

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ
ПОЛИТИКИ СНИЖЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ
НАСЕЛЕНИЯ**

К.Р. Амлаев

Д.м.н., профессор, проректор СтГМУ, Ставрополь

Детерминанты неравенства в здоровье лежат в пределах многих сфер общественной жизни, а не только здравоохранения, что делает необходимостью проведение политики во всех эти сферах, оценивая при этом их вероятное влияние на здоровье, и особенно на здоровье наиболее уязвимых групп в обществе, для того, чтобы координировать социальную политику соответствующим образом. [2, 11].

С точки зрения социальной политики, прежде всего, необходимо осознать масштаб проблемы - примерно половина населения страны не имеет достаточных денежных средств, чтобы поддерживать и сохранять здоровье на надлежащем уровне. Поэтому первоочередной целью социальной политики в этой области должна стать борьба, по крайней мере, за ограничение влияния бедности и неравенства в распределении доходов на здоровье населения. [1, 5,16, 17,23, 24].

Проблемы борьбы с бедностью, дефицитом денежных средств на воспроизводство и поддержание здоровья в России следует решить по нескольким направлениям. Одно из них - приближение структуры и стоимости прожиточного минимума к величине, реально обеспечивающей нормальный уровень сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни. Борьба с негативным влиянием низкого уровня жизни на здоровье населения должна вестись не только с помощью социальных трансфертов, но и за счет адекватной оплаты труда, повышения экономической активности самого населения и

сбалансированного увеличения доходов за счет различных источников. [14, 26].

Необходимы более детальные сведения и применение более совершенных аналитических методов для решения следующих задач:

- количественно оценить вероятные последствия для здоровья различных подгрупп населения, обусловленные воздействием тех или иных факторов риска;
- выявить те факторы риска (включая социальные детерминанты), воздействие которых можно предотвратить;
- провести дифференцированный анализ воздействия на здоровье конкурирующих факторов риска, например, таких как табак или характер питания;
- выявить и более глубоко проанализировать кумулятивный эффект множественных воздействий;
- изучить дополнительные и синергичные (или, что менее вероятно, антагонистичные) взаимодействия между социально-экономическими факторами и вредными факторами окружающей среды;
- добиться более полного понимания природы возрастных и гендерных различий в уязвимости детей, взрослых и пожилых людей к неблагоприятным экологическим воздействиям. [6].

Страны, осуществляющие поиск контрмер для смягчения социальных и экологических неравенств, должны принимать во внимание их движущие силы и коренные причины. Несомненно, то, что простых путей для устранения этих неравенств нет, о чем свидетельствует опыт социальных процессов, проходящих в течение последних десятилетий. Залогом успеха проводимых стратегий является четкое разграничение краткосрочных и долгосрочных задач, и для сокращения социально обусловленных экологических неравенств следует использовать различные подходы. [7, 15].

□ В долгосрочной перспективе максимальную пользу неблагополучным группам принесут вмешательства, направленные на обеспечение более безопасных условий окружающей среды в целом, просто потому, что эти группы более часто подвергаются неблагоприятным экологическим воздействиям. Общее улучшение условий окружающей среды на пользу всего населения должно таким образом приводить к относительно более выраженному снижению экологических рисков для наиболее уязвимых групп.

□ В качестве краткосрочных мер следует включать в стратегическую повестку дня на местном, национальном и международном уровнях целевые мероприятия и кампании, направленные на те группы населения, в которых выявлен риск наиболее тяжелых или специфических неблагоприятных последствий в результате экологических неравенств.

Таким образом, вмешательства могут быть направлены на решение следующих задач:

- улучшать условия повседневной жизни людей;
- устранять неравномерное распределение властных полномочий, а также финансовых и других ресурсов;
- оценивать и анализировать состояние проблемы, а также эффективность принятых мер. [6, 26].

Учитывая, что бедность является одним из ключевых факторов, определяющих неравенство в здоровье, без ее преодоления проблему неравенства в здоровье не решить. [26].

Главное направление преодоления абсолютной бедности - обеспечение продуктивной занятости, повышение эффективности труда, создание условий для трудоактивной части населения достаточно зарабатывать и тем самым содержать себя и свою семью. В этом случае размер получаемой заработной платы выступает как главная гарантия от бедности. [10, 25]. Роль государства в этом случае заключается в создании рыночных условий для усиления конкурентоспособности национальной

экономики через обеспечение конкурентоспособности российских предприятий - проведение необходимой промышленной политики, соответствующая адаптация системы образования и подготовки кадров, введение мер защиты отечественного производителя.

Первым шагом политики в области преодоления бедности является построение (уточнение) типологии бедных семей и определение их целевых групп - полные низкодоходные семьи, многодетные семьи, семьи с инвалидами, семьи с безработными. Тщательный анализ причин бедности в разрезе этих групп, осуществление дифференцированного подхода к этим группам. [17, 21, 24].

Обеспечение большей избирательности при оказании социальной помощи, преимущественно заявительный ее характер и адресный характер социальных выплат - один из наиболее эффективных способов борьбы с бедностью. Здесь важно расставить приоритеты, какие, и какое количество ресурсов распределять в виде социальной помощи, кому отдать эти ресурсы - бедным, детям, пенсионерам, безработным; в какой пропорции их делить, выработать критерии их «дележа». [25].

При выборе среди социально уязвимых групп населения необходимо сопоставлять официально установленную для них черту бедности с их доходами, официально установленный для них минимальный стандарт имущества с их имуществом. [22].

Особого внимания заслуживает изучение проблемы детской бедности, включая бездомность, уличных детей, детей в кризисных семьях.

Важной задачей социальной политики является выявление препятствий к доступу к социальной защите и социальным услугам населения. [21, 24].

Действующая система выявления и социальной поддержки бедных семей и населения в виде многочисленных пособий, льгот, других видов помощи несовершенна и нуждается в ее адаптации к условиям рыночной экономики. В настоящее время средства, выделяемые для социальной

поддержки бедных, распределяются неэффективно, часто идут не в те семьи, которые действительно являются бедными. В результате действительно беднейшая часть населения оказывается все в более трудном положении, все большее распространение получает

Среди экономических мер преодоления бедности в мировой практике используется:

- Перераспределение дохода.

Часто предложения по улучшению состояния здоровья населения ограничиваются политикой, направленной на сокращение бедности. Тем не менее, для уменьшения несправедливых различий в здоровье этого недостаточно. Приоритет должен быть отдан уменьшению социально экономического неравенства. Протяженность социально-экономических различий - разрыв в доходах и имуществе между верхними и нижними слоями общества - самый важный детерминант нездоровья, независимый от среднего уровня жизни общества. Это говорит о том, что действия для улучшения здоровья населения должны простираться дальше, чем просто устранение бедности. Уменьшение неравенства в распределении доходов должно стать приоритетной политикой государства, которое обеспокоено растущим неравенством в здоровье населения.

На первом месте должны стать мероприятия по формированию эффективного рынка труда. [16]. В решении этой проблемы можно выделить две ключевые задачи:

- Мероприятия по сокращению численности низкооплачиваемых работников;

Среди основных мер, направленных на сокращение численности низкооплачиваемых работников, можно выделить:

- рост заработной платы работников бюджетного сектора за счет увеличения расходов на оплату труда.

- проведение политики, направленной на сокращение незаконных форм оплаты труда, способствующих обеднению работающего населения

(задержка выплаты заработной платы, выплата заработной платы в натуральном выражении). Такая политика должна содержать меры экономического и административного характера, нацеленные, прежде всего, на работодателя.

- Содействие занятости для тех, кто хочет и может работать, стимулирование создания новых рабочих мест. Для скорейшего создания эффективных рабочих мест необходимо стимулирование приоритетного развития тех секторов экономики, которые способны дать быстрое увеличение рабочих мест при минимальных вложениях капитала. В первую очередь это развитие малого и среднего бизнеса.

- Мероприятия по снижению неравенства доходов за счет социальных трансфертов и повышения минимальных гарантий в сфере социального обеспечения.

- Введение прогрессивной шкалы подоходного налога физических лиц. По официальным данным, разрыв между 10% самых бедных и самых богатых достигает 15 раз.

Прогрессивная шкала позволит более справедливо перераспределить налоговую нагрузку на граждан. В частности, снижение ставки налога для людей с невысокими доходами должно компенсироваться за счет более высокой ставки для состоятельных граждан. За счет обложения доходов наиболее состоятельной части населения всего до 18% можно было бы наполовину уменьшить численность тех, чьи доходы сегодня ниже прожиточного минимума, что в результате уменьшит неравенство.

Несомненно, меры по реформированию отечественного здравоохранения помимо решения общих проблем здоровья населения должны также способствовать снижению неравенства в здоровье населения РФ. К таким мерам организационного характера относят наличие:

1. Многофункциональной сети учреждений здравоохранения с ее внутренними и внешними взаимодействиями, что давало бы возможность называть эту сеть системой здравоохранения.

2. Достаточно разветвленной системы профилактических медицинских осмотров, обследований и мероприятий. Необходимо проводить широкую работу по обучению населения самопомощи в отдельных случаях (при травме, кровотечении и т.д.) и самообследованию (регулярные осмотры и пальпация грудных желез, измерения пульса и АД и т.п.), для чего распространять специальную литературу.

Задачами системы охраны здоровья в целом на местном уровне (по критерию здоровья), кроме того, являются:

- приближение к компактно проживающему населению сети магазинов с товарами повседневного спроса, аптек, учреждений, оказывающих первичную медицинскую помощь, и оздоровительных учреждений, школ и дошкольных учреждений, учреждений бытового назначения, общественного транспорта и т.д.,
- улучшение жилищно-коммунальных условий, уменьшение загрязнения окружающей среды, улучшение качества воды, воздуха и почвы,
- улучшение экологии и биогееоценозов на местном (коммунальном) уровне, проведение озеленения и благоустройства территории, создание зон культурного отдыха,
- улучшение структуры и качества питания, действенный контроль за безопасностью потребляемых продуктов,
- повышение уровня культуры и образования, содействие занятости детей и подростков по их интересам, организация их отдыха и создание условий для массовых занятий физкультурой (стадионы, бассейны, катки, лыжни, спортивные секции и т.д.),
- укрепление семьи, профилактика правонарушений,
- активизация движения за здоровый и подвижный образ жизни,
- борьба с наркоманией, курением, алкоголизмом, профилактическая работа с детьми, молодежью и подростками,

- санитарное образование населения, повышение уровня санитарной культуры и грамотности, обучение простейшим методам доврачебной самопомощи и взаимопомощи,
- борьба с проституцией, с венерическими заболеваниями и СПИДом,
- организация и проведение вакцинации и иммунизации,
- организация парамедицинского или медсестринского патронажа, интегрированного медицинского ухода на дому (дневного или круглосуточного), создание муниципальных или межрайонных домов сестринского ухода и хосписов,
- организация восстановления здоровья и трудоспособности, создание реабилитационных центров,
- проведение профилактических, целевых, периодических осмотров и диспансеризации больных и здоровых, раннее выявление заболеваний, оказание первичной медицинской помощи,
- выявление социально уязвимых групп населения и организация им необходимой и адресной поддержки. [7, 9, 20].

Очень важную роль в формировании неравенства в здоровье играют следующие факторы:

- условия работы и жилья. Поскольку часто неравенства в здоровье связаны с неравными условиями проживания или труда, попытки уменьшить их должны быть сосредоточены на устранении основных причин, лежащих в их основе. Некоторые направления государственной политики, нацеленные на обеспечение адекватного и безопасного жилья, повышение стандартов профессионального здоровья и техники безопасности, хотя и разработанные для того, чтобы приносить пользу населению в целом, могут оказывать наиболее эффективное влияние на людей, работающих и проживающих в наихудших условиях, повышая стандарты их физической и социальной среды.

- выбор образа жизни. Государственная политика в этой области должна быть направлена на то, чтобы дать равные возможности людям выбирать

здоровый образ жизни. Например, учреждения досуга и спортивные сооружения должны быть доступны и по месту расположения, и по цене, а сети продовольственных магазинов должны гарантировать поставки дешевой и питательной пищи. В тоже время реклама и продвижение продуктов, пагубно влияющих на здоровье, должны быть ограничены; и т.д. [19].

Среди направлений социальной политики, которые могли бы наиболее эффективно улучшить здоровье населения, отмечают следующие [6, 18]:

- Вмешательство в раннюю жизнь.

Все больше исследований подтверждают значение среды, в которой проживает ребенок в раннем детстве, влияющей на дальнейшее поведение, обучение и здоровье всю его жизнь. Лица, в детстве проживавшие в семьях, испытывавших материальные трудности, во взрослом состоянии были более подвержены заболеваниям. Поэтому, обеспечение равных возможностей требует вмешательства как можно раньше. Несколько зарубежных исследований продемонстрировали преимущества такой политики. Например, в проекте Перри высоких возможностей (High/Scope Project, США, Мичиган) дети в возрасте от трех до пяти лет, проживающие в неблагоприятных экономических обстоятельствах, были вовлечены в программу раннего развития. К 27 годам, по сравнению с контрольной группой, они были более высоко образованны, с большей вероятностью имели работу, владели домом, состояли в браке, растили детей; имели меньше криминальных проблем и подростковых беременностей, и со значительно меньшей вероятностью были подвержены психическим расстройствам [3].

Компенсаторное образование на раннем этапе жизни обеспечивает существенные преимущества для наиболее уязвимых групп. Необходимо помнить, что образование является мощным предиктором здоровья в последующей жизни, поскольку частично обеспечивает доступ к занятости и доходу, и имеет прямое влияние на поведение индивида в зрелом

возрасте, включая особенности питания, физическую активность, курение. Аналогичный пример может быть приведен для подтверждения роли дополнительного питания женщин и детей в низко доходных группах. [4, 12, 13, 20].

Например, в США существует «Специальная программа дополнительного питания для женщин и детей, в том числе детей грудного возраста» (WIC program - <http://www.wicprogram.org/>), которая направлена на улучшение пищевого статуса и состояния здоровья малообеспеченных семей путем предоставления им питательных добавок, просвещения по вопросам гигиены питания и согласованной медицинской помощи беременным женщинам, кормящим матерям и женщинам в послеродовом периоде, а также детям дошкольного возраста.

Эта программа предусматривает: обеспечение грудных детей в возрасте до 12 месяцев детскими питательными смесями, обогащенными железом (если они не кормятся грудью); обеспечение грудных детей в возрасте от 6 до 12 месяцев крупами, обогащенными железом, и соками, обогащенными витамином С; обеспечение детей в возрасте от 1 года до 5 лет молоком, крупами, обогащенными железом, яйцом, витамином С или соками цитрусовых, сыром и сухой фасолью; обеспечение беременных и кормящих матерей молоком, сыром, крупами, обогащенными железом, яйцом, витамином С или соками цитрусовых и сухой фасолью.

Основной результат данной программы заключается в 40%-ном уменьшении риска последующей младенческой смертности. Было отмечено не только снижение числа маловесных новорожденных, но и улучшение физического развития детей в период с 6 до 18 месяцев и уменьшение распространенности железодефицитной анемии, особенно среди малообеспеченных семей.

Питание матери во время беременности оказывает влияние на здоровье ребенка не только в первый год, но и в течение всей последующей жизни. Таким образом, вес женщины до беременности хорошо предсказывает вес

ребенка при рождении; в свою очередь, низкий вес рождения связан с повышенным риском коронарного заболевания сердца, гипертонии и диабетом в последующей жизни. Из этого следует, что инвестирование в политику, которая уменьшает раннее неблагоприятное влияние, может принести преимущества не только в настоящем, но также для будущих поколений. [8].

Роль населения в этой системе исключительно важна и может выражаться в участии во всех аспектах системы охраны здоровья и в решении практически всех её задач с участием добровольцев и активистов муниципальных образований. Приобретает популярность участие организованных групп пациентов в самообучении (при участии профессионалов), как оптимальным образом можно жить и работать при наличии того или иного хронического заболевания или после преодоления какой-либо зависимости (алкоголь, табак, наркотик). Сюда же относятся получающие сейчас в стране свое распространение школы больных диабетом, гипертонией, бронхиальной астмой, остеохондрозом, остеоартрозами и другие, общество анонимных алкоголиков и т.п. Вовлечение в общую работу представителей самих неблагополучных групп даст им возможность становиться частью политических процессов и определения необходимых мер, что позволит лучше выявлять и сокращать наиболее актуальные неравенства. При этом важно, чтобы этический принцип “равной значимости и ценности всех и каждого” был положен в основу всей политики и практики как во взаимоотношениях “один к одному” между профессиональным работником, специалистом и тем или иным индивидом или в процессе разработки здоровой государственной/общественной политики, охватывающей весь народ в целом. При этом могут возникнуть самые различные дилеммы, например: как информировать, не впадая в грех назидательности и стремления поучать и не подрывая уверенности в себе; как открыть доступ и контактировать, не вторгаясь в интимную, частную сферу; как прилагать

дополнительные усилия для улучшения состояния здоровья людей, находящихся в неблагоприятном положении, не заставляя и не принуждая их участвовать в профилактических мероприятиях помимо и вопреки их воле? Задача заключается в том, чтобы открыть и обеспечить благоприятные возможности для всего населения, т.е. для всех и каждого. [7].

Таким образом, при недостатке материальных ресурсов мобилизовались другие, и, прежде всего составляющие человеческий и сетевой капиталы, что часто помогало заметно улучшить и экономическое положение. Соответственно, на основании проанализированных данных можно сделать предварительный вывод о том, что выход из порочного круга, укрепляющего состояние бедности и плохого здоровья, даже при ограниченных ресурсах, находится в основном на пути их мобилизации по трем основным направлениям: успешная занятость (улучшение условий деятельности, в основе которых занятость, способная принести удовлетворение); укрепление социальных связей, формирование устойчивого круга общения близких по родственным связям и духу людей; последовательная и экономная профилактика заболеваний, которая включает широкий спектр вопросов (правильное питание, отказ от вредных привычек, общая активность, поддержание социальных связей, положительные эмоции и т.д.). [19].

Осуществляя политику по снижению неравенства необходимо производить мониторинг различий в эффективности мероприятий и курсов политики, осуществляемых в отношении различных слоев или контингентов населения, и обеспечивать более точное соответствие осуществляемых мероприятий различным потребностям и нуждам.

Нельзя предполагать, что все мероприятия и всякие меры вмешательства, направленные на укрепление здоровья, будут одинаково эффективны для всех социальных групп. Данные предложения о политике и деятельности

по укреплению здоровья легко иллюстрируются на примере политики и мероприятий по борьбе с табакоупотреблением.

Из международных исследований известно, что когда бюджетно-финансовая политика используется для регламентирования или регулирования цены сигарет, то это обычно больше сказывается на курении среди подростков и молодежи до 20 лет, нежели на взрослом населении. Кроме того, согласно этим исследованиям, цены, как правило, оказывают большее влияние на взрослых с низким уровнем доходов, в результате чего первыми откликнутся на повышение цен и снизят потребление табака и табачных изделий, скорее всего бедные курильщики, нежели богатые. И, наоборот, противотабачная реклама очень часто наиболее эффективно воздействует на более благополучные в социально-экономическом отношении группы населения и менее эффективно – на группы, страдающие от жизненных превратностей и экономических неурядиц. [18].

Список литературы

1. Blaxter, Mildred. Health and Lifestyles / Mildred Blaxter. – London : Tavistock ; New York: Routledge, 1990. – 211 p.
2. Braveman, P., E. Pitarino, A. Creese, and N. Monash. Equity in Health and Health Care: A WHO/SIDA Initiative. WHO/ARA/96.1./ P. Braveman [et al.]. – Geneva : World Health Organization. 1996. – 32 p.
3. Campbell, Frances A., Ramey, Craig T., Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: follow-up study of children from low-income families // Child Development, vol. 65, №4, Children and Poverty (Apr., 1994).
4. Cockerham, William C. Health Lifestyles in Russia / William C. Cockerham // Social Science and Medicine. – 2000. – Vol. 51, issue 9. – P. 1313-1324.
5. Cockerham, William C. The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation / William C. Cockerham // J. of Health and Social Behavior. – 1997. – Vol. 38, issue 2. – P. 117-130.
6. CSDH (2009). Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения по состоянию на 8 февраля 2010 г.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html.
7. European Disability Forum [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cms.horus.be/files/99909/MediaArchive/pdf/disability%20and%20social%20exclusion%20in%20the%20eu.pdf> accessed 28 December 2009.

8. Gilmore G. (2009) WIC Health Program Expands Overseas Next Year <http://usmilitary.about.com/library/milinfo/milarticles/blwic.htm>
9. Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005-2006 Survey WHO Regional Office for Europe / C. Currie [et al.]. – Copenhagen, 2008. – 77 p.
10. Mackenbach, J. P. Measuring the magnitude of socio- economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe / J. P. Mackenbach, A. E. Kunst // Soc Sci Med. – 1997. – № 44. – P. 757-771.
11. Newton, K. Social capital and democracy // Am. Behavioral Scientist. – 1997. – Vol. 40, № 5. –P. 575-586.
12. Socioeconomic Factors, Material Inequalities, and Perceived Control in Self Rated Health: Cross-Sectional Data from Seven Post-Communist Countries / Martin Bobak [et al.] // Social Science and Medicine. – 2000. – Vol. 51, issue 9. – P. 1343-1350.
13. Socioeconomic Factors, Perceived Control and Self-Reported Health in Russia: A Cross-Sectional Survey / Martin Bobak [et al.] // Social Science and Medicine. – 1998. – Vol. 47, issue 2. – P. 269-279.
14. Whitehead, M. Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: восходящее выравнивание. Ч. 2. [Электронный ресурс] / M. Whitehead, G. Dahlgren. – Электрон. дан. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008. – 143 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20080617_1.
15. Whitehead, M. The concepts and principles of equality and health / M. Whitehead. – Copenhagen : WHO/EURO, 1991. – 441 p.
16. Денисов, П. Р. Социальное расслоение общества: причины, последствия и меры по ограничению / П. Р. Денисов // Экономист. – 1997. – № 1. – С.73-82.

17. Доклад по оценке бедности. Всемирный банк [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – 2004. – Режим доступа: http://194.84.38.65/mdb/upload/PAR_062304_Rus.
18. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2008. – 41 стр. <http://www.euro.who.int/document/e89383r.pdf>
19. Комаров, Ю. М. Общественное здравоохранение в России: прошлое, настоящее и будущее [Электронный ресурс] / Ю. М. Комаров. – Электрон. дан. – 05.03.2010. – Режим доступа: <http://ochirova.viperson.ru/wind.php?ID=621732&soch=1>.
20. Максимова, Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т. М. Максимова. – М. : ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.
21. Назарова, И. Б. Здоровье занятого населения / И. Б. Назарова. – М. : МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
22. Римашевская, Н. Неравенство доходов и здоровье / Н. Римашевская, О. Кислицина // Народонаселение. – 2004. – № 2. – С. 5-17.
23. Россия в цифрах 2006. Краткий статистический сборник. – М. : Росстат, 2006. – 807 с.
24. Русинова, Н. Л. Продолжительность жизни в регионах России: значение экономических факторов и социальной среды / Н. Л. Русинова, Л. В. Панова, В. В. Сафронов // Журн. социологии и социальной антропологии. – 2007. – № 1. – С. 140-161.
25. Сизова, И. Л. Социальное неравенство шансов на здоровье, нормы справедливости и государственная политика в области здравоохранения: экстраполяции / И. Л. Сизова // Вклад НКО в реформу социальной сферы: улучшение здоровья населения, внедрение инклюзивного образования и жилищная реформа : материалы интернет-конф. Информ.-аналитического портала SocPolitika.ru., 2007.
26. Тапилина. Социально-экономические различия и неравенства / Тапилина // СОЦИС. – 2004. – № 3. – С. 126-137.

Резюме:

В статье описываются необходимые меры по снижению неравенства в здоровье. Предлагаемые технологии направлены на смягчение неблагоприятного воздействия детерминант здоровья жителей. В качестве важнейших факторов, формирующих неравенство в здоровье, рассматриваются бедность и экологическое неблагополучие.

Предложенные мероприятия разделены на социально-экономические и, непосредственно относящиеся к системе общественного здравоохранения. К первым относятся обеспечение продуктивной занятости, повышение эффективности труда, налоговые реформы. Среди мер, требующих безотлагательного внедрения в сфере общественного здравоохранения, выделяются повышение качества и доступности (территориальной и ценовой) медицинской помощи, санитарно-гигиеническое обучение населения, усиление профилактической составляющей здравоохранения.

Ключевые слова: неравенство в здоровье, детерминанты здоровья, общественное здоровье и здравоохранение.

Summary:

This article describes the necessary measures to reduce inequalities in health. The proposed technologies aimed at mitigating the adverse effects of the determinants of health of inhabitants. As the most important factors shaping the inequality in health are discussed poverty and environmental disadvantage.

The proposed activities are divided into socio-economic and directly related to the public health system. The former include productive employment, improving the efficiency of labor and tax reforms. Among the measures for immediate implementation in the field of public health are allocated to improve the quality and availability (territorial and pricing), health care, sanitation and

hygiene education of the public, strengthening the preventive component of health care.

Keywords: inequality in health, social determinants of health, public health and health care.

Контакты: Амлаев

E-mail: kum672002@mail.ru