це відмінності в стані здоров'я або в розподілі ресурсів здоров'я між різними групами населення, які виникають у зв'язку з соціальними умовами, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють. Визнається, що масштаби такої нерівності можна зменшити за допомогою державної політики. Ріо-де-Жанейрівська політична декларація з соціальних детермінант здоров'я (2011) підтвердила рішучість представників уряду всіх країн-членів ВООЗ домогтися соціальної справедливості і справедливості щодо здоров'я через вплив на соціальні детермінанти здоров'я і благополуччя за допомогою всебічного багатосекторного підходу, в якому важливу роль відіграють соціально-економічні детермінанти.

3. Значення детермінант здоров'я

в справедливому і рівному забезпеченні здоров'я населення

Здоров'я – це багатовимірне поняття, яке виходить далеко за рамки відсутності захворювання. Сучасна концепція здоров'я вказує на те, що здоров'я населення залежить від **детермінант здоров'я**. Розуміння детермінант здоров'я і використання даної концепції сприяння здоров'ю, дозволяє розробляти і здійснювати ефективні заходи і інтервенції, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я.

Детермінанти здоров'я – це соціальні, економічні, політичні умови і умови навколишнього середовища, в яких населення народжується, живе, працює і старіє, включаючи доступ до медичної допомоги.

Ці умови визначають шанси людини на збереження міцного здоров'я і довголіття. Детермінантами можна назвати ряд взаємодіючих факторів, що формують здоров'я і самопочуття, які формують соціальну і економічну рівність. Це часто складні і взаємопов'язані фактори, що сприяють поточному здоров'ю людини, вони визначають шанси людини на збереження здоров'я або нездоров'я. До детермінант відносяться матеріальні обставини, соціальне середовище, психосоціальні фактори, поведінкові та біологічні фактори.

У свою чергу на детермінанти впливають соціальне становище людини, яке формується через освіту, професію, дохід, гендер, ранній розвиток дітей, етнічну приналежність. На всі ці фактори впливають суспільно-політичні, культурні та соціальні контексти, в яких вони формуються, у зв'язку з чим іноді детермінанти здоров'я називають *причинами причин*. В окрему групу детермінант здоров'я часто визначають систему охорони здоров'я, якість медичної допомоги і доступ населення до медичної допомоги, де проявляється також нерівність у доступі як отримання допомоги в заходах з профілактики, лікування і реабілітації одній особі або групи осіб, пов'язаних тими чи іншими характеристиками цих осіб. Часто медичні детермінанти об'єднують в одну групу під загальною назвою детермінанти системи охорони здоров'я.

Поняття нерівності тісно пов'язане з детермінантами здоров'я, саме нерівність в детермінантах призводить до нерівності в стані здоров'я.

У сучасному трактуванні всі детермінанти, що визначають здоров'я, класифікують на 5 груп, серед них виділяють:

- соціально-економічні фактори;
- фізичні фактори;
- особисту поведінку людини (поведінкові чинники, пов'язані зі здоров'ям, стиль життя);
- біологічні (генетичні) чинники;
- систему охорони здоров'я.

Соціально-економічні детермінанти включають в себе вищу освіту, що частіше пов'язана з більш високою оплатою праці. У свою чергу це пов'язано з більш здоровим способом життя і більшою тривалістю життя.

Доведено, чим більша різниця в оплаті праці, тим більша різниця в показниках здоров'я. Соціальна позиція відображає нерівний розподіл матеріальних і інших ресурсів в кожному суспільстві, яке можна виразити через систему соціальної ієрархії. Ця система включає рівень освіти, доходів, професійний статус і стать. У ній часто спостерігається дискримінація за ознаками етнічної приналежності або ВІЛ-статусу. Така соціальна ієрархія характеризується різним впливом шкідливих для здоров'я умов, диференційованою вразливістю з точки зору стану здоров'я і доступністю матеріальних ресурсів.

Фізичні фактори – це доступ до чистої питної води, чистого повітря, безпечні умови праці, екологія життєвого простору і безпека в громадах і на дорогах.

Особиста поведінка людини або стиль життя – це правильне харчування, фізичне навантаження, практики зменшення впливу стресу і достатня тривалість сну, позитивні взаємини з членами сім'ї, колегами, друзями. Вони чинять позитивний вплив як на фізичне, так і на психічне здоров'я.

Біологічні (генетика) – біологічно значуща детермінанта здоров'я, яка визначає тривалість життя, рівень здоров'я, схильність до тих чи інших захворювань. У той же час приналежність до сім'ї стимулює певне копіювання поведінки дорослих членів сім'ї, а саме, звичок здорового харчування або, навпаки, вживання алкоголю, тютюну, вміння або невміння долати стресові ситуації, приналежність до певної статі.

Система охорони здоров'я – наявність медичних закладів, які надають певний спектр медичної допомоги, від профілактики до паліативної допомоги. Це наявність медичного страхування чи іншого фінансового механізму, який забезпечує доступ до всіх цих послуг.

Всі перераховані вище детермінанти грають важливу роль в поясненні нерівності в стані здоров'я населення.

Комісія ВООЗ з соціальних детермінант здоров'я дає **три загальні рекомендації** щодо політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я:

- покращити умови повсякденного життя;
- подолати несправедливий розподіл влади, фінансів і ресурсів;
- вивчити і зрозуміти проблему нерівності та оцінити вплив, що спрямований на зменшення соціальної нерівності.

Найважливішими умовами розробки ефективної соціально-економічної політики є повне і адекватне уявлення про те, як формується нерівність щодо здоров'я, які чинники впливають на цей процес, як ці види нерівності пов'язані між собою, і які є шляхи зниження нерівності щодо соціально прийняттого рівня.

Вивчення різниці в стані здоров'я і тривалості життя певних соціальних груп населення, які особливо відрізняються за рівнем доходів, дає можливість оцінювати ступінь соціальної нерівності і виявляти шляхи і

резерви підвищення соціального контролю над станом здоров'я населення, а також є базою для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Сьогодні політика, спрямована на збереження здоров'я і підвищення тривалості життя, сприймається світовим науковим співтовариством як усвідомлено планований і поступальний вплив на соціальні детермінанти суспільного здоров'я.

Єдиний спосіб скоротити розриви в стані здоров'я справедливим чином – це підвищити рівень здоров'я представників груп, які знаходяться в найбільш несприятливому становищі, до рівня здоров'я представників благополучних груп. Низхідне вирівнювання як альтернативний вибір не може навіть пропонуватися.

Три основні підходи до зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я є взаємозалежними і повинні доповнювати один одного. Останнім часом обговорювалися відносні переваги різних шляхів боротьби з соціальною нерівністю щодо здоров'я. *Трьома основними підходами для оцінки та подолання соціальної нерівності щодо здоров'я є наступні:*

- фокусування лише на бідних;
- зменшення відмінностей в стані здоров'я;
- зменшення соціальної нерівності серед всього населення.

Перший (цільової) підхід є дуже важливим, і успіхом вважається будь-яке поліпшення здоров'я в уразливих групах, навіть якщо відмінності між ними і благополучними групами вирости.

Мета другого підходу – зменшення відмінностей в стані здоров'я між найменш і найбільш благополучними суспільними групами.

Третій крок – це зменшення нерівності щодо здоров'я між усіма групами, а не тільки особами, які перебувають на крайніх щаблях соціальної драбини. Однак третій підхід не може бути відділений від двох інших, оскільки відмінності технічно можуть бути досягнуті шляхом зменшення розривів в стані здоров'я між представниками середніх і вищих соціально-економічних груп, нехтуючи при цьому бідними групами населення і залишаючи їх рівень здоров'я далеко позаду.

Єдиним вагомим показником зменшення соціальної нерівності серед населення в цілому буде поліпшення здоров'я груп, які знаходяться в найбільш несприятливому становищі, більш швидкими темпами, ніж груп із середніми та високими доходами.

4. Побудова системи охорони здоров'я на принципах справедливості

Політика, системи і програми соціального захисту та зайнятості здатні захистити громадян від економічних, природних та інших криз і надати їм кошти, необхідні для підвищення добробуту і створення можливостей для покращання свого життя і життя своїх близьких. Наприклад, літній людині в Німеччині вдалося впоратися з проблемами, викликаними несподіваною втратою працездатності, завдяки відвідуванню "комплексного інформаційного центру" у відділі соціального забезпечення, співро-

бітники якого без зволікання порекомендували йому програму соціальної допомоги, яка відповідає його потребам. Молода безробітна з Домініканської Республіки змогла знайти добре оплачувану роботу завдяки тому, що вона пройшла професійну перепідготовку за програмою, яка враховувала її потреби. Система охорони здоров'я сьогодні грає велику роль в забезпеченні справедливого здоров'я. У багатьох країнах світу системи охорони здоров'я будуються **на принципах справедливості, до яких відносяться:**

1) служби охорони здоров'я не повинні керуватися принципом отримання прибутку і ніколи не повинні використовувати для цього пацієнтів;

2) медичне обслуговування повинно забезпечуватися залежно від потреби, а не від платоспроможності, для чого необхідне фінансування системи медико-санітарної допомоги, що враховує фактори ризику для населення в цілому з тим, щоб в будь-який час особи, схильні до високого ризику, субсидувалися тими, хто піддається більш низькому ризику;

3) високий стандарт медико-санітарної допомоги повинен бути забезпечений кожному, без відмінностей, пов'язаних з соціальним становищем, етнічною та гендерною приналежністю або віком;

4) повинні бути чітко визначені пріоритетні питання і цілі системи охорони здоров'я, спрямовані на досягнення справедливості, і забезпечений моніторинг за цими цілями найбільш ефективним способом.

ВООЗ доповнює принципи нерівності в стані здоров'я тезами. До них відносяться:

- справедливість з самого початку;
- здорові населені пункти – здорове населення;
- справедливі умови наймання і гідна робота;
- соціальний захист протягом усього життя;
- загальний справедливий доступ до медичної допомоги.

Політика здорового старту, або справедливості з самого початку.

За висновком фахівців ВООЗ, більше 200 млн дітей у всьому світі не реалізують повністю свій потенціал. Це має величезні наслідки для їх здоров'я і суспільства в цілому. Інвестування в здоров'я і розвиток дітей забезпечує значну частину потенціалу для зменшення несправедливості по відношенню до здоров'я. Все більше досліджень підтверджують значення середовища, в якому проживає дитина в ранньому дитинстві, і його вплив на подальшу поведінку, навчання і здоров'я протягом всього життя людини.

Особи, які в дитинстві проживали в сім'ях, де відчували матеріальні труднощі, в дорослому житті були більш схильні до розвитку захворювань і мали більш високий ризик передчасної смерті. Тому забезпечення рівних можливостей вимагає втручання якомога раніше. Зарубіжні дослідження продемонстрували переваги такої політики: наприклад, в амери-

канському проєкті (США, Мічиган) діти у віці від трьох до п'яти років, що проживають в несприятливих економічних обставинах, були залучені до програми раннього розвитку. До досягнення 27 років вони виявилися більш високоосвіченими порівняно з контрольною групою, частіше мали роботу, мали власне житло, були одружені, рослили дітей; серед них спостерігалось менше кримінальних проблем і випадків вагітностей в підлітковому віці, і вони значно меншою мірою були схильні до психічних розладів. Компенсаторна освіта на ранньому етапі життя надає значні переваги для найбільш вразливих груп. Необхідно пам'ятати, що освіта є потужним предиктором здоров'я в подальшому житті, оскільки частково забезпечує доступ до зайнятості і доходів, і має прямий вплив на поведінку індивіда в зрілому віці, включаючи особливості харчування, фізичної активності, куріння тощо.

Україна має власні напрацювання щодо запобігання несприятливому впливу на здоров'я підростаючого покоління в нерівних умовах, в яких діти з'являються на світ і ростуть.

Здорові населені пункти – здорове населення. У загальнодержавній програмі "Здоров'я-2020: український вимір" вказується, що сьогодні охорона здоров'я є досить складною системою з багатьма факторами і детермінантами здоров'я, які охоплюють все суспільство. Пріоритетами цієї програми повинні стати: міжсекторальний підхід, створення сприятливих умов для поліпшення здоров'я населення і формування відповідального ставлення людей до власного здоров'я. Охорона громадського здоров'я повинна стати не тільки першочерговим завданням держави, суспільства, а й окремої людини. Крім того, для кожного регіону з урахуванням його соціально-економічного стану, культурно-етнічних та історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення повинні бути науково обґрунтовані і розроблені заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом оптимізації системи надання медичної допомоги та розвитку охорони здоров'я.

У загальнодержавній програмі "Здоров'я-2020: український вимір" зазначено: "Метою нової політики є поліпшення здоров'я, підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності стосовно здоров'я і забезпечення стійкості систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину". Це відповідає усвідомленню міжнародним співтовариством того, що наявність, фізична доступність, прийнятність, доступність за ціною і належна якість як медико-санітарної допомоги, так і системи громадського здоров'я є важливими для досягнення найвищого можливого рівня здоров'я – одного з фундаментальних прав кожної людини, і саме сектор охорони здоров'я повинен чітко діяти для скорочення нерівності щодо здоров'я.

Одним з напрямків досягнення мети програми визначено проведення наукових досліджень з вивчення негативного впливу факторів ризику і соціальних детермінант на здоров'я та шляхів його мінімізації.

Справедливі умови наймання і гідна робота. Умови найму і роботи мають значний вплив на справедливість щодо здоров'я. Якщо ці умови сприятливі, вони можуть забезпечити стійке фінансове становище, соціальний статус, особистісний розвиток, соціальні відносини і почуття власної гідності, а також захист від фізичних та психосоціальних хвороб. Для мінімізації негативного впливу трудової діяльності на виникнення і поглиблення нерівності стосовно здоров'я потрібно зробити так, щоб повна зайнятість, справедливі умови найму і гідна робота стали головною метою при формуванні соціальної та економічної політики на національному рівні.

Необхідно проводити економічну і соціальну політику, спрямовану на забезпечення гарантованої роботи (для чоловіків і жінок рівною мірою) з таким розміром заробітної плати, яка враховує реальну поточну вартість здорового життя і здатна забезпечити дотримання його положень. Забезпечити захист всіх працівників на основі міжнародних трудових стандартів і політики, а також поліпшити умови праці для всіх працівників.

Соціальний захист протягом усього життя. Всі люди мають потребу в соціальному захисті як протягом всього свого життя (від раннього дитинства до старості), так і в особливих ситуаціях, таких як хвороба, інвалідність і втрата доходу або роботи. Потрібно зміцнити політику загального всеосяжного соціального захисту; забезпечити охоплення системами соціального захисту тих, хто має неформальну роботу, роботу вдома і догляд за людьми.

Загальний справедливий доступ до медичної допомоги. Для досягнення гарного здоров'я і справедливості у відношенні до здоров'я важливо забезпечити рівний доступ до медичної допомоги. При відсутності своєчасної адекватної медичної допомоги населення втрачає фундаментальні можливості поліпшити своє здоров'я (і часто безповоротно). Співтовариству необхідно створити систему (модель) надання якісної медичної допомоги на основі принципів справедливості, профілактики хвороб і зміцнення здоров'я з охопленням всього населення, орієнтовану на первинну медико-санітарну допомогу незалежно від соціального статусу і платоспроможності.

Цільовими орієнтирами політики "Здоров'я-2020" є наступне:

- зниження передчасної смертності серед населення Європейського регіону;
- підвищення показників середньої очікуваної тривалості життя;
- зменшення масштабів нерівності стосовно здоров'я;
- підвищення рівня добробуту населення Європейського регіону;
- забезпечення загального охоплення послугами і право на найвищий досяжний рівень здоров'я;
- встановлення національних цілей і орієнтирів щодо здоров'я.

5. Приклади нерівності в здоров'ї дітей

з циганських громад України та країн Європейського Союзу

Пріоритетним завданням нової європейської політики охорони здоров'я "Здоров'я-2020" є боротьба з тютюном хвороб у всьому Європейському регіоні з використанням таких засобів, які ефективно вирішують проблему несправедливості у відношенні до здоров'я і благополуччя як всередині різних товариств, так і між ними. Ці принципи враховані і відображені в проєкті Загальнодержавної програми "Здоров'я-2020: український вимір".

У світовій практиці досить прикладів несправедливої і нерівної політики щодо здоров'я, наприклад:

– особи з більш високими доходами мають кращий доступ до заходів з профілактики, лікування і реабілітації, і як наслідок – краще здоров'я;

– особи з більш високими статками мають кращий раціон харчування і більш високу фізичну активність, що зменшує ризики ожиріння, гіпертензії і цукрового діабету;

– жінки, які належать до релігійних громад або національних меншин (циганські, протестантські громади), мають обмежений доступ до послуг з планування сім'ї, як результат – у них значно більша кількість дітей і гірші показники здоров'я;

– діти в циганських громадах мають значно нижчий рівень охоплення вакцинацією.

Приклад нерівності в здоров'ї у дітей з циганських громад:

– діти з ромських громад з народження оточені дискримінацією і нерівними умовами в отриманні медичної допомоги;

– відсутність документів у матері або у обох батьків;

– пологи вдома / незареєстровані діти;

– мінімальний догляд або відсутність антенатального і постнатального догляду;

– відсутність культури вакцинації в цілому та інформаційних матеріалів на відповідній мові;

– найбільші циганські громади, проживають в Закарпатській і Одеській областях, і хоча їх діти поки не є основною рушійною силою епідемії кору, але сьогодні вони мають найнижчі показники вакцинації.

Приклади: охоплено щепленнями дітей з циганських громад в країнах ЄС:

– 90 % випадків кору під час епідемії кору в Болгарії в 2014 р. були зареєстровані саме серед дітей з циганських громад (в Україні офіційна статистика відсутня);

– ймовірність, що ромська дитина буде вакцинована від дифтерії, коклюшу та правця, поліомієліту, кору, краснухи та паротиту становить 55–60 % порівняно з дітьми неромської національності;

– у Словаччині 51–53 % циганських дітей частково вакциновані, тоді як інші діти мають рівень вакцинації 99 %; у 2007 р. була прийнята

програма з вакцинації циганських дітей, але довгий час не втілювалася через брак коштів;

– у Румунії 45,7 % циганських дітей не отримали всіх щеплень згідно з календарем, а 50 % дітей взагалі не отримали жодної вакцинації;

– у Франції майже всі спалахи інфекційних хвороб пов'язують із невакцинованими циганськими дітьми, що в свою чергу призводить до ще глибшої стигматизації¹ цих дітей як серед однолітків, так і серед медичних працівників.

Висновки

1. Існує значний перелік причин, які призводять до нерівності в здоров'ї населення.

2. Всі ці причини нерівності не існують у вакуумі і взаємопов'язані. Мистецтво фахівця з громадського здоров'я – розуміти ці взаємозв'язки, мати якісну доказову базу для вироблення рекомендацій, які зможуть мінімізувати негативні наслідки нерівності.

3. Подолання або зменшення цих диспропорцій вимагає залучення широкого кола фахівців і ресурсів.

4. Існує багато дієвих програм і підходів до подолання нерівності, але вони часто несистемні або недофінансовані.

5. Фахівці з громадського здоров'я повинні безперервно аналізувати існуючі або виникаючі чинники нерівності, моніторити їх вплив і розробляти відповідні втручання для їх усунення або зменшення негативного впливу цих факторів на здоров'я індивіда і населення в цілому.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Питання рівності і справедливості в охороні здоров'я є актуальними в усьому світі. Вкажіть, яка програма в Україні спрямована на удосконалення системи охорони здоров'я?

А. "Доступні ліки в Україні".

*В. "Здоров'я-2020: український вимір".**

С. "Планування сім'ї".

Д. "Програма імунізації в Україні".

Е. "Програма підтримки грудного вигодовування".

¹ *Стигматизація (переклад з грецької – "ярлик", "тавро") – таврування, нанесення стигми. На відміну від слова "таврування", слово "стигматизація" може позначати навішування ярликів. У цьому сенсі стигматизація – пов'язування будь-якої якості (як правило, негативної) з окремою людиною або безліччю людей, хоча цей зв'язок відсутній або не доведений. Стигматизація є складовою частиною багатьох стереотипів*

2. Найбільш наочним проявом економічної нерівності є нерівність за доходами, яке може викликати нерівність доступу до основних соціальних благ. Вкажіть, що відноситься до основних соціальних благ?

А. Відвідування театру.

В. Міське освітлення.

С. Міський парк.

Д. Спілкування.

*Е. Якісне медичне обслуговування.**

3. Економічна рівність відіграє важливу роль в забезпечення рівного, справедливого доступу громадян до реалізації своїх основних прав і свобод. Вкажіть, що відноситься до основних прав людини в суспільстві?

*А. Все перераховане.**

В. Право на безпеку.

С. Право на життя.

Д. Право на здоров'я.

Е. Право на освіту.

4. Глибока нерівність негативно впливає на можливості економічного зростання. Вкажіть, з яких елементів складається поняття подолання нерівності, яке сприяє економічному зростанню в країні в цілому?

А. Високий рівень захворюваності.

В. Все перераховане.

С. Невисокий рівень освіти.

Д. Низький рівень життя.

*Е. Підвищення доходів бідних верств населення.**

5. Комісія ВООЗ з соціальних детермінант здоров'я дає *три загальні рекомендації* щодо політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності, щодо здоров'я: подолання несправедливого розподілу влади, грошей і ресурсів; вивчення і розуміння проблеми і оцінка впливу здійснюваних заходів. Вкажіть, що ще належить до цих рекомендацій?

А. Поліпшення якості харчування.

В. Поліпшення рівня освіти.

С. Поліпшення умов проживання.

Д. Поліпшення соціального статусу.

*Е. Поліпшення умов у повсякденному житті.**

6. Три основні підходи до зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я є взаємозалежними і повинні доповнювати один одного. У суспільстві обговорюються відносні переваги різних шляхів боротьби з соціальною нерівністю щодо здоров'я за допомогою трьох основних підходів для оцінки та подолання соціальної нерівності щодо здоров'я. До них відносяться: фокусування лише на бідних, зменшення відмінностей в стані здоров'я. Вкажіть, що ще належить до цих підходів?

А. Подолання соціальної нерівності серед міського населення.

В. Подолання соціальної нерівності серед дитячого населення.

С. Подолання соціальної нерівності серед дорослого населення.

*Д. Подолання соціальної нерівності серед всього населення. **

Е. Подолання соціальної нерівності серед сільського населення.

7. Для запобігання нерівності в стані здоров'я ВООЗ визначає основні тезові принципи, які включають в себе: справедливість з самого початку; здорові місця проживання – здоровий населення; справедливі умови найму на роботу і достойна робота; соціальний захист протягом усього життя. Вкажіть, який ще тезовий принцип Ви знаєте?

А. Все нижче перераховане.

В. Якісне медичне обслуговування.

С. Якісне харчування.

Д. Якісні умови проживання.

*Е. Загальний доступ до медичної допомоги. **

8. У сучасному трактуванні всі детермінанти, що визначають здоров'я, класифікуються на групи, до яких відносяться соціально-економічні фактори; особиста поведінка людини; біологічні (генетичні) чинники; система охорони здоров'я. Визначте, які ще фактори можна віднести до цієї класифікації?

А. Альтернативні.

В. Механічні.

С. Хімічні.

*Д. Фізичні. **

Е. Шумові.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Що означає рівність і справедливість в охороні здоров'я?
2. Дайте визначення, що таке економічна нерівність.
3. Які прояви економічної нерівності?
4. Що означає нерівність щодо здоров'я?
5. Дайте визначення, що таке детермінанти здоров'я.
6. Перерахуйте детермінанти здоров'я населення.
7. Перерахуйте, що може впливати на детермінанти здоров'я.
8. Перерахуйте групи детермінант, що визначають здоров'я.
9. Розшифруйте, що входить у поняття "соціально-економічні чинники"?
10. Розшифруйте, що входить в поняття "фізичні фактори" і "особиста поведінка людини (стиль життя)"?
11. Розшифруйте, що входить у поняття "генетичні фактори"?
12. Розшифруйте, що входить у поняття "біологічні фактори"?
13. Розшифруйте, що входить у детермінанту "система охорони здоров'я"?
14. Назвіть три загальних рекомендації щодо політики, спрямованої на зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я.

15. Назвіть три основні підходи до зменшення соціальної нерівності щодо здоров'я.

16. Перерахуйте принципи справедливості, які має забезпечувати держава.

17. Перерахуйте принципи нерівності в стані здоров'я, які ВООЗ доповнює тезово формулюваннями.

18. Які цільові орієнтири політики "Здоров'я-2020"?

19. Наведіть приклади зі світової практики щодо несправедливої і нерівної політики щодо здоров'я.

